

11226
24.14



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Sur
Hospital General de Zona de Orizaba, Ver.

ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
COMO GENESIS DE LOS TRASTORNOS
FUNCIONALES DE EL APARATO
DIGESTIVO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
MÉDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. RITA GUADALUPE BELTRAN CABRERA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Orizaba, Ver.

1987



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 está 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.

I N D I C E :

	pág.
I Título	1
II Introducción	2
III Generalidades	4
IV Antecedentes Científicos	18
V Justificación	21
VI Identificación del problema	21
VII Hipótesis	22
VIII Objetivos	23
IX Diseño de la investigación	23
X Resultados y gráficas	25
XI Conclusiones	36
XII Alternativas de Solución	37
XIII Bibliografía	39

ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR COMO GENESIS DE LOS
TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO.

I N T R O D U C C I O N :

Deslumbrados quizá, por los adelantos técnicos a veces no percibimos la deshumanización en que hemos caído ni nos preocupamos por tomar las medidas para que nuestra civilización esté acorde con la dignidad del hombre, y si está es responsabilidad de todos los miembros de la sociedad, es mayor la de aquéllos que, como nosotros, los Médicos, ejercemos una profesión cuyo objetivo es el hombre mismo, no sólo como ser físico, sino también con todos los valores que condicionan la vida. La nuestra es, por tanto, una profesión en la que deben vivir en constante diálogo la ciencia y el humanismo que son los dos elementos que le han dado la dignidad a nuestra profesión y que nosotros debemos conservar e incrementar. Es indudable que para el ejercicio de nuestra profesión se requiere una vocación bien orientada, pues Médico sólo puede ser aquél que sabe comprender al que sufre y al que lo necesita, aquél que está dispuesto a servir y que entiende que, para la salud de sus enfermos, no sólo se necesita el diagnóstico oportuno y la terapéutica adecuada, sino también la CONFIANZA que sabe despertar en ellos.

La relación humana entre el Médico y el Paciente no puede perderse aunque los avances científicos de nuestra época y la organización que requieren nos obliguen a modificar los métodos tradicionales de nuestra atención profesional. Pero esa mecanización nunca podrá substituir la importancia de la actitud personal del Médico, de sus conocimientos y de su sentido clínico, de un buen interrogatorio y de un juicio sereno y bien orientado; no podemos permitir que por el hecho de trabajar dentro del marco institucio

nal, el paciente deje de ser la persona que requiere de nuestra particular atención y se convierta en ficha de consulta o una ce dula de afiliación.

El Médico debe tener cualidades y disposiciones especiales, por que su profesión es esencialmente distinta a las demás. La - diferencia no radica tanto en los aspectos científicos, como en su filosofía, vocación de servicio y la calidad humana que requiera, ya que su objeto es el hombre mismo, su familia, sin distinción de raza, credo o posición social y económica. (9)

GENERALIDADES:

Se les denomina TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO, a aquellas perturbaciones del funcionamiento gastrointestinal - que se traducen en síntomas clínicos y para los cuales no es posible encontrar un sustrato morfológico a pesar de la aplicación de los procedimientos de diagnóstico corrientes en la práctica médica actual (1); son trastornos caracterizados principalmente por hiperirritabilidad, motilidad y secreción alteradas de el tubo digestivo; es esencial eliminar la posibilidad de enfermedad digestiva orgánica (3). La mayor parte de síntomas gastrointestinales tienen como causa inmediata algún trastorno de la motilidad y los más frecuentes no se acompañan de lesión reconocible morfológica o bioquímica (5). Se ha demostrado que los pacientes con trastornos funcionales del aparato digestivo, viven en situaciones que se consideran de tensión emocional, las pruebas psicológicas utilizando la técnica de entrevista para estres demuestra correlación entre la alteración de la motilidad, secreción, en situaciones emocionales destructivas (4).

Observaciones hechas por gastroenterólogos de diversas regiones geográficas, atendiendo a distintos patrones culturales, señalan la elevada frecuencia de ellos, y refieren cifras de hasta un setenta por ciento de la consulta externa. (1)

El Síndrome de Colon Irritable, término muy extendido en nuestro medio, es sinónimo del Síndrome del Intestino Irritable de la literatura anglosajona, por lo tanto se refiere a que puede afectar cualquier tramo intestinal, tanto del intestino delgado como del grueso.

Aún hoy pueden encontrarse en la literatura alrededor de 15 distintas denominaciones para este síndrome: enterocolopatía - funcional, colitis mucomembranosa, colitis mucosa, colitis espástica, colon inestable, neurosis del colon, disinergia de colon, etc. Prácticamente los especialistas coinciden en que niguno de los nombres propuestos es adecuado, por tanto pueden - ser cuestionados, el más popular sin embargo es el de síndrome de colon irritable (SCI).

Las primeras descripciones acerca de este síndrome se remontan a 1849, cuando empezó a ser conocido como enfermedad de la membrana mucosas del canal digestivo. Pocos años después, en - 1863, Guthrord informó de 214 casos de diarrea, examinados en el transcurso de un año entre soldados. Da Costa, en 1871, informa de pacientes americanos estudiados por padecer "enteri - tis membranosa". Durante el siglo XX innumerables investigadores han estudiado el SCI, lográndose definir las características del mismo, entre quienes han investigado merecen citarse: Horst (1909), Alvarez (1917), White y Johns (1940), Almy (1949) y Chaudary, Connell, Palmer, Miesiewicz entre otros; En México, son notables los trabajos de Hinitz (1978), Guevara (1971),.

Es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de - 3:1 con respecto al masculino, la edad de presentación varía - ampliamente pudiendose encontrar tanto en niños y adolescentes como adultos y no es raro encontrarse a niños apendicectomiza - dos que en realidad padecían este síndrome; pero su frecuencia aumenta entre la tercera y cuarta década de la vida .

ETIOLOGIA:

La causa de la hiperactividad intestinal en el Síndrome no es del todo conocida, se han reconocido algunos estímulos que intervienen en ella a través de la correlación de ciertos hechos con la presencia de manifestaciones clínicas del síndrome, así se señalan varios factores que varían de persona a persona y de tiempo en tiempo, entre los que encontramos:

Sensibilidad individual.- relacionada tanto a factores de el medio ambiente así como a las relaciones familiares.

