



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.
UNA APROXIMACIÓN PSICOSOMÁTICA.

Tesis Empírica

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Juan Carlos Guerrero Benítez

Generación 2001 - 2004

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2005



Asesores: Mtra. Margarita Rivera Mendoza
Dra. Oliva López Sánchez
Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera



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.

Agradecimientos.

En primer lugar quiero agradecer a mis padres porque gracias a ellos y a sus esfuerzos estoy aquí a un paso de terminar mis estudios profesionales, gracias a mi papá: Leonardo Guerrero porque siempre me dio ejemplo de trabajo y esfuerzo, gracias a mi mamá: Guillermina Benítez porque para mi es la mejor mamá que existe; gracias también a mis hermanos porque ellos son parte importante de mi vida. Y gracias a toda la familia Guerrero y a la familia Benítez porque todos han contribuido en mi formación personal.

Gracias también a los maestros que hicieron posible que esta tesis llegara a buen puerto, gracias Gerardo porque en tu clase se nos dio la posibilidad de encontrar nuevos caminos y nuevas formas de ver la vida; maestra Oliva gracias porque su persona desde el principio me retó a disciplinarme y a esforzarme en lo que hacía; y maestra Margarita gracias por su paciencia y su ayuda cuando a mi ya se me habían acabado las ideas. También quiero agradecer al doctor Sergio porque su testimonio invita a ser mejores todos los días. Y gracias también a mis otros maestros: Javier Cerritos, Jacqueline Arenas, Cristina Aguillón y a toda la familia USERA.

A mi otra familia gracias por alentarme siempre: César Vera, Francisco Muñoz, Zulema Olea, Eduardo Ángel, Carlos Anaya y todos los que me faltan, ustedes también son mi familia. Por su puesto gracias a todos mis amigos y compañeros de grupo 51 de psicología, pasamos muy buenos momentos y esos nunca los voy a olvidar.

Y para terminar bien quiero dar gracias a Dios por ponerme siempre en el lugar adecuado.

RESUMEN

El siguiente trabajo se titula "El Síndrome del Intestino Irritable. Una aproximación psicosomática" y trata de una investigación realizada con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social. El trabajo se divide en tres partes: la primera parte esta constituida por una recopilación bibliográfica cuyo fin es proporcionar al lector un panorama histórico general y guiarlo en una revisión de las ideas y concepciones formuladas por Rene Descartes a cerca de la naturaleza del cuerpo y la mente y que hoy en día siguen rigiendo a los modelos científicos que producen el conocimiento que se tiene acerca del cuerpo, la salud y la mente; posteriormente se destacan las limitaciones de este modelo de estudio del hombre y la naturaleza y se propone un nuevo modelo que permita concebir al ser humano como una unidad indivisible y en estrecha interrelación con el medio que le rodea, esta nueva concepción del hombre se basa en los fundamentos de la Teoría de los Cinco Elementos formulada hace más de cinco mil años en la antigua China.

En la segunda parte se aborda el estudio del Síndrome del Intestino Irritable, su concepción, etiología y fisiopatología entendida desde el punto de vista del modelo biomédico, y posteriormente se revisará el mismo padecimiento desde la postura de la Medicina Tradicional China y se ofrece una explicación del padecimiento a partir de la Teoría de los Cinco Elementos.

La tercera parte constituye la parte empírica de la tesis y en ella se hace un análisis de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a pacientes diagnosticados con el Síndrome del Intestino Irritable, se hace una revisión individual de los procesos vividos por los pacientes y que los llevaron a desarrollar un padecimiento de colon irritable, se realiza una historia de vida de cada uno de ellos y se visualiza cuales son los procesos emocionales y de estilo de vida vinculados con el Síndrome del Intestino Irritable.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO 1 EL ESTUDIO DEL CUERPO	08
1.1 El aporte mecanicista al estudio del cuerpo	09
1.2 El error cartesiano, o la dualidad mente – cuerpo	11
1.3 El proceso de salud – enfermedad en el modelo biomédico	14
1.4 El cuerpo en la psicología.	18
1.4.1 El conductismo	19
1.4.2 La teoría psicoanalítica	20
1.4.3 Otras formas en psicología	21
1.5 El Yin-Yang y la teoría de los 5 elementos en relación con el cuerpo	23
1.6 La enfermedad y la medicina tradicional china	30
1.6.1 Los órganos y las vísceras	31
1.6.2 Los órganos Zang	32
1.6.3 Órganos Fu	34
1.6.4 El desequilibrio en la medicina tradicional china	36
CAPÍTULO 2 EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	40
2.1 Gastroenterología, marco teórico	40
2.1.1 La cavidad bucal y la faringe	42
2.1.2 Esófago y estómago	44
2.1.3 El intestino delgado	47
2.1.4 El intestino grueso	50
2.1.5 El páncreas y el hígado	56
2.2 El Síndrome del Intestino Irritable (SII)	59
2.2.1 Cuadro clínico	63

2.2.2	Fisiopatología del intestino irritable	66
2.2.3	Tratamiento	69
2.3	El Síndrome del Intestino Irritable de acuerdo con la medicina tradicional china	74
CAPÍTULO 3 EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA		85
3.1	Justificación	85
3.2	Objetivos	86
3.2.1	Objetivo General	86
3.2.2	Objetivos específicos	87
3.3	Planteamiento del problema	87
3.4	Pregunta de investigación	87
3.5	Metodología	87
3.5.1	Sujetos	89
3.5.2	Materiales y aparatos	89
3.5.3	Instrumentos	89
3.5.4	Procedimiento	89
3.6	Resultados	92
3.7	Categorías	113
3.8	Análisis de resultados	141
CONCLUSIONES		148
REFERENCIAS		155
Glosario médico		158
ANEXOS		160

INTRODUCCIÓN

La dinámica social actual ha introducido al ser humano en una sociedad dualista, en una concepción de la vida en la que solo existen dos posibilidades de elección diametralmente opuestas: interno – externo, bueno – malo, salud – enfermedad, mente – cuerpo, etc. Esta visión cartesiana de la realidad ha producido una concepción fragmentada del cuerpo humano, en la cual la mente ha sido separada del cuerpo, y este último ha sido concebido por la ciencia y por la medicina como un objeto ajeno al sujeto en el cual lo único que importa es restaurarlo y curarlo para que siga siendo productivo. De la misma manera la medicina alópata considera a la enfermedad como una alteración de la salud, como una deficiencia funcional y / u orgánica provocada por agentes externos extraños al organismo, es así que la salud sólo se obtiene mediante la eliminación del agente que provoca la enfermedad, pues mientras no se presente síntoma alguno que indique algún malestar se puede decir que se está sano; esta concepción niega cualquier posibilidad de interacción entre la mente, el cuerpo, las emociones y el mundo circundante en la explicación del proceso salud – enfermedad, ya que la enfermedad es el resultado de una interacción entre el organismo y un agente externo, se hace evidente la separación filosófica entre la mente y el cuerpo y se coarta cualquier relación orgánica o funcional entre la mente y el cuerpo.

En psicología la concepción fragmentada del ser humano también es una práctica muy común, son pocas las teorías que han tratado de insertar al cuerpo como una posibilidad de recuperar la salud, si se analiza la manera como hasta ahora se ha tratado ese cuerpo nos podremos dar cuenta que esta ha sido insuficiente pues no satisface la demanda de la gente que al parecer no sólo busca respuestas a sus malestares físicos o emocionales, sino que demandan es que se les proporcionen alternativas en las cuales se les considere como un ser completo (mente, cuerpo, emociones, espíritu, etc.), es aquí donde radica la importancia de la concepción integral del cuerpo, el entender al cuerpo como un microcosmos significa que el cuerpo es un espacio geográfico en el que convergen y se concretizan las experiencias sociales, emocionales, prácticas culturales, reglas, valores y disposiciones sociales, de una manera singular y específica para cada individuo y que

además dependen de la edad, la adscripción étnica, la clase social y el género. Desde la perspectiva psicosomática, el cuerpo se sale de las coordenadas de lo biológico para incorporar elementos emocionales, sociales, culturales y psicológicos que permiten una mejor comprensión de dicho proceso. El cuerpo es la síntesis de un proceso social e histórico y una construcción cultural que transforma las funciones de los órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo, que se cruzan con el proceso psicosomático de las relaciones humanas y el cuerpo es el espacio donde confluyen las nuevas relaciones individuo-sociedad, López (2000).

Existe una representación simbólica en los individuos que integran una cultura: es una socialización de formas de ver imágenes y de conceptuar el significado que pertenece a una misma región cuya cultura, por lo demás es específica. Sus manifestaciones son propias de la vida cotidiana, todos los seres humanos se manejan por símbolos y significados que el Estado impone por medio de una educación ideológica o una cultura del aprendizaje vicario. Vale decir que las formas de vivir y sentir lo corporal, en cualquier cultura, son aprendidas y reproducidas por las explicaciones que dan los brujos, los guías religiosos, los médicos, los científicos, los comerciantes y los políticos. A pesar de lo anterior, la manera de concretarlo, de vivirlo cotidianamente en el cuerpo, es un acto de individualidad. El sujeto hace uso de su elección con el cuerpo, de acuerdo con las mediaciones sociales y emocionales. Entonces una representación simbólica se materializa en formas de ser, de amar, de vivir, de comer, de enfermarse y de morir. En esa lógica, el ser humano es una concreción simbólica de una cultura específica, López (op.cit).

Como ya se mencionó hoy en día ya no basta con tratar la sintomatología de una enfermedad (en este caso el Síndrome del Intestino Irritable); la realidad actual demanda nuevas lecturas de los procesos corporales de los sujetos en la sociedad moderna. Estos procesos nacen de las relaciones del sujeto con su territorio, su cultura, su ideología, sus costumbres, su moral, su religión, sus relaciones con los otros, su forma de pensar, la expresión de sus emociones y sentimientos, sus formas de sentir y convivir con su cuerpo, y su desarrollo espiritual. Estos procesos construyen, alteran y transforman el cuerpo, rompiendo su equilibrio y su armonía, creando nuevas relaciones de cooperación y organización interna y externa del cuerpo, modificando órganos, tejidos, moléculas y genes,

que terminan plasmando en el cuerpo una enfermedad. Dethlefsen (1993), argumenta que la enfermedad es un recurso del ser humano que utiliza como coartada para rehuir a sus problemas pendientes, de esta forma el enfermo no es una víctima inocente de los errores de la naturaleza, sino su propio verdugo. Los síntomas se revelan como manifestaciones físicas de los conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema de cada paciente. El Síndrome del Intestino Irritable, también conocido como colitis espástica o nerviosa, colon irritable, trastornos funcionales digestivos, entre otros, es un trastorno funcional del tubo digestivo cuyas manifestaciones clínicas son recurrentes, caracterizadas por dolor abdominal asociado a alteraciones del hábito intestinal (constipación y / o diarrea) y distensión abdominal. En el cual no se han detectado datos de anomalías bioquímicas o estructurales que expliquen dichas manifestaciones. Si este síndrome está confinado al intestino delgado y colon, con frecuencia se relacionan con síntomas intestinales (Harrison, 1994).

Los síntomas físicos suelen ser reflejo y manifestación de un problema emocional no resuelto, la emoción circula en el cuerpo y llegado el momento la emoción se hace carne, toma cuerpo y se manifiesta una enfermedad que está relacionada con una emoción en particular, con un estilo de vida y con una construcción corporal que es particular a cada individuo de acuerdo a su historia de vida. La manifestación de las emociones no podrá ser interpretada con las herramientas de la causalidad; es necesario recurrir a la lógica de la construcción de un cuerpo como un microcosmos donde se pueda hacer una lectura sin esa lente de la causalidad, es decir, existe la necesidad de explicar los padecimientos y las formas de hacer de la vida un nuevo proceso de construcción corporal-social-espiritual; en donde la cultura y los procesos de simbolización y significación le han dado un nuevo giro a la construcción corporal.

Un análisis más profundo permitirá entender el Síndrome del Intestino Irritable como un complejo proceso somático que se materializa en el cuerpo. Para lograr tal empresa es necesario primero encontrar una lectura corporal que conciba el cuerpo humano como una unidad indivisible e inseparable, y además que no pierda la relación del cuerpo con la naturaleza. De tal forma que al parecer una lectura del cuerpo que permite incorporar todos estos elementos es la utilizada por la medicina tradicional china. Bajo esta

perspectiva se analizará el fenómeno del síndrome de intestino irritable el cual ha sido tratado generalmente con medicina alópata teniendo resultados muy poco exitosos pues al ser un trastorno funcional del aparato digestivo no tiene un tratamiento específico, los tratamientos generalmente utilizados implican principalmente la administración de algún analgésico para aliviar los síntomas y se sugiere un cambio en el estilo de alimentación del enfermo. Por el lado del enfoque psicosomático abordaremos los factores adyacentes que participan o participaron en la construcción del padecimiento, se tratará de detectar si existe alguna emoción asociada a la enfermedad, cuales son las enfermedades que pudieran servir como antecedentes a este nuevo padecimiento (ruta de la enfermedad), y principalmente se pondrá atención en la existencia de episodios de gran estrés u otros factores sociales, culturales y en otro tipo de variables asociadas a la reaparición y mantenimiento de los síntomas.

De acuerdo a la medicina tradicional china este problema se puede ubicar dentro de los síntomas tipo dolor abdominal, estreñimiento, diarrea y otros cuadros nosológicos de esta práctica curativa, la enfermedad se ubica dentro de Bazo e Hígado, aunque también se debe incluir al Pulmón y al Riñón. Desde el punto de vista etiológico se pueden ubicar tres condiciones: 1.- Lesión por alteraciones Emocionales. Este problema con frecuencia se desencadena posterior a alguna alteración emocional, dado que el enojo y la depresión lesionan al hígado, en consecuencia se altera su proceso depurativo, se presenta estancamiento energético y posteriormente se puede presentar dolor abdominal y estreñimiento. El viento, la energía estancada del Hígado puede sobredominar el Bazo por lo que se presenta diarrea; 2.- Lesión por bebida y alimentos; y 3.- Agresión de las energías patógenas externas, González (1996).

Los objetivos que sirvieron de guía para la realización de este trabajo de investigación son los siguientes:

- Identificar los factores emocionales que influyen en el desarrollo y aparición del Síndrome del Intestino Irritable.

- Determinar la influencia que ejerce la familia, el ambiente laboral, el ambiente social y las relaciones inter subjetivas del paciente en el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable.
- Hacer un análisis de la relación existente entre el síndrome del Intestino Irritable y el estilo de vida del sujeto que lo padece.
- Analizar la relación existente entre el género del paciente y el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable.

Los resultados obtenidos de la investigación de campo aportaron información suficiente para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada al principio de este proyecto: ¿Cuáles son los factores emocionales, inter subjetivos, de alimentación, de género, ambientales y de estilo de vida que intervienen en la construcción del Síndrome del Intestino Irritable?

Capítulo 1.

El estudio del C u e r p o.

Los tiempos que nos ha tocado vivir se caracterizan por los rápidos y constantes cambios en los ámbitos sociales y políticos y por el vertiginoso desarrollo de las ciencias y la tecnología, pero algo que parece inmutable al paso del tiempo es la fragmentación del cuerpo en el pensamiento occidental, estamos tan acostumbrados a diseccionar, dividir y analizar las cosas incluyendo a nuestro propio cuerpo, descomponiéndolas en sus partes más simples para su mejor comprensión, que a la hora de tratar de entender como funcionan estas partes como un todo no logramos tener una articulación satisfactoria y es común encontrar un conocimiento fragmentado e incompleto del mundo y de nosotros mismos; la mente humana y su pasión por el razonamiento se han insertado dentro de una dinámica en la que solo se piensa de forma dicotómica, nuestro mundo conceptual esta dividido y desarticulado en polos opuestos y complementarios: blanco-negro, bueno-malo, salud-enfermedad, mente-cuerpo; solo por mencionar algunos, separamos y dividimos pero no nos hemos interesado en encontrar la relación interfuncional de estas dicotomías.

Esta estructura lógica de nuestro pensamiento es la herencia cultural y científica que nos fue legada por la Europa del siglo XV. Esta época se destaca por los grandes avances científicos logrados por los pensadores y filósofos que explicaron a la naturaleza con una visión mecanicista bajo la cual todo lo existente sobre la faz de la tierra se puede explicar mediante las leyes físicas de la mecánica y el movimiento, se llegó a concebir al universo como una máquina, al ser humano como un complicado mecanismo, más o menos como el de un reloj, y a la enfermedad como una falla de la maquinaria humana; en aproximadamente siglo y medio de efervescencia intelectual las ideas acerca de Dios, la Tierra, el conocimiento y el Hombre mismo se han transformado a través de un largo proceso resultado de la revolución científica iniciada por los postulados astronómicos que establecían la teoría heliocéntrica de Nicolás Copérnico; Tycho Brahe, al reemplazar la noción orbe o esfera por la de órbita; Johanns Kepler, mediante el movimiento elíptico de los planetas; Galileo Galilei, al demostrar la falsedad de la distinción entre física celeste y física terrestre; y llevada a su máximo esplendor por Isaac Newton y su teoría gravitacional.

Todo este delirante mundo de nuevos conocimientos encontró su sustento filosófico en las ideas de Rene Descartes.

1.1 El aporte mecanicista al estudio del cuerpo.

El interés por abordar el tema del mecanicismo se apoya en la idea de que el dualismo cartesiano está inspirado en los éxitos alcanzados por esta estructura lógica durante los siglos XVI y XVII y su innegable influencia ejercida en la forma del conocimiento médico; por su puesto la psicología no se escapa de esta influencia, es más, es bajo el cobijo de la lógica mecanicista que la ésta se adjudica el carácter de ciencia, y se adueña, por medio de un objeto de estudio, de una parte de la realidad fragmentada del pensamiento científico. El objeto de estudio que permitió a la psicología integrarse al selecto grupo de las ciencias que producían conocimiento científico fue sin duda la conducta, un objeto de estudio concreto, tangible, verificable, cuantificable y medible, cuya naturaleza y análisis no daba cabida a los procesos subjetivos del ser humano, esta fue la parte de la realidad de la que se apropió la psicología. Pero se trató solo de un acuerdo académico pues las demás psicologías no comparten el mismo objeto de estudio.

El mecanicismo es un sistema que explica los fenómenos vitales por las leyes de la mecánica (Nuevo diccionario manual ilustrado Larousse, 2001). Los mecanicistas concibieron al mundo como una máquina, es decir, el hombre y los fenómenos naturales fueron seccionados en partes distintas y analizados de forma separada para después explicarlos por medio de las leyes matemáticas y mecánicas. Esta doctrina explica la naturaleza teniendo como base las leyes del movimiento de los cuerpos en el espacio. Esta visión mecánica del mundo es utilizada en los siglos posteriores dando al hombre la posibilidad de explicar cualquier fenómeno, con los postulados de Descartes, Newton y Bacon lógica que se consolida e influye de gran manera en las ciencias pues es la base de la misma (Shapin, 1996).

El mecanicismo trascendió el terreno de la física para ubicarse en otras disciplinas – como la biología, la medicina y posteriormente la psicología– que aceptaron su concepción reduccionista para explicar la naturaleza; se empleo para derrocar antiguas concepciones

basadas en explicaciones metafísicas, sobrenaturales, mágicas, religiosas, y subjetivas entre otras, que se habían adueñado de la mente humana para explicar el proceso de salud-enfermedad. En este sentido fue lo suficientemente útil para permitir el progreso del desarrollo de la medicina, sin embargo, como señala Incola Abbagnano (citado en Ortiz, 2001), tuvo un carácter reduccionista y llevó a la interpretación de procesos biológicos sobre la base de leyes físico-químicas, de procesos psicológicos a partir de leyes biológicas, de desarrollos sociológicos con base en leyes psicológicas y biológicas, estimulando así un biologicismo mecanicista que terminó por ser inoperante. Influenciados por esta idea la ciencia médica conceptualizó al cuerpo como una máquina, la más perfecta y compleja de todas, y a la enfermedad como lo que provoca la alteración del mecanismo. Tan es así que el objetivo fundamental de la medicina fue reparar el desperfecto, casi siempre entendido como la desaparición o reducción de los síntomas, con el objeto de prolongar la vida útil del mecanismo biológico dejando de lado toda acción encaminada a la prevención de la enfermedad y conservación de la salud.

Esta doctrina filosófica puede parecer ajena al pensamiento psicológico pero es importante si tenemos en cuenta la gran influencia que tuvo el mecanicismo en el pensamiento de Descartes, quien a su vez estructuró en gran medida todos los ámbitos del quehacer humano, especialmente en el conocimiento científico, en este caso en particular su influencia fue decisiva en la medicina y por consiguiente en la psicología, pues es de la medicina de la cual retoma muchos aspectos técnicos y metodológicos para su práctica clínica. La psicología heredó mucha de la terminología de la medicina, especialmente en el área de la psicología clínica, por ejemplo los términos paciente, clínico (la mesa o silla de auscultación en que se sentaba el enfermo, terapia, diagnóstico, consultorio, etc; y se heredó también la concepción de hombre, entendiéndolo como una máquina que sólo obedece a estímulos externos y que tiene un funcionamiento parecido al de cualquier máquina, y que si esta maquinaria biológica fallaba, la solución era reparar el engranaje dañado, que puede ser un órgano, un tejido, un sistema o un aparato, y si acaso no podía ser reparada la pieza dañada, entonces podía ser reemplazada. La pieza del rompecabezas que se le asignó a la psicología fue la mente y el área de intervención más viable la conducta. La conducta fue definida y estudiada como una reacción motora y/o fisiológica del organismo ante los estímulos del medio que le rodea, liberándola de cualquier motivación

inter e intra subjetiva. El cuerpo en el enfoque mecanicista sólo es un receptor de los estímulos del medio el cual se adapta a nuevas situaciones y exigencias mediante reflejos que actúan automáticamente sin la participación de la actividad mental conciente.

1.2 El error cartesiano, o la dualidad mente-cuerpo.

En casi todo el mundo científico se acepta que el filósofo francés René Descartes (1596 – 1650) es el padre de la filosofía moderna. Este filósofo dudaba metódicamente¹ de un conocimiento basado en la autoridad, pero encontró certeza en la intuición derivada de una verdad universal que expresó en su famoso apotegma *cogito, ergo sum* (“pienso luego existo”), axioma característico de la racionalidad occidental. La afirmación, quizá la más famosa de la historia de la filosofía, aparece por primera vez en la cuarta sección del Discurso del Método (1637) y después en la primera parte de los Principios de filosofía (Damassio, 1994). Tomada en sentido literal, la ilustración afirma que Descartes imaginó que el pensar es una actividad separada del cuerpo, celebra la separación de la mente, la “cosa pensante” (*res cogitans*), del cuerpo no pensante, el que tiene extensión y partes mecánicas (*res extensa*).

Alentado por el alto grado de certeza alcanzado por las matemáticas Descartes sentenció que la razón humana debe preceder al conocimiento del mundo. Descartes buscaba los principios racionales que habían de normar el conocimiento, así que es considerado como el fundador del racionalismo moderno. Este pensador afirmaba que podía lograrse el saber mediante el ejercicio exclusivo de la razón, en su opinión, el hombre debe examinarse a sí mismo racionalmente. De esta forma aparece, por primera vez en la historia de occidente, la idea de “autoconciencia” como resultado filosófico (Ortiz, 2001).

¹ Descartes postula que la investigación científica debe ser guiada por la duda metódica, es decir que todo conocimiento debe ser comprobado experimentalmente, proponiendo así un método, en este reúne el rigor de la lógica formal y de las matemáticas, atendiendo a las cuatro reglas fundamentales:

- ♦ No aceptar como cierto lo que no resulte evidente a la comprensión.
- ♦ Analizar los problemas descomponiéndolos en sus elementos constitutivos.
- ♦ Llegar a la síntesis partiendo de los elementos simples y remontándose progresivamente a los más complejos.
- ♦ Proceder a enumerar y luego a revisar de la forma más completa posible los resultados de la investigación.

La única vía posible para conocer la naturaleza de una forma objetiva es mediante el razonamiento matemático, la materia es entendida por Descartes como una extensión, en donde el movimiento al ser algo real no podía aumentar ni disminuir en cantidad total sólo podía transformarse, el universo funciona como una máquina y cada cuerpo permanece en un estado de movimiento en línea recta, el tiempo y el espacio solo son dimensiones geométricas. Es aquí de donde proviene la idea de que todo ser vivo (plantas, animales y por supuesto el hombre) son máquinas biológicas. Este pensamiento sigue vigente en nuestros días. Bajo esta lógica se inicia la fragmentación del hombre basándose en el concepto de “hombre máquina” y un cuerpo teórico que se construyó a partir de los principios conocidos de la física, de tal manera que se pudiera deducir de él fenómenos fisiológicos observados en los cuerpos reales (Crombie, 1974).

Descartes conocía bien la suerte que habían corrido algunos notables pensadores de su tiempo que habían sido perseguidos y condenados por la Iglesia católica² acusados la mayoría de las veces de herejía o de antiescolásticos, por ejemplo: la Iglesia católica había obligado a Galileo (1564 – 1642) a repudiar públicamente sus teorías y lo confinó durante los últimos ocho años de su vida a un arresto domiciliario. Descartes conocedor de todo este ambiente ideológico-político no deseaba enfrentarse con la iglesia, así que desarrolló un método que permitiría la evolución científica al formular que el universo se divide en una parte física y otra espiritual. Estableció claramente una distinción entre espíritu y materia como base filosófica sistemática que anhelaba la claridad y la certeza científica, la ciencia para Descartes debía centrar su atención en los aspectos físicos del universo, es decir, en aquellos susceptibles a medición; en cambio, los aspectos espirituales eran terreno de la iglesia.

El aspecto por el que más se recuerda al padre de la filosofía moderna es el que se refiere al dualismo mente-cuerpo. Proponía que la sustancia del alma era diferente de la del cuerpo, pensamiento trascendental en un tiempo que dedicaba largas discusiones a temas en

² Durante aquella época la Doctrina Judeo-Cristiana promovida y mantenida por la Iglesia regulaba el pensamiento, el conocimiento científico y la moral en toda Europa, persiguiendo a todo aquél que se atreviera a formular teorías o pensamientos que atentaran contra el poder o las ideas antropocéntricas y teocráticas de la Iglesia.

torno a la sustancia, separación, principio real y otros conceptos (Crombie, 1974). Una de sus diferencias fundamentales con el pasado radicó en su concepción del mundo físico, en el indica que los cuerpos tienen cualidades mecánicas; se empeñó en demostrar que en el mundo físico todo puede ser elucidado en términos de la mecánica, y sus conceptos de la mente hacen referencia a lo que no puede ser explicado mecánicamente. Descartes concluyó que mente y cuerpo son dos entidades diferentes, lo cual queda comprobado en diversos escritos y reflexiones:

“...Y aun cuando tengo un cuerpo al cual estoy estrechamente unido, como por una parte poseo una clara y distinta idea de mi mismo, en tanto soy una cosa que piensa y carece de extensión, y por otra tengo una idea distinta del cuerpo en tanto es solamente extensa y que no piensa, es evidente que yo, mi alma, por la cual soy lo que soy, es completa y verdaderamente distinta de mi cuerpo, y puedo ser o existir sin él...”

Descartes, 1641

La importancia de René Descartes según este escrito radica en que sus ideas fundaron el paradigma médico fragmentado que prevalece hasta la actualidad, basado en un sistema dualista que distingue entre la mente (cuya esencia es el pensamiento) y de la cual se debe encargarse la psicología o la psiquiatría; y la materia (cuya esencia es la extensión corpórea en sus tres dimensiones), que es la parte que le compete a la medicina. Haber postulado dos entidades o espacios separados en el mismo ser, escindiendo en el hombre lo material de lo espiritual, separando el alma del cuerpo, la mente del cerebro, constituye una de las equivocaciones fundamentales del pensamiento moderno. Estableciendo así las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar el proceso de salud-enfermedad con una idea mecanicista y dualista. De ahí que la medicina interprete mecánicamente la enfermedad, pues la considera como tal exclusivamente si es susceptible de medición: enfermedad entendida como el desajuste de la maquinaria humana (Dossey, 1986). La escisión cartesiana impregna tanto la investigación como la práctica médica, dando como resultado que las consecuencias psicológicas de las enfermedades del cuerpo

propriadamente dicho, las enfermedades reales, se suelen pasar por alto y solo se tiene en cuenta en segunda consideración; y está todavía más desatendida la situación inversa, los efectos sobre el cuerpo del conflicto psicológico. Con estas ideas se dejan de lado los aspectos intangibles del ser humano: el espacio del alma, las emociones y las pasiones, el terreno de lo estrictamente subjetivo.

Este fue el aporte hecho por de Descartes: la separación abismal entre el cuerpo y la mente, entre el material del que esta hecho el cuerpo, medible, dimensionado, infinitamente divisible, por un lado, y la esencia de la mente, que no se puede medir, no tiene dimensiones, es asimétrica y no divisible. Una aportación ideológica que influyó decisivamente en el pensamiento científico y que se vio reflejado en otros eventos históricos importantes como la revolución industrial en la cual el cuerpo se convirtió en una mercancía, en un medio para obtener riqueza y se desvinculó aún más de la mente y de las emociones.

1.3 El cuerpo y el proceso de salud-enfermedad en el modelo biomédico.

El legado filosófico aportado por Galileo, Bacon y Descartes cambió paulatinamente la mirada de lo perceptible y lo sustituyó por la visión de lo racional, matematizado y mecánico, cambios que habrían de transformar la visión humana del cuerpo, la salud y la enfermedad, por lo tanto, la interpretación médica de estos procesos también fue modificada. Estas nociones perduran hasta nuestros días, ya que fueron las concepciones baconianas y cartesianas las que dieron origen al saber médico occidental de nuestros días, que se desarrolló como modelo biomédico. El cual después de cuatro siglos comienza a exhibir su inadecuada interpretación de la unidad irreductible que es el ser humano.

La revalorización y el interés por el hombre resurge con la llegada del renacimiento, este interés se reflejó en muchos ámbitos de la actividad humana, en el campo de la ciencia la pasión por el razonamiento y el saber objetivo exige un mayor conocimiento de la anatomía y del cuerpo humano y se comienza a explorar, medir, explicar y determinar

como una máquina compleja (Bernal, 1979). A partir de entonces se empezó a concebir al hombre como un complicado mecanismo y a la enfermedad como una descompostura de la maquinaria humana.

La tarea médica se constituyó en una práctica reparadora del daño con el objeto de prolongar la vida del mecanismo biológico. Estableciéndose así el paradigma científico natural de la patología, que concibe la enfermedad “como un proceso mecánico de materia y energía, cognoscible sólo a favor de los métodos de la ciencia natural y no esencialmente distinto de los movimientos que constituyen la vida fisiológica normal del ser humano”. Según comenta Pedro Laín Entralgo (citado en Ortiz, 2001).

En este universo de nuevas ideas Descartes sostiene que todo ser humano tiene cuerpo y mente, que estos se encuentran estrechamente unidos, pero que al morir, el cuerpo desaparece y la mente sigue existiendo, bajo esta óptica “el cuerpo está en el espacio sujeto a leyes mecánicas, sus procesos y estados pueden ser controlados por observadores externos, de este modo la vida corporal es algo público como la vida de todo ser. Sin embargo la mente y sus procesos no son observables, su desarrollo es privado y el acceso a ella es sólo mediante la conciencia y la introspección”. El cuerpo se ve reducido a un objeto material independiente de la mente, tanto por la medicina como por otros campos del conocimiento; la lógica cartesiana se consolida y se erige como un sistema de razonamiento lógico que pretende el descubrimiento y formulación de las verdades absolutas e irrefutables. El estudio y explicación de la naturaleza y el hombre, solo pueden ser alcanzados mediante la explicación de las partes que lo componen, por lo que la realidad y los fenómenos naturales son divididos en sus componentes esenciales para así poder conocer más exactamente su funcionamiento, a esta forma de razonamiento se le conoce como reduccionismo (García, 2001).

En la medicina occidental al buscar el origen de la enfermedad se procedió a diseccionar el cuerpo y a descomponerlo en sus elementos más básicos para buscar en estos la causa de la enfermedad, el análisis de los tejidos y órganos enfermos mostraron la presencia de agentes extraños al cuerpo, los cuales producían la enfermedad, el factor que

alteraba el estado de salud del organismo llegaba de afuera, Pasteur parte de estas ideas para postular su teoría sobre los gérmenes de la enfermedad, conocida como la “teoría del agente único”, según la cual cada enfermedad está causada por un agente patógeno determinado que se encuentra en los tejidos enfermos, y entonces se trata con agentes bioquímicos que destruyen este agente patógeno en particular. Cuando ya no se encuentra el agente patógeno en el cuerpo, se considera que el paciente ha sido curado y se suspende la medicación (Reid, 1996). Esta teoría no sirve para explicar la causa del cáncer, la artritis, la osteoporosis, la arteriosclerosis y muchas otras enfermedades degenerativas que no tienen relación alguna con los gérmenes, ni tampoco explica realmente la naturaleza de las enfermedades infecciosas asociadas con los gérmenes, porque no aclara por qué, bajo idénticas condiciones de exposición a los mismos gérmenes, hay personas que se enferman y otras que no.

La enfermedad también ha sido entendida como la ausencia de un estado de salud que impide la correcta adaptación del organismo al medio que le rodea; los esfuerzos médicos se han enfocado entonces a la eliminación de síntomas molestos y la prolongación de la vida (mediante la prolongación del estado de salud). En la Nueva Atlántida, novela utópica escrita por Bacon, el gobierno es responsabilidad de la casa de Salomón, la cual está integrada por científicos y no por políticos; su propósito es “... el conocimiento de las causas del movimiento oculto de las cosas, y el engrandecimiento de los límites del imperio humano para efectuar todas las cosas posibles”. Todos los habitantes de la isla se esmeran en “... la curación de las enfermedades y la prolongación de la vida”, objetivo que inspiró a posteriores institutos científicos y médicos con una orientación exclusivamente reparadora del daño, aliviadora del síntoma y no previsor de los mismos. Se le confirió importancia secundaria a la previsión del daño y la causalidad social de la enfermedad.

El objeto de la medicina occidental ha sido desde siempre la lucha contra la enfermedad desdeñando al cuerpo y considerándolo sólo como el portador de ella y al cual hay que dividir en sus diferentes partes para poderlo curar y conocer, obteniendo como resultado sólo un conocimiento parcial de su funcionamiento, desarticulando las partes que lo constituyen y no tratándolo como un todo sino como la suma de sus partes, la separación

de este cuerpo se hace evidente en cuanto nos damos cuenta de los niveles de especialización existentes en medicina, cardiólogos, nefrólogos, neurólogos, cada uno encargado de reparar una parte específica del cuerpo; para la curación se utilizan químicos u otras sustancias que producen reacciones secundarias al organismo, pero lo que importa en el momento es quitar el síntoma que no permite que el cuerpo funcione de forma normal.

Actualmente se ha dejado de lado la creencia de que la salud significa la ausencia de enfermedades. Marc Lalonde, 1983, destaca que la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de la salud y los entornos físicos y sociales que rodean a la persona.

Ahora se está trabajando en un concepto que considera a la salud como una parte de la vida cotidiana, una dimensión esencial de la calidad de vida de las personas. Bajo esta idea la calidad de vida se supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacción por el hecho de vivir. Y la salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo en la definición de su propia salud. De esta forma la salud deja de ser mensurable tan solo con los términos estrictos de enfermedad y muerte, y pasa a ser un estado que tanto individuo como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de las enfermedades y lesiones. Más bien es una fuerza básica y dinámica del vivir cotidiano, en la que influyen las emociones, las creencias, la cultura y el marco social, económico y físico particular de cada individuo o comunidad (Vega, 2002). Este modelo de salud-enfermedad propuesto por Lalonde se ha quedado sólo como una buena intención pues en el modelo biomédico vigente se siguen manejando los conceptos de salud enfermedad como elementos antagonistas, es decir, que la salud se sigue entendiendo como la ausencia de la enfermedad, y la enfermedad como un estado alterado y deficiente la salud, haciendo evidente una vez más el papel del médico como restaurador de la salud, pero de la salud orgánica y corporal, dejando de lado los aspectos inter e intra subjetivos que se ligan a ella.

1.4 El cuerpo en la psicología.

Durante el renacimiento, el cuerpo humano se hizo objeto, y fue estudiado siguiendo el mismo método con el cual la Europa renacentista estudiaba a toda la naturaleza: diseccionando, separando, analizando y, en algunas ocasiones, recomponiendo y sintetizando.

Bajo el ojo científico el cuerpo fue fragmentado en tantas piezas, que hasta la fecha y bajo este enfoque, no ha podido ser estructurado de nuevo; así como ocurre con el niño que juega con un destornillador, desarma el juguete predilecto en todos sus componentes posibles y a la hora de tratar de rearmar el rompecabezas es incapaz de reincorporar todas las piezas, y las piezas que le sobran simplemente las elimina, las olvida.

De esta manera, la anatomía humana se repartió en diferentes especialidades médicas: fisiología, neurología, cardiología, etc., incluyendo también a la psiquiatría y a la psicología. Cada una de estas especialidades ha utilizado el mismo método científico para lograr el conocimiento y explicar el cuerpo, separar, dividir, analizar y buscar las relaciones funcionales entre las partes para intentar comprender el todo.

Lo mismo ocurrió con la conducta, la emoción, la conciencia y el comportamiento, todos ellos han sido separados y despojados del cuerpo que le es consustancial, y viceversa, las terapias se han inventado para “devolver la razón”, “la salud mental”, “la felicidad perdida”, no tienen modo de incorporar al cuerpo en sus esquemas conceptuales y metodológicos; de hecho se caracterizan por que el cuerpo brilla por su ausencia, y por ello se denominan “psicoterapias”, o lo que es lo mismo terapias de la psique, del alma, de la mente, del inconsciente o de la conducta, no del cuerpo; para las dolencias del cuerpo está el médico, para las dolencias del alma está el sacerdote o el psicólogo (Alcaraz, 1998).

Para tener un panorama más claro del menosprecio que ha sufrido el cuerpo en la psicología se revisará brevemente el modelo conductual y el modelo psicoanalítico, porque estos dos constituyeron a principios del siglo XX las corrientes psicológicas más utilizadas

(hoy día todavía tienen gran vigencia en el quehacer psicológico), de los cuales se han originado otros métodos de inducción e investigación en psicología clínica, resulta ocioso decirlo, estas dos corrientes teóricas siguen una lógica fragmentaria que resulta la mayoría de las veces obsoleta para resolver satisfactoriamente la problemática que demanda la sociedad actual.

1.4.1 El conductismo

Las raíces epistemológicas del conductismo se encuentran en el mecanicismo, el empirismo, la psicología animal y el funcionalismo.

John Watson, 1914, citado en Keller (1987), definió la psicología como una rama experimental y puramente objetiva de las ciencias naturales. La psicología va a estudiar la conducta, como su tema fundamental, su método va a ser enteramente objetivo y su problema central va a ser de predicción y control de la conducta. La conducta debe entenderse como la respuesta, reacciones o ajuste de un organismo a ciertos sucesos antecedentes, estímulos o situaciones de estímulos.

En el conductismo la interacción histórica del individuo con su medio ambiente es la determinante de la conducta tanto normal como atípica; en este modelo el cuerpo es una mera condición biológica en el que se soporta la conducta; si el cuerpo está enfermo afectará la conducta, pero eso no es considerado como un problema psicológico sino orgánico, por lo tanto, es competencia exclusiva del médico. Inversamente si el comportamiento daña la salud del cuerpo, si se considera como un problema psicológico y se ataca la conducta, dejando intacto al cuerpo. Es obvia la separación conceptual entre conducta y cuerpo en este modelo; a lo más el cuerpo llega a usarse para tomar medidas fisiológicas, para saber si la modificación de conducta es efectiva. La terapia clínica se centra solo en aspectos externos y por consiguiente visibles de la conducta humana, y se dejan de lado variables como los pensamientos, las creencias y las emociones del individuo. Una variante del conductismo es el modelo cognitivo conductual, la diferencia entre estos radica en que la terapia cognitivo conductual retoma y trabaja con los pensamientos,

creencias y emociones, que son dejadas de lado por el conductismo, valorándolas como conductas internas al individuo y por lo tanto sujetas a modificarse operacionalmente. Este modelo propone que los malestares psicológicos de las personas son consecuencia de pensamientos, ideas o sentimientos disfuncionales e irracionales que posee el individuo y señala que cuando estas ideas y pensamientos son reemplazados por otras ideas más funcionales los malestares psicológicos desaparecen.

1.4.2 La teoría psicoanalítica

Este modelo teórico fue creado por el médico vienés Sigmund Freud, que en la práctica clínica se limitó exclusivamente al ejercicio de la psiquiatría, al principio sólo trató casos de histeria en los cuales observó que los procedimientos médicos convencionales no eran suficientes para tratar este tipo de alteraciones mentales, elaboró un nuevo método terapéutico denominado asociación libre, en el cual se persuade al individuo a decir todo lo que le viene a la mente. La función del terapeuta es la interpretación y el análisis de los pensamientos y sentimientos del paciente, finalmente el paciente es capaz de expresar verbalmente ideas y sentimientos emocionalmente significativos y de esta manera alcanzar la liberación emocional y al mismo tiempo el conocimiento de la índole de su problema (Whittaker, 1977).

Freud afirmaba que las personas sólo están conscientes de una mínima parte de su vida mental, lo demás es inconsciente, entre los contenidos del inconsciente se encuentran los impulsos, rasgos de personalidad, recuerdos de experiencias tempranas, etc. también llegó a creer que la mente humana está en un continuo enfrentamiento, entre las realidades externas y las restricciones morales originadas al interior del cuerpo.

Es el psicoanálisis el modelo en el que se muestra más claramente el olvido que ha sufrido el cuerpo real de las personas para centrarse en un cuerpo simbólico de la misma. La terapéutica psicoanalítica gira en torno a redes de significados y significantes, de interpretaciones, de palabras en un laberinto donde el cuerpo real está perdido y no existe más que como referente verbal.

Al igual que la terapia psicoanalítica, muchos otros modelos psicodinámicos se han refugiado en las terapias verbales, en las que se habla mucho, y en donde el hacer se limita a las palabras, y el cuerpo se ve reducido a la expresión oral (Alcaraz, 1997).

1.4.3 Otras formas en psicología.

Hasta aquí hemos visto el olvido y el maltrato que ha sufrido el cuerpo, un cuerpo que en la búsqueda de la salud se ha seccionado y dividido, y los resultados en esta visión fragmentada hoy en día se han quedado cortos. Es por eso que actualmente surgen corrientes psicológicas como alternativas a las visiones reduccionistas y la mayoría recibe una fuerte influencia del pensamiento oriental, entre ellas encontramos el movimiento de la llamada tercera fuerza en psicología, principalmente representado por el Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers, la Terapia Psicocorporal de Perls y la Terapia Gestalt, entre otras; además de un uso concreto de las formas de curar tradicionales de distintas culturas con una visión integral del hombre. De manera que es cada vez más común encontrar que los psicólogos, médicos y demás profesionales de la salud, echen mano de una serie de prácticas orientales.

El cuerpo, en los últimos años, es el receptor en las terapias alternativas, y han surgido métodos como la acupuntura que han constituido una posibilidad en el trabajo aplicado aportando considerables beneficios para el trabajo en tópicos que anteriormente se consideraban fraccionarios o inexistentes. Las diferentes formas de conceptualizar lo humano, nos hace reflexionar sobre las partes no consideradas anteriormente como constitutivas del hombre, y sobre aquellas que se tenían por ajenas una de la otra: tal es el caso de la mente y el cuerpo. La acupuntura forma parte de la terapéutica de la medicina tradicional china dueña de una filosofía milenaria que permite comprender el cuerpo como una unidad indivisible, visión de la que actualmente se ha valido un grupo de investigadores y psicólogos universitarios para proponer nuevos caminos para trabajar con el cuerpo, liberándolo y desbloqueándolo de las emociones que se presentan en las enfermedades crónicas y degenerativas, entendiendo al cuerpo como un documento vivo en el que la

cultura, la ideología, las creencias y las vivencias propias de cada individuo se han hecho carne y han contribuido a construir un cuerpo determinado. Un cuerpo que envía sutiles mensajes y trata de comunicarse, de manifestar su inconformidad y su malestar pero que cotidianamente es censurado e ignorado.

Cuando se hizo posible extirpar el dolor del cuerpo entonces el cuerpo fue olvidado y sus mensajes ignorados, hoy en día no basta con la erradicación de los síntomas (casi todos dolorosos) de una enfermedad; la realidad contemporánea demanda nuevas lecturas de los procesos corporales de los sujetos en la sociedad del siglo XXI. Estos procesos nacen de las relaciones del sujeto con su territorio, su cultura, su ideología, sus costumbres, su moral, su religión, su educación, sus relaciones (de cooperación o competencia) con los otros, su forma de pensar, la expresión o represión de sus emociones y sentimientos, sus formas de sentir y convivir con su propio cuerpo, rompiendo su equilibrio y su armonía, creando nuevas relaciones de cooperación y organización interna y externa del cuerpo, modificando órganos, tejidos, moléculas, y genes, que terminan plasmando en el cuerpo una enfermedad.

Ahora resulta importante adentrarse en las formas de relación que existen en la vida de un ser humano, considerándolo como un microcosmos³ en el cual existen redes de cooperación o de competencia entre los órganos y tejidos, los órganos internos establecen relaciones funcionales que permiten sobrevivir a los órganos más debilitados o enfermos logrando de esta manera que el cuerpo no muera y así garantizar la supervivencia del resto de los órganos, en sentido contrario al interior del cuerpo la mayor parte de las veces existe un órgano dominante que no necesariamente es el que trabaja más pero si es el que requiere y consume una mayor cantidad de la energía adquirida mediante la alimentación, este órgano dominante esta directamente relacionado con el carácter y temperamento que domina en la persona; cada uno de los elementos que constituye el cuerpo esta estrechamente relacionado con todos los demás, y que además no solo existe una relación al interior del cuerpo sino que también hay una correspondencia con el medio externo en el

³ El cuerpo humano es considerado un microcosmos o un micro universo porque al interior de él se encuentran todos los elementos que forman y dieron origen a todas las cosas que existen en el universo.

que vive este cuerpo, una relación entre el microcosmos y el macrocosmos⁴, idea que ayuda a establecer y entender como un individuo se constituye como sujeto, cuales y de que índole son las cuestiones que lo entrecruzan en lo corporal y en lo psicológico, y viceversa.

El modelo que nos brinda la oportunidad de entender al hombre sin fragmentarlo es el basado en la Teoría de los cinco elementos, filosofía milenaria desarrollada por los chinos hace alrededor de 5000 años, en la cual el hombre no se puede entender sino como un Todo relacionado con el universo natural y cultural que le rodea.

1.5 El Yin-Yang y la teoría de los 5 elementos en relación con el cuerpo.

La medicina tradicional china se basa en dos teorías para entender el universo (y la vida): la teoría del yin-yang y la teoría de los cinco elementos.

La teoría del yin-yang sostiene que todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos: yin y yang, los cuales se hallan a la vez en contradicción y en interdependencia. La relación entre yin y yang es la ley universal del mundo material, principio y razón de la existencia de las diez mil cosas y causa primera de la aparición y desaparición de toda cosa (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

La teoría del yin-yang se compone básicamente de los principios de oposición interdependencia, crecimiento y decrecimiento, e intertransformación. La oposición entre yin y yang generaliza la contradicción y lucha entre dos fuerzas opuestas dentro de una cosa o de un fenómeno para mantener el equilibrio de éste. La relación de interdependencia entre yin y yang significa que cada uno de los dos aspectos es una condición para la existencia del otro y ninguno de ellos puede existir aisladamente. Crecer implica ganar o reforzar y decrecer implica perder o debilitar. Estos dos aspectos dentro de un ser vivo no son estáticos sino dinámicos. El crecimiento del yin conduce al decrecimiento del yang y el decrecimiento del yin conduce al crecimiento del yang. La intertransformación del yin y el

⁴ El macro cosmos es todo el universo que rodea al cuerpo es el lugar donde habita el microcosmos que es el cuerpo humano y con el que además mantiene una estrecha relación de correspondencia funcional y energética.

yang significa que bajo ciertas circunstancias cada una de estas dos condiciones yin y yang, dentro de un cuerpo se transforman en su opuesto, es decir, el yin se transforma en yang y el yang se puede transformar en yin. El que se lleve a cabo la transformación depende principalmente de que exista la posibilidad de cambio en el sujeto. La intertransformación del yin y el yang es la ley universal que gobierna el desarrollo y cambio de las cosas (Zhang J. y Zheng, J., op. cit.).

Los términos ying- yang se mencionaron por primera vez en el Libro de las Mutaciones, significan literalmente: la vertiente (de la montaña) que da a la sombra, yin; y la vertiente que da al sol (yang). El sentido primitivo se ha perdido y queda el sentido de oposición, de polaridad, donde yang asume el papel activo, dinámico, masculino; yin, el papel pasivo, estático, femenino (Sussman, 1998).

Aunque en el texto original yang expresa únicamente movimiento y ying el reposo, la filosofía china ha desarrollado y generalizado el empleo de estos términos a toda la naturaleza, mostrando que el principio de oposición se encuentra presente en todas partes y que es, por así decirlo, el origen de toda manifestación, la cual a su vez contiene, en proporción variable, ambos principios, de los cuales uno sobresale, se destaca, pero solo temporalmente, para dar lugar al predominio del contrario. Luz-sombra, caliente-frío, contracción-expansión, día-noche, verano-invierno, son ejemplos de yin-yang. Como se puede ver, también los cambios fisiológicos pueden ser descritos en los mismos términos: sístole-diástole, contracción-relajación, replección-evacuación (de la vejiga), etc.

En la cosmogonía china, aparecen cinco elementos como un resultado de la interacción del yin y el yang, estos 5 elementos (madera, fuego, tierra, metal y agua) no deben ser considerados como materiales sino como fuerzas o tendencias. Es la acción entre sí de estos cinco elementos lo que dará origen a los “diez mil seres”, es decir todo lo que existe en la naturaleza. La teoría de los 5 elementos sostiene que la madera, el fuego, la tierra, el metal y el agua son los elementos básicos que constituyen el mundo material. Entre ellos, existe una relación de intergeneración e inhibición, lo cual determina su estado de constante cambio y movimiento.

Mediante la teoría de los 5 elementos se explica principalmente la relación de intergeneración, interdominancia, exceso de dominancia y contra-dominancia entre ellos. La medicina tradicional china usa esta teoría para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos, y emociones humanas e interpreta la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente, aplicando a cada una de estas clasificaciones las leyes de intergeneración, interdominancia, exceso en dominancia y contra-dominancia de los cinco elementos; esto constituye la guía para la práctica médica (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

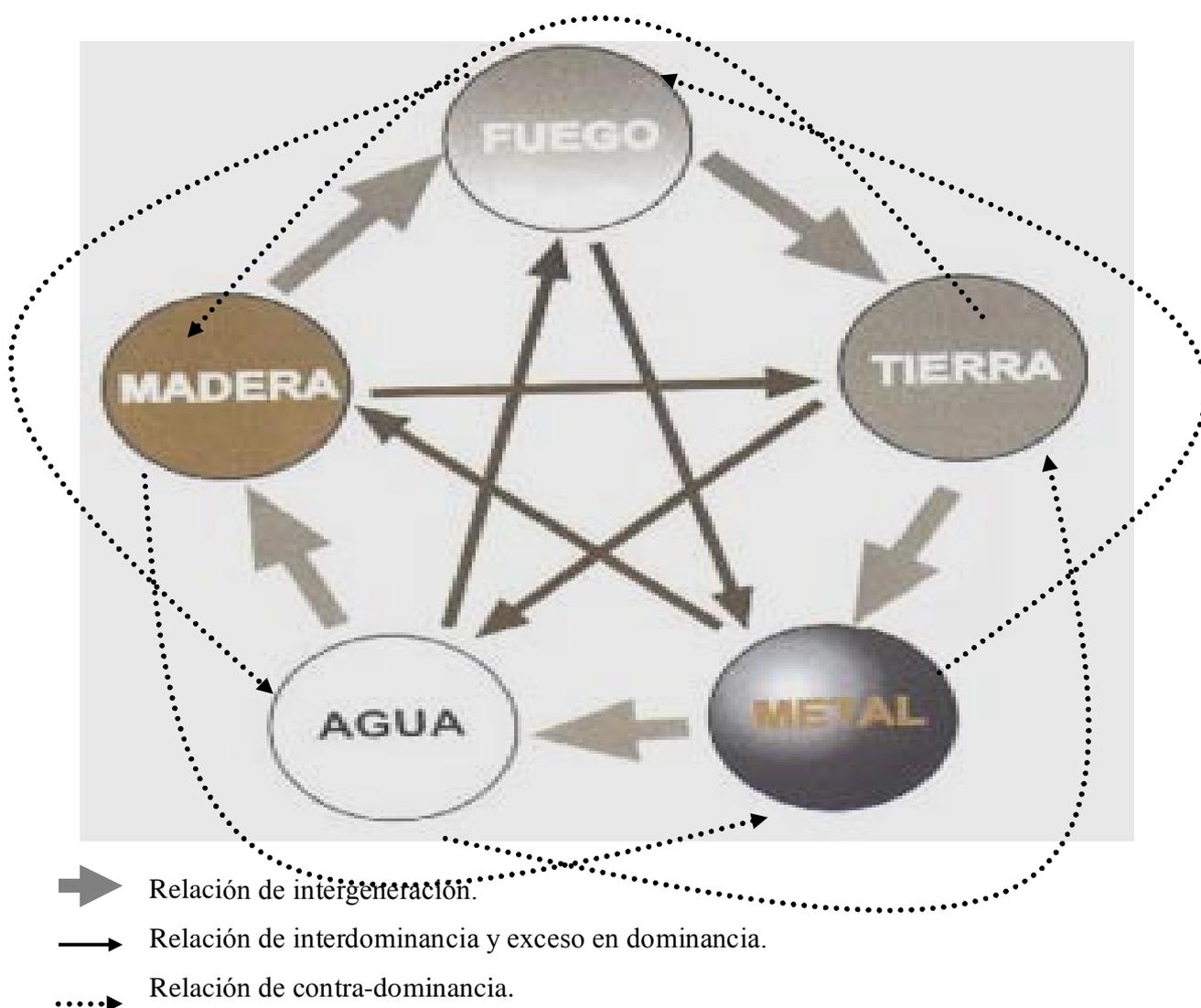
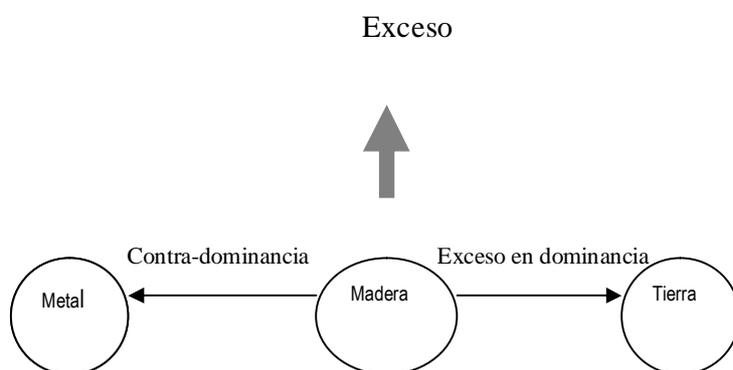


Figura 1. La relación de intergeneración, interdominancia, exceso en dominancia y contra-dominancia entre los cinco elementos: Madera, Fuego, Tierra, Metal y Agua.

En la figura 1 se puede observar que la intergeneración implica promover el crecimiento y el fortalecimiento. El orden de generación es en el sentido de las manecillas del reloj, la madera genera al fuego, el fuego genera a la tierra, la tierra genera al metal, el metal genera al agua y el agua genera la madera, estableciendo un círculo que continúa repitiéndose indefinidamente (Zhang J. y Zheng, J., 1984). O lo que es lo mismo: la madera alimenta y aviva el fuego, las cenizas se reincorporan y nutren la tierra, en el seno de la madre tierra se generan los metales, tierra y metales filtran y purifican al agua, el agua nutre a los árboles, y vuelve a iniciar el ciclo. La interdominancia implica control mutuo e inhibición mutua; esto significa que cada elemento puede ser a la vez dominante y dominado siguiendo el mismo orden de la intergeneración: La madera domina a la tierra, la tierra domina al agua, el agua domina al fuego, el fuego domina al metal, el metal domina a la madera (Op.cit. p. 9).

El exceso de dominancia es como el lanzamiento de un ataque cuando la contraparte está débil. Por ejemplo, se puede decir “exceso de dominancia de la madera sobre al tierra”. El orden del exceso de dominancia sigue el mismo orden de la interdominancia. Pero no es una interdominancia normal sino un daño que ocurre bajo ciertas condiciones. La contra-dominancia implica un abuso. El orden es justamente opuesto al de la interdominancia. Los fenómenos de exceso de dominancia y contra-dominancia causado por exceso o deficiencia de cualquiera de los cinco elementos por lo general se manifiestan simultáneamente. Por ejemplo, la madera no sólo puede dominar en exceso a la tierra sino que también contra-domina al metal. Otro ejemplo: cuando la madera es deficiente es dominada en exceso por el metal, y al mismo tiempo contra-dominada por la tierra (Op.cit. p. 9) (figura 2).



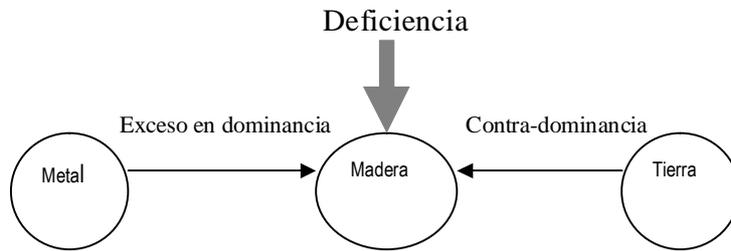


Figura 2. Exceso en dominancia y contra-dominancia entre los cinco elementos.

Las teorías del yin-yang y la de los cinco elementos nos permite concebir al hombre como un todo y nos permite observar el estado de equilibrio y armonía que debe haber al interior del cuerpo y para conservar la salud, nos permite observar las relaciones entre los órganos internos y los efectos que produce el medio ambiente con cada uno de ellos.

La filosofía china sustenta una idea “evolucionista” del proceso de la creación. Una vez iniciado el movimiento (Yang), aparece el reposo (Yin) que es seguido por el movimiento. Esto ya no se detiene y este ciclo basta para explicar el origen de los cinco elementos y de todos los seres del universo, incluido el hombre, que está en la cúspide, que cierra el ciclo de la creación pues es el más altamente dotado.

Pero el hombre, producto de las fuerzas cósmicas, es él mismo un pequeño cosmos, un microcosmos. El yin-yang juegan, dentro de él, el juego eterno: la construcción y la destrucción. Creado por el juego del yin-yang, cada una de las formas y funciones del hombre expresa un estado de predominio transitorio yin-yang. El exterior es yang el interior es yin. Su cuerpo es yin; su psiquis es yang. Las arterias son yang; las venas son yin. Un cuerpo obeso es yin; uno magro es yang. El hombre reprimido, introvertido es yin; el expansivo, extrovertido es yang. Lo que tiende al movimiento es siempre yang, lo que tiende al reposo, yin. Eso es lo que nos permitirá clasificar cada estado u órgano. Siguiendo la teoría del yin-yang, existen dos tipos de órganos: órganos Zang y órganos Fu, los órganos Fu tienen como función principal el transportar y digerir los alimentos, y son de naturaleza yang; mientras que los órganos Zang se encargan de almacenar la esencia y la energía vital, son de naturaleza yin. Cada uno de los órganos Zang-Fu puede, a su vez,

contener yin-yang, así que se habla de yin y yang de riñón, yin y yang de estómago, etc. (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

Cada uno de los cinco elementos se relaciona particularmente con un órgano zang del cuerpo humano: la madera se relaciona con el hígado, el fuego con el corazón, la tierra con el bazo, el metal con el pulmón, y el agua con el riñón. A cada órgano zang, le corresponde un órgano fu, al hígado le corresponde la vesícula biliar, al corazón el intestino delgado, al bazo el estómago, al pulmón el intestino grueso y al riñón la vejiga. Cada órgano zang se refleja en un órgano sensorial, el hígado se refleja en los ojos, el corazón en la lengua, el bazo en la boca, el pulmón en la nariz, y el riñón en las orejas. Así mismo, cada órgano zang nutre un tejido particular del cuerpo; por ejemplo el hígado nutre los tendones, el corazón los vasos, el bazo los músculos, el pulmón la piel y el pelo, y el riñón los huesos. También a cada uno de los órganos zang se le asocia una emoción específica, la ira se relaciona con el hígado, la alegría con el corazón, la ansiedad con el bazo, la melancolía con el pulmón, y el miedo con el riñón. Por último, los órganos zang se relacionan con las estaciones del año, factores ambientales, crecimiento y desarrollo, colores, sabores y con los puntos cardinales. El hígado se relaciona con la primavera, el viento, la germinación, lo verde, lo ácido y el este; el corazón con el verano, el calor, el crecimiento, lo rojo, lo amargo y el sur; el bazo con el verano tardío, la humedad, la transformación, lo amarillo, lo dulce, y el centro; el pulmón con el otoño, la sequedad, la cosecha, lo blanco, lo picante, y el oeste; y el riñón con el invierno, el frío, el almacenamiento, lo negro, lo salado, y el norte (Op. Cit. p.10).

El cuerpo humano tiene una relación de armonía y equilibrio entre sus órganos internos y la naturaleza externa. La salud del cuerpo nace de la relación que el hombre establece con la naturaleza y consigo mismo. La enfermedad, por el contrario, surgirá de la ruptura de este equilibrio.

Si se logra ver toda la dualidad como una realidad que se desdobra para manifestarse en el plano de la acción, tal como lo hemos visto en los ejemplos de manifestaciones del yin-yang, será más fácil enfocar con claridad otras manifestaciones vitales sobre las que se han escrito numerosos textos y polémicos debates. *Soma- psiquis* es quizás el ejemplo más

destacado de todas las dualidades que el hombre se haya dedicado a escrutar. Porque no es un tema ingrátido, es el hombre mismo bajo la lente del microscopio. Pero no son las consecuencias filosóficas, morales o estéticas las que interesan ahora, sino el aspecto médico-terapéutico.

La corriente médica acepta la existencia de algunas enfermedades psicósomáticas y otras que no lo son, psicósomáticas son aquellas donde el factor emocional juega un papel preponderante en su génesis, vg.: ulcus duodenal, asma bronquial. Día a día se incorporan más enfermedades al grupo, del que no es ajeno el mismo cáncer, a medida que se comprueba la importancia “estresante” del factor emocional, apoyados en la teoría del yin-yang podemos preguntarnos si existirá alguna enfermedad que no sea psicósomática. Comenzando con el término mismo, psicósomático esta cargado de dualismo, dualismo que pretende superarse escalando la montaña por una de sus laderas. Sin negar el esfuerzo que representa semejante hazaña, no es posible encontrar una solución por esa vía.

La totalidad indivisible que es el hombre se funda en una realidad que se muestra dual en el plano sensible, en el plano de la acción. Los factores que causan la enfermedad no actúan sobre las apariencias, actúan sobre esa realidad de que se habla, la *energía*. La energía no es psiquis ni es soma pero está creando a la psiquis y al soma en cada segundo de su existencia. Y que quede claro que no se opone energía a materia como entidades opuestas. En este caso es exactamente la misma cosa, la única diferencia está en sus diversos grados de evolución y de transformación. Tan modesto (o grandioso) es el origen de un ser humano como el de una piedra, es decir que cuando se entiende que la materia no se crea ni se destruye es posible dilucidar que la molécula de carbono que en este momento es parte de mi cuerpo, antes lo fue de una planta y que ella a su vez lo incorporó de subsuelo, y que antes había pertenecido a un hombre de Neandertal, que a su vez lo recibió de un helecho, y que anteriormente había llegado del espacio sideral en un meteorito que cayó en el océano, esto significa que todos los seres que existen en este planeta tienen un origen común y que entre ellos existe una estrecha y frágil relación pues lo que afecta a uno de ellos afectará a todos los demás (Sussman, 1998).

Se dice que la enfermedad es un proceso dinámico de la energía interna del cuerpo que ha perdido su delicado equilibrio; No es la lesión visible, el tejido inflamado, el órgano hipertrofiado, el canal excretor obstruido. Esos son efectos y consecuencias. Incluso la totalidad de los síntomas, dolor, fiebre, malestar, vértigos, no son sino manifestaciones de “algo” que ocurre al interior del cuerpo. Y por más que algunos síntomas puedan deducirse de algunos factores mecánicos evidentes, y aunque todos ellos se explicaran mecánicamente, la enfermedad misma y su tendencia serían inexplicables sin la intervención de la energía.⁵

1.6 La enfermedad y la medicina tradicional china

La concepción del universo que constituía el fundamento esencial de la filosofía y toda la medicina tradicional china, corresponde a la idea que sirve de base al confucianismo: “El hombre esta compuesto, como todo el universo, de cinco elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua y constituye un microcosmos en el macrocosmos.

Otro elemento importante en la combinación del macrocosmos es el principio de las relaciones entre lo masculino y lo femenino, dos cualidades opuestas de las cuales una sería el principio positivo masculino yang que representa al cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor, lo seco; mientras que el otro, el femenino o negativo, yin, representa a la luna, la

⁵ Los chinos admiten que son tres las fuentes de energía que gobiernan al hombre:

1. La energía ancestral, contenida en las gametas que dieron lugar al huevo fecundado, una célula única que en sucesivas multiplicaciones dará nacimiento a al hombre, UNO e indivisible en su esencia tal como la célula que le dio origen.
2. La alimentación. Los alimentos son energía concentrada, energía que nos viene del sol. Los vegetales, que son yin con respecto a los animales (yang), sintetizan los hidratos de carbono a partir de elementos simples mediante la clorofila y la luz solar; las proteínas partiendo del nitrógeno orgánico elaborado por las bacterias del suelo y siempre con intervención de la luz solar. Los animales tienen que nutrirse de los vegetales porque no pueden sintetizar los elementos simples como ocurre con los vegetales. Si el hombre se alimenta de carne no hace sino incorporar tejidos de animales que se nutrieron de vegetales. El anhídrido carbónico y el nitrógeno eliminados por la respiración y las deyecciones animales se vuelven a ser utilizados por los vegetales y así se cierra el ciclo de la energía.
3. La respiración. El término que designa a la energía es, en chino, Ki ó Chi, que también significa aire, sople. Ellos suponen que, aparte del contenido material del aire, se inhala otra cosa, además. Será algo semejante al PRANA hindú, un elemento energético. Nosotros conocemos bien la importancia de la respiración y el papel fundamental que la oxigenación tiene en los procesos vitales (Sussman, D., 1998).

tierra, la oscuridad, la debilidad, la humedad, y el frío; en suma, todas las cualidades pasivas. Sobre el perfecto equilibrio de estos dos principios se basa la salud, la tranquilidad, el bienestar, y todo ser vivo que se habría originado por una conjugación de estos elementos perecería por una descomposición de los mismos, en la armonía de estos fenómenos estarían las leyes supremas del universo. (González, 1999)

El inicio de las primeras actividades médicas y el origen del hombre son dos hechos que no pueden ser separados, las primeras actividades médicas son resultado del instinto innato de conservación y del proceso de adaptación que poco a poco fue desarrollando el hombre a lo largo de su existencia. La medicina tradicional china es probablemente una de las ciencias tradicionales más antiguas que prevalecen hasta nuestros días, y la acupuntura y al moxibustión constituyen una parte importante de ella.

El descubrimiento de la acupuntura data de más de dos mil años de antigüedad, en todo este proceso histórico han contribuido en gran medida las experiencias del pueblo trabajador en su lucha contra las enfermedades, así en la edad de piedra usaban las *bian* o agujas de piedra, en la edad del bronce y del hierro se usaban agujas de metal, a medida que la sociedad ha evolucionado los instrumentos y las técnicas de punción se han desarrollado para prevenir y curar de manera más eficiente las enfermedades.

La moxibustión tuvo su origen desde que fue descubierto el fuego; la moxa fue elegida por su poder para la remoción de obstrucciones en canales y colaterales (Álvarez, 1988).

Según la medicina tradicional china los órganos esenciales del cuerpo son cinco: Corazón, Hígado, Bazo, Pulmón y Riñones. A cada uno de estos les corresponde un elemento y está en relación con una estación del año, con un color y con un sabor.

1.6.1. Los órganos y las vísceras.

Los órganos Zang-Fu en la medicina tradicional china se refieren a las entidades anatómicas gruesas de los órganos internos que se pueden ver a simple vista, y a la vez, son

una generalización de las funciones fisiológicas del cuerpo humano. El corazón, hígado, bazo, pulmón, riñón y el pericardio son conocidos como los seis órganos zang. Sus principales funciones fisiológicas son formar y almacenar las sustancias nutritivas fundamentales, en ellos, están incluidas las esencias vitales qi (energía vital), xue (sangre) y los líquidos corporales. El intestino delgado, vesícula biliar, estómago, intestino grueso, vejiga y sanjiao (este no es un órgano sino más bien una función) son conocidos como los seis órganos fu. Sus funciones principales son recibir y digerir los alimentos, absorber las materias nutritivas, transformar y excretar los desechos.

Los órganos zang son diferentes a los fu en cuanto a función. Pero la diferencia es relativa. Existe una relación de coordinación muy estrecha en las diversas actividades fisiológicas y en la estructura tanto entre los mismos órganos zang y los fu, y los cinco sentidos y los tejidos. La teoría de los zang-fu que toma los cinco órganos zang (excepto el sexto, el pericardio) como los principales muestra plenamente la característica de la medicina tradicional china, o sea este concepto considera el cuerpo como un todo fisiopatológico. Los médicos tradicionales chinos diagnostican y tratan todo el organismo humano, en lugar de ocuparse de cada una de sus partes por separado, como hacen los especialistas de la medicina occidental moderna, que tienden a concentrarse en los síntomas manifiestos de la enfermedad en la parte del cuerpo en que se producen y tratando cada dolencia de la misma forma en todos los pacientes, como si los síntomas fueran fenómenos independientes que no guardaran relación alguna con el resto del cuerpo ni con el ambiente externo, este tipo de atención médica elimina los síntomas superficiales pero no basta para curar la raíz del problema. La medicina tradicional china diagnostica y trata todos los síntomas de enfermedad en términos de su relación funcional con el organismo humano en su totalidad, y también con los factores externos del ambiente en el cual aparecieron los síntomas.

1.6.2. Los órganos zang.

- ♦ Corazón

El corazón está situado en el tórax, se comunica con el intestino delgado, esta es su relación exterior-interior (cada órgano zang se comunica con un órgano fu mediante canales

y colaterales.) El corazón también se refleja en la lengua, cada órgano zang toma un órgano de los sentidos como su salida, lo que indica una relación estrecha en la estructura fisiológica y patológica entre los órganos internos y los sentidos.) Las principales funciones fisiológicas del corazón son controlar la sangre y los vasos sanguíneos y atesorar la mente (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

- ♦ Hígado

El hígado está situado en la región derecha del hipocondrio y su canal se comunica con la vesícula biliar. Esta es su relación exterior-interior. El hígado se refleja en los ojos. Las funciones fisiológicas del hígado son almacenar la sangre, controlar la dispersión y drenaje y dominar el jin (tendones y ligamentos) (Op. Cit. p.16)

- ♦ Bazo.

El canal del bazo tiene comunicación y conexión con el estómago, esta es su relación exterior-interior. El bazo se refleja en la boca. Las funciones fisiológicas del bazo son: controlar el transporte y la transformación de nutrientes, controlar la sangre y controlar los músculos. Además, el bazo tiene la función de elevar el qi manteniendo así la posición normal de los órganos internos (Op. Cit. p.17).

- ♦ Pulmón

Los pulmones están situados en el tórax. Su canal se comunica con el intestino grueso. Esta es su relación exterior-interior y se refleja en la nariz. Sus principales funciones son: controlar el qi (energía) y la respiración, comunicar y regular las vías de los líquidos, controlar la piel y el vello (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

- ♦ Riñón

Los riñones están situados a cada lado de la región lumbar. Su canal se conecta con la vejiga. Esta es su relación exterior-interior. Se refleja en el oído. Sus funciones fisiológicas principales son: almacenar el jing (esencia vital) y controlar la reproducción, crecimiento y desarrollo humanos, generar la médula, llenar el cerebro, controlar los huesos y transformar la sangre, controlar los líquidos y recibir el qi (Op. Cit. p.19).

- ♦ Pericardio

El pericardio es una membrana que protege al corazón. Su canal se comunica con el sanjiao, lo que constituye su relación externa-interna. El pericardio tiene función de proteger al corazón, pero no es un órgano aislado sino que es parte del corazón, y tiene la misma función que éste (Op. Cit. p.20).

1.6.3. Órganos Fu

- ♦ Intestino Delgado

El intestino delgado está situado en el abdomen, su extremo superior está ligado con el estómago por el píloro y su extremo inferior con el intestino grueso por el ileon. Su canal se conecta con el corazón, esta es su relación exterior-interior. Sus funciones principales son digerir y absorber, o sea, recibir y almacenar temporalmente los alimentos digeridos en forma parcial por el estómago y acabar de digerirlos, absorber las sustancias esenciales y una parte de los líquidos, y transportar los restos alimenticios, con parte considerable de los líquidos hasta el intestino grueso (Op. Cit. p.21).

- ♦ Vesícula Biliar

La vesícula biliar está ligada con el hígado, su canal se comunica con el hígado y esta es su relación exterior-interior. Su función principal es almacenar y excretar continuamente la bilis a los intestinos para ayudar en la digestión. Esta función se relaciona estrechamente con la función de drenaje y dispersión del hígado. Por eso la medicina tradicional china considera que la función de drenaje y dispersión es cumplida por asociación del hígado y la vesícula biliar (Op. Cit. p.21).

- ♦ Estómago

El estómago está situado en la región epigástrica, su extremo superior está en contacto con el esófago por medio del cardias y su salida inferior, con el intestino delgado por el píloro. Su canal se comunica con el bazo, esta es su relación exterior-interior. La función principal del estómago es recibir los alimentos y realizar el primer paso de la digestión, o sea, recibir los alimentos y líquidos que vienen de la boca través del esófago, almacenarlos temporalmente, descomponerlos hasta formar el bolo alimenticio, y después

pasarlos al intestino delgado. Por eso la función del estómago se debe dirigir hacia abajo y no hacia arriba. El estómago asociado con el bazo es el órgano más importante para la digestión y absorción de alimentos. Según la medicina tradicional china el estómago y el bazo son la fuente que mantiene la vida después del nacimiento (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

- ♦ Intestino Grueso

El intestino grueso está situado en el abdomen, su extremo superior está en contacto con el intestino delgado por el ileon y su extremo inferior, con el exterior del cuerpo por el ano (salida). Su canal se comunica con el pulmón. Esta es su relación exterior-interior. Su función principal es recibir los desechos provenientes del intestino delgado, absorber los líquidos restantes y transformar los desechos en materia fecal para luego excretarlos (Op. cit p.22).

- ♦ Vejiga

La vejiga está situada en el vientre. Su canal se comunica con el riñón, esta es su relación exterior-interior. Su función principal es acumular temporalmente la orina bajo la acción del qi de riñón y excretarla cuando ésta alcanza un volumen determinado (Op. cit p.22).

- ♦ Sanjiao

Su canal se comunica con el pericardio. Sanjiao no es un órgano, sino una generalización de las diferentes funciones de los órganos zang-fu de acuerdo a la ubicación de éstos en el interior del cuerpo (Zhang J. y Zheng, J., 1984).

El sanjiao, también se conoce como el triple calentador, se divide en tres partes:

- 1.- El jiao superior (tórax) es una generalización de la función del transporte del qi y xue para nutrir todo el cuerpo por medio del corazón y del pulmón. El jiao superior es como la niebla, se esparce por todo el cuerpo.

2.- El jiao medio (región epigástrica) es una generalización de las funciones de digestión y absorción del bazo y del estómago. El jiao medio es como empapar las cosas con agua para causar su descomposición y disolución.

3.- El jiao inferior (abdomen) inferior es una generalización de las funciones de regulación del metabolismo del agua y el almacenamiento y excreción de la orina del riñón y de la vejiga. El jiao inferior es como un acueducto, como un conducto del agua que fluye.

1.6.4. El Desequilibrio en la MTCh.

Para la medicina tradicional china, la raíz de la mayoría de los tipos de enfermedades y degeneraciones se encuentran en un grave desequilibrio de los diversos sistemas energéticos de los órganos del cuerpo y en la falta de armonía funcional global en todo el organismo. Debido a la interdependencia de los Tres Tesoros (cuerpo, mente y energía), el desequilibrio energético siempre se manifiesta en el cuerpo como una enfermedad o como un malestar físico, y en la mente como un trastorno mental o emocional. Los síntomas de enfermedad, tanto físicos como mentales y emocionales, siempre se remontan a un desequilibrio concreto y a una falta de armonía funcional en el sistema energético. Las causas que originan la enfermedad siempre se producen primero en la red invisible del sistema energético humano, y los principales factores que las producen no son los microbios, sino las energías anómalas. Cuando el cuerpo o la mente manifiestan los síntomas, las causas ya se encuentran tan arraigadas en el sistema energético como para poner en grave peligro la respuesta inmunitaria e inhibir otras funciones vitales, estableciendo así las condiciones anormales que permiten la existencia de enfermedades.

Para la medicina tradicional china el organismo humano es un reflejo microcósmico del universo macrocósmico, todo un mundo interno compuesto por los mismo elementos y energías y sujeto a las mismas leyes naturales que el mundo externo y el universo. Los principios universales que rigen “todo lo que hay bajo el cielo” se conocen simplemente como el “camino” (Tao) y se aplican por igual a las estrellas y los planetas, las moléculas y los átomos, y funcionan exactamente de la misma forma en el organismo humano que en el sistema solar. Puesto que la naturaleza es la manifestación más evidente y duradera del Tao sobre la tierra, buena parte de la terminología médica china se deriva directamente de los

fenómenos naturales (fuego y agua, viento y calor, humedad y sequedad, etc), de modo que un diagnóstico tradicional chino a veces parece más un reporte meteorológico que un análisis médico. En la medicina china la naturaleza manifiesta es el modelo que permite al médico comprender y manipular los elementos y energías del organismo humano. La medicina tradicional china considera que las principales causas externas de la enfermedad son las energías ambientales y atmosféricas anómalas conocidas como los Seis Males: el viento, el calor la humedad, la sequedad, el frío y el fuego. Estas energías nocivas alteran el sistema energético humano y rompen el equilibrio y la armonía interna en el organismo permitiendo que la enfermedad se establezca y arraigue produciendo síntomas somáticos o psíquicos. Cada una de estas energías patógenas esta asociada a un órgano, estación, color y demás factores afines; además estos seis males suelen invadir el cuerpo humano en diferentes combinaciones, como viento seco,, viento frío, calor húmedo, calor seco, frío húmedo, etc., y cada combinación altera sistemas energéticos específicos y daña los órganos y tejidos relacionados con ellas.

El equilibrio energético también se ve alterado por causas internas del organismo, que se le conocen como las “Siete Emociones” (I Ching, 1990), que son descontroladas cantidades de energía que se desbocan por todo el organismo como consecuencia de reacciones emocionales intensas y excesivas frente a los estímulos del medio externo. Cuando la emoción se convierte en una energía anómala rebelde que ya no esta bajo control ni de la mente ni del cuerpo, irrumpe en el organismo y daña todo el equilibrio interno. Las Siete Emociones que producen el desequilibrio interno son: la alegría, la rabia, la angustia, la preocupación, la aflicción, el temor y el susto. Cada una se asocia con un órgano determinado, se rige por una de las cinco energías elementales de la naturaleza y se corresponde con los demás factores energéticos. Para mayor comodidad, estas siete emociones a veces se reducen a cinco cuando el temor y el susto (un temor agudo) se engloban bajo el concepto del agua y el sistema de los riñones, la angustia y la aflicción se combinan bajo el concepto del metal y el sistema de los pulmones.

Las emociones son las respuestas internas directas del sistema energético humano a los estímulos externos percibidos a través de los canales sensoriales. La naturaleza esencial de la emoción y su papel en la salud humana son más fácil de comprender cuando se

considera la emoción como una energía en movimiento (e-moción), en lugar de un fenómeno estrictamente psicológico. Los factores psicológicos intervienen muy brevemente en la respuesta emocional, en el momento en que la mente reacciona ante la entrada de señales sensoriales en términos positivos de atracción o negativos de aversión, según cada persona. Un mismo acontecimiento externo puede provocar alegría a una persona, rabia en otra y aflicción en otra, con un trasfondo psicológico muy diferente, y sin embargo, en los tres casos, las energías desencadenadas por la respuesta emocional recorren desenfrenadamente todo el organismo, alterando el delicado equilibrio energético del cuerpo y perjudicando funciones vitales, sobre todo la respuesta inmunitaria (Reid, 1996).

Todas las emociones que experimenta el ser humano provocan respuestas específicas al interior del organismo, en virtud de la retroalimentación biológica entre el sistema endocrino y el nervioso, que produce cambios en el pulso y en la presión arterial, estimula o inhibe la respiración y facilita o dificulta la digestión, el metabolismo, el sistema inmunitario y demás funciones vitales. Una respuesta emocional normal y bien equilibrada recorre el organismo a través de los canales energéticos sin producir ningún daño (Sussman, 1998).

Mientras que las emociones positivas inherentes al ser humano como la compasión, el amor y la devoción o la fe pueden producir efectos curativos en el cuerpo; las emociones negativas, como la rabia o la aflicción en sus manifestaciones más extremas, desencadenan una serie de reacciones fisiológicas que producen mucho daño en los órganos, inhiben funciones vitales, debilitan el sistema inmunológico y en general abren la puerta a todo tipo de enfermedades y padecimientos. Por ejemplo, los ataques de ira frecuentes y duraderos trastoran e inflaman la energía del hígado, que al final acaba por enfermar, y esto a su vez predispone al individuo a más ataques de ira, creando un círculo vicioso de autodestrucción.

En la actualidad encontramos que las siete emociones tienen versiones modernas más peligrosas todavía, producidas por el ritmo del estilo de vida contemporáneo de la gran urbe. La más perniciosa de estas formas nuevas de respuesta emocional negativa es el estrés, una respuesta natural de lucha o huida que es reprimida y que combina elementos de rabia, temor, aflicción y preocupación.

Una tercera causa de enfermedad incluye factores producidos por el estilo de vida negligente tan común y cotidiano a la mayoría de la gente, como la alimentación inadecuada, la glotonería, el abuso del alcohol y otras sustancias, el agotamiento sexual y la baja de ejercicio. En la sociedad actual, con tanta contaminación y tanto desorden social, con las dietas desnaturalizadas y aditivos químicos, con el estrés y la hiperactividad, estilo de vida se ha convertido en uno de los factores que más influyen en el origen de las enfermedades.

Hasta aquí se ha hecho una descripción del cuerpo y del proceso de salud-enfermedad que plantea tanto el modelo biomédico como la medicina tradicional china y nos encontramos en camino de poder entender que la mayoría de las enfermedades son de origen psicosomático, esto quiere decir, que cualquier enfermedad física u orgánica esta acompañada tanto de componentes estructurales o físicos, como por elementos de origen psicológico, factores sociales y factores inter e intra subjetivos particulares a cada individuo y que de una u otra forma podemos hallar reflejados en los síntomas que el sujeto presenta en su padecimiento. En el capítulo siguiente se buscará analizar el fenómeno de la colitis nerviosa, describiéndolo, primero, desde el enfoque biomédico, y segundo desde el enfoque psicosomático ofrecido por la medicina tradicional china y la teoría de los cinco elementos.

Capítulo 2.

El Síndrome del Intestino Irritable.

En este segundo capítulo se abordará el tema del Síndrome del Intestino Irritable (SII) describiéndolo desde el modelo vigente utilizado por la gastroenterología y posteriormente se analizará este trastorno funcional del colon desde la postura que propone la medicina tradicional china.

Antes de empezar de lleno con el tema del SII es necesario recordar algunos de los puntos principales del marco teórico manejado en gastroenterología. La gastroenterología es el apartado médico que se especializa en el estudio y tratamiento de las enfermedades digestivas.

2.1 Gastroenterología, marco teórico.

El hombre, al igual que el resto de los animales, necesita alimentos para poder subsistir. Se llama alimentos a las sustancias que proporcionan la masa específica y la energía de los seres vivos, y a los productos necesarios para el mantenimiento de su metabolismo normal.

Para que los alimentos ingeridos puedan ser utilizados por el organismo deben primero ser transformados, función que en los animales superiores se cumple en el tubo digestivo. Se entiende por digestión a la transformación de sustancias alimenticias complejas en sustancias más simples, solubles en agua, difusibles y capaces de ser absorbidas y asimilables.

En el ser humano el tubo digestivo es irregularmente cilíndrico, más o menos sinuoso, con un orificio de entrada: la boca, y un orificio de salida: el ano. Su longitud media es de 8 a 12 metros y forma parte de la cara, el cuello, el tórax, el abdomen y la pelvis, respectivamente.

Los anexos del tubo digestivo están integrados por una serie de formaciones glandulares que se desarrollan a su alrededor y que se comunican con él por diversos conductos.

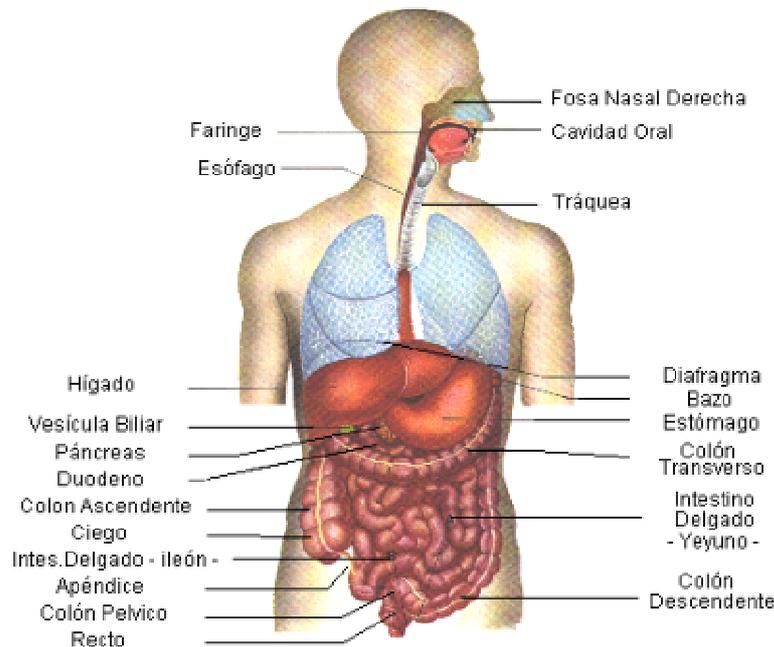


Figura 3. Órganos que constituyen el aparato digestivo.

Desde el punto de vista topográfico, el tubo digestivo se divide en los siguientes segmentos: cavidad bucal, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso. Los tres segmentos superiores conservan una dirección relativamente recta. En la faringe, la vía digestiva se entrecruza con la respiratoria y se divide en nasofaringe, bucofaringe y laringofaringe. La faringe se continúa con el esófago constituido por tres segmentos, cervical, torácico y abdominal., el esófago al ir descendiendo se ensancha constituyendo al estómago. El segmento que sigue, el intestino delgado, se compone a su vez en tres porciones: duodeno, yeyuno e íleon. El segmento que continúa también se ensancha y se denomina intestino grueso, lo integran: ciego, apéndice vermiforme, colon ascendente, transverso y descendente, que en su parte terminal describe una “S” y recibe el nombre de colon sigmoidees, se continúa en el recto y termina en el ano.

En el trayecto del tubo digestivo se desarrollan glándulas que coadyuvan al proceso digestivo de los alimentos. Éstas son las glándulas salivales mayores (parótidas, submandibulares y sublinguales), hígado y páncreas. Las glándulas salivales vierten su secreción en la cavidad bucal. El hígado y el páncreas vierten su secreción exócrina a conductos que desembocan en el segmento del intestino delgado llamado duodeno. Estas glándulas vierten también una secreción endocrina hacia la circulación sanguínea (Ganong, 1992).

2.1.1 La cavidad bucal y la faringe.

La boca esta situada en la región cefálica, en el tercio anterior e inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioidea, tiene forma de óvalo con su diámetro mayor anteroposterior. El plano en que se encuentra es horizontal y sus dimensiones promedio son: diámetro anteroposterior, de la hendidura labial a la úvula, de 70 a 75 mm., diámetro transversal, de un carrillo a otro, de 50 65 mm., diámetro vertical, de la bóveda palatina al piso de la boca, de 20 a 25 mm. (Martínez, 1997)

Constituye el primer segmento del sistema digestivo y es el sitio donde se inicia la etapa de aporte⁶ por medio de la masticación; en ella intervienen estructuras anatómicas como músculos, articulaciones y dientes que permiten la trituración de los alimentos, además de las glándulas salivales que por medio de su secreción inician la hidrólisis del almidón. La masticación rompe las grandes partículas alimenticias y las mezcla con la secreción de las glándulas salivales. Esta acción humectante y homogenizante ayuda a la digestión subsiguiente. Las grandes partículas alimentarias pueden ser digeridas, pero causan fuertes y a menudo dolorosas contracciones de la musculatura esofágica.

⁶ La etapa de aporte se realiza con la participación del sistema digestivo. El fin último de esta etapa consiste en brindar al organismo los nutrimentos necesarios para su adecuado funcionamiento pero, dado que estas sustancias no se encuentran libres en la naturaleza en cantidades suficientes es necesario ingerirlas en forma de alimentos, y es a través de la digestión que estos se degradan en las sustancias simples que es posible incorporar al medio interno por el proceso de absorción. Los momentos de la etapa de aporte son: masticación, deglución, digestión, absorción y defecación.

Una vez masticados los alimentos, la boca participa en la primera fase del momento de la deglución⁷ al permitir el paso del bolo alimenticio a la faringe. La deglución es un reflejo controlado, iniciado por la acción voluntaria de recoger el bolo alimenticio sobre la superficie de la lengua e impulsarlo hacia la faringe. Esto inicia una onda de contracción involuntaria en los músculos faríngeos que empuja el bolo hacia el esófago. La inhibición de la respiración y el cierre de la glotis forman parte de la respuesta refleja. Esta función, al igual que la masticación, es voluntaria y se controla en la corteza cerebral. Para la realización de estos dos momentos la boca emplea los mecanismos de degradación física, degradación química y progresión activa.

La segunda porción del tubo digestivo forma el trayecto común para el transporte de los alimentos y del aire. Es un órgano músculo-membranoso que tiene forma de tubo irregular. La función digestiva en la que participa se incluye en la etapa de aporte de nutrimentos, en ella se realiza la segunda fase del proceso de deglución sin control voluntario; el mecanismo fisiológico que utiliza es el de progresión activa.

La faringe es un órgano impar, mediano, simétrico y de forma infundibular (imperfecta). Tiene una longitud de 13 a 14 cm. Su anchura es aproximadamente de 4 cm en la parte superior y de 5 cm en la parte media, quedando reducida a 2 cm a nivel de su segmento inferior. Su diámetro anteroposterior es de 3 a 4 cm en la bucofaringe y disminuye a dos cm en su porción laríngea. La laringe es estrecha en su extremo superior, ancha en medio y otra vez estrecha en su extremo inferior.

Se extiende de la base del cráneo hasta el nivel de la sexta a séptima vértebras cervicales, se sitúa delante de estas seis primeras vértebras, de las que está separada por los músculos prevertebrales y por la fascia del espacio retrofaríngeo. Por delante se relaciona con la cavidad nasal, la cavidad bucal y la laringe, con las cuales se comunica. Lateralmente se relaciona con el proceso estiloides y los músculos correspondientes, la vaina carotídea y los vasos contenidos en ella, los cuatro primeros pares craneales y el polo superior de la glándula tiroides. En correspondencia con los órganos situados por delante de

⁷ La deglución es el conjunto de acciones coordinadas que desplazan el bolo de la boca al estómago. Constituye el segundo momento de la etapa de aporte e involucra tres segmentos: boca, faringe y estómago.

la faringe, esta se divide en tres segmentos: nasofaringe, bucofaringe y laringofaringe (Tresguerras, 2000).

2.1.2 Esófago y Estómago.

Corresponde al tercer segmento del tubo digestivo, es un conducto músculo-membranoso que conduce el bolo alimenticio desde la faringe al estómago. Presenta forma tubular con una longitud promedio de 25 cm y un diámetro de 12 a 21 mm, aunque su luz esta plegada por la submucosa y solo se abre al paso del bolo alimenticio. Su límite superior se ubica en el cuello en relación con el borde inferior del cartílago cricoides a nivel de la sexta vértebra cervical. Su límite inferior se encuentra a nivel de la undécima vértebra torácica, donde se continúa con el estómago. Ocupa sucesivamente el cuello, el tórax, el espesor del diafragma y la parte extrema superior del abdomen. En su recorrido sigue la curvatura de la columna vertebral. A medida que desciende, se desvía ligeramente hacia la izquierda, volviéndose de nuevo a la línea media a nivel de la cuarta vértebra torácica. A nivel de la séptima vértebra torácica se dirige hacia delante y a la izquierda, para atravesar el diafragma a la altura de la décima vértebra torácica.

El esófago describe dos curvaturas, una superior de concavidad dirigida hacia la derecha y una inferior de concavidad dirigida hacia la izquierda. Para su estudio, el esófago se divide en tres porciones: cervical, torácica y abdominal.

El momento fisiológico que realiza es el de la deglución en su tercera fase, de tipo involuntario. Los mecanismos fisiológicos que presenta son de progresión activa mediante movimientos peristálticos y pasiva con la participación de la fuerza de gravedad⁸ (Martínez, 1997). En la unión faringoesofágica hay un segmento de 3 cm de esófago en el cual la

⁸ Los mecanismos de progresión permiten que los alimentos ingeridos avancen a lo largo del tubo digestivo favoreciendo la digestión y absorción. Por las características del movimiento y la implicación de los órganos se clasifican en:

Activos: Implican la participación de la musculatura del tubo a través de contracciones y relajaciones que modulan el movimiento.

Pasivos: Son aquellos en los que el desplazamiento de los alimentos es favorecido por las fuerzas externas al individuo, como la fuerza de gravedad.

Almacenamiento: Este mecanismo implica la retención momentánea del contenido para después permitir su avance bajo circunstancias controladas.

tensión de reposo de la pared es alta. Este segmento se relaja reflejamente al deglutir, permitiendo que el material deglutido entre en el cuerpo del esófago. Una contracción anular del músculo esofágico aparece detrás del bolo alimenticio, el cual es entonces empujado hacia abajo dentro del esófago mediante una onda peristáltica. Cuando las personas están de pie los líquidos y alimentos semisólidos generalmente caen por gravedad a la parte inferior del esófago delante de la onda peristáltica. La contracción tónica del esfínter esofágico inferior entre las comidas evita el reflujo del contenido gástrico al interior del esófago.

El cuarto segmento que constituye al tubo digestivo es el estómago, la porción más dilatada y de mayor capacidad del tubo digestivo. En el estómago se lleva a cabo la primera fase de la digestión de proteínas, en vista de contener enzimas proteolíticas y una secreción de ácido clorhídrico que crea el ambiente básico para el desdoblamiento proteínico. Es por ello que se lleva a cabo el momento de la digestión⁹.

El estómago posee gruesas paredes distendibles, constituidas de músculo que además de permitir el almacenamiento del bolo alimenticio y su mezcla con la secreción gástrica, es capaz de producir ondas peristálticas que contribuyen, junto con la boca, a la degradación mecánica del bolo y a la propulsión de su contenido. Debido a la acción conjunta de secreciones y movimientos, el estómago logra transformar el bolo alimenticio recibido, en relación con su pH, osmolaridad, consistencia y temperatura, en una mezcla denominada quimo.

El estómago permite el paso controlado del quimo a una velocidad tal que favorece su digestión y absorción en el intestino delgado. En este vaciamiento controlado tiene una participación importante su secreción hormonal, la gastrina, es decir, para realizar el momento de la digestión, el estómago emplea mecanismos de degradación química y mecánica y dispositivos de progresión activa y almacenamiento. Si bien la mucosa gástrica está capacitada para absorber, se trata de una función selectiva, ya que sólo permite el paso

⁹ Conjunto de reacciones de hidrólisis catalizadas por enzimas secretadas por las glándulas del tubo digestivo, y las anexas a este, sobre las moléculas que constituyen los alimentos, con el fin de permitir su absorción. La digestión es un momento que involucra mecanismos de degradación química sobre los nutrientes.

de medicamentos, alcohol y una cantidad reducida de glucosa. La razón es que al llegar el bolo al estómago, el grado de desdoblamiento que han sufrido los alimentos es limitado, no encontrándose sustancias simples para su absorción. El estómago tiene otras funciones además de almacenar los alimentos y del control de su salida hacia el duodeno. El ácido clorhídrico mata muchas de las bacterias ingeridas. Las células aprietales de la mucosa gástrica también secretan el factor intrínseco, sustancia necesaria para la absorción de la vitamina B₁₂.

Cuando el estómago ha estado vacío por mucho tiempo presenta contracciones intensas denominadas “contracciones de hambre”. Al incrementarse la intensidad de estas ondas, suelen fundirse en una sola onda de contracción que dura de dos a tres minutos. El sujeto suele percibir las contracciones como una sensación epigástrica dolorosa de hambre. Se pueden presentar de 12 a 24 horas después del último alimento. Cuando el ayuno es muy prolongado tienden a alcanzar su máxima intensidad de los 2 a los 4 días para después desaparecer.

El estómago es el primer segmento del tubo digestivo que se ubica en el abdomen. Su forma tamaño y posición varían en función de la postura del cuerpo, del tono de sus paredes, de su contenido, del estado de las vísceras adyacentes, así como de la edad, del sexo, complejión del sujeto y sus hábitos alimenticios, entre otros. Se le ha comparado con una J mayúscula en la que se reconocen dos componentes, uno vertical o descendente, generalmente largo, y uno horizontal más bien corto. La porción descendente corresponde aproximadamente a 2/3 de la longitud total y es la más voluminosa, mientras que el tercio restante es horizontal y más angosto. El componente descendente se dirige de arriba hacia abajo, de izquierda a derecha y de atrás hacia adelante. En éste se distinguen tres segmentos superpuestos, el fórnix gástrico que corona el estómago en forma de cúpula, el cuerpo del estómago que se presenta un poco de arriba hacia abajo y la región pilórica, que es la parte más declive del órgano (Ganong, 1992).

El estómago inicia en el orificio esofágico inferior y termina en el píloro, con una longitud media de 25 cm, de 10 a 12 cm de anchura, medido de un borde al otro, y de 8 a 9

cm en sentido anteroposterior. Su capacidad varía desde uno hasta varios litros. Su epitelio es de color rojizo que contrasta con la palidez del esófago.

El orificio esofágico inferior esta situado en la parte superior de la curvatura menor, a 2.5 cm a la izquierda de la línea media. Es ovalado de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda. Aunque no constituye un esfínter anatómico, se mantiene cerrado en virtud del tono de las fibras circulares del esófago y es auxiliado por un pliegue de la pared gástrica a manera de válvula, dependiente de las fibras musculares oblicuas del estómago. Los alimentos pasan al estómago por la relajación momentánea dependiente de la onda peristáltica. A la región que rodea la desembocadura del orificio esofágico inferior se le conoce como cardias.

2.1.3 El intestino delgado.

El quinto segmento del tubo digestivo es el intestino delgado. Constituye el órgano de mayor longitud del tubo. La trascendencia que tiene su fisiología en la nutrición es innegable, ya que en el se alcanza la finalidad de esta etapa, aportar nutrimentos al medio interno.

Participa en los momentos de digestión y absorción. Para el primer caso, a la luz del intestino delgado llegan tres secreciones que permiten la hidrólisis¹⁰ de los nutrimentos hasta sustancias simples capaces de ser absorbidas, se trata de las siguientes secreciones: biliar, pancreática e intestinal. El conjunto de estas secreciones constituye un medio rico en enzimas que continúan y concluyen la digestión de carbohidratos y proteínas iniciada en segmentos superiores como la boca y el estómago. En el caso de los lípidos la bilis que llega al intestino permite su emulsificación y las enzimas pancreáticas realizan su hidrólisis. Por tanto, la digestión de los lípidos se inicia y concluye en este segmento.

¹⁰ La hidrólisis consiste en la descomposición química de una sustancia por reacción con el agua; se debe a una ligera ionización de la molécula de H₂O en iones H⁺ y OH⁻ con los cuales reacciona la sustancia disuelta. En el momento de la digestión la hidrólisis es el proceso por el cual las proteínas en el estómago reaccionan con el agua para formar peptonas, aminoácidos, etc.

La participación del intestino delgado en la absorción se debe a sus características anatómicas de ser un órgano muy largo, cuya mucosa se encuentra plegada y con un borde en cepillo, lo que permite que la superficie de absorción se amplíe considerablemente. Aunado a esto, presenta un epitelio de absorción capaz de permitir el paso de kilogramos de nutrientes y varios litros de agua cada día. La absorción que realiza el intestino delgado se basa en un balance entre lo que absorbe y lo que secreta, este movimiento busca mantener un equilibrio osmótico con la circulación (Sleisenger, 2000).

La absorción a lo largo del intestino no es uniforme, algunos segmentos se especializan en el paso de sustancias específicas. Para ello el intestino cuenta con mecanismos de absorción para cada uno de los principios nutritivos. Dentro de sus características de absorción esta el de contribuir a regular, mediante estímulos endocrinos, la concentración de algunas sustancias en el medio interno.

La absorción de lípidos es manejada de manera diferente, ya que, previo a su paso en dirección a los linfáticos, se reesterifican dentro de la mucosa. El intestino sintetiza, con los ácidos grasos de cadena larga y otras sustancias lipídicas, los quilomicrones que se encargan del transporte interno.

Las placas de Peyer, localizadas en la lámina propia del intestino, ejercen una importante función de defensa al actuar como filtros y evitar el paso de microorganismos durante la absorción.

Para el transporte del contenido y su mezcla con las secreciones enzimáticas, el intestino cuenta con dos tipos de movimientos, las contracciones segmentarias a cargo del estrato circular de la capa de la musculatura externa, y las contracciones peristálticas que dependen más del estrato longitudinal. Sin embargo, la mucosidad y las vellosidades presentan también su propio movimiento, independiente de las contracciones anteriores, en virtud de estímulos táctiles proporcionados por la musculatura de la mucosa; este movimiento facilita el acercamiento de la mucosa a las sustancias que se van a absorber.

El peristaltismo típico se presenta en el intestino delgado, pues la distensión de cualquier parte de esta víscera por acción del quimo inicia una onda peristáltica. El peristaltismo es mucho más intenso cuando son estimulados los nervios para simpáticos, y la estimulación simpática puede inhibir considerablemente o totalmente el peristaltismo.

La presencia de quimo en el intestino delgado inicia un tipo de contracción que se denomina segmentación. Cuando el intestino delgado se distiende se producen muchas contracciones, el intestino se segmenta en pequeñas bolsas en forma de salchicha luego estas zonas se relajan y unos cuantos segundos más tarde se producen contracciones en puntos diferentes. De esta manera, la segmentación repetida del quimo lo mezcla continuamente mientras está en el intestino delgado (Ganong, 1992).

La válvula ileocecal se encuentra entre el intestino delgado y el grueso; el intestino delgado en realidad penetra dentro del colon. Esta proyección de la válvula ileocecal impide que el contenido del colon regrese al intestino delgado; los labios de la válvula ileocecal simplemente se cierran sobre sí mismos cuando aumenta la presión en el colon. El vaciamiento del intestino delgado por esta válvula se parece mucho a lo que ocurre en el estómago; las ondas peristálticas del intestino delgado aumentan la presión por detrás de la válvula y empujan el quimo dentro del colon; pero si bien el colon está demasiado lleno, existen reflejos mientéricos que pueden inhibir el peristaltismo, retrasando o deteniendo el vaciamiento intestinal.

El intestino delgado es un órgano musculomembranoso de forma más o menos cilíndrica. Tiene una longitud de 3.5 a 4.5 m. en el vivo y de 2.5 a 7.5 metros en el cadáver, por relajación de la capa muscular. Su diámetro, aunque variable, es de 3 a 4 cm en su inicio y va disminuyendo hasta 2 cm en su parte terminal. Tiene una coloración rojiza en estado fresco. Se inicia en el píloro y termina en el esfínter ileocecal. Se distinguen dos partes principales, claramente diferenciables, una inmóvil fuera del saco peritoneal: el duodeno, y otra móvil y revestida de peritoneo¹¹: el yeyunoíleon (Ghardner, 1999).

¹¹ El peritoneo es una membrana serosa que reviste la cavidad abdominal y forma pliegues que envuelven las vísceras situadas en esta área.

2.1.4 El Intestino Grueso

Corresponde al último segmento del tubo digestivo. Interviene en los últimos momentos fisiológicos de la absorción y defecación (Martínez, 1997).

La absorción se realiza sobre todo en el hemicolon derecho, que participa en la asimilación de agua y electrolitos. De la primera se incorporan hacia los capilares intestinales de 1000 a 1500 ml diarios. Los electrolitos regularmente son transportados activamente, es decir, con gasto de energía para su incorporación al medio interno.

Para eliminar las heces almacenadas en el hemicolon izquierdo se transportan hacia el recto, que al distenderse, permite que se inicie el reflejo de la defecación.

A través de su flora microbiana, el intestino participa en otras funciones como la producción de vitaminas que son absorbidas hacia la sangre. Las bacterias propias del intestino participan en el equilibrio ecológico al evitar o controlar la proliferación de organismos patógenos; por tanto, realizan una función de defensa. Además, esta misma flora intestinal, por medio de enzimas bacterianas, realiza procesos de fermentación y putrefacción de residuos alimenticios, dando productos que se incorporan a los componentes del bolo fecal para su eliminación como indol, escatol y ácido sulfhídrico, entre otros.

El intestino grueso no desempeña función digestiva, en consecuencia solo secreta moco. La membrana mucosa esta revestida de células mucosas que proporcionan un lubricante para el paso de las heces de la válvula ileocecal al ano y también protegen al intestino grueso contra la digestión por las enzimas precedentes del intestino delgado. Las regiones proximales del colon están mejor protegidas contra las hormonas digestivas que las partes distales. En consecuencia, durante la diarrea grave el flujo rápido de enzimas del intestino delgado al colon distal tiende a causar gran irritación. La diarrea prolongada puede desencadenar un estado llamado colitis ulcerosa, que a veces perfora el colon y causa la muerte. El moco secretado por el intestino es un mecanismo natural de defensa contra estos

fenómenos. El moco secretado abundantemente en respuesta a toda lesión o irritación es una sustancia de gran importancia biológica, puesto que no solamente protege la mucosa de ataques directos, sino que diluye los irritantes e interfiere o evita la absorción de muchas sustancias nocivas (Ganong, 1992).

El intestino grueso se localiza principalmente en el abdomen y sólo su porción final, que corresponde al recto y ano, se encuentran ubicados en la pelvis; se extiende desde la unión ileocecal hasta el ano, que lo comunica con el exterior. Su longitud media en el cadáver es de 1.5 m y su grosor promedio de 5 cm. Presenta forma tubular “festonada”, con una serie de saculaciones, llamadas *haustras*, que le son típicas a las diferentes porciones del colon. También presenta *tenias*, que son tres bandeletas equidistantes una de otra, resultado de la condensación de la capa longitudinal de la musculatura externa.

En comparación con el delgado, el intestino grueso es de menor longitud pero de mayor calibre. Su pared presenta *haustras* y *tenias*; externamente tiene además una serie de proyecciones peritoneales en su capa serosa denominadas *apéndices epiploicos*.

El intestino grueso enmarca, en el abdomen, a las asas yeyunoileales, por lo que se conoce como marco cólico. En su división anatómica esta formado por varios segmentos, cada uno de los cuales presenta dirección y dimensiones propias: ciego y apéndice vermicular, colon ascendente, colon transversal, colon descendente, colon sigmoide, recto y conducto anal (Ghardner, 1999).

El ciego es la parte del intestino grueso que sigue al punto donde el íleon se continúa con el intestino grueso. El ciego se halla en la fosa iliaca derecha y puede alcanzar la pelvis menor, especialmente cuando el sujeto se halla de pie. En general esta rodeado de peritoneo, pero carece de apéndices epiploicos.

El apéndice vermicular existe solamente en el hombre y en los antropoides, aunque algunos otros mamíferos pueden poseer un órgano similar o una estructura linfóide en el vértice del ciego. Congénitamente falta en el hombre en raras ocasiones. El apéndice se

implanta habitualmente en la cara posterointerna del ciego, en la unión de las tres tenias o cintillas del colon, aproximadamente a 1 o 2 cm por debajo del íleon. Mide de 6 a 7 cm de longitud y 7 a 8 cm de diámetro.

El apéndice es un órgano muscular, estrecho, que cuando se inflama se espasmodiza. El espasmo y la distensión determinan dolor, el cual es referido al epigastrio. Si el peritoneo parietal adyacente se inflama, el dolor es también apreciado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, y los músculos suprayacentes suelen presentar espasmos reflejos.

El colon ascendente se extiende hacia arriba por la fosa iliaca derecha y pared abdominal posterior, hasta la flexura cólica derecha. Tiene una longitud de 10 a 15 cm y su diámetro es de 5 a 7 cm. Presenta haustras, tenias y apéndices epiploicos, al igual que las demás porciones del colon. Exceptuando su región inferior el colon ascendente se encuentra recubierto de peritoneo solamente por delante y a los lados, y se relaciona por detrás con la pared abdominal. A veces cabe observar un mesocolon ascendente. Las “láminas” o “membranas” pericólicas así formadas reducen notablemente la motilidad normal del colon.

El colon transversal se extiende desde la flexura cólica derecha a la izquierda. La porción derecha se relaciona dorsalmente con el duodeno y el páncreas, pero las relaciones del resto son muy variables. La flexura cólica izquierda es generalmente más elevada, más aguda y menos movable que la derecha.

La dirección del colon transversal no es exactamente transversal, se dirige primero, casi horizontalmente, de su inicio a la línea media, para después elevarse y dirigirse oblicuamente hacia arriba y a la izquierda, hasta el extremo inferior del bazo. Su longitud promedio es de 45 a 50 cm, correspondiendo por tanto al segmento más largo del intestino grueso, su diámetro es de 5 a 6 cm, El colon transversal está cubierto de peritoneo y desde su cara dorsal se dirige hacia la pared abdominal posterior, el mesocolon transversal (Ghardner, 1999).

El colon descendente se inicia en el ángulo esplenocólico y termina a la altura de la cresta iliaca, en donde se continúa con el colon sigmoides. La dirección del colon descendente es casi vertical. Su longitud es muy variable según se tome de referencia el borde de la cresta iliaca o la unión con el colon sigmoides. Es al igual que el colon ascendente, retroperitoneal.

El colon descendente se relaciona por adelante con las asas intestinales y la pared abdominal interior. Por detrás con el borde externo del riñón izquierdo y el músculo cuadrado lumbar. Por fuera se relaciona con la pared abdominal y por dentro con las asas yeyunoileales. Su proyección anatómica es en el hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo.

El colon sigmoide constituye una asa, cuya forma y posición dependen mucho del grado de distensión. Cuando el colon sigmoide se halla distendido, es mucho más largo y puede alcanzar el epigastrio o situarse en la pelvis. Cuando se vacía y se acorta, se dirige primero hacia adelante y a la derecha, y después hacia atrás y a la derecha. Su longitud promedio varía de 35 a 45 cm y es intraperitoneal. Se encuentra unido a la pared posterior del abdomen por el mesosigmoides, derivado del peritoneo.

Sus principales relaciones anatómicas son: hacia delante con la pared anterior del abdomen y asas intestinales; por detrás con el músculo ileopsoas; hacia arriba con el intestino delgado, y por debajo con los órganos intrapélvicos, continuándose en el recto.

El recto y el conducto anal es la porción terminal del intestino grueso y del tubo digestivo. Se inicia en la tercera vértebra y termina en el orificio anal, es por lo tanto intrapélvico. La longitud del recto es de 10 a 12 cm, su diámetro disminuye de 6 cm en el tercio superior, a tres cm en el tercio medio e inferior. El conducto anal tiene una longitud de 3 cm y un diámetro de 1 a 1.5 cm. Es un segmento extraperitoneal por estar localizado fuera del saco peritoneal. En su extremo final presenta un doble esfínter anal, uno interno involuntario y otro externo voluntario.

Los movimientos de mezcla del colon son semejantes a los movimientos de segmentación del intestino delgado. Las contracciones concéntricas del colon producen grandes bolsas llamadas haustras, las constricciones circulares duran unos 30 segundos, y se repiten al acabo de unos minutos en zonas vecinas, pero no en las mismas. De esta manera la materia fecal se forma lentamente y se revuelve de forma muy parecida a como un jardinero mueve la tierra. Ordinariamente pasan cada día al colon unos 500 mililitros de quimo; antes de que tenga lugar la defecación, son absorbidos unos 400 mililitros, que corresponden principalmente a agua y a los electrolitos, dejando un volumen medio de 100 mililitros de heces al día.

En el colon no se observan los movimientos peristálticos típicos del intestino delgado pues el 99% del tiempo el colon no tiene ningún peristaltismo. Pero cuando la víscera se llena, se presentan en rápida sucesión varios movimientos peristálticos potentes llamados movimientos en masa. Éstos recorren grandes distancias a la materia fecal, a veces desde el colon ascendente hasta el descendente. Al cabo de unos minutos los movimientos en masa cesan y se repiten muchas horas más tarde, cuando alguna parte del colon se vuelve a llenar. Cuando los movimientos en masa del colon han llevado la materia fecal al recto, se produce un reflejo especial llamado reflejo de defecación, que vacía el recto y las partes bajas del colon.(Martínez, 1997).

Cuando se llena el recto, se excitan terminaciones nerviosas que mandan impulsos a la parte baja de la médula espinal, esto produce la transmisión de impulsos reflejos por los nervios para simpáticos sacros, hacia el colon descendente, sigmoide, recto y esfínter anal interno; se relaja este esfínter y se contrae la pared intestinal. De esta forma, el reflejo produce el vaciamiento del colon siempre y cuando el esfínter anal externo se encuentre también relajado. Pero el esfínter anal externo es un músculo estriado, guardián de la abertura anal, que recibe nervios somáticos voluntarios y que puede ser relajado o contraído a voluntad. Si las circunstancias no son propicias para el vaciamiento intestinal el cierre del esfínter anal externo impide la defecación a pesar de la producción del reflejo. La continencia y la evacuación voluntaria de heces es el resultado de una compleja interacción entre componentes viscerales y somáticos que se pueden agrupar en tres grandes apartados:

sensorial, estructural y motor; que permiten la detección, discriminación, retención y expulsión controlada de las heces.

- **Componente sensorial:** La sensación provocada por la distensión rectal es de la mayor importancia para tener conciencia de la llegada de material fecal al recto y para la puesta en marcha de una serie de reflejos intramurales y medulares que mantengan la continencia y permitan discriminar las características de la sensación de distensión en cuanto a intensidad y consistencia del contenido rectal que la produce.
- **Componente estructural:** Esta formado por el ángulo ano-rectal, el sistema de la válvula en mariposa, y el rosetón mucoso. Interviene principalmente en la continencia anal produciendo un bloque variable de la transmisión de los incrementos de presión intra-abdominal hacia el aparato esfinteriano. El ángulo ano-rectal esta mantenido por el tono del músculo puborrectal y el haz profundo del esfínter anal externo, que circunda por detrás de la parte superior del esfínter anal a su paso por el lecho pélvico.
- **Componente motor:** Está formado por el esfínter anal interno y un conjunto de músculos estriados con una compleja disposición formada por los distintos fascículos del elevador del ano y el esfínter anal externo. Toda la musculatura estriada se comporta como una unidad funcional, presentando durante el reposo un nivel bajo continuo de actividad.

El sistema gastrointestinal tiene su propio conjunto intrínseco de nervios, conocido como plexo extramural. Sin embargo, tanto la estimulación parasimpática como la simpática pueden afectar la actividad gastrointestinal. En general la estimulación parasimpática, aumenta el grado global de actividad del tracto gastrointestinal al promover peristaltismo y relajación esfinteriana, lo que permite la propulsión rápida del contenido a lo largo del trayecto. Este efecto de propulsión se asocia a aumentos simultáneos en los ritmos de secreción de muchas de las glándulas gastrointestinales.

La función normal del tracto gastrointestinal no depende mucho de la estimulación simpática. Sin embargo cuando ésta es firme inhibe el peristaltismo y aumenta el tono esfinteriano. El resultado neto es una propulsión muy lenta del alimento a través del tracto y a veces también menor secreción. Las glándulas más grandes que intervienen en el proceso de digestión son el páncreas y el hígado.

2.1.5 El páncreas y el hígado.

El páncreas es una glándula voluminosa situada inmediatamente debajo del estómago. Vierte alrededor de 1200 mililitros de secreción diarios en la porción superior del intestino delgado, 3.75 cm después del píloro. Esta secreción contiene en abundancia amilasa para digerir carbohidratos, tripsina y quimiotripsina para la digestión de proteínas, lipasa pancreática para digerir grasas y otras enzimas menos importantes (Ganong, 1992).

Además de las enzimas digestivas, la secreción pancreática contiene abundante bicarbonato sódico, que se combina con el ácido clorhídrico del estómago y forma cloruro sódico y ácido carbónico. El ácido carbónico es absorbido por la sangre, se convierte en agua y anhídrido carbónico, y este último es eliminado por los pulmones. El resultado definitivo es el aumento de la cantidad de cloruro sódico, sal neutra, en el intestino. Así pues, la secreción pancreática neutraliza la acidez del quimo procedente del estómago. Esta es una de las funciones pancreáticas más importantes.

El hígado secreta una solución llamada bilis que posee abundantes sales biliares, una cantidad moderada de colesterol, una pequeña cantidad del pigmento verde de la bilirrubina, producto de desecho de la destrucción de eritrocitos, y otras sustancias menos importantes. El único componente importante de la bilis para la función digestiva son las sales biliares, el resto de la bilis consta en realidad de productos de desecho que se eliminan por esta vía.

Las sales biliares no son enzimas para la digestión de alimentos, sino que actúan como detergentes, sustancias que disminuyen la tensión superficial de las grasas. Esto

ayuda a que los movimientos mezcladores del intestino conviertan los glóbulos grasos grandes de la comida en glóbulos más pequeños, lo cual permite que las lipasas¹² del aparato intestinal actúen en áreas superficiales mayores de la grasa y la digieran. Sin esta acción de la bilis, la digestión de grasas alimenticias sería casi nula.

Aunque la secreción biliar es continua, el flujo de bilis hacia el aparato gastrointestinal no lo es. El esfínter de Oddi normalmente impide el flujo de bilis del colédoco al duodeno; en lugar de fluir al intestino la bilis se acumula en la vesícula biliar, comunicada al colédoco. La mucosa de la vesícula reabsorbe gran parte de los líquidos y electrolitos de la bilis, que pasan a la sangre. Así las demás sustancias biliares que no pueden ser reabsorbidas se concentran hasta doce veces, y la vesícula, aunque su volumen máximo es de 50 mililitros, contiene los componentes activos (ácidos biliares) de la totalidad de la secreción diaria de bilis por el hígado, unos 600 mililitros (Ganong, 1992).

Es importante tener un conocimiento básico de cual es la ubicación y anatomía de cada uno de los órganos y vísceras que componen el aparato digestivo, esta información nos será de gran utilidad para poder comprender y conjeturar de una mejor manera cuales son los órganos que producen tal o cual síntoma del colon irritable o cual esta realizando sus funciones de una forma deficiente produciendo alteraciones en todo el aparato.

No cabe duda que nuestra existencia depende de la salud de este tubo de unos nueve metros de longitud que recorre la mitad de nuestro cuerpo. Ahora bien, constantemente el aparato digestivo está recibiendo agresiones: virus, bacterias, parásitos y otros microorganismos que intentan instalarse en su interior. A veces los propios alimentos que ingerimos alteran el funcionamiento o dañan de forma peligrosa la estructura intestinal. Y, en otras ocasiones, algunas piezas digestivas acarrean defectos congénitos que obligan a los especialistas a reparar mediante cirugía.

En la actualidad, las patologías del aparato digestivo constituyen un problema de salud de índole mayor. Como muestra tenemos varios “botones” obtenidos del *Cuaderno de*

¹² Sustancias hidrosolubles.

Estadísticas Demográficas, publicado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: De las 436,321 defunciones debidas a las 20 principales causas de muerte en México, 4,925 ocurrieron por tumor maligno de estómago; 21,753 por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; 8,359 por enfermedades infecciosas intestinales y 3,279 por complicaciones de las úlceras gástrica y duodenal.

“Una de las razones principales para el aumento de los trastornos funcionales del aparato digestivo son los altos niveles de estrés que se sufre en las grandes ciudades y una dieta inadecuada”, señala la doctora Margarita Dehesa Violante, jefa del Departamento de Gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. “Un 30% de la población nacional sufre de estos trastornos, ya sea en el aparato digestivo superior o en el colon”.

Las patologías digestivas que el médico trata con más frecuencia son:

- Estreñimiento
- Dispepsia no ulcerosa
- Gastroenteritis aguda
- Gastritis
- Úlcera duodenal
- Reflujo gástrico
- Úlcera gástrica
- Intestino Irritable

Las enfermedades gastrointestinales que estadísticamente están en franco crecimiento están representadas principalmente por enfermedades funcionales, entre ellas encontramos:

- Intestino irritable
- Dispepsia no ulcerosa
- Cáncer de colon
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Estreñimiento Cirrosis

- Reflujo gastroesofágico
- Tumores esofágicos
- Hemorragia digestiva
- Pancreatitis (aguda y crónica)

Los trastornos funcionales del aparato digestivo, que afectan un 20 por ciento de la población, son dos: el síndrome de dispepsia funcional (SFD), que se manifiesta como episodios recurrentes de dolor abdominal o molestias poco precisas preferentemente en el epigastrio –región superior del abdomen-, y el síndrome del intestino irritable (SII). El SII es más común en mujeres de 30 a 50 años de edad. Los enfermos sienten dolor en el abdomen y sufren variación del hábito intestinal, distensión abdominal y otros síntomas que no se relacionan con alteraciones estructurales, metabólicas o infecciosas identificables. Las personas con SII cumplen como mínimo con dos de los siguientes criterios médicos: 1.- Dolores abdominales recurrentes durante al menos 3 meses, que se alivian con la defecación o se acompañan de variabilidad en el número de deposiciones diarias y en la consistencia de las heces. 2.- Alteraciones de la defecación presentes al menos en un 25% de las ocasiones, incluyendo uno o más de los siguientes síntomas: alteración de la frecuencia defecatoria; cambios en la consistencia de las heces, presencia de moco en las heces y variaciones de la defecación (urgencia defecatoria y sensación de evacuación incompleta). Además de estos síntomas los pacientes con SII presentan flatulencia y/o distensión abdominal (Koretz, 1995)

2.2 El Síndrome del Intestino Irritable (SII)

El síndrome del intestino irritable es un trastorno funcional digestivo que se engloba dentro de los trastornos intestinales junto con la distensión abdominal funcional, el estreñimiento funcional, la diarrea funcional y los trastornos intestinales funcionales inespecíficos. Monés (2000), define el SII como un grupo de alteraciones funcionales que cursan con malestar abdominal o dolor en relación con las evacuaciones y asociados con el cambio en el ritmo de las deposiciones y con sus características. Por su parte, Cañedo (1991) concluyó que el colon irritable es un padecimiento funcional caracterizado por

trastornos de la motilidad, la cual se disminuye, se aumenta o se deforma a pesar de la falta de defecto estructural o bioquímico reconocible en el órgano.

Para designar este padecimiento, se han empleado un sin número de nombres que reflejan la confusión en los conceptos sobre su etiopatogenia conocido también como *colitis espástica*, *colon inestable*, *neurosis colónica*, *enterocolopatía funcional*, *síndrome de disfunción intestinal*, *colitis de adaptación*, *colitis mucosa*, *colon neurógeno*, *dis-sinergia del colon*, *síndrome funcional intestinal*, y actualmente se ha tomado la decisión de denominarlo como Síndrome de Intestino irritable. La causa concreta que produce el SII se desconoce. En la actualidad se aboga por un modelo biopsicosocial para dar explicación a las molestias que produce y las repercusiones sociales, personales y médicas que conlleva. En este modelo se tienen en cuenta tanto los factores predisponentes como los fisiopatológicos o los psicológicos.

Sin duda, el SII es importante, aunque solo sea por su enorme prevalencia y, por tanto su gran repercusión sanitaria, social y económica. El número de consultas médicas diarias y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. Supone, además, una de las principales causas de ausentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente, sí condiciona de forma considerable su calidad. El SII tiene un impacto en muchos ámbitos de la vida, como el sueño y el funcionamiento sexual, y esta asociado a niveles altos de ansiedad y depresión (Badia, 2000).

El SII es una entidad clínica frecuente, que supone más del 25% de las consultas gastroenterológicas. Se han publicado varios estudios epidemiológicos en diversos países del mundo, aunque la mayor parte de los datos provienen de los Estados Unidos de América y del reino Unido. Estos estudios muestran prevalencias variadas que dependen principalmente de la muestra de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados¹³. Incluso utilizando los mismos criterios los resultados varían dependiendo del

¹³ Los criterios diagnósticos más empleados son el criterio de Manning y los criterios de Roma I y II.

número de síntomas requeridos para establecer el diagnóstico. Así, por ejemplo, en un estudio realizado sobre una muestra de población general de los E.U., que incluía a 1021 sujetos, la prevalencia del SII era variable según se considerasen al menos dos de los criterios de Manning¹⁴ (17%) o al menos tres de los criterios de Manning (12.8%). En otro estudio realizado en Australia en 730 sujetos de la población general se determinó la tasa de prevalencia del síndrome del intestino irritable aplicando al menos dos de los criterios de Manning (13.1%), así como los criterios de Roma (12.3%), con una concordancia del diagnóstica del 82.3%. (Balboa & Mearin, 2000)

En la mayoría de los estudios realizados se observa una mayor prevalencia del SII en el género femenino que en el masculino, estas cifras varían dependiendo de los criterios diagnósticos y el país a estudiar. Además de estas diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres también existen diferencias en cuanto a la sintomatología, no tanto en lo que respecta al dolor abdominal, pero sí en síntomas como la emisión de moco rectal, la sensación de evacuación incompleta, la distensión abdominal o la presencia de heces caprinas, que son más frecuentes en las mujeres.

Algunos estudios parecen indicar que la prevalencia del SII tiende a disminuir con la edad, aunque en otros estudios realizados en el Reino Unido la prevalencia es mayor en sujetos de edad avanzada. Los datos obtenidos del análisis específico de grupos ancianos sugieren que, ciertamente, la prevalencia es inferior a la de la población general.

Las molestias del SII tienen una importante repercusión sobre las actividades personales y sociales de los pacientes. En los estudios que lo han valorado se ha demostrado que las personas que lo sufren tienen un empobrecimiento de su calidad de vida en comparación con la población general. El grado de afectación de la calidad de vida parece estar relacionado con la intensidad de los síntomas y con la presencia de trastornos psicológicos. Además, los propios trastornos psicológicos presentes en un considerable número de enfermos afecta también sus relaciones y actividades sociales. Es de destacar

¹⁴ Ver página 64

que la calidad de vida de estos pacientes mejora en función del alivio o desaparición de las molestias digestivas.

La relación tan frecuentemente observada entre la tensión emocional y los trastornos funcionales del colon, ha sido un hecho de observación común para los médicos, psicólogos y los propios pacientes, por ejemplo, los estudios realizados por Amy y Cols, citado en Cañedo (1991) dieron validez científica a este hecho al demostrar con la investigación clínica la relación entre el registro quimiográfico del tono y motilidad del colon, con los estados provocados experimentalmente a través de entrevistas en las que se producía gran tensión emocional. La presentación de estados de tipo agresivo, hostil o combativo, se relacionaba con la amplitud de las contracciones del colon distal, mientras que los estados emotivos de tipo pasivo, con tendencia al llanto y a la huída frente a diversos conflictos estaban relacionados con la disminución de la amplitud de las contracciones.

Es importante mencionar, que en la práctica, la respuesta motora a nivel colónico puede ser variable, de acuerdo con experiencias de la infancia y en cada caso en particular.

Los pacientes con SII son víctimas de ansiedad, inseguridad, sentimientos de culpa, resentimientos, etc.; otros, en cambio tienen un concepto rígido, a veces obsesivo, en su manera de pensar preocupándose excesivamente y sometiéndose de esta manera a gran tensión emocional. Se ha pretendido relacionar el estreñimiento del colon irritable con conflictos emocionales en los que predomina la hostilidad o el resentimiento. Y en cambio la diarrea, con sentimientos de culpa, y de huída frente a diversos conflictos. Sin embargo, existen autores que han negado la relación entre el Síndrome del Intestino Irritable y los desequilibrios emocionales.

Monés (2000), resalta que el SII se caracteriza por una hipersensibilidad visceral posiblemente relacionada con una anormal comunicación del intestino con centros nerviosos superiores. Dos recientes trabajos publicados demuestran cambios en el tono rectal ante estímulos que indican cólera, tristeza, ansiedad, etc., sugiriendo que alteraciones

en la función motora intestinal pueden ser influenciados por percepciones centrales más o menos estresantes, indicando una clara relación entre mente, cerebro e intestino.

2.2.1 Cuadro clínico

Los síntomas suelen observarse con mayor frecuencia en una proporción de 2 a 1 con respecto a los hombres, se presenta habitualmente en el paciente adulto joven entre los 20 y los 50 años de edad. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, meteorismo, constipación, diarrea, heces poco abundantes, sensación de defecación insuficiente, episodios alternos de constipación y diarrea y moco (Grendell, 1997).

El dolor frecuentemente está localizado en la mitad inferior del abdomen y puede localizarse, sobre todo en los cuadros agudos, en alguno de los cuadrantes inferiores y, en ocasiones, en el epigastrio. El carácter del dolor suele ser mal definido y en nuestro medio, las mujeres sobre todo lo definen como “inflamación” exacerbado con la ingestión de alimentos, sobre todo si son irritantes, o bien con el ejercicio; suele disminuir con la expulsión rectal de gases o la evacuación y con el reposo. Otras veces el dolor lo definen como “cólico” con deseos de evacuar o de canalizar gases y a veces seguido de diarrea. Otras ocasiones el dolor se acompaña de episodios de diarrea y constipación, especialmente cuando el paciente con estos trastornos es portador de otros padecimientos frecuentes en nuestro medio (amibiasis, giardiasis, etc.). El meteorismo generalmente acompaña al dolor y suele aumentar en el transcurso del día, sobre todo si se acompaña de constipación y de expulsión difícil de gases; aumenta con el ejercicio, la tensión emocional y la ingestión de irritantes

La constipación, también frecuente alterna en la mayoría de los pacientes con diarrea, acompañada de grandes deseos de evacuar, escasas cantidades de heces generalmente semilíquidas con moco, sin sangre, frecuentemente seguidas de la sensación de haber evacuado insuficientemente sobre todo en las primeras horas del día, a veces antes y después del desayuno. Rara vez hay diarrea nocturna y cuando existe, el clínico debe considerar la posibilidad de una alteración orgánica agregada. Es común que los trastornos

mencionados coincidan con los trastornos funcionales de otros aparatos o sistemas del organismo, por ello, los pacientes pueden referirse a trastornos funcionales del esófago, estómago e intestino delgado, y también palpitaciones, taquicardia, sudoración, jaqueca, e inclusive neurodermatitis (Koretz, 1995).

Uno de los principales problemas que surge a la hora de valorar la importancia del SII es el de realizar un diagnóstico de algo que no se ve y no se mide y para el que no existen exploraciones confirmatorias eficaces. Por tanto, el diagnóstico de SII es clínico y, fundamentalmente, de exclusión. Las exploraciones complementarias sirven para descartar otras enfermedades, y su elección dependerá de cuál sea la sospecha diagnóstica y los factores de riesgo del paciente.

En un intento de unificar el diagnóstico clínico de SII se han descrito una serie de criterios que agrupan los diferentes síntomas y pretenden establecer un diagnóstico positivo del síndrome. Los criterios más utilizados fueron los publicados por Mannig et. al. en 1978, que están reflejados en la tabla I, y que posteriormente han sido modificados en diversas ocasiones. En estudios posteriores se ha observado que de estos seis criterios los tres primeros tienen un mayor valor predictivo diagnóstico, mientras que los tres últimos son de menor utilidad. Posteriormente, en 1992, se establecieron unos criterios más precisos, fueron los llamados *criterios de Roma* (tabla II). Estos criterios han sido modificados recientemente con el fin de precisar aún más la definición del SII, dando lugar a los denominados *criterios de Roma II*, reflejados en la tabla III (Balboa, 2000).

TABLA I
Diagnóstico del SII. Criterios de Manning
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal que mejora con la deposición. • Deposiciones blandas en relación con el dolor. • Mayor número de deposiciones en relación con el dolor. • Distensión abdominal. • Presencia de moco en deposiciones. • Sensación de evacuación incompleta.

TABLA II Diagnóstico del SII. Criterios de Roma
Dolor en hemiabdomen inferior
<ul style="list-style-type: none"> - Se alivia con la defecación. - Se asocia a cambio en el ritmo deposicional. - Se asocia a cambio en la consistencia de las heces.
Dos o más de los siguientes criterios
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración frecuencia deposicional. - Alteración en la consistencia de las deposiciones. - Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta). - Moco en la deposición. - Hinchazón o distensión abdominal.

TABLA III Diagnóstico del SII. Criterios de Roma II
<p>Dolor/molestia abdominal 12 semanas/año (no necesariamente consecutivas) durante los últimos 12 meses, acompañada de dos o más de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se alivia con la defecación. - Se asocia a cambio de ritmo deposicional. - Se asocia a cambio en la consistencia de las heces. <p>Apoyan el diagnóstico (aunque no son imprescindibles):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración frecuencia deposicional (más de 3 dep./día o menos de 3 dep./semana). - Alteración en la consistencia de las deposiciones (más del 25% de las ocasiones) - Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta en más del 25% de las ocasiones).

- Moco en la deposición (más del 25% de las ocasiones).
- Hinchazón o distensión abdominal (más del 25% de los días)

2.2.2 Fisiopatología del síndrome de intestino irritable.

Los síntomas funcionales del intestino reflejan casi indudablemente a un grupo de padecimientos con causas múltiples. Varios mecanismos interactúan en un mismo momento para inducir los síntomas. En la actualidad es clara la evidencia de que se producen alteraciones fisiológicas en cuando menos un subgrupo de pacientes, lo que sugiere que los síntomas no son ni imaginados ni solo el producto de trastornos crónicos. Los mecanismos identificados en el SII se resumen en el cuadro A.

Cuadro A. Fisiopatología del intestino irritable.

Síntoma	Anormalidades supuestas
Dolor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en la respuesta del colon y del íleon terminal a las comidas. - Contracciones propagadas prolongadas en el íleon terminal. - Racimo de contracciones discretas en el intestino delgado proximal.
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de contracciones colónicas de gran amplitud.
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en las contracciones colónicas de gran amplitud. - Aumento del tono colónico durante el ayuno. - Exceso de secreción de líquidos en el íleon en respuesta a los ácidos biliares.
Timpanismo/	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad intestinal (colon, intestino delgado).

- Distensión
- Disminución en la transferencia ileocolónica de quimo.
 - Sin relación con retención de gas, protrusión voluntaria, lordosis lumbar, depresión del diafragma.

Sensación de tencomo - Hipersensibilidad rectal.
/urgencia

A. Percepción visceral anormal

La percepción visceral anormal representa uno de los trastornos fisiológicos fundamentales. Los estímulos aferentes son conducidos desde el intestino hasta el encéfalo por nervios vagales y raquídeos aferentes. En el SII pueden alterarse las sensaciones rectal, colónica o del intestino delgado; un subgrupo de pacientes tiene un intestino más “sensible” a la distensión en comparación con controles sanos. En el SII con predominio de diarrea, por ejemplo, se ha encontrado aumento en la resistencia rectal al estiramiento, así como aumento en la sensibilidad rectal, en hasta 60% de los pacientes, en comparación con menos de 10% que tienen síntomas predominantes de estreñimiento.

Por otra parte, los estudios muestran que la mayoría de los pacientes funcionales no tiene umbrales más bajos para molestias corporales generales (por ejemplo, dolor inducido por inmersión de la mano en agua helada), ni aun en presencia de intestino hipersensible (por ejemplo, un intestino sensible a la distensión con globo). Por tanto, la hipersensibilidad visceral en el SII no se explica por un umbral de dolor bajo en general. No es clara la posibilidad de que el aumento en la percepción intestinal se deba a una anomalía de órgano terminal, aumento en el relevo de impulsos aferentes o la alteración en el procesamiento central (Grendell, 1997).

B. Alteración de la función motora intestinal

Se pensó que la alteración de la función motora intestinal tenía un significado de orden mayor. En el decenio de 1970, se comunicó que la actividad mioeléctrica colónica anormal de tres ciclos / minuto se relacionaba con el SII, pero ahora en los últimos tiempos

se ha considerado como un epifenómeno. La motilidad colónica basal no se altera en el SII; pero el colon puede responder de manera anormal al estrés, fármacos colinérgicos o factores hormonales (por ejemplo, colecistocinina). El tránsito colónico y del intestino delgado también puede perturbarse y se relaciona, en general, con el patrón somático predominante en el SII (por ejemplo, tránsito rápido con diarrea y lento con estreñimiento).

Ciertos patrones motores del intestino delgado se relacionan con el dolor abdominal en el SII. Por ejemplo, durante el ayuno, se producen agrupamientos de ondas de presión yeyunal en algunos pacientes con SII, que coinciden con dolor abdominal y desaparecen durante el sueño. También se registran en el SII ondas de propulsión ileales junto con dolor. Se sugiere que anomalías en la percepción sensitiva inducen alteraciones en los reflejos nerviosos locales que a su vez alteran la función motora intestinal (Wolfe, 2001).

C. Disfunción motora extraintestinal

En el SII se observa disfunción motora extraintestinal en pulmón, vejiga urinaria, y vesícula biliar. Por lo regular, los estudios sugieren que hay una anomalía generalizada ya sea del propio músculo liso o del sistema nervioso que inerva al intestino y a otros órganos. La disfunción extrínseca puede originarse en el sistema nervioso central o dentro del nervio vago (que proporciona inervación sensitiva y motora a estómago, intestino delgado y colon proximal).

D. Anormalidades del sistema nervioso autónomo.

En algunas ocasiones se ha observado disfunción vagal y disfunción adrenérgica simpática en una minoría de pacientes con SII referidos a centros especialistas.

E. Factores psicológicos.

Los trastornos psicológicos pueden desempeñar un papel debido a que la función intestinal se altera como respuesta al estrés agudo u otros factores emocionales. Enfermedades psiquiátricas agregadas y abuso sexual en el pasado contribuyen a la exacerbación de trastornos psicológicos y, por tanto, a disfunción intestinal en individuos predispuestos.

Se informa que de 40 a 100% de los pacientes con SII tiene enfermedades psiquiátricas, pero esta cifra puede ser engañosamente alta si se considera que los estudios se basaron en pacientes seleccionados vistos en centros de especialidades, y las enfermedades psiquiátricas coexisten en general con enfermedad intestinal orgánica. Pocas veces se comunica de manera espontánea al médico el abuso sexual o físico. Sin embargo, se reconoce que el antecedente de abuso sexual se relaciona con enfermedades crónicas y múltiples trastornos, y se ha encontrado una relación entre abuso y el SII tanto en pacientes externos como en la comunidad. En un estudio, 30% de pacientes externos con SII tenía una historia de incesto o violación. Los pacientes con antecedentes de abuso tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedades psiquiátricas.

F. Dieta e infecciones

Existen otros factores importantes. En pacientes susceptibles, el contenido luminal de materias como sorbitol, fructuosa y ácidos biliares, puede inducir síntomas, tales como diarrea y timpanismo. Otros factores dietéticos implicados en el SII incluyen ingestión deficiente de fibras o intolerancia a los alimentos, pero aun se carece de datos convincentes.

También se piensa que las infecciones pueden preparar al intestino para que se produzcan alteraciones funcionales. En la historia clínica, una minoría de pacientes con SII sitúan el inicio de sus síntomas después de una enfermedad viral o diarrea del viajero. En el íleon terminal de algunos pacientes con SII se observa un exceso de células cebadas que se presentan en proximidad cercana a los nervios sensitivos en la mucosa. Es concebible que la inflamación u otros estímulos nocivos sensibilicen a receptores del intestino que originan síntomas, aún después de que el estímulo inicial ha desaparecido.

2.2.3 Tratamiento

En primer lugar se recomienda tranquilizar y orientar a los pacientes, se les debe informar la naturaleza del SII en términos comprensibles y hacerles ver que nunca culminará en un cáncer o colitis, ni acortará la esperanza de vida.

En términos generales, se acepta que el tratamiento inicial del SII es la intervención alimenticia. Se recomienda aumentar el contenido de fibra vegetal de los alimentos con lentitud, hasta llegar a 20-30 g / día, los alimentos que más se recomiendan son frutas con cáscara como la manzana y piña, vegetales al vapor y que consuma los vegetales crudos que pueda comer como chayote o calabaza. El fundamento de tal proposición es que al aumentar la cantidad de dicha fibra se acortará el tiempo de tránsito por todo el intestino y disminuirá la presión intracólica. Se considera que la fibra vegetal brinda beneficio máximo en individuos con SII en que prevalece el estreñimiento.

El salvado no refinado de trigo sigue siendo un elemento muy barato y cómodo que aporta fibra alimentaria, y que si se consume en forma apropiada, duplica prácticamente el peso de los excrementos. En algunas personas con SII que aumentan el contenido de fibra de sus alimentos pueden exacerbarse signos como timpanismo, distensión y flatulencia rectal, pero dichas manifestaciones a menudo se estabilizan en el término de semanas si se convence a la persona que continúe con el consumo de su dieta abundante en fibra.

Descartar de la dieta algunos alimentos puede auxiliar a algunas personas con SII; después de ingerir alimentos como leguminosas, lentejas y coles, puede haber exceso de gases (flatulencia), porque no se absorbe su contenido de carbohidratos complejos en el intestino delgado, sino que las bacterias los fermentan en el colon; no consumir los alimentos en cuestión puede aminorar la expulsión de gases. El timpanismo y la flatulencia pueden mejorar si se disminuye o evita el consumo de bebidas carbonatadas que contienen sorbitol en exceso. Otros alimentos productores de gases que se han identificado incluyen leche y sus derivados, zanahorias, cebollas, coles de Bruselas, uvas pasas, plátanos, jugo de ciruela y germen de trigo. Como aspecto ocasional, se sabe que algunos sujetos con flatulencia excesiva mejoran con tabletas de carbón vegetal activado, tres o cuatro veces al día.

En el caso de diarrea funcional se identifica intolerancia a alimentos específicos incluso en la mitad de los pacientes que son sometidos a una dieta de eliminación de

alimentos para identificar y sustituir los alimentos que producen el malestar. El método anterior se considerará sólo en individuos con síntomas en que predomina la diarrea recalcitrante. El cromoglicato ha demostrado efectividad en el alivio de la diarrea en pacientes con SII.

Se dispone de diferentes clases de antiespasmódicos que incluyen anticolinérgicos, relajantes del músculo liso y bloqueadores de conductos de calcio. Todos ellos inhiben de manera eficaz la respuesta gástrica. Un anticolinérgico ingerido de 30 a 45 min. antes de una comida, puede aplacar el dolor posprandial y la diarrea. Los principales agentes de esta categoría son la dicitolmina, propantelina, belladona e hiosciamina (Wolfe, 2001).

La serotonina es un mediador de la sensación intestinal visceral, a través de los receptores 5HT₃. Los antagonistas de 5HT₃ aminoran la hipersensibilidad rectal, el tono posprandial del colon y el tiempo de tránsito del intestino grueso. En el caso de SII se ha demostrado que el ondansetron, un antagonista del receptor de 5HT₃, mejoró la consistencia de las heces en personas con diarrea, pero en otras ocasionó una exacerbación del dolor abdominal. El granisetron, otro antagonista selectivo de 5HT₃, es promisorio (Grendell, 1997).

Para aplacar el timpanismo y el dolor abdominal se han utilizado agonistas de opioides. La modulación de la nocicepción ocurre en las terminales periféricas de los nervios aferentes en el sistema nervioso entérico, y a nivel de la mucosa. En los plexos nerviosos intrínsecos se identifican tres principales receptores de opioides, y de ellos los menos abundantes son los receptores kappa. La fedotozina actúa preferentemente en receptores opioides periféricos y posee una pequeña selectividad por receptores kappa.

Existen datos de que el octreótido, análogo de la somatostatina, mejora la urgencia para la defecación en personas con SII al aminorar la percepción de la distensión rectal por medio del bloqueo de vías aferentes viscerales. Un problema importante con él es el método incómodo de administración y los posibles efectos adversos como los cálculos vesiculares.

Los laxantes estimulantes comprenden bisacodil, sen, fenolftaleína, dantron y ácido ricinoleico. Todos ellos estimulan el peristaltismo intestinal y hacen que las asas intestinales secreten agua. No es recomendable usarlos en personas con SII ante la posibilidad teórica de que dañen el plexo mientérico del colon y en consecuencia, empeoren en grado notable y a largo plazo el estreñimiento. Otros efectos adversos de los estimulantes del colon incluyen erupciones de la piel y cólicos abdominales.

Los laxantes osmóticos que incluyen la leche de magnesia o lactulosa son útiles y deben ser el tratamiento de primera línea en sujetos con SII en que predomina el estreñimiento y que no mejoran con fibra vegetal ni suplementos de fibra en la alimentación. Los agentes osmóticos pueden inducir hipermagnesemia si hay deficiencia de función renal. También pueden exacerbar la diarrea e inducir cólicos abdominales (Wolfe, 2001).

A veces son útiles los reblandecedores de heces o agentes humectantes como el docusato sódico. Los compuestos en cuestión pueden facilitar la absorción de otros laxantes que normalmente no se absorben, por lo que es mejor no combinarlos con este último grupo de compuestos. Su actividad es lenta y pueden inducir anorexia, vómitos y diarrea.

A veces ayudan a la rehabilitación del colon los supositorios o las enemas en casos de estreñimiento grave que acompaña al SII.

Los antidiarreicos opioides inhiben las secreciones intestinales e incrementan la absorción de líquidos y electrolitos al prolongar el tiempo de tránsito intestinal. La loperamida es un derivado de butiramida cuya estructura es semejante al difenoxilato. Sin embargo, una de sus ventajas principales es que no posee actividad opioide en dosis habituales. Su acción dura largo tiempo y su comienzo de actividad es más rápido que los del difenoxilato o la codeína. La loperamida mejora la diarrea, la urgencia para la defecación y los borborismos; al parecer también incrementa en grado mínimo el tono del

esfínter anal, pero mejora la continencia en individuos con diarrea, lo cual puede favorecer a un subgrupo pequeño de personas con SII que tienen también incontinencia fecal.

En individuos con SII refractario, los antidepresivos ocupan un lugar valioso. Los agentes tricíclicos poseen acción anticolinérgica periférica y también acción analgésica central. Se supone que los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina tienen una acción en el sistema nervioso central que origina analgesia.

Se recomienda iniciar la administración de los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas (como amitriptilina, 10 a 25 mg. por la noche). El comienzo de su acción puede durar incluso treinta días, por lo que hay que alentar a las personas para que no interrumpan el tratamiento en un lapso razonable.

Los resultados de estudios del tratamiento psicológico de personas con SII han sido obstaculizados por problemas metodológicos. En una revisión sistemática hecha de 1996-2000 se identificaron 14 estudios con testigos; ocho señalaron que el tratamiento psicológico era mejor que los testigos. Solo un estudio de hipnoterapia rebasó la cifra adecuada de "corte" prefijada, que aplicaba un algoritmo de calidad. Se concluyó que no se disponía de pruebas inequívocas de que los tratamientos psicológicos funcionaran en SII, pero la experiencia clínica sugiere que algunos pacientes han obtenido beneficio a largo plazo.

La psicoterapia orientada dinámicamente (modificación del comportamiento de adaptación deficiente, educación y métodos de afrontamiento de estrés), pero no la psicoterapia de grupo, al parecer es una técnica promisoría. También se han hecho estudios con tratamientos con múltiples componentes (educación, relajación, biorretroalimentación térmica, dieta / acondicionamiento físico y entrenamiento para solucionar problemas), manejo y disminución del estrés que incorpore instrucción y respiración o la sola relajación, terapia cognitivo conductual y biofeedback, y sus resultados han sido promisorios(Wolfe, 2001).

Sólo en los individuos con síntomas rebeldes se ha considerado el tratamiento psicológico. Las personas que al parecer reaccionan mejor con él incluyen las que tienen síntomas variables y periódicos que vinculan con dificultades emocionales o estrés. Los sujetos que se resisten a la idea de que en su enfermedad son importantes los factores psicológicos y los que tienen valor constante, posiblemente no mejoren con la psicoterapia. El estreñimiento y la distensión abdominales también son más resistentes al tratamiento, que la diarrea y el dolor abdominal.

En general la psicoterapia que reciben los pacientes con colon irritable está dirigida a proporcionar herramientas y habilidades de relajación y manejo adecuado de estrés, para evitar la exacerbación de los síntomas por este factor, también se utiliza la reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos, ideas y sentimientos hacia el propio paciente y su condición de enfermo. Este tipo de terapias son eficaces en el corto tiempo pero a final de cuentas los malestares regresan y algunas veces lo hacen con mayor intensidad.

2.3 El Síndrome de Intestino Irritable de acuerdo con Medicina Tradicional China

Se trata de un trastorno de la motilidad que afecta el intestino delgado y el colon, asociado con grados variables de dolor abdominal, diarrea, estreñimiento o periodos alternados de estos estados, como reacción a situaciones de alarma en individuos susceptibles.

Generalmente la afección se inicia con lentitud y lleva un largo proceso. Posiblemente, se mantiene en ataques sostenidos, o ataca repetidas veces. Sus manifestaciones clínicas principales son los síntomas gastrointestinales a los cuales pueden estar asociados el insomnio, pesadillas, amnesia, lasitud, irritabilidad, cefalea, palpitaciones, angustia, sudoración nocturna, espermatorrea y otras molestias inherentes. El SII se observa con bastante frecuencia, sobre todo en los jóvenes y los adultos, con mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino. Psicológicamente muchos pacientes son de personalidad obsesiva-compulsiva. Según los cuadros nosológicos de la medicina

tradicional el SII se puede ubicar dentro del Bazo e Hígado, aunque también puede incluir al Pulmón y al Riñón.

Según Chonghu (1992), desde el punto de vista etiológico se pueden ubicar las siguientes tres condiciones:

1. Factores emocionales que afectan al Hígado (ira). Se produce una alteración en la función SHU XIE que provoca una pérdida de control y regulación del peristaltismo en intestino delgado e intestino grueso, de tal forma que se provocan alteraciones en:

- Peristalsis que provoca regurgitaciones
- Secreción gástrica provoca náuseas y vómitos
- Pérdida del tono del cardias provoca eructos y distensión
- Trastornos de la secreción del páncreas provoca borborismos, flatulencia, evacuaciones pastosas, secreción de moco.

2. Lesión por bebidas y alimentos. La falta de ritmo en la alimentación lesiona al Bazo-Estómago, lo que altera el proceso de transformación, la deficiencia del Bazo no podrá transformar adecuadamente los alimentos y no se podrá llevar adecuadamente el proceso de transformación y distribución de los nutrientes, por lo que se presenta la diarrea.

3. Agresión de las energías patógenas externas. Las energías patógenas viento, frío, calor de verano y humedad, pueden lesionar la energía del Bazo-Estómago; puede considerarse también a invasión de viento y frío al Pulmón lo que altera la relación entre Pulmón y el Estómago; o puede involucrarse la humedad y el calor de verano que alteran la función del Bazo por lo que desciende dicha humedad y el calor al intestino y lo altera o afecta.

Teniendo en cuenta que los principales síntomas del SIII son dolor abdominal, diarrea y/o estreñimiento, a continuación se desglosan cada uno de ellos para entender su fisiopatología.

Dolor Abdominal. Es un síntoma frecuentemente visto en muchos desórdenes de los órganos internos. Los factores causales más comunes de esta condición incluyen:

1. Sobrealimentación de comida fría o cruda y exposición del abdomen al frío, los cuales causan estancamiento por frío y bloquean la circulación del Qi.
2. Comida o bebida en forma desmedida o la ingesta de comida contaminada, que provocan retención de alimentos. En este caso, se produce calor y luego los intestinos se bloquean, así, el descenso del Qi de los órganos FU está desordenado.
3. Cambios emocionales drásticos los cuales conducen a un estancamiento del Qi de Hígado, causando fracaso en promover libremente el flujo del Qi en el cuerpo. Dentro de los principales trastornos emocionales tenemos la depresión, la ira, angustia, reflexión o meditación desmedida y obsesión exagerada. Cuando una persona tiene ira, esta lesiona al Estómago el cual falla en su función de descenso, por lo que se presenta eructo y suspiro profundo.

Las principales manifestaciones de esta condición incluyen:

- Dolor de estómago
 - Dolor de hipocondrio
 - Eructo
 - Regurgitación ácida
 - Saburra delgada y blanca
 - Pulso en cuerda.
4. Deficiencia de Yang de Bazo y Riñón. En el caso de deficiencia de yang de Bazo, la función del Bazo esta deteriorada, resultando una pobre fuente de Qi y sangre. La deficiencia de yang de Riñón implica una disminución de fuego de la Puerta Vital. Esto puede ser el resultado del fracaso del calentamiento y nutrición de los Zang-Fu y de los canales colaterales (Chonghu, 1992).

Las manifestaciones clínicas más comunes de esta condición incluyen:

- Distensión de estómago y abdomen superior

- Dolor sordo
- Regurgitación de líquido claro
- Dolor que se alivia con la presión o con el calor, frío en manos y pies
- Heces blandas
- Ausencia de sed
- Lengua pálida, saburra delgada y blanca
- Pulso débil profundo y filiforme.

Al atacar el frío produce debilidad en estómago y Bazo por lo que se presenta distensión de estómago e hipocondrio con dolor sordo. El bazo controla el transporte de los nutrientes y nutre los músculos, por lo tanto cuando hay deficiencia de yang de Bazo se presenta frío en manos y pies; las heces son blandas por debilidad de Bazo y Estómago; y hay ausencia de sed porque el frío y los líquidos pertenecen al yin.

Los tres primeros factores descritos anteriormente son considerados como dolor abdominal por exceso, mientras que el último factor se atribuye a una deficiencia

Diarrea. Se caracteriza por un incremento en la frecuencia de los movimientos intestinales, con evacuaciones flojas o líquidas.

La enfermedad incluye condiciones agudas y crónicas. La diarrea aguda es causada generalmente por una invasión de factor patógeno exógeno que daña al Bazo debido a la deficiencia de Qi o de Yang que originan un exceso de humedad o retención de alimentos que provoca humedad. Esto puede desequilibrar el Jiao Medio y desequilibrar el Estómago y los Intestinos dando como resultado una disfunción en el transporte y transformación y el fracaso para clasificar los nutrientes claros y desechar las sustancias turbias. La diarrea aguda es considerada una condición de exceso.

La diarrea crónica es el resultado de: 1.- Deficiencia de Bazo la cual desordena la transformación permitiendo la producción de humedad. 2.- Sobre-dominancia de Hígado y

como consecuencia deficiencia de Bazo. 3.- Deficiencia de Yang de Riñón, el cual no nutre de Jing al Bazo y ocasiona un mal transporte y transformación de los alimentos (Hou, 1995).

Estreñimiento. Se refiere al retraso de los movimientos intestinales, evacuaciones excesivamente secas y difíciles de expulsar, o movimientos intestinales ineficaces. Clínicamente, esta condición puede ocurrir como enfermedad por sí misma o como síntoma de otra enfermedad. Existen dos tipos de estreñimiento, el estreñimiento causado por exceso y el causado por deficiencia. El estreñimiento por exceso es causado por:

1. Exceso constitucional de Yang y gusto por la comida caliente y condimentada, que da como resultado retención de calor en Estómago e Intestinos.
2. Exceso de calor patógeno en el interior, el cual consume líquidos corporales y da como resultado heces fecales secas y un bloqueo de la circulación del Qi de los intestinos.
3. Cambios emocionales drásticos los cuales dañan la circulación del Qi en el intestino e impiden que descienda.

El estreñimiento por deficiencia frecuentemente ocurre debido a :

1. Agotamiento de Qi y sangre causado por enfermedad prolongada, parto o vejez, en el cual el Qi deficiente no produce peristalsis y la sangre deficiente no humedece los intestinos.
2. Deficiencia de Yang en el Jiao Inferior el cual pierde calor y causa estancamiento de Yin frío, resultando una disfunción de los intestinos en su transporte (Chonghu, 1992).

En resumen, el estreñimiento por exceso es generalmente causado por retención de calor y estancamiento de Qi, mientras que la deficiencia es el resultado del estancamiento de Yin frío y deficiencia de Qi y sangre.

En el padecimiento del colon irritable es posible diferenciar cuatro síndromes etiológicos distintos, de acuerdo al órgano o víscera que se encuentra dañada y si se trata de fenómenos exceso o deficiencia, o si se trata de ataque de energías patógenas de calor o frío (Chonghu, 1992).

1. Sobredominancia de la energía del Hígado sobre el Bazo. El Hígado es el encargado de la dinámica de la energía en todo el organismo y se entiende como el movimiento de ascenso, descenso, entrada y salida de la energía. Este proceso puede ser perturbado por la cólera o la depresión lo cual modifica la circulación adecuada de la sangre y la energía. Todo el organismo depende de la armonía entre la entrada y la salida, ascenso y descenso de la sangre y la energía, su buen funcionamiento condiciona una buena dinámica de sangre y energía sin obstáculos. La mala depuración de la energía altera la circulación de los líquidos y provoca humedad y flema. Por otro lado el Bazo se encarga de la transformación y depuración de alimentos a todo el organismo, este proceso es ayudado por el Hígado. Cuando este proceso falla, la energía estancada en el Hígado impide la adecuada transformación y transporte de los alimentos provocando a su vez que se promueva la humedad en el Bazo. Además de acuerdo a la teoría de los cinco elementos, el Hígado es el abuelo del Bazo, generalmente el Hígado domina al Bazo, pero cuando aparece una sobredominancia del Hígado sobre el Bazo, aparece todo el proceso patológico.

Los síntomas más comunes de este síndrome son:

- Distensión y dolor abdominal
- Borborigmos
- Diarrea (las heces en ocasiones son tipo acuosas)
- Las evacuaciones van acompañadas de mucho gas
- El dolor y la distensión abdominal cede con la evacuación
- La enfermedad se agrava ante alteraciones emocionales (como depresión, enojo)
- Cubierta lingual amarilla
- Saburra delgada
- Pulso cordalis.

2. Deficiencia de Bazo-Estómago. La principal función del Bazo es distribuir la energía Jing Esencial adquirida del producto de la transformación de los líquidos y alimentos. Esto se refiere a la función de digerir, absorber y enviar la energía Jing de los alimentos para nutrir el cuerpo. En esta función colabora de igual manera el Estómago y el Intestino Delgado. Cuando esta función es normal la digestión es adecuada y se genera sangre, energía y líquidos corporales para nutrir el cuerpo. Además, el bazo controla el ascenso de los líquidos claros hacia el calentador superior, donde se transforman en sangre y energía para nutrir todo el organismo. Por otro lado la función principal del Estómago es recibir y digerir los alimentos, y posteriormente descender lo turbio. Cuando las funciones normales del Bazo-Estómago fallan por una deficiencia la comida se estanca y no hay una adecuada producción de sangre, energía y líquidos corporales, además de la serie de manifestaciones que se generan en los intestinos.

El cuadro clínico que corresponde a este síndrome es el siguiente:

- Con frecuencia se presentan evacuaciones lientéricas
- Anorexia
- Las heces fecales en ocasiones son acuosas y en ocasiones son pastosas
- Distensión y malestar abdominal
- Tinte facial amarillo, sin brillo
- Astenia y adinamia
- El problema se agrava cuando no se come con ritmo, o se abusa de alimentos crudos, fríos, grasos o muy condimentados
- Cuerpo de la lengua con impresiones dentarias.
- Lengua pálida
- Saburra delgada y blanca
- Pulso delgado, débil y resbaladizo.

3. Obstrucción por Frío-Humedad en el Intestino Grueso. La principal función del Intestino Grueso es transportar y sacar los desechos turbios (líquidos y sólidos) que provienen del Intestino Delgado. Durante este proceso absorbe parte de los líquidos y forma las heces fecales para luego excretarlas. Cuando el Intestino Grueso es atacado por humedad, que es un factor tipo Yin, se debe a dos causas principales: a) Deficiencia de Bazo, que esta dada por un mal manejo de líquidos y que a la larga provoca humedad. O bien b) Por un aumento de calor en Pulmón en el cual no descienden los líquidos, se acumulan y provocan humedad. Además, al ser atacado por frío que también es un factor patógeno Yin produce un estancamiento de energía y sangre que da como resultado un dolor tipo Yin por estancamiento. Al combinar estos dos factores se produce un estancamiento por humedad-frío en el Intestino Grueso.

Síntomas ocasionados por la obstrucción de la energía en el Intestino Grueso por Frío y Humedad:

- Las evacuaciones son diarreicas o pastosas
- Las evacuaciones tienen una apariencia membranosa, pálidas (como mastiche), frías, acompañadas de dolor abdominal y tenesmo, las evacuaciones pueden estar cubiertas por moco blanco
- Pesantez corporal y cefálica
- Sensación de opresión y plenitud epigástrica.
- Falta de apetito, si hay estancamiento el problema se vuelve crónico
- Manos y pies fríos por deficiencia de Yang de Bazo
- Dolor lumbar y temor al frío
- Cuerpo de la lengua pálido
- Saburra delgada blanca y pegajosa que indica presencia de humedad y/o flema
- Pulso suave y lento o profundo y débil.

4. Estancamiento de la dinámica de la energía. La energía es sustancia fina en movimiento, es un fluido que viaja por todo el organismo, y que dota de fuerza vital a todos los órganos del cuerpo. Esta energía se moviliza por todo el cuerpo y circula

incesantemente. Impulsa y estimula cada una de las actividades fisiológicas del cuerpo y de la mente. Su movimiento en general es conocido como “Dinámica de la energía”. Los cuatro movimientos básicos son: ascenso, descenso, entrada y salida y constituyen la expresión de la energía vital. Si el movimiento se detiene la vida se acaba. Entre los zang-fu se combina y entrelaza mutuamente la dinámica de la energía para mantener la vida. Los cuatro movimientos hacen que los nutrientes se distribuyan a todo el organismo y que todas las sustancias tóxicas se eliminen del cuerpo. Si la acción impulsora se debilita aparecen las enfermedades.

Cuadro clínico de la Alteración de la Dinámica de la Energía:

- Estreñimiento, existe el deseo pero no se puede evacuar
- Las evacuaciones son como de borrego (en forma de bolas y secas)
- Dificultad para evacuar que puede incrementar el dolor
- Dolor costal con sensación de distensión
- Eructos frecuentes
- Llenura prematura al momento de ingerir alimentos
- Saburra delgada y grasosa
- Pulso cordalis

El modelo biomédico occidental al considerar el padecimiento de colon irritable como un síndrome ha condenado a todos los pacientes que sufren las molestias antes descritas a padecerlas por el resto de su vida y en el mejor de los casos a controlar los síntomas y disimularlos lo más que se pueda pues un síndrome difiere de la enfermedad en que el primero no tiene cura, un síndrome se constituye por un conjunto de síntomas que a lo más que se puede hacer con ellos es atenuarlos para hacer funcional al paciente y brindarle la oportunidad de mejorar su calidad de vida y pueda seguir adelante con ella lo más felizmente posible. La medicina galena busca en el cuerpo al órgano que está visiblemente dañado y es el responsable de los malestares que reporta el paciente, dicho órgano es reparado mediante el uso de medicamentos que lo ayudan a regenerarse, o es reparado quirúrgicamente, pero si el daño es excesivo simplemente se cambia la pieza mediante un trasplante, el órgano dañado se desecha y en su lugar queda otro órgano en

mejores condiciones, estos procedimientos no son aplicables al colon irritable puesto que no hay un órgano que este aparentemente dañado, el intestino grueso funciona de una manera diferente a la mayoría de cómo lo hacen los intestinos en la demás gente, pero no hay una razón determinada aparente y visible, no hay nada que curar, solo queda la opción de aminorar las molestias producidas y ésta es la tarea del médico: recetar medicamentos que neutralicen los síntomas más molestos del Síndrome del Intestino Irritable pero de ninguna manera le otorgará una curación definitiva, simplemente porque en este punto su aparato científico-ideológico se colapsa y no puede dar respuestas satisfactorias.

Por su parte la medicina tradicional china ofrece la posibilidad de revertir totalmente las molestias del colon irritable, y proporciona un panorama más amplio a cerca de la etiología de la enfermedad, lo cual ayuda a entender como y por qué se desarrolló este padecimiento. La medicina tradicional china también reconoce que no existe daño estructural aparente en el intestino grueso, pero busca dar respuesta al mal funcionamiento de éste no en el órgano mismo sino en las delicadas redes de relación que se establecen entre el órgano y algunas emociones como la tristeza y la ira, o entre los órganos relacionados de una manera más estrecha con el intestino grueso, como lo pueden ser el Hígado, el bazo, el pulmón, el estómago y en determinado caso hasta el riñón, busca en la historia del cuerpo el momento en que se rompió el equilibrio interno de los órganos y se produjo una enfermedad que en apariencia no tiene razón de existir.

En la parte final de este segundo capítulo se ha hecho un recorrido a lo largo de los diferentes síntomas y modalidades que se pueden presentar en el padecimiento del colon irritable, se han revisado los diferentes cuadros clínicos y se han propuesto las causas más probables que los originan. A simple vista podría parecer que se ha redactado un recetario de cocina que nos facilitaría la realización de un diagnóstico más correcto y seguramente infalible, pero no hay nada más falso que esto, pues solo se trata de una guía, de un elemento más de apoyo que nos ayuda a entender el proceso de salud enfermedad del paciente con colon irritable, cada persona a desarrollado su enfermedad de una manera única que está de acuerdo a su estilo de vida, a sus creencias, a su experiencia, al tipo de alimentación, a la cultura en que está inmersa y que la cruza en el plano corporal. Para

conocer a fondo esta enfermedad es necesario hacer un recuento del camino que ha recorrido la enfermedad para finalmente, más bien actualmente, manifestarse en un colon disfuncional, el trayecto puede ser largo si se trata de padecimiento crónico pero la enfermedad no ha sido siempre igual, a lo largo de la vida se ha ido transformando se ha manifestado de diferentes maneras, se ha instalado en un órgano y luego en otro hasta llegar a los intestinos, esta ruta crítica de la enfermedad ha sido diferente para cada caso y es necesario desenmarañarla para poder entenderla. Este será el objetivo del siguiente capítulo: desentrañar y revelar el proceso que ha seguido la enfermedad en una población de veinticinco casos de colon irritable tomados del Hospital General de Zona # 24 del IMSS.

Capítulo 3.

El Síndrome del Intestino Irritable en una muestra representativa.

En el anterior capítulo se realizó una reseña de la morfología, fisiología y funcionamiento del tubo digestivo del cuerpo humano, se ha descrito el padecimiento del colon irritable y ha sido analizado desde dos concepciones distintas, primero desde el punto de vista médico y, después desde la explicación que nos ofrece la teoría de los 5 elementos de la filosofía china.

A continuación, se realizará la revisión y el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a 25 pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo diagnóstico de Colon Irritable ha sido confirmado por el médico gastroenterólogo Juan Fernando González Galán. Las entrevistas no se reproducirán de manera íntegra en este capítulo, para un tratamiento y análisis de resultados sólo se retomará los datos que indican cual ha sido el proceso de construcción del padecimiento para cada caso particular y se resaltarán los factores que se encuentran vinculados con el Síndrome del Intestino Irritable. Se presentan en primer lugar los cuadros de concentración de los datos particulares más relevantes para el caso, obtenidos en cada una de las entrevistas, la información de las tablas integra los siguientes rubros: datos de identificación y vivienda, familia nuclear e infancia, relaciones interpersonales durante la infancia, pareja, hijos y familia actual, el proceso de salud-enfermedad a lo largo de la vida, trabajo y actividades cotidianas, proyecto de vida, autoconcepto e imagen corporal, emociones dominantes, sucesos significativos a lo largo de la vida, religión y fe; posteriormente se describen las categorías de análisis que indican de forma clara y precisa cual es la ruta que ha seguido la enfermedad en el cuerpo y que en el momento actual se ha manifestado con los síntomas del colon irritable.

3.1 Justificación

La participación del psicólogo en el área de la salud y las enfermedades es cada vez más necesaria pues una de sus funciones es su intervención en los programas de salud integral que permitan a la población lograr una calidad de vida satisfactoria.

Se realizó el estudio del Síndrome del Intestino Irritable (SII) por ser un padecimiento con un alto índice de consulta médica diaria, forma parte en un 20% de la consulta del médico general y entre un 50 – 70% de la consulta del gastroenterólogo, su prevalencia oscila entre el 10 y 20% de la población general siendo un 75% del sexo femenino, se trata de un trastorno funcional crónico y recurrente que no tiene un tratamiento específico; estos datos constituyen parte del motivo de la presente tesis cuyo objetivo fue identificar el proceso de construcción del padecimiento mediante el análisis del estilo de vida del sujeto que lo padece.

Podría pensarse que el estudio de las enfermedades es competencia exclusiva de la medicina alopática, pero ésta históricamente se ha enfocado casi exclusivamente en los aspectos puramente biológicos y funcionales de la enfermedad dejando de lado los procesos emocionales, sociales y familiares vinculados a la aparición y mantenimiento de las enfermedades psicosomáticas, en este caso particular el padecimiento del Síndrome del Intestino Irritable, lo que ha dado como resultado que el curso y tratamiento de la enfermedad sea prolongado y con pobres resultados, y que su aparición vaya aumentando día con día. El enfoque psicosomático, se trabajó con la noción de cuerpo que utiliza la medicina tradicional china, además del aspecto biológico y funcional de la enfermedad que considera de capital importancia conocer cuales son los factores que están incidiendo en la aparición de la enfermedad y reviste gran importancia para el tratamiento adecuado de la misma; otro aspecto importante que se retomó es la reconstrucción del proceso que cada uno de los pacientes han iniciado y mantenido así como la forma en que ha atendido su padecimiento, lo cual permitió reconocer los factores desencadenantes y facilitará la intervención no sólo en el tratamiento sino participar activa y eficazmente en la prevención de la enfermedad.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Identificar y analizar las formas en que se construye el padecimiento del Síndrome del Intestino Irritable y establecer la relación existente entre este síndrome y los estilos de vida de los individuos que lo padecen.

3.2.2 Objetivos Específicos

- ♦ Identificar los factores emocionales que influyen en el desarrollo y aparición del Síndrome del Intestino Irritable.
- ♦ Determinar la influencia que ejerce la familia, el ambiente laboral, el ambiente social y las relaciones inter subjetivas del paciente en el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable.
- ♦ Hacer un análisis de la relación existente entre el Síndrome del Intestino Irritable y el estilo de vida del sujeto que lo padece.
- ♦ Analizar la relación existente entre el género del paciente y el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable.

3.3 Planteamiento del problema

El Síndrome del Intestino Irritable es un trastorno funcional del tubo digestivo cuyas manifestaciones clínicas son crónicas y recurrentes, que afecta a ambos sexos, con predominio femenino de 2 a 1. En el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable intervienen tanto factores biológicos como emocionales, estilo de vida y alimentación, factores de género y ambientales (familiar, social, laboral) y en donde entran en juego también las relaciones inter subjetivas de la persona que lo padece.

3.4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores emocionales, inter subjetivos, de alimentación, de género, ambientales y de estilo de vida que intervienen en la construcción del Síndrome del Intestino Irritable?

3.5 Metodología

El tipo de estudio que se realizó es la elaboración de la historia de vida de los entrevistados. El método biográfico o de historia de vida ha sido empleado desde los años treinta por la antropología y la sociología. Se parte de la premisa de que el individuo lleva en sí toda la realidad social, subjetiva e inter.-subjetiva vivida. Para los propósitos del presente proyecto se hizo evidente que una biografía resultaría insuficiente. Se debió poseer una muestra de diferenciaciones de sexo, edad y estatus y no puedo pretender que un

número arbitrario sea adecuado. Lo que se propuso es incluir un número suficiente para hacer comparaciones adecuadas, pero es más importante encontrar donde se hallaban las desviaciones. A medida que se progresó en el estudio biográfico se notó el hecho banal de que no hay dos en la misma cultura que sean iguales. Pero las desviaciones son tan importantes como las normas.

La utilidad del método biográfico permitió al investigador situarse en ese punto crucial de convergencia entre: 1. El testimonio subjetivo de un individuo a la luz de su trayectoria vital, de sus experiencias, de su visión particular, y 2. Plasmar la vida de una persona como el reflejo de una época, de unas normas sociales y de unos valores esencialmente compartidos con la comunidad de que el sujeto forma parte (Pujadas, 1992).

La técnica que se utilizó para recoger la información necesaria para la elaboración de la historia de vida es la entrevista profunda, la cual se justifica de acuerdo a los siguientes puntos citados en Dethlefsen (1993):

- La renuncia a la búsqueda de factores lineales que produjeron la enfermedad, como es el caso de los agentes patógenos como virus bacterias y microbios. Estos factores siempre se encuentran y no están a discusión. Sin embargo, no son aptas para la interpretación del síntoma. Lo que aquí interesó fue la interpretación del síntoma únicamente en su manifestación cualitativa y subjetiva. Las cadenas causales Fisiológicas, morfológicas, químicas, nerviosas, etc., que se utilizan para la realización del síntoma fueron indiferentes para la explicación de su significado. Para conocer una sustancia sólo importa que algo es y como es, no por qué es.
- Permitted analizar el momento de aparición de un síntoma. Indagar en la situación personal, pensamientos fantasías, sueños, acontecimientos y noticias que situaron el síntoma en el tiempo.
- Brindó la oportunidad de hacer abstracción del síntoma convirtiéndolo en principio y trasladarlo al plano psíquico. Escuchar con atención las expresiones idiomáticas, las cuales sirvieron de clave, ya que nuestro lenguaje es psicosomático.

- Permitió vislumbrar a la enfermedad con un propósito y sentido, los cambios impuestos en la conducta permitieron sacar conclusiones acerca del propósito del síntoma. Las dos preguntas: ¿Qué me impide este síntoma? y ¿Qué me impone este síntoma?, pudieron revelar el tema central de la enfermedad.

3.5.1 Sujetos

Se entrevistaron 25 sujetos que padecen el Síndrome de Intestino Irritable, que habían presentado los síntomas del padecimiento durante por lo menos dos meses. Los sujetos estuvieron en un rango de edad de entre 15 y 75 años, y tenían un diagnóstico clínico del padecimiento de colón irritable.

3.5.2 Materiales y aparatos

- ♦ Hojas de registro etnográfico
- ♦ Lápiz de madera del número dos
- ♦ Grabadora de voz

3.5.3 Instrumentos

Formato de entrevista profunda diseñada para obtener la información pertinente para la elaboración de la historia de vida del entrevistado (ver anexo 1).

3.5.4 Procedimiento

- ♦ Fase 1. Búsqueda de apoyo de una Institución del área de la salud.
Se hizo contacto con autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, se presentó el protocolo de investigación, se sometió a Consejo Técnico y una vez aceptado se dio la autorización para la realización del protocolo con la asesoría del médico Gastroenterólogo Juan Fernando González Galán.
- ♦ Fase 2. Contacto con el informante.
Durante esta etapa se llevó a cabo la localización y primer contacto con el informante. Durante esta primera fase se realizó una negociación, con el sujeto candidato a ser entrevistado, durante la se cual se le notificó la finalidad de la

investigación y el uso que se haría de la información, la forma como se va a registrar la información y el acceso que terceras personas puedan tener a ella, se aclaró el tema del anonimato del entrevistado y las perspectivas de publicación del material. Una vez que el informante estuvo al tanto de los puntos antes referidos se le pidió su consentimiento para formar parte de la muestra que se va a entrevistar.

- ♦ Fase 3. Obtención de la información (Entrevista).

La información fue recogida en el consultorio 14 del Hospital de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el horario de entrevista fue asignado previamente mediante la cartilla de afiliación al seguro social. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente una hora y quince minutos por sesión. Se realizó una sesión por entrevistado.

- ♦ Fase 4. Registro y transcripción de la información.

El registro de la información verbal (información referida por el entrevistado) se hizo al momento mismo de la entrevista utilizando una grabadora de voz; la información no verbal fue registrada por el entrevistador en una hoja de registro etnográfico, en este registro se capturó el lenguaje no verbal emitido por el entrevistado al momento de realizar la entrevista, las muestras de lenguaje no verbal estuvieron constituidas por posturas, gestos, tono de voz, manejo de silencios y omisiones (cargas emotivas), el entrevistador debía tener la habilidad de detectar este lenguaje no verbal y asociarlo con el tipo de información verbal que el entrevistado está proporcionando.

La transcripción de la información se realizó una vez que estuvieron realizadas las 25 entrevistas, únicamente se realizó una transcripción por entrevista. Solo se realizó una copia o registro original con la transcripción literal de cada una de las entrevistas.

- ♦ Fase 5. Análisis e interpretación de la información.

Se realizó un manejo cualitativo de la información mediante el cual se identificaron las variables que participaron en el desarrollo y construcción del Síndrome de Intestino Irritable.

3.6 Resultados

CONCENTRACIÓN DE DATOS

A continuación se presentan los cuadros clínicos que presentan cada uno de los pacientes entrevistados en el Hospital de Zona # 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acuden al servicio de gastroenterología y que poseen un diagnóstico de Síndrome del Intestino Irritable confirmado por el médico gastroenterólogo Juan Fernando González Galán.

- Nombre: *Gadriel*,¹⁵ edad: 42 años, estatura: 1.64 m., peso: 80 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, alivio de dolor con la evacuación, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, astenia y adinamia, tenesmo, pesantez corporal, sensación de opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, saburra delgada, blanca y pegajosa, estreñimiento y dificultad para evacuar, dolor costal, eructos frecuentes, regurgitación ácida, insomnio.
- Nombre: *Kimor*, edad: 27 años, estatura: 1.48m., peso: 53 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, diarrea, evacuaciones acompañadas de mucho gas, alivio de dolor con la evacuación, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, heces lientéricas, heces fecales en ocasiones acuosas y en ocasiones pastosas, problema agravado por alimentos crudos, condimentados o grasosos, saburra blanca y delgado, tenesmo, opresión epigástrica falta de apetito, manos y pies fríos, dolor lumbar.
- Nombre: *Kipor*, edad: 23 años, estatura: 1.63 m., peso: 75 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, evacuaciones acompañadas de gas, la enfermedad se agrava ante alteraciones emocionales, heces en ocasiones acuosas y en ocasiones pastosas, astenia y adinamia, saburra blanca y delgada.
- Nombre: *Nasragiel*, edad: 29 años, estatura: 1.57 m. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Borborigmos, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, heces lientéricas, astenia y adinamia, problema agravado por alimentos crudos, condimentados o grasosos, lengua pálida, saburra blanca y delgada, tenesmo, pesantez

¹⁵ En todos los casos se utilizaron nombres ficticios para garantizar el anonimato de los entrevistados.

corporal, opresión epigástrica, falta de apetito, manos y pies fríos, dolor lumbar, estreñimiento y dificultad para evacuar, dolor costal, llenura prematura, regurgitación ácida.

- Nombre: *Nairo sanga*, edad: 33 años, estatura: 1.71 m., peso: 73 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Borborigmos, heces fecales acuosas / pastosas, tinte facial amarillo, problema agravado por los alimentos, lengua pálida y saburra delgada y blanca, eructos frecuentes.
- Nombre: *Dehebornyn*, edad: 30 años, estatura: 1.74 m., peso: 77.6 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, alivio del dolor con la evacuación, la enfermedad se agrava ante alteraciones emocionales, heces lientéricas, tinte facial amarillo, astenia y adinamia, problema agravado por alimentos, saburra blanca, delgada y pegajosa, tenesmo, manos y pies fríos, dolor lumbar, estreñimiento, dolor costal, eructos frecuentes, regurgitación ácida.
- Nombre: *Moloch*, edad: 25 años, estatura: 1.70 m., peso: 72.5 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Borborigmos, distensión abdominal, constipación / diarrea, saburra blanca y delgada, problema agravado por alimentos, manos y pies fríos, tenesmo, eructos frecuentes, regurgitación ácida, alivio del dolor con la evacuación, gases.
- Nombre: *Ashrulyu*, edad: 46 años, estatura: 1.58 m., peso: 55 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Tinte facial amarillo, problema agravada por los alimentos, saburra blanca y delgada, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor costal, llenura prematura, regurgitación ácida.
- Nombre: *Padael*, edad: 63 años, estatura: 1.50 m., peso: 68 kg., Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, evacuaciones lientéricas, heces acuosas / pastosas, astenia y adinamia, tenesmo, manos y pies fríos dolor lumbar, saburra delgada, blanca y pegajosa, estreñimiento, regurgitación ácida, insomnio.
- Nombre: *Hizkiel*, edad: 45 años, estatura: 1.60 m., peso: 80 kg. Manifestaciones clínicas: Distensión abdominal, alivio del dolor con la evacuación, heces fecales acuosas / pastosas, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos, lengua pálida, saburra delgada y blanca, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica,

manos y pies fríos, dolor lumbar, dolor costal, eructos frecuentes, llenura prematura, regurgitación ácida.

- Nombre: *Hubaiel*, edad: 26 años, estatura: 1.75 m., peso: 72 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, alivio del dolor con la evacuación, la enfermedad se agrava ante alteraciones emocionales, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos, lengua pálida, saburra delgada y blanca, tenesmo, falta de apetito, manos y pies fríos, dolor lumbar, estreñimiento, dolor costal, regurgitación ácida, insomnio.
- Nombre: *Jekusiel*, edad: 63 años, estatura: 1.48 m., peso: 51 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, evacuaciones acompañadas de mucho gas, heces fecales acuosas / pastosas, tinte facial amarillo, problema agravado por los alimentos, lengua pálida saburra delgada y blanca., tenesmo, dolor lumbar, dolor costal, regurgitación, insomnio.
- Nombre: *Sheviel*, edad: 67 años, estatura: 1.70 m., peso: 74 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Alivio del dolor con la evacuación, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, astenia y adinamia, enfermedad agravada por los alimentos, pesantez corporal, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, saburra blanca, delgada y pegajosa, estreñimiento, insomnio.
- Nombre: *Raziel*, edad: 75 años, estatura: 1.60., peso: 57 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, evacuaciones acompañadas de mucho gas, alivio del dolor con la evacuación, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, evacuaciones lientéricas, tinte facial amarillo, astenia y adinamia tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, manos y pies fríos dolor lumbar, estreñimiento y dificultad para evacuar, dolor costal, eructos frecuentes, regurgitación ácida e insomnio.
- Nombre: *Gabriel*, edad: 43 años, estatura: 1.73 m., peso: 72 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborigmos, alivio de dolor con la evacuación, problema agravado por los alimentos, opresión epigástrica, dolor lumbar saburra delgada, blanca y pegajosa, estreñimiento y dificultad para evacuar.
- Nombre: *Sealtiel*, edad: 66 años. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, Diarrea y heces acuosas, gas, alivio del dolor con la evacuación,

evacuaciones lientéricas, heces acuosas / pastosas, problema agravado por los alimentos, tenesmo, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, eructos frecuentes, llenura prematura, regurgitación ácida.

- Nombre: *Sakviel*, edad: 59 años., peso: 72 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, gas, lengua pálida, saburra delgada y blanca, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, estreñimiento y dificultad para evacuar, insomnio.
- Nombre: *Peniel*, edad: 62 años, estatura: 1.54 m., peso: 59.6 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión, borborismos, gases, alivio del dolor con la evacuación, enfermedad agravada por alteraciones emocionales, heces lientéricas, heces fecales acuosas / pastosas, tinte facial amarillo, problema a gravado por los alimentos, tenesmo, dolor lumbar, eructos frecuentes, llenura prematura, regurgitación ácida.
- Nombre: *Mijael*, edad: 64 años, peso: 70 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, diarrea, alivio del dolor con la evacuación, evacuaciones lientéricas, heces fecales acuosas / pastosas, astenia y adinamia, problema agravado por alimentos, tenesmo, pesantez corporal, saburra delgada, blanca y pegajosa, dolor costal, eructos frecuentes, regurgitación ácida.
- Nombre: *Hutriel*, edad: 41 años, estatura: 1.57 m., peso: 65 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, gases, alivio del dolor con la evacuación, enfermedad agravada ante alteraciones emocionales, heces acuosas / pastosas, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos, saburra blanca y delgada, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, episodios de estreñimiento y dificultada para evacuar, llenura prematura regurgitación ácida, insomnio.
- Nombre: *Gidaijal*, edad: 22 años, estatura: 1.60, peso: 45 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, alivio del dolor con la evacuación, evacuaciones lientéricas, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos, saburra blanca y delgada, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, manos y pies fríos, dolor lumbar, dolor costal, llenura prematura, regurgitación ácida.
- Nombre: *Oniel*, edad: 53 años, estatura: 1.54 m., peso: 70 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, gases, enfermedad se agrava

con alteraciones emocionales, evacuaciones lientéricas, heces acuosas / pastosas, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, dolor lumbar, llenura prematura.

- Nombre: *Pusiel*, edad: 59 años, estatura: 1.54 m., peso: 68 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, diarrea, gas, enfermedad agravada con alteraciones emocionales, evacuaciones lientéricas, heces fecales acuosas / pastosas, problema agravado por los alimentos, lengua pálida, saburra delgada y blanca, opresión epigástrica, dolor lumbar, regurgitación ácida e insomnio.
- Nombre: *Rogziel*, edad: 44 años, estatura: 1.60 m., peso: 77 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, borborismos, la enfermedad se agrava con alteraciones emocionales, evacuaciones lientéricas, astenia y adinamia, problema agrado por los alimentos, saburra delgada y blanca, tenesmo, pesantez corporal, opresión epigástrica, dolor lumbar, estreñimiento y dificultad para evacuar dolor costal, llenura prematura, insomnio.
- Nombre: *Rajmiel*, edad: 25 años, estatura: 1.64 m. peso: 71.5 kg. Manifestaciones clínicas del colon irritable: Distensión abdominal, gases, el dolor se alivia con la evacuación, heces fecales en ocasiones acuosas y en ocasiones pastosas, astenia y adinamia, problema agravado por los alimentos.

Tabla 1. DATOS DEMOGRÁFICOS															
PACIENTE	SEXO	ORIGEN	MOTIVO MIGRACIÓN	EDAD	DOMICILIO ACTUAL	TIEMPO RESIDENCIA	TIPO VIVIENDA	SERVICIOS	OTROS	DOMICILIO ANTERIOR	MOTIVO CAMBIO	ORIGEN PADRE	ORIGEN MADRE	RELACIÓN PAPÁ-MAMÁ	REL. CON PADRES
Gabriel	F	D.F.			D.F.	20 años	Casa material	Todos	Propia			Guanajuato	Guanajuato	Mamá maltratada	Abandono
Kimor	F	D.F.			Zona norte	20 años	Casa material	Todos	Propia	Bodega (6)	Compra casa	Oaxaca	Oaxaca	Mala (Padre alcohólico)	Muy poca
Kipor	F	D.F.			Tlaltelolco	10 años	Departamento	Todos	Rentada	Depto. (9)	Intestado	Puebla	Oaxaca	Buena	Maltrato padre
Nasragiel	F	D.F.			D.F. Zona N.	15 años	Casa material	Todos	Propia fam.	Casa abuela (9)	Compra casa			Mala (padre desobligado)	Abandono
Nairo sanga	M	D.F.			D.F. Zona N.	33 años	Casa material	Todos	Propia			Hidalgo	Michoacán	Desconoce (padre alcohólico)	Buena
Deheboryn	M	D.F.			D.F. Zona N.	12 años	Casa material	Todos	De suegros	Casa padres 17	Se casó	D.F.	Michoacán	Aceptable (padre alcohólico)	Buena, mejor con madre
Moloch	M	D.F.			D.F. Zona N.	25 años	Casa material	Todos	Propia			Oaxaca	Puebla	Buena	convivencia con madre
Ashrulyu	F	D.F.			D.F. Zona N.	34 años	Casa material	Todos	Propia			Provincia	Provincia	Muy buena	Buena
Padael	F	Jalisco	Trabajo	18-19 años	D.F. Zona N.	36 años	Departamento	Todos	Propia			Jalisco	Jalisco	Maltrato	Maltrato
Hizkiel	F	Guanajuato	Oportunidades	Tres meses	D.F. Zona N.	28 años	Casa material	Todos	Propia	Casa suegros 1	Compra casa	Guanajuato	Guanajuato	Abandono paterno	La criaron abuelos mat.
Hubaiel	M	D.F.			D.F. Zona N.	26 años	Departamento	Todos	Propia			D.F.	Guanajuato	Papá parrandero	Muy poca
Jekusiel	F	Michoacán	Con el padre	11 años	D.F. Zona N.	2 años	Departamento	Todos	Familiar	Misma zona	Era del esposo	Michoacán	Michoacán	Madre murió a los 4 años	Maltrato papá
Sheviel	M	D.F.			Tlalnepantla	25 años	Casa material	Todos	Propia	Misma zona	Compra casa	Texcoco	Texcoco	Distanciamiento	Buena, poco tiempo
Raziel	M	Edomex.			Provincia		Casa material	Luz, pozo agua	Propia			Edomex.	Edomex.	No recuerda	Padre muy exigente
Gabriel	M	D.F.			D.F. Zona N.		Casa material	Todos	Propia	Tlalnepantla	Compra casa	Puebla	Hidalgo	Buena, padre alcohólico	Buena
Sealtiel	F	Hidalgo	Necesidad E.	11 años	D.F. Zona N.	Más de 20	Casa material	Todos	Propia		Compra casa	Hidalgo	Hidalgo	Esposo violento	Buena
Sakviel	F	Atacomulco	Oportunidades		D.F. Zona N.	38 años	Casa material	Todos	Propia	Cuitláhuac	Se casó	Atacomulco	Atacomulco	Buena	Estrecha con papá
Peniel	F	D.F.			Ecatepec	38 años	Casa material	Todos	Comparte terr.	Villa de las Fl.	Escuela hijos	D.F.	D.F.	Buena	A cuidado de una tía
Mijael	F	Salamanca	Trabajo	13 años	D.F. Zona N.	24 años	Casa material	Todos	Propia	Tenayuca	Compra trno.	Salamanca	Salamanca	Padre violento	Buena con el padre
Hutriel	F	Querétaro	Trabajo	12 años	D.F. Zona N.	24 años	Casa material	Todos	Propia			Querétaro	Querétaro	Buena	Buena
Gidaijal	F	D.F.			Ecatepec	20 años	Casa material	Todos	Propia			D.F.	D.F.	Padre alcohólico	Buena
Oniel	F	Tonalá, Jal.	Con la familia	6 años	D.F. Zona N.	22 años	Casa material	Todos	Rentada	Misma zona (8)	Unión pareja	Jalisco	Jalisco	Padre sin autoridad	Madre maltratadora
Pusiel	F	Guerrero	Escuela	8 años	D.F. Zona N.	40 años	Casa material	Todos	Propia	San Rafael (13)	Separación	Guerrero	Guerrero	Padre alcohólico	Buena
Rogziel	F	D.F.			D.F. Zona N.	2 años	Casa material	Todos	Propia		Rentaba			Buena	Buena
Rajmiel	F	D.F.			D.F. Zona N.	9 años	Casa material	Todos	propia		Rentaba	D.F.	D.F.	Regular	Ignorada

Tabla 2. FAMILIA DE ORIGEN													
PACIENTE	OCUPACIÓN PADRES	EDO. CIVIL PADRES	VIVEN	PARTO	COMPLICACIONES	HERMANOS	LUGAR ENTRE HNOS.	REL. ENTRE HERMANOS	DINÁMICA FAMILIAR	ROL EN LA FAMILIA	EXPECTATIVAS PACIENTE.	EDUCACIÓN	ESCOLARIDAD
Gadriel	Comerciantes	Casados	Ambos	Natural	Golpe en la Frente	7: 5m, 2h	6	Hna. Mayor Jefa de familia	Problemas con Familia paterna	Enojona y traviesa	No las conoce	Deficiente	Enfermería
Kimor	Telegrafista Enfermera	Casados	Ambos	Natural	Uso de fórceps	4: 2h, 2m	1	Buena	Poca Comunicación	Responsable De los Hnos.	Que estudiara	Conservadora	Enfermería
Kipor	Empleados	Casados	Ambos	Cesárea	Ninguna	3: 1m, 2h	1	Buena	Discusiones Frecuentes	Enojona y Desesperada	Que estudiara una Carrera	Aceptable	Licenciatura
Nasragiel		Casados, Actual separados	Ambos	Natural	Ninguna	4: 3m, 1h	3	Buena	Distanciamiento Madre	Responsable Hnos. y casa	No las conoce	Conservadora	Secundaria trunca
Nairo sanga	Empleado Hogar	Casados	Madre	Natural	Ninguna	5	5	Buena	Armoniosa	Jefe de familia	Líder y apoyo	Buena	Maestría
Deheboryn	Comerciante Hogar	Casados	Ambos	Natural	Ninguna	9	5	Buena	Buena	Mediador	No las conoce	Buena	1° secundaria
Moloch	Empleado Hogar	Casados	Ambos	Natural	Ninguna	3	1	Regular	Regular	Debía dar el Ejemplo	Ser el mejor Estudiante	Buena	Licenciatura
Ashrulyu	Carpintero Hogar	Casados	Ninguno	Natural	Ninguna	10	4	Buena	Buena	Atender a los Hermanos	Sería religiosa	Buena	Carrera Comercial
Padael	Campo Hogar	Casados	Madre	Natural	En el rancho Con partera	Más o menos 20/9 logrados	El de en medio	Buena	Mala		No las conoce	Adecuada	3° primaria
Hizkiel	Empleada	Mamá casada	Madre	Natural	Partera, líquido Amarillo	Hija única			Abuelo Machista		Que no fracasara Como la madre	Estricta y tradicionalista	Primaria
Hubaiel	Empleados	Separados	Madre	Cesárea	Bolita en el Cuello	2: 1m, 1h	2	Maltrato Peleas	Padres Separados	Tomar Decisiones	Que fuera Contador	Buena	Superior
Jekusiel		Papá segundo Matrimonio	Ninguno	Natural	Asistido por Partera	3 hermanas 6 ½'s hnos.	4	Buena con Hermana	Diferencias con ½'s hermanos		No las conoce	Buena	Cultura de Belleza
Sheviel	Agricultor	Casados	Madre	Natural	Asistido por Partera	Hijo único	1		Casi no veía a Su mamá	Pasaba el Tiempo a solas	No las conoce	Buena, Satisfactoria	Primaria
Raziel	Campo Hogar	Casados	Ninguno	Natural	Asistido por partera	7: 5h, 2m	4	Siempre ha Sido buena	Problemas Económicos	No sabe	Trabajar para Contribuir en casa	Aceptable	3° primaria
Gabriel	Militar Hogar	Casados	Madre	Natural	En Hospital	1 hermana	1	Cordial	Parrandas paternas	Autoridad y Resp. Moral	Carrera Universitaria	Adecuada Buena	Licenciatura
Sealtiel	Campo Hogar	Casados	Ninguno	Natural	Asistido por Partera	12 hermanos	El de en medio	Buena	Deficiente	Ayudar en las Labores del H.	No las conoce	Mala Deficiente	Leer y escribir
Sakviel	Empleado Hogar	Casados	Ninguno	Natural	Clínica	7 hermanos	5	Buena Amistosa	Buena	Ayudar a los Más chicos	No las conoce	Tradicionalista	Carrera Comercial
Peniel	Empleado de Gobierno	Casados	Ninguno	Natural	Ninguna	Hija única	1		Buena con tía y Primas	Cuidar a un Primo	No las conoce	Adecuada	Carrera Comercial
Mijael	Campo Hogar	Casados	Ninguno	Natural	Asistido por Partera	5: 2h, 3m	6	Buena con la Mayor	Violencia Intramarital	Trabajadora	No las conoce	No sabe	Primaria
Hutriel	Campo	Casados	Ambos	Natural	Asistido por Partera	5 hermanos	La mayor de Las mujeres	Buena	Normal	Ayudar en los Quehaceres	No las conoce	Tradicionalista	Primaria
Gidaijal	Empleado Comerciante	Casados	Ambos	Natural	Uso de Fórceps	2: 1h. 1m	La de en medio	Buena	Poca Comunicación	Consentida de Papá	Que fuera hombre	Buena	Licenciatura
Oniel	Empleado Lavar ajeno	Casados	Madre	Natural	Asistido por Partera	6: 1m, 5h	4	Mala	Mala	Ayudar a la Mamá	No las conoce	No sabe	Carrera Comercial
Pusiel	Campeño Hogar	Casados	Madre	Natural	Asistido por Partera	9 hermanos	2	Buena	Regular	Jefe de familia	Ayudar a los Hermanos	Buena	Modista
Rogziel	Taller Hogar	Casados	Ambos	Natural	Clínica privada	3 hermanos	3	Buena	Poca Comunicación	Encargada de Cocina	Que tenga un Título	Buena	3er semestre bachillerato
Rajmiel	Negocio Propio Hogar	Casados	Ambos	Cesárea	Hospital	2 hermanos	2	Mala con hermana	Poca comunicación		Ser aeromoza	Buena	Carrera comercial

Tabla 3. FAMILIA ACTUAL												
PACIENTE	EDO. CIVIL PACIENTE	INTEG. FAM. ACTL.	VIVE CON	DINÁMICA FAMILAR	EXPECTATIVAS	OCUPACIÓN HIJOS	ENFERM. RECURR.	RELACION PAREJA	ACTITUD PAREJA	SATIS. REL DE PAREJA	PAREJAS ANTERIORES	HORAS SUEÑO
Gadriel	Casada	5: 2h, 1m	Esposo e hijos	Difícil Paterna	Hijos Profesionistas	2 estudiante enfermero	No sabe	Mala	Aversión Indiferencia	Ninguna	Matrimonio Previo	8 o más
Kimor	Soltera	7	Padres, 3 hnos. Y cuñada	Poca comunic. Con la madre	Casarse Pronto	No tiene		Buena	Enamoramiento	A medias	Noviazgos	8 aprox.
Kipor	Soltera	5	Padres, 2 hermanos	Discusiones constantes	No sabe	No tiene		Regular	No le gusta Del todo	A medias	Relaciones destructivas	6 aprox.
Nasragiel	Casada	5: 3 hijos	Padres, Hna. M. Familia propia	Enojós Constantes	Que los hijos Estudien	Estudiantes Primaria	Vías Respiratorias	Poca confianza	A disgusto	Poca		6-7 aprox.
Nairo sanga	Soltero	Madre y hermanos	Madre y familia De Hno. Mayor	Buena	Mayores Oportunidades	No tiene		Buena	Enamoramiento	Satisfecho	Buenas	8 aprox.
Deheboryn	Casado	4: esposa y dos hijos	Suegros	Buena	Que los hijos Estudien	Estudiantes	Cefaleas, Extirp. Vesícula	Buena, Discusiones	A gusto	Satisfecho	Buenas	8 aprox.
Moloch	Soltero	5: padres y dos hermanos	Padres y Hermanos	Poca Convivencia P.	Mejorar rel. Con el padre	No tiene		Buena	Aceptación	Satisfecho	Buenas	8 aprox.
Ashrulyu	Casada	4: esposo y dos hijas	Esposo, hija Menor, hno.	Buena	Hija menor Termine esc.	Estudiantes		Excelente	Enamoramiento	Completa	Buenas	8 aprox.
Padael	Viuda	5: 4 hijos, 3h, 2 m.	Dos hijos Solteros	Regular	Encarrilar a Los hijos	Hijos trabajan, Hija esquizo.	Problemas de vesícula			Satisfecha		7 aprox.
Hizkiel	Casada	5: 3 hijos, 2h 1m	Esposo	Mala	Que los hijos Estudien	Trabajan		Mala	Resignación	Ninguna		9 – 10 aprox.
Hubaiel	Casado	Esposa e Hijo	Mamá y tío	Regular	Recuperar a la Esposa	Tiene un año		Viven Separados	Busca Reconciliación	Insatisfecho	Malas	7 ½ aprox.
Jekusiel	Separada	5 hijos	Sola	No la toman en Cuenta	Que los hijos Estudien	Todos Trabajan	Hijo vías respiratorias	Tiene un Amigo	Resignación Por abandono	Se considera Buena pareja	Noviazgo largo Con marido	Más de 8
Sheviel	Casado	Esposa, 3 hijas	Esposa y Madre	Últimamente Muy irritable	Estudio y Realización H.	Hogar	V. respiratorias Varios casos	Apoyo	Apoyo y Compañía	Satisfecho		6 aprox.
Raziel	casado	4 hijos y nietos	Hijo, nuera y Nieto	Buena, sin Problemas	Hijos con Escuela	Abogado, Maestro	Hipertensión Riñones	No tiene	Añoranza y Resignación	Se considera Buena pareja	Múltiples post. Al divorcio	6 aprox.
Gabriel	Soltero	Mamá, hna. Sobrino	Mamá y familia De la Hna.	Comunicación Y apoyo, buena	No sabe	No tiene		No tiene	Tranquilo	No del todo Satisfecho	Noviazgos	8 ½ aprox.
Sealtiel	Casada	Esposo, 6 hijos	Esposo y 2 Hijas casadas	Buena	Que los hijos estudien	Hogar y Trabajan		Buena	Apoyo	Satisfecha	Matrimonio previo	6 aprox.
Sakviel	Casada	Esposo y 4 hijos	Esposo e hijo Menor	Regular	Que los hijos Estudien	Todos Trabajan		Buena	A gusto	Si	Buenas	Más de 8
Peniel	Casada	Esposo, tres Hijos y nietos	Esposo	Difícil	Que los hijos Estudien	Artesanos Mecánico	Vías Respiratorias	Mala	Resignación Indiferencia	Actualmente Ninguna	Noviazgos	6 – 7 aprox.
Mijael	Viuda	5 hijos, nueras y nietos	Con dos hijos	Tensa	Hijos ocupen De ella	Trabajan Estudiante (m)	Ninguna	No tiene	Resentimiento	Ninguna	Noviazgos	6 aprox.
Hutriel	Casada	Esposo e Hijos	Familia	Difícil	Que los hijos Estudien	Trabajan	Son muy sanos	Mala	Resignación	No	Noviazgos	8 aprox.
Gidaijal	Soltera	Padres y Hermanos	Familia	Buena, poca Comunicación	No sabe	No tiene		Buena	Enamoramiento	Si	Noviazgos	9 – 10 aprox.
Oniel	Unión libre	Esposo e Hijos	Esposo, hijos, Mamá	Tensa	Que los hijos Estudien	Trabajan y estudian	Vías Respiratorias	Buena	Aceptación	Si	Matrimonio	6 aprox.
Pusiel	Casada	3 hijos y familias	Sola	Buena	Estudios	Trabajan	Asma Alergias	Buena	Añoranza	Si	Matrimonio	8 – 9 aprox.
Rogziel	Casada	Esposo y dos hijos	Con su familia	Hostil padre – hijo	Estudios	Estudiantes	Vías respiratorias	A mejorado	Aceptación tolerancia	Satisfecha	Noviazgos	6 aprox.
Rajmiel	Soltera	Padres y Hermanos	Familia nuclear	Hostil hacia el padre	No sabe	No tiene		Mala	aceptación	Satisfecha	Noviazgos	7 – 8 aprox.

Tabla 4. EL PROCESO SALUD — ENFERMEDAD											
PACIENTE	SALUD EN GRAL.	ENF. ANT. AL SII	TRATAMIENTO	CICLO HORMONAL	ENF. POST. AL SII	DIETA ANT. AL SII	DIET. POST. AL SII.	HORARIO TRABAJO	LUGAR TRABAJO	ACTIVIDADES	PASA TIEMPOS
Gadriel	Buena	Rotulas altas, artralgia (estrés) Cálculos biliares, extirp. Matriz	Cirugías (7), reposo Extirpación	Normal Sin malestar	Ultima enf. Diagnosticada	Sin ritmo En la calle	Cereales, fib. L, f. V. Ritmo	Jubilada	IMSS	Enfermera	
Kimor	Buena	Ninguna de importancia	Ninguna	Malestares Previos	Torcedura de Cuello	Sin ritmo en la calle	Fibra y ritmo	08:00 – 15.30 hrs	Hospital SSA	Enfermera	Cine
Kipor	Buena	Principios apendicitis	Control alopático	Irregular	Ninguna	Pollo, frutas, Verduras, lácteos	Fibra y ritmo	07- 12 hrs	Puesto de Comida	Venta Comida	Leer, música
Nasragiel	Regular	Síndrome vertiginoso, piedras En riñón	Alopático, cirugías	Irregular	Mareos Recurrentes	Frijol, pollo, arroz Verdura, 1 comida	Evita irritante	Todo el día	Hogar	Lavar, Planchar	t.v. escribir deprimida
Nairo sanga	Muy buena	Encarnación ocular	Cirugía		Ninguna	Cereales, lácteos, Carne, verdura y f.	Evita irritante	08- 14 hrs	IMSS	Admón..	Leer
Deheboryn	Buena	Dolor de cabeza, acidez, Hernia de hiato	Aspirina, Alkaseltzer, ranitidina		Ninguna	Carne, come en Calle sin ritmo	Evita irritante	11 a 17 h.	Vendedor Abarrates	Venta a Granel	Billar, Dominó
Moloch	Buena	Hepatitis, cefaleas	Alopático		Dolores de Espalda	Carne, sopas, Arroz, guisado	Misma dieta	9 a 16 h.	Escuela	Docencia	Leer, t.v.
Ashrulyu	Malo	Lupus, fibrosis pulmonar, hernia Hiatal, aplanamiento discos	Alopático a base de Hormonas	Regular Sin molestias	No hay	Harinas, carne, Lácteos, verdura	No ha Cambiado	9 – 14 h.	Despacho	Admón.	Leer, Manualidad
Padael	Bueno	Hipertensión, extirpación de Matriz	Alopático	Regular	Ninguna	Frijol, arroz, sopa, Harinas	Evita irritante	Pensionada			
Hizkiel	Buena	Tifoidea	Alopático	Regular, dolor fiebre	Ninguna	Carne, leche, Huevo, frutas, fibra	Evita irritante Fibra				t.v.
Hubaiel	Regular	Infección renal, minerales, Escoliosis, quiste testicular	Diálisis, extirpación de Piedras y quiste			Carne, pollo, Refresco, calle	Evita lácteos, Frijol y papá	9 – 19 h.	Despacho	Admón..	Amistades, Visita hijo
Jekusiel	Buena	Respiratorias e hipertensión	Operación anginas, Control	Regular, poco Malestar	Ninguna	Frutas, verdura, Pescado, tortilla	Evita frijol, Lentenja, leche	No tiene Horario	En casa	Corta el Cabello	Visita hermanas
Sheviel	Regular	Vías respiratorias, corazón, Próstata, dolores cabeza	Extirpación, operación, Automediación		Problemas Retención orn.	Comida corrida, Sin ritmo, calle	Fruta, verdura Avena	Jubilado			Dibujar Leer
Raziel	Regular	Hipertensión, riñones, Próstata	Control y operaciones		Dolor en Cuello	Sin restricciones, Refresco, evita gr.	Pollo, sopa, arroz Tortilla, carne	Desde las 6 a.m.	El campo de Siembra	Arar, atender Animales	Escuchar Radio
Gabriel	Buena	Vías respiratorias, depresión profunda	Hospitalización y medicamentos			Cualquier cosa en Calle s/ ritmo	Fibra, pollo, f. V. Carne, lácteos R.	Por las Tardes	Oficina y Trabajo camp	Evaluación Ambiental	Leer
Sealtiel	Malo	Enfermedad hepática, riñones, vejiga Y hernia	Alopático, intervención quirúrgica	Normal	Última enf. Diagnosticada	Sopa, arroz, Guisado, leche. V.	La misma, evita Frijol y nopal	Por las Mañanas	Hogar	Labores Hogar	Bordar Tejer
Sakviel	Bueno	Problemas con vejiga, hipertensión Vesícula biliar	Alopático e Intervención quirúrgica	Menopausia Depr. Asoc.	Ninguna	Taquitos, tortas Guisado	Evita coliflor, Calabaza, brócoli	Sin horario	Hogar	Labores hogar	Visitar tienda Dep.
Peniel	Bueno	Miomas en matriz, várices en piernas	Cirugías	Regular Sin molestias	Última enfermedad	Frutas, verdura, Pescado, yugur	Evita condimento Y carnes		Hogar	Labores Hogar	Grupo Tercera E.
Mijael	Bueno	Vesícula	Cirugías	Normal Regular	No ha tenido	Sopas, guisados, V, carne, pollo	Evita irritantes	9 – 17 h.	Oficina	Ayudante	Programas Radio
Hutriel	Bueno	Miomas y dolor en el talón	Cirugía	Irregular Molestias	Ninguna	Carne roja, pollo, Pescado, f. v. Leche	Evita irritante Y refrescos				Coser
Gidaijal	Regular	Asma, dolores en riñón, Infección vías urinarias	Homeopático y alopático	Regular Poca molestia	Gripa	Carne, v, f, sin Ritmo	Evita picante y Leche	2 – 10 h	Estudiante	Escolares	Ejercicio
Oniel	Bueno	Hipertensión	alopático	Regular	Ninguna	V, f., carne, lácteos Refresco	Evita grasa, Irritantes, leche	Por la Mañana	Empleada		Coser Radio
Pusiel	Bueno	Asma, vejiga, vías urinarias Compresión discos de columna	Alopático y cirugías	Molestias Normales R.	Ninguna	Lácteos, pollo, guiso Grasas, jugos	Verduras, frutas Evita irritante	Cuando Tiene trabajo	Taller en Casa	Costura	Radio y leer
Rogziel	Mala	Hepatitis, cálculos renales, miomas Escoliosis y artrosis	Cirugías y medicamentos	Regular Molestias N.	Última	Pollo, arroz, sopas, Guisos, lácteos	Evita irritante, Grasas y puerco	8 – 16 h.	Oficina	Auxiliar	Cine
Rajmiel	Mala	Vías respiratorias	Medicamentos	Regular, Cólicos, frío	Última	F, v, pollo, carne guisos	Evita papa, apio, Consume fibra	9 – 18 h	Empleada	oficina	Radio Lecturas.

Tabla 5. EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE												
PACIENTE	INICIO SII	TRATAMIENTO	INFORMACION	IMPACTO DIAGNOS.	ACTITUD	EXPECT. MÉDICA	EXPEC. PROPIA	ANTECEDENTES	RECURRN. FAMILIAR	¿QUÉ LO PROVOCÓ?	EMOCIÓN REL. SII	RESONANCIA CORPORAL
Gabriel	Hace 6 años	Alopático	Ninguna	Sorpresa	Reto	Espera resultado biopsia	Curación	No sabe	No sabe	Enojos, abandono corp.	Enojo	Inflamación abdomen
Kimor	Hace 2 Años	Automedicación	Conoce la enfermedad	Ninguno	Algo normal	Controlable	Curación	No sabe	No sabe	Estilo vida alimentación	Enojo	Dolor tipo cólico, inflamación
Kipor	Desde los 10 Años	Alopático	Sabe que ya no se cura	Sorpresa	Algo normal castigo	Controlable	A tiempo de controlarse	No sabe	No sabe	Descuido corporal, comida	Enojo	Dolor cólico
Nasragiel	Desde niña	Tratamiento Alop. 1 mes	Ninguna	Incertidumbre	Algo normal	Controlable	Controlar molestias	Madre	Madre	Angustia y preocupación	Enojo preocupación	Inflamación, retorcijones
Nairo sanga	Hace 7 Años	Alopático Alkaseltzer	Ninguna	Sorpresa	Preocupación	Tratamiento de 1 año	Probar con cirugía	No sabe	No sabe	Mal pasadas en infancia	Preocupación	Reflujo ácido
Deheboryn	Hace 4 Años	Automedicación	Ninguna	Incertidumbre	Algo normal	Tratamiento y observación	Controlable	No sabe	No sabe	Comida, alcohol, tab.	Enojo	Inflamación y reflujo
Moloch	Hace 4 Años	Ninguno	Conoce su padecimiento	Sorpresa	Algo normal	Controlable	Curación	No sabe	No sabe	Alimentación	Preocupaciones	Inflamación, dolor costa
Ashrulyu	Hace 4 Años	Alopático	Poca	Lo esperaba	Un reto menor	Controlable	Curación	No sabe	No sabe	Medicamentos	Enojo	Dolor y nauseas
Padael	Año y medio	Alopático	Muy poca	Ninguno	Fortaleza, el cuerpo muere Por partes	Controlable	Curación, miedo al cáncer	No sabe	No sabe	Entripados	Enojo	Dolor e inflamación
Hizkiel	Desde niña (dolores)	Inició tratamiento alop.	Ninguna	Lo esperaba	Algo normal	Tratamiento y observación	Curación	Abuelo	No sabe	Enojos	Enojo	Malestar estómago
Hubaiel	Hace 8 Años	Automedicación	Muy poca	Alivio, lo esperaba	Aceptación	Tratamiento y observación	Curación	No sabe	No sabe	Angustia, enojo	No identifica	Inflamación colónica
Jekusiel	Hace 1 Años	Alopático	Muy poca	Sospechaba	Espera que no sea grave	Controlable	Curación	No sabe	No sabe	No sabe	Enojo	Dolor costal e inflamación
Sheviel	Más de 1 Año	Automedica. Poca atención	Casi nada	Lo esperaba	Desentendimiento	A tiempo de aliviarse	Curación	No sabe	No sabe	Alimentación	Irritabilidad	Opresión epigástrica
Raziel	Desde los 15 Años	Poca atención Automedica	Ninguna	Ninguno (no le explicaron)	Preocupación	Espera resultados biopsia	Controlable medicamento	No sabe	No sabe	Alimentación Medicamento	Los síntomas le enojan	Inflamación, dolor costal
Gabriel	Más de 2 Años	Homeopático Alopático	Muy poca	Temor e incertidumbre	Preocupación	Controlable a med. Plazo	Curación	No sabe	Sospecha de un hijo	Alimentación Emociones	Temor	Opresión y dolor
Sealtiel	No recuerda	Alopático	Ninguna	Incertidumbre preocupación	Preocupación	Tratamiento largo plazo	Curación	No sabe	No sabe	No sabe	Tristeza	Inflamación dolor abdominal
Sakviel	Alrededor de Los 2 años	Alopático (algunas vcs)	Muy poca	Despreocupada	No hace mucho caso	Espera resultados biopsia	Curación	No sabe	No sabe	El carácter	Irritabilidad Enojo	Inflamación dolor estreñimiento
Peniel	Hace 2 años aprox.	Alopático	Ninguna	Temor	Preocupación	Controlable	Controlable	No sabe	No sabe	Alimentación	Tristeza	Inflamación reflujo
Mijael	No recuerda	Alopático	Ninguna	Preocupación	Habituaición	Controlable	Curación	No sabe	No sabe	No sabe	Tristeza	Inflamación y dolor
Hutriel	Hace 2 Años	Alopático	Ninguna	No es tan grave	Precaución	Controlable	Disminuir molestias	No sabe	Hija	Enojos y preocupación	Angustia preocupación	Dolor y reflujo
Gidaijal	Desde los 11 Años	Ninguno	Ninguna	Temor	Ya se acostumbró	Controlable	Curación	Papá	Papá	Alimentación	Preocupación	Inflamación dolor abdominal
Oniel	Desde hace 3 años	Alopático	Ninguna	Preocupación	Precaución	Espera resultados	Curación	No sabe	2 hijas	Ingirió thinner	Preocupación	Inflamación dolor agudo
Pusiel	Desde los 18 años	Alopático Automedica	No es tan grave	Lo esperaba, enojo	Reto	Incurable	Duda de su curación	No sabe	Sospecha de hijo	Preocupaciones	Enojo	Distensión, dolor
Rogziel	Hace 3 Meses	Alopático	Muy poca	No lo esperaba	Se lo mandó Dios	Control	Controlable Curable	No sabe	No sabe	Estrés	Enojo	Inflamación y dolor
Rajmiel	Hace 2 Años y medio	Automedica	Ninguna	Sorpresa preocupación	Descuidada	controlable	Curable	No sabe	No sabe	Ni idea	preocupaciones	Inflamación dolor estreñimiento

Tabla 6. LAS EMOCIONES												
PACIENTE	EMOCION PADRES	EMOCION HERMANOS	EMOCION DOMINANTE INF.	EMOCION DOMINANTE ACTUAL	IDEAS DE SUICIDIO	AUTOIMAGEN	IDEAL DE BELLEZA	CUIDADO CORPORAL	CONCEPCIÓN DE GÉNERO	PERDIDAS	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	RECLAMOS
Gadriel	Intolerancia indiferencia	Hermana mayor = mamá	Enojo, tristeza	Preocupación, resentimiento	Si	No le gusta su aspecto	Limpieza	Dieta caminatas	Cariñosa, sensible, femenina, natural	Primer esposo	Maltrato inf., esposo golpeador, aborto	Muerte esposo, infidelidades
Kimor	Los quiere	Los quiere	Feliz	Estrés, resentimiento	No	Bonita	Alta, delgada, piernas larga	Ejercicio Aeróbico	Serviciales Atentas	--	Aborto **	Hacia pareja por aborto
Kipor	Los quiere	Los quiere	Angustia	Estrés, enojo, miedo	Intento	Panzona	Interior	Ninguno	Se puede dar vida	--	Maltrato inf., abuso sexual, asalto	Con ella misma y con el padre
Nasragiel	Melancolía	Lo mejor que tiene	Miedo, angustia, preocupación	Preocupación, melancolía miedo	Si	No le gusta su cuerpo	Limpia	Ninguno	Serviciales calladas	--	--	Preferencia hermana mayor
Nairo sanga	Los quiere	Los quiere	Estrés	Estrés	Si	Le agrada	No tiene	Ejercicio	Firme Decidido	Padre	--	Falta de oportunidades
Deheboryn	Aprecio	Aprecio	No recuerda	Enojos, preocupaciones	Si	No sabe	No tiene	Ninguno	Aportar estabilidad y seguridad	--	--	Casarse tan joven
Moloch	Los quiere	Los quiere	Angustia, enojo, estrés	Estrés	No	Agradable	No tiene	Ninguno	Aportar seguridad y confianza	--	Asalto	Poca relación con padre
Ashrulyu	Melancolía	Los quiere	Preocupación por ayudar a los demás	Felicidad, melancolía Enojo preocupación	Si	Le gusta su apariencia	Interior	Caminata	Vivir para el otro	Padres y Hermanos	--	Muerte repentina de los padres
Padael	Inconformidad con ideas materna	Los aprecia	No recuerda	Enojo preocupación	Si	--	--	--	Exigencia y dedicación a los hijos	Esposo Padre	Maltrato infantil	--
Hizkiel	Resentimiento e intolerancia		Enojo y resentimiento	Enojada y triste	Intento	No le gusta ser Ella	Por dentro y por fuera	Ninguno	Reprimida, es más fácil ser hombre	--	Esposo golpeador	No estar con amor de su vida
Hubaiel	Añora al padre	Enojo, como si no tuviera	Enojo, tristeza	Angustia, enojo	Si	Le agrada	No tiene	Ninguno	ventajoso	Padre	Asesinato padre Maltrato	--
Jekusiel	Casi no sabe nada de su madre	Los quiere	Alegría	Preocupación melancolía	Si	Viejita muy Bonita	No sabe	Siempre cuida Su apariencia	Mujer no es sinónimo de sufrir	--	Aborto	Abandono de pareja e hijos
Sheviel	Poco tolerante		No recuerda	Angustia melancolía enojo	Si	--	No tiene	Abandono corporal	Proveedor de bienes	--	--	Ya no contribuir en casa
Raziel		Los aprecia y se llevan bien	Angustia y miedo	Angustia estrés	--	Devaluada Inferioridad	No tiene	Solo cuando se Siente mal	Proveedor y apoyo	--	Impotencia	Nada
Gabriel	Remordimiento padre	La quiere	Angustia y miedo	Melancolía, estrés angustia	Si	Buena persona	No sabe	--	Gran responsabilidad	Padre	Muerte del padre	Alcoholismo paterno
Sealtiel	Añoranza	Preocupación	Abandono	Tristeza angustia	No	--	--	Ninguno	Servicial reprimida	Padre Madre	--	Que sus hijo se llevaran mejor
Sakviel		Los quiere	No recuerda	Angustia tensión enojo	No	No le gusta su imagen	Simpática, Delgada	Ninguno	Atender a los hijos Reprimida	Padres Hermanos	--	No seguir trabajando en banco
Peniel	Afecto		Felicidad	Tensión emocional angustia	No	Le es agradable	Por dentro y Por fuera	Alimentación Ejercicio	Se puede desarrollar en todo ámbito	Padres	Muerte de la madre	Se equivocó al elegir marido
Mijael	Alta estima hacia el Padre	Indiferencia hacia los vivos	Felicidad	Tristeza, angustia soledad	Si	Esta viejita	No tiene	Ninguno	Sumisa, callada, servil	Padres Hermanos	Esposo golpeador	Hacia el esposo
Hutriel	Los quiere	Los quiere	Felicidad	Tristeza angustia enojo	No *	Le gusta su cuerpo	Alta, delgada, Facciones finas	Ninguno	Servicial, sumisa, callada, obediente	--	--	La actitud de el esposo
Gidaijal	Los quiere, temor a separación	Los quiere	Temor y tristeza	Preocupación	Si	Le gusta su Cuerpo	Delgada alta, Con curvitas	Ninguno	No hay diferencias con los hombres	--	--	
Oniel	No hay rencor	No los menciona	Angustia, tristeza	Preocupación irritabilidad	No *	No	Delgada	Ninguno	Servicial, atender a los demás	--	Abuso sexual infantil	
Pusiel	Los quiere	Aprecio	Tristeza, temor	Preocupación, tristeza, soledad	No *	A gusto	Ni gorda Ni flaca	Ejercicios Descanso	Les toca lo más pesado	Esposo Padre	Esposo alcohólico 2 abortos	
Rogziel	Los quiere	Afecto	Tristeza	Estrés, preocupación tristeza	No *	No le gusta	Alta y delgada	Ejercicio	Sufre más	--	Abuso sexual Infantil	
Rajmiel	Los quiere	Rencor hacia la hermana	Tristeza, miedo abandono	Estrés, tristeza	No *	No le gusta Ser gordita	Más alta y Más delgada	ninguno	Comprensiva, compartida, servicio	--	Separación de los padres	Se siente ignorada por los padres

La tabla 1 permite confirmar que el colon irritable tiene una mayor prevalencia en las mujeres y queda demostrada la proporción de dos a uno a favor de las mujeres en comparación con la presencia de colon irritable en los hombres sin importar edad en que se presenta la enfermedad. Todos los pacientes entrevistados son residentes de la zona norte de la ciudad de México y el área conurbana. El grueso de la población radica en colonias o unidades habitacionales situadas a un costado del canal de desagüe a cielo abierto llamado río de los remedios, situación que implica focos de infección, aire contaminado y malos olores, las áreas verdes son muy escasas y algunas veces inexistentes. El 55 por ciento de los encuestados son nacidos en el distrito federal y el resto se reparten entre los estados de Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, Guerrero y Estado de México pero han pasado la mayor parte de su vida viviendo en la ciudad de México, todos habitan en casas y departamentos construidos con materiales para construcción y cuentan con los servicios de agua, luz, drenaje, teléfono, menos del diez por ciento de los entrevistados viven en casas rentadas y los demás son dueños de la casa donde habitan actualmente.

De igual manera los datos contenidos en esta tabla indican que los entrevistados son hijos de padres que llegaron del campo a la ciudad, lo cual indica el Dr. López Ramos representa algunas implicaciones importantes como por ejemplo que la herencia genética que recibieron de sus padres no ha sido afectada por la alimentación y el estrés citadino, ni la exposición a los altos índices de contaminación atmosférica, lo que garantiza una mayor resistencia a desarrollar enfermedades crónicas o degenerativas y a tener una mejor calidad de vida en comparación con los habitantes de la metrópoli mexicana que ya son segunda o tercera generación nacida en la ciudad cuya información genética puede estar modificada por influencia del medio ambiente en que se desarrollan.

La tabla 2 nos muestra que la familia de origen de más del 80 por ciento de los casos presentaba serias deficiencias en cuanto a la dinámica y las relaciones interpersonales entre sus miembros, en una buena parte de los casos se presenta alcoholismo paterno, abandono de los hijos y violencia intrafamiliar generalmente contra la madre y / o los hijos, estas situaciones por lo regular son generadoras de estrés, ansiedad, preocupación, de sentimientos de enojo contra alguno de los padres, inseguridad y tristeza en los hijos. Las

alteraciones en la dinámica familiar se ven reflejadas en la deficiente o nula comunicación entre los encuestados y los padres, en las constantes discusiones, y en el distanciamiento con alguno de los padres; en el caso de algunas mujeres que decidieron abandonar el hogar paterno como alternativa para escapar del maltrato físico por parte de los padres durante la infancia, en la actualidad son víctimas de violencia intramarital o fueron víctimas de violencia.

El grueso de los encuestados provienen de familias grandes de hasta 12 hermanos manifestando en su mayor parte que la relación con los hermanos era amistosa y cordial, los participantes manifiestan que su principal función dentro de la familia fue en algunos casos asumir el papel de jefe de familia, encargarse de atender a los más chicos, en ocasiones debieron dejar de estudiar y dedicarse a trabajar para colaborar con el gasto familiar y permitir que los hermanos menores tuvieran la oportunidad de seguir estudiando.

En la mayoría de los casos los participantes no pudieron precisar si se presentaban enfermedades recurrentes en su familia de origen, sin embargo los datos que lograron concentrarse indican que las enfermedades de las vías respiratorias son las enfermedades más recurrentes, situación que sugiere de acuerdo a la teoría de los cinco elementos que en estos casos también se experimentaba tristeza en el núcleo familiar.

Las particularidades del parto y tipo de alumbramiento no son elementos que influyan de manera decisiva en cuanto a la adquisición del síndrome del intestino irritable, tampoco las complicaciones durante el alumbramiento es una variable significativa para este padecimiento en particular.

La *tabla 3* contiene los datos sobre la dinámica familiar que están viviendo actualmente los entrevistados, destacando la siguiente información: estado civil del paciente es una variable que nos da una idea de cuales son las fuentes de estrés, ansiedad y las preocupaciones a las que se encuentra sujeto el paciente de forma habitual, si el paciente es casado y ha formado su propia familia entonces en el caso de las mujeres se identifica como fuente de estrés el constante vigilar por el bienestar de los hijos esto se refleja en que

las expectativas de los pacientes hacia sus hijos son principalmente de tipo académico ya que según ellos la educación escolar brindará oportunidades en la vida que ellos no tuvieron, en algunos casos se presenta insatisfacción con la pareja y constantes conflictos que desembocan en episodios de violencia, estas situaciones someten al sujeto a una fuerte y prolongada tensión emocional; si el paciente es soltero las fuentes de estrés se localizan en las exigencias escolares, laborales y en la mala relación con los padres.

En los pacientes que ya han formado su propia familia más del 60 por ciento reporta que la dinámica familiar se caracteriza por la poca convivencia con el padre, hay poca comunicación entre los miembros de la familia, existen enojos y discusiones constantes y en varios casos el ambiente familiar es hostil hacia alguno de los miembros principalmente contra el padre de familia. En algunos casos la relación de pareja está ya tan deteriorada que las actitudes de aversión e indiferencia hacia la pareja son francamente abiertas y ya son vistas como algo normal, algunas otras mujeres casadas se han resignado ya a los abusos de su pareja, otras expresan resentimiento hacia su pareja actual y sus parejas anteriores y algunas otras toleran las situaciones familiares porque no sabrían que hacer si se separan de la pareja. Esta situación produce un desgaste físico y emocional que se ve reflejado en las enfermedades recurrentes que se presentan en la familia de los pacientes entrevistados pues de nueva cuenta los datos indican que las enfermedades que más se presentan son las de vías respiratorias (relacionadas con la melancolía), y problemas con la vesícula, relacionada con el enojo y la ira según la teoría de los cinco elementos, estos datos nos indican que no sólo se heredan los estilos de vida y patrones de comportamiento de padres a hijos sino que también se heredan las enfermedades que estos mismos generan. La consecuencia lógica de estas relaciones maritales y familiares tan difíciles es que el entrevistado no se encuentra totalmente satisfecho con su vida de pareja.

La mitad de los pacientes reportan que la calidad de su sueño durante la noche va de regular a malo pues en ocasiones experimentan la sensación de no haber dormido lo suficiente, les cuesta trabajo levantarse por las mañana, se sienten cansados y con la necesidad de dormir un rato durante el día. La otra mitad de los encuestados reportó que su sueño es bueno pero en contraste el 80 por ciento de ellos sufre de insomnio y dificultad

para dormir en la noche, los principales factores que los pacientes pudieron identificar para que se presente el insomnio son: preocupaciones familiares, principalmente los hijos, la situación económica y laboral.

En la tabla 4 se encuentra concentrada la información referente al estado de salud de cada uno de los entrevistados. Aquí se observa un amplia gama de enfermedades sufridas por los entrevistados antes del colon irritable las cuales podemos agrupar en enfermedades relacionadas con el hígado y la vesícula, con el riñón y la vejiga, y con el pulmón intestino grueso. Las enfermedades relacionadas con el hígado y la vesícula son: cálculos biliares, dolor en vesícula e inflamación, hepatitis, encarnación ocular (la abertura externa que en la teoría de los cinco elementos corresponde la hígado son los ojos) y además estas son enfermedades que se relacionan con enojos constantes y desproporcionados; las enfermedades relacionadas con el riñón y la vejiga son las siguientes: piedras en el riñón, infección renal, minerales, infección en vías urinarias, otras enfermedades relacionadas son miomas en la matriz, quistes testiculares, problemas con la próstata, incontinencia y problemas con la vejiga, además de que en algunos casos a las pacientes se les ha extirpado la vejiga, el rincón y la vejiga se encuentran relacionados con el temor y el miedo que en este caso puede estar producido por el maltrato físico que ha sufrido el paciente, las vejaciones en la vida matrimonial, y también se relacionan con la pérdida o falta de carácter para hacer frente a la vida. El riñón también esta relacionado con los huesos entonces se pueden agregar enfermedades reportadas como la escoliosis, la artrosis, artralgía y aplanamiento de discos en columna. El tratamiento de estas enfermedades se basa principalmente en la administración de medicamentos alopáticos o intervenciones quirúrgicas, existen algunos casos en que se combinan varias enfermedades y el paciente llega a tomar más de una decena de pastillas al día lo que puede ocasionar irritación al estómago y algunos otros síntomas similares a los del intestino irritable. En los casos de los pacientes que padecen problemas con la vesícula, en un principio los dolores intensos e incapacitantes que experimentaban eran diagnosticados como inflamación de la vesícula biliar situación que los médicos trataron de solucionar mediante la receta de medicamentos y como esto no funcionaba se decidió extirpar la vesícula pero aún cuando el paciente ya no tenía vesícula los dolores seguían apareciendo y se llegaba al diagnóstico de colon irritable

y se iniciaba un nuevo tratamiento para disminuir las molestias propias de la enfermedad. Las enfermedades del pulmón – intestino grueso están representadas por el constante padecimiento de las vías respiratorias por parte de los encuestados, además en un caso se indicó problemas de alergias, este problema esta directamente relacionado con la piel y la piel se relaciona con los pulmones.

En general los pacientes reconocieron que antes de que empezaran con el tratamiento para su colon irritable su régimen alimenticio era totalmente desordenado pues no contaban con un horario fijo para comer, comían a la carrera y casi cualquier cosa, su dieta se basaba principalmente en carbohidratos, proteína animal en exceso, alimentos fritos o muy condimentados, lácteos, bebidas gaseosas, y ocasionalmente consumían frutas y verduras. La dieta de los entrevistados no ha cambiado mucho a raíz del colon irritable aunque los pacientes afirman que su alimentación es más saludable pues han dejado de consumir irritantes y han aumentado el consumo de frutas y verduras, algunos han intentado consumir productos elaborados altos en fibra vegetal para combatir el estreñimiento y han adoptado un horario específico para las comidas, sin embargo siguen consumiendo la leche y sus derivados a pesar de que estos alimentos agudizan algunos síntomas del colon irritable como la inflamación y distensión abdominal, y la acumulación de gases; los alimentos fritos o muy condimentados producen acumulación de calor en el estómago y provoca una mala asimilación de los nutrientes y pérdida de líquidos que se expresa como estreñimiento y dificultad para obrar.

En general el aspecto laboral influye en el padecimiento de la siguiente manera: los pacientes que realizan una actividad remunerada generalmente no se encuentran satisfechos con las actividades que realizan, tienen roces y a veces sus relaciones con los demás compañeros de trabajo son hostiles, esto provoca fuertes dosis de estrés y ansiedad en el paciente. Los pacientes que no realizan una actividad remunerada se dedican principalmente a las labores del hogar, y como ya vimos en el hogar se presentan situaciones igualmente estresantes y se viven episodios de violencia que el paciente muchas veces tiene que soportar porque a su parecer no le queda otra opción.

La columna correspondiente a los pasatiempos y actividad física confirman que en general el estilo de vida de los entrevistados es en su mayoría dominada por actividades sedentarias y que solo algunos practican ejercicio de tipo aeróbico, otros tantos han dejado de practicar sus deportes preferidos porque los síntomas de su enfermedad ya no le permiten la actividad física placentera.

La información recopilada en la *tabla 5* corresponde al padecimiento del colon irritable, dentro de la cual resaltan los siguientes datos: El tiempo que el entrevistado lleva sufriendo el colon irritable nos señala que la gente puede aprender a vivir y convivir habitualmente con sus molestias, han aprendido a sobrellevarlo y a sortear las crisis de los episodios más severos de sus síntomas. Se observa que algunas personas llevan padeciendo los síntomas de su enfermedad la mayor parte de su vida y que sólo hasta que los síntomas se hicieron insostenibles fue que acudieron a consultar la opinión de un experto, antes de pasaban por alto los síntomas de su enfermedad o simplemente se auto-recetaban medicamentos para disminuir o desaparecer los síntomas más molestos. El tiempo que ha transcurrido desde la primera aparición de los síntomas ahora va desde los tres meses hasta un período de alrededor de 50 años sufriendo los malestares del colon irritable, este rubro es importante porque es aquí donde se hace evidente el abandono corporal de los pacientes y que es parte del estilo de vida propio de los tiempos actuales, otro punto que hace evidente el olvido del cuerpo es el total desconocimiento de la propia enfermedad y de los procesos que se están llevando dentro del mismo cuerpo pues los pacientes manifiestan tener muy poca o ninguna información sobre su padecimiento.

El siguiente aspecto que hace evidente el olvido corporal en el paciente es el referente al impacto del diagnóstico de colon irritable pues generalmente este diagnóstico generó en el paciente cierta sorpresa porque no sabía de que se trataba la enfermedad, pasando por la angustia y la preocupación por no saber si es algo grave, hasta llegar al alivio por que su padecimiento no pone en riesgo su vida, de esta manera se asumen actitudes hacia la enfermedad que tienden a ignorar los síntomas o a verlos ya como algo normal, otros más se desentienden de la enfermedad y otros afirman ya estar acostumbrados a los malestares, algunos otros pacientes que han sufrido de enfermedades de mayor riesgo

manifiestan que si han superado esas enfermedades lo de su colitis entonces es como un simple estornudo.

La expectativa que ofrece el médico a estos pacientes está de acuerdo a la concepción que el modelo biomédico tiene a cerca del síndrome del intestino irritable, es un tratamiento alopático que disminuirá y en el mejor de los casos desaparecerá los síntomas, pues esta enfermedad no tiene cura, y ofrece la observación y vigilancia periódica para evitar complicaciones posteriores. En general la expectativa del propio paciente apunta a que si no se puede curar por lo menos le gustaría controlar los síntomas más molestos.

Puesto que el síndrome del intestino irritable es una enfermedad que no pone en verdadero riesgo la vida del paciente y además la persona que lo sufre aprende a vivir y lidiar con sus molestias, es comprensible que al cuestionar a los pacientes a cerca de los antecedentes y la recurrencia de la enfermedad en el resto de la familia estos hayan respondido que no tenían conocimiento de que algún pariente padeciera lo mismo que ellos. Los pacientes entrevistados responden que las causas que provocaron que ellos adquirieran y padecieran esta enfermedad son principalmente de orden emocional: específicamente los entripados, los enojos, la angustia y al preocupación constante; otros consideran que el factor determinante fueron los malos hábitos alimenticios o la precaria alimentación que llevaron durante la infancia; otros sospechan que su enfermedad es causada por la excesiva ingesta de medicamentos, el consumo de alcohol y tabaco, y algunos incidentes de la infancia como la intoxicación con solventes.

En cuanto a la emoción relacionada con el síndrome del intestino irritable se observa de forma nítida que la emoción que se presenta con mayor frecuencia en esta categoría es el enojo (o un estado de mayor irritabilidad), tristeza, preocupación y en algunos casos experimentan algún temor a causa de su enfermedad, además los pacientes lograron identificar y establecer una clara relación entre la emoción de enojo y su resonancia corporal principalmente en la zona del abdomen y bajo vientre, pues indicaron que cuando se enojan su estómago se empieza a inflamar, sufren de dolores tipo cólico, experimentan retorcionones y aumenta la distensión abdominal, además el que los pacientes se encuentren constantemente irritables o enojados nos permite entender más claramente el

porque la mayoría tiene antecedentes de problemas con la vesícula biliar o con el hígado pues la Teoría de los cinco Elementos nos da la certeza de establecer una clara relación entre la ira o enojo y el hígado o vesícula biliar, este tema será tratado de manera más amplia dentro del análisis de resultados. En la columna tres se observan los datos referentes a la recurrencia de las ideas de suicidio en los entrevistados, y los resultados indican que más del setenta por ciento de los encuestados reconocieron tener ideas de suicidio por lo menos en una ocasión a lo largo de la vida, otros aceptaron abiertamente experimentar períodos de depresión de forma continua y reconocieron que han sufrido algunos períodos de crisis, estos datos confirman una vez más que una de las emociones que va acompañado al paciente a lo largo de su vida es la melancolía, emoción que como ya mencionamos anteriormente esta directamente relacionada con el pulmón y el intestino grueso, y de la misma forma esta información nos permite entender porque las enfermedades recurrentes en la vida personal y familiar de los encuestados son los padecimientos de las vías respiratorias.

Los datos que se refieren a la imagen que los entrevistados tienen de si mismos indican que a causa del sobre-peso, del vientre distendido y de la incomodidad que esto implica para ponerse ropas más atractivas, las mayoría de las mujeres entrevistadas poseen una auto-imagen pobre, situación que confirma, reafirma y mantiene los sentimientos de poca valía que las pacientes tienen de si mismas, esta baja autoestima es un factor más que influye en las experiencias de tristeza en la vida del paciente, las mujeres entrevistadas consideran que el ser mujer se caracteriza en resumen de los siguientes rasgos: son sensibles, serviciales, atentas, reprimidas y calladas, este estilo de vida en las mujeres facilita la aparición de enfermedades como el síndrome del intestino irritable que son de carácter mayormente emocional, pues la educación y formación que ellas han recibido les impide expresar inconformidad o desacuerdo y reprime la libre expresión de sus emociones; esto implica que gran parte de las emociones que experimentan a lo largo de su vida, y que como ya vimos son principalmente el enojo, la melancolía y las preocupaciones, se vayan almacenando en el cuerpo hasta que este mismo encuentra la forma de expresar estas emociones mediante un síntoma físico que logra aliviar de forma momentánea la tensión emocional a la que esta sujeto un cuerpo reprimido. Por parte de los hombres la

cosa no es muy diferente pues para todos los entrevistados el ser hombre implica principalmente desempeñar un papel de proveedor, el hombre debe de aportar todos los elementos necesarios que permitan la supervivencia de la pareja y los hijos, esta función los coloca a ellos en una situación que describen como sumamente estresante pues además de llevar toda la responsabilidad económica a veces tienen que lidiar en casa con los problemas familiares y de conducta de los hijos, a veces manifiestan que no son comprendidos por sus parejas y esto les provoca frustración y estrés de forma constante, pero los hombres tampoco expresan libremente sus emociones pues su historia personal y su educación les dice que ellos deben mostrar fortaleza y que demostrar sus sentimientos es signo de debilidad, entonces las emociones son reprimidas pero tarde o temprano estas se expresan mediante alguna dolencia o enfermedad corporal.

Las experiencias en su vida que han provocado emociones son frecuentes pues como se observa un sesenta y cuatro por ciento de los entrevistados han sufrido por lo menos una experiencia negativa a lo largo de su vida estas experiencias son tan diversas como el haber sufrido maltrato infantil, ser víctimas de violencia a manos de su pareja, sufrieron la pérdidas de algún ser querido, fueron víctimas de abuso sexual, sufrieron algún asalto o se practicaron algún aborto. Aunque en algunos de los casos se sufrieron hace ya muchos años hoy en día siguen generando en las personas entrevistadas ciertos resentimientos hacia una u otra persona, y en algunos casos generan sentimientos de culpa, estas dos opciones: el resentimiento y la ira en el fondo ponen al descubierto sentimientos y emociones que podrían ser más difíciles de soportar como la culpa y la tristeza, el hecho de que estén escondidos o disfrazados por otros sentimientos no quiere decir que no existan al contrario una vez que la persona o el cuerpo identifica sus verdaderos sentimientos estos son expresados con mayor violencia e intensidad ya sea de forma consciente o de forma inconsciente mediante la aparición de una enfermedad. Los reclamos que la mayoría de los pacientes tienen hacia alguna persona en particular o para con la vida en general son también síntomas de las emociones que les dominan.

En cuanto al aspecto emocional de la vida de los entrevistados en la *tabla 6* se observa que en las emociones y sentimientos hacia los padres predominan el amor y el

aprecio, sin embargo se empiezan a vislumbrar rastros de tristeza, melancolía, enojo, resentimientos hacia los padres, además de que se manifiestan actitudes de indiferencia e intolerancia en algunos entrevistados. Del mismo modo los sentimientos hacia los hermanos que más se presentan son los de afecto y cariño, pero observamos que también se encuentran trazos de enojo, preocupación y resentimientos en algunos casos. En contraste se observa que durante la infancia de los encuestados las emociones dominantes son ahora el enojo, la angustia, la tristeza, la preocupación y la melancolía; emociones que podemos relacionar directamente con ciertos niveles de depresión, idea que es reforzada por la situación familiar (desintegración y abandono) en que vivían la mayor parte de los pacientes entrevistados, otra emoción dominante que podemos encontrar en la muestra es el temor constante ocasionado por el alcoholismo paterno, los golpes y las vejaciones sufridos durante la infancia. Por su puesto que también cuatro casos en que los pacientes reportaron que ellos fueron muy felices durante la infancia, aunque este aspecto de la felicidad es muy subjetivo pues cada uno de los pacientes tiene su propia idea de porqué su vida durante la infancia fue feliz, en general la idea de felicidad giró en torno a una buena relación afectiva con uno de los miembros de la familia que para ellos era la persona más importante aunque con el resto de los integrantes de la familia la dinámica hay sido disfuncional o de plano no existiera relación con el resto de la familia.

Actualmente se observa que las emociones dominantes durante la infancia del paciente no han cambiado mucho a lo largo de su vida, pues siguen dominando los enojos, los resentimientos, las preocupaciones, el miedo y la melancolía, aderezados con fuertes dosis de estrés. Más bien lo que ha cambiado son los factores que promueven y hacen posible que estas emociones se mantengan a lo largo de los años pues ahora estas emociones tienen su origen en la distorsionada dinámica familiar, en la relación con los hijos, los problemas e insatisfacción en la vida de pareja, la melancolía por la pérdida de los seres queridos (padres, algunos hijos), como efecto del fenómeno del nido vacío, o el estrés relacionado con la vida laboral y las preocupaciones económicas. Las emociones dominantes a lo largo de la vida de los pacientes con colon irritable se pueden resumir en tres principales: enojo, melancolía y miedo; combinación que es peligrosa y pone en peligro el fluir armonioso de la vida.

3.7 Categorías.

A continuación se retomarán algunos datos que son comunes a la mayoría de los entrevistados y por lo tanto resultan los de mayor importancia, ya que nos hablan de algunos patrones que se han ido presentando en los entrevistados y que nos pueden ayudar a comprender con mayor exactitud la compleja red de relaciones funcionales que el individuo establece con todo el medio que le rodea y que lo han llevado a manifestar los síntomas del colon irritable. A este nuevo tratamiento de la información le denominara categorías, de las cuales las más importantes son: estilo de vida, salud-enfermedad, cuerpo, y emociones, que se considera tienen un papel determinante en la construcción de ese padecimiento.

⊕ *Estilo de vida.*

En la categoría *estilo de vida* hablaremos de aspectos como la alimentación, relaciones familiares en la infancia, relaciones familiares actuales, experiencias significativas a lo largo de la vida. Dentro de la categoría *estilo de vida* se incluye también la idea de hombre o mujer que tiene el entrevistado.

⌘ Relaciones familiares durante la infancia.

Esta subcategoría resulta importante porque los datos han revelado que la gran mayoría de los entrevistados coinciden en que su infancia se veía empañada por la mala relación que existía entre sus padres, llegando a presentarse episodios de violencia física y verbal; además aproximadamente la mitad de los entrevistados manifestaron desde una mala relación con los padres durante el tiempo que vivieron en la casa paterna hasta sentirse verdaderamente ignorados dentro de su familia. La importancia de estos rubros es que se influyen directamente en el aspecto emocional vivido durante la infancia.

... “mi papá era de un carácter muy difícil, él era muy violento, pero nada más con mi mamá a mí nunca me pegó”...

... *“siempre vivimos en casa propia aunque sea chiquita pero mi papá era muy perrucho y le pegaba mucho a mi mamá y a nosotros también, mi madre se encargó de criarnos ahí como Dios le dio a entender” ...*

... *“en mi casa no recibí ningún tipo de educación, ninguno de nosotros la tuvo, porque mi mamá no sabe leer ni escribir y mi papá sólo tiene hasta el cuarto año de primaria, entonces la educación la fuimos aprendiendo a lo largo de la vida y con el tiempo, yo me casé a los 14 años y mis suegros eran los que me llevaban a misa y me enseñaron a dar gracias a Dios después de comer, de ellos recibí el apoyo espiritual porque en mi casa no había ningún tipo de apoyo, yo por eso me casé para salirme de mi casa y me casé con el primero que se me atravesó, no fue por amor ni nada fue por salirme de la situación que se vivía en mi casa; además yo me acuerdo que mi papá tomaba mucho” ...*

... *“yo creo que mis papás pues si se enojaban porque a veces yo llegaba y si estaban platicando se quedaban callados y ya no seguían, luego mi mamá se metía a su cuarto y se ponía llorar, ahora ya de grandes mi mamá me contaba que mi papá le daba muy mala vida” ...*

... *“... mi mamá si me daba mis golpes, que si me tardaba con algún mandado o cualquier cosa, también me gritaba para que yo me levantara, y esos gritos me hacían sentir muy mal, yo creo que yo le tenía miedo a mi mamá” ...*

Las declaraciones hechas por los pacientes entrevistados con respecto a los recuerdos en relación con su vida familiar durante la infancia nos indican que en general eran niños que sufrían de cierto estado de abandono pues aunque sus padres estaban con ellos físicamente el acompañamiento afectivo de plano no existía o era muy escaso, algunos de ellos quedaban al cuidado de sus hermanos mayores lo cual significaba constantes peleas y reclamos por que ellos percibían preferencias hacia uno u otro hermano. Otro tanto de los entrevistados se vieron en la necesidad de dejar la escuela para ayudar con los quehaceres

del hogar y con la crianza de los demás hermanos, otros tuvieron que buscar trabajo para ayudar con los gastos de la casa y hacer posible que los demás hermanos siguieran estudiando, esto en la actualidad genera cierta frustración por no haber tenido las mismas oportunidades que los demás. La situación más grave que vivieron buena cantidad de los entrevistados es haber presenciado episodios de violencia entre sus progenitores o en el peor de los casos ellos mismos fueron víctimas de maltrato físico, esto tuvo dos consecuencias a largo plazo: la primera es que crecieron con resentimiento hacia uno o ambos padres que en aquella época no podían expresar abiertamente pero que ahora se hace evidente mediante actitudes de intolerancia, rechazo e indiferencia hacia sus padres, la segunda es que las mujeres que vivieron este maltrato aprendieron de sus madres a tolerar y soportar los golpes y las vejaciones por parte del marido y este patrón se repitió muchas veces en los matrimonios que estas mujeres formaron, trayendo como consecuencia lógica la generación de resentimiento hacia la pareja y vivir con enojo por no tener el valor de enfrentar la situación y miedo constante a sufrir maltrato físico.

⌘ Relaciones familiares actuales.

Esta subcategoría es importante porque las mujeres entrevistadas están sujetas a relaciones familiares hostiles principalmente con la pareja sentimental y algunas veces estresantes con los hijos, lo que comúnmente preocupa a las personas entrevistadas es el bienestar físico y económico de los hijos aunque ya no vivan con ellos. De la misma forma que la subcategoría anterior esta también influye directamente en el estado emocional habitual del paciente con colon irritable.

“... descubrí que yo le tenía mucho coraje a mis papás y mucho mucho resentimiento hacia los hombres porque mi papá me había hecho mucho daño, y también le tenía resentimiento a mi esposo, porque yo me case a los 14 años y a los 18 quedé viuda y con dos hijos, mi hijo mayor tenía 2 años y tres meses de edad y el otro tenía treinta días de nacido cuando mataron a mi esposo, entonces yo le tenía mucho resentimiento a mi esposo porque me había dejado sola y para una madre soltera es muy difícil”...

... “lo que cambiaría de mi familia sería a mi esposo, sí porque cuando llega de trabajar está enojado, o molesto y él quiere ser muy perfeccionista con todos y él no lo es y cuando llega enojado dice malas palabras y a mí no me gusta que las diga, esto afecta su relación con mis hijos porque si platican con él pero existe más comunicación, apoyo y confianza conmigo que con él, mis dos hijos varones no son de él y si tienen un diálogo pero no hay suficiente confianza; mi hijo mayor es el que tiene más acercamiento con él y se llevan bien pero con el de en medio no, y con mi hija (que si es su hija) tampoco existe muy buena relación, mi hija dice que cuando su papá llega siente mucha angustia, e igual yo siento mucha angustia y mucha ansiedad, es como: *híjole ya llegó a ver que tal viene*”..

... “la persona más fuerte en la familia es mi esposo, él es “malo”, todos los hombres son malos, borrachos parranderos y mujeriegos”...

... “la mayor parte del tiempo me siento como enojada, triste, como enjaulada, como que tengo ganas de salirme de todo pero no puedo, no tengo trabajo, no tengo un apoyo, no tengo a donde irme, por ejemplo si mi esposo ayer o ahora me golpea y yo me quiero ir de la casa, ¿a donde me voy si no tengo a nadie? a casa de mis hijos, pues no, el mayor está casado y tiene tres hijos a que me voy a causarle más problemas o a que me agarren de sirviente o a cuidar a los hijos, si eso es de lo que estoy huyendo, por eso mejor me quedo en mi casa aunque sea un infierno..”

... “con mi esposo tengo una relación muy hostil, casi no hablamos y no hay comunicación, yo me siento herida porque él no me cuidaba, no me atendía y no se preocupaba por mí, yo me casé muy joven, yo me quería salir de la casa y de pilón salí embarazada pero yo creí que podíamos tener una vida juntos”...

... “no me gusta es que mi hijo se ponga de rebelde, es que toma la actitud de su papá, su papá no habla conmigo y si le pregunto algo no me contesta, entonces el tiene como un año que le hablo o le pregunto algo y no me contesta hasta que me oye gritar y luego se molesta que porque le grito, y yo le digo que le grito porque le estoy hablando y no me contesta, y esta situación a mí me pone muy mal, me pone muy triste,”...

“...el toma las decisiones sobre mí, y yo he aguantado todo esto por mis hijos, yo les he dicho que a veces he tenido ganas de dejarlo todo e irme, pero si no lo he hecho es por ellos, por mis hijos. También me preocupa que a veces veo a mi hija como que muy deprimida, a veces cuando termina con alguno vio pues se deprime mucho y a mí me da miedo que se vaya a suicidar...”

Estos fragmentos de entrevista nos revelan claramente cual es la situación familiar de las mujeres que viven con colon irritable, la muestra que se utilizó para realizar las entrevistas esta formada principalmente por mujeres que son amas de casa o que además de tener un trabajo formal también llevan las riendas de una casa, muchas de estas mujeres sufrieron maltrato físico durante la infancia y este fenómeno se repitió cuando formaron sus propios matrimonios, la mayoría vive con sentimientos ira hacia el marido golpeador, pero a su vez se han resignado a vivir su propio infierno porque no saben que harían si se separan de sus esposos, y principalmente se excusan en que sus hijos están de por medio y que no les gustaría que crecieran sin padre, además estas mujeres aprendieron de sus madres que es posible vivir con un hombre que las golpea.

La vida familiar también se caracteriza por la deficiente comunicación que hay con los hijos y por la mala relación que establecen los hijos con el padre principalmente, esta situación provoca fricciones y riñas con el padre y colocan a la madre en una posición entre la espada y la pared obligándola a vivir bajo grandes dosis de estrés y ansiedad, que no pueden ser canalizados de manera adecuada y al final se expresan de forma física como una dolencia o un síntoma de enfermedad.

⌘ La alimentación

Aunque el colon irritable es un trastorno del aparato digestivo y uno de los factores que influye en la aparición de dicho trastorno es la comida, algunos pacientes no consideran importante este aspecto en el desarrollo de su enfermedad, por el contrario existen otros pacientes que creen que su enfermedad es consecuencia únicamente de las “mal pasadas” que tuvieron durante sus años de infancia; lo más importante aquí es que se observa un alimentación muy desordenada en cuanto al ritmo y variedad de los alimentos pues los pacientes en su mayoría no tenían un horario fijo para consumir sus alimentos, comían cuando se desocupaban de tareas que a su juicio eran más importantes que la comida y además comían a la carrera y cualquier cosa, además si son personas que trabajaban entonces comían en la calle y por lo regular su alimentación consistía en fritangas¹⁶, tacos, tortas y un refresco por que es lo más práctico, si la comida se hacía en casa los alimentos que se preparaban no ofrecían una gran variedad pues la dieta consistía en carbohidratos, harinas, pastas, carnes rojas, pollo, leche y sus derivados, las frutas y los vegetales aunque si se consumían era en cantidades insuficientes; la mayoría de los pacientes han recibido la recomendación médica de modificar sus hábitos alimenticios esto en la práctica significa el aumento en el consumo de fibra mediante productos procesados con alto contenido de fibra, se consume mayor cantidad de vegetales cocidos, y se han restringido de ciertos alimentos como grasas, lácteos, irritantes y algunas leguminosas. Los pacientes confiesan que la dieta les dura sólo un tiempo y después regresan a sus antiguos hábitos, lo único que si evitan en definitiva son los irritantes.

... “por lo regular yo como carne, leche huevo, frutas y verduras, ahora como hasta cereal de fibra por lo del estómago, tomo un jugo de papaya con naranja en las mañanas, trato de no comer carne porque me hace sentir más mal, pero cuando no tengo ganas de cocinar comemos mucha carne porque es más fácil de preparar, y cuando es así comemos unas cuatro o cinco veces a la semana, y cuando me dan ganas de meterme a la cocina pues le vario más y nada más comemos carne unas dos veces por semana, también evito comer chile en mi casa

¹⁶ En la capital mexicana son comunes los puestos callejeros de comida en los que se ofrecen principalmente alimentos fritos con gran cantidad de aceite de origen animal.

casi no comemos chile, por lo regular hago dos buenas comidas al día, almuerzo como a las 11 o 12 y como hasta que mi marido llega de trabajar, mi marido no tiene hora de llegada, cuando mis hijos vivían conmigo tampoco había un horario de comida establecido como todos llegaban a diferente hora, a veces comí con uno y a veces con otro. Casi nunca comimos todos juntos. Yo tomo mucha leche, y mucha crema y mucho queso”...

... “Actualmente y desde que tengo el problema del estómago desayuno cereal de fibra con leche y una gelatina de agua, en las comidas consumo carnes rojas unas dos veces por semana, pollo dos o tres veces, y pescado unas dos veces por mes, trato de comer todos los días frutas, me gusta la manzana y la papaya y de verduras me gusta principalmente la col y el brócoli, consumo lácteos y yogures descremados. Trato de evitar los chiles rellenos porque no me gustan y los irritantes porque me hacen daño. Desde que estoy incapacitada ya tengo un horario de comida específico, desayuno a las 6 de la mañana, como a las 2 de la tarde y ceno a las 6 de la tarde, por lo regular sólo ceno un vaso de leche y un pan”...

... “cuando era más joven trataba de llevar una dieta más estricta para conservar la figura pero ahora me cuesta mucho trabajo, ahora como taquitos o tortas y como mucho pan, carne por lo regular como una vez a la semana de res, una vez de puerco y una vez pollo, la sopa y los guisos no me faltan. Mi dieta no ha cambiada mucho pero ahora evito comer coliflor, calabaza, brócoli porque me hacen daño, también evito las habas y esas cosas porque siento que me inflaman mucho el estómago. Por lo regular hago tres comida al día, desayuno como a las 08:00 de la mañana, como a las 14:30 y ceno en la noche cuando llega mi esposo. Pero como mucho entre comidas, es que a veces me siento muy tensa y muy ansiosa y me da por comer, eso es lo que me afecta, lo que si no he pensado es en que es lo que realmente me tiene tan ansiosa. Las dos veces que llegué a urgencias con muchos dolores fue en fin de semana y las dos veces comí chicharrón”...

... Por lo regular yo comía pollo, sopas, cremas, café con leche, guisados, sopecitos, ahora me prohibieron los irritantes, los lácteos, las grasas, y antes yo comía de todo eso y siempre ha habido molestias estomacales pero me tomaba mi ranitidina y ya se me pasaba, pero ahora como mucha verdura, fruta y pollo, todos los días como pollo. A menos que tenga que salir a la calle o que ande en la calle, siempre como a la misma hora, desayuno a las 10, como a las 3 y ceno a las 9 de la noche...

...“como mi familia no fue una familia agraciada económicamente pues a veces no teníamos ni para los camiones ni para la comida, entonces el quedarme sin comer y las mal pasadas tuvieron mucho que ver con que yo tenga esta enfermedad.”...

La información obtenida en esta categoría nos indica que la mayoría de las personas cree erróneamente que comer saludable es simplemente no comer en puestos de la calle, consideran que excluir de su dieta las tortas, los tacos, las gorditas y en general todas las fritangas es comer sano, pero en realidad el régimen alimenticio que llevan ahora no es muy variado ni muy diferente al que habían llevado antes de iniciar su tratamiento de colon irritable, por ejemplo consideran que la carne roja es uno de los mejores alimentos y la tratan de consumir con tanta frecuencia como les sea posible, la leche y sus derivados son alimentos que agudizan algunos síntomas del colon irritable como la inflamación, los borborismos y la acumulación de gases, sin embargo la mayoría de los pacientes se merienda un vaso de leche y un pan e increíblemente algunos otros se toman un vaso de leche para calmar algunos malestares como la acidez estomacal y el reflujo. De los pocos cambios positivos que se observan en los nuevos hábitos alimenticios de los pacientes es que han aumentado el consumo de frutas y verduras, disminuyeron considerablemente la ingesta de irritantes y picantes y han adoptado un horario específico para sus comidas.

⌘ Experiencias significativas.

A lo largo de las entrevistas se pudo observar una constante que indica que la mayoría de los entrevistados han tenido una experiencia desagradable o traumática en algún momento de su vida, este tipo de experiencias acarrea emociones de ira o de tristeza y algunas veces un sentimiento de culpa, que han acompañado al individuo durante gran parte de su vida; algunas de estas experiencias incluyen desde un conato de divorcio de los padres durante la infancia, pasando por el maltrato sufrido durante la infancia y/o el matrimonio, abuso sexual, abortos provocados, muertes trágicas, hasta llegar a intentos de suicidio.

... “El recuerdo que tengo de mi infancia es que hace como diez años mis papás se iban a separar y ese recuerdo todavía me pone triste..., siempre he tenido miedo de que mis papás se divorcien”...

... “en cuanto a mis relaciones de pareja pues en la primera me casé porque quería salirme de mi casa pero cuando mi esposo murió yo si le di gracias a Dios porque mi esposo me pegaba y era muy celoso, entonces si di gracias a Dios porque estaba otra vez libre; y en esta segunda mi actual marido no me pega porque yo ya no me dejo pero si me acosa mucho emocionalmente”...

...“yo a él le he dicho que con el he conocido lo más bonito y lo peor de la vida, porque hemos hecho cosas muy padres... pero lo peor fue que el año pasado tuvimos un aborto..... intencional. Fue algo no planeado, fue algo que yo siento que a él le dio mucho miedo y yo no tenía tanto miedo hasta que vi su reacción, entonces mi miedo fue que yo sentí que tenía que decidir entre él y mi hijo... y decidí que él por eso fue el aborto... y además pensé que tenía o quería hacer cosas en mi vida profesional y dije bueno... lo hacemos.... pero entonces me causo también mucho enojo porque al momento de buscar la solución, de buscar quien me iba a hacer el legrado, de donde iba a sacar el dinero todo lo hice yo y

al final eso me causo más molestia.. además no se si tuvo que ver pero a los 30 días del aborto empecé con las molestias de la colitis”...

... “Cuando traté de suicidarme, eso no lo volvería a hacer, quisiera cambiar eso. No sé realmente cual fue el motivo del intento de suicidio, pero en ese momento me había peleado con mi mamá y me dijo que ya no me quería que por ella me podía morir, así tal y cual me lo dijo, cosa que hoy niega... pero yo me acuerdo muy bien de sus palabras: ya no te quiero y por mi te puedes morir”...

Esta categoría es de gran importancia porque nos permite confirmar que el Síndrome del Intestino Irritable está relacionado estrechamente con experiencias de un fuerte impacto emocional que sufrieron los encuestados en algún momento de su vida, esta información nos permite establecer además la estrecha relación entre el conflicto emocional y la dolencia orgánica. Pero vamos por partes, primero, si una persona sufrió algún hecho negativo en algún momento de su vida y el cual no fue enfrentado con un proceso de duelo que le haya permitido expresar las emociones y sentimientos que le fueron producidas por este hecho doloroso entonces la emoción se instala en el interior del cuerpo y la prueba es que cada que recuerda el hecho doloroso el sentimiento y la emoción aparece con la misma intensidad que cuando ocurrió el incidente; segundo si la emoción no se expresa, si no se expulsa del cuerpo mediante la palabra entonces se expresará mediante un proceso corporal, la prueba la tenemos de forma muy clara en dos de los casos presentados: el primero corresponde a una mujer que sufrió de abuso sexual durante la infancia acerca del cual nunca había platicado con nadie, esto le produce sentimientos de culpa y de rabia por lo que pasó, cuando recuerda este suceso presenta síntomas de distensión abdominal acompañada de dolores tipo cólico muy intensos; el segundo caso es el de una paciente que se practicó un aborto y ahora experimenta sentimientos de culpabilidad, enojo además de resentimiento hacia su pareja, cuando discute con su novio por lo que sucedió se le inflama el vientre experimentando dolores que describe como insoportables, además reconoce que los problemas con su colitis nerviosa iniciaron al poco tiempo de que se practicó el aborto y estaba en medio de una crisis depresiva.

⌘ Concepto de Género.

El concepto que el paciente tenga sobre su propio género va a influir de manera determinante en su estilo de vida, es decir, va a dictar las formas de actuar, de reaccionar, de dirigirse y de comportarse ante los demás, en resumen dictamina como debe ser la persona y que es lo que los demás esperan de ella.

En este apartado tenemos dos opciones, las respuestas otorgadas por los pacientes hombres y las dadas por las mujeres, que son la mayoría. Así que vamos por partes, en cuanto a las respuestas de las mujeres observamos el siguiente fenómeno: cuando se les hace la pregunta directa de que significa para ellas ser mujer, 16 de 18 encuestadas respondieron sentirse orgullosas de ser mujer y no observan diferencias significativas en cuanto a ser hombre y ser mujer, en algunos casos manifestaron que son mejores que los hombres porque tienen el don de dar la vida cosa que los hombres no pueden.

... “Yo creo que ser mujer es una cosa muy chida, muy muy padre porque una mujer es la que la le puede dar vida a otra cosa, a otra persona, por eso a mi me gusta mucho ser mujer. Lo único que no me gusta es que a veces a la mujer la tratan muy mal. No creo que la vida de una mujer sea mejor o peor que la de un hombre...”

... “una mujer bella primero que nada debe de ser limpia y no perder ese toque femenino que la naturaleza nos da, interiormente debe de ser cariñosa y sensible, toda mujer debe ser sensible. Yo como mujer soy sensible y muy cariñosa”..

... “Yo estoy muy contenta de ser mujer, la vida me a tratado bien, y me siento muy orgullosa de ser mujer y de haber tenido hijos,”...

Las restantes dos entrevistadas manifestaron que a la mujer le toco lo más pesado y que además las mujeres sufren más que los hombres.

Algo que no respondieron textualmente las encuestadas acerca de ser mujer pero que se lee entre líneas a lo largo de las entrevistas es su idea intuitiva de lo que significa ser mujer en la sociedad mexicana, para la mayoría el ser mujer implica entre otras cosas: ser serviciales y atentas, principalmente con el marido y con los hijos, ser calladas, se les exige dedicación al hogar y a los hijos, ser sumisas, obedientes y calladas, en resumen se les exige que su vida la dediquen a los demás casi hasta el punto que se olvidan de ellas mismas y por consiguiente de su cuerpo. Esta situación las lleva a vivir en un estado de constante preocupación por el bienestar de los hijos, una eterna angustia y a veces miedo por el carácter y o desobligación del marido y a vivir un poco tristes por “compartir” su vida con una pareja a la que no se ama, estas situaciones se viven la mayoría en el mayor de los silencios y en una aparente resignación.

“...ya no confío en mi esposo por que yo me di cuenta de que él tenía otra persona y el lo negaba y no fue sólo una sino varias (esto ocurre desde 1998), entonces a mi eso me afectó mucho y supuestamente todo se acabó para mí, no fue tanto el engaño sino que me lo haya hecho a mí, eso me dolió mucho y hasta traté de suicidarme tomándome una botella de tequila y una caja de diazepam de 200 mg y también me corté las venas, después estuve en tratamiento con una psicóloga que me dijo muchas verdades y me abrió los ojos, supuestamente yo perdoné a mi esposo pero la verdad es que ya no lo tolero, quisiera irme y no saber nada de él”...

“... a veces no duermo por estar pensando en el hijo que está lejos, el se fue buscando trabajo y en un periódico encontró algo en unos barcos de lujo y entonces fue a ver si lo aceptaban y le hicieron sus pruebas y se quedó, pero a mi me preocupa mucho porque yo creía que el barco estaba parado durante las noches y caminaba en el día pero es al revés el barco navega toda la noche y durante el día se para en alguna playa,”...

... mi esposo no fue mi primer novio pero con el me case, solo tuve tres novios en toda mi vida y mis relaciones fueron buenas. Con mi familia no estoy satisfecha

pero es la que me tocó y la acepto, con mis amigos tampoco estoy satisfecha porque me los quitaron, lo que pasa es que yo trabajaba y los viernes después del trabajo nos íbamos a tomar un café y eso para salir de la rutina del trabajo, pero a mi esposo no le parecía y se enojaba, entonces pues dejé de trabajar; con mi pareja pues tampoco estoy satisfecha y en general no estoy satisfecha con mi vida; lo que pasa es que me hace falta el amor de mi vida, no encontrarlo porque ya lo tuve, lo conocí hace poco”...

“... esta situación me hace sentir muy mal, me enoja y estoy así como angustiada y desesperada por no poderlo hacer entrar en razón, también me molesta mucho que se ponga a gritar como loco y al poco rato ya te habla como si nada hubiera pasado. Yo cuando me enojo, para no discutir con el pues me aguanto y mejor me voy a mi cuarto y le digo que cuando se calme hablamos y ya en mi cuarto me pongo a llorar, pero el de todos modos sigue gritando y son gritos que se escuchan hasta la calle y llega el momento en que te harta, he llegado hasta a sentir cierto rechazo hacia el porque son peleas siempre y eso como que me harta, mi esposo es el que después habla con el y medio se calma pero yo siento que mi hijo esta enojado conmigo pero no sé porqué”...

El cuanto a la idea de ser hombre los encuestados en general respondieron lo siguiente: deben ser firmes y decididos, aportar estabilidad y seguridad, deben de inspirar la mayor confianza, gozan de mayor libertad que las mujeres. En resumen encontramos que el rol que el hombre asume es el de proveedor de estabilidad económica en la familia, lo cual se constituye en su principal preocupación, para satisfacer esta necesidad encontramos que el hombre puede desempeñar las más variadas actividades, pero encontramos que la mayoría de los empleos de los encuestados son mal remunerados y su trabajo es poco satisfactorio, situación que genera en ellos sentimientos de frustración y de insatisfacción, mezclados con cierto enojo y tristeza.

⊕ *La ruta de la enfermedad.*

La siguiente categoría esta integrada por los diferentes procesos de salud-enfermedad que se han dado en los pacientes entrevistados, se ha observado que los pacientes que no han sufrido enfermedades importantes a lo largo de su vida consideran que su estado de salud en general es bueno, pero algunos pacientes que han tenido enfermedades importantes, como por ejemplo el lupus y la diabetes, consideran que el Síndrome del Intestino Irritable es un mal menor, incluso han vivido con el durante años y solo a causa de una crisis que agudizó alguno síntomas han acudido al servicio médico e iniciado un tratamiento para sus dolencias; otros han llegado al servicio de gastroenterología no para tratarse el colon irritable sino otras molestias que consideran más graves, generalmente problemas con el hígado y la vesícula.

Cuando me refiero a la ruta de la enfermedad, quiero decir que según la medicina tradicional china y la teoría de los 5 elementos, la energía patógena que provoca la enfermedad actual puede haber recorrido algunos otros órganos antes de llegar a instalarse en el órgano o víscera lesionada en el momento actual, que para el caso particular se trata del intestino grueso. Los datos obtenidos sugieren que en algunos casos la energía patógena antes de llegar al intestino grueso pasó por el riñón, por el hígado o la vesícula biliar, o por los pulmones afectando las vías respiratorias, también se presentan varios casos de miomas en la matriz. En algunos casos las molestias del colon irritable obedecen a factores emocionales asociados con la melancolía, y a los malos hábitos alimenticios.

En los casos en que los entrevistados presentan como antecedentes enfermedades de la Vesícula o de el Hígado entonces según la Teoría de los Cinco Elementos la ruta que con mayor probabilidad siguió la enfermedad hasta instalarse en el Intestino Grueso fue la siguiente: el Hígado y la Vesícula Biliar son abuelos del estómago y del bazo-páncreas, entre ellos se establece una relación de desequilibrio energético denominado interdominancia, cuando el Hígado y la Vesícula Biliar son excitados de forma exagerada acumulan gran cantidad de energía patógena y entonces el dominio que ejercen sobre el Estómago y el Bazo Páncreas es demasiado dañina de tal modo que los dos últimos se

debilitan y esto provoca que la relación natural de inter-generación que existe entre el Estómago y el Bazo con el Pulmón y el Intestino Grueso sea interrumpida y el flujo de energía se vea bloqueado en este paso.

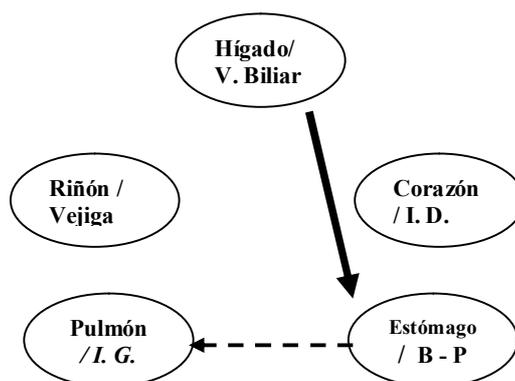


Fig. 4 Sobre-dominancia de hígado / vesícula biliar a estómago / bazo páncreas

Si la enfermedad pasó por el riñón antes de llegar a instalarse en el intestino grueso entonces el camino que siguió fue el siguiente: el riñón y / o la vejiga sufren estancamiento en el flujo de energía ya sea por una causa física, emocional o ambas, entonces esta alteración en el flujo de la energía perturba el buen funcionamiento del bazo – estómago ocasionando una mala transformación y asimilación de nutrientes que afectan finalmente la función de descenso del intestino grueso, la explicación esquemática es la siguiente:

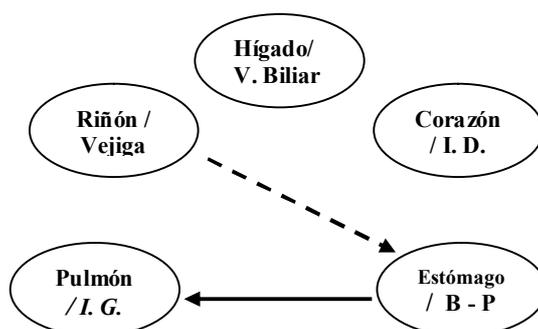


Fig. 5 Acumulación de energía patógena en riñón y debilitamiento de estómago.

La relación patógena entre el pulmón y el intestino grueso es más directa pues estos dos según la Teoría de los Cinco Elementos son órganos acoplados, entonces la alteración

de la dinámica de la energía en el pulmón afecta irremediablemente la función del intestino, veamos un poco más de cerca esta explicación: si el pulmón está relacionado con la tristeza y la melancolía, y además lo vinculamos con el suspiro que a su vez está relacionado con la inmovilidad y la baja de energía entonces podemos entender que el exceso de suspiro produce que los movimientos y la energía del cuerpo y de sus órganos disminuyan de manera considerable afectando especialmente los movimientos peristálticos y la función de descenso del intestino grueso.

“... en la noche duermo mis ocho horas de corrido, sólo algunas veces me despertaba el dolor de la vesícula y me iba a la sala, prendía la tele y me ponía a caminar hasta que me cansaba y me dormía aunque me siguiera doliendo la vesícula, yo siempre he dormido mucho pero yo creo que es porque me sacaron la matriz hace 14 años y nunca he padecido de bochornos o de falta de sueño, o porque me deprimó y yo creo que es una forma de evadirme o de escapar de la realidad... ... me extirparon la vesícula porque tenía cálculos y mucha pus”...

“...Una vez estuve hospitalizada porque estuve enferma del riñón y me sacaron dos piedritas como de mineral... ...también me enfermo mucho de gripa por ejemplo ahorita ya tengo como 15 días con gripa y así es siempre...”

“...de lo único que me han operado es de la vesícula y de la vejiga. Con la vejiga tuve problemas porque mi último hijo nació de pie y como que se agarró y me lastimó, y eso me provocó incontinencia, llevo dos operaciones pero no he quedado bien todavía,... ...de la vesícula me operaron hace dos años porque me daban unos dolores muy fuertes y terminé varias veces en urgencias, no tenía piedras pero sí tenía lodo y sedimentos, entonces me extirparon la vesícula...”

“...hace tiempo yo también estuve muy mala y me sentía muy triste, lo que pasa es que me operaron del riñón porque tenía pus y me la sacaron, y luego me

operaron de la vejiga, después de la operación yo estaba muy triste y me sentía muy mal por estar enferma. Después de las operaciones me sentí más triste y tenía miedo de morirme porque me preocupa que va a pasar con mis hijos, a mi no me gusta estar enferma porque no puedo atender a mi familia, no puedo estar al pendiente de mis hijos...”

“... desde hace seis meses me detectaron la hepatitis y casi al mismo tiempo piedras en el riñón, me dieron medicamentos pero no me han funcionado muy bien porque me duele mi pancita, tengo como tres meses que me detectaron la escoliosis, tengo una desviación hacia la derecha...”

*“...no he padecido de enfermedades graves a lo largo de mi vida, esta es la única enfermedad grave que he tenido hasta el momento; ni de enfermedades recurrentes si acaso me llego a enfermar en la época decembrina de gripa y nada más; sólo una vez he estado hospitalizado porque tenía una infección en la garganta y se me complicó no se porqué y estuve tres días hospitalizado... ..
Alguna vez hace como diez años tuve una fuerte depresión y también llegué a tener ideas de suicidio, estaba alterado emocionalmente por el alcoholismo de mi padre, por la repercusión que esto tenía en la dinámica familiar, y porque en lo personal no había alcanzado ciertas metas...”*

Los datos recogidos en este apartado permiten descubrir que la enfermedad ha viajado por el cuerpo a través de las rutas descritas anteriormente, pero la enfermedad no viaja sola pues todo el tiempo ha estado acompañada por una emoción que ha estado escondida en el cuerpo durante muchos años, en el caso de las personas que tienen antecedentes de enfermedades hepáticas con las emociones que se relaciona es el enojo, la ira y los resentimientos, y estos sentimientos son los que más tiempo tiene guardándose al interior del cuerpo, pues, que un cuerpo establezca una relación de contra - dominancia entre sus órganos no es algo fácil es un “trabajo de muchos años”, muchos años de guardar enojo, odio y resentimiento, esta relación es la más dañina de las tres que se han descrito anteriormente.

Los antecedentes de enfermedades en el riñón y la vejiga tampoco son nada halagadores pues indican que la enfermedad ha empezado a viajar a través del cuerpo y si no se atiende inmediatamente las consecuencias no son muy buenas en términos de salud y da calidad de vida.

La relación patológica entre el pulmón y el intestino grueso también es importante porque nos indica que la enfermedad tiene un origen eminentemente emocional y su curación es más sencilla que en los dos casos anteriores.

⊕ *Las emociones.*

En la actualidad ya se ha comprobado la notoria influencia que tienen las emociones en el proceso de salud-enfermedad en los seres humanos, esta categoría es una de las más importantes en el desarrollo y adquisición del colon irritable, las emociones dominantes que más experimentan los entrevistados son muy específicas, entre ellas encontramos emociones de ira, angustia o preocupación, y melancolía, que resultan ser una tríada muy significativa dentro de la población encuestada, pero estas emociones no son las únicas usualmente están acompañadas por continuas dosis de estrés, miedos y resentimientos que han acompañado al sujeto durante mucho tiempo. Esta categoría esta integrada a su vez por tres subcategorías a saber: emoción dominante durante la infancia, emoción dominante en la actualidad y emoción relacionada con el padecimiento.

⌘ Emoción dominante durante la infancia.

Las emociones tristeza, angustia, miedo, preocupación, enojo, se reparten entre cuatro quintas partes de la muestra experimental. El resto de la población manifestó que su infancia fue feliz.

“... yo me acuerdo que desde pequeña era muy enojona porque yo veía que a mi hermana la menor le daban todo lo que quería, mi hermana la mayor le

compraba cosas y la sacaba a la calle y a mi me dejaban encerrada, entonces me acuerdo que yo nada más me la pasaba pensando que cosas hacer para que la gente se enojara, quería hacer enojar a mi hermana la mayor, a la menor porque era su consentida y a mi mamá porque no me hacía caso...

... Cuando yo vivía con mis papás me sentía muy triste porque veía como era mi papá y yo lloraba mucho y también veía a mi mamá y a mis hermanos tristes casi todo el tiempo..."

"...a mi mamá casi no la veía porque ella trabajaba y solo iba a la casa de mis abuelitos una vez por semana para verme pero yo me le alejaba mucho porque sentía como coraje y resentimiento porque ella no estaba conmigo y yo digo que cuando uno más necesita a sus papás es cuando se está chico y todavía siento ese resentimiento..."

"... mi me hubiera gustado que mi papá no hubiera sufrido la enfermedad del alcoholismo, porque de eso murió, más bien a consecuencia de esa enfermedad murió, no había riñas ni peleas más bien era la angustia de saber que andaba tomando y se exponía a muchos peligros por andar tomado en las calles, esta situación duro mucho tiempo, años y yo me sentía impotente porque no podía hacer nada al respecto..."

"...siempre he sido muy miedoso no hay algo en particular a lo que le tenga miedo pero siempre que voy a salir como que me siento nervioso y me da miedo que me valla a pasar algo o en las puertas o en los rincones como que veo cosas..."

"... de lo que más me acuerdo era del alcoholismo de mi padre, y eso me afectó mucho porque yo siempre crecí estando como a la defensiva y con un poco de miedo, yo siempre estoy a la defensiva, yo pensaba que no podría vivir con una persona así..."

“...de mi infancia por más que trato de acordarme no recuerdo nada es que estoy como bloqueada yo creo que porque sufrí un abuso sexual a los 10 años de edad. Yo siempre me sentí el patito feo de mi familia, sentía como que a mi siempre me hacían a un lado, además me acuerdo nada más de que siempre eran regaños y que mi papá me pegaba, fueron épocas muy tristes...”

Las emociones que los pacientes experimentaron con mayor frecuencia durante la infancia es una consecuencia lógica de la dinámica familiar que vivieron en esta etapa, fueron niños que se enfrentaron a problemas de alcoholismo paterno, a maltrato físico, experimentaron cierto abandono y recibieron pocas expresiones de afecto por parte de los padres, todo esto genera en el niño inseguridad en sus relaciones interpersonales, sentimientos de poca valía, y al no contar con las herramientas ni la capacidad necesaria para expresar su inconformidad y no tener la habilidad de expresar sus emociones son orillados a reprimirlas, esto los lleva a generar más tristeza y más frustración que después pueden ser disfrazadas como una emoción que es más fácil de soportar: el enojo.

⌘ Emoción dominante en la actualidad.

Las emociones que actualmente dominan la vida de los sujetos de la muestra no han cambiado mucho a lo largo de su vida, se siguen presentando, enojos, preocupaciones, melancolía, angustia y estrés, algunos de los entrevistados presentan episodios depresivos.

“...he tenido episodios de depresión, el último fue hace quince días, a veces tengo ganas de llorar pero no puedo, mejor me duermo y duermo mucho, yo me veo como una buena persona, soy bondadosa, noble, cariñosa, pero también soy enojona, gritona, pero creo que en general soy una buena persona, aunque mi mamá diga que soy una cabrona por mi carácter...”

“...dos personas que constantemente me tienen preocupada, mi mamá y uno de mis hijos, mi mamá porque está enferma y requiere muchos cuidados, yo me

siento bien de tenerla ahí yo hacía ella no siento ningún coraje ni nada pero ella nunca esta contenta yo creo que porque yo soy la única que está al pendiente de ella porque sus demás hijos nunca la van a ver...”

“...actualmente me preocupan dos cosas, que me siento muy sola y eso me tiene muy triste, he pensado en asistir a lugares donde se reúna gente de mi edad y mantenerme ocupada o también me gustaría irme a vivir con mi mamá, también me preocupa mi mamá...”

“...de mi papá, me acuerdo que salíamos mucho, por ejemplo salíamos mucho a Acapulco. Me acuerdo mucho de mi papá, y yo creo que antes yo tenía un problema psicológico, lo que pasa es que yo estaba muy enojado porque a mi papá lo mataron, lo mató un policía, y estaba enojado porque nadie hizo nada, ni mis primos ni nadie, y es mi primo el más allegado quien sabía bien quien..”

“...cuando me siento nervioso estoy así como disgustado como enojado, como que me dan ganas de pelearme con alguien pero nunca he llegado a ese punto, el enojo es conmigo mismo porque me preocupo porque me valla a agarrar la policía o me vayan a golpear, cosas así...”

“...yo la mayor parte del tiempo me siento como enojada, triste, como enjaulada, como que tengo ganas de salirme de todo...”

“... yo le digo a mi esposo que no sé porque me habrá dado esto si yo no tomo, no fumo y casi no como chile, yo le digo que esto es a causa de los corajes y las preocupaciones que me hacen pasar y el me dice que cuales corajes si yo soy muy calmada, pero el que me vea calmada no quiere decir que no este enojada, más bien es porque todo esto me lo guardo...”

Casi ninguno de los entrevistados describió sentirse estresado, pero este estado del organismo se puede observar claramente cuando nos damos cuenta de que la mayoría de los pacientes están inmersos en dinámicas familiares incómodas y hasta hostiles, o se

encuentran en situaciones laborales igualmente hostiles o poco satisfactorias, estos dos aspectos son fuentes permanentes de estrés y de tensión emocional, es por esto que se ha considerado al estrés como una subcategoría más dentro de las emociones.

“...yo creo que los malestares eran por todos los problemas que tenía yo con mi esposo, porque peleábamos mucho y a veces pasábamos hasta dos meses si hablarnos, lo que pasaba era que discutíamos, nos enojábamos y él me golpeaba, entonces como iba yo a buscarle la cara si yo era la golpeada y la ofendida, ni modo de andarle rogando. Y es que es diferente el que te enojas con alguien con quien no vives o a quien no tienes que ver todos los días, a ese le dejas de hablar y ya, pero es más feo que vivamos juntos y no hablarnos...”

Las emociones actuales son resultado del estilo de vida y la forma en que afrontan la vida las personas encuestadas son fruto del aprendizaje que ha ido acumulando el paciente a lo largo de su vida, primero la familia, el medio y la sociedad en que nos desenvolvemos nos permite expresar solo ciertas emociones y callarnos otras, las emociones que nos permitimos experimentar y expresar cuando somos niños son las mismas que fomentaremos y expresaremos cuando seamos adultos por eso no es de extrañarse que si el niño aprendió a guardarse sus enojos y tristezas, ahora que es un adulto está acostumbrado a tolerar e ignorar estas emociones, aprendió que al mal tiempo buena cara, aprendió que una mujer puede vivir al lado de un hombre que la maltrata y si lo hace sin protestar y sumisamente es mejor, el hombre aprendió que su papel y su función no se encuentra dentro de la familia sino afuera consiguiendo y proveyendo lo necesario para el sustento familiar, que sus ocupaciones y preocupaciones económicas son primero que las afectivas.

⌘ Emoción relacionada con el padecimiento del colon irritable.

Los datos obtenidos en este apartado indican que las emociones que los entrevistados han logrado identificar y relacionar con el padecimiento son principalmente el enojo y la preocupación, asociados generalmente a los síntomas más incómodos y comunes del colon irritable: la distensión abdominal y el dolor tipo cólico.

“...la colitis no ha interferido en nada de mi vida cotidiana, aunque los síntomas si hacen que ande yo más preocupada, pero yo siempre he sido preocupada...”

“...los principales síntomas que tengo es la inflamación y siento como si los intestinos me fueran a explotar, esta enfermedad no ha afectado mucho mi vida cotidiana pero a veces cuando tengo el dolor muy fuerte no quiero saber nada, llego de trabajar y me acuesto, es que me ponen más irritable de lo normal...”

“...y la verdad es que los malestares si me producen cierto coraje porque si yo no tomo y no fumo, ¿por que la comida me hace daño? además a mi me gusta mucho comer...”

“...desde siempre he tenido este problema del estómago, siempre andaba con diarrea y esas cosas y me han tratado muchos doctores y me controlaban me dieron mucha cosa pero me controlaban, pero de que me tiene fregado este malestar es desde hace ya como 15 años, y la verdad a veces si me desespera y me enoja porque no puedo comer cosas que yo quiero...”

“...estas molestias me hacen sentir con miedo, desde hace seis meses que empezaron con los estudios también empezó el temor...”

...a veces sentía unas punzadas en el estómago y el dolor era tan fuerte que no me podía sostener y yo pensaba que ya me iba a morir en ese entonces tenía como doce años, a veces era tan seguido esto que me llegaba a pasar unas dos o tres veces en un día, cuando esto pasaba yo me escondía en la cocina o en un lugar donde no hubiera nadie y por lo regular me pasaba cuando hacia corajes o me preocupaba por cualquier problema...”

“...si acaso estoy un poco preocupada pero nada más, los síntomas que más me preocupan son la inflamación abdominal, los cólicos y el no poder obrar...”

En un primer momento los pacientes no fueron capaces de establecer una relación inmediata entre una emoción y la expresión de un síntoma del colon irritable, solo conforme la entrevista fue transcurriendo los mismos pacientes iban descubriendo que ante la presencia de ciertas emociones algunos de sus síntomas se agudizaban como por ejemplo: se les inflamaba el estómago cuando hacían corajes, cuando estaban preocupados o ansiosos sentían una sensación de opresión epigástrica, o dolor tipo cólico cuando hacen algún entripado¹⁷. También se da la situación inversa, algunos síntomas generan emociones específicas en los pacientes, los cólicos y la inflamación de segmentos del intestino grueso los ponen en un estado de gran irritabilidad, en otros si los síntomas son muy persistentes entonces empiezan a preocuparse porque creen que puede ser algo más grave.

⊕ *Concepción de cuerpo.*

En los pacientes encuestados el cuerpo brilla por su ausencia, no por la ausencia física sino por el olvido en que esta sumergido, este abandono corporal se hace evidente cuando el paciente manifiesta que lleva ya muchos años, pueden ser 2, 6, o desde los primeros años de vida, y al principio no se le hacía mucho caso, los síntomas fueron ignorados hasta que se llegó al punto en que eran casi insoportables, entonces se toma un tratamiento alopático que alivia los malestares y el cuerpo se vuelve a quedar en el olvido hasta que reaparecen los síntomas, a veces con mayor intensidad.

“...yo me acuerdo que desde que era niña ya tenía estos malestares y cuando hacía corajes me tiraba el dolor me tiraba, La última vez que vine al doctor para tratarme fue hace como quince días, como empecé desde chica con este problema pues ya me había acostumbrado y cuando me dolía mucho lo que hacía era recostarme o sentarme un rato”

¹⁷ El entripado se puede entender de forma simbólica como el anudamiento de una situación problemática a la que la persona no puede hallarle una solución satisfactoria; y además literalmente los pacientes con colon irritable hacen verdaderos entripados pues realmente sus emociones se materializan y se vuelven carne en los propios intestinos.

“... Empecé con mis malestares desde que yo iba en la prepa, desde entonces sentía ya molestias, fui a mi médico familiar y solo me dio ranitidina, entonces desde entonces cuando me sentía mal me tomaba mis pastillas, pero fue hasta hace dos años que empecé anotar algo que ya no era normal, fue como desde noviembre de hace dos años antes de la operación del riñón, sentía como que explotaba por dentro, yo creí que era la vesícula o el apéndice pero iba al doctor y no me encontraban nada ni en el apéndice ni en la vesícula, entonces me mandaron al urólogo y salió lo de los cálculos y decía que era por eso, entonces me operaron. Pero después una noche llegué a urgencias como tres veces porque sentía que el intestino me explotaba y tenía un dolor muy fuerte en la boca del estómago, fue cuando me diagnosticaron la colitis. El diagnóstico no tuvo gran impacto en mi porque yo creía que era algo más grave como el apéndice...”

“...Desde hace como dos años empecé a tener dolor en la boca del estómago y un poco de ardor y acidez pero no le hacía mucho caso, lo que hacía era que tomaba un poco de leche para calmar el ardor pero después el dolor se hacía más fuerte, fui al médico familiar pero no para que me atendiera de esto sino porque me dolía mucho el talón, pero ya estando ahí mejor decidí que me atendiera lo que tenía...”

“...Mis malestares estomacales empezaron desde que tenía como once años, nunca me he atendido por este padecimiento porque ya me acostumbre a él, incluso creo que nadie en mi familia sabe de los dolores que me dan en el estómago...”

“...Desde hace aproximadamente seis meses me empezaron las molestias ya más fuertes y por eso acudí al doctor, porque tenía distensión y un dolor muy fuerte, siempre he tenido estas molestias y yo me acuerdo que cuando tenía 18 años acudí al hospital general por estos mismos síntomas...”

“...con las molestias de la colitis nerviosa llevo ya dos años y medio pero hace seis meses que se agudizaron y me empecé a tratar, antes de estos seis meses cuando tenía los dolores me tomaba un naproxen o paracetamol, hace seis meses medio un dolor muy fuerte que no me dejaba caminar y por eso fui al médico, cuando me dio este dolor yo creí que me iba a morir...”

El olvido del cuerpo se hace nuevamente evidente cuando observamos el estilo de vida tan sedentario que llevan los pacientes encuestados, la mayoría de ellos no realizan ningún tipo de actividad física que les reditué un mejor nivel de salud, además de que la mayoría de ellos sufre en mayor o menor nivel cierto sobrepeso, situación que particularmente en las mujeres influye en que se sientan insatisfechas con su cuerpo y que se formen una imagen devaluada de ellas mismas, provocando al mismo tiempo una autoestima baja.

“...yo no me considero atractiva y no me gusta ser así, gordita, para que yo fuera más atractiva tendría que ser más delgada y alta...”

“...Con mi cuerpo no estoy a gusto porque antes era más delgada pero ahora como no hago ejercicios pues ya no me gusta...”

“...antes cuando era más joven si considero que era una mujer atractiva, pero con el tiempo como que uno se va haciendo invisible...”

“...Yo no estoy a gusto conmigo misma, a veces si lo digo y otras veces nada más lo pienso, yo digo que a mi no me gusta ser yo, me gustaría ser como cualquier otra persona menos yo...”

La idea que tienen las pacientes de que una mujer debe ser siempre atractiva, alta y delgada contrasta visiblemente con su imagen física, si recordamos la mayoría de ellas sufre en mayor o menor grado de sobre-peso, y su estatura promedio está alrededor del 1.60 metros, esta situación implica que las mujeres tienen una auto-imagen corporal pobre, están a disgusto con su cuerpo por tener sobre-peso y en general por no cubrir con los cánones de

belleza que exige la sociedad de nuestros días, en una sociedad que rinde homenaje a la eterna juventud, a las figuras esbeltas y estilizadas, el no cubrir con estos requisitos empobrece la autoestima de la mayoría de las mujeres generando sentimientos de inferioridad e inseguridad, el síndrome del intestino irritable también influye en el detrimento de la auto-imagen pues al sufrir de inflamación y distensión abdominal el vientre luce abultado y de mayores dimensiones, impide utilizar ropa ajustada y en la mayoría de las veces impide la realización de ejercicios que ayudarían a controlar el peso y reducir tallas.

⊕ ***Los Cinco Elementos y su relación macrocosmos-microcosmos.***

Es importante para el estudio de cualquier enfermedad conocer como esta el equilibrio interno y externo de los cinco elementos en la realidad física de cada individuo, es decir en este apartado se revisará la situación real del elemento al interior del cuerpo y el estado que en el que se encuentra este mismo elemento en el medio geográfico en el que está insertado este cuerpo. El análisis de esta situación lo inicio con la madera: este elemento brilla por su ausencia, en un medio urbano como lo es la ciudad de México y la zona conurbana son cada vez más escasos los árboles y las áreas verdes, ocasionando que la madera se haya convertido en un objeto de lujo pues no toda la gente tiene el espacio necesario en casa que le permita tener un jardín o no tiene el tiempo para dedicarle el tiempo necesario para su cuidado y mantenimiento, dentro de las casas a lo mucho encontramos macetas y plantas ornamentales que le dan vida a las viviendas artificiales que habitamos y otras veces encontramos muebles hechos de madera considerados como objetos de lujo por le precio tan alto que alcanzan según el tipo de madera de que estén hechos. Al interior del cuerpo la situación es la misma la madera es un elementos muy escaso pues de que otra forma sino es mediante los alimentos que podemos proporcionar al cuerpo este elemento, los alimentos que se relacionan más directamente con la madera son los vegetales y estos casi no se consumen, pues la dieta del mexicano esta compuesta principalmente a base de proteína animal, carbohidratos y azúcares. En resumen tenemos que a la madera no la encontramos por ningún lado situación que produce un desequilibrio al interior y exterior del cuerpo, el hígado que es el órgano relacionado con la madera esta seguramente debilitado o sobre

trabajado y la sangre que produce no es de buena calidad ocasionando que los nutrientes contenidos en ella no lleguen a los demás órganos y debilitando al organismo en general.

Siguiendo la ruta de intergeneración de los elementos el que sigue es el fuego y el panorama que encontramos no es muy halagador pues actualmente estamos sufriendo los estragos del calentamiento global de la tierra, la capa de ozono ha sido en el mejor de los casos adelgazada sino es que completamente destruida y en consecuencia la protección natural que teníamos contra radiaciones solares nocivas a desaparecido o es insuficiente, por otro lado encontramos que con la tecnología moderna estamos expuestos a nuevas fuentes de energía de calor patógeno como las microondas. Ahora bien si en el medio externo que nos rodea tenemos un exceso del elemento fuego al interior del cuerpo la situación se invierte, el fuego y la alegría de vivir ha disminuido de forma alarmante y las enfermedades coronarias son cada vez más comunes.

El elemento que sigue en el análisis es la tierra. Este elemento en el medio externo que nos rodea se encuentra en cantidades insuficientes, vivimos en una urbe de hierro y concreto y la tierra a pasado de un elemento indispensable para la vida a ser una sustancia sucia, que debe ser barrida y expulsado fuera de los hogares; el hombre a sufrido un distanciamiento bastante grande de la tierra pues se dice que no vive con “los pies en la tierra”, esto significa que el hombre vive constantemente angustiado por eventos futuros que aún no ocurren y que talvez nunca lleguen a ocurrir o viven atrapados en el pasado torturados por sucesos que vivieron y los cuales siguen reviviendo todos los días e impidiéndoles seguir adelante con sus vidas; se han olvidado que la vida es “aquí y ahora”.

Ahora continuamos con el metal y su relación interno-externo. En las grandes metrópolis como en la que habitamos encontramos que el metal es un elemento muy común pues las entrañas de los edificios y las casas están hechas de estructuras metálicas principalmente de acero, puertas y ventanas son estructuras metálicas, además por si fuera poco el aire que respiramos en la ciudad de México esta cargado de grandes concentraciones de plomo vertidos en el ambiente por las fábricas y los escapes de los coches que disminuyen la calidad del aire que respiramos y que finalmente va a parar a

nuestro tejido sanguíneo; las tuberías de agua potable también son hechas a base de plomo contaminando el agua que utilizamos. En general observamos que existe un exceso de este elemento en el medio externo, y al interior del cuerpo sucede lo mismo, la sangre esta contaminada con grandes cantidades de plomo, y el hierro que es un elemento constitutivo del tejido sanguíneo es cada vez más escaso o de menor calidad, originando que la anemia sea un padecimiento muy frecuente en la población mexicana; emocionalmente el metal también esta en exceso para muestra basta un botón: la depresión es ahora una epidemia que ha alcanzando dimensiones alarmantes en los últimos años.

Para terminar este apartado tenemos al agua, elemento indispensable para la vida y tal vez el menos valorado, existe un falta de cultura en cuanto al uso y consumo de agua, es cada vez más difícil llevar el agua a las grandes ciudades, aquí en la ciudad de México es común la escasez de agua, además de que el agua que vertimos de las casas a las tuberías de drenaje está muy sucia y contaminada, los ríos de aguas negras se han convertido en un problema pues son focos de infección y de malos olores, y todas las aguas residuales que se producen por el uso humano van a dar finalmente a los mares y océanos. Esta contaminación y escasez del agua también la encontramos en el interior del cuerpo pues nuestros líquidos y fluidos corporales son cada vez de menor calidad, nuestro tejido sanguíneo es cada vez más espeso y con mayor concentración de elementos tóxicos al organismo.

3.8 Análisis de resultados.

Los resultados muestran que el recorrido que ha realizado la enfermedad en el cuerpo a través de los órganos internos está marcado por una ruta claramente definible, la enfermedad ha estado presente principalmente en los siguientes órganos: hígado / vesícula biliar, riñón / vejiga, y pulmón / intestino grueso, y aunque en menor medida se presentan afecciones cardiacas, y presencia de miomas en la matriz en las mujeres y problemas de próstata en los varones.

Los pacientes han presentado diferentes combinaciones de órganos afectados antes de desarrollar el síndrome del intestino irritable, las combinaciones más frecuentes son: hígado / vesícula biliar — intestino grueso, riñón / vejiga — intestino grueso, y pulmón — intestino grueso. La medicina tradicional china nos permite explicar esta relación patógena entre los órganos mediante la teoría de los cinco elementos:

Hígado / Vesícula Biliar — Intestino Grueso — Estómago

La Teoría de los Cinco Elementos establece que entre los elementos existen relaciones de promoción y crecimiento (Inter.-generación), y de control e inhibición mutua (inter-dominancia) (fig. 4), es decir, la madera (hígado / vesícula biliar) es dominada por el metal de pulmón / intestino grueso, pero cuando la energía del hígado es más poderosa que la del metal entonces esta relación se invierte y ahora quien domina es la madera, provocando que el equilibrio natural que había entre los dos se altere, esta es una relación patógena conocida como contra- dominancia. El hígado es el encargado de la dinámica de la energía en todo el organismo y se entiende como el ascenso y descenso, entrada y salida de la energía. Este proceso puede ser perturbado por la ira (relacionada con madera) o la depresión (relacionada con metal) lo cual dificulta la adecuada circulación de la energía. La ira excesiva o continua bloquea el flujo de energía, y los resultados demuestran que los entrevistados son la mayoría de las veces iracundos, muchos de ellos logran identificar que cuando se enojan los síntomas de su enfermedad se agudizan y se hacen más fuertes, la emoción se refleja principalmente en dos síntomas: el dolor tipo cólico y la inflamación del colon, los cuales señalan el papel activo de la emoción en el funcionamiento del órgano, en la muestra utilizada para realizar este estudio se puede observar que el origen de la enfermedad es claramente emocional, al principio de la ruta de la enfermedad la emoción dominaba al órgano y con el paso del tiempo es el órgano quien se ha convertido en la parte dominante de la diada, también es posible afirmar que la afección hepática fue un paso previo al colon irritable. El Hígado y la Vesícula Biliar han sido excitados de forma exagerada y han sobre-dominado al estómago y al bazo-páncreas provocando un mal funcionamiento del bazo en la distribución de la sangre y los nutrientes al resto del

organismo y alterando también la función de descenso del estómago, esta alteración funcional produce los síntomas de cansancio y desgano en el paciente (astenia y adinamia), la diarrea o constipación son producidas por la alteración del flujo energética entre el estómago y el intestino grueso a causa del debilitamiento del estómago por influencia del hígado.

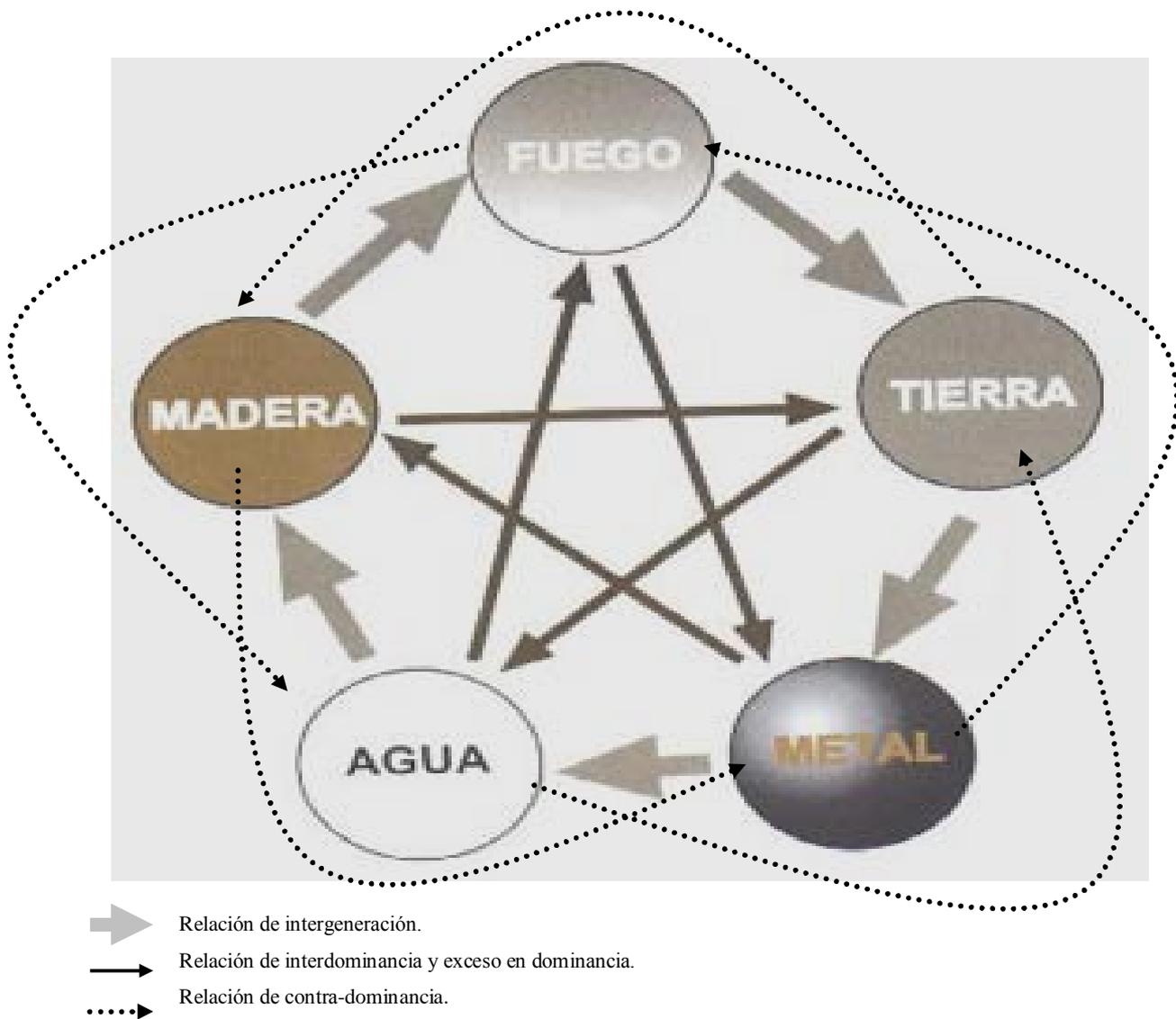


Figura 6. La relación de intergeneración, interdominancia, exceso en dominancia y contra-dominancia entre los 5 elementos.

Riñón / Vejiga — Estómago — Intestino Grueso.

Los resultados demostraron que la segunda ruta de la enfermedad era una alteración renal, ya sea infección o presencia de minerales en riñón, o problemas de vías urinarias, después la enfermedad viaja al estómago y al intestino grueso. La explicación es que la lesión renal implica una deficiencia de ki de riñón que propicia el fracaso en el calentamiento y nutrición de los demás órganos, la deficiencia del yang de riñón afecta la nutrición del bazo — estómago ocasionando una mala transformación y asimilación de los alimentos. La emoción asociada a esta condición es el miedo, el miedo produce reacciones naturales como la contracción estomacal y la disminución de la irrigación sanguínea a los órganos internos, alterando su funcionamiento. Los principales síntomas que acompañan este cuadro son: distensión abdominal, dolor que se alivia con la presión o con el calor, frío en manos y pies, regurgitación de líquido claro, síntomas que concuerdan con los que reportan los entrevistados que a demás del colon irritable han presentado problemas con los riñones y que en algún momento de su vida reportan haber tenido períodos en que los dominaba el miedo.

Pulmón — Intestino Grueso

En esta condición encontramos la relación más directa pues los órganos que están implicados son el órgano tesoro, que es el pulmón y su acoplado, el intestino grueso, además de que la emoción asociada a estos dos, la melancolía, tiene un papel importante. Los pacientes que presentaron esta condición son los que manifestaban que eran personas sanas y que casi nunca se enfermaban, pero dentro de su historial clínico encontramos que son personas que constantemente se enferman de las vías respiratorias, presentan cuadros asmáticos o gripes y catarros crónicos. Esto implica que son personas con tendencia a la melancolía, ya sea en el presente o en algún momento de su vida pasada tuvieron temporadas de depresión y melancolía que los llevó en algunos casos al intento de suicidio. La tristeza y la melancolía están relacionadas con el pulmón y el intestino grueso, la melancolía produce en el pulmón suspiros profundos, además la melancolía se asocia con la disminución de la dinámica y la actividad lo cual explica la poca actividad del intestino

grueso pues se ven afectadas sus funciones de absorción de líquidos y desecho de residuos, además de que disminuye el vigor y frecuencia de los movimientos peristálticos.

Estrés y Alimentación.

A lo largo de las entrevistas se observó que todos los pacientes diariamente están sujetos a grandes dosis de estrés proveniente de diferentes fuentes, estrés laboral, estrés producido por preocupaciones económicas, estrés y angustia generado desde el seno familiar principalmente por la preocupación de los hijos o por la tensión en la dinámica familiar producida por la situación emocional con la pareja. El estrés produce cambios fisiológicos al interior del cuerpo, por ejemplo: se produce una prolongada producción de secreciones gástricas, el estómago y los intestinos se espasman, produce insomnio, y provoca úlceras estomacales e intestinales.

La dieta de los pacientes entrevistados básicamente consistía en el consumo de alimentos fritos, condimentados, calientes, y con un alto contenido de grasas, además de una falta de ritmo en la alimentación lo cual lesiona al bazo — estómago, produciendo fallas en la transportación y transformación de los alimentos. El exceso de alimentos calientes y condimentados da como resultado la acumulación de calor en el estómago e intestino, lo cual indica un bloqueo de la energía y provoca el estreñimiento, que es reportado con frecuencia por los encuestados.

En el padecimiento del colon irritable se puede observar muy claramente el papel que juegan las emociones en la adquisición y desarrollo de la enfermedad, el enojo, la melancolía y el estrés son factores detonantes de la enfermedad que influyen en la intensidad y duración de los síntomas; el estudio y tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable no puede estar completo si no se toma en cuenta que las emociones juegan un papel de importancia dentro del padecimiento, la medicina moderna se sigue empeñando en proporcionar al enfermo de colon irritable agentes bioquímicos para en el mejor de los casos aminorar las molestias hasta hacerlas casi imperceptibles al paciente, logra hacer al individuo vuelva a funcionar y que por un tiempo logre olvidarse de su padecimiento, y

digo que por un tiempo porque desde que a este padecimiento se le otorgó la categoría de síndrome se le dio también la cualidad de incurable, y se le considera incurable porque en el modelo biomédico no puede reparar un órgano que a la mirada del ojo médico no presenta ningún daño estructural, de tal forma que no hay ninguna pieza que reparar, modificar o cambiar, simplemente el órgano afectado funciona de una manera diferente; los medicamentos pueden minimizar un tiempo los síntomas pero la fuente de estrés que producen estos síntomas ahí sigue, las emociones que bloquean al cuerpo siguen allí y como consecuencia de esto es que los síntomas un día regresan con mayor fuerza, si no se atienden estos factores adicionales en el tratamiento del colon irritable los resultados no pueden ser muy buenos.

Algunos pacientes han buscado complementar su tratamiento farmacológico del intestino irritable con algún tipo de terapia psicológica que les ayude a vivir con las molestias de su enfermedad, esta tampoco es la solución, este tipo de intervención se centra en proporcionar al paciente herramientas y habilidades necesarias para un adecuado manejo del estrés, el tratamiento apunta a que el paciente aprenda nuevos recursos para controlar, disminuir y eliminar sus síntomas. Algunas de las técnicas utilizadas incluyen: la reestructuración cognitiva, enfocada hacia los pensamientos, sentimientos y emociones que el paciente tiene sobre sí mismo y de sus circunstancias; entrenamiento en relajación, relajación muscular y entrenamiento autógeno; modificación de conducta. La clave de este tipo de intervención está en encontrar alternativas más funcionales para que la persona pueda enfrentar la vida sin que cada hecho desagradable o traumático afecte a esta parte tan sensible de su organismo.

Estas dos posturas dan algunos buenos resultados pero siguen estando desarticuladas, el cuerpo por un lado, el aspecto emocional en otro, y a final de cuentas regresamos a donde empezamos, los síntomas tarde o temprano aparecen con mayor intensidad.

Lo que esta tesis propone es que se entienda el colon irritable como la suma de todos los aspectos relacionados con el padecimiento: emocional, corporal, físico, atender

cada uno de estos aspectos en relación a los otros dos y en relación al resultado que da la suma de cada uno de ellos: el microcosmos que es el ser humano. Solamente entendiendo al ser humano como una unidad, entendiendo que las emociones bloquean al cuerpo y lo enferman, y que también lo curan y lo reparan, entonces estamos en camino de proporcionar un mejor servicio en el área de la salud y en cualquier otra área que tenga que ver con la interrelación diaria entre personas, este cambio en la concepción del hombre y de las personas nos llevará a ser personas que están más en paz con ellas mismas y con los demás.

CONCLUSIONES GENERALES

En este nuevo siglo las enfermedades de origen predominantemente emocional van en franco aumento, las enfermedades psicosomáticas dominarán el mundo de la medicina y cuando este momento llegue el modelo biomédico vigente estará llegando a un punto crítico en el cual ya no le será posible dar respuestas satisfactorias a las demandas de los pacientes que padecen enfermedades cuyo origen y mantenimiento son de índole emocional; el síndrome del intestino irritable es un claro ejemplo de que el fenómeno de las enfermedades psicosomáticas están ganando terreno rápidamente, la incidencia y prevalencia del síndrome del intestino irritable en la población mexicana va creciendo a ritmo acelerado, las estadísticas indican que más del 50 % de la consulta diaria en el servicio de gastroenterología del seguro social esta relacionada con las molestias clínicas ocasionadas por esta enfermedad.

Las molestias más comunes de este cuadro clínico esta integradas por los siguientes síntomas: distensión e inflamación abdominal, los cólicos y la acumulación de gases. En la práctica médica el especialista determina que estos síntomas son producto de un funcionamiento anormal del aparato digestivo que no obedece a una falla o lesión estructural, por ejemplo los dolores no son causados por heridas o rasgaduras visibles a lo largo del intestino grueso, el enfermo tampoco presenta un intestino excesivamente largo o por el contrario más corto que el resto de la población considerada normal; tampoco existe evidencia de alteraciones bioquímicas en las secreciones gástricas, en el modelo biomédico el síndrome del intestino irritable aparentemente no tiene una causa concreta que explique su origen y desarrollo. De esta forma el médico se halla imposibilitado para actuar pues su modelo teórico práctico se encuentra limitado en este punto por que no existe una pieza que este fallando en el complejo engranaje en que se ha convertido el cuerpo humano y como consecuencia lógica la práctica médica en esta enfermedad en particular se limita exclusivamente a recetar fármacos que disminuyan los síntomas más molestos de este padecimiento condenando al paciente a vivir el resto de sus días con sus malestares físicos pues el síndrome del intestino irritable es incurable desde la postura teórica utilizada por los médicos, el adjetivo de “incurable” quedó oficialmente asentado cuando a este

padecimiento se le otorgó la categoría de síndrome, en el campo de conocimiento médico un síndrome es un conjunto de síntomas clínicos que no poseen una etiología determinada y por lo tanto no se pueden curar.

Algunos médicos han aceptado que algunos factores emocionales como el estrés y las preocupaciones principalmente influyen de manera directa en la agudización de algunos síntomas físicos pero rechazan totalmente que las emociones tengan un papel determinante en la adquisición y desarrollo de la enfermedad y es por esta razón que la medicina no puede dar soluciones reales para que el enfermo recupere la salud perdida.

En la psicología sucede lo mismo, la escisión entre mente y cuerpo ha abierto una brecha insalvable que impide dar una explicación integral a los procesos que se viven dentro y fuera del cuerpo, ya sean fenómenos físicos o emocionales el estudio y entendimiento que se tiene de ellos es parcial y la solución que se da a los problemas que estos plantean no pueden ser de otra forma sino parciales, fragmentados y desarticulados que tienen que ver solo con una parte de la totalidad del sujeto y de su realidad objetiva y subjetiva.

La medicina tradicional china y la Teoría de los Cinco Elementos brindan la oportunidad de comprender que el síndrome del intestino irritable es un padecimiento psicósomático que está relacionado directamente con un estilo de vida y con unas emociones específicas que han acompañado a los sujetos que lo padecen durante gran parte de su vida. Las emociones de ira, tristeza, ansiedad, miedos, preocupaciones y el ritmo y estilo de vida tan estresantes de nuestros tiempos son los antecedentes que encontramos casi como requisitos indispensables para que una persona construya su padecimiento de intestino irritable. La presencia y persistencia de estas emociones a lo largo de la vida de las personas que conforman la muestra representativa se confirman cuando se echa un vistazo al historial clínico de cada uno de ellas y se encuentra que existen antecedentes de enfermedades hepáticas, renales y de vías respiratorias principalmente y que según la Teoría de los Cinco Elementos son enfermedades que se encuentran relacionadas estrechamente con las emociones mencionadas anteriormente.

Resulta difícil precisar si la alteración fue primero emocional y luego esta dio origen a la enfermedad orgánica, o si primero se lesionó el órgano y después llegó al plano de las emociones, sin embargo la información obtenida proporciona los elementos necesarios para afirmar que en el caso del padecimiento del intestino irritable la enfermedad tuvo un origen primordialmente emocional, la emoción surgió por primera vez durante la infancia pero no se expresó de forma adecuada y entonces fue reprimida y negada, durante algún tiempo esta emoción circuló por el interior del cuerpo hasta que encontró un órgano para instalarse en él y permanecer escondida, durante muchos años este proceso se repitió una y otra vez perturbando cada vez más la energía en el órgano, toda esta energía y tensión emocional almacenada en el órgano terminó por expresarse como una lesión orgánica, después esta lesión fue atendida y curada en el plano físico pero el factor emocional fue ignorado como sucede la mayoría de las veces, entonces la emoción viajó nuevamente en el interior del cuerpo hasta encontrar un nuevo órgano huésped, el órgano termina por lesionarse y el ciclo se repite. Un claro ejemplo de esto es la ira, durante la infancia el paciente experimentaba constantemente emociones de ira y melancolía, se experimentaba enojo hacia los padres por el abandono en que se tenía a los hijos, se odiaba a los hermanos mayores porque abusaban de su autoridad, existía resentimiento contra los padres porque los pacientes durante la infancia sufrieron maltrato físico, estas emociones fueron reprimidas largo tiempo hasta que el órgano fue lesionado por el bloque de energía producido por la tensión emocional, esta lesión generalmente se expresó como la inflamación de la vesícula biliar, sedimentación de residuos biliares en la vesícula y formación de cálculos biliares, lo que orilló en la mayoría de los casos a que los pacientes se practicasen cirugías para que les fuera extraída la vesícula, estas cirugías fueron poco exitosas pues los dolores y las molestias no desaparecieron, explica el maestro López Ramos que se puede extirpar el órgano del cuerpo pero la memoria corporal no se puede borrar con el bisturí, es en la memoria corporal donde quedan grabadas las emociones y su relación orgánica con el cuerpo es por eso que los dolores persistían pues la emoción seguía intacta en el cuerpo aunque el órgano ya no estuviera, la emoción viaja de nueva cuenta y el ciclo se repite, llegando después al estómago y al bazo, y finalmente lesionando al intestino grueso. El mismo proceso se presenta en el caso de que la emoción dominante durante la

infancia es el miedo, solo que el órgano lesionado en primera instancia es el riñón o la vejiga y de ahí la enfermedad viaja hasta llegar a expresarse actualmente en el colon.

Los datos obtenidos en las entrevistas permiten delimitar un perfil de personalidad de las personas que son propensas a desarrollar las molestias del colon irritable a lo largo de su vida, dentro de los factores de personalidad tenemos:

- Ansiedad intensa causada por un permanente malestar intestinal
- Son personas con gran sentido de perfeccionismo y autoexigencia
- Constantemente experimenta sentimientos de frustración y rabia contenida
- Presentan una autoestima disminuida
- Experimentan la necesidad de aprobación social
- Rigidez para el cumplimiento de normas sociales
- Demasiada preocupación por los demás y poca atención y cuidados puestos en si mismos
- Auto-imagen distorsionada por las vicisitudes del cuadro clínico
- Generalmente fueron víctimas de abusos emocionales, físicos o sexuales
- Presentan gran dificultad para las relaciones interpersonales, sus relaciones son tóxicas en la convivencia cotidiana

De igual manera es posible establecer un listado que contenga las principales emociones relacionadas con el Síndrome del Intestino Irritable:

- Ansiedad
- Cólera
- Vergüenza
- Miedo
- Ira
- Depresión
- Enojo
- Desvalorización

Como elementos desencadenantes y que pueden disparar los síntomas más característicos del cuadro clínico del colon irritable tenemos todas aquellas situaciones de estrés que implican un grado de ansiedad o amenaza hacia la persona. Algunas de ellas pueden ser: discusiones en el seno familiar, situación económica difícil, relaciones interpersonales conflictivas, exigencia en el cumplimiento de deberes, cambios en la vida cotidiana, etc.

El trabajo realizado en la elaboración de esta tesis permite visualizar el papel que el psicólogo tendrá que realizar en un futuro próximo si decide realizar su trabajo profesional en el área de la salud pues el psicólogo clínico es una pieza más de un equipo multidisciplinario que se debe formar para devolver la salud perdida al individuo que así lo demanda, esto no es algo nuevo solo confirma lo dicho por Drouot (1994) cuando menciona que: ... corregir una enfermedad está directamente relacionado a la función corporal; la sanación, una vez más corresponde a una transformación del espíritu. Pero esta transformación no se logra en un consultorio médico o acudiendo con el psicólogo; el contacto del paciente con su espíritu es un proceso vivencial y de trabajo constante, y es aquí donde se desarrolla la función más importante del psicólogo que conoce, maneja y vive de acuerdo a los principios emanados de la Teoría de los Cinco Elementos y la medicina tradicional china, el papel del psicólogo va a ser como un facilitador de las experiencias que permitan el crecimiento espiritual de sus pacientes y al mismo tiempo ayudarlos en su proceso de sanación, el primer paso es lograr que el paciente entre en contacto con su propio cuerpo, un cuerpo que ha sido callado y reprimido, escuchará los mensajes que le envía el cuerpo y es a través del cuerpo que el sujeto será reinsertado en la naturaleza de la que ha sido sacado para adentrarlo en una naturaleza social y sintética que ha roto con el equilibrio ambiental del planeta y que al mismo tiempo impide que exista un equilibrio al interior del cuerpo, esta nueva relación con el cuerpo y la naturaleza permitirá que el cuerpo se armonice y se establezcan nuevas relaciones entre los órganos internos del cuerpo y al exterior, resignificando la relación del hombre con la naturaleza y esto traerá como resultado un crecimiento personal e individual y el proceso de sanación se llevará a cabo.

Ahora que entendemos que todas las enfermedades tienen un componente emocional y uno orgánico, que todo padecimiento es provocado por un desequilibrio al interior y al exterior del cuerpo solo le queda al lector decidir sobre que hacer con su propio cuerpo y como quiere vivir y lo más importante de todo como quiere llegar al fin de sus días. El trabajo del proyecto cuerpo nos ha demostrado que los estilos de vida construyen cuerpos, erigen enfermedades y determinan la forma en que va a morir una persona, se ha señalado que la sociedad mexicana y el estilo de vida que impera en este espacio geográfico además de producir personas con colon irritable y una infinidad de enfermedades gástricas más genera padecimientos de mayor riesgo para la salud como la diabetes I y II, y no es de extrañarse que estas enfermedades estén relacionadas con desequilibrios a nivel energético ocasionado por emociones no muy distintas a las encontradas en este trabajo: las emociones que hoy en día dominan a la mayoría de la gente son la melancolía, angustia, miedo e ira, aunadas a dietas ticas en carbohidratos, grasas, azúcares, condimentos e irritantes en exceso y enmarcadas en un entorno social en el que la competencia es cada vez mayor y las fuentes de estrés a las que se está sometido son permanentes pareciera que no hay remedio y que el único camino es la resignación pues tratar de cambiar todos estos patrones culturales y de comportamiento parece una tarea que se antoja imposible. Pero la idea no es cambiar todo nuestro entorno de un solo golpe, si tan solo cada uno de los lectores de las tesis emanadas del proyecto cuerpo lograra llevar a cabo un pequeño cambio en su vida por ejemplo un cambio en la dieta, en el manejo de sus emociones, en su actitud hacia la vida, entonces poco a poco lograríamos tejer una red que con el tiempo irá creciendo pues este lector puede contagiar a otro y estos dos a su vez educarán a sus hijos de una forma distinta a la que ellos fueron educados y entonces se estará gestando un cambio social que permita que el estado corporal y emocional de quienes habitamos en esta ciudad y en este planeta sea cada vez más equilibrada y armoniosa, todo es cuestión primero de educación y luego de vivir esa nueva educación y actitud ante la vida que te rodea y la tuya propia. Ahora que para lograr un equilibrio integral en nuestro cuerpo pues contamos con algunas alternativas milenarias como la acupuntura china que nos ayuda a estabilizar la energía corporal y a recuperar la salud, existe también la opción de practicar meditación, por ejemplo la meditación zen que ayuda a apaciguar la mente y a calmar el espíritu además de ser una práctica que energiza el cuerpo, otra opción es la practica de Tai chi o yoga que nos permite

ejercitar y armonizar el cuerpo y para los que buscan un poco de adrenalina tenemos el kung fu, que exige disciplina y ejercicio físico, todas estas opciones ofrecen mística y filosofía de vida que invitan a generar cambios en nosotros mismos y en las personas que nos rodean, entonces opciones para lograr un cambio positivo las hay, solo hace falta tomar la decisión y llevarla a cabo.

Glosario Médico.

- *Astenia*: Se refiere a la falta de vitalidad del organismo, una persona con astenia se siente cansada todo el tiempo.
- *Adinamia*: Ausencia de movimientos corporales y desgano generalizado.
- *Borborigmos*: Son sonidos como de burbujas provenientes del estómago y de los intestinos.
- *Distensión abdominal*: es cuando los músculos de la pared abdominal se encuentran relajados, el vientre se encuentra abultado y cuando el médico lo palpa parece un globo con agua.
- *Dolor costal*: Se refiere a la sensación dolorosa que se experimenta en las zonas laterales de la región abdominal, precisamente a la altura del colon ascendente y del descendente, suelen ser dolores muy intensos y se presentan como punzadas.
- *Dolor lumbar*: el paciente experimenta dolor en la parte baja de la espalda a la altura de los riñones.
- *Estreñimiento*: Las evacuaciones se caracterizan por ser secas y duras, se presenta dificultad para la evacuación y a veces tienen apariencia de heces de borrego.
- *Heces lientéricas*: Las evacuaciones están acompañadas por restos de alimentos sin digerir.
- *Heces acuosas*: Las evacuaciones son líquidas casi como si se estuviera orinando.
- *Heces pastosas*: Las evacuaciones tienen una consistencia blanda, largas y delgadas como pasta.
- *Insomnio*: dificultad para conciliar el sueño o para dormir durante períodos largos.
- *Llenura prematura*: Cuando el paciente como se siente satisfecho muy rápidamente aunque haya comido poco.
- *Pesantez corporal*: el paciente experimenta que su cuerpo es muy pesado, especialmente la cabeza.
- *Regurgitación ácida*: Los fluidos y secreciones gástricas ascienden por el esófago hasta llenar a la garganta produciendo sensaciones desagradables de ahogamiento.

- *Saburra*: Capa que recubre la superficie de la lengua, puede ser de color blanco, amarillo y a veces negro; de acuerdo a su apariencia puede ser delgada o de “queso”. Según la medicina tradicional china es indicador del síndrome de frío-calor en el cuerpo.
- *Tenesmo*: Sensación de extrema urgencia para evacuar y al terminar se tiene la sensación de que no se evacuó completamente.

ANEXO.

FORMATO DE ENTREVISTA PROFUNDA

La siguiente entrevista ha sido desarrollada con la intención de recopilar la información relevante acerca de las causas que han ayudado a originar y mantener el Síndrome del Intestino Irritable.

Ficha de Identificación.

1. Nombre completo:
2. Sexo:
3. Edad:
4. Estatura:
5. Peso:
6. Grupo Sanguíneo:
7. Estado Civil:
8. Domicilio:
9. Teléfono:

*** Nacimiento.**

10. ¿Dónde nació?
11. Tipo de alimentación de la madre durante el embarazo.
12. ¿Existió vigilancia médica durante el embarazo, la madre sufrió alguna enfermedad durante el embarazo y como fue el tratamiento de la enfermedad?
13. Tipo de servicio médico al que se acudió durante el embarazo.
14. ¿Lugar donde nacieron los padres y hermanos?
15. Situación de la madre antes y durante el embarazo hasta el momento del parto (vivía con la pareja, vivía sola o con los familiares).
16. Situación del padre antes y durante el embarazo hasta el momento del parto.
17. Relaciones emocionales de los padres durante el embarazo, dinámica familiar y de pareja.

18. Tipo de embarazo: deseado, planeado, impuesto o por falla del dispositivo de anticoncepción, etc.
19. Al momento del parto la madre fue asistida (¿por quién?), fue por cesárea, se usaron fórceps, parto normal, etc.
20. Lactancia y tipo de alimentación, edad de ablactación.
21. ¿Fue alimentado por leche de fórmula?

*** Crianza y desarrollo** (desde el nacimiento hasta la edad adulta).

22. ¿Por cuantas personas está compuesta su familia de origen y su familia actual?
23. Edad, ocupación y estado civil de cada uno de los integrantes de la familia.
24. ¿Quién fue el encargado de su crianza y educación?
25. ¿Qué opina de la educación que recibió?
26. ¿De que manera era corregido o reprendido? ¿Quién era la persona que más lo corregía?
27. ¿Con quien convivía? (familia y otros)

*** Relaciones emocionales y familia.**

28. ¿Cómo se lleva con cada uno de los integrantes de su familia?
29. ¿Con quién tiene menos relación? ¿Con quién más?
30. ¿Quién piensa que es la persona más fuerte de su familia? ¿Por qué?
31. ¿Quién considera que necesita más apoyo en su familia? ¿Por qué?
32. ¿A quién cree que se parece más de su familia?
33. ¿Cuáles son los recuerdos significativos de su vida familiar?
34. ¿Tiene alguna rutina con su familia?
35. ¿Sabe si existen o existieron expectativas hacía usted?
36. ¿Cuál es el rol que desempeña en su familia? (el consentido, el enojón, enérgico, etc)
37. ¿Cómo le llaman de cariño?
38. ¿Cómo le gusta que le llamen?
39. ¿Qué es lo que más le gusta de su familia? ¿Por qué?
40. ¿De algún miembro en especial?

41. ¿Qué es lo que más le disgusta de su familia? ¿Por qué?
42. ¿De algún miembro en especial?
43. Si pudiera cambiar algo de su familia, ¿Qué sería y por qué?
44. ¿Qué emociones experimenta más seguido y como las expresa con cada uno de los miembros de su familia?
45. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en su familia?
46. ¿Qué emoción y sentimiento se expresa con mayor facilidad en su casa y familia?
47. ¿Cómo son sus relaciones con las demás personas?
48. ¿Qué opina de la gente que le rodea?
49. ¿Cómo han sido sus relaciones de pareja?
50. ¿Actualmente se encuentra usted satisfecho con su trabajo, su pareja, sus amigos, su familia, con su vida?
51. ¿Cuál es su proyecto de vida?

*** Actividades.**

52. Platíqueme las actividades que desempeña durante un día normal (descripción de un día entre semana y un día de fin de semana?)
53. ¿Qué tipo de trabajo realiza? (empleo, profesión, oficio?)
54. Aproximadamente ¿A cuanto ascienden su ingresos?
55. ¿Lugar y horario de trabajo?
56. ¿Cómo se siente en su trabajo, experimenta alguna emoción con frecuencia? (temor, angustia, satisfacción, enojo, estrés, etc.)
57. ¿Cómo están sus relaciones laborales?
58. ¿Cuáles son sus expectativas a futuro?
59. ¿En qué emplea su tiempo libre (pasatiempos)?
60. ¿Qué cosas disfruta más hacer?
61. ¿Qué cosas no le gusta hacer?
62. ¿Realiza algún tipo de ejercicio?
63. ¿A qué hora se prepara para ir a dormir?
64. ¿Qué hace antes de ir a dormir?
65. ¿Cuántas hora duerme en promedio?

66. ¿Duerme durante el día?
67. ¿A qué hora se despierta?
68. ¿Cómo se siente cuando despierta? (relajado, cansado, preocupado, etc.)
69. ¿Qué es lo primero que piensa cuando se levanta?
70. ¿Recuerda algún sueño en particular o alguno recurrente?

*** Escolaridad.**

71. Nivel de estudios
72. ¿En que escuelas estudió?
73. ¿Cómo fue su desempeño?
74. ¿Estableció algún tipo de relación emocional con alguien?
75. ¿Cómo te sentías en la escuela?

*** Vivienda.**

76. Ubicación geográfica.
77. Tipo de vivienda (casa o departamento, propia o rentada)
78. Tipo de acabado y materiales.
79. Servicios con los que cuenta en su casa.
80. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo ahí?
81. ¿Dónde vivía antes y por cuanto tiempo?
82. ¿Por qué se cambio de domicilio?

*** Salud.**

83. Servicios médicos de los que es usuario.
84. ¿Qué enfermedades importantes ha padecido?
85. ¿Ha sufrido alguna enfermedad recurrente? ¿Cuál y con qué frecuencia?
86. ¿Puede indicar en durante qué época?
87. ¿Qué tratamientos ha seguido?
88. ¿Cuáles han sido sus resultados, pronósticos y expectativas?
89. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
90. ¿Ha sufrido algún aborto?

- 91. ¿Ha sufrido alteraciones en su ciclo menstrual?
- 92. ¿Es sexualmente activo/a?
- 93. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?
- 94. ¿Se siente satisfecho con su vida sexual?
- 95. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?

*** Alimentación.**

- 96. ¿Por lo general que come? y ¿Con quién come?
- 97. ¿Qué alimentos prefiere?
- 98. ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia y cuales menos?
- 99. ¿Qué alimentos evita?
- 100. ¿Considera que algunos alimentos le hacen daño? (antes y ahora)
- 101. ¿Cuántas comidas hace al día? ¿Tiene algún horario específico?

*** Concepción de la enfermedad. (SII)**

- 102. ¿En que momento empieza a sentir que no es normal lo que le pasa?
- 103. ¿Qué pensaba en ese momento?
- 104. ¿Qué edad tenía?
- 105. ¿Qué sentimiento (emociones) le producía?
- 106. ¿Con que frecuencia y desde que momento?
- 107. ¿Ante alguna persona o situación en particular?
- 108. ¿Por qué creé que le haya dado el SII?
- 109. ¿Creé que la alimentación le produjo la enfermedad?
- 110. ¿Qué hacía ante los síntomas antes de saber que tenía la enfermedad?
- 111. ¿Le comentó a alguien como se sentía?
- 112. ¿Qué le motivó a ir al médico?
- 113. ¿A que lugar acudió por primera vez?
- 114. ¿Qué le dijeron en ese lugar?
- 115. ¿Qué estudios le hicieron antes de saber su diagnóstico?
- 116. ¿Qué impacto tuvo en usted cuando le dijeron que tenía colon irritable? (que pensó, sintió, como reaccionó en ese momento)
- 117. ¿Qué tratamiento le dieron?

118. ¿Cómo está llevando a cabo ese tratamiento?
119. ¿Le funcionó y le sigue funcionando actualmente?
120. ¿Cómo va todo hasta el momento?
121. ¿Se ha hecho algún otro análisis después del diagnóstico para saber como va todo?
122. ¿Consultó algún otro doctor para una segunda opinión?
123. ¿Qué pronóstico le dan donde se está tratando o se trató?
124. ¿De que manera ha cambiado su vida a partir de que se presentó el SII?
(hábitos alimenticios, sueño actividades cotidianas, manera de ver la vida, etc.)
125. ¿El SII le ha impedido realizar sus actividades cotidianas?
126. ¿La enfermedad ha afectado su vida sexual?
127. ¿Siente su enfermedad en alguna parte del cuerpo?
128. Describa por favor los malestares que le produce el colon irritable.
129. ¿Qué sabe usted sobre el SII?
130. ¿Recuerda haber pensado que tenía SII antes de que se lo declararan?
131. ¿Cómo percibe usted el padecer de colon irritable? (como un castigo, una oportunidad de crecer, como herencia, etc.)
132. ¿A quién se acercó cuando supo que tenía esta enfermedad?
133. ¿Recibe algún tipo de apoyo, de quién?
134. ¿Sabe lo que pasaría si no se atiende?
135. ¿Pertenece a algún grupo u asociación de apoyo?
136. ¿Usted cree que se pueda curar, como?
137. ¿Cree que esté a tiempo de controlar el padecimiento?
138. ¿Alguien de su familia sufre de la misma enfermedad?
139. ¿Ha tenido ideas de suicidio, que tan frecuente, ante que situaciones?
140. ¿Ha tenido algún episodio de crisis? (depresión, llorar, etc.)
141. ¿Cómo ha afectado la enfermedad a su familia?
142. ¿Cómo se concibe como persona y como ser humano, que piensa de su cuerpo y como lo concibe?
143. ¿Qué piensa sobre su género y sobre su ideal de belleza?
144. ¿Qué piensa de la sexualidad?

145. ¿Profesa alguna religión?
146. ¿Cómo adquirió esa religión?
147. ¿Creé usted que su fe la puede ayudar con su enfermedad?

Desea usted profundizar en alguno de los puntos o agregar información que considere importante y que no se haya tocado a lo largo de la entrevista.

Agradezco el tiempo dedicado, tenga la certeza de que la información que ha proporcionado será tratada de manera confidencial y de gran utilidad en las investigaciones que se están realizando al respecto.

REFERENCIAS

- Álvarez, S. E. (1988) Tratado de Acupuntura, Vol. I y II, Madrid
- Badia, X.; Herdman, M.; Mearin, F.; & Pérez, I. (2000) “Adaptación al español del Cuestionario IBSQOL para la medición de la calidad de vida en pacientes con Síndrome de intestino irritable”. Revista Española de Enfermedades Digestivas Vol. 92 (10) Madrid, pp. 637-643
- Balboa, A.; y Mearin, F. (2000) “Características epidemiológicas e importancia Socioeconómica del síndrome de intestino irritable.” Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 92 (12), Madrid pp. 806-812
- Bernal, D. J. (1979) La ciencia en la historia. México, Nueva Imagen.
- Cañedo, A. J. (1991) Fundamentos de Gastroenterología. 5ª Edición, Francisco Méndez Cervantes Editor, México.
- Chonghu, T. (1992) 101 Enfermedades tratadas con acupuntura y moxibustión. Ediciones En lenguas extranjeras, Beijing, China.
- Crombie, A. C. (1974) Historia de la ciencia: De San Agustín a Galileo, siglos XIII a XVII. Alianza Universitaria, Madrid.
- Damassio, A. R. (1994) El error de Descartes. Editorial Crítica, Barcelona.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1993) La enfermedad como camino. Plaza y Janés, Barcelona.
- Dossey, L. (1986) Tiempo, espacio y medicina. Barcelona, Kairos.
- Drouot, P. (1994) Sanación espiritual e inmortalidad. Las vías terapéuticas para el futuro. Luciérnaga, Barcelona.
- Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, versión castellana de Zhang Jun y Zheng Jin, Ediciones de Lenguas Extranjeras Beijing, China, 1984
- Ganong, W. F. (1992) Fisiología Médica. 14ª Edición. El manual moderno, México.
- García, A. J. (2001) La medicina tradicional china como una alternativa en el campo de la salud. , Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. México
- Ghardner, E. (1999) Anatomía. Salvat editores S. A., Barcelona.
- González, G. R. (1999) Historia de la Medicina Tradicional China, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional, México

- González, R. y Y. Jianhua (1996) Medicina tradicional china. Editorial Grijalbo, Barcelona.
- Grendell, J.; Mcuaid, K.; & Friedman, S. (1997) Diagnóstico y tratamiento en Gastroenterología. El manual moderno, México.
- Harrison, (1994) Principios de Medicina Interna. 13ª Edición. (2) Mc Graw Hill, Madrid
- Hou, J.; y Zhao, X. (1995) Treatments of Gastrointestinal Chinese Medicine, Beijing, China.
- Koretz, R. L. (1995) Manual de Gastroenterología Práctica. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Madrid.
- Lalonde, M. (1983) El concepto de campo de la salud, una perspectiva canadiense. Boletín Epidemiológico (4), Canadá.
- López, R. S. (2000) Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano. CEAPAC-Porrúa, México.
- López, R. S. (2000) Zen y cuerpo humano. CEPAC-Verdehalago, México.
- Martínez, J. L.; Esquivel, R. & Martínez, S. (1997). Sistema digestivo. Un enfoque integral. UNAM y Manual Moderno, México.
- Monés, J. (2000) "Síndrome de intestino irritable y calidad de vida". Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 92 (10), Madrid, pp. 627-631
- Ortiz, Q. F. (2001) Descartes y la medicina. Mc Graw Hill Interamericana, México
- Pujadas, M. J. (1992) El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Cuadernos Metodológicos. Madrid.
- Reid, D. (1994) Medicina tradicional china. Urano, Barcelona.
- Shapin, S. (1996) La revolución científica: una interpretación alternativa. Piados, España
- Sleisenger, M. (2000) Tratado de gastroenterología. 3ª edición, Interamericana
- Sussman, D.J. (1998) Acupuntura. Teoría y práctica. Editorial Kier, Buenos Aires.
- Tresguerras, J. A.; Aguilar, B.; Gallego, A.; Gil-Loyzaga, P.; Lahera, V.; Martínez, J.; Mora, F.; Rodríguez, M. (2000) Fisiología Humana. Mc, Graw Hill Interamericana de España.
- Vega, C. M. (2002) Psicología de la Salud. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. México

Wolfe, M. (2001) Terapéutica de los trastornos digestivo. McGraw Hill Interamericana, México.