

11226  
2  
205

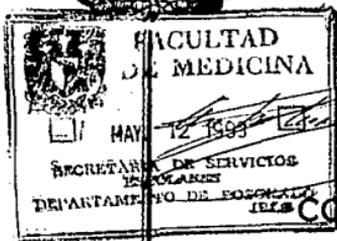


Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF No. 2



COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON LOS SISTEMAS BIOPSIICOSOCIALES



ENSEÑANZA  
U.M.F. 2

TESIS

QUE PARA OBTENER EL POST-GRADO DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**DRA. ROCIO ALMAZO DOMINGUEZ**



**IMSS**

Puebla, Pue.

1990-1993

TESIS CON  
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.

## C O N T E N I D O

---

---

	PAGINA
1. INTRODUCCION .....	1
2. JUSTIFICACION .....	3
3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	4
4. MATERIAL Y METODOS .....	17
5. RESULTADOS .....	19
6. CONCLUSIONES .....	30
7. RESUMEN .....	31
8. BIBLIOGRAFIA .....	32

## INTRODUCCION

---

---

Las enfermedades intestinales de tipo funcional son una recolección heterógena de síndromes clínicos, como lo es el síndrome de colon irritable, asociado con el tracto gastrointestinal que no tiene " causa estructural conocida, sea patológica o radiológica, anormalidades o causas metabólicas o infecciosas " .

El conocimiento limitado de los mecanismos patofisiológicos incluidos en esta enfermedad, requiere que el diagnóstico sea hecho por exclusión.

Esta dificultad ha llevado a un alto nivel de incertidumbre para el médico, quien necesita llevar a cabo exámenes innecesarios y procedimientos reglamentarios para descartar enfermedades de tipo orgánicas, la tensión entre el médico y el paciente cuando se persibe al no encontrar ninguna alteración.

Por lo tanto al igual que otros problemas de la salud con importantes componentes psicosociales, la base del tratamiento eficaz es el establecimiento de una sólida relación médico-paciente, con un paciente responsable y de fácil respuesta depositando su confianza en un médico atento, que se comunique de manera franca y clara con él.

La posibilidad de una falta de comunicación, de entendimiento y de indiferencia ó antipatía por el médico es alta en los pacientes con síndrome de colon irritable, que podrían responder escasamente a uno ó a todos los tratamientos y permanecer sintomático durante años.

En este trabajo se presenta una información actualizada en cuanto a la patología, cuadro clínico, manejo médico, dietético y psicológico de estos pacientes, ya que con este último se logra una mejoría bastante importante de acuerdo

a los informes recientes.

Se muestran los resultados obtenidos, a los cuales se hace un análisis estadístico de las encuestas aplicadas, que reafirman la importancia de los factores biopsicosociales y la gran influencia que estos tienen en los pacientes con: síndrome de colon irritable.

## JUSTIFICACION

---

---

El síndrome de colon irritable, constituye el problema clínico más frecuente en la consulta externa del aparato digestivo del I.M.S.S. afectando entre el 30 y el 70% de los pacientes que acuden a la misma.

Aunque este problema generalmente no requiere hospitalización, también se aprecian abundantes altas, bajo el diagnóstico de síndrome de colon irritable.

La justificación del presente estudio, es por la importancia del problema, y su alta incidencia, con lo que ello implica ( además del malestar personal ) en el ausentismo laboral, consumo de fármacos ( inespecíficos por lo demás ) y ocupación de la consulta de medicina familiar, por lo que adquiere interés si se tiene en cuenta que más de la mitad de los pacientes son de este tipo y para quienes el médico carece de tratamiento apropiado.

Pero existe la perspectiva biopsicosocial que contemple los patrones familiares multigeneracionales de ansiedad, depresión y somatización del estrés, podría ser una guía incluso más útil para el entendimiento y el tratamiento de pacientes que presentan síntomas digestivos relacionados con el estrés.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

---

---

Hace 162 años se inició la historia médica del síndrome de colon irritable, cuando Richard Powel, el 7 de mayo de 1818, en el Real Colegio Médico de Londres describió las características de 4 pacientes femeninas de su consulta privada, que se quejaban de dolor continuo o intermitente con flatulencia, sofocación e indigestión, en ocasiones repentinos dolores paroxísticos en el epigastrio. Agregó que las evacuaciones se acompañaron de membranas en forma de hojuelas, largas o tubulares y que no tenían gran consistencia.

Esta fué la primera descripción clínica con sentido analítico que se tiene noticia.

En 1849 W. Cumming escribió sobre una enfermedad de membranas mucosas del canal digestivo.

En 1959, Clarke, revisó sus experiencias sobre la enfermedad mucosa del colon y comentaba " Esta enfermedad es de frecuente ocurrencia y parece acompañar a los avances de la civilización ".

En 1863, Woodward informó 214 casos de diarrea, examinados en 12 meses, entre los soldados de la guerra de rebelión y describió en forma cuidadosa las características del dolor abdominal.

En 1871 Da Costa informó la primera serie de pacientes de la literatura americana bajo el título de " Enteritis membranosa ".

El presente siglo está lleno de nombres ilustres que han contribuido al conocimiento del síndrome de colon irritable.