Trastornos de la Personalidad.- encontrando los siguientes factores emotivos; neurosis de ansiedad, angustia y depresión, así como personas catalogadas como con personalidad tipo "A".

Relacionadas con las Dietas.- ya sean irritantes locales como el alcohol, café, mostaza, etc. como las transgresiones de la misma.

Drogas o medicamentos.- entre los que encontramos el propranolol, digitalicos, quinidina, antihipertensivos principalmente la guanetidina, hydralazina y reserpina.

Otros como alergias, infecciones, alteraciones mecánicas, etc

FISIOPATOLOGIA:

Interviene una anormal respuesta del tono, motricidad y secreción mucosa de la pared del colon frente a factores diversos, cuyo substrato patológico del colon irritable - consiste en una hipertonía parasimpática; se ha comprobado que la motilidad entérica en pacientes con SCI es más marcada después de la administración de simpaticomiméticos que en los sujetos normales, pero se ha observado que esta alteración no existe

en todos los casos de SCI. Además, se ha visto que el estímulo posprandial de la motilidad entérica subsiste después de la vagotomía y que la colecistocinina, hormona , estimula fuertemente la motilidad entérica, en el paciente con SCI, - constataciones que, sin descartar el papel importante que de--sempeña el nervio vago en este padecimiento, indican que los - mecanismos de producción del SCI son más complejos de lo que se supone interviniendo otros factores hormonales sumados a las - alteraciones del sistema nervioso autónomo.

También se señala que estados emocionales de agresividad aumentan el tono y la amplitud de las contracciones del colon - distal, lo que provoca constipación, en tanto que estados emotivos de depresión, angustia disminuyen la actividad del sig--moides y causan diarrea. Lo que ha permitido establecer una relación causal entre la tensión síquica y las alteraciones de - la motilidad colónica, tal relación existe en virtud de que el colon está destinado a recibir los impulsos nerviosos centra -les a través de fibras autónomas, por mediación del hipotálamo (integrador de los impulsos emocionales), que coordina tanto - las emociones como la función visceral.

El dolor se debe a la disminución del umbral del dolor de - los receptores algogénicos del colon, y por otro lado al aumento de la presión endoluminal debido a las contracciones no propulsivas.

También se ha observado que la producción de moco en condiciones de stress aumenta en forma considerable.

FORMAS CLINICAS:

- 1.- FORMAS MOTORAS: con perturbaciones en la propulsión y tono intestinal.-
 - a) Colon Espástico (dolor).
 - b) Diarrea Nerviosa.
- 2.- FORMAS SECRETORAS DE EXCESO DE MOCO:
 - a) Colitis mucosa.
 - b) Colitis Membranosa.
- 3.- FORMAS MIXTAS.- a la vez motoras y secretorias, ejem:
 - a) Diarrea psicógena.

CUADRO CLINICO:

La sintomatología del SCI incluye, primeramente, dolor abdominal de localización variable al igual que su duración e intensidad, colico, aveces precipitado por la ingesta de alimento, - su perioricidad es variable y coincidiendo con tensión psíquica pudiendo seguir la trayectoria colonica o localizarse en meso - gastrio, puede mejorar con la defecación.

Le siguen los trastornos de la evacuación tanto en frecuencia como en alternancias de despeñes diarreicos y de constipación.

Es común la flatulencia, evacuaciones mucosas y otros.

Generalmente estos se acompañan de perturbaciones vegetativas palpitaciones, bochornos, fatiga, hiperhidrosis, cefalea, etc..

EXPLORACION FISICA:

Es esencialmente normal, la nutrición no se altera, el peso se mantiene constante solo se registran signos de distonía vegetativa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se deberá efectuar con cualquier otro trastorno como: Enfermedad diverticular colon, Neoplasias intestinales, Colitis Ulcerativa, Enfermedad de Crohn's, Apendicitis, Sd. de mala absorción intestinal, Úlcera péptica, Alteraciones biliares, alteraciones ginecológicas, alteraciones cardiopulmonares, Infecciones, Parasitosis, abuso de laxantes, etc..

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

los exámenes practicados de rutina en relación a padecimientos Gastrointestinales suelen ser esencialmente normales, entre los que tenemos: biometría hemática, química sanguínea, examen general orina, pruebas de función hepática, coprocultivo, coproparasitoscopico, y radiológico: como Rx simple abdomen, serie gastroduodenal, colon por enema, -sonografía vesicular, endoscopia y rectosigmoidoscopia, entre otros. Toda exploración sirve para descartar la presencia de proceso orgánico pues solo es lícito considerar la presencia única de estos trastornos por EXCLUSION de afecciones primarias del tracto digestivo.

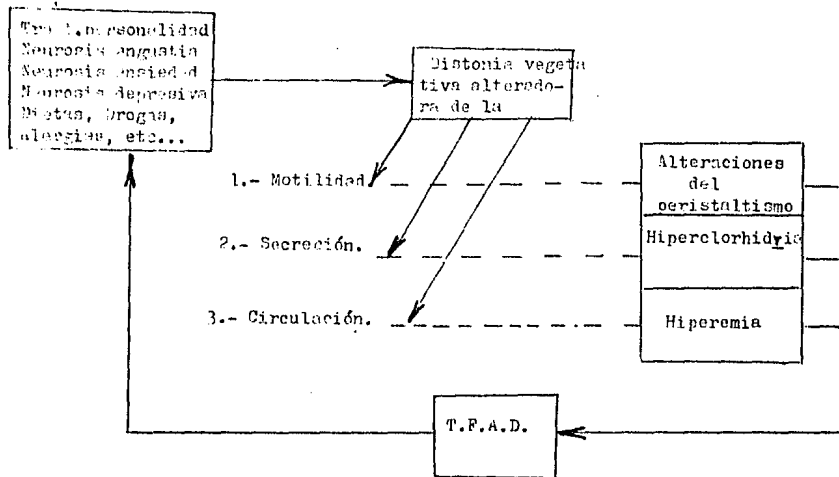
TRATAMIENTO:

Es sintomático, individualizado y sicoterapéutico

PRONOSTICO:

No es favorable, ya que estos trastornos tienden hacia la cronicidad y recidivan frecuentemente.

