52
2ej 17226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CLINICA MARINA NACIONAL
ISSSTE

SINDROME DE COLON IRRITABLE CARACTERISTICAS CLINICAS Y PSICOLOGICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA CLINICA MARINA NACIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. NORMA ANGELICA MOTA MORALES

1987 - 1990

FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
PROBLEMA	19
JUSTIFICACION	21
OBJETIVOS	23
HIPOTESIS	24
DISEÑO	25
CRITERIOS DE INCLUSION	26
CRITERIOS DE EXCLUSION	27
CRITERIOS DE ELIMINACION	27
VARIABLES	28
METODOLOGIA	29
RECOLECCION DE LA INFORMACION	32
PRESENTACION DE LA INFORMACION	33
ANALISIS DE LA INFORMACION	33
CONSIDERACIONES ETICAS	33
CUESTIONARIO DE KRUIS (primera parte)	34
CUESTIONARIO DE KRUIS (segunda parte)	35
CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS	36
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA - EVOLUCION	42
DIAGRAMA DE EJERCICIOS ABDOMINALES	43
RESULTADOS	44
ANALISIS	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
CUADROS Y GRAFICAS	52
BIBLIOGRAFIA	63

INTRODUCCION

El síndrome de colon irritable (SCI), es una patología multicausal, identificandose en nuestro medio, las parasitosis como una de las primeras causas y dejandose entre las últimas opciones a la psicógena, debiendo excluirse previamente todos los otros posibles factores, ya que no existen pruebas contundentes para este diagnóstico.

Esta patología afecta al intestino delgado, así como al grueso. Puede definirse como un estado alterado de la motilidad intestinal, para el cual no puede encontrarse una causa anatómica, se puede acompañar de dolor abdominal crónico o episódico y puede dividirse en tres patrones clínicos: colon espástico, diarrea sin dolor y diarrea alternada con estreñimiento.

Con frecuencia las manifestaciones pueden relacionarse a tensiones de la vida, exacervandose cuando existen éstos episodios, por lo tanto su diagnóstico es difícil, ya que se encuentra relacionado a factores psicológicos.

En este estudio se propone una prueba diagnóstica por medio de preguntas al paciente y exámenes de laboratorio que son considerados de rutina, como Biometria Hemática (BH), Velocidad de sedimentación Globular (VSG), Sangre Oculta en Heces (SOH) y Coproparasitoscópicos Seriados (CPS 3), para la exclusión de enfermedades orgánicas, éste cuestionario fué diseñado por Kruis y Cols., que es

una prueba de bajo costo, con lo que se puede lograr una disminución de éste costo en el diagnóstico del síndrome de colon irritable, que con anterioridad necesitaba una gran cantidad de exámenes de laboratorio y gabinete para su identificación.

En este estudio además se identificará el tipo de personalidad predominante en los pacientes estudiados de SCI, al efectuar el listado de síntomas Hopkins (HSCL), que ha probado ser eficaz para la búsqueda de alteraciones psicológicas en otros estudios psicoterapéuticos.

El tratamiento del SCI en la actualidad es muy diverso, sin hasta el momento lograr unificar criterios terapéuticos, en este estudio se valorarán enfoques terapéuticos para proponer un tratamiento.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES:

El síndrome de colon irritable es una enfermedad del adulto o de la edad media; la relación entre mujeres y -- hombres es de 2:1 (5,10).

El paciente con SCI puede presentarse con una de -- tres variantes clínicas: Los enfermos con la llamada colitis espástica se quejan principalmente de dolor abdominal crónico y estreñimiento. Un segundo grupo presenta diarrea líquida, intermitente, crónica, frecuentemente sin dolor, otros pacientes muestran ambas características y se quejan de episodios alternados de estreñimiento y diarrea (10).

La anormalidad fisiopatológica básica en el SCI es - una alteración en la motilidad intestinal, también muestra un ritmo eléctrico basal anormal en el colon, que se caracteriza por un aumento de la actividad de onda corta en 3 ciclos por minuto. Sin embargo aún no se sabe si estas -- anormalidades de la contracción de la musculatura lisa son primarias o secundarias a otra anormalidad adyacente de - la función intestinal neuromuscular (3,10,14).

El SCI ha sido llamado de diversas y disímbolas maneras, con lo que se ve reflejado la falta de conocimientos específicos de esta entidad, así como la multivariedad de sus manifestaciones; los nombres que con mayor frecuencia se le han denominado son: Síndrome de Colon Irritable, - Síndrome de Intestino Irritable, Colitis Mucosa, Colon -

espástico, Diarrea Nerviosa, Neurosis Colónica, Colitis - Nerviosa y Disinérgia del Colon (1).

El síndrome puede ser definido como malestar o dolor abdominal recurrente, con distribución colónica, con o sin alteraciones en el hábito intestinal, con síntomas gastro intestinales difusos e inespecíficos y sin una explicación patológica o fisiopatológica demostrable. La sintomatología es sumamente diversa, lo que puede sugerir que el término de síndrome de colon irritable se usa para descripción de una entidad nosológica compleja, y además de ser el proto tipo de las llamadas enfermedades funcionales en el hombre, con este concepto de aspectos funcionales, penetra la dis yuntiva de determinar las alteraciones orgánicas y las -- psicológicas (3