



117
11226 31.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE-PUEBLA

**"ASOCIACIÓN DE SÍNDROME DE ANSIEDAD
Y SÍNDROME DE COLON IRRITABLE"**

TRABAJO

*QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR*

Presenta

**DRA. GUADALUPE RAMÍREZ
MARTÍNEZ**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PUEBLA, IPSE, DICIEMBRE DE 1995.



1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**"ASOCIACIÓN DE SÍNDROME DE ANSIEDAD
Y SÍNDROME DE COLON IRRITABLE"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

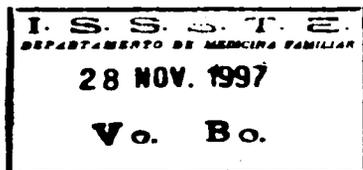
PRESENTA

DRA. GUADALUPE RAMÍREZ MARTÍNEZ

DRA. ANAVELLE HERNANDEZ SOSA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE PUEBLA


DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR I.S.S.S.T.E.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



PUEBLA, DICIEMBRE DE 1995

**"ASOCIACIÓN DE SÍNDROME DE ANSIEDAD
Y SÍNDROME DE COLON IRRITABLE"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. GUADALUPE RAMÍREZ MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPTO.
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORD. DE DOCENCIA DEL DEPTO. DE MED. FAMILIAR UNAM





ASESOR:
DR. IGNACIO ESCALANTE SANDOVAL
GASTROENTERÓLOGO DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
PUEBLA.



INVESTIGADOR:
DRA. GUADALUPE RAMÍREZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. JUSTIFICACIÓN	10
4. OBJETIVOS	11
5. METODOLOGÍA	12
6. RESULTADOS	17
7. DISCUSIÓN	27
8. CONCLUSIONES	29
9. BIBLIOGRAFÍA	31
10. ANEXOS	35
ANEXO No. 1	36
ANEXO No. 2	38

MARCO TEÓRICO

La asociación de colon irritable y el síndrome de ansiedad es cada vez más frecuente en nuestra vida moderna, llena de stress debido a la gran competencia que implica primero el sobrevivir y después el destacar en el área laboral, esto se manifiesta con una mayor incidencia en las grandes ciudades.

La ansiedad es una emoción comúnmente experimentada por el hombre a lo largo de su existencia y que responde a una amenaza a su identidad. Se considera normal cuando es una reacción adaptativa y como un mecanismo de respuesta ante un peligro inminente, la presencia de situaciones conflictivas y/o sociales, y en algunos casos de ansiedad patológica se presentan reacciones somatosíquicas, reflejándose en algunos casos el síndrome de colon irritable, teniendo como antecedente un estado psicológico de inquietud y sobresalto.

La ansiedad patológica es desproporcionada a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Es una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y anacrónica que suele ser recurrente

en el carácter del sujeto. Las dimensiones del problema sitúa a la ansiedad como uno de los estados morbosos más frecuentes en la práctica médica, aproximadamente un 20% de la población general en la sociedad desarrollada o padece algún tipo de trastorno de ansiedad reconocible y tratable (1).

La detección oportuna y su tratamiento adecuado evitará complicaciones y ahorro de recursos económicos al disminuir la cantidad de estudios de laboratorio y gabinete injustificados, muchas ocasiones haciendo la diferencia entre un problema orgánico y otro emocional apoyándose en una sólida exploración física y una buena relación médico-paciente. Es aquí donde el médico familiar tiene la gran oportunidad de diagnosticar oportunamente esta alteración brindando una atención médica integral.

Las manifestaciones más frecuentes de la ansiedad son (1):

1. **Insomnio.**
2. **Pulso rápido.**
3. **Temblores.**
4. **Fobias injustificadas.**
5. **Palpitaciones.**

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es un grupo de desórdenes que incluyen dolor abdominal de origen inexplicable. Estos desórdenes crónicos frecuentemente se consideran funcionales, dado que no se ha hallado una causa específicamente estructural o una causa bioquímica, los factores psicosociales son los que afectan la expresión clínica de estos desórdenes.

Los síntomas pueden ser continuos e intermitentes pero deben presentarse tres meses antes de que se considere el diagnóstico de síndrome de intestino irritable. (2, 3).

