



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33
“EL ROSARIO”

“FRECUENCIA DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
Y SU ASOCIACION CON ANSIEDAD EN LOS MEDICOS EN
FORMACION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
N° 33 “EL ROSARIO”

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. VIANNEY NAVA ALARCON
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROF. DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN
DOCENTE CIEFD

MEXICO D.F. NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MONICA SANCHEZ CORONA
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 EL ROSARIO

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFRA. ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 33 EL ROSARIO

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFRA. ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 33 EL ROSARIO

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROF. DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE CIEFD Y
ASESOR

DRA. VIANNEY NAVA ALARCON
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es el resultado de muchos años de esfuerzo, estudio, trabajo y dedicación, en los cuales han contribuido muchas personas, entre las que se encuentran familiares y amigos, las cuales me brindaron siempre su amor, amistad, apoyo y consejos. Le agradezco a Dios, por darme la fuerza y el coraje para hacer de este sueño una realidad y por estar conmigo a cada momento de mi vida, por cada regalo de gracia que me ha dado y que inmerecidamente he recibido y por haberme puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Carlos Nava Sánchez y Artemisa Alarcón Ramírez, por la oportunidad de existir, por sus sacrificios en algún tiempo incomprendido, por su ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por su amor incondicional, quienes me han dado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aun con las riquezas más grandes del mundo. Porque sin su apoyo nunca hubiera sido posible la culminación de este sueño. Por esto y más...Gracias Papas. A Ernesto, mi esposo, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerle una vida de lucha, sacrificios y esfuerzo constante, solo deseo que entiendas que el logro mío, es el tuyo también, que mi esfuerzo es inspirado en ti, y que mi único ideal eres tú, como un testimonio de gratitud ilimitada, porque tu presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que ha impulsado para lograr esta meta. Por tu comprensión y tolerancia, con admiración y respeto. Gracias amor por estar conmigo.

A mi hermano Carlos por ser mi compañía en esta travesía de la vida, ser uno de mis pilares para seguir adelante cuando perdimos a ese ángel que hoy nos cuida

desde el cielo por brindarme su apoyo incondicional sin esperar nada a cambio gracias; a mis tías Yolanda y Victoria por su apoyo en mis momentos de flaqueza.

Mi agradecimiento especial a la Dra. Mónica Enríquez Neri mi asesor de tesis por la confianza depositada en mi persona, y por sus consejos e ideas ofrecidas para que esta tesis se llevara a cabo por su profesionalidad y admirable capacidad de trabajo, además de su humanidad y rigor científico inquebrantables. Estoy especialmente agradecida por su orientación y por haberme dirigido en todos los momentos de la tesis, siempre con extrema responsabilidad, dedicación y competencia, y principalmente, por su atención y amistad, haciendo que haya merecido la pena todos mis sacrificios.

Gracias a mis profesores por todas esas enseñanzas, paciencia, consejos y correcciones, a todos esos libros abiertos y aquellos pacientes que a través de sus experiencias me enseñaron algo nuevo día con día.

Finalmente gracias a mis compañeros por compartir esta aventura de la residencia juntos, por los chistes y el café durante las guardias interminables y sobre todo por compartir el estrés de la entrega de guardia, los quiero.

DEDICATORIA

A Dios.

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mi Madre. Artemisa

Por haberme educado y soportar mis errores. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me brindaste por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad porque a pesar de que ya no estás en la tierra guías cada uno de mis pasos y me has acompañado en este camino. ¡Gracias por darme la vida!

A mi Padre. Carlos

A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional y acompañarme en mis desvelos ¡Te quiero!

A mi hermano Carlos

Por estar a mi lado en este largo camino por compartir los buenos y malos momentos, por enseñarme que siempre se puede ser mejor y que no hay límites para alcanzar lo que queremos.

A mi Esposo Ernesto

A quien le debo haber conocido el amor en todos los sentidos, por tu dedicación, por tu sencillez, por los momentos en los que puedo voltear hacia atrás y ver que de todos mis logros, siempre has estado conmigo en las buenas y las malas, ¡Te amo!

INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Marco Teórico	10
Planteamiento del problema	20
Objetivos	21
Material y Método	22
Resultados	24
Tablas y gráficas	27
Discusión	37
Conclusiones	40
Bibliografía	42
Anexos	46

Nava AV*, Enríquez NM**. Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con Ansiedad en los médicos en formación de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario. México 2014

Introducción: el Síndrome de Intestino Irritable(SII) es un desorden funcional caracterizado por cambios en la frecuencia y consistencia de las deposiciones; dentro de su etiología se encuentra la ansiedad como uno de los factores principales. **Objetivo:** determinar la frecuencia del síndrome de intestino irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la Unidad de Medicina Familiar N°33 El Rosario. **Material y Métodos:** se realizó un estudio prolectivo, transversal y descriptivo, tipo censo en médicos en formación ciclo 2013-2014, excluyendo con patología orgánica, SII con los criterios de Roma III, escala Zung para Ansiedad, encuesta exprofeso sociodemográficas; se calcularon frecuencias y razón de momios para asociación de variables. **Resultados:** 57 médicos participaron, se excluyeron 6, 37(64.91%) con SII, el subtipo estreñimiento predominó 20(54.0%), seguido por mixto 15(40.54%); residentes de tercer grado con 12(70.58%); ansiedad presente en un 34(59.64%) predominando la leve en los residentes de primer grado (88.88%); se obtuvo un OR de 5.014 con un IC de 95%. **Conclusiones** En la UMF N° 33 los médicos en formación presentan alta frecuencia del SII y siendo la ansiedad un factor de riesgo que se asocia cuatro veces más a esta patología, se debe considerar mejorar el ambiente educativo, manejo del estrés y apoyo psicológico.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, Ansiedad, Médicos en formación.

*.- Médico residente de tercer año de especialidad de Medicina Familiar.

**.- Médico especialista en Medicina Familiar. Prof del Centro de Investigación Educativa y formación Docente CIEFD.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un desorden funcional del tracto gastrointestinal caracterizado por síntomas crónicos y recurrentes, tales como: dolor abdominal, distensión, que se acompaña de cambios en la frecuencia y consistencia de las deposiciones en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen la sintomatología. También se puede considerar un desorden funcional cerebro intestinal, refiriéndose a funcional como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas.^{1,2}

Durante muchos años el SII se consideró un diagnóstico de exclusión; su identificación ha cambiado con la formulación de diversos criterios que permitieron reconocer a los individuos afectados, Manning en 1978 propuso una serie de criterios que evalúan la presencia de sintomatología pero no su frecuencia por lo que mostraban una elevada prevalencia en la población abierta; después surgieron los criterios de ROMA I en 1990 y más tarde los de ROMA II en 1999 con los cuales se obtuvo una definición diagnóstica más restrictiva al evaluar no solo la presencia sino también la frecuencia, para el año 2006 surgen los criterios ROMA III que son los que actualmente rigen y son los más actualizados cuya diferencia con los ROMA II es el tiempo de duración del cuadro clínico.²

La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre el 10 y 20% siendo en México y Latinoamérica del 18 al 20% con mayor afectación en el género femenino. A pesar de su frecuencia sólo del 30 -50% de quienes tienen sintomatología compatible con el SII buscan atención médica.^{3,4} El SII es percibido como una entidad crónica que resulta con deterioro en la calidad de vida en el ámbito familiar, social y laboral y así mismo se relaciona con trastornos mentales. Dentro de sus posibles causas se encuentran alteraciones en la motilidad, hipersensibilidad visceral, factores psicosociales como somatización, depresión y ansiedad encontrándose estos últimos en un 40 al 94%; cuyo mecanismo es la

alteración en la motilidad intestinal por la disfunción del sistema nervioso autónomo; en diversos estudios se ha relacionado la presencia del estrés que puede modificar la motilidad intestinal, condicionar la hipersensibilidad visceral y un estado hiper vigilante a través de la activación de factor liberador de corticotropina³. Por lo que se ha observado que en los estudiantes y personal de salud tiene una prevalencia de 28 a 37% debido a que presentan mayor estrés psicológico debido a la carga de trabajo además de haber una mayor prevalencia de ansiedad en este grupo de 37 – 40% por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia y asociación de ansiedad en médicos en formación con SII diagnosticados con base a los criterios de ROMA III, utilizando la escala de Zung para Ansiedad.^{5,6,7}

MARCO TEORICO

Más de un tercio de la población mundial tiene uno o más trastornos funcionales digestivos siendo el Síndrome de Intestino Irritable (SII) el trastorno funcional más frecuente en la consulta médica y la patología crónica más común del tracto digestivo; además es la segunda causa de ausentismo laboral y la primera causa de consulta del gastroenterólogo y la quinta causa de consulta al médico familiar.^{1,2} Se ha estimado una prevalencia mundial de 4 y 20%.² En Europa y América del Norte la prevalencia es de 10 a 15%, en Suecia la cifra más comúnmente citada es 13.5%; en países en desarrollo como Beijing es de 5.7% en el sur de China de 6.6%, Hong Kong 8.6%, Singapur 14%, y Taiwan 22.1%.³ Un estudio en China halló que la prevalencia de SII definido por los criterios de Roma III en pacientes ambulatorios era 15.9%. En general los datos de América del Sur son escasos; en Uruguay, por ejemplo, existe solo un estudio, indicando una prevalencia total de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres). En países industrializados existe una prevalencia del 10 y 15% y en Latinoamérica en países como Brasil, México, Uruguay y Colombia entre el 9 y 18%.² En México la prevalencia es de 16%.³