En México destacan los trabajos de Jinich (1978), Guevara (1971), Ramírez Mata (1976) y Arrubarrena (1979). ( 1 )

## DEFINICION

El síndrome de colon irritable, se define como una alteración caracterizada por la presencia de dolor abdominal y la alternancia del hábito intestinal (estreñimiento y diarrea) y sin que hasta el momento se haya reconocido una causa orgánica que justifique este cuadro clínico. ( 2 )

El criterio diagnóstico requiere que los síntomas estén presentes al menos, durante 3 meses, interrumpen la vida cotidiana del paciente y conduzcan a la toma de medicación o a la visita del médico. ( 2, 3 )

## EPIDEMIOLOGIA

Epidemiológicamente existe una prevalencia de un 10 a 20% en estudios generales de población. La distribución por edades parece relativamente homogénea y en general, se encuentra una mayor incidencia en las mujeres con relación mujer-varón de 2.3 - 1. En los adultos suele tener mas relevancia entre los 30 a 35 años, con un comienzo a los 20 años ( 2, 3, 4, 5 )

Con respecto a la relación mujer-varón siendo más frecuente en la mujer se menciona que este factor esta determinado por cuestiones culturales. Los sociólogos han sugerido que los hombres y las mujeres en las culturas orientales expresan de diferente manera el estrés. El hombre tiende a ser más inhibido a cerca de ciertos síntomas para reportarlos, las mujeres tienden a ser más abiertas a la socialización que llevan durante la infancia. ( 6 )

Alternativamente los factores hormonales pueden impactar sobre la expresión de la enfermedad. Así las hormonas esteroides sexuales han sido estudiadas por disminuir la velocidad del vaciamiento gástrico e incrementar el tiempo de tránsito de la boca a el colon, también ha sido demostrado

que existe una reducción de presión del esfínter esofágico bajo una disminución de la velocidad del vaciamiento de la vesícula. Más sin embargo el tránsito colónico puede estar levemente más lento en las mujeres que en los hombres. ( 6, 7, 8 )

Con respecto a los niños la edad de comienzo suele ser en torno a los 5 años ( usualmente presentan dolores de vientre). ( 2 )

El síndrome de colon irritable parece ser una enfermedad de incidencia familiar, presentando componentes tanto genéticos como de conducta aprendida, probablemente en proporciones que varían según cada una de las personas. Un niño que observe como uno de los padres, o ambos, desarrollan síntomas gastrointestinales cuando están estresados, presenta un mayor riesgo de desarrollar, síndrome de colon irritable. Ello implica que los factores ambientales podrían contribuir más que la predisposición genética al desarrollo de los síntomas. El estado socioeconómico bajo es la variable demográfica que más asociada esta el síndrome de colon irritable. ( 2, 3 )

#### PRESENTACION CLINICA

Principales síntomas: los pacientes presentan diversos patrones destinados como síndrome de colon irritable, pero el cuadro clásico es:

1. Distensión abdominal visible.
2. Dolor abdominal cólico con movimientos intestinales.
3. Evacuaciones más frecuentes con el inicio del dolor.
4. Alteración del hábito intestinal consistente en diarreas estreñimiento o alternancia de ambos.
5. Tendencia para el incremento en el moco fecal.
6. Sensación de evacuación rectal incompleta.

Estos seis síntomas han llegado a ser conocidos como cri

terios de Manning, aceptados por los investigadores clínicos y han sido recomendados para la práctica médica. (6,9)

Con respecto al dolor es hipogástrico en un solo 25% de los casos aproximadamente, en el lado derecho alrededor del 20%, en el lado izquierdo aproximadamente un 20% y epigástrico es el 10% más o menos.

La diarrea, consiste en una mayor frecuencia (habitualmente de 3 o más al día) de deposiciones no formadas (suel<sup>tas</sup> o acuosas, a veces con moco. Casi todos los autores incluyen a la diarrea no dolorosa como variante del síndrome de colon irritable y algunos citan el estreñimiento no doloroso como tercera variante importante. ( 10 )

El comienzo puede ser brusco, empezando con episodio de gastroenteritis infecciosa evidente en algunos pacientes.

Pero en la mayoría de los pacientes el comienzo es más incidioso, desarrollandose los síntomas lentamente a largo plazo sin antecedentes directos del aparato gastrointestinal. ( 11 )

Muchos individuos sufren los síntomas de manera intermitente durante gran parte de su vida. La gravedad de los síntomas varía de muy lenta a muy leve a bastante grave, trastornando de manera espectacular las vidas de algunos sujetos con respecto a su capacidad de rendimiento laboral y con sus relaciones personales.

Por lo tanto la historia clínica bien organizada es una arma muy importante. ( 3, 4, 12 )

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Hay que hacer énfasis en los problemas gastrointestinales previos, tales como estreñimiento, diarrea, hemorroides, fisuras, fístulas, hematoquecia, enfermedad intestinal inflamatoria (colitis ulcerosa o enfermedad de crohn), cáncer y enfermedades anorrectales de transmisión sexual. (gonorrea,

herpes. Es necesario recabar información sobre el tipo de actividad sexual del paciente, incluyendo preguntas específicas acerca de las posibilidades de relaciones anales. ( 13, 14 )

Ciertos hábitos de vida, tales como el tabaquismo y alcoholismo aumentan el riesgo real de cáncer. Una intervención quirúrgica abdominal en el pasado plantea otras posibilidades diagnósticas, al igual que un viaje reciente a una región de infección gastrointestinal endémica. ( 3, 14 )

Si el enfermo no inicia una exposición a los fármacos dietéticos de sospecha de posible intolerancia a los alimentos o de alergias y de sus experiencias en cuanto a la eliminación de alimentos. La intolerancia a la lactosa es elevada en algunas poblaciones ( raza negra y origen norteeuropeo ) ( 15 )