Manning y cols., encontraron que los síntomas más frecuentes asociados a síndrome de intestino irritable fueron:

- 1. Distensión abdominal.**
- 2. Disfagia.**
- 3. Reflujo gastroesofágico.**
- 4. Constipación y estreñimiento.**
- 5. Evacuaciones con dolor.**

Cuando se asocian episodios de stress siendo en algunas personas el "colon el órgano de choque" de sus emociones.

Es importante no caer en el error de catalogar todo padecimiento intestinal como "colon irritable" es indispensable efectuar un diagnóstico diferencial a las diferentes patologías de colon. (4)

Jones y cols., estiman que la prevalencia del síndrome de intestino irritable depende de la población estudiada y la definición utilizada, los síntomas gastrointestinales se presentan en más de un tercio de los adultos, se reporta del 10% al 25% en los adultos jóvenes con predominio en la mujer. Del 14 al 50% de los adultos con síntomas de intestino irritable buscan atención médica. (5)

Kenneth W., Heatony y cols., realizaron una evaluación de las relaciones entre los estresadores de la vida diaria y la sintomatología, encontraron que la mayor frecuencia de edad se presenta entre la edad productiva de 24 y 45 años. (6)

Drosman, Blanchard y cols., reportan en algunos casos la asociación de colon irritable con patología psiquiátrica que incluyen desórdenes de la personalidad como ansiedad, depresión y somatización. (7)

Kohuits publicó un artículo en 1994 en donde se afirma que existen aspecto psicológicos en el síndrome de

intestino irritable como ansiedad y cambios en el estado de ánimo. (8)

Sandler y cols., encontraron que el stress exagera los síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable y en sujetos sanos. En algunos pero no en otros los eventos estresantes fueron más frecuentes alrededor de pacientes con stress emocional. Por lo que se concluyó que a pesar de las extensas investigaciones no hay un enlace etiológico entre el stress y el síndrome de intestino irritable. (9)

Whitehead and Crowell estudió que en los pacientes que buscan atención médica han aprendido una conducta morbosa que se origina a partir de experiencias en la infancia. Se sabe que el stress exagera los síntomas intestinales en pacientes con síndrome de intestino delgado y en sujetos sanos. En algunos estudios más no en otros los eventos stresantes fueron los más frecuentes entre los pacientes con síndrome de intestino irritable. (10, 11)

Mike K. Kanazawa, realizó un estudio en 1994 en donde estudiaron pacientes con síndrome de intestino irritable y dispepsia no ulcerosa, el 50% de los pacientes cursaron con síndrome de ansiedad que se relacionaba muy estrechamente con el inicio y persistencia de los síntomas. Por lo tanto en los pacientes con colon irritable y dispepsia

se debe evaluar tanto los síntomas digestivos como los desórdenes psiquiátricos. Se menciona que los pacientes sometidos a tratamiento médico y psiquiátrico, mostraron mejoría importante. (12)

Talley y cols., confirmaron la utilidad de los 6 síntomas para apoyar el diagnóstico, conforme aumenta el número de estos síntomas, aumenta la probabilidad del síndrome, el valor de predicción de los 6 criterios disminuye conforme aumenta la edad. Los pacientes pueden tener síntomas gastrointestinales tales como disfunción urológica, fatiga y problemas ginecológicos. (13)

Scariniic, estudió las relaciones entre el abuso sexual físico, percepción del dolor y eventos ambientales, estos incluyeron 50 pacientes de las cuales 13 con patología de reflujo gastroesofágico, 26 con dolor torácico no cardiaco y 11 con síndrome de colon irritable. Se utilizaron las siguientes mediciones:

1. Preguntas sobre abuso sexual físico.
2. Entrevista psiquiátrica estructurada.
3. Cuestionario sobre el dolor, estudio de las experiencias de la vida.
4. Percepción del dolor y tareas en la teoría de decisión sensorial.

El resultado fue 56% de la muestra reportó una historia de abuso sexual físico. El abuso fue significativamente prevalente entre los pacientes con reflujo gastroesofágico (92%). Síndrome de colon irritable 82% comparadas con aquellas con dolor torácico no cardíaco 27%. Estos datos sugieren que las relaciones entre el abuso, incapacidad, síndrome de dolor múltiple y el cuidado de la salud se dirigen a conducta mediada por desordenes psiquiátricos, destrucción de la función física y estresadores ambientales. (14)

Blachard y cols., efectuó terapia de relajamiento en pacientes con síndrome de intestino irritable recibiendo 10 sesiones de terapia encontrando mejoría en los pacientes.

