

62 11226  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**UNIDAD ACADÉMICA**  
**CLINICA "GUSTAVO A MADERO"**  
**ISSSTE**



**TITULO**  
**RELACION ENTRE FACTORES PSICOGENOS Y EL**  
**SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE. RESPUESTA**  
**A CUATRO ESQUEMAS DE TRATAMIENTO**

**T E S I N A**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO**  
**EN LA ESPECIALIDAD DE**

**M E D I C I N A F A M I L I A R**

**P R E S E N T A**

**DR. CIRO RAMOS GARCIA**



**MEXICO, D.F. FEBRERO 1990**

**FALLA DE ORIGEN**



## **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.

## INDICE

	Página
Dedicatoria.....	
Introducción.....	1
Marco teórico.....	2
Epidemiología.....	3
Etología.....	4
Cuadro clínico.....	7
Diagnóstico.....	7
Tratamiento.....	9
Planteamiento del problema.....	11
Justificación.....	12
Objetivo(s).....	13
Metodología.....	14
Resultados.....	18
Discusión.....	21

**Dedicatoria.**

Con todo respeto y afecto a través de estas líneas doy mi reconocimiento y mi más profundo agradecimiento, a mis asesores y maestros, que gracias a su atinente y oportuna orientación, hicieron posible que se realizara este trabajo de investigación, esperando colaborar en lo que respecta a este padecimiento para beneficio de los pacientes.

## **INTRODUCCION**

### Introducción.

El síndrome de intestino irritable ha sido referido como: colitis mucosa, colon espástico, diarrea nerviosa, neurosis del colon y disinerzia del colon.

Afecta al intestino delgado así como al intestino grueso, puede definirse como un estado alterado de la motilidad intestinal para el cual no puede encontrarse una causa anatómica; se puede acompañar de dolor abdominal crónico o episódico y puede dividirse en tres patrones clínicos: colon espástico, diarrea sin dolor y diarrea-constipación alternos.

Con frecuencia las manifestaciones de la condición puede relacionarse a tensiones de la vida y se ve que reflejan el estado emocional actual.(1)

El síndrome de intestino irritable es un problema clínico muy común para el cual no hay criterios diagnósticos establecidos.

Se concluye que una historia detallada, examen físico y pruebas de laboratorio básicas son suficientes en muchos pacientes para el diagnóstico positivo de síndrome de intestino irritable y la exclusión de cualquier enfermedad orgánica adyacente.(2)

**MARCO TEORICO**

Marco teórico:

Da Costa, en 1871, reportó por primera vez la asociación de factores psicológicos con colitis mucosa, comparándola a la diarrea sufrida por los soldados de la guerra civil. Encontró que las manifestaciones nerviosas irregulares de tipo histérico fueron muy comunes. Otros autores han notado esta condición reportando pacientes con neurosis, neuroastenia e hipochondriacos o presentan marcada inestabilidad emocional. (1)

White y Jones, después de la evaluación de 60 pacientes con colitis mucosa concluyeron que esta entidad es una respuesta somática a la tensión, 50% de los pacientes mostraron un tipo rígido de pensamiento similar al visto en los estados obsesivos-compulsivos.

Más recientemente, Hislop encontró una alta asociación de depresión subjetiva con el síndrome de intestino irritable notando que la pérdida de objeto precede a la aparición de los síntomas, presentando significativa mejoría en 80% de aquellos tratados con medicamentos antidepresivos (1,3)

El Dr. Alay a finales de los 40's lleva a cabo una serie de investigaciones en las que demostró que aquellos pacientes con la variante de colon espástico tenían un marcado aumento en la motilidad. Así mismo aquellos pacientes con la variante de diarrea sin dolor tenían notablemente disminuida la motilidad sigmoidea. Estos patrones de motilidad fueron confirmados por Chaudhary y Truelove. (1,4)

Entre 1950 y 1971 los gastos de salud pública aumentaron 10 veces en los Estados Unidos y esta tendencia fué similar en todos los países, además de que los costos aumentan el riesgo de daño iatrogénico. Cuando se maneja inadecuadamente este problema.

Como se puede observar desde hace varias décadas, la influencia que tienen los estados afectivos en las alteraciones del colon, principal -

mente aquellos estados neuróticos pudiendo manifestarse en las tres formas conocidas del colon irritable.

#### Epidemiología:

Se menciona por varios autores que las alteraciones funcionales digestivas son las enfermedades que son vistas con mayor frecuencia en la consulta gastroenterológica, constituyendo aproximadamente del 50-70% tanto en la consulta particular e institucional, así como en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo. De estas enfermedades digestivas, la gran mayoría están constituidas por el síndrome de intestino irritable. (1,2,3,5,6,7)

En la población general aparentemente sana del Reino Unido y de Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia del síndrome va del 8 al 24% pero solo la cuarta parte de personas que presentan dolor abdominal consultan al médico, sugiriendo que el 75% no acuden. Circunstancia que puede deberse a factores sociales y culturales, como se manifiesta en la prevalencia de la enfermedad en distintos países. En U.S.A. la razón de mujeres enfermas con síndrome de intestino irritable es de 2-4:1 en comparación con los hombres, en cambio en el Oriente Medio (Sri Lanka e India) la proporción se invierte, haciéndose de 3-5:1 en comparación de hombres y mujeres de lo que se desprende que los patrones culturales pueden hacer que varíe la proporción, tanto de la enfermedad como de los pacientes que acuden al médico. Según refiere Drossman en un estudio se encontró que la mujer sometida a histéresis en edades tempranas presentan una menor frecuencia de síndrome de intestino irritable, aunque no hay explicaciones acerca de este factor. Así como en la U.S.A. la prevalencia del síndrome es mayor en gente judía y en personas con ascendencia italiana, tampoco encontrándose una explicación impor-

tente para esta relación. El síndrome de intestino irritable aparece también en niños pequeños, en forma de las llamadas dispepsias transitorias, desapareciendo la sintomatología alrededor de los cuatro años de edad y tendiendo a reaparecer en la adolescencia y en la etapa de adulto joven.

La prevalencia parece ser igual tanto en jóvenes, adultos y ancianos, aunque la edad de inicio más frecuente es en la adolescencia o en personas adultas jóvenes, con una edad promedio a los 29 años de edad.

Como se observa el síndrome de intestino irritable es muy frecuente en la población general aunque la gran mayoría no es detectada por el médico presentándose en todas las edades siendo más frecuente en las mujeres con una razón de 2-4:1 (2,4,6)

#### Etiología.

Acercas de los aspectos etiológicos y fisiopatológicos mucho se ha descrito, sobre todo, acerca de las posibles causas del síndrome de intestino irritable, se han efectuado múltiples teorías para la explicación de la entidad, pero a pesar de los intentos la etiología del síndrome aún permanece obscura, aunque la mayoría de autores consideran que los factores psicológicos y la dieta son elementos contribuyentes para la entidad pero no se les consideran como causantes únicos.

Se menciona que los síntomas pueden ser debidos a varios factores.