En algunos casos ciertos alimentos específicos pueden precipitar la aparición de síntomas asociados a los niveles altos de prostaglandinas E2 en el recto. ( 15, 16 )

La historia de la salud mental del paciente es a menudo decisiva, ya que una gran proporción de los pacientes presentan la sintomatología psiquiátrica suficiente como para cumplir los criterios de DSM-III de uno de los trastornos mentales. ( 3, 17 ) Otras alteraciones mentales frecuentes observadas en los casos de síndrome de colon irritable, son los trastornos de personalidad obsesiva compulsiva y de personalidad histriónica. ( 18 )

#### REVISION POR APARATOS

La mayoría de las pacientes con síndrome de colon irritable tienen otras muchas dolencias de las que suelen dar parte voluntariamente al médico o que se manifiestan con frecuencia muy superior a las poblaciones sanas, como son síntomas digestivos altos, especialmente dispepsia. Lo difuso

de los síntomas abdominales y las molestias a lo largo del tubo digestivo que sugieren síndrome de colon irritable.

Otros síntomas de los que informan este tipo de pacientes son dolores de espalda, halitosis y sabor desagradable en la boca y fatiga constante; dispareunia, cefaleas, pruritos, insomnio y palpitaciones. ( 4, 10, 17, 18, 19 )

#### HISTORIA FAMILIAR

La historia familiar de los pacientes con síndrome de colon irritable revela mayor prevalencia de ansiedad y depresión. ( 20 )

El genograma constituye una valiosa herramienta clínica que también pueden utilizar para reunir datos, sobre acontecimientos y situaciones familiares, patrones emocionales problemas laborales que pueden guardar relación con los síntomas. ( 3 )

#### HISTORIA SOCIAL

Los estudios han confirmado la sospecha clínica de que los factores psicosociales contribuyen en gran medida a la aparición de síndrome de colon irritable. ( 21, 22 )

Los acontecimientos que sean graves amenazas para la vida en especial pérdidas y decepciones, dan aumento a la ansiedad a los meses previos a la enfermedad.

Las pérdidas más frecuentes son las muertes de familiares, amigos y animales domésticos, pérdidas de empleo y otros problemas de tipo económico e incapacitante. ( 21, 22, 23 )

#### EXPLORACION FISICA

La exploración rara vez resulta clarificadora, el sujeto

puede presentar manos frías y húmedas, movimientos ansiosos de las manos o la cara (temblor palpebral o frecuente parpadeo, reflejos activos o neurodermatitis).

El abdomen a veces muestra leve o moderadamente hipersensibilidad en una o más regiones. ( 4, 5, 24 )

El examen rectal revela esfínter tenso o muy estrechado o una vaga hipersensibilidad aunque a menudo el examen es completamente normal. ( 25 )

La comprobación de sangre oculta en heces es aconsejable como prueba de detección selectiva para cáncer de colon.

Dependiendo de la edad e historia sexual de los pacientes puede ser necesario un examen pélvico para investigar otros posibles diagnósticos. ( 3, 4, 5, 20 )

#### IMPRESION Y VALORACION

Con una historia clínica completa y una cuidadosa exploración física dan pie a pensar en síndrome de colon irritable. La principal cuestión estriba en cuál es la mejor manera de entender el problema para que sea posible planear un tratamiento eficaz ( 3, 10, 14, 24 )

Los principales modelos conceptuales recientemente utilizados para explicar el síndrome de colon irritable son el psicológico y el de conducta.

El modelo psicológico se basa en la demostración de que los pacientes con síndrome de colon irritable presentan unas contracciones de onda propulsiva anormales o lentas, intensificadas, según se cree, por el estrés u otros factores exacerbantes. Los factores psicosociales y de conducta parecen explicar por que únicamente ciertos individuos se vuelven sintomáticos. ( 2, 12, 18, 19, 21, 22, 23 )

Otra premisa del modelo de conducta es una predisposición genética a los trastornos emocionales o psiquiátricos que también predisponen a los individuos a la aparición de sín-

tomas. Esto implica tener en cuenta la aparición de los trastornos mentales en estos pacientes, especialmente en aquellos trastornos con un buen pronóstico tras un tratamiento oportuno ( trastornos de adaptación, depresión y de pánico.) ( 17, 20, 22, 26 )

Un modelo de causa biopsicosocial para el síndrome de colon irritable no solamente incluiría los elementos psicofisiológicos y de conducta ya mencionados sino que prestaría atención a la dinámica familiar dentro del hogar inmediato, al resto de los familiares y a las antiguas generaciones. del grupo familiar del paciente, así como las influencias pertinentes en el lugar de trabajo, el la comunidad y la sociedad.

La valoración de las situaciones familiares y laborales, buscando los conflictos no resueltos, es decisiva a la hora de conocer los factores psicosociales que contribuyen a la formación y perpetuación de los síntomas. ( 9, 20, 21 )

Mientras se esta efectuando la valoración psicosocial es necesario tener en cuenta la probabilidad de posibles enfermedades orgánicas específicas a fin de formular un plan diagnóstico adecuado. ( 4, 5, 20. 24 )

## PLAN DIAGNOSTICO

### PRUEBAS DE LABORATORIO Y TECNICAS DIAGNOSTICAS.

Las principales posibilidades de enfermedad organiza a descartar son diverticulosis, intolerancia a la lactosa, enfermedad intestinal inflamatoria y cáncer de colon. A menos que la edad, historia o exploración del paciente aumenta el índice de sospecha.