Indiscutiblemente, una historia clínica completa es la base para un buen diagnóstico y el médico familiar tiene la oportunidad de efectuar un buen interrogatorio y una buena exploración física, determinando que pacientes tienen patología orgánica y que pacientes tienen problemas emocionales. (15, 16)

El Dr. William B. Salt de Columbus, Ohio en Estados Unidos de Norteamérica, referido en su libro Síndrome de Colon Irritable, utilizó una metodología de 8 pasos en un plan de 12 semanas para vivir saludable. (17)

1. La conexión.
2. La revisión de problemas funcionales del intestino grueso.
3. Diagnóstico oportuno y salud.
4. Elaborando un plan de acción.
5. Investigue ¿cuáles son sus disparadores?
6. Dar énfasis al autocuidado de su salud.
7. Dieta y ejercicio.
8. Controlando sus síntomas gastrointestinales.

Elspeth Guthrie y Francis Creed, realizaron una prueba controlada de tratamiento psicológico para el síndrome de intestino irritable, con 102 pacientes aplicando los criterios de Klein y tratamiento de psicoterapia, relajamiento y tratamiento médico standar, encontraron que los factores psicológicos implicados en la etiología de síndrome de intestino irritable fueron ansiedad y depresión. Encontraron aproximadamente que la mitad (50%) curso trastornos funcionales asociados con ansiedad y depresión y las 2/3 partes respondieron al tratamiento psiquiátrico. (18, 19, 20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los pacientes que acuden al servicio médico de la Unidad de Medicina Familiar Villa Verde ISSSTE, se presenta aproximadamente un 25% de síndrome de colon irritable como motivo de consulta.

¿Cuál es la asociación que hay entre el síndrome de ansiedad y el síndrome de colon irritable en los derecho habientes de la Unidad de Medicina Familiar de Villa Verde Puebla?

Fuente: SM10-1-1-Hoja de Informe Diario del Médico.

JUSTIFICACIÓN

La asociación entre síndrome de ansiedad y síndrome de colon irritable es frecuente como motivo de consulta en nuestra población derecho habiente en la Unidad de Medicina Familiar Villa Verde, se presenta aproximadamente un 25% de síndrome de colon irritable como motivo de consulta en una población de 2043 derecho habientes; si el médico familiar es capaz de detectar oportunamente alteraciones orgánicas del colon y trastornos emocionales proporcionarán un mejor tratamiento y con esto mejorará la atención en los consultorios de medicina familiar, disminuirá el abuso de interconsultas a un segundo nivel y gastos que representan al paciente y a la propia institución, lo que dará como resultado una atención médica de mayor calidad en el área de medicina familiar con lo cual a través del tiempo tendrá un positivo impacto dentro de nuestra institución y del sistema de salud del país.

OBJETIVOS

GENERALES.

Detectar oportunamente la asociación entre síndrome de ansiedad y trastornos funcionales del colon en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar de Villa Verde ISSSTE Pue. A través del cuestionario del Dr. Guillermo Calderón Narváez en el periodo comprendido de Septiembre de 1994 a Septiembre de 1995.

ESPECÍFICOS.

- **Detectar pacientes con trastornos funcionales del colon asociados a síndrome de ansiedad.**
- **Establecer la frecuencia de trastornos funcionales del colon asociados a síndrome de ansiedad, sexo y edad.**
- **Seleccionar los pacientes que ameriten ser derivados al segundo nivel de atención.**

METODOLOGÍA

Nuestro estudio es una muestra de tipo prospectivo, descriptivo y observacional, para realizarse se contó con la colaboración de pacientes derecho habientes de la Unidad de Medicina Familiar Villa Verde ISSSTE Pue. El estudio se inicio en Septiembre de 1994 a Septiembre de 1995.