ALGUNOS FACTORES PRECIPITANTES Y MECANISMOS
DE ACCION QUE INTERVIENEN EN LOS T.F.A.D.



Fuente: (2)

CONCEPTOS DE FAMILIA.

La palabra familia proviene del vocablo latino "famulus", que significa esclavo doméstico.

El censo norteamericano la define como un grupo de dos o más - personas que viven juntas y están relacionadas entre sí por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción.

El censo canadiense como esposa y esposo con hijos o sin ellos que viven bajo el mismo techo.

La familia es un grupo social primitivo formado por individuos - unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar a su salud individual y familiar.

Los elementos teóricos necesarios para estudiar a la familia:

- A.- Ciclo de Vida Familiar, que nos permite analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución, comprende las siguientes fases:
 - 1.- Fase de Matrimonio: inicia con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo, observándose en esta el ajuste sexual e información sobre planificación familiar y personalidad.
 - 2.- Fase de Expansión: crece en número de integrantes de la familia, hay el ajuste de la pareja a cada nuevo miembro.
 - 3.- Fase de Dispersión: el niño se empieza a socializar hay que ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus necesidades.
 - 4.- Fase de Independencia: los hijos deben aprender a vivir de manera independiente, formando nueva familia sin romperse los lazos afectivos.

5.- Fase de Retiro o Muerte.- Planeación para el fin de la vida familiar, hay incapacidad para laborar de los padres, con hijos en fase de expansión y sin proporcionar recursos a sus padres.

B.- Dinámica Familiar, Según Jackson consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad, a lo que Chagoya agrega que es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás(6). La familia es algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento, es un sistema abierto formado por subsistemas organizados por generación, sexo, intereses y funciones, ejem; esposos como matrimonio, esposos como padres, binomio madre hijo etc.

LA FAMILIA FUNCIONAL.- es aquella en la que se cumplen adecuadamente las funciones básicas de una familia, en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua, lo cual no excluye que existan dentro de ellos sentimientos negativos como odios, celos, insatisfacción además de los positivos como el amor, respeto, etc., - se llevan a cabo los roles de cada uno en forma adecuada, en donde el desarrollo y autonomía se da en cada uno de los inte-

grantes, las relaciones son abiertas, existiendo una comunicación respetuosa, cariño y una reacción adecuada ante las demandas de cambio (7).

LA FAMILIA DISFUNCIONAL.- En ella la comunicación es oscura, indirecta, inespecífica e incongruente, por lo que los problemas tienden a no ser resueltos, hay rigidez al cambio lo que favorece el desarrollo de psicopatologías como son la depresión, neurosis, trastornos de la personalidad cuando las demandas de cambio atacan romper la homeostasis; si bien es verdad que una dinámica familiar disfuncional no es siempre la causa de un trastorno psicopatológico, no es menos cierto que en la mayor parte de los casos la influencia de la familia condiciona la persistencia o el agravamiento de los síntomas y/o síndromes (7).

Los límites pueden variar desde el "amalgamiento", en un extremo, hasta la desvinculación, en el otro. Cuando existe amalgamamiento, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de la autonomía personal, la diferenciación individual es escasa.

En las familias desvinculadas permiten un amplio margen de variación individual entre sus miembros: la autonomía individual es muy respetada pero se pierde el sentido de solidaridad y de pertenencia. Así las familias funcionales han encontrado un punto medio entre estos dos parámetros. Es importante señalar que no existe la familia sin problemas.

B.- CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS.-

	Moderna	30%
a) Desde el punto de vista de su desarrollo:	Tradicional	60%
	Primitiva	10%

Urbana 60%

b) Desde el punto de vista demográfico: Rural 40%

c) Desde el punto de vista integración:

- integrada: Los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
- semiintegrada: Los cónyuges viven, pero no cumplen sus funciones
- desintegrada: En la que falta alguno de los cónyuges.

Campesina

d) Desde el punto de vista tipológico: Obrera
Profesionista

e) en base a su composición:

- Nuclear que está constituida por padres e hijos exclusivamente
- Extensa constituida por padres, hijos y algún familiar.
- Extensa Compuesta padres, hijos y personas que no los unen -
lazos consanguíneos.

B.- FUNCIONES FAMILIARES:

1. SOCIALIZACIÓN.- una función primordial de la familia es la de transformar a un niño X dependiente de sus padres en un individuo autónomo, independiente para desarrollarse en la sociedad, aprende un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, normas, etc.

2. CUIDADO.- Consiste en cubrir las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física y de salud de los miembros familiares.

3. APECTO.- que proporciona ánimo, amor y cariño.

4. REPRODUCCION.- Función básica de la familia, ya que el matrimonio como institución legal regula el ambiente sexual y la reproducción, para proveer de nuevos miembros a la sociedad.

5. STATUS.- La familia es la institución mediadora entre el individuo y la sociedad, transfiere derechos y tradiciones, los diferentes niveles socioculturales resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades.

LA ATENCION MEDICA.

Esta debe ser una atención integral, continua, amplia y personalizada, en donde se acepte la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo y conserva una relación íntima, longitudinal y personal (6).

La consulta Médica antes que todo es un acto de presencias; la del Médico y la del paciente que en su estructura dinámica interna se distinguen dos acciones; La cognoscitiva, eminentemente objetiva y analítica y la de identificación médica, proceso efectivo dirigido a la comprensión del paciente. La verdadera función del médico solo puede realizarse cuando además de una preparación médico-técnica indiscutible, se establece una relación íntima con el paciente, relación que permite conocerlo a fondo, cuando el enfermo encuentra en él, en sus gestos, en sus ojos, esa señal del interior que le dice que primero que médico es amigo; por lo tanto hay que conocer también el aspecto psicológico del grupo encomendado a su cuidado lo que le permite ser un educador para impulsar la medicina preventiva con sentido humano y social. Y así afirma Feiderman " El verdadero Médico es una compleja mezcla de calor humano, intelecto, pragmatismo, fortaleza, integridad y vocación " (16), afirmando Pierre Henri "Los abusos del saber conducen a una degradación espiritual"; asistimos a una nueva ciencia en la que la naturaleza humana no cede frente al calculador análisis de los hechos, nuestro mundo está lleno de enfermos que necesitan afecto, las drogas, el avance de la salubridad, la tecnología al servicio de la medicina han acabado con muchas plagas, pero en la enajenante civilización de consumo, la era posindustrial, los seres humanos reclamamos algo más que ser dígitos de una computadora (16).