- 1.-Predisposición genética.
- 2.-Contacto con toxinas o irritantes ambientales.
- 3.-Conducta personal para el manejo de situaciones estresantes.
- 4.-Conducta familiar aprendida. (7,8,9)

#### CAUSAS.

Se ha aceptado comúnmente que los stress agudos pueden causar cas-

bios en el intestino de personas sanas.

Chaudhary y Truelove reportaron en 130 casos que el stress psicológico juega un papel importante en la aparición y exacerbación de los síntomas en un 20% de los pacientes.

Desde este y otros estudios podríamos concluir que hay una evidencia fuerte, aunque no concluyente, de una relación entre los factores de stress psicológico y la aparición y exacerbación de síntomas en el síndrome de intestino irritable. No se ha mostrado concluyentemente que los perfiles de personalidad específicos, enfermedad psiquiátrica, o establecimiento de factores de stress, se relacionen al síndrome.

Grace y cols. estudiaron cuatro pacientes de colostomía con segmentos de intestino prolapsado y observaron disminuida motilidad con sentimientos subjetivos de depresión y elevada motilidad en asociación con ira y resentimiento.

Tomas Almy registró cambios de motilidad durante una entrevista de stress, mediante la observación de la vascularidad y contractilidad por recto sigmoidoscopia y por quiniografía con balón.

Esler y Goulston han reportado grados mayores de niveles de ansiedad y neurosis, basados en pruebas psicométricas y se correlacionaron con elevados niveles de epinefrina urinaria en el grupo de pacientes con diarrea o constipación espástica en relación con el grupo control; sugiriendo que estos dos tipos de patrones de síntomas podrían coexistir en el mismo paciente, quién puede dar una historia de diarrea alternante y constipación. (1)

Determinantes psicológicos; podría ser útil considerar cuáles son los determinantes de la selección del intestino como el órgano blanco en algunos y en otros no.

No hay respuesta específica aunque puede tomarse una explicación teórica desde una perspectiva psicoanalítica, hacia el primer año de vida pue-

de observarse que el niño experimenta placer con el acto de la defecación. Como ve más tarde este proceso y su producto dependerá de los valores de su familia y de la cultura impuesta subsecuentemente. Con el aprendizaje de que el control del intestino es recompensado por alabanzas y de que el ensuciarse - conducirá a castigo y rechazo, puede expresarse varios grados de agresividad, docilidad o incluso obstinación, dependiendo de si o no el niño elige adaptarse o a desafiar a su controlador.

En el adulto, las observaciones de rigidez, sobre concientividad, intelectualidad vistas tan frecuentemente en pacientes con este síndrome son consideradas como medio de mantener la superioridad sobre impulsos prohibidos. La presencia de constipación o diarrea puede llegar a ser un modo inconciente de expresar estos impulsos modelados así tempranamente en la vida. Alexander, en su análisis de pacientes con síndrome de intestino irritable, ha descrito conflictos psicodinámicos fundamentales que se relacionan al dar o recibir y al control de la agresión. (2)

Hislop encontró una alta asociación de depresión con el síndrome de intestino irritable por medio de pruebas psicométricas y entrevistas estructuradas, donde la mayoría de los pacientes tenían una enfermedad psiquiátrica no calificable o bien depresión o histeria, concluyendo que en el síndrome de intestino irritable era concomitante los desórdenes afectivos. (2)

La dieta puede ser un factor condicionante cuando es deficiente en fibra o bien que contengan sustancias con una particularidad de intolerancia, por ejemplo a la lactosa o a irritantes como picantes o grasas.

El síndrome de intestino irritable tiene extrema relación con los factores de tipo emocional como el estrés así como la ansiedad y depresión, siendo la dieta también muy importante en este tipo de pacientes como lo mencionaba anteriormente.

#### Cuadro clínico.

El cuadro clínico clásicamente se ha descrito como dolor abdominal, flatulencia, irregularidad de los patrones de los movimientos intestinales sin alteraciones orgánicas aparentes, pero se olvidan una serie de síntomas acompañantes, que son tomados con frecuencia de manera secundaria y podrían ser de gran utilidad para el diagnóstico de la entidad.

El dolor abdominal se refiere principalmente a la región colónica y que mejora posterior a los movimientos intestinales, de manera más frecuente, así como con la evacuación, en algunos tipos de colon espástico este dolor no mejora con la ingesta de alimentos ni con las evacuaciones. Así mismo se encuentra una disminución de la consistencia de las evacuaciones cuando hay dolor, así como un aumento en los movimientos intestinales, la distensión abdominal es tan sentida por el paciente como visible, las evacuaciones son con moco y tenesmo.

Otros síntomas digestivos que se presentan en el síndrome de intestino irritable como la dispepsia, náusea, apetito variable, flatulencia, vómitos, así como también hay síntomas difusos e inespecíficos como la cefalea, fatiga, vértigos, parestesias, hiperventilación, bochornos, disuria, dismenorrea, prurito anal y vaginal, todas estas manifestaciones se relacionan con tensión o estrés lo que indica que es reflejo de estados tensionales concurrentes. (5)

#### Diagnóstico.

Para el diagnóstico se requiere de plantear primero los parámetros siguientes:

- 1.- Pacientes con complejo sintomático que reflejen una respuesta intestinal alterada con sintomatología por más de tres meses.
- 2.- Identificar determinantes personales del tipo de los factores

culturales o estresantes.

3.-Deben ser excluidas las enfermedades orgánicas.

Para este último fin se practican una gran cantidad de exámenes de laboratorio y gabinete que incluyen: biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, electrolitos séricos, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa, triglicéridos, examen general de orina, colecistografía, colon por enema, ultrasonido de hígado, vías biliares y páncreas, coprocultivo, coproparasitoscópico, determinación de lactosa, prueba de tolerancia a la lactosa, endoscopia gastrointestinal, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, hasta tomografía computada y toma de biopsia de intestino. Estos estudios se realizan porque la mayoría de los pacientes tienen síntomas crónicos y recurrentes y están preocupados por la posibilidad de enfermedades orgánicas serias, especialmente hay temor de cáncer. Pero todos estos estudios causan un enorme gasto ya sea para el paciente, como para la institución, obteniéndose al final datos negativos en sus resultados. Debido a estas circunstancias Kruis y Cole. (2) proponen una prueba basada en datos sintomáticos y en exámenes de laboratorio considerados de rutina, con lo que el costo para el diagnóstico disminuye de manera considerable dicha prueba tiene gran especificidad entre síndrome de intestino irritable de enfermedades orgánicas, lográndose según el reporte, una especificidad del 97% con una sensibilidad del 83% diagnóstico de organicidad.