Un estudio diagnóstico mínimo puede constar únicamente de un recuento completo de sangre y de la velocidad de sedimentación.

A pesar de la falta de pruebas que respalden la utilidad

de la sigmoidoscopia casi todos recomiendan su empleo, en gran medida por su beneficio simbólico ( como prueba de que el padecimiento ha sido cuidadosamente investigado). ( 4, 20, 10 )

Los dilemas éticos referidos al hecho de convencer a los pacientes que se sometan a pruebas de dudosa utilidad, son difíciles de resolver.

Sobre todo en pacientes mayores de 40 a 50 años, la mayoría de los gastroenterólogos, recomiendan la sigmoidoscopia y un enema de bario con contraste de aire para buscar cáncer a menos que se sospeche de una diverticulitis aguda. ( 5, 27 )

Si el enfermo muestra preocupación ante un posible cáncer se aconseja efectuar una sigmoidoscopia o un enema de bario para establecer su confianza, incluso aunque el riesgo de cáncer estimado sea bastante bajo. ( 20, 27 )

Para los pacientes con diarrea se recomiendan los estudios de huevos y parásitos, los recuentos leucocitarios y los cultivos de heces.

En caso de dolor abdominal alto están indicados el tránsito radiográfico gastrointestinal alto, la endoscopia o ambas si se sospecha de una intolerancia a la lactosa, se puede realizar una prueba de tolerancia para confirmar el diagnóstico. ( 3, 5, 20 )

## TRATAMIENTO

### EDUCACION AL PACIENTE

El propósito central de la educación del paciente consiste en una explicación clara sobre la manera que tiene el médico de entender el problema del paciente.

A su vez el entendimiento del paciente constituye la base de la mencionada cooperación, necesaria para unos resultados terapéuticos óptimos a largo plazo.

Al paciente se le puede asegurar más confiadamente la improbabilidad de que sufra una enfermedad grave después de obtener pruebas de resultado negativo. ( 3, 4, 11, 19 )

Una estrategia que puede modificar radicalmente las actiudes de los pacientes hacia su problema consiste en expresar la sintomatología del síndrome de colon irritable como barómetro útil de su estrés vital, un mensaje procedente de su cuerpo que indicaría como se están enfrentando con los problemas y situaciones difíciles y que es posible mantener el malestar, los inconvenientes y la ansiedad acompañantes dentro de un nivel controlable la mayor parte del tiempo. ( 12, 18, 22, 23 )

#### MANEJO DEL ESTRÉS, RECOMENDACIONES Y PSICOTERAPIA.

Para identificar y explorar los posibles factores exacerbantes, se puede animar al paciente a que mantenga un registro diario de sus actividades, de alimentos consumidos y problemas interrelacionales.

El registro de los detalles de los síntomas intestinales pueden resultar aconsejables. ( 2, 9, 29 )

La práctica regular de ejercicios gimnásticos y los entrenamientos, junto con un descanso y sueño suficientes, pueden ayudar a recuperar un equilibrio funcional para la vida del paciente con síndrome de colon irritable.

Si el paciente no mejora con unos sencillos pasos de manejo del estrés y con un tratamiento sintomático, están indicadas medidas generales.

Entre los métodos que han demostrado eficacia se incluyen la hipnoterapia y la psicoterapia individual. ( 22, 25, 29 )

El médico de atención primaria interesado y que posean una formación y experiencia suficientes probablemente podría ayudar a algunos pacientes con síndrome de colon irri

table refractarios aportándoles consejos a lo largo de una serie limitada de visitas breves de 20 a 30 minutos, espaciadas de una a cuatro semanas entre sí.

Latimer recomienda un manejo de contingencia: ayudar a los pacientes para que aprendan a enfrentarse con sus temres y presten atención a formas de vida más adaptativas.(3)

Otras técnicas útiles no comprobadas en el síndrome de colon irritable comprenden la relajación muscular profunda, las imágenes visuales, la meditación y la biorretroalimentación.

Las técnicas de entrenamiento de relajación respiratoria profunda pueden resultar particularmente útiles en el subgrupo de pacientes ansiosos con historia de hiperventilación ( 2, 26, 29 )

Debido a que la mayoría de las mujeres con síndrome de colon irritable experimentan disfunciones sexuales, puede ser necesario una serie de consejos o una terapia en materia sexual, sino mejora la función sexual con el tratamiento de síndrome de intestino irritable. ( 6, 7, 8, 18 )

El temor al SIDA ha aumentado la ansiedad con respecto a los problemas anorrectales y la sexualidad por lo que los médicos tienen que hacer frente a un mayor número de preocupaciones sexuales de los varones.

Si se piensa que los factores familiares tienen una degtacada participación en las dificultades del paciente, resulta positivo hacer venir a los familiares íntimos del pāciente para una conferencia familiar con un propósito valōrativo y terapéutico, con el fin de aconsejar a la familia.

El médico de atención primaria puede realizar sesiones de consejos, de orientación familiar a intervalos mensuales a veces durante períodos prolongados. ( 2, 3, 20 )

## TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS

### MODIFICACION DE LA DIETA

A la vez que se intenta modificar las relaciones entre el estrés, la ansiedad, la depresión y los síntomas somáticos, es importante intentar aliviar en todo lo posible los síntomas somáticos del paciente con un tratamiento auxiliar.

El aporte suplementario de fibra en la dieta, durante los últimos 15 años, es piedra angular en el tratamiento.