El TIPO DE MUESTRA es aleatoria simple, donde todos los pacientes tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA, corresponde a 40 pacientes derecho habientes que son quienes presentaron trastornos funcionales de colon asociados a síndrome de ansiedad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN. En el estudio serán incluidos sólo pacientes derecho habientes que presenten sintomatología gastrointestinal asociado con síndrome de ansiedad con más de 2 a 3 meses de evolución que no respondieron al manejo habitual.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. Se excluye del estudio a pacientes con enfermedad orgánica ya demostrada, sin síntomas de ansiedad o en tratamiento por especialista.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN. Se eliminaron del estudio aquellos pacientes que no regresaron a citas subsecuentes o por fallecimiento.

VARIABLES. Dentro de nuestra estrategia, las variables identificadas son de carácter cualitativas y cuantitativas.

Las **VARIABLES CUANTITATIVAS** identificadas corresponden a 40 pacientes (32 femeninos y 8 masculinos). Las **VARIABLES CUALITATIVAS** de nuestra muestra pertenecen a pacientes con trastornos funcionales del colon, alteraciones emocionales afectivos e identificación de pacientes femeninos y masculinos con edades variables, estudios de laboratorio, B.H. completa, coproparasitoscopico, sangre oculta en heces, PHF.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia 1964 y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio Japón 1975, nos dice que:

“Es la misión del Médico velar por la salud de las personas, sus conocimientos y conciencia deben estar completamente dedicados a cumplir esta misión.”

La Asociación Médica Mundial une al médico con la palabra “La salud de mi pacientes, será la primera consideración” y el Código Internacional de Ética Médica declara que “cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano deberá ser usada únicamente en su propio beneficio”.

La Asociación Médicas Mundial (Helsinki, Finlandia, 1964) ha preparado las siguientes como guía para cualquier Médico en investigación biomédica que involucre a seres humanos. Los lineamientos que prepara son una guía para los médicos en todo el mundo y no las excluye de responsabilidades criminales, civiles y éticas ante las leyes de su propio país.

Investigación biomédica no terapéutica que involucre sujetos humanos:

- 1. En la aplicación científica de la investigación biomédica realizada sobre seres humanos, es deber médico permanecer como protector de la vida y la salud de las personas.**
- 2. Los sujetos deberán ser voluntarios, ya se trate de personas sanas o de pacientes para quienes el diseño experimental no este relacionado con sus enfermedades.**
- 3. El investigador, o grupo de investigadores deberá interrumpir la investigación si considera que ésta pudiera ser dañina al individuo.**
- 4. En la investigación humana, el interés de la ciencia y la sociedad nunca deberá estar por encima de las condiciones relacionadas con el bienestar de los sujetos.**

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN.

Seleccionado nuestro universo de trabajo, de acuerdo a los criterios de inclusión, en el momento en que el paciente es citado a consulta se le aplicó una encuesta que valora el SÍNDROME DE ANSIEDAD (Dr. Guillermo Calderón) consta de ficha de identificación y 20 preguntas que el paciente deberá responder con NO (1 punto), POCO (2 puntos), REGULAR (3 puntos) o MUCHO (4 puntos).

Aplicando los cuestionarios a cada uno de los pacientes se procede a evaluar el resultado de los mismos tomando como standar de oro la puntuación del formato mencionado, aquellos pacientes que obtuvieron un puntaje comprendido entre un rango no menor a 36 ni mayor a 45 corresponde a SÍNDROME DE ANSIEDAD.

A cada uno de los pacientes se les realiza historia clínica y exámenes de laboratorio (biometría hemática completa, coproparasitoscopico e investigación de sangre oculta en heces, PFH, finalmente cada uno de los pacientes se les envió al segundo nivel de atención para realizar estudios de gabinete, serie esófago gastroduodenal, endoscopía, colon por enema y colonoscopia a descartar enfermedad orgánica.

RESULTADOS

Se aplicaron 40 encuestas, todas se contestaron y corresponden al 100% de representatividad significativa para nuestro estudio en base a nuestro universo de trabajo.