PERSONALIDAD.

El estudio de la personalidad se refiere a la organización y el patrón de las características de las personas y su conducta con las tendencias básicas que guían y distinguen la misma, y con las tendencias individuales entre estas características. El estudio de la personalidad tiene relación con preguntas tales como el grado de consistencia en la conducta de las personas y el grado en el que la conducta varía como función de las diferentes situaciones en las que se encuentra en un momento dado, o sea para formularse por qué una persona se comporta del modo que lo hace.

Los patrones de conducta constantes han sido conceptualizados de distintas formas en diferentes teorías de la personalidad.

En el desarrollo de la personalidad, los aspectos fundamentales son:

- a.- Desarrollo del "YO" y del sentimiento de "Identidad".
- b.- Desarrollo de una concepción significativa del mundo exterior lo que implica un acto de compromiso entre nosotros y el medio ambiente.
- c.- Desarrollo de una conciencia con sentido valorativo, ético y moral.
- d.- Desarrollo de la Autonomía y de la Individualidad.

PATRON TIPO "A" :

Persona que se caracteriza por ser ambicioso, dominador, impaciente, agresivo, con espíritu de competencia, ante el stress de la vida se mantiene bajo calma forzada, vive obsesionado del tiempo perdido, tendencia a comer, caminar, manejar y escribir de pri

sa, no puede estar sin hacer nada, es perfeccionista, confía sólo en él mismo y él toma las decisiones, es resuelto, no se evade en sus decisiones y objetivos, come rapido y no se queja de la calidad, cuando abandone su oficina la deja bien arreglada, nada fuera de su lugar todo en orden.

PATRON TIPO "B" :

Se trata por lo general de personas que pueden ser serias, trabajadoras, pero toma la vida más a su gusto, no se impacienta, con versa y aún divaga en el trabajo, ocasionalmente suele ser desprecupado y no muy trabajador; se adapta, contento a todas las circunstancias, lleva vida familiar, escucha a las personas sin interrumpirlas, toma tiempo para descansar, no es esclavo del tiempo; su espíritu de competencia es mucho menos agudo; habla y come calmadamente, más razonable y menos encolerizable.

El tipo "A" sería el grupo de pacientes que tendrían mayor riesgo a desarrollar la enfermedad PS.

El Médico que explora la personalidad del enfermo no debe limitarse a conocer los datos biográficos y los diversos acontecimientos e incidentes de su vida, sino que debe prestar atención a la manera especial, personal, de reaccionar frente a ellos, a sus debilidades y a los mecanismos de defensa que utiliza habitualmente para protegerse de la ansiedad, también se tratará de buscar sus cualidades y aciertos, los elementos positivos de su personalidad sus talentos y ambiciones con objeto de poder estimularlo a fortalecer su autoestima y la confianza en sí mismo, y aprovechar todas las fuentes posibles de satisfacción en su vida.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Varios autores han estudiado la frecuencia del stress emocional en pacientes con trastornos funcionales del aparato digestivo y han encontrado que en un 94% de los casos se asocian a problemas emotivos, de los cuales los más frecuentes son los trastornos de la personalidad, 70%, neurosis de ansiedad y angustia (17).

Se considera un padecimiento característico de nuestra época y en los Estados Unidos de Norteamérica es reportada como la segunda causa de ausentismo laboral, y en México (Cuevara y Labastida) señalan que del 40-70% de los pacientes con padecimientos gastrointestinales presentan trastornos funcionales (18). Un reconocimiento, clasificación y manejo adecuado por parte del Médico Familiar es esencial para reconocer a los pacientes que presentan estos trastornos (19).

Maratzak (15) en reciente artículo dice que del 14 al 22% de la consulta altamente especializada (gastroenterología) presentan el síndrome de colon irritable y concluyen que factores psicológicos, sociales y económicos influyen en la aparición de ellos; así mismo, Kravis, W. y cols., hacen una evaluación sobre los exámenes tanto de Laboratorio como de gabinete a los que son sometidos estos pacientes para formular el diagnóstico ya que es por exclusión de patología orgánica con síntomas similares como por ejemplo hernia hiatal, enfermedad acidopéptica, alteraciones hepatobiliares, enfermedades coronarias, infecciones, neoplasias etc. entre otras, y hacen incapié en el alto costo de los mismos, las yatrogenias a las que se somete al paciente y además que hasta en un 70 por ciento se reportan como normales, por lo que agregan a el es -

tudio de sus pacientes un test para investigar la estabilidad personal y con ello buscar más especificidad de dichos estudios.

En cuanto a el tratamiento de estos trastornos, es muy discutible, principalmente por que no existe una terapéutica que garantice al paciente la curación total o la desaparición de las molestias. Sin embargo deberán tenerse en mente algunos aspectos fundamentales como son :

a) Alimentación.- No existe una dieta que puede aplicarse a todos los pacientes con trastornos funcionales del aparato digestivo, sin embargo, se aconseja la supresión de irritantes, el alcohol, el tabaco se recomendará un horario regular para las comidas, que todos los alimentos sean cocidos, en los casos de constipación se indicará dieta rica en fibras y residuo y lácteos; en los casos en que predominen las evacuaciones diarreicas se recomienda una dieta rica en féculas y sin lacteos.