Es poco costoso y benigno, aunque la mayor parte de los estudios indican que el salvado de trigo y la avena apenas resultan otra cosa que unos placebos eficaces.

En el sujeto estreñido, el aporte suplementario de fibra puede servir para establecer y mantener la frecuencia y consistencia fecales deseada y reducir al mínimo las molestias provocadas por la defecación. ( 11, 15, 28, 30 )

La eliminación de ciertos alimentos o sustitución, tales como la cafeína y los edulcorantes artificiales de la dieta resulta útil en ocasiones, al igual que la suspensión del hábito de fumar y el empleo de laxantes estimulantes y goma de mascar. ( 11, 15 )

### MEDICAMENTOS.

Los pacientes con diarrea molesta pueden mejorar con difenoxilato, domperidona, loperamida o bismuto, estos son eficaces particularmente en los casos con urgencia defecatoria.

Los anticolinérgicos constituyen buenos coadyuvantes contra los retorcijones, se dispone de muchos de estos medicamentos, tanto aislados como asociados a fármacos psicoactivos.

Los medicamentos relajantes de la musculatura lisa como la butiliosina.

En algunos pacientes que no responden a estas medidas e en aquellos que presenten síntomas psiquiátricos, es útil el uso de antidepresivos tricíclicos a bajas dosis, tomadas por vía oral antes de acostarse como la amitriptilina ( 10-50 mg ), doxepina ( 10-50 mg ) ó la disipramina ( 50 mg ) y la colestiramina que se combina con las sales biliares.

Desafortunadamente no hay un fármaco específico o una dieta que proporcione alivio a todos los pacientes por lo que se deben de intentar diferentes maniobras terapéuticas.

## MATERIAL Y METODOS

---

---

Se realizó un estudio, prospectivo, transversal, observacional y descriptivo, para determinar la frecuencia de los factores biopsicosociales que intervienen en el síndrome de colon irritable.

Se tomó por simple disponibilidad a 30 pacientes con el diagnóstico antes mencionado de la forma 4-30-6 del departamento de codificación del servicio de Gastroenterología del CMN " Manuel Avila Camacho " que estuvieran adscritos a la UMF No. 2 , a los que se les aplicó una encuesta de respuesta breve para determinar los factores biopsicosociales.

La encuesta se aplicó a población derechohabiente analizando: la edad, estado civil, ocupación, escolaridad, enfermedades asociadas y factores psicosociales, como lo son: familia numerosa, número de personas que dependen económicamente de la persona encuestada, desempleo o pérdida reciente del empleo, salario menor al mínimo, si contaban con casa propia o pagan renta.

Desajustes emocionales como: pérdida reciente de un familiar, amigo o animal doméstico, fracaso en alguna relación personal, decepción, abandono del hogar-infidelidad, problemas con su pareja sexual, drogadicción.

Alteraciones psicológicas como es: depresión, ansiedad, angustia, inestabilidad emocional, obsesión, complejo de culpa, histeria, insomnio frecuente.

En esta primera parte se dio la opción de que contestaran en forma positiva o negativa.

En la segunda parte se incluyó 6 preguntas que el paciente contestó en forma abierta.

Se incluyeron a pacientes de ambos sexos independiente-

mente de su edad, tiempo de evolución o patología agregada.

Se excluyeron aquellos que por algún motivo hubiesen abandonado el tratamiento médico.

Y no se incluyeron a los pacientes que tuvieran como antecedente alguna intervención quirúrgica abdominal.

Este trabajo se llevó acabo del mes de marzo al mes de septiembre de 1991.

## R E S U L T A D O S

Se aplicaron 30 encuestas (100%) en la consulta externa de medicina familiar, tanto del turno matutino como del turno vespertino.

Se excluyeron a 3 pacientes ( 10% ) por tener antecedente de cirugía abdominal previa.

Quedando el estudio con 27 pacientes ( 90% ).

CUADRO No. 1 COLON IRRITABLE  
DE ACUERDO AL SEXO.

FE MENINO	MASCULINO	TOTAL
22	5	27

Fuente: Encuesta específica.

Se registró una alta incidencia en el sexo femenino 22 ( 81.4% ) a comparación con el sexo masculino 5 ( 18.5% ). Lo cual era esperado de acuerdo a la literatura médica.

CUADRO No. 2 COLON IRRITABLE POR  
GRUPO DE EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDAD.	FEMENINO	MASCULINO	SUBTOTAL
21 - 25	3	0	3
26 - 30	4	1	5
31 - 35	5	1	6
36 - 40	4	0	4
41 - 45	1	2	3
46 y más.	5	1	6
T O T A L.	22	5	27

Fuente: Encuesta específica.

Los grupos de edad más afectados fueron los de 31 a 35 años con 6 casos ( 22.2% ) y el de 46 y más años también con 6 casos ( 22.2% ).

Los menos afectados fueron el de 21 a 25 años y el de 41 a 45 años con tres casos para cada uno que equivale a un ( 11.1% ) para cada uno de los grupos de edad.

CUADRO No. 3 COLON IRRITABLE DE ACUERDO A ESTADO CIVIL Y SEXO.

ESTADO CIVIL	FEMENINO	MASCULINO	SUBTOTAL.
CASADO	14	5	19
SOLTERO	5	0	5
DIVORCIADO	1	0	1
UNION LIBRE	1	0	1
VIUDO	1	0	1
TOTAL	22	5	27

Fuente: Encuesta específica.