Los resultados de nuestra encuesta indica que de las 40 encuestas aplicadas, 32 (80%) corresponden al sexo femenino y 8 (20%) al sexo masculino. (Tabla y Figura No. 1)

Las edades del personal encuestado masculino y femenino fluctúan entre los 25 y 54 años. (Tabla y Figura No. 2)

Los resultados por rubro (padecimiento) indican que 10 (25%) pacientes cursaron con SÍNDROME DE ANSIEDAD; 11 (27.5%) pacientes cursaron con TRASTORNOS FUNCIONALES DEL COLON; 19 (47.5%) pacientes corresponde a TRASTORNOS FUNCIONALES ASOCIADOS CON SÍNDROME DE ANSIEDAD. (Tabla y Figura No. 3)

De los pacientes con trastornos funcionales de colon 11 (27.5%), se encuentra que 2 (7.4%) cursaron con Litiasis

Vesicular, 4 (14.8%) con Gastritis Erosiva y 2 (7.4%) con Hemorroides. (Tabla y Figura No. 4)

TABLA No. 1

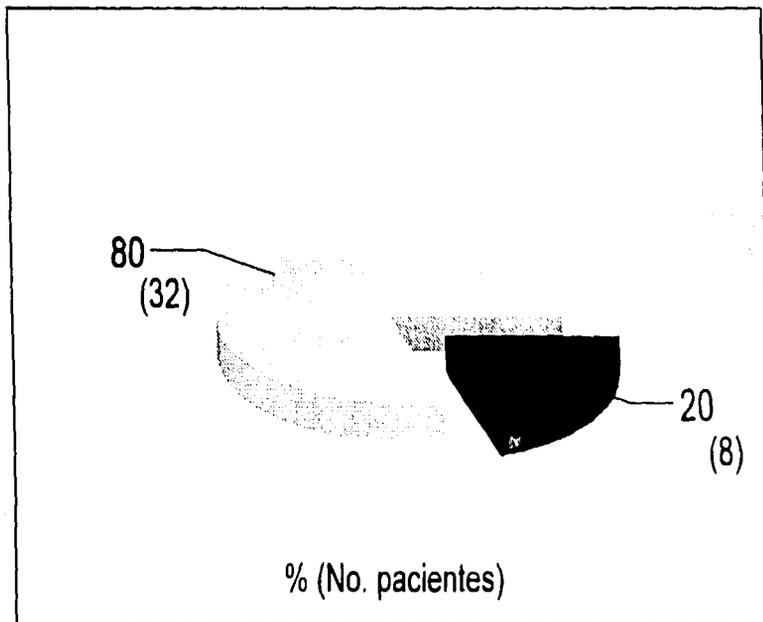
Representación del porcentaje correspondiente al sexo en los pacientes encuestados.

SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Femenino	32	80%
Masculino	8	20%
TOTAL	40	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

FIGURA No. 1

Representación gráfica del porcentaje correspondiente al sexo en los pacientes encuestados.



SEXO

Fuente: Cédula de recolección de datos.

TABLA No. 2

***Distribución por edad y sexo del personal
encuestado de la Unidad de Medicina Familiar
Villa Verde.***

MASCULINO	EDAD	FEMENINO	
0	55-59	0	
1	50-54	3	
1	45-49	5	
2	40-44	7	
2	35-39 (*)	9	
2	30-34	5	
0	25-29	3	
8		32	TOTAL

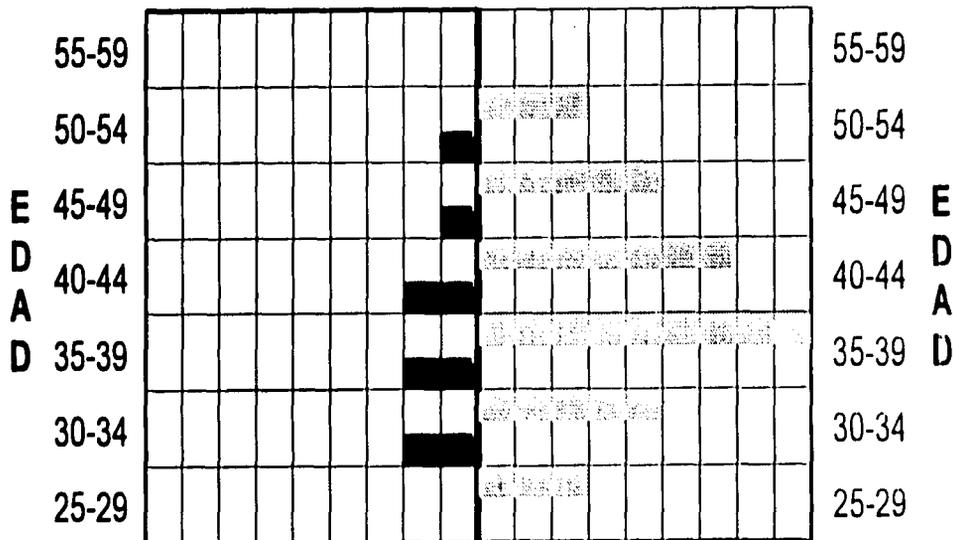
(*) La edad más frecuente en la que se presenta la relación de síndrome de ansiedad y el síndrome de colon irritable.