La búsqueda de patrones psicológicos que tengan una escala objetiva lleva a ensayar distintas pruebas psicológicas. El index médico de Cornell de 1948, fué expedido por vez primera en 1950 por investigadores de la Universidad Hopkins, constando de 41 preguntas enfocadas para su uso en estudios sobre psicoterapia. Posteriormente se asociaron investigadores del instituto de salud mental de la Universidad de Hopkins, de la Universidad de Pensylvania y de la Universidad de Chicago, trabajaron varias versiones del

ESGL que van de 58 a 90 preguntas. El ESGL 90 es el más completo para la búsqueda de áreas de patología psicológica por medio de sus preguntas, estas áreas son: hipersensibilidad personal, somatización personal, ansiedad, depresión, personalidad obsesivo compulsivo, ansiedad fóbica, hostilidad agresividad, psicosis, ideas paranoicas y dificultad para dormir. Esta prueba se califica con puntuaciones que van del uno al cuatro dependiendo del grado de presentación de las respuestas, con lo que se logra encontrar las características psicológicas más importantes de los pacientes.

El diagnóstico médico del síndrome de intestino irritable se hace por medio de la exclusión de enfermedades orgánicas gastrointestinales que presenten similar sintomatología y que pudieran confundirse con este síndrome, se dice que el diagnóstico es una medida de ingenio por parte del médico para lograr el diagnóstico sin la necesidad de practicar muchos estudios innecesarios para llegar a él. (1,2,14)

#### Tratamiento.

Se debe trazar un plan general de tratamiento, que debe incluir: Dieta; hay que detectar previamente intolerancia a la lactosa por ejemplo, la asociación de síntomas o agravamiento de ellos al ingerir lácteos, debe también evitarse la ingestión de frijoles y leguminosas col y otras sustancias que contengan carbohidratos no digeribles, como son los almidones, todos estos para evitar la flatulencia que es un gran problema. El uso de fibra de la dieta se recomienda para la constipación, prefiriéndose el uso de semillas de psyllium o éntago hidrofílico, donde se encuentra empíricamente que es efectiva tanto para los casos de constipación, como para los casos diarreicos y se recomienda en especial por su ausencia de efectos secundarios.

#### Medidas físicas.

El uso de agua caliente, ejercicios, períodos de descanso tienen beneficios individualizándolos a las necesidades del paciente.

#### Terapia medicamentosa:

A). Medicamentos anticolinérgicos; estos fármacos tienen teóricamente un beneficio por la reducción del espasmo segmentario del colon, de la constipación y del dolor, por muchos años han tenido buenos resultados combinándolos con otros fármacos, pero en un estudio reciente se hizo una revisión de 400 escritos con 18 diferentes anticolinérgicos, pero ninguno de estos fué metodológicamente bien llevado, ya sea por ausencia de controles, mala interpretación de datos o análisis inadecuados. Así la evidencia del valor clínico de los anticolinérgicos es dudosa y se dice que su mayor utilidad es en el colon espástico.

B). Recientemente se ha empleado medicamentos bloqueadores de los canales del calcio, para la relajación del músculo liso, con el fin de evitar los espasmos del colon, pero aún no hay estudios para la valoración de su eficiencia.

C). El uso de benzodiazepinas tienen también reciente popularidad, recomendándose su uso de manera individual a las necesidades del paciente.

D). El uso de antidepresivos puede ser de ayuda en ciertos pacientes que manifiesten principalmente síntomas depresivos.

#### Psicoterapia.

No es generalmente recomendada, a menos que el estado emocional del paciente lo amerite.

Es importante que el tratamiento tenga como meta una completa y consistente mejoría de los síntomas abdominales principalmente el dolor y de la restauración de las funciones normales. (1,16)

## PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

### Planteamiento del problema.

La frecuencia del síndrome de intestino irritable, ha sido referida en un 8 al 24% pero solo la cuarta parte de personas que presentan dolor abdominal consulta al médico, existiendo para su manejo múltiples tratamientos que en ocasiones dan pobres resultados. Esto tal vez debido a que en la etiología de este síndrome se interrelacionan factores de tipo psicológico, que autores como White, Chaudhery, refieren como los más importantes. Además su control, modifican su sintomatología del síndrome de intestino irritable, así mismo se ha referido que algunos tipos de personalidad, son características en este síndrome como es la neurosis depresiva. Dado que la demanda de consulta por este síndrome en el primer nivel de atención es frecuente, se ha observado que los pacientes acuden por el mismo problema a pesar de recibir varios tratamientos. Lo que ocasiona gastos altos a las instituciones y el riesgo de daños iatrogénicos cuando se maneja inadecuadamente este problema.

En ocasiones no se toma en cuenta los factores de tipo psicológicos, que pudieran desencadenar el cuadro, siendo necesario evaluar los diferentes esquemas de tratamientos, así como el tipo de personalidad que sea más frecuente en estos pacientes, con el fin de reducir el número de consultas por este padecimiento.

**JUSTIFICACION**

#### Justificación.

El síndrome de intestino irritable tiene una etiología multi-causal, siendo las principales causas, algunos tipos de alimentos como los irritantes, en nuestro medio los problemas de tipo parasitario se cree pueden contribuir a una disfunción del tubo digestivo.

En esta década los trastornos afectivos se han implicado en las disfunciones del tubo digestivo como lo menciona Hislop, (1) es frecuente que al tratar de dilucidar la posible causa del síndrome de intestino irritable mediante estudios de laboratorio, aún permanescan sin esclarecer la causa. Por lo que se propone la aplicación del cuestionario de Kruis como instrumento de criterio diagnóstico. Así como el listado de síntomas de Hopkins que permitan identificar trastornos emocionales relacionados con el síndrome, ya que algunos pacientes cursan con datos subjetivos de alteración en la afectividad, en ocasiones exacerbando la sintomatología de este padecimiento, por lo que es importante valorar el estado afectivo de estos pacientes.

Además de ofrecer alternativas terapéuticas como, modificación de la dieta, terapia de apoyo, así como el uso de medicamentos habituales.

**OBJETIVO (3)**

Objetivo(s):

- 1.-E<sup>l</sup>evaluar la respuesta al tratamiento con cuatro esquemas diferentes.(dieta,metoclopramida,psyllium plántago y clorod<sup>ia</sup> cepóxico)
- 2.-Identificar los factores psicógenos más frecuentes del síndrome de intestino irritable.
- 3.-Identificar los principales síntomas en el síndrome de intestino irritable.
- 4.-Proponer un esquema para el diagnóstico y tratamiento para el síndrome de intestino irritable.

ANNOLOGUE

#### Metodología.

Se realizará un estudio descriptivo con cuatro grupos, tres grupos donde se valorarán los distintos enfoques medicamentosos y un grupo control tratado con dieta y terapia de apoyo.

Se efectuará en pacientes que acudan a consulta con sintomatología de síndrome de intestino irritable por cualquiera de sus etiologías a la clínica "Gustavo A Madero" ISSSTE. Los pacientes serán elegidos por medio de muestreo no probabilístico, ya que se desconoce la frecuencia de este padecimiento en nuestro medio, donde se efectuará el estudio. La muestra para el estudio será de treinta pacientes que tengan síndrome de intestino irritable, el cual se realizará durante los meses de Junio a Diciembre de 1988.

#### Criterios de inclusión:

- 1.-Pacientes de 15 a 60 años sin importar sexo y deben pertenecer a la clínica "Gustavo A Madero" ISSSTE.
- 2.-Pacientes que aprobaron el cuestionario de Krus.
- 3.-Pacientes que deseen participar.