El estado civil más afectado fué el de casado con 19 casos ( 70.3% ) y los menos afectados fueron los divorciados con un caso; unión libre un caso; viudo un caso a cada uno les correspondió el ( 3.70% ).

CUADRO No. 4 COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON LA OCUPACION Y SEXO.

OCUPACION	FEMENINO	MASCULINO	SUBTOTAL
LABORES DEL HOGAR	9	0	9
SECRETARIA	5	0	5
EMPLEADO	3	0	3
COMERCIANTE	0	1	1
OBrero	0	1	1
ANTROPOLOGO	0	1	1
MEDICO	3	1	4
ENFERMERA	2	1	3
T O T A L	22	5	27

Fuente: Encuesta específica.

Los más afectados fueron las pacientes de sexo femenino, dedicadas a las labores del hogar con 9 casos ( 33.3%) lo que implica que esta alta incidencia se puede deber a que existen factores importantes dentro del hogar que hacen que se desencadene el síndrome de colon irritable.

Los menos afectados fueron pacientes masculinos con ocupacion de comerciante, obrero y un antropólogo, con un caso para cada uno de ellos ( 3.7% )

CUADRO No. 5 COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON LA ESCOLARIDAD Y EL SEXO.

ESCOLARIDAD	FEMENINO	MASCULINO	SUBTOTAL
ANALFABETA	1	0	1
PRIMARIA	3	2	5
SECUNDARIA	3	0	3
CARRERA TECNICA PREPARATORIA	6	0	6
PROFESIONAL	9	3	12
T O T A L	22	5	27

Fuente: Encuesta específica.

La escolaridad denominada como profesional marcó la incidencia más alta con 12 casos ( 44.4% ), siguiéndole la escolaridad preparatoria o carrera técnica 6 casos ( 22.2% ) y el menos afectado, el grupo de analfabeta con un solo caso. ( 3.7% ).

CUADRO No. 6 COLON IRRITABLE Y  
ENFERMEDADES ASOCIADAS.

ENFERMEDAD ASOCIADA.	No. DE PACIENTES
HEMORROIDES	3
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	4
HIPOTIROIDISMO	1
CRISIS CONVULSIVAS	1
ENFERMEDAD DE CROHON	1
HIPERTENSION ARTERIAL	4
CARDIOPATIA REUMATICA	1
HERNIA HIATAL	1
T O T A L	16

Fuente: Encuesta específica.

Las enfermedades asociadas en este estudio, las más frecuentes fueron: hipertensión arterial y enfermedad ácido péptica, con 4 pacientes para cada una de estas patologías correspondiendo a cada una 14.8%.

Se menciona que los 11 pacientes restantes que no aparecen, fueron los que contestaron en la encuesta el no tener ninguna enfermedad asociada.

CUADRO No. 7 COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON LOS FACTORES PSICOSOCIALES.

F A C T O R	N U M E R O
FAMILIA NUMEROSA	11
No. DE PERSONAS QUE DEFEN DEN ECONOMICAMENTE DE UD.	4
DESEMPLEO	0
PERDIDA DEL EMPLEO RECIENTE	0
SALARIO MENOR AL MINIMO.	2
PAGA RENTA.	8

Fuente: Encuesta específica.

1. Se consideró familia numerosa cuando indicó que eran más de 5 miembros. Y en 11 familias ( 40.7% ) fueron numerosas.
2. En el resto de preguntas solo se tomaron en cuenta las que respondieron en forma afirmativa; notándose que el pagar renta fué positiva en 8 familias ( 29.6% ).

De esta manera hacemos notar que el hecho de tener familia numerosa y no contar con casa propia es un factor económico muy importante que genera el síndrome de colon irritable.

CUADRO No. 8 COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON LOS DESAJUSTES EMOCIONALES.

DESAJUSTE EMOCIONAL	NUMERO
PERDIDA RECIENTE DE ALGUN FAMILIAR, AMIGO O ANIMAL	5
FRACASO EN ALGUNA RELACION PERSONAL	10
DECEPCION	8
ABANDONO DEL HOGAR INFIDELIDAD	4
PROBLEMAS CON SU PAREJA SEXUAL	6
DROGADICCION	0
ALCCHOLISMO	1
TABAQUISMO.	3

Fuente: Encuesta específica.

En esta sección encontramos que el mayor número de respuestas afirmativas fueron los incisos que correspondieron a: fracaso en alguna relación personal 10 ( 37% ), decepción con 8 ( 29.6% ) y problemas con su pareja sexual que fueron 6 ( 22.2% ).

Estos tres factores se están analizando en forma secuencial, ya que las que respondieron en forma afirmativa, fueron mujeres y todo relacionado con su pareja sexual; lo que implica gran importancia como factor desencadenante del síndrome de colon irritable.

CUADRO No. 9 COLON IRRITABLE Y SU RELACION  
CON ALTERACIONES PSICOLOGICAS.

ALTERACIONES PSICOLOGICAS	NUMERO
DEPRESION	18
ANSIEDAD	13
ANGUSTIA	13
INESTABLE EMOCIONAL	5
OBSESION	2
COMPLEJO DE CULPA	4
HISTERIA	0
INSOMNIO FRECUENTE.	8

Fuente: Encuesta específica.

En esta sección se le dio la opción al paciente de que respondiera en forma afirmativa de 2 a 3 incisos ya que referían cursar con ellos.

Menciono que fué la sección en la que el mayor número de pacientes respondieron: notándose que la mayor incidencia fué el síndrome depresivo, 18 casos ( 66.6%); en segundo lugar la ansiedad y angustia con 13 casos a cada uno le correspondió a un ( 48.1% ) y en último lugar la histeria con cero casos.