Así mismo se hará incapie en las medidas higiénicas en general.

b) Tratamiento Médico.- La administración de drogas será individualizado a cada caso, así se han llegado a administrar desde placebos, tranquilizantes, tricíclicos, anticolinérgicos, antidiarreicos, laxantes, enemas; y entre los agentes terapéuticos se mencionan los normalizadores de la motilidad gastrointestinal que por su semejanza estructural con la acetilcolina, actúa por competencia con este mediador fisiológico, obteniendo una regulación autónoma del tono y motilidad del tracto digestivo y una normalización de su función.

c) Psicoterapia de apoyo es lo más importante, explicándole de la mejor forma posible la entidad y demostración del interés en la solución, puede hacerse incapie en la fisiopatología de los mismos

Los pacientes, casi sin excepción forman parte de una familia, no están solos. La familia constituye una verdadera unidad, o un sig tema dentro del cual cada uno de sus integrantes está interrela - cionado con los demás de tal manera que puede afirmarse sin temor a la equivocación que siempre que está enfermo un individuo, esta enferma la familia entera. El Médico Familiar se encuentra en una posición adecuada para observar la dinámica familiar y para inter venir solicitando la cooperación activa de algunos de los miembros. A veces es posible obtener, de esta manera, un mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, que son una de las causas más frecuen - tes de sufrimiento físico y enfermedad. Todo el conjunto de proce dimientos psicoterapéuticos sirven para engendrar sentimientos de seguridad, liberar emociones reprimidas, ayudar al establecimien - to de patrones más saludables de funcionamiento orgánico y para - que se desarrollen actitudes más maduras de comportamiento. Para - lelemente a esto ocurre una mejoría y, aveces, la desaparición to tal de las alteraciones digestivas (1).

JUSTIFICACION:

Por la alta incidencia de estos trastornos, así como a los numerosos estudios a los que son sometidos estos - pacientes para excluir patología orgánica, y, además teniendo en cuenta que los probables factores precipitantes se encuentran en algunos casos en alteraciones en la dinámica familiar

Por lo que todo Médico Familiar debe estar capacitado para descubrir cualesquiera de esos factores y tratarlos en forma adecuada y oportuna para así disminuir tanto la incidencia de los trastornos funcionales del aparato digestivo como el envío de los pacientes a el segundo nivel de atención Médica.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

El ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, con lo que afecta la salud. Y ya que en la consulta externa del Médico General y - de el Gastroenterólogo se observan en un alto porcentaje los trastornos funcionales del aparato digestivo, nos preguntamos:

¿ Hasta qué punto las alteraciones en la dinámica familiar influyen en la aparición de dichos trastornos ?

H I P O T E S I S :

Ya que la familia es el marco formativo dentro del cual se debe contemplar el desarrollo integral del individuo, las alteraciones en la dinámica familiar son factores importantes en la génesis de los trastornos funcionales del aparato digestivo.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- 1.- Determinar los trastornos funcionales del aparato digestivo: su frecuencia en la consulta externa de Gastroenterología,
- 2.- Identificar en qué grupos de edad, sexo, ocupación, estado civil, se presentan con mayor frecuencia.
- 3.- Conocer qué disfunciones familiares están más frecuentemente asociados con la aparición de los trastornos funcionales del aparato digestivo.
- 4.- Proponer algunas alternativas de solución a efectuarse en el primer nivel de atención Médica.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Se realizará un trabajo descriptivo, transversal y observacional; y que tendrá como objetivos fundamentales investigar si las alteraciones en la dinámica familiar son causa frecuente de la aparición de los trastornos funcionales del aparato digestivo, para lo cual se procederá, a través de la técnica de la entrevista médica y de la revisión de expedientes clínicos de las personas que acudieron a la consulta externa de Gastroenterología para valorar la presencia o no de dichas alteraciones, posteriormente se interpretarán los resultados, se elaborarán gráficas y familiares para llegar a una conclusión y por último se ofrecerán algunas alternativas de solución.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Derechohabientes que acudieron a la Consulta Externa de Gastroenterología, turno matutino del Hospital General Regional de Orizaba, Ver.

SITUACION GEOGRAFICA:

Hospital General Regional del IMSS de la Cd. de Orizaba, Ver.

TIEMPO:

Tendrá una duración de cinco meses, a partir del 15 de Agosto de 1986 al 15 de Enero de 1987.

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARAN:

- a.- Médico Gastroenterólogo del turno matutino, HGR Orizaba, Ver.
- b.- Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar.
- c.- Derechohabientes que acudieron a la consulta externa de Gastroenterología, turno matutino, en el lapso de noventa días hábiles.

RECURSOS MATERIALES:

- a.- Expedientes clínicos.
- b.- Máquinas de escribir.
- c.- Papelería, bolígrafos,
- d.- Hojas 4-30-6 de el IMSS.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Del estudio efectuado en el Hospital General Regional del IMSS de Orizaba, Ver., a nivel de la Consulta Externa de Gastroenterología turno matutino y durante noventa días hábiles el Especialista otorgó 1100 consultas a los derechohabientes que fueron canalizados de las diferentes Unidades de Medicina Familiar y Hospitales Generales, encontrando lo siguiente:

Los trastornos funcionales del aparato digestivo (T.F.A.D) se diagnosticaron en 140 pacientes, lo que representa el 17% de la consulta altamente especializada, e indica que de cada doce consultas otorgadas por el Gastroenterólogo por día, dos presentan estos trastornos funcionales; de entre los cuales se comprobó el Síndrome de Colon Irritable en el 70.7% de los casos y entre los cuales predominaron las siguientes variedades clínicas:

- a) Colon Espástico o dolor abdominal en un 41.6%
- b) Constipación que se encontraron en un 36.5%
- c) Diarrea en una proporción del 21.9 % (gráfica # 1).

En cuanto a los grupos por Edad, se observa una prevalencia en la tercera decada con un 33.6 %, y cuarta decada de la vida con un 23.1 % (gráfica # 2).

Observamos un predominio en el sexo femenino con respecto a el masculino en una proporción de 3:1, 75% en mujeres y el 25% en hombres, (gráfica # 3).

Con respecto a la ocupación de los derechohabientes que padecen T.F.A.D., la proporción fué mayor para el grupo dedicado a labores del hogar con un 46.6% (gráfica # 4), así mis

mo, observamos un incremento de estos trastornos en el grupo de personas Profesionistas o con un alto grado de responsabilidad en su trabajo con un 43.2% (gráfica # 4).