#### Criterios de exclusión:

- 1.-Pacientes menores de 15 y mayores de 60 años.
- 2.-Pacientes que reúsen participar o quienes no quieran llenar el cuestionario.
- 3.-Pacientes con el cuestionario de Krus menor de 27 puntos.
- 4.-A quienes se les detecte patología orgánica.

#### Criterios de eliminación:

- 1.-A los pacientes que no cumplan con el manejo estipulado.

**Variables:**

Como variables de inicio de la investigación se tomará en cuenta la edad para poder identificar la frecuencia según las edades, el sexo donde se identificará si en nuestro medio hay alguna predilección de la entidad por algún sexo. Dirección para hacer el seguimiento y control de los pacientes incluidos en el estudio que no acudan en alguna ocasión a la consulta programada.

Una vez aplicada la prueba de Kruis en los pacientes elegidos se valorará la sintomatología inicial y la presencia de modificaciones o no de esta sintomatología en el transcurso del estudio, tanto en los pacientes experimentales como en el grupo control.

Los parámetros utilizados para medir la evolución durante el seguimiento son: mejoría, pacientes que presentaron disminución de la sintomatología o desaparición de la misma. Sin mejoría, pacientes que no modificaron la sintomatología o ésta se exacerbó.

**Información a recolectar.**

Se iniciará con la aplicación del cuestionario de Kruis en que debe ser llenada por el paciente durante la primera consulta, el Kruis se rá aplicado a personas que acudan a consulta y se tenga sospecha de síndrome de intestino irritable, estos pacientes serán obtenidos por medio de una muestra no probabilística. En la misma primera consulta se solicitarán estudios de laboratorio que incluirán biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, sangre oculta en heces y coproparásitos cópico seriendo.

En la segunda consulta será llenada la siguiente parte del cuestionario de Kruis, donde se incluye la valoración de los exámenes de laboratorio inicialmente solicitados además de los antecedentes y ha -

llazgos de la exploración física encontrados por el médico, una vez calificadas las dos partes del cuestionario de Krus podrá hacerse el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, excluyendo posibles alteraciones orgánicas.

A los pacientes identificados como portadores del síndrome de intestino irritable, se les designará de manera aleatoria uno de los cuatro grupos de tratamiento, nombrados inicialmente grupo experimental y grupo control. Este grupo experimental a su vez se subdividirá en tres subgrupos dependiendo de los enfoques terapéuticos que estarán incluidos en el estudio. La selección del grupo experimental también será designado de manera aleatoria.

La valoración de la evolución será por medio de un cuestionario donde se calificará subjetivamente, de acuerdo a la sintomatología del paciente, los principales síntomas del síndrome de intestino irritable. Durante cada consulta se proporcionará al paciente el medicamento necesario que tomará hasta la siguiente consulta.

Los pacientes no sabrán a que grupo de tratamiento pertenecen con lo que se logrará un estudio experimental de tipo ciego simple.

Los pacientes con síndrome de intestino irritable serán destinados a dos grupos de quince pacientes cada uno, a los experimentales se les asignará de manera aleatoria en tres subgrupos de cinco pacientes con los siguientes tratamientos:

- 1.-Modificadores de la motilidad intestinal.(una tableta de 10 mgs.de metoclopramida 30 minutos antes de cada comida)
- 2.-Modificadores de la masa fecal.(una cucharada de psyllium plántago cada 8 horas)
- 3.-Ansiolíticos.(una tableta de 10 mgs.de clordiazepóxido cada 12 horas)

La recolección de la información será mediante cuestionarios previamente impresos, inicialmente a los pacientes con sintomatología colítica, se aplicará el cuestionario de Krus en sus dos secciones, la primera parte llenada por el paciente y la segunda por el médico, el criterio para considerar como paciente con trastorno o síndrome de intestino irritable será de mayor de 27 puntos de acuerdo al estudio de Krus para lograr una expectativa del 97% y una sensibilidad del 63%.

A los pacientes identificados como portadores del síndrome de intestino irritable se les aplicará el listado de síntomas de Hopkins para detección de características psicológicas relacionadas con el síndrome.

El listado de síntomas de Hopkins consta de 90 preguntas, cada pregunta cuenta con cuatro opciones de respuesta que son: nada, poco, bastante y demasiado que se les da un valor de 1, 2, 3 y 4 respectivamente, ca calificándose proporcionalmente con el número de preguntas que correspondan al tipo de personalidad.

## RESULTADOS

**Resultados:**

En el cuadro número uno se presenta la distribución por edad y sexo.

En conjunto el grupo de edad que presentó el mayor número de casos fué el de 31-40 años, con un 33.3%. Siendo el paciente de menor edad de 15 años y el de mayor edad de 60 años, con una edad promedio de 40 años.

Como se observa, el sexo femenino obtuvo una mayor frecuencia en este tipo de padecimiento con un 73%. Correspondiendo a una razón de 3:1.

Siendo en el sexo femenino el grupo de 41-50 años de edad el de mayor frecuencia, con un 23.4%. Siguiendo el grupo de 31-40 años y el de 51-60 años, ambos grupos con el 20%. Y con menor frecuencia el de 21-30 años con el 6.7% y las menores de 20 años con solamente el 3.3%.

En tanto que el sexo masculino con un 13.3% para el grupo de 31-40 años, representando el de mayor frecuencia, siguiéndole el grupo de 41-50 años con el 6.7% y los grupos de 21-30 y de 51-60 años con el 3.3% respectivamente.

La gráfica número uno, muestra la frecuencia de síntomas del síndrome de intestino irritable de los pacientes estudiados, en el siguiente orden:

Flatulencia	40%
Dolor abdominal	20%
Meteorismo	16.6%
Diarrea	10%
Distensión abdominal	6.6%
Antrenimiento	6.6%

Como se puede observar la flatulencia fué el síntoma predominante

ESTA TEXA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

te, presentando en menor escala el dolor abdominal, meteorismo y diarrea, así como la distensión abdominal y el estreñimiento.

En la gráfica número dos, se observa la respuesta a tratamiento del grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable.

Grupo control, el cual se manejó con dieta y terapia de apoyo, presentando una mejoría parcial del 92.7% y sin mejoría sólo el 7.3%.

El grupo experimental el cual se dividió en tres subgrupos, presentando en forma global una mejoría parcial del 66.6% y sin mejoría el 33.4%.

La respuesta al tratamiento por subgrupo fue la siguiente:

Tratamiento	Mejoría parcial
1.-Psyllium plántago	40%
2.-Metoclopramida	80%
3.-Clorodiscepción	80%

Respuesta del cuestionario de Hopkins.