Con estos resultados confirmamos lo encontrado en la literatura donde se menciona la neurosis ansioso depresiva esta ligada a pacientes con síndrome de colon irritable.

En la sección de preguntas, en la que el paciente respondió en forma abierta. Los resultados fueron los siguientes: 1. ¿Qué cambios ocurrieron en su vida durante las semanas o meses previos a la aparición de sus síntomas?

Las respuestas fueron muy variables pero todas correspondieron a situaciones de la vida cotidiana que no se pudieron superar. Como lo es: problemas escolares y evaluación de exámenes; al iniciar vida sexual; problemas con su cónyuge; cambio de residencia y actividades; sobrecarga de trabajo; problemas de tipo civil y políticos; estrés constante; preocupación por ingresar a un trabajo, pérdida de un bebé; nacimiento de un hijo; muerte de alguno de los miembros de la familia; disgusto con los hijos, etc.

2. ¿Qué diferencias existen entre el momento presente y su vida antes de tener estos síntomas?

Un 20% respondió que no existe ninguna diferencia. El resto respondió el no tener tranquilidad ya que se tienen que cuidar más; refieren que antes eran más felices, porque podían comer todo principalmente; algunos expresarán angustia por no conocer la evolución de la enfermedad, otros sienten enojo y más responsabilidad para sí mismos y en otros ha sido motivo de superación para sentirse mejor cada día.

3. ¿Qué cosas haría de diferente manera si no tuvieran estos síntomas?

La gran mayoría contestó que comerían mejor y de todo sin ninguna preocupación.

4. ¿De qué modo han afectado sus síntomas a otras personas o han cambiado su relación con ellas?

Más del 50% mencionó que sus síntomas sí han afectado principalmente con alguno de los miembros de su familia, ya sea por la dieta o tener los disgustos por que no se sienten comprendidos por parte de su familia. El otro 50% respondió que no existía ningún cambio, ni en su familia, ni con otras personas.

5. ¿Cuál de sus familiares se muestra más preocupado por su problema?

TODA LA FAMILIA	2
ESPOSO ( A )	10
PADRE	2
MADRE	2
HERMANOS	1
HIJOS	4
NADIE	4

Fuente: Encuesta específica

El familiar que más se preocupó fué el esposo (a) 37% y los que menos se preocuparon fueron los hermanos 3.6%

6. ¿ La dinámica de esta familia es ?

DINAMICA FAMILIAR	NUMERO
FUNCIONAL	16
DISFUNCIONAL	11

Fuente: Encuesta específica.

16 pacientes contestaron como funcional su familia 59.2% y 11 contestaron que era disfuncional 40%.

Lo que indica que cerca de la mitad son disfuncionales, siendo este un factor muy importante que desencadene el síndrome de colon irritable.

## CONCLUSIONES

---

---

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas y a la hipótesis que se plantéo, en este trabajo, se identificó que existe una alta incidencia de pacientes con síndrome de colon irritable que se ven afectados por los factores biopsicosociales en forma importante.

El alto índice que se identificó, predominó en el sexo femenino (81.4%) en los grupos de edad de 31 a 35 años y en el de 64 y más (22.5%) y de ocupación de labores del hogar que concuerda con la literatura médica actualizada.

Esto indica que ellos son los sujetos más vulnerables a padecer síndrome de colon irritable.

El estrés se menciona como principal factor desencadenante de la patología, una de las variables que tomamos encuenta para valorarlo fué al preguntar la escolaridad, siendo la más afectada la profesional (44.4%). Podría ser que en su trabajo requieren de mayor responsabilidad al desarrollar sus actividades o simplemente está reflejando inseguridad y falta de confianza en sí mismos y ésto condicione mayor estrés como lo refirieron algunos pacientes.

Este problema hay que tomarlo con actitud crítica y analítica en razón de que el mejorar la situación económica es muy difícil de resolver y con ello, el problema de salud, ya que encontramos en los resultados que la familia numerosa y el no poseer casa propia pueden ser factores precipitantes que juegan también un papel importante.

Los desajustes emocionales y alteraciones psicológicas son las variables más importantes que encontramos en estas encuestas, comprobamos que de manera espectacular alteran las relaciones interpersonales y la dinámica familiar.

Este trabajo pretende despertar el interés de médicos familiares, gastroenterólogos y psicólogos; para aportar nuevas bases para comprender la dinámica de este padecimiento.

RESUMEN

---

El objetivo de este trabajo fué determinar la frecuencia de los factores biopsicosociales que intervienen en el síndrome de colon irritable, en pacientes diagnosticados en el servicio de gastroenterología del GMN " Manuel Avila Camacho " que estuvieron adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 2 de Puebla, Pue. a partir del mes de marzo a septiembre de 1991.

En este lapso de tiempo se aplicaron 30 encuestas de respuesta breve de los cuales 3 pacientes se excluyeron por tener cirugía abdominal previa.

El sexo más afectado fué el femenino con estado civil casadas, dedicadas a las labores del hogar, con gran influencia de los factores que desencadenan desajustes emocionales, alteraciones psicológicas y factores económicos.

Sería deseable que este trabajo sirviera de motivación para iniciar más investigación en cuanto a la naturaleza del síndrome de colon irritable, que aún es confusa en cuanto a su evolución y respuesta al tratamiento.