Con relación a el estado civil de los derechohabientes - con estos trastornos hubo una incidencia de hasta el 50% en los casados, (Gráfica # 5).

Entre los factores precipitantes más frecuentes encontrados fueron las alteraciones de la personalidad, y de esta la catalogada como tipo "A", neurosis de angustia, ansiedad y la depresiva.

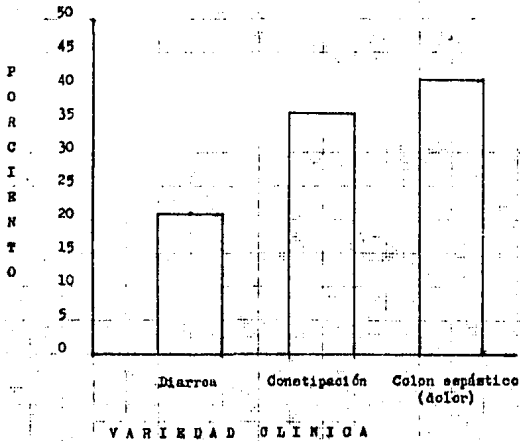
Con respecto a las alteraciones en la dinámica familiar - se pudo observar una asociación entre estos T.F.A.D. y los - conflictos conyugales (infidelidad, alcoholismo, mala comunicación, etc.).

También se encuentra una alta incidencia en las familias desintegradas y con problemas económicos y sociales (fami-
liogramas # 1-2-3-)

A continuación se anexan gráficas y famiogramas.

GRAPICA # 1

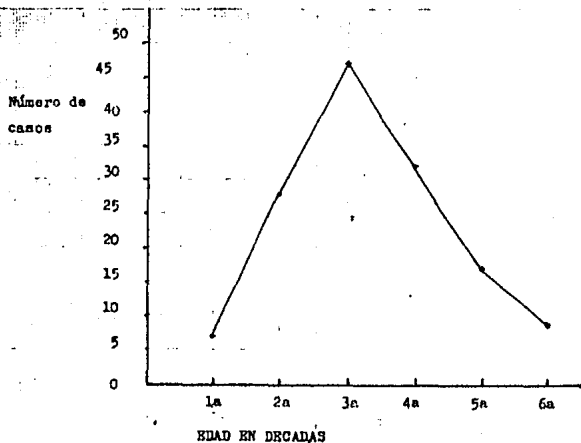
VARIETADES CLINICAS DEL SINDROME COLON IRRITABLE



Fuente: C.E. de Gastroenterología H30Orizaba, Ver. 1986

GRÁFICA # 2

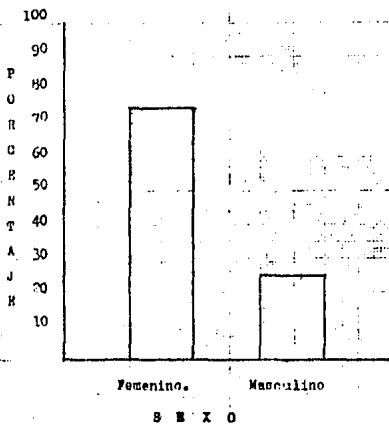
FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: G.E. de Gastroenterología del HGO, Izaba, Ver. 1986

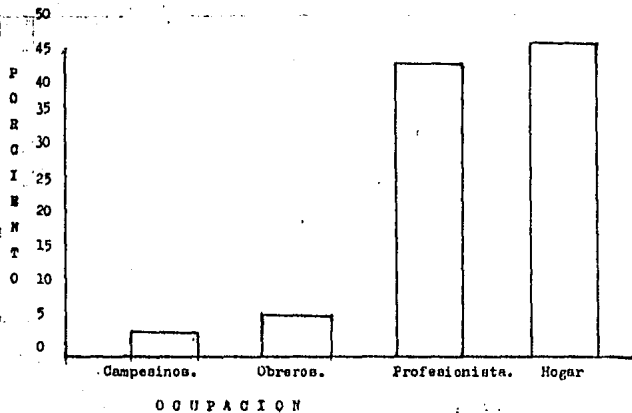
GRÁFICA # 3

FRECUENCIA DE LOS I.P.A.D. POR SEXO.



Fuente: C.E. de Gastroenterología HGRQ 1986

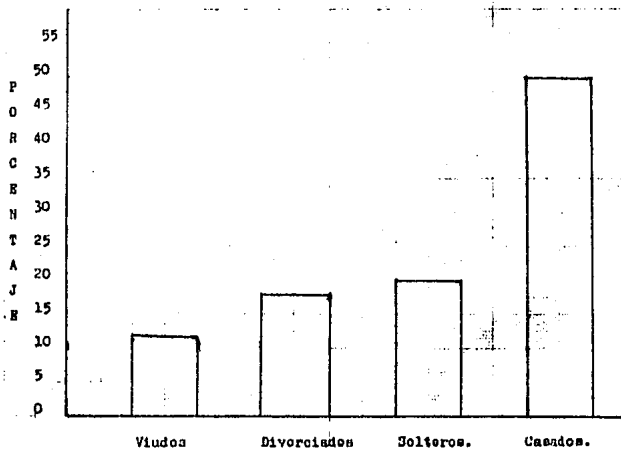
GRAFICA # 4
FRECUENCIA DE T.F.A.D. POR OCUPACION