Fuente: Cédula de recolección de datos.

FIGURA No. 2

*Distribución por edad y sexo del personal encuestado de la
Unidad de Medicina Familiar Villa Verde.*

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0



22

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

No. de casos



SEXO

Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 3

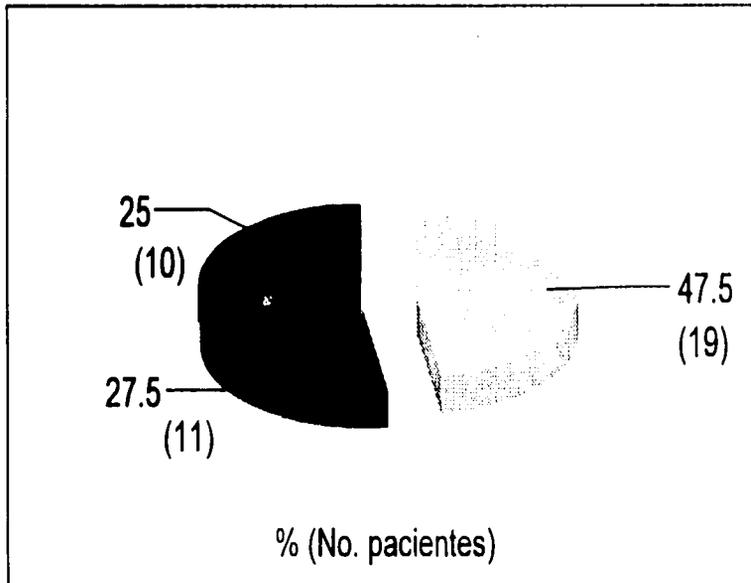
Representación del porcentaje de pacientes con síndrome de ansiedad, trastornos funcionales de colon y síndrome de ansiedad asociado con trastornos de colon.

PADECIMIENTO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Síndrome de ansiedad	10	25%
Trastornos funcionales de colon	11	27.5%
Síndrome de ansiedad asociado con trastornos de colon	19	47.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

FIGURA No. 3

Representación gráfica del porcentaje de pacientes con síndrome de ansiedad, trastornos funcionales de colon y síndrome de ansiedad asociado con trastornos de colon.



PADECIMIENTO

Fuente: Cédula de recolección de datos.

TABLA No. 4

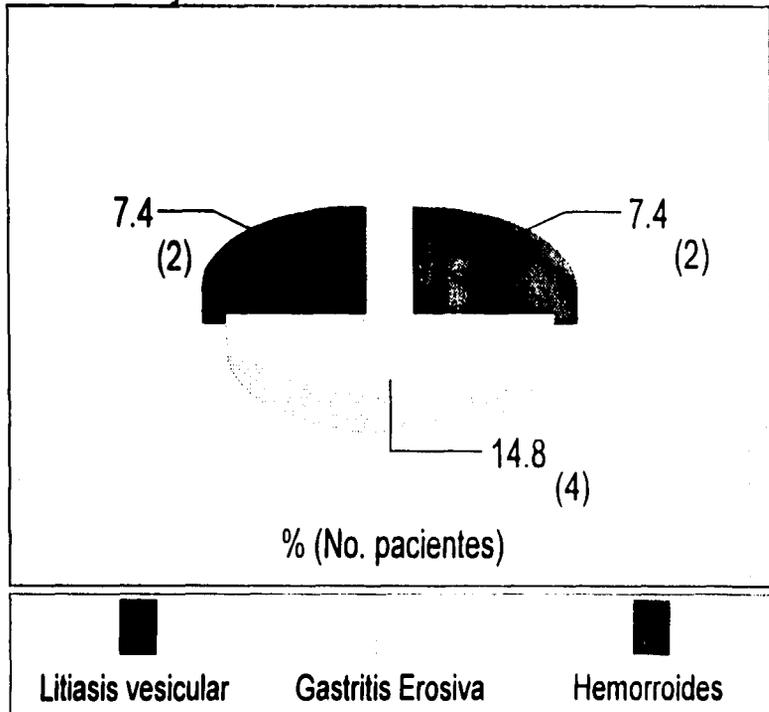
Representación del porcentaje de pacientes con trastornos funcionales de colon asociado con otras patologías ajenas al síndrome de ansiedad.

PATOLOGÍAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Litiasis vesicular	2	7.4%
Gastritis erosiva	4	14.8%
Hemorroides	2	7.4%
TOTAL	40	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

FIGURA No. 4

Representación gráfica del porcentaje de pacientes con trastornos funcionales de colon asociados con otras patologías ajenas al síndrome de ansiedad.



PATOLOGÍAS

Fuente: Cédula de recolección de datos.

DISCUSIÓN

La mayor incidencia se presentó en mujeres (80%), hombres (20%), del estudio realizado. La literatura reporta, específicamente Jones y cols. y Kenneth, una frecuencia de 60% de mujeres, lo que nos indica a llevar una búsqueda intencionada en la consulta externa. (5, 6)

La mayor frecuencia por grupo de edad se presentó entre 25 y 54 años de edad, esto comparado con los reportes y publicaciones de diferentes autores oscila entre 24 y 45 años de edad, Luuke y Kenneth. (6)

De la muestra de 40 pacientes, 19 cursaban con síndrome de ansiedad asociada a colon irritable lo que corresponde a (47.5%), que es menor a lo publicado por autores norteamericanos como Kanazaw y Kenneth que reportan una frecuencia de 50 y 60%. (12, 6)

Blachard y cols., utilizó terapia de relajamiento en pacientes con síndrome de ansiedad y colon irritable con buenos resultados. (15, 16)

William B. Salt en su libro de colon irritable presenta en su experiencia de más de 26 años como gastroenterólogo una metodología de 8 pasos y un plan de 12 semanas para vivir saludablemente obteniéndose excelente resultado en sus pacientes. (17)

Es necesario efectuar una investigación más profunda que nos permita lograr cambios rápidos y sistematizados en beneficios de los pacientes que presentan el síndrome de colon irritable y ansiedad.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro trabajo y en base a observaciones, las conclusiones son las siguientes.

La población más afectada en cuanto a sexo y edad es la mujer registrándose mayor incidencia entre 35 y 49 años de edad.

Otra conclusión a la que se ha llegado en esta investigación es la alta frecuencia de asociación entre trastornos funcionales de colon y síndrome de ansiedad, ésto quizá se deba al rol moral, social y laboral que tiene que enfrentar la mujer en su papel como miembro de núcleo familiar, Motivo por lo cual dentro de presente trabajo se proponen las siguientes perspectivas.

- a) La participación del médico familiar es de suma importancia para intervenir en el Tx. orgánico y emocional, siendo el enlace entre el primer y segundo nivel de atención, con pacientes bien estudiados y dirigidos evitando así el abuso en exámenes de estudio laboratorio y gabinete.

b) Invitar al médico a participar ampliamente en el manejo psicoterapéutico del paciente con síndrome de ansiedad y trastornos funcionales del colon; para ello es necesario dar a conocer a cada uno de los médicos destinados a la atención primaria los resultados del presente trabajo y que se standardizen criterios uniformes ya sea en la utilización de encuestas, psicoterapia inducida más tratamiento medicamentoso. De ser así podremos dar un uso efectivo de laboratorio y gabinete, y además optimización de recursos, beneficio que se traduciría en mejor diagnóstico y tx. de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Pere A Soler, Josep Gascon Masson. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité Interhospitalario de Servicios de Psiquiatría (Barcelona). Editorial Salvat, 1994: 105-110.**
- 2. Lennard-Jones JE. Funcional Gastrointestinal Disorders. N Engl J Med 1983; 308 431-5.**
- 3. Chaudhary Na. Truelove SC. The irritable colon syndrome: a study of the clinical features; presiposing causes; and prognosis in 130 cases. Q J MED 1962; 31: 307-22.**
- 4. Mannig Ap y cols.; Heaton Kw; Morriss Af. Towards positive diagnosis of the bowel. Br. Med J 1978; 2: 653-4.**
- 5. Jones R., Susan Lydeard. Irritable bowel syndrome in the general population. BMJ 1992; 304: 87-90.**
- 6. Kenneth W, Heaton , Luke J.D. O`Donell. Symptoms of irritable bowel syndrome in a britis urban community:**