Al mismo tiempo para ayudar a los pacientes y a sus familiares a identificar y enfrentarse con las causas del estrés, la ansiedad y la depresión, utilizando un método que sea eficaz para alcanzar resultados terapéuticos favorables a largo plazo.

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

1. Labastida MH. Colon Irritable. Rev Gastroent Méx 1986; 47(1):23-9.
2. Alvarez PM, Rodriguez CF. Psicología del síndrome del Intestino Irritable. Med Clin (Barc) 1991;96:590-5.
3. Grouch AM. Síndrome del intestino irritable hacia un entendimiento de los sistemas biopsicosociales. En Bope ET, Blake RM, Brown MW y col. CLINICAS DE PRACTICA MEDICA ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 1a ed. España Interamericana Mc Graw-Hill 1988;1:103-115.
4. Harrison WS, Braunwal E, Isselbacher KJ, Petersdor RG, Wilson MD. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 11a ed. México Mc Graw-Hill 1989;2:1584-8.
5. Dunagan CW. Colon Irritable. En Dunagan CW, Ridner ML. Manual de terapéutica Médica 7a ed. Barcelona España: Salvad 1991:370.
6. Talley NJ. Diagnosing an Irritable Bowel: Does Sex Matter? Gastroent 1991;100:834-7.
7. Guthrie EA, Greed FN, Whorwel PJ. FEMALES WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS) SUFFER FROM SEVERE SEXUAL DYSFUNCTION. Gastroent 1987;93:1420.
8. Willian EW, Lawrence JC, Heller BR, Robinson CJ, Crowell MD y cols. Evidence for Exacerbation of irritable Bowel Syndrome During Menses. Gastroent 1990;98:1485-9.
9. Heaton KW, Ghosh SF, Braddon. How Bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, Controlled study with emphasis on stool form. GUT 1991;32:73-9.
10. Oettle GJ, Heaton KW. Is there a relationship between symptoms of the irritable bowel syndrome and objective measurement of large bowel function? A longitudinal study. Gut 1987;28:146-9.
11. Marcus SN, Heaton KW. Irritable bowel-type symptoms in spontaneous and induced constipation. Gut 1987;28:156-9.
12. Bernardo M, Canalda G. Estrés hoy. Med Clin 1990;94(4) 135-6.
13. Douglas A, Drossman MD. A Questionnaire for Functional Bowel Disorders. Ann of Inter Med 1989;111:627-8.

14. Teller JN, Phillips MD, Melton JL, Wiltgen CH, Zinsmeister AR. A Patient Questionnaire to identify Bowel Disease. *Annals of Int Med* 1989;111:671-4.
15. Espejo SJ. Manual de dietoterapia de las enfermedades del adulto 7a ed. Argentina: el Ateneo, 1988:247-8.
16. Nunes MD, Edwar DV. Role of cholecystokinin in Irritable Bowel Syndrome *Am J Psychiatry* 1991;148:277.
17. Fenichel O. Conversion. En Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis 3a reimpresión. México: Paidós 1988:250-271.
18. Fenichel O. Organo-Neurosis. En Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis 3a reimpresión. México: Paidós 1988:272-306.
19. Soffer EE, Calabrini Ps, Pople CE, Wingate DL. Effect of stress on oesophageal motor function in normal subjects and in patients with the irritable bowel syndrome *Gut* 1988;29:1951-4.
20. Ward N. Irritable bowel syndrome. *Aust Fam Physician*. 1990;9:1665-9.
21. Drossman Da, Mckee DC, Salder Rs, Mitchell CM et al. PSYCHOSOCIAL FACTORES IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME: A MULTIVARIATE STUDY. *Gastroent* 1987;92(5)Part 2:1374.
22. Ford MJ, Miller PMC, Eastwood J, Eastwood MA. Life events psychiatric illness and irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28:160-5.
23. Trounthon AH, Harvey Js, Smith PM. Depression and functional bowel disorders in gastrointestinal outpatients. *Gut* 1986;27:1025-8.
24. Bolzan EH. DIAGNOSTICO POR UN SISTEMA DE SUMA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE. *Acta Gastroent Latinoamer* 1988;18:123-131.
25. Prior A, Colgan SM, Whorwell PJ. Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1990;31:896-8.
26. Fenichel O. Neurosis. En Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis 3a reimpresión. México: Paidós, 1988: 141-197.
27. Treacher DF, Champan JR, Nolan DJ, Jewell DP. Irritable bowel syndrome: Is a Barium Enema Necessary? *Clin Radiol* 1986;37:87-8.
28. Lucey MR, Clark ML, Lowndes Jo, Dawson AM. Is bran, efficacious in irritable bowel syndrome? A Double blind placebo controlled crossover study. *Gut* 1989;28:221-5.

29. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A Controlled Trial of Psychological Treatment for the irritable Bowel Syndrome. *Gastroent* 1991;100:450-7.
30. Soifer OL, De Paula AJ. EFECTOS DE LA FIBRA MEDICINAL SOBRE EL TRANSITO COLONICO EN PACIENTES CON SINDROME DEL COLON IRRITABLE. *Acta Gastroent Latinoamer* 1987; 17:317-323.
31. Greenbaum MD, James MD, Lawewnces MD, et al. Effects of desipramine on irritable bowel syndrome compared whit Atropine and placebo. *Dig dis Sci* 1987;32(3 march) :257-266.
32. Goodman GA, Goodman SL, Gilman A. *Las bases farmacológicas de la terapéutica* 6a ed. México; Panamericana, 1982:419-428.