Fuente: Consulta Externa de Gastroenterología del HGOOrizaba, Ver
1986

GRAFICA # 5

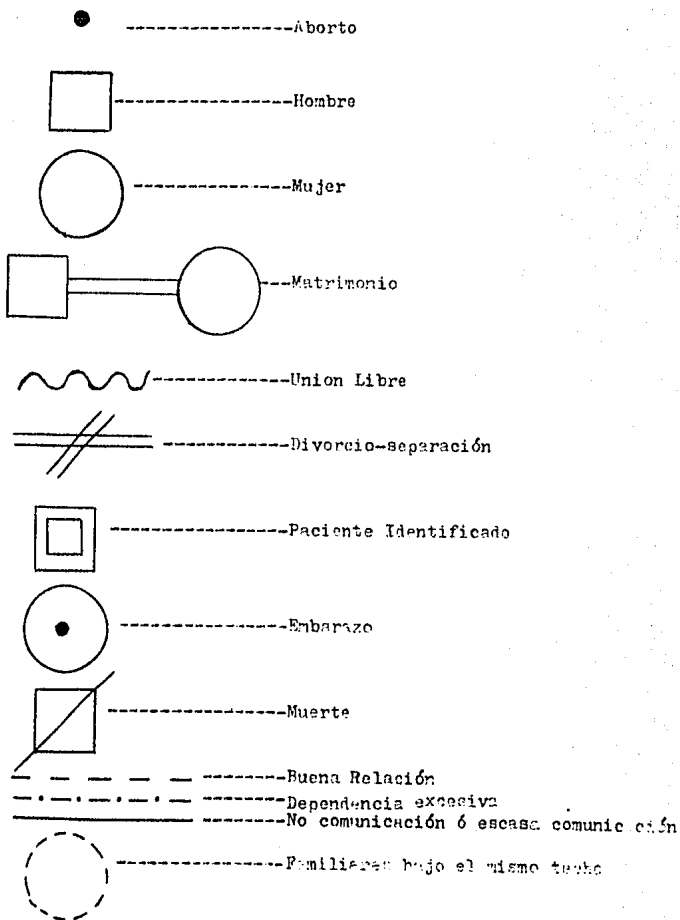
DISTRIBUCION DE LOS T.F.A.D. POR EDO. CIVIL



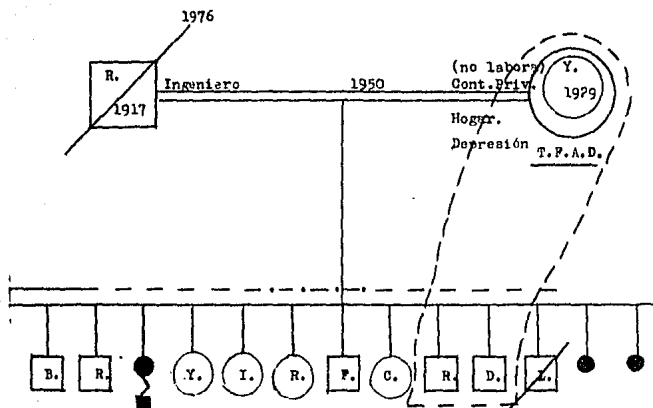
EDO. CIVIL

Fuente: C.E. de Gastroenterología del HGR Orizaba, Ver. 1986

SIMBOLOGIA FAMILIOGRAMA.

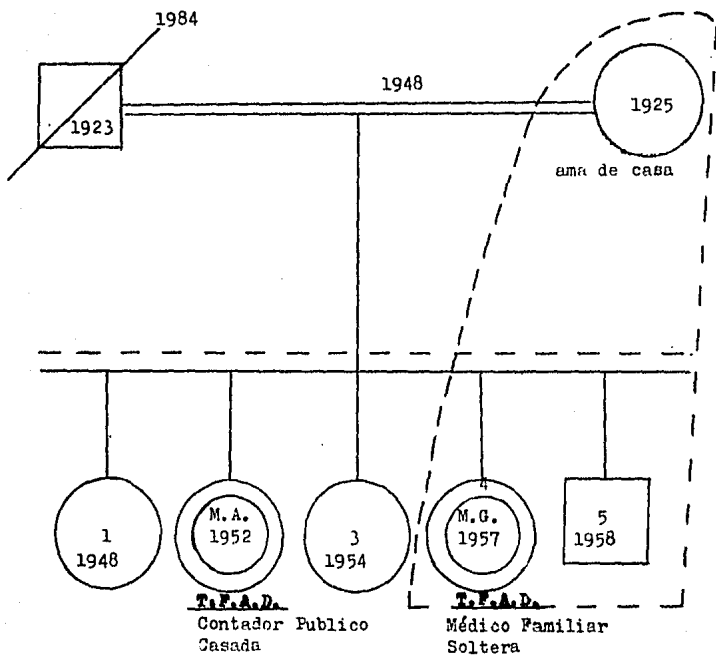


FAMILIOGRAMA # 1



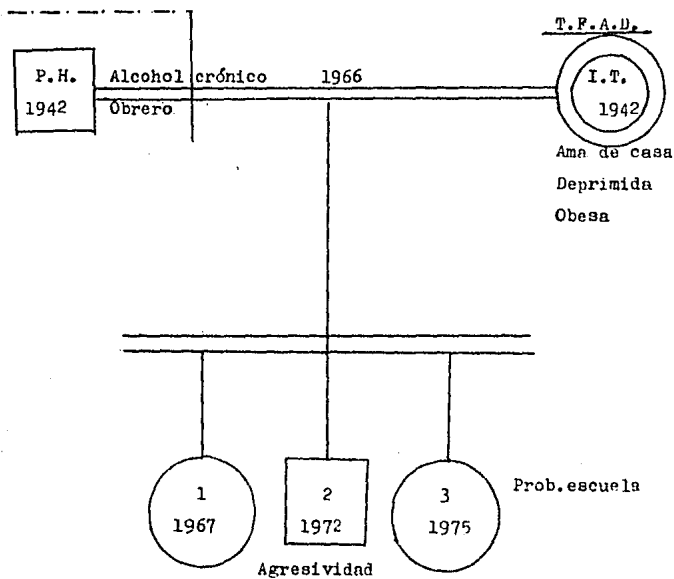
Familia Nuclear, desintegrada, tradicional, urbana, en las fases de Independencia y de retiro, lo que ocasiona a el paciente identificado los T.F.A.D. (Trastornos Funcionales del Aparato Digestivo).

FAMILIOGRAMA # 2



En este familiograma observamos la relación existente entre los trastornos funcionales del apt. digestivo con situaciones de stress, como son: Jornada laboral, excesiva responsabilidades en el desempeño de él mismo.

FAMILIOGRAMA # 3



Se observa una correlación directa entre el grado de alcoholismo crónico y la desintegración familiar.

C O N C L U S I O N E S :

Los estudios realizados confirman las teorías que hasta ahora han expuesto diferentes autores sobre la etiología de los Trastornos Funcionales del Aparato Digestivo. Estos resultados, confirman así mismo la hipótesis sustentada en el presente trabajo.