consulters and nonconsulters. *Gastroenterology* 1992; 102: 1962-1967.

7. Drossman DA; Thomposon WG. The irritable bowel syndorme; review and graduated multicomponent treatment approach. *Ann Inter Med* 1992; 116: 1009-1016.
8. Kohutis EA. Physiological aspects of irritable bowel syndrome. *NJ Med* 1994; 91: 30-32.
9. Sandler RS, Drosman DA; Nathan HP, McKee DC. Symptom complaints and health care seking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1984; 87: 314-8.
10. Whitehead WE, Bosmajia L, Zonderman AB, Costa PT Jr, Schuster MM. Symptoms of psychlogie distres associated with irritable bowel syndrome coparison of community and medical clinic samples. *Gastroneterology* 1988; 95: 709-14.
11. Crowell, JC Robinson, BR Heller, MM Schuster. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome coparedwith subjects without bowel dysfunction. *GUT* 1992; 33: 825-830.

12. Mine K., Kanazawa F., Matsumoto K, T Suchida O Hosol M., Kube C. "A depressive disorder in patient with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia" *Nippon Pinhu*. 1994; 52: 1329-33 (jap).
13. Talley NJ, Phillips SF, Melton IJ, Mulvihill C, Wilgen C, Zinsmeister AR. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome, *GUT* 1990; 31: 77-81.
14. Scarinci IC, Mc Donald-Haile. Bradley LA, Richter JE "Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorder and history of abuse: a preliminary model". *AM J MED* 1994; 97: 108-118.
15. Blanchard EB, Grene B, Schardt L, Schwarz-Mc Morris. "Relaxation training as treatment for irritable bowel syndrome (IBS) Columbus, Ohio, Year Book Medical Publishers; 1992; 1: 184-202.
16. Scharff L., Schwarz Sp, Suls JM, Barlow DH. The role of anxiety and depression in the irritable bowel. *Behav Res Ther* 1990; 28: 401-5.

17. William B. Salt. II MD; An 8 step, 12 week plan for living a healthy life with: irritable bowel syndrome (IBS) Columbus, Ohio, Year Book Medical Publishers; 1992; 1: 184-457.
18. Elspeth Guthrie, Francis Creed, David Dawson, An Barbara Tomenson; A control trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome: gastroenterology 1991; 100: 450-457.
19. Klein KB. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: a critique. Gastroenterology 1988; 95: 232-241.
20. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW; Kruis W. Irritable bowel syndrome: Guidelines for the diagnosis. Gastroenterol Int 1989; 2: 92-95.

A N E X O S

ANEXO No. 1

*Cuestionario Clínico
Diagnóstico del Síndrome de Ansiedad
Dr. Guillermo Calderón Narváez*

Nombre _____
Sexo _____ Edad _____ Estado Civil _____

	SI			
	NO	Poco	Regular	Mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nerviosos, angustiado o ansioso? (Solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				

18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

CALIFICACIÓN:

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____ X1= _____

Preguntas contestadas en la segunda columna (SI) _____ X2= _____

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) _____ X3= _____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) _____ X4= _____

TOTAL: _____

EQUIVALENTE: PUNTAJE

20 a 30: Normal.

36 a 45: Reacción de Ansiedad.

46 a 65: Depresión Media.

66 a 80: Depresión Severa.

ELABORÓ EL ESTUDIO: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

ANEXO No. 2

Cédula de Recolección de Datos.

Fecha de Inicio	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Biometría Hemática													
Coproparasitoscopico													
P.F.H.													
Colon por Enema													
Endoscopia													
Ansiedad & Enfermedad Orgánica													
Siguiendo Control por 1 año													