En México existen 3 trabajos; uno realizado por Schmulson y cols. en el 2006 con voluntarios universitarios en el Distrito Federal en el que, utilizando un cuestionario con los criterios de Roma II, encontrando una prevalencia de 35.5% (IC 95% 30.4-41.0).⁴ Otro estudio realizado por López y cols. utilizando el mismo cuestionario en población abierta del Estado de Tlaxcala mostró una prevalencia de SII de 16.0% (IC 95% 12.9-19.5); más tarde Valerio y cols. en el 2010 realizó un estudio en población abierta de Veracruz utilizando los mismos criterios encontrando una prevalencia de 16.9%.^{5,6,7} En estudios recientes aplicando los criterios de ROMA III se estimó una prevalencia de 36.4% de los cuales el subtipo mixto es el más frecuente seguido por el de estreñimiento y diarrea.^{8,9}

Este síndrome es un problema frecuente en la población general, constituye la consulta más frecuente para el gastroenterólogo con el 23% y el 12% de las consultas de médico general, siendo en esta última más común que la Hipertensión Arterial (10%), el Asma (4%) y la Enfermedad Coronaria (2%) con una predominancia en mujeres de (5,7%) y en hombres (3,7%). Su incidencia tiende a aumentar en la adolescencia, con un pico en la tercera y cuarta década de la vida.^{2,8}

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) también conocido como colitis, colitis espástica, colitis nerviosa, colitis funcional; se conoce desde principios del siglo XIX, sin embargo, es en 1966 cuando Truelove y Chaudhary lo definen como Síndrome de Colon Irritable, más tarde De Lor lo define como Síndrome de Intestino Irritable.¹⁰ Se considera un desorden funcional cerebro intestinal y se clasifica como un desorden gastrointestinal funcional, refiriendo funcional como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas. En la mayoría de los casos no hay una causa conocida que origine el SII, aunque puede estar relacionada con el antecedente de acontecimientos estresantes previos, como el maltrato o con una gastroenteritis aguda. También hay datos que respaldan la influencia de factores tanto genéticos como ambientales y/o familiares en la aparición del SII.^{1,2,9}

Es una alteración a la que puede aplicarse un enfoque biopsicosocial a causa de los múltiples factores que participan en su desarrollo; su etiología y factores asociados continúan siendo poco claros sin embargo se ha observado asociación con los síntomas depresivo – ansioso como el estrés psicosocial, el factor socio demográfico en donde el sexo femenino es el más vulnerable, las edades de 30 a 45 años suelen ser un factor protector, ocupación, estado civil, consumo de alcohol, café, tabaco y aspectos relacionados con la dinámica y funcionalidad familiar suelen observarse con mayor prevalencia.¹¹

En los últimos años se ha evidenciado una relación fuerte entre el SII y trastornos psiquiátricos. El 60% de los pacientes con SII refieren síntomas psiquiátricos como somatización, depresión y ansiedad; cuyo mecanismo probable de esta asociación es la alteración de la motilidad intestinal por la disfunción del sistema autónomo que regula el intestino.^{2,11}

El sistema neuromuscular del intestino grueso es excesivamente sensible al estrés. Los estudios manométricos revelan que las contracciones basales son similares a las de individuos normales, pero que distintos estímulos, como la comida, las emociones, la distensión mecánica o agentes farmacológicos, provocan un número mayor de contracciones de más amplitud que en la normalidad; el aumento de presión intraluminal en el colon se ha incriminado como responsable del desarrollo del dolor y de hipertrofia muscular, con constipación por obstáculo al flujo fecal normal. Recientemente se han podido comprobar anomalías manométricas y de los ritmos mioeléctricos del esófago, el estómago y el intestino delgado, así como alteraciones de la motilidad de la vesícula biliar.¹²

En los 90's se hizo mención de la sensibilidad visceral y la motilidad intestinal mediada por 5 hidroxitriptamina (SHT), sustancia cuya distribución es 5% en el Sistema Nervioso Central (SNC) y 95% en el tracto gastrointestinal (células enterocromafines y neuronales); la 5HT tiene efectos intrínsecos aferentes (control de los reflejos y la motilidad gastrointestinal) y extrínsecos, proyectados en el SNC y es mediadora en la percepción visceral del dolor. El sistema nervioso autónomo, a través del parasimpático, del simpático y del sistema nervioso entérico, tiene participación, y especialmente este último que contiene muchos neurotransmisores, incluida la 5-hidroxitriptamina. Estos mediadores son los responsables de la respuesta motora y secretora que caracterizan al SII.^{12,13}

La amígdala situada en el SNC se conoce como la estructura más importante en la activación de la respuesta a la ansiedad. Este centro activa el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y el sistema autónomo cuando los pacientes se

encuentran en situaciones de ansiedad. La ansiedad crónica incrementa la actividad de la amígdala que conduce a la formación del eje HPA que causa una respuesta visceral de hiperalgesia.^{12,13}

Estudios fisiológicos muestran que la ira está estrechamente asociada con la actividad contráctil en el área sigmoide -recto, mientras se reduce la motilidad en el caso de miedo; la ansiedad puede inducir una aceleración en el tránsito intestinal y mejorar la frecuencia de las heces. Por otra parte, la depresión está asociada con retraso del intestino delgado y el tránsito colónico. Los efectos de la emoción sobre la función gastrointestinal son mediados por el sistema nervioso autónomo. La respuesta fisiológica normal al estrés agudo implica la activación del eje hipotálamo-hipofisario y el sistema nervioso simpático. El cerebro puede influir en la transmisión de la información nociceptiva en el intestino y la activación sensorial secundaria; y se ha observado que tiene una mayor prevalencia en personas perfeccionistas y neuróticas.¹⁴

En el enfoque biopsicosocial interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Los primeros incluyen el comportamiento enfermizo y malas técnicas de adaptación a la enfermedad; los emocionales en los que se incluye la ansiedad y la depresión son detectados entre un margen del 40 % a 60 % de los pacientes; entre los conductuales se mencionan situaciones estresantes o traumáticas de la historia comporta mental del sujeto que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas. Por último, el factor fisiológico que comprende las alteraciones en la modulación del dolor como la hipersensibilidad visceral; esta hipersensibilidad visceral ocurre frente a eventos fisiológicos gastrointestinales. De igual forma están las alteraciones autonómicas que provocan trastornos en la motilidad intestinal, alteraciones en la respuesta neuro - endocrina al estrés y anormalidades en el ciclo del sueño.¹⁵

La sintomatología se caracteriza por presentar dolor y distensión abdominal junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas. La mitad de los casos con SII tienen dispepsia funcional y es frecuente su asociación con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, cefalea tensional entre otros.^{12, 16}

Clásicamente se describen cuadros con componente doloroso espástico, diarreico, meteorismo, distensión y la crisis aguda del SII. Los síntomas son crónicos, recidivantes, con dolor abdominal, alteración de la función intestinal, urgencia en la defecación, distensión, sensación de evacuación incompleta. Los síntomas relacionados con la defecación citada con más frecuencia son: presencia de mucosidad y alteración de la forma de las deposiciones. Se describen también trastornos del sueño. Otra forma de presentación es la de un cuadro con las características de un reflujo gastroesofágico. El aumento de la presión intra abdominal provocado por la distensión sería responsable del reflujo y es el interrogatorio el que permitirá establecer que se trata de un SII, y evitar la necesidad de practicar exámenes como endoscopía alta, pH metría de 24 h, manometría, con los inconvenientes y costo que ello significa.¹⁷

En el examen físico destacan especialmente la distensión abdominal marcada, que aumenta en el transcurso del día, y sensibilidad abdominal difusa, siendo factible la palpación de una cuerda cólica izquierda en los casos de tipo espástico y cuando hay diarrea intensa.²

También existen diferentes presentaciones clínicas del SII de acuerdo al lugar geográfico al que pertenezcan que pueden relacionarse con variables como los hábitos alimentarios, la frecuencia de infecciones gastrointestinales, el hábitat rural o urbano; en un estudio realizado en 8 países por Gerson destaco que la distensión, el dolor y las molestias abdominales se presentan de manera general siendo de estas el dolor y las molestias abdominales más frecuentes en personas Italianas a diferencia de Inglaterra e India; con respecto a la distensión fue mayor

en Italia quizá debido a su dieta rica en almidón; en cuanto a la diarrea los puntajes más altos están en China y los puntajes más bajos en México, también destaco que los sujetos que tenían más síntomas los atribuían a causas físicas, aquellos que presentaban diarrea lo asociaban a causas emocionales, además noto una influencia de la calidad de las relaciones interpersonales sobre los puntajes de dolor y distensión, pero no sobre diarrea ni constipación.¹⁸