De los trastornos funcionales del aparato digestivo que se presentaron con mayor frecuencia estuvieron constituidos por las variedades clínicas siguientes en orden de creciente: Colon Espástico, Constipación, Diarrea;

Así mismo se observó una mayor incidencia de ellos en la tercera y cuarta década de la vida, un predominio en el sexo femenino con respecto al masculino, en los derechahabientes dedicados a el hogar, casados.

Las disfunciones familiares más frecuentemente asociadas a los T.F.A.D. fueron los conflictos conyugales, seguidos de la desintegración familiar y de los trastornos de la personalidad, ya que se observó una alta incidencia de ellos en personas sometidas a un stress emocional constante ya intrafamiliar o de otra causa.

Si bien es cierto que la exploración de la familia no es tarea facil, puesto que todas las familias buscan justificarse ante ellas mismas y mantener una apariencia aceptable en términos convencionales, así como un equilibrio u homeostasis interna es concluyente que debe existir una adecuada relación Médico-Paciente-Familia para la identificación oportuna de problemas que los afecten y --tratarlos lo mejor posible o mejor aún evitarlos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

Resulta obvio que debemos manejar a cada familia de manera especial, puesto que tanto las familias como los individuos tienen intereses, necesidades, objetivos y metas diferentes; además tomando en cuenta algunos de los factores precipitantes de los trastornos funcionales del aparato digestivo, algunas medidas que podría llevar a cabo el Médico Familiar a su núcleo familiar serían

- 1.- Que el Médico Familiar adopte su rol como canal de socialización y, en consecuencia, actuar eficazmente como consejero y educador de las Familias así como detectar en forma oportuna los problemas suscitados en el núcleo familiar; esto se puede llevar a cabo por medio de pláticas sobre aspectos de familia, dinámica familiar, comunicación, planificación familiar, drogadicción, sexualidad, etc.
- 2.- Lograr una adecuada relación Médico-Paciente, en la que exista una comunicación directa que permita a éste último disipar temores, aclarar dudas para con ello contribuir al desarrollo individual y familiar acorde a su medio ambiente sociocultural y económico que le permita disfrutar de una vida más placentera, productiva y feliz.
- 3.- Que exista una mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención Médica Institucional, que establezca un verdadero enlace entre el Médico Familiar y el Especialista del II nivel, y determinar así que el primero no resulte un derivador constante de pacientes, sino el consciente analizador que

aprovecha en forma apropiada los recursos tanto de la institución, la comunidad y de la familia y permitiendo así mismo al Médico interconsultado tener un panorama adecuado del problema y plantear desde la primera consulta el camino a seguir en cuanto a estudios tanto de laboratorio como de gabinete y terapéutica, se ahorrarían horas-consulta, exámenes innecesarios, y molestias a el paciente.

- 4.- Y por último estimular a los Médicos Familiares para continuar mejorando la calidad de la atención integral al individuo, su familia y comunidad manteniendo en alto el nivel de conocimientos Médicos así como su calidad Humana.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- H. Sinich, Tratado de Medicina Practica, Gastroenterología trastornos funcionales del aparato digestivo, Ed.1, Méx., 1981, No. 5 pp 364.
- 2.- Parreras, Rozman, Medicina Interna, Tomo I Gastroenterología Ed.Marin, S.A. Barcelona 1980, pp 47-49.
- 3.- Marcus A.Krupp y Chatton, Diagnóstico clínico y Tratamiento, Ed. 18, Manual Moderno, Méx, 1985, pp 396.
- 4.- Sleisenger, Gastrointestinal Disease-Pathology, Diagnosis, - Filadelfia, 1973, pp 280-298.
- 5.- Besson McDermott, Medicina Interna, Ed.Interamericana, Méx., Tomo 11, gastroenterología, 1980, pp 1291-1293.
- 6.- Santacruz V.Javier, La Familia como Unidad de Analisis, Rev. Méd. IMSS, Méx, 1985, Vol. #21, pp 346.
- 7.- Saucedo García J., Los Problemas Familiares y sus Repercusiones, Rev. Méd. IMSS, Méx. Vol:23, 1985, pp 159.
- 8.- Rev. Gastroenterología Méx. Vol:51, Abr-Jun, 1986 #2, pp 101-3
- 9.- José M.Sáinz, La Etica y el Humanismo en la formación profesional Médica, Rev.Méd. IMSS, Méx. 1,1986, V1 24, pp 1-4.
- 10.-C.Barrios y Colb, Tratado Medicina Práctica, Sd. Colon Irritable, gastroenterología # 6, ab.1985, pp 58-60.
- 11.- Cooper H.L., Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis by exclusion Gastroenterology, 1980, 35: pp. 43-46.
- 12.- Kimmok, Gastroenterology, Irritable Bowel Syndrome, Finland, Jul.1985, 89 (1):235.
- 13.- Thompson, Irritable Bowel Syndrome: Currents Concepts and Future trends, Gastroenterology. 1985, 109:107-115.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 14.- Kruis W., Cols. A Diagnostic Score For The Irritable Bowel - Syndrome its value in the Exclusion of orgánic disease, Gastroenterology, 1984, 87: 1-7.
- 15.- Maratka Z, Les Facteurs Psychologic Associes á la constipati_on Médecine et hygiene, 1981; 39. 262-6.
- 16.- Ariette Braver, MD en Español, Humanización de la Medicina, vol. XXI, No 4, abril, 1983, pp 16-30.
- 17.- Young S.J. y Cols. Psychiatric Illnes And The Irritable Bowel Syndrome, Gastroenterology, 70:172; 1976
- 18.- Guillermo Ruiz, Mundo Médico, Síndrome de colon irritable, Méx., Vol.1 # 3 Enero 1982, pp. 55-61
- 19.- Shortt., Can Fam Physician, an approach to somatization in fa mily medicine, Vol.32, Nov. 1986, pp.2521-2524.
- 20.- Bockus, Henry I. Gastroenterología, ed. Salvat. Functional Bowel Disorders., Chapter 81, 1985, pp 895-913.