Como se observa en la gráfica número tres, el resultado del cuestionario de Hopkins aplicado al grupo de pacientes estudiado con síndrome de intestino irritable fue el siguiente:

Tipo de personalidad.	Porcentaje.
1.-Ideas paranoicas.	48.71%
2.-Hostilidad agresividad.	48.05%
3.-Depresión.	47.43%
4.-Dificultad del sueño.	46.08%
5.-Hipersensibilidad personal.	45.60%
6.-Obsesibilidad compulsividad.	45.33%
7.-Ansiedad.	44.33%

8.-Somatización.	43.84%
9.-Ansiedad fóbica.	41.74%
10.-Psicosis.	38.85%

## CUADRO No.1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE  
PACIENTES CON TRASTORNO  
FUNCIONAL-DIGESTIVO.

CLINICA "GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE

— 1988 —

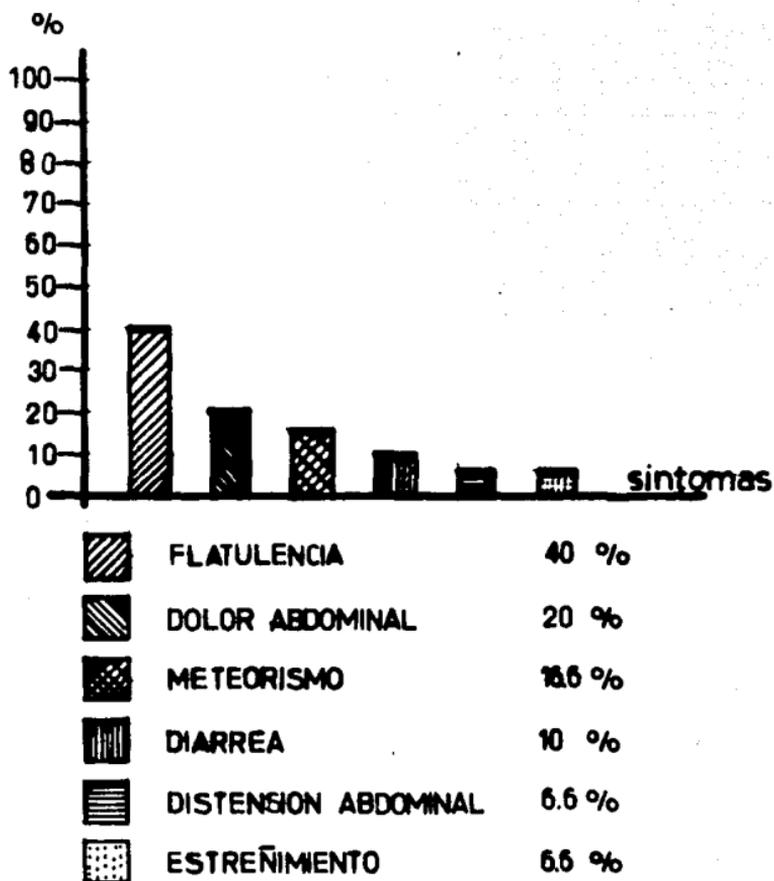
GRUPO DE EDAD	SEXO				PORCENTAJE
	MASCULINO		FEMENINO		
< 20			1	33%	3.3 %
21-30	1	33%	2	67%	10.0 %
31-40	4	133 %	6	20%	33.3 %
41-50	2	67%	7	234%	30.1 %
51-60	1	33%	6	20%	23.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>27%</b>	<b>22</b>	<b>73%</b>	<b>100 %</b>

■ FUENTE :

CUESTIONARIO DE KRUIS

# GRAFICA No. 1

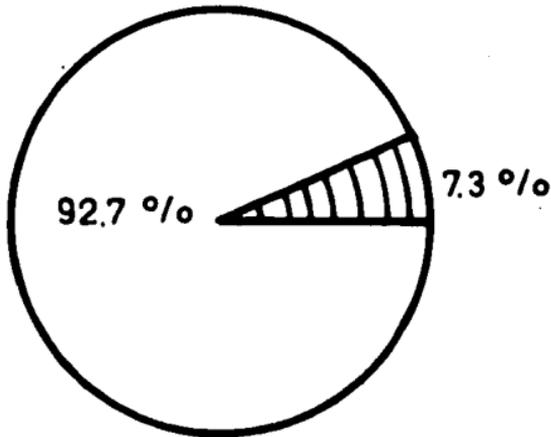
## SINTOMATOLOGIA



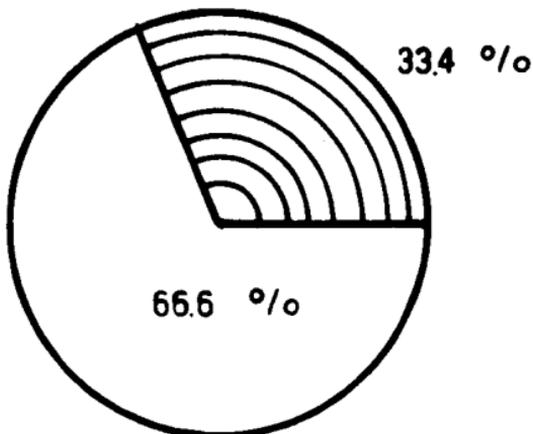
## GRAFICA No.2

RESPUESTA A TRATAMIENTO DEL GRUPO DE  
PACIENTES ESTUDIADOS CON  
TRASTORNO FUNCIONAL DIGESTIVO

### MEJORIA



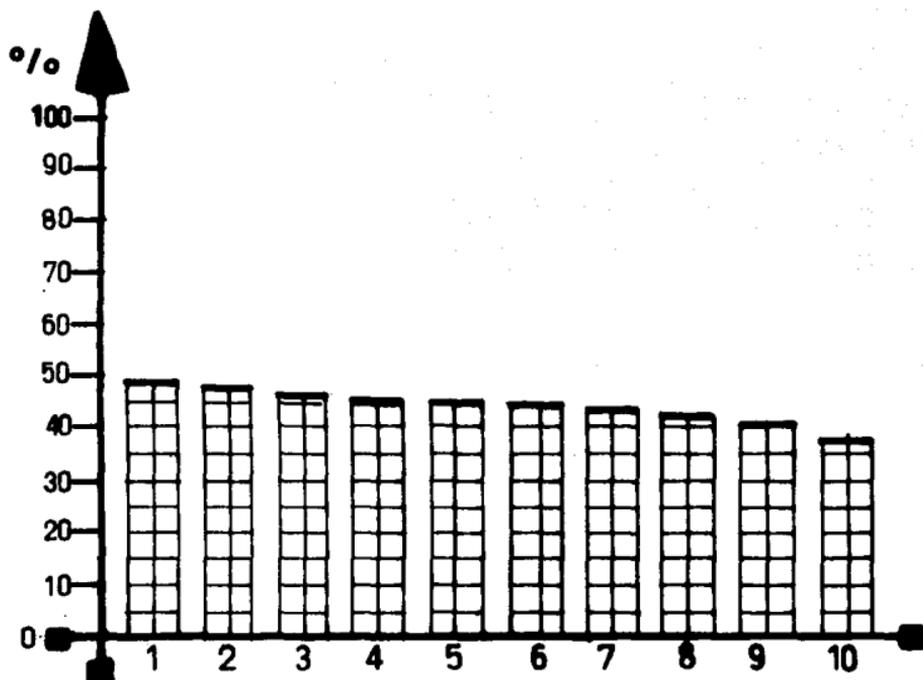
GRUPO CONTROL



GRUPO EXPERIMENTAL

### GRAFICA No.3

RESPUESTA DEL CUESTIONARIO DE HOPKINS EN PACIENTES  
CON TRASTORNO FUNCIONAL DIGESTIVO DE LA CLINICA  
"GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE (1988).