A lo largo de los años se han descrito múltiples criterios diagnósticos basados en la sintomatología (Tabla 1). Los primeros que se utilizaron fueron los criterios de Manning publicados en 1978 con una sensibilidad de 78% y una especificidad del 72% los aspectos más valorados eran el dolor que se alivia con la defecación, un aumento en la frecuencia deposicional coincidente con la aparición del dolor, que las heces fueran más blandas coincidiendo con el dolor, que se observe distensión abdominal, que haya moco en las heces y la sensación de evacuación incompleta.¹⁹ Observándose que de estos 6 criterios los 3 primeros tenían un valor predictivo diagnóstico mientras que los 3 últimos eran de menor utilidad. Destacando que sólo se asociaba a la diarrea sin tomar en cuenta al estreñimiento.^{20,21} Con la aparición de la revista *Gastroenterology International* editada en Roma Italia bajo la dirección de Sidney Phillips de la clínica Mayo de Rochester se empiezan a estudiar temas digestivos con la modalidad de talleres y en el Congreso Internacional de Gastroenterología en 1998 se creó un comité que desarrolló los criterios de Roma I en los que se definía al SII como 3 meses continuos o recurrentes de molestias o dolor abdominal asociados a 1 o más características como dolor que se alivia al defecar, cambio de frecuencia o consistencia de las heces. Los cuales se modificaron en 1999 Roma II donde la novedad es la inclusión de desórdenes funcionales digestivos además de presentar la sintomatología 12 semanas no necesariamente consecutivas de dolor o malestar abdominal con por lo menos dos de las tres características de Roma I (alivio del dolor al defecar y/o cambio de frecuencia y/o consistencia de las heces). Con dichos criterios aquellos pacientes diagnosticados por medio de los criterios

de Manning en un 40% estaban fuera con Roma II sin embargo difieren a los Roma I en que son más restrictivos y poseen menor sensibilidad 49% vs 83%.^{19, 20}

Tabla 1

MANNING	ROMA I	ROMA Modificado	ROMA II
Más de 2 o 3 de : a) dolor abdominal que mejora con la deposición b) deposiciones blandas en relación con el dolor c) mayor número de deposiciones en relación con el dolor d) distensión abdominal e) presencia de moco en las deposiciones f) sensación de evacuación incompleta	Síntomas continuos o recurrentes de: a) dolor abdominal que mejora con la deposición o se asocia a un cambio en la frecuencia o a un cambio en la consistencia y/o 2 o más de los siguientes: a) alteración en la frecuencia deposicional b) alteración en la consistencia de las heces c) alteración en la deposición (urgencia, esfuerzo, sensación de evacuación incompleta) d) presencia de moco en las heces e) 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 de 3 o más de : a) Alteración en la frecuencia deposicional b) Alteración en la consistencia de las heces c) Alteraciones en la deposición (esfuerzo, urgencia) d) Moco en heces e) Distensión abdominal	Al menos 12 semanas no necesariamente consecutivas con los 12 meses anteriores de malestar, o dolor abdominal junto con 2 o más de: a) mejoría con la deposición b) asociado a un cambio en la frecuencia en las deposiciones c) asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones

Sin embargo en el intento de unificar aún más estos criterios siete años más tarde surge en el 2006 los criterios de Roma III los cuales tienen una sensibilidad de 70.7% y una especificidad de 87.8% y un valor predictivo positivo cercano al 100% (Tabla 2); la modificación que se hizo fue el tiempo de evolución donde la sintomatología se presente al menos 6 meses antes y estén activos 3 meses.^{20, 21,22}

Tabla 2

<p>ROMA III</p> <p>Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionados con 2 o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• mejora 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
--

Mearín F. Síndrome de Intestino Irritable: nuevos criterios de roma III. Med Clin Barc. 2007; 128(9):335-43

Además contempla un aspecto nuevo la separación de los cuadros funcionales en grupos de acuerdo a la severidad de los síntomas leve, moderado o severo; así como una sub clasificación del SII en:

- SII con estreñimiento: si más del 25% de las deposiciones son duras (se recomienda la escala de Bristol) y menos del 25% son sueltas o acuosas.
- SII con diarrea: si más del 25% de las deposiciones son sueltas o acuosas y menos del 25% son duras.
- SII mixta: si más del 25% de las deposiciones son sueltas o acuosas y más del 25% son duras.
- SII indeterminado: Insuficiente anormalidad de la consistencia de las heces para cumplir criterios de inclusión en cualquiera de los grupos anteriores.

Con la finalidad de darle mayor objetividad a la evaluación de la consistencia de las heces, se ha propuesto utilizar la escala de forma de las evacuaciones de Bristol.^{20, 21,22}

La característica de las evacuaciones de acuerdo a la escala de Bristol es la siguiente:

Tipo 1: escíbalos (evacuaciones en bolitas duras y separadas)

Tipo 2: en forma de salchicha, anular o apelotonada

Tipo 3: en forma de salchicha gruesa con grietas

Tipo 4: en forma de salchicha delgada, de superficie lisa y blanda

Tipo 5: blandas, fragmentadas de bordes bien definidos

Tipo 6: pastosas

Tipo 7: completamente líquidas.

Esta escala permite que exista un acuerdo entre el paciente y el médico. De acuerdo a esta escala las formas 1 y 2 sugieren estreñimiento y las formas 6 y 7 diarrea. Durante muchos años el SII se consideró un diagnóstico de exclusión al que solo podría llegarse tras la realización de múltiples pruebas que excluyeran enfermedades con síntomas similares a SII, lo cual llevaba a un gasto innecesario del paciente. Por eso se debe tener en cuenta los criterios de ROMA III ante alguna sospecha de patología orgánica.^{20, 22}

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

De acuerdo a la profesión de interés para nuestro estudio Rivas y Cols. realizo un estudio en médicos especialistas en Venezuela cuyo objetivo era determinar la prevalencia del SII utilizando los criterios de ROMA III en una población de médicos de 3 centros hospitalarios de Macaray y evidenciar la relación de estrés laboral con esta patología encontrando una prevalencia de 37.3% en médicos especialistas de los cuales 77.5% es en género femenino y 22.5% en el masculino donde se describe al estrés como posible factor desencadenante de hechos fisiopatológicos que provocan la sintomatología de este síndrome en un 67.7%; por otro lado Naeem y Cols. buscaron la prevalencia y la relación de los patrones de ansiedad con el SII en estudiantes de medicina encontrando una prevalencia del 28.3% en estudiantes de medicina con una asociación a ansiedad cerca del 34.9%, en Guatemala un estudio similar realizado por Oliveros tuvo como finalidad

conocer la prevalencia del SII en estudiantes de medicina así como establecer el subtipo más frecuente y determinar su prevalencia según género y nivel de carrera encontrando una prevalencia de 13.3% en el área preclínica y del 10.7% en el área clínica donde el subtipo que predominó fue el mixto con un 70%, en Venezuela existe una prevalencia de 21.6% en los estudiantes de medicina con predominio del subtipo diarrea de 45%.^{23,24,25,26} En México un estudio cuyo objetivo era estimar la prevalencia del SII en estudiantes de medicina; determinar la asociación con ansiedad, depresión, estrés y el impacto en el rendimiento académico realizado por Bautista y Cols. en el 2011 demostró una prevalencia de 24.7% donde la prevalencia de ansiedad fue del 94%, depresión 38% y para el estrés fue del 60%, del que las mujeres fueron las más afectadas ($p < 0.05$) sin encontrar afectación en el rendimiento académico.²⁷ La asociación que existe entre ansiedad y SII se ha observado en un 21.7% para el año 2007 utilizando los criterios de ROMA II con una significancia de $p = < 0.005$ en un estudio realizado por Drews y Cols. en este mismo año Cruz y Cols. elaboró en México un estudio para determinar la relación de SII, ansiedad y depresión encontrando ansiedad en un 58% y depresión del 62% en los pacientes con SII.^{28,29}

En el 2010 se observó una prevalencia de ansiedad y SII de 26% a 30% y de un 16.67% en depresión y para el 2012 en un estudio realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Oaxaca la prevalencia de ansiedad en pacientes con SII fue de 47% donde el subtipo mixto es el que predominó en un 40% de los casos; en estudios comparativos donde evalúan la calidad de vida de pacientes con SII y ansiedad se ha observado una asociación hasta mayor a 85%. Con lo que respecta a la ansiedad se ha observado una prevalencia del 59% en los médicos residentes debido a cansancio excesivo y jornadas extenuantes, lo que ocasiona desinterés en las actividades cotidianas, falta de tiempo para el estudio, sobrecarga de responsabilidades, conflictos con adscritos o compañeros de grados superiores; llevando todo esto a un ausentismo y bajo aprovechamiento académico.^{6, 7, 30, 31,32}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Intestino Irritable se considera un trastorno multifactorial encontrándose dentro de su etiología los trastornos de la motilidad; hipersensibilidad visceral y el concepto del eje cerebro-intestino; inflamación de la pared intestinal, y factores psicológicos dentro de estos últimos el estrés, la depresión y la ansiedad tienen mayor asociación con valores de $p= 0.00000$ y su asociación con estrés y ansiedad es de 76% en médicos familiares, 44% en cirujanos, 46% internistas en un estudio realizado en estudiantes de medicina se observó una prevalencia de SII de 24.7% con una prevalencia de ansiedad de 94%, depresión 38% y del estrés del 60%.^{7,11,23,26} En la Unidad de Medicina Familiar N° 33 “El Rosario” en el año 2010 Uribe en su tesis observo que la prevalencia del SII en la población derechohabiente de 20 a 50 años de edad fue de 19% en la población masculina y de 81% en la femenina siendo el tipo diarreico el más común con 55%; otro estudio realizado por Carmona en el 2011 acerca del trastorno de ansiedad en los médicos residentes observo que predomina la ansiedad leve en los residentes de primer y tercer grado con un 17 y 22% respectivamente.^{33,34} Otros estudios realizados son: Frecuencia del Síndrome Burnout, La actitud de los médicos hacia la muerte. El nivel de conocimiento sobre tabaquismo y los factores de riesgo cardiovascular en los médicos adscritos.