1	IDEAS PARANOIDES	48.71 %
2	HOSTILIDAD AGRESIVIDAD	48.05 %
3	DEPRESION	47.43 %
4	DIFICULTAD DEL SUEÑO	46.08 %
5	HIPERSENSIBILIDAD PERSONAL	45.60 %
6	OBSESIBILIDAD COMPULSIVIDAD	45.33 %
7	ANSIEDAD	44.33 %
8	SOMATIZACION	43.84 %
9	ANSIEDAD FOBICA	41.74 %
10	PSICOSIS	38.85 %

**LISCUSION**

### Discusión.

En el estudio realizado en la clínica "Gustave A Madero" ISSSTM sobre síndrome de intestino irritable, se encontró que este padecimiento es más frecuente en el sexo femenino con una razón de 3:1 y una edad promedio de 40 años, en comparación con los resultados en los trabajos realizados por Douglas A Drossman(1) en los Estados Unidos encontrando una razón de 2-4:1 con una edad promedio de 29 años. Este puede estar condicionado por el tipo de alimentación o su irregularidad en la misma.

Tomando en cuenta que el síndrome de intestino irritable puede aparecer desde la infancia y disminuir su frecuencia antes de la pubertad para reaparecer al final de la adolescencia y durante la edad adulta joven.

Se considera que en el síndrome de intestino irritable no hay una causa orgánica reconocida y/o detectable, por lo que se aplicó el cuestionario de Kruid como instrumento de criterio diagnóstico. En nuestra población un buen porcentaje fue excluido por parasitosis, dadas las condiciones higiénico dietéticas.

La frecuencia de los síntomas predominantes, en el grupo estudiado, fue la flatulencia y el dolor abdominal, lo que apoya el concepto de Manning y cols.(2) de que los síntomas típicos difieren significativamente, en los pacientes con síndrome de intestino irritable y enfermedad orgánica. Lo que podemos diferenciar por la periodicidad del cuadro y los estudios de laboratorio y gabinete dentro de los límites normales. Lo cual sugiere que para su estudio se debe tomar una historia clínica más detallada, así como un examen físico completo, y pruebas de laboratorio básicas son claramente suficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable en muchos pacientes.

En términos de manejo, se debe reconocer que actualmente no existe tratamiento específico, que se haya mostrado reduzcan la morbilidad o que afecte significativamente el curso clínico del síndrome.

En este estudio donde se valoraron cuatro esquemas de tratamiento, se encontró mejor respuesta en el grupo tratado con dieta y terapia de apoyo.

Como se observa la dieta es determinante, además la actitud del médico y su modo de acercarse al paciente, ya que son los factores principales en la respuesta final.

Para el mejor control del síndrome de intestino irritable, es necesario la identificación de aquellos factores psicológicos que contribuyan en la sintomatología ya que el uso del apoyo o psicoterapia parece dar mejor resultado en comparación con los tratamientos habituales. Se debe tener en cuenta que esta población en estudio, presenta generalmente su sintomatología con cambios en el estado de ánimo, siendo la hostilidad y la agresión más frecuente en esta población, como lo han mencionado autores como La Costa, quien reportó por primera vez la asociación de factores psicológicos con colitis mucosa. (1)

Otros autores como White y Jensen (2) concluyeron que esta entidad es una respuesta somática a la tensión, además Chaudhary y Truelove reportaron que el stress psicológico, juega un papel importante en la aparición de los síntomas y su exacerbación.

De este y otros estudios se puede concluir que hay una evidencia fuerte, aunque no concluyente de una relación entre los factores psicógenos y el síndrome de intestino irritable.

Por lo que se sugiere que todo paciente que presenta datos sugestivos del síndrome de intestino irritable, se deben tener en cuenta, para un estudio completo, el tipo de personalidad así como de la situación

nes estresantes que coadyuvan al cuadro. Al uno de los estudios de laboratorio sólo apoya al diagnóstico por exclusión. En el tratamiento lo más importante es el cambio de actitud y compromiso por parte del médico para establecer una buena relación médico paciente que le permitan identificar aquellos factores de tipo psicológico, así mismo las modificaciones en el tipo de dieta, son las que pueden favorecer una mejor respuesta para este problema. El uso de los diversos medicamentos que se han recomendado para el manejo de estos pacientes se ha mostrado la eficacia esperada

CUESTIONARIO DE KRUIS

PRIMERA PARTE; PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

Por favor anote la respuesta que sea mas adecuada a las molestias que siente marcando con una "X" en el cuadro correspondiente, donde haya mas de una opcion (tipo de dolor / tipo de evacuaciones) puede contestar mas de una respuesta.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_ MOD. \_\_\_\_\_ EXP. \_\_\_\_\_

REGISTRO \_\_\_\_\_

SI NO

1.- ACUDE A CONSULTA DEBIDO A DOLORS ABDOMINALES	---	---	12
2.- SUFRE DE INFLAMACION ABDOMINAL (GASES)	---	---	11
3.- SIENTE QUE SUS MOVIMIENTOS INTESTINALES LE CAUSAN ALGUNA MOLESTIA	---	---	11
4.- HA TENIDO ALGUNA DE ESAS MOLESTIAS POR MAS DE 2 AÑOS	---	---	16
5.- PODRIA DESCRIBIR SU DOLOR ABDOMINAL CON ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:			
QUEMANTE	---	---	
CORTANTE	---	---	
MUY FUERTE	---	---	
COMO SI LO ESTUVIERAN OPRIMIENDO	---	---	
SORDO (DIFICIL DE DESCRIBIR)	---	---	
TALADRANTE	---	---	
NO DEMASIADO FUERTE	---	---	
NO TIENE DOLOR ABDOMINAL	---	---	
6.- TIENE PERIODOS DE ESTREIMIENTO QUE SE ALTERNAN CON PERIODOS DE DIARREAS	---	---	23 14

	SI	NO	
7.- SUS EVACUACIONES (EXCREMENTO) TIENE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:			
MUY DELGADAS (COMO LAPIZ)	---	---	
EN FORMA DE BOLITAS PEQUERAS	---	---	
FORMADAS Y DURAS AL INICIO Y MUY BLANDAS AL FINAL	---	---	
CON MOCO	---	---	
NINGUNA DE LAS CARACTERISTICAS ANTERIORES	---	---	0
			CALIFICACION -----

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

-----

**CUESTIONARIO DE KRUIS**

**SEGUNDA PARTE: PARA SER APLICADO POR EL MEDICO**

Llene por favor la casilla correspondiente a los hallazgos de su exploracion e interrogatorio, asi como los resultados de los exámenes de laboratorio. Marque con una "X" en la respuesta mas adecuada.

Nombre \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

Registro en el estudio \_\_\_\_\_

	SI	NO	
1.- HALLAZGOS FISICOS ANORMALES (MASAS, TUMORES, PLASTRONES)	---	---	-24
2.- HISTORIA DE OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES CRONICAS (DIVERTICULOS, POLIPOS, CUCI, ETC.)	---	---	-23
3.- FIEBRE MAYOR DE 38.5 C DURANTE LA ULTIMA SEMANA	---	---	0
4.- PESO BAJO (MENOR DE LA TALLA MENOS 100 cms.)	---	---	0
5.- PERDIDA DE PESO QUE EXCEDA A 5 Kgs. EN LOS ULTIMOS 6 MESES (SIN DIETAS)	---	---	0
6.- VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR MAYOR DE 20mm. EN 2 HORAS.	---	---	-13
7.- LEUCOCITOSIS MAYOR DE 10,000 X cm	---	---	-50
8.- HEMOGLOBINA DISMINUIDA MENOR DE 10 gr.x % EN MUJERES MENOR DE 12 gr.x % EN HOMBRES	---	---	-98
9.- SANGRE OCULTA EN HECEs (EN ALGUNA DETECCION DE LABORATORIO)	---	---	-96
10.- COPROPARASITOSCOPICO POSITIVO A PATOGENOS	---	---	EXCLUIR

CALIFICACION \_\_\_\_\_  
en No. negativos

Nombre y firma del Medico \_\_\_\_\_

Calificacion \_\_\_\_\_  
la parte

Calif. Final \_\_\_\_\_

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LISTADO DE SINTOMAS HOPKINS

Por favor anote solo una opción de acuerdo a la respuesta mas adecuada a las preguntas. Anotandolas unicamente en el sitio marcado para la contestacion.

Nombre \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

NADA POCO BASTANTE DEMASIADO

1.- Tiene dolores de cabeza	---	---	---	---
2.- Tiene sensacion de nerviosismo o agitacion	---	---	---	---
3.- No recuerda pensaminetos, ideas o palabras que no queria que se fueran de su mente	---	---	---	---
4.- Tiene desmayos o mareos	---	---	---	---
5.- Siente perdida del interes o del placer sexual	---	---	---	---
6.- Resiende demasiado las criticas de otros	---	---	---	---
7.- Piensa que alguien puede controlar sus pensamientos	---	---	---	---
8.- Siente que los demas reclaman por muchos de tus problemas.	---	---	---	---
9.- Tiene dificultad para recordar las cosas	---	---	---	---
10.-Siente preocupacion por su descuido o por su falta de aseo	---	---	---	---
11.-Siente que se angustia o se irrita con facilidad.	---	---	---	---
12.-Tiene dolor en el pecho o en el corazon	---	---	---	---
13.-Siente temor en la calle o en los espacios abiertos	---	---	---	---
14.-Tiene sensacion de baja energia o abatimiento	---	---	---	---
15.-Presiente que su vida va a finalizar	---	---	---	---
16.-Oye voces que otras personas no escuchan	---	---	---	---
17.-Tiene temblores	---	---	---	---
18.-Desconfia de la mayoria de la gente	---	---	---	---
19.-Siente poco apetito	---	---	---	---
20.-Llora con facilidad	---	---	---	---
21.-Siente timidez o inquietud con las personas del sexo opuesto	---	---	---	---

NADA POCO BASTANTE DEMASIADO

22.-Tiene sensacion de que esta enganchado en algo o de que cayo en la trampa	---	---	---	---
23.-Tiene miedo o terror subitico sin una razon aparente	---	---	---	---
24.-Su caracter es explosivo sin que usted lo pueda controlar	---	---	---	---
25.-Siente temor de salir solo de su casa	---	---	---	---
26.-Se reprocha a solas de ciertas cosas	---	---	---	---
27.-Tiene dolor en la parte baja de la espalda	---	---	---	---
28.-Siente que las cosas que hace o ha hecho - le son bloqueadas.	---	---	---	---
29.-Se siente solo	---	---	---	---
30.-Se siente triste	---	---	---	---
31.-Se preocupa demasiado por las cosas	---	---	---	---
32.-No siente interes por las cosas	---	---	---	---
33.-Se siente temeroso	---	---	---	---
34.-Siente que lo hieren o se afecta facilmente	---	---	---	---
35.-Siente que otras personas vigilan sus pensamientos privados.	---	---	---	---
36.-Siente que los demas no lo entienden o no lo es simpatico	---	---	---	---
37.-Siente que la gente no es amigable o usted les disgusta.	---	---	---	---
38.-Tiene que hacer las cosas lentamente para asegurarse de que estan bien hechas.	---	---	---	---
39.-Siente palpitaciones o que su corazon late demasiado fuerte.	---	---	---	---
40.-Tiene nauseas o vomitos	---	---	---	---
41.-Se siente inferior a los demas	---	---	---	---
42.-Tiene molestias en sus musculos	---	---	---	---
43.-Siente que los demas lo observan o comentan algo con referencia a usted	---	---	---	---
44.-Tiene dificultades para conciliar el sueño	---	---	---	---
45.-Tiene que checar o recheckar lo que ya hizo	---	---	---	---
46.-Tiene dificultades para tomar decisiones	---	---	---	---
47.-Siente temor de viajar en autobus, trenes - o en el metro.	---	---	---	---

NADA POCO BASTANTE DEMASIADO

48.-Tiene problemas para la inspiracion(para- meter aire a sus pulmones).	---	---	---	---
49.-Tiene periodos de mucho frio o calor	---	---	---	---
50.-Tiene que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que ellas le atemorizan.	---	---	---	---
51.-Siente que tiene la mente en blanco	---	---	---	---
52.-Siente adormecimiento o punzadas en alguna parte de su cuerpo.	---	---	---	---
53.-Siente un nudo en la garganta	---	---	---	---
54.-Siente desesperanza hacia el futuro(no es- pera nada del porvenir)	---	---	---	---
55.-Tiene dificultades para concentrarse	---	---	---	---
56.-Siente debilidad en alguna parte del cuerpo	---	---	---	---
57.-Se siente muy tenso o a punto de explotar	---	---	---	---
58.-Tiene sensacion de pezantes en brazos o -- piernas.	---	---	---	---
59.-Presiente que va a morirse o que alguien va a morirse.	---	---	---	---
60.-Siente exceso de apetito	---	---	---	---
61.-Siente la inquietud cuando la gente lo ob- serva o hablan acerca de usted.	---	---	---	---
62.-Tiene pensamientos que no son suyos(esto - no lo pude haber pensado yo)	---	---	---	---
63.-Se siente incitado a herir, golpear o in- sultar a alguien.	---	---	---	---
64.-Despierta durante la madrugada	---	---	---	---
65.-Tiene que repetir las mismas acciones como son el tocar, lavarse o recontar las cosas	---	---	---	---
66.-Su sueño es inquieto o con interrupciones	---	---	---	---
67.-Se siente incitado a golpear o romper algo	---	---	---	---
68.-Siente o cree que los demas no son compar- tidos como usted lo es.	---	---	---	---
69.-Se siente aislado con usted mismo a pesar de estar con otras personas.	---	---	---	---
70.-Se siente incomodo donde hay mucha gente - como en el mercado o en cines.	---	---	---	---
71.-Siente que todo le cuesta un gran esfuerzo	---	---	---	---
72.-Tiene periodos de temor o panico	---	---	---	---
73.-Se siente incomodo cuando come o bebe en publico.	---	---	---	---