Debido a que existen factores de riesgo y existe una alta prevalencia del SII en la población de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 así como el trastorno de ansiedad en los residentes de medicina familiar y no se han realizado una investigación que asocie la presencia del síndrome de intestino irritable y ansiedad en los médicos en formación me surge la inquietud de conocer dicha asociación ya que se ha descrito en la literatura que el SII está asociado a ansiedad en un 28%.^{23,24} Por lo que me surge la siguiente pregunta.

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la frecuencia del síndrome de intestino irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en los Médicos Residentes en Medicina Familiar de primero, segundo y tercer grado adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario.
- Identificar la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en los Médicos Pasantes en Servicio Social en Medicina adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario.
- Identificar la frecuencia de ansiedad en los médicos residentes en Medicina Familiar de primero, segundo y tercer grado adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario.
- Identificar la frecuencia de ansiedad en los médicos pasantes en servicio social en medicina adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario.
- Identificar las características socio demográficas de los sujetos de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario perteneciente al IMSS en el D.F., corresponde a un estudio observacional, transversal, retrospectivo y prolectivo cuyo objetivo es determinar la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con Ansiedad en los médicos en formación de la UMF N°33 El Rosario. Se incluyó a todos los médicos pasantes en servicio social de medicina y médicos residentes en medicina familiar inscritos en el ciclo 2013-2014, se excluyeron aquellos participantes con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, Hipotiroidismo, cirugía abdominal, intolerancia a la lactosa o enfermedad colorectal.

Para la variable Síndrome de Intestino Irritable (SII) previo consentimiento informado, se aplicó la encuesta para los criterios de ROMA III que cuenta con una sensibilidad de 70.7% y una especificidad de 87.8%, este instrumento consta de 14 ítems. En la primera parte de 1 al 10 ítems se utilizan para definir la presencia de SII y el subtipo, los cuales tienen una respuesta tipo likert (Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Casi todo el tiempo y Siempre) con una puntuación del 0 al 4, se debe tener afirmativo el ítem 1 y 3, así como 2 o más de los ítems restantes (ítem 4 a 8 mejoría del dolor, estreñimiento y/o diarrea), para poder identificar el subtipo, se tomaron en cuenta los ítems 9 y 10 de la siguiente forma: criterio para SII E estreñimiento (ítem9>0) e (ítem 10=0), Criterio para SII-D diarrea: (ítem9=0) e (ítem 10>0), Criterio para SII-M mixto: (ítem 9>0) e (ítem 10>0) y Criterio para SII-NC indeterminado: (ítem 9=0) e (ítem 10=0). En la segunda parte ítems 11 al 14, son para definir la presencia de alguna patología orgánica con lo que se descartaría la presencia de SII, las cuales se responden como afirmativo o negativo.^{20, 35}

La presencia de ansiedad se determinó a través de la escala de Zung previamente validada, que consta de 20 ítems para síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos durante los últimos treinta días. Esta escala presenta

un patrón de respuesta tipo Likert que se contesta: Nunca, a veces, Casi siempre y Siempre, a cada pregunta se da una puntuación de 1 a 4, 50% en sentido positivo y 50% en sentido inverso. En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos (anexo 2,3). Posteriormente se anotó el valor individual de cada información en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un índice de ansiedad en base a la siguiente ecuación: puntuación total entre 80 promedio máximo y el resultado se multiplica por 100. De acuerdo al índice de ansiedad se puede determinar que no existe ansiedad si la puntuación es menor a 45, ansiedad leve si es de 45-59, ansiedad moderada si es de 60-74 y ansiedad severa mayor a 75 puntos.^{36,37}

Para las variables sociodemográficas (edad, sexo, grado escolar, estado civil) se diseñó un instrumento exprofeso de 4 ítems.

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar el análisis mediante el programa Excel en Office XP y graficó con Power Point; los resultados se analizaron con estadística descriptiva a través de frecuencias así como la representación en gráficas. El análisis de la asociación entre síndrome de Intestino Irritable y Ansiedad se realizó mediante la prueba de Razón de momios a través del programa Epidat 3.1.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional e institucional.

RESULTADOS

Participaron 62 médicos en formación adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°33 El Rosario inscritos en el ciclo 2013-2014, se excluyeron 6 por presentar antecedentes de diabetes mellitus (2), hipotiroidismo (2) y de cirugía abdominal (2); analizándose un total de 57 cuestionarios con una tasa de respuesta del 100%.

Con respecto a la distribución por grupo de edad, se encontró que 4 (7.01%) tenía 20 a 25 años, 36 (63.15%) tenía entre 26 a 30 años, 17 (29.82%) eran mayores de 31 años (Tabla y gráfica N°1).

En cuanto a la distribución por género, 42 (73.68%) eran femenino y 15 (26.31%) pertenecía al género masculino (Tabla y gráfica N°2)

Otro factor estudiado fue el estado civil, se encontró que 43 (75.4%) pertenecía al grupo de solteros, 11 (19.29%) al de casados, 2 (3.50%) al de unión libre y 1(1.75%) al de divorciado (Tabla y gráfica N°3).

La distribución de acuerdo al grado escolar fue la siguiente: 6 (10.52%) médicos pasantes en servicio social en medicina, 19 (33.33%) médicos residentes de primer año en medicina familiar, 15 (26.31%) residentes de segundo año de medicina familiar y 17 (29.82%) residentes de tercer año de medicina familiar (Tabla y gráfica N°4).

De los 57 médicos en formación encuestados 37(64.91%) cumplía con los criterios de ROMA III para SII, de los cuales 31 (83.78%) pertenecía al sexo femenino y 6 (16.2%) al masculino; al realizar la distribución por grado escolar se encontró que 12 (32.43%) pertenecía al grupo de residentes de tercer año, 12(32.43%) al grupo de primer año, 9 (24.32%) al grupo de segundo año y 4 (10.81%) al grupo de médicos pasantes en medicina. Al calcular la frecuencia por grado de estudio se obtuvo una frecuencia de 70.58% (12) en el grupo de tercer

grado, 63.15% (12) en los de primer grado, 60% (9) en los de segundo grado y 66.66% (4) en los médicos pasantes en medicina (Tabla y gráfica N°5).

Respecto al subtipo de SII se encontró que 20 (54.05%) presentaba estreñimiento, 15 (40.54%) tipo mixto, 2 (5.40%) tipo diarrea y ninguno presento el subtipo indiferenciado; al realizar la distribución por grado de estudio se encontró que en los médicos pasantes el subtipo mixto se presentó en 2 (33.33%) de los participantes, el subtipo estreñimiento en 1(16.66%) y 1(16.6%) el de diarrea; en los residentes de primer grado el subtipo mixto se presentó en 7(36.84%), el subtipo estreñimiento en 4 (21.05%), el subtipo diarrea en 1(5.26%); en los residentes de segundo año el subtipo estreñimiento se presentó en 6 (40%), el mixto en 3 (20%) y finalmente en los de tercer año el subtipo estreñimiento se presentó en 9(52.94%), el subtipo mixto 3(17.64%)participantes (Tabla y gráfica N°6).

En relación a la ansiedad se encontró que de los 57 médicos en formación 34 (59.64%) cumplía con los criterios de Zung para ansiedad, al distribuirse por grado de estudio se observó que 11(32.35%) pertenecía al grupo de residentes de tercer año, 10 (29.41%) al segundo año, 9 (26.47%) al primer año y 4 (11.76%) a los médicos pasantes en medicina y al calcular las frecuencias por grado de estudio se obtuvo para los médicos pasantes 4 (66.66%), residentes de primer año 9 (47.36%), residentes de segundo año 10 (66.66%) y los residentes de tercer año 11(64.70%) (Tabla y gráfica N°7).

Respecto a la clasificación de ansiedad, la ansiedad leve se presentó en 32 (94.11%) participantes y la ansiedad moderada en 2 (5.88%) participantes (Grafica N°8,9).

En relación al SII y Ansiedad se encontró que de los 37 médicos en formación que cumplían con los criterios de ROMA III para SII, 27 (72.97%) presentaba ansiedad 10 (27.02%) no presentaba ansiedad.

Los 20 médicos en formación que no presentaron criterios de Roma III para SII, 7 (18.91%) presentaron ansiedad y 13 (22.80%) sin ansiedad. (Tabla 7, gráfica N°9).

Al realizar la distribución por grado de estudio en relación a SII y ansiedad se encontró que en los médicos en formación el 3 (75.0%) en los médicos pasantes presentaron SII y ansiedad, el 8 (88.88%) en los residentes de primer año, 8 (80%) de los residentes de segundo año y 8 (72.72%) de los residentes de tercer año (Tabla 8, gráfica N°10).

Al calcular razón de momios para asociación entre SII y Ansiedad, se obtuvo un OR de 5.014 con un IC de 95%, con una $P= 0.0122$ para X^2 con corrección de Yates (Tabla 9).

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1

Distribución por grupo de edad de los médicos en formación

20-25 años	26 a 30 años	Más de 31 años
4	36	17

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 1

Distribución por grupo de edad de los médicos en formación



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 2

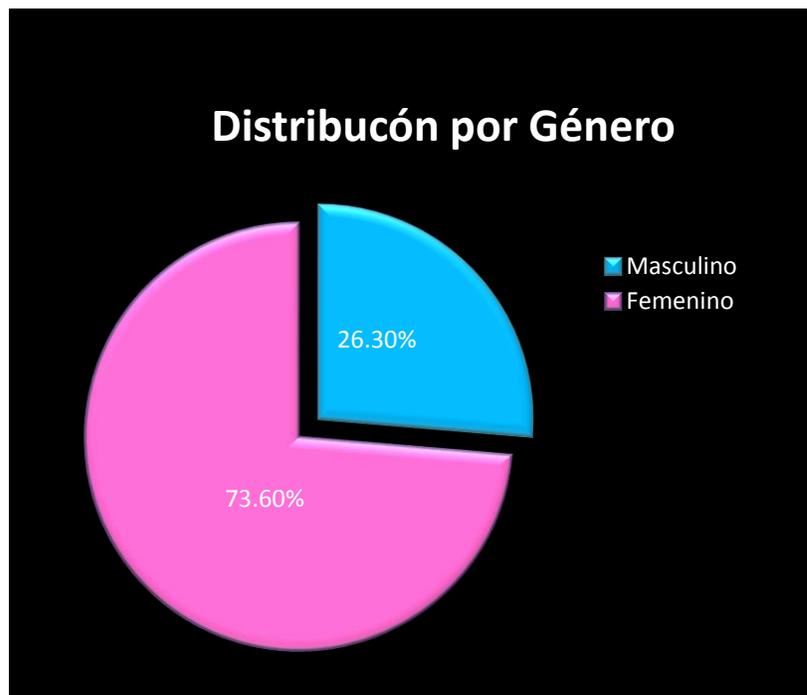
Distribución por Género de los médicos en formación de la UMF N°33 El Rosario

Femenino	Masculino
42 (73.68%	15 (26.31%

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 2

Distribución por género de los médicos en formación participantes en el estudio



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 3

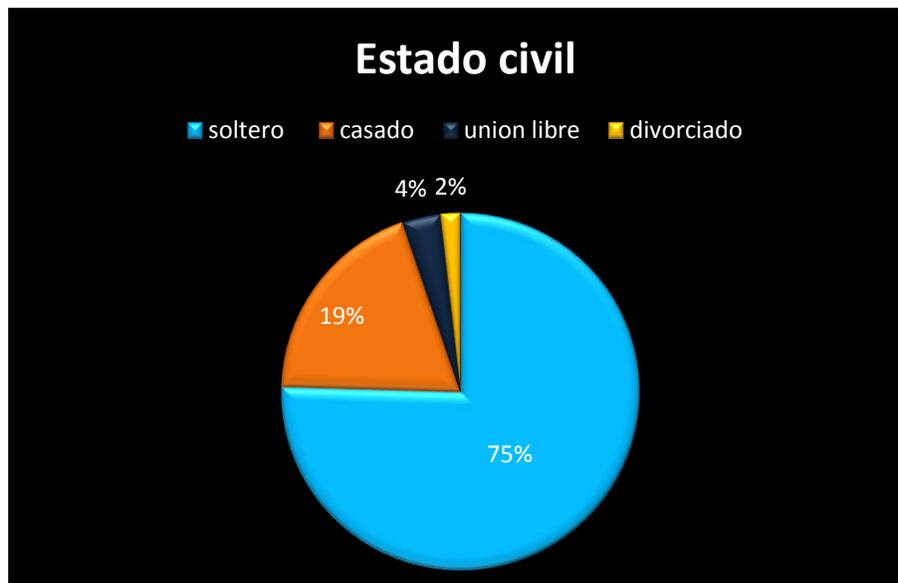
Distribución por estado civil de los médicos en formación participantes en el estudio

	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado
MPSS	5	1	0	0
R1 MF	17	1	1	0
R2 MF	10	4	1	0
R3 MF	11	5	0	1
	43	11	2	1

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 3

Distribución por estado civil de los médicos en formación participantes en el estudio



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 4

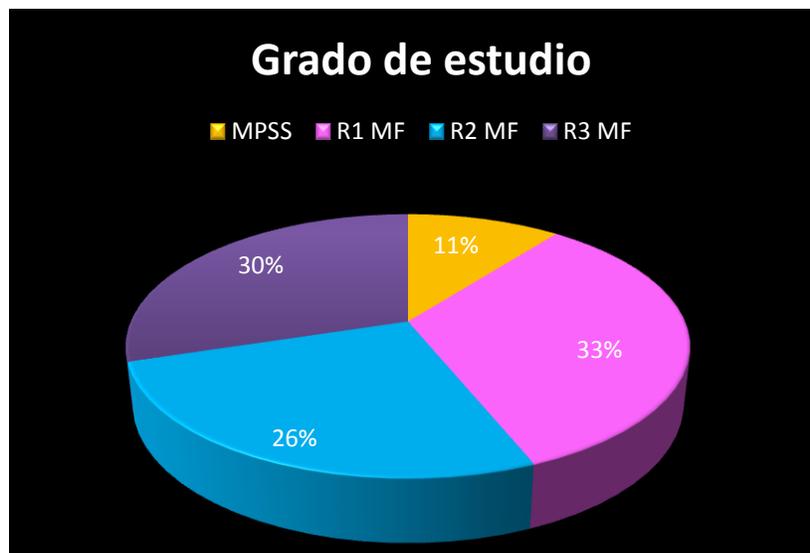
Distribución por grado de estudio de los médicos en formación

MPSS	6
R1 MF	19
R2 MF	15
R3 MF	17

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 4

Distribución por grado de estudio de los médicos en formación participantes



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 5

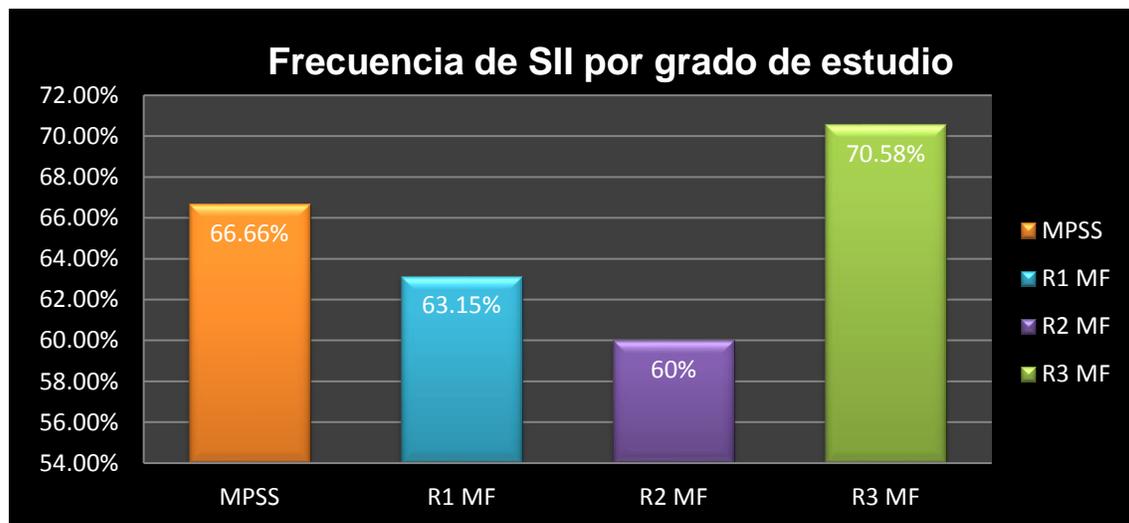
Frecuencia de SII por grado de estudio en los médicos en formación

Variable	Con SII	Sin SII	Frecuencia
MPSS	4	2	66.66%
R1 MF	12	7	63.15%
R2 MF	10	5	60%
R3 MF	12	5	70.58%

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 5

Frecuencia de SII por grado de estudio en los médicos en formación



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 6

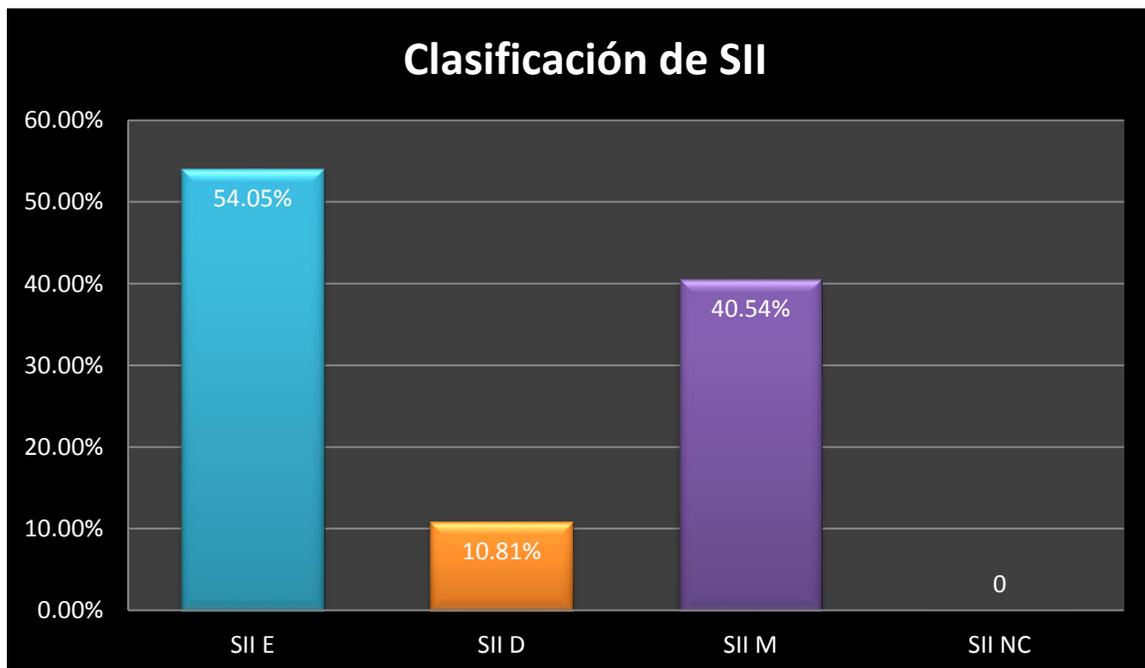
Clasificación y frecuencia de SII de acuerdo al subtipo

	SII E	SII D	SII M	SII NC
MPSS	1	1	2	0
R1 MF	4	1	7	0
R2 MF	6	0	3	0
R3MF	9	0	3	0
Total	20	2	15	0

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 6

Clasificación y frecuencia del SII de acuerdo al subtipo



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 7

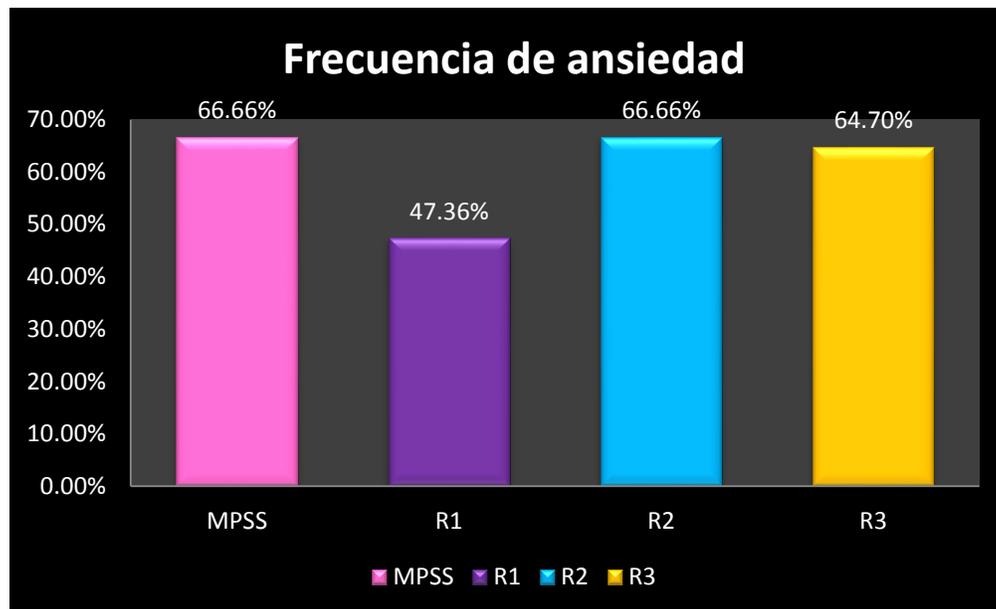
Frecuencia de ansiedad por grupo de acuerdo al grado de estudio y clasificación

	Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad Moderada
MPSS	2	4	4	0
R1MF	10	9	8	1
R2MF	5	10	9	1
R3MF	6	11	11	0
	33	34	32	2

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 7

Frecuencia de ansiedad por grupo de acuerdo al grado de estudio



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 8

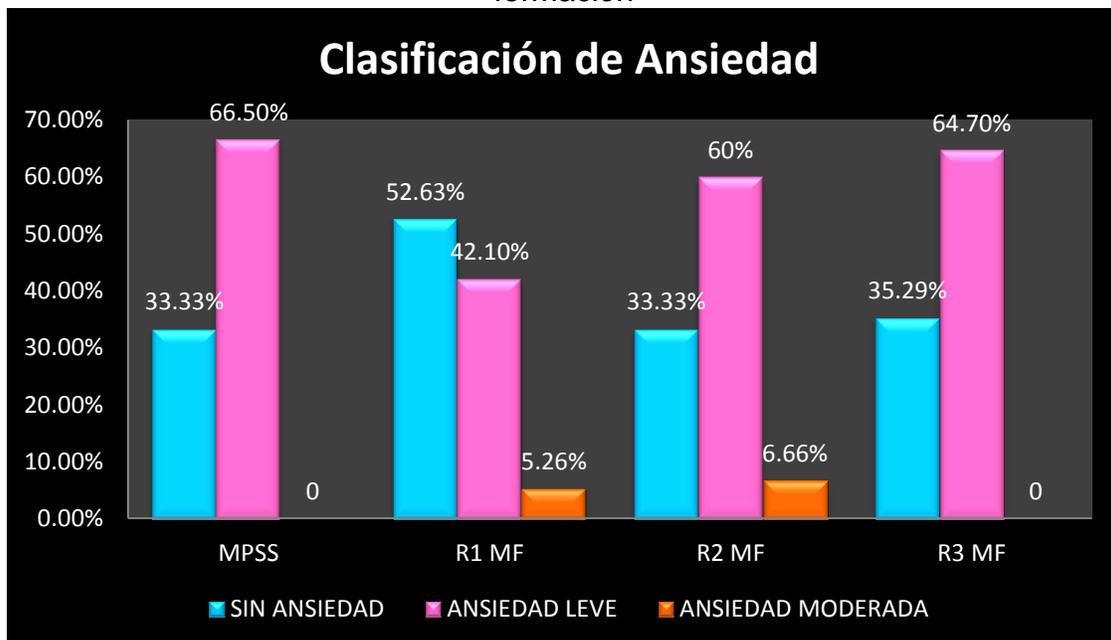
Distribución de acuerdo a la clasificación de ansiedad



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfica 9

Clasificación de Ansiedad de acuerdo al grado de estudio de los médicos en formación



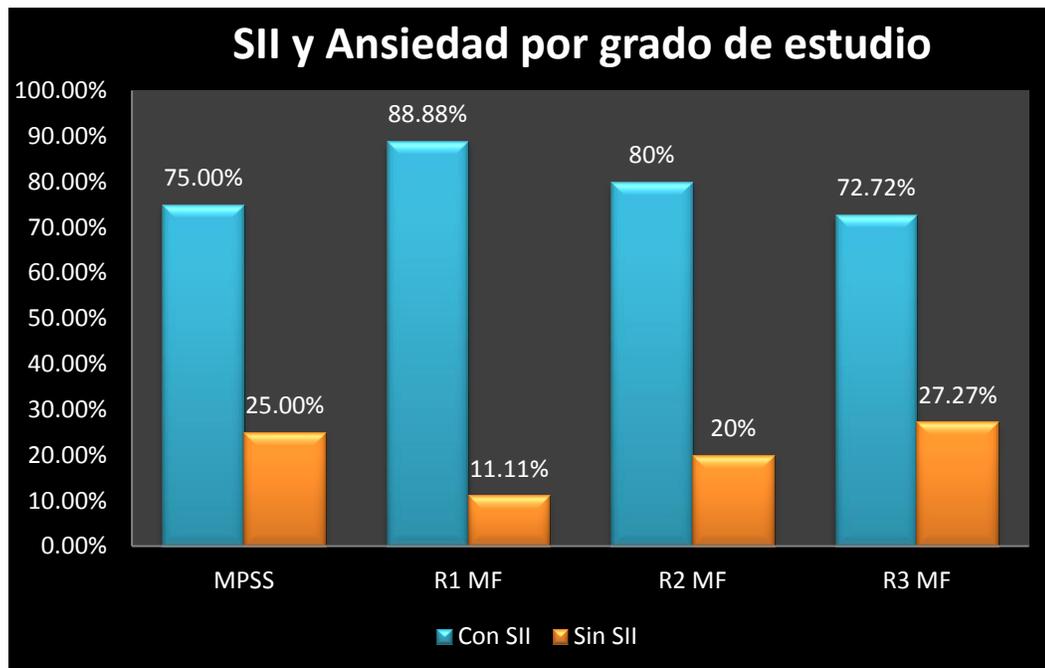
Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 8
Distribución de SII y Ansiedad por grado de estudio en los médicos en formación

Ansiedad	Con SII	Sin SII
MPSS	3	1
R1 MF	8	1
R2 MF	8	2
R3 MF	8	3
	27	7

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Gráfico 10
Distribución de SII y Ansiedad por grado de estudio de los médicos en formación



Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

Tabla 9

Asociación de SII y Ansiedad

	SII Si	SII No	
Ansiedad Si	27	7	34
Ansiedad No	10	13	23
	37	20	57

Fuente: Cuestionario Frecuencia de Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con ansiedad en los médicos en formación de la UMF N° 33 El Rosario

DISCUSION

El síndrome de Intestino Irritable (SII) por su elevada prevalencia en la población en general y en los estudiantes del área médica y personal de salud, con una prevalencia de 28 a 37% debido a que presentan mayor estrés psicológico debido a la carga de trabajo además de haber una mayor prevalencia de ansiedad en este grupo de 37 – 40%, su afectación a la calidad de vida, implicaciones socioeconómicas e impacto en los sistemas de atención médica y procesos educativos es considerado en la actualidad un problema de atención pública a nivel mundial.^{5, 6,7}

Esta situación motivó a la realización del presente estudio con la finalidad de determinar la frecuencia del SII utilizando los criterios de ROMA III; encontrando una frecuencia de 64.91% cifra mayor a lo reportado por Rivas y Landeta en 2008 con una frecuencia 37.3% en médicos especialistas y por lo reportado en estudiantes de medicina de 28.3% por Naeem y cols., y de 24.7% reportado por Bautista y cols utilizando los criterios de ROMA II en estudiantes de medicina de la Ciudad de Hidalgo.^{23,24,27}

De acuerdo a las características sociodemográficas el SII se presentó en mayor frecuencia en el género femenino con un 87.78% y 16.2% en el masculino cifras similares a lo reportado en la literatura por Bautista y cols. de 64.8% en el género femenino y por debajo a lo reportado por Naeem y cols., de 85.29% femenino y 17.5% en masculino y muy por arriba a lo reportado por Oliveros y cols., de 20% femenino y 5.4% masculino.^{24,25,27}

En nuestro estudio con respecto al subtipo de SII, el que tuvo mayor frecuencia fue el subtipo estreñimiento 54.05% muy por arriba de lo reportado por Oliveros y cols., quienes reportaron un 15% y por arriba a lo reportado por Naeem y col., quienes reportaron 24.5%. El segundo en frecuencia en nuestro estudio fue el subtipo mixto con un 40.54%% lo cual es diferente y muy por debajo a lo reportado por Oliveros y cols., quienes encontraron un 70% y de Naeem y cols.,

quienes reportaron un 54.9%. El subtipo último en frecuencia fue el de diarrea, con 10.81%, lo cual está por debajo a lo reportado por Oliveros y Enríquez así como por Naeem y cols quienes reportaron un 15% y 16.7% respectivamente.^{24, 25}

Respecto a la ansiedad en los médicos en formación, en nuestro estudio se presentó en un 59.54%, cifra similar a lo reportado por Aguirre y López de 59.1% en médicos residentes y cifras que son mayor a la población en general. De acuerdo al grado de estudio se observó que los médicos pasantes en medicina presentaron 66.66%, los residentes de primer año 47.36%, los residentes de segundo año 66.66% y los residentes de tercer año 64.7% cifras que son mayores a lo reportado por Aguirre y cols., quienes reportan que los médicos de segundo año de residencia presentan ansiedad en 35.4%, seguidos por los de primer año 32.4%, tercer año 22.5% y cuarto año 9.9%.³⁸

En relación al grado de ansiedad nuestros resultados reportaron que la ansiedad leve se presentó en un 94.11% y la ansiedad moderada en 5.88%; cifra mayor a lo reportado por Vargas y cols., donde la ansiedad leve se presentó en un 47% y la ansiedad moderada en una 20%. Así como a lo reportado por Aguirre y cols., con 52.1% ansiedad leve y 7% ansiedad moderada.^{31, 38}

Al analizar la presencia de Ansiedad en los que SII, se observó que los médicos pasantes en medicina presentaban ansiedad en un 75%, los residentes de primer año 88.88%, los residentes de segundo año 80% y los de tercer año 72.72% cifras muy por arriba a lo encontrado por Aguirre y cols., quienes en médicos residentes reportan 32.4%, 35.4% y 22.5% respectivamente. Así también muy por arriba de lo reportado por Plata y col., quienes reportan en residentes de primer año una frecuencia del 46%, los de segundo año 30%, los de tercer año 7%.^{38, 39}

En relación a la asociación de SII y Ansiedad encontramos que aquellos médicos en formación que cumplían con los criterios de ROMA III 72.97% presentaban algún grado de ansiedad obteniéndose un OR de 5.014 lo cual quiere decir que

aquellos médicos en formación con ansiedad, tienen 4 veces más probabilidades de desarrollar SII, este dato es inferior a lo reportado por Bautista de RM de 38.6 y ajustado por sexo RM 31.2.²⁷

CONCLUSIONES

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) tiene una alta frecuencia en los estudiantes del área médica y profesional de salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 (UMF N° 33), con un comportamiento diferente de acuerdo al género, con mayor frecuencia en el femenino.

Utilizando los criterios de ROMA III para la detección del SII en los médicos en formación de la UMF N° 33, se observó cifras del 64.91% superiores a lo reportado por otros autores en el área médica, el subtipo más frecuente fue el subtipo estreñimiento 54.05% seguido del mixto 40.54% y con una baja frecuencia el subtipo diarrea 5.40%.

Así mismo la presencia de ansiedad es un factor de riesgo que predispone a 4 veces más a desarrollar el SII, presentándose en mayor frecuencia en aquellos médicos residentes de medicina familiar de menor grado, no así en el nivel de pregrado. Por lo que podemos inferir que al menos en la UMF N° 33, el SII en los médicos en formación pudiera ser resultado de un ambiente educativo estresante, aunado a una baja tolerancia a percepciones viscerales digestivas que desencadena la presencia de SII en sus diferentes subtipos.

Por lo que las estrategias para disminuir la presencia de SII por ansiedad, puede ser mejorando el ambiente educativo, que se puede percibir como estresante, a través de comunicación horizontal, clara, directa respetuosa, entre los médicos en formación de los diferentes grados, con los profesores, instructores clínicos tanto de la consulta de las diferentes especialidades, como durante la Instrucción clínica complementaria; con estrategias educativas participativas y motivadoras, que integren de forma flexible la consideración del individuo (diferencias y preferencias personales), que lleven a la conciencia de la trascendencia del aprendizaje y a aprender a aprender, para enfrentar de manera más eficiente, los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y autoeficacia personal, lo que llevara a comprender los aspectos de la organización

como normas, adaptarse a los diferentes ambientes y sobrecarga que en las guardias se pueda tener, siempre y cuando exista un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades laborales, acorde con la normativa y respeto de los derechos humanos.

Otro aspecto para disminuir la presencia de SII, es el abordaje de la salud mental los médicos en formación que se detectaron con ansiedad leve a moderada, para una educación del manejo del estrés.

Por lo tanto para conseguir una formación médica integral, apropiada y eficiente es fundamental, no solo estimular y desarrollar los aspectos asistenciales, científicos y académicos sino incluir también aquellos referentes a la esfera personal, humanística y psicosocial que contribuyen significativamente al crecimiento y bienestar personal y profesional, a optimizar la relación médico - paciente – institución y a mejorar la calidad de trabajo del médico

BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, y Tratamiento de Síndrome de Colon Irritable. México: secretaría de Salud; 2008.
2. Gómez AD, Rojas ML, Morales VJ, Mujica OS. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva actualizada. Med UNAB 2008; 11(1):50-60
3. Síndrome de Intestino Irritable una perspectiva global. WGO Practice Guideline Irritable bowel syndrome 2009; 2-23
4. Schmulson M, Ortiz O, Santiago LM, Gutierrez R G, Gutierrez RM, Robles D G, Morgan D. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. Dig Dis 2006; 24:342- 347.
5. López CA, Bravo GD, Corona LA, Pérez LM, Cervantes OM, Romero OT y cols. First Community Based Study of Functional Gastrointestinal Disorders (FGID) in Mexico Using the Rome II Modular Questionnaire. Gastroenterology 2006; 130 (2): A508.
6. Valerio UJ, Pérez SJ, Jiménez PA, Cortázar BL, Duarte VM, Prieto ME y cols. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz. Rev. Gastroenterol Méx 2010;75 (1):36-41
7. Rivera RJ, Sobrino CS, Suarez ME. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del Síndrome de Intestino Irritable: Epidemiología y fisiopatología. Rev. Gastroenterol Méx 2009; 74(1): 56-57
8. Schmulson M, Vargas JA, López CA, Remes-Troche JM, López JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de ROMA III, en un estudio clínico, multicéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. Rev. de Gastroenterol Méx 2010; 4(75):427-438
9. Resendiz FE, Ortiz G, Pulido D, Arcila M, Schmulson M. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable. Rev. Gastroenterol Méx 2008; 73(1):4-8
10. Klinger RJ, Klinger RJ. Irritable Bowel Syndrome. Rev. méd. Chile; Santiago 2001;129 (5):576-580

11. Díaz CS, Díaz CA, Arrieta VK. Factores psicosociales, socio demográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Clin Med Fam* 2010;3(2):78-82
12. Vahedi H, Ansari R, Mir-Nasser M, Jafari E. Irritable Bowel Syndrome. *Middle East Journal of Digestive Diseases* 2010; 2(2): 66-77
13. Kerstin A, Suarez HP, Barbel O, Bidlingmayer M, Schwizer W, Fried M, Ehlert U. Altered Psychobiological Responsiveness in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 2012; 2(74): 221-231
14. Castañeda SR. Síndrome de Intestino Irritable. *Medicina Universitaria* 2010;12 (46): 39-46
15. Farzaneh N, Ghobakhlou M, Moghimi DB, Naderi N, Fadaei F. Evaluation of psychological aspects among subtypes of irritable bowel syndrome. *Indian J Psychol Med* 2012;34:144-148
16. Burbige EJ. Irritable bowel syndrome: diagnostic approaches in clinical practice. *Clinical and Experimental Gastroenterology* 2010; 3: 127–137
17. Gómez ÁD, Morales VJ, Rojas ML, Mújica OS, Camacho LP, Rueda JG. *Gastroenterología y Hepatología*. 32(6):395-400
18. González M, De Ascencao M, Síndrome de intestino irritable aspectos psicológicos. *RFM* jun 2005; 8(2): 139-145
19. Zolezzi FA, Las enfermedades funcionales gastrointestinales y ROMA III. *Rev gastroenterol. Perú* 2007; 27: 177-84
20. Mearin F. síndrome de Intestino Irritable: nuevos criterios de ROMA III. *Med Clin (Barc)* 2007; 128 (9): 335-43
21. Schmulson M. Algoritmos de la fundación de ROMA para diagnóstico de síntomas gastrointestinales comunes en español. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75 (4): 443-48
22. Valladares LM, Alonso LO, Gómez EO, Meléndez ME. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del Síndrome de Intestino Irritable: cuadro clínico y criterios diagnósticos. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74(1): 58-62

23. Rivas A, Landoeta Y, Gil C, Ramírez Z. Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Macaray Edo de Aragua Venezuela. Revista de la sociedad venezolana de gastroenterología 2008; 177-182
24. Naeem S, Umar SE, Nafey KA, Memon AA, Tauseeq SK. Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students of Karachi, Pakistan: A cross sectional study. BMC research notes 2012; 5:255
25. Oliveros RI, Enríquez OL, Tulio RJ. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín. Revista de la facultad de Medicina 2012;1(14): 28-32
26. Rivas A, Vargas CB, Torres F, López S, Prevalencia de síntomas asociados al síndrome de intestino irritable según los criterios de ROMA II en estudiantes de medicina da la escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela caracas. Rev sociedad venezolana de Gastroenterología 2006; 60(4):302-306
27. Bautista CR, Ortiz ER, Muñoz JS, Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de Medicina. Rev fac Med UNAM 2011; 54 (3): 5-11
28. Drews A, Hazlett SH. Relationship between irritable bowel syndrome, generalized anxiety disorder, and worry related constructs. Int J Clin Health Psychol 2007; 8(2):429-437
29. Cruz RM, Ortiz HR, Muñoz JD, Padierna LJ. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex 2007; 72(1):29-33
30. Tomic GS, Srbobron M, Magorni A, Lazorevic D, nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. Psychiatria donubina 2010; 22(3):418-424
31. Vargas MJ, Martínez AM, Elizarraras RJ. Síndrome del Intestino Irritable y factores socioemocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida. Centro regional de Investigación en Psicología 2012; 6(1):57-64
32. Fosado GM, Casillas GG, Serralde ZA, Pérez HJ, higuera TM, Pérez TE, Abdo FJ. Asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex 2011; 11(4): 295-301

33. Uribe MJ. Prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años turno matutino de la UMF 33. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Unidad de Medicina Familiar 33 El Rosario; Agosto 2010.
34. Carmona MV. Trastorno de ansiedad generalizada, frecuencia y factores socio demográficos asociados a residentes de medicina familiar de la UMF 33. Tesis en Medicina Familiar México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Unidad de Medicina Familiar 33 El Rosario; Febrero 2011.
35. Rome Foundation, Inc (sede web) Questionnaires Rome III, Irritable Bowel Syndrome module [acceso 22 de julio de 2013]. Disponible en <http://www.theromefoundation.org/questionnaires>
36. Ossa DS, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructural factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. Colom Med. 2009 1(40): 71-77
37. Scribd.com [sede web] Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung 2001 [actualizada 20 noviembre 2012; acceso 14 de Mayo 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/57162687/Ansiedad-de-Zung>
38. Aguirre HR, López FF, Flores FR. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente uan julio-septiembre 2011; 3(8): 28-33
39. Plata GM, Flores CL, Curiel HO, Juárez OJ, Rosas BJ. Depresión y Ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades médico-quirúrgicas 2011; 16(3): 157- 162

ANEXOS

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 EL ROSARIO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

FRECUENCIA DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACION A ANSIEDAD EN MEDICOS EN
FORMACION DE LA UMF N° 33 EL ROSARIO

Instrucciones: Conteste y marque con una (X) la respuesta que considere más acorde a su situación:

Edad : 20-25 años _____ 26-30 años _____ >31 años _____ Genero: F _____ M _____ Estado civil _____
R1MF _____ R2MF _____ R3MF _____ MPSS _____

EN LOS ULTIMOS 3 MESES:

1.-Con que frecuencia ha tenido 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 con las evacuaciones?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

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

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

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

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

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

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

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

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

9.- En los últimos 3 meses con que frecuencia ha presentado heces duras?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

10.- En los últimos 3 meses con que frecuencia ha presentado evacuaciones diarreicas?

- 0. Nunca o rara vez
- 1. Algunas veces
- 2. Casi siempre
- 3. Casi todo el tiempo
- 4. Siempre

11.-Le han operado alguna vez a nivel intestinal?

Si _____ No _____

12.- Ha tenido alguna enfermedad de colón previa a la aparición de estos síntomas?

Si _____ No _____

Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION 1 NORTE
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33 EL ROSARIO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
 FRECUENCIA DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACION A ANSIEDAD EN
 MEDICOS EN FORMACION DE LA UMF N° 33 EL ROSARIO

Instrucciones: Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana

	Nunca	A veces	Muchas veces	siempre
1.-Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso				
2.- se ha sentido temeroso sin razón				
3.- despierto con facilidad o siento pánico				
4.- me siento que voy a reventar y partirme en pedasos				
5.- ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien				
6.- me tiemblan los brazos y las piernas				
7.-le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
8.- se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9.- se ha sentido calmado y puede quedarse quieto				
10.- siento palpitaciones				
11.-se ha sentido mareado				
12.- se ha desmayado o sentido desmayarse				
13.- ha podido respirar con facilidad				
14.- ha sentido hormigueo/ falta de sensibilidad en los dedos				
15.- ha sentido náusea o malestar abdominal				
16.-ha orinado con mayor frecuencia de lo normal				
17.- ha sentido sus manos secas y calientes				
18.- se ha ruborizado con frecuencia				
19.-ha dormido bien y descansado toda la noche				
20.-ha tenido pesadillas				

Anexo 3

Calificación de ítems Escala de Ansiedad Zung

ítems	Nunca	Algunas veces	Varias veces	La mayoría de las veces
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FRECUENCIA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACION CON ANSIEDAD EN MEDICOS EN FORMACION DE LA UMF N° 33 El Rosario						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar N° 33 "El Rosario", Azcapotzalco, México Distrito Federal						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El Síndrome de Intestino Irritable (SII) se presenta en la población médica en un 37.3% ejerciendo un impacto negativo en la calidad de vida, afectando la actividad física, social y familiar, ausentismo laboral, disminución del rendimiento laboral y en caso de los médicos en formación afecta la calidad del aprendizaje y desempeño además del impacto económico importante. El identificar la prevalencia del SII a través de los criterios de ROMA III nos permitirá actualizar la prevalencia en los médicos; así como al ser la UMF n° 33 #1 Rosario sede en pasantía social y residencia en medicina familiar y el tiempo que conlleva realizarla nos permitirá realizar acciones de fomento a la salud mental que propicien la mejora de la situación mental de los médicos en formación lo cual contribuirá a la disminución de inasistencia y mayor aprovechamiento académico así como la retroalimentación de profesores. El objetivo del estudio es determinar la frecuencia del SII y su asociación a ansiedad en los médicos en formación de la Unidad de Medicina Familiar N° 33 El Rosario						
Procedimientos:	Se realizara una encuesta ex profeso a los médicos residentes en medicina familiar, médicos en servicio social adscritos a la UMF N° 33 El Rosario; la cual identifica la presencia de SII a través de los criterios de ROMA III y la escala de Zung para ansiedad.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	A través de determinar la frecuencia y la asociación de las patologías se podrán identificar a los médicos en formación con SII y ansiedad e implementar estrategias educativas para el manejo del estrés o ayuda psicológica a quien lo requiera.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador me otorgara la información obtenida durante el proceso de estudio con el fin de a mi parecer permanecer o no en dicha investigación.						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere sin que ello afecte mi actividad educativa.						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Enríquez Neri, Prof. Del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente CIEF, matricula 5399548; dra_monica_en@hotmail.com ; tel 57 52 80 59						
Colaboradores:	Dra. Vianney Nava Alarcón, Médico Residente del segundo año de Especialización en Medicina Familiar, matricula 99359136 vianey89@hotmail.com ; tel. 53 82 51 10 ext 21407						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

FRECUENCIA DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACION CON ANSIEDAD EN LOS MEDICOS EN
FROMACION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 EL ROSARIO

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013