NADA POCO BASTANTE DEMASIADO

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
74.-Cae en discusiones con facilidad	---	---	---	---
75.-Se siente nervioso cuando esta o va solo	---	---	---	---
76.-Cree que los demas no reconocen sus meritos	---	---	---	---
77.-En siente solo siempre que esta con gente	---	---	---	---
78.-Se siente muy inquieto o no puede mantenerse quieto.	---	---	---	---
77.-Siente que lo que hace no vale la pena	---	---	---	---
80.-Siente que las cosas que le son familiares ahora le son extrañas o irreales	---	---	---	---
81.-Grita o arroja objetos	---	---	---	---
82.-Siente temor de que usted pueda desmayarse en publico.	---	---	---	---
83.-Siente que la gente pueda tomar ventaja de usted , si usted los deja.	---	---	---	---
84.-Tiene pensamientos sobre sexo que lo inquietan demasiado.	---	---	---	---
85.-Cree que debe ser castigado por sus pecados	---	---	---	---
86.-Requiere de estar ocupado constantemente	---	---	---	---
87.-Cree que algo serio esta pasando en su cuerpo.	---	---	---	---
88.-Nunca se siente cercano a una persona	---	---	---	---
89.-Tiene sentimientos de culpa	---	---	---	---
90.-Piensa que algo anda mal en su mente	---	---	---	---

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA EVOLUCION**

CUESTIONARIO PARA APLICACION POR EL MEDICO  
 POR FAVOR MARQUE CON UNA "x" LA SINTOMATOLOGIA QUE EL PACIENTE REFIERA.  
 SEÑALANDO EN LA COLUMNA DE LA CONSULTA CORRESPONDIENTE.

NOMBRE \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_

	No.de consulta subsecuente	Deterioro del cuadro	Sin modificación de los sintomas	Mejoria parcial	Sin Datos clínicos actuales
DOLOR ABDOMINAL	1a	---	---	---	---
	2a	---	---	---	---
	3a	---	---	---	---
	4a	---	---	---	---
	5a	---	---	---	---
FLATULENCIA	1a	---	---	---	---
	2a	---	---	---	---
	3a	---	---	---	---
	4a	---	---	---	---
	5a	---	---	---	---
METEORISMO	1a	---	---	---	---
	2a	---	---	---	---
	3a	---	---	---	---
	4a	---	---	---	---
	5a	---	---	---	---
DISTENSION ABDOMINAL	1a	---	---	---	---
	2a	---	---	---	---
	3a	---	---	---	---
	4a	---	---	---	---
	5a	---	---	---	---

	No. de consulta subsecuente	Deterioro del cuadro	Sin modificación de los síntomas	Mejoría parcial	Sin datos clínicos actuales
--	--------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	--------------------	-----------------------------------

**ESTREÑIMIENTO**

1a	---	---	---	---	---
2a	---	---	---	---	---
3a	---	---	---	---	---
4a	---	---	---	---	---
5a	---	---	---	---	---

**DIARREA**

1a	---	---	---	---	---
2a	---	---	---	---	---
3a	---	---	---	---	---
4a	---	---	---	---	---
5a	---	---	---	---	---

**TENESMO**

1a	---	---	---	---	---
2a	---	---	---	---	---
3a	---	---	---	---	---
4a	---	---	---	---	---
5a	---	---	---	---	---

**EVACUACIONES ALTERADAS**

(Hacintadas, diarreicas,  
fragmentadas)

1a	---	---	---	---	---
2a	---	---	---	---	---
3a	---	---	---	---	---
4a	---	---	---	---	---
5a	---	---	---	---	---

## BIBLIOGRAFIA

Bibliography:

1.-The irritable bowel syndrome.

Douglas A Crossman, M.D., Don W Powell, M.D., and John T. Sessions Jr., M.D.

Gastroenterology 73:811-822, 77.

2.-A Diagnostic Score for the Irritable Bowel Syndrome.

W.Kruis, Ch.Thieme, M.Weinsierl, P.Schussler, J.Roll and W.Paulus.

Gastroenterology 1984;87:1-7

3.-Diagnosis of the Irritable Bowel Syndrome. A Simple Solution?

Douglas A Crossman, M.D.

Gastroenterology 1984;87 224:-37

4.-Functional Bowel Disorders in Apparently Healthy People.

W.Grant Thompson and Kenneth W.Heaton.

Gastroenterology 79:283, 1980

5.-The Irritable Bowel Syndrome.

Joseph B.Kirsner, MD, PhD.

Arch Intern Med-Vol 141, April 1981

6.-Bowel Patterns Among Subjects Not Seeking Health Care

Douglas A. Crossman, Robert S. Sandler, Daphne C. McKee, and Alix J. Lovitz.

Gastroenterology 1982;83:529-34

7.-The Lancet An Irritable Mind or an Irritable Bowel?

The Lancet, December 1, 1984

8.-Levels of Anxiety in Colonic Disorders.

Murray D. Esler, M.B., B.S., B.Med.Sci., and Kerry J. Goulston, MD (Syd), F.R.A.C.P.

The New England Journal of Medicine Jan 4 1973

- 9.--Alternative medicine consultations and remedies in patients with the irritable bowel syndrome.  
Hismart, Jf Mayberry, and Matkinson.  
Gut, 1986, 27, 826-828
- 10.--Is there a relationship between symptoms of the irritable bowel syndrome and objective measurements of large bowel function? A longitudinal study.  
G J Oettle and K W Heath  
Gut, 1987, 28, 146-149
- 11.--Depression and functional bowel disorders in gastrointestinal outpatients.  
J D R Rose, A Hroughton, J Sharvey, and P M Smith  
Gut, 1986 27, 1025-1028
- 12.--The Hopkins symptom checklist (HSCL)  
Ronalds, Lipsman, Lino Covi and Arthur K. Shapiro.  
Journal of Affective Disorders, 1(1979) 9-24
- 13.--Towards positive diagnosis of the irritable bowel  
A P Manning, W G Thompson, K W Heaton, A F Morris.  
British Medical Journal ~~Vol. 3~~ September 1979
- 14.--Associations between symptoms of irritable colon and psychological and social conditions and lifestyle.  
Roar Johnsen, Bjarne Koster Jacobsen, Olav Helge Forde  
British Medical Journal Volume 292 21 June 1986
- 15.--Treatment of irritable bowel syndrome with lorazepam, hyoscine butylbromide, and ispaghula husk.  
J A Ritchie, S C Truelove  
British Medical Journal 1979, 1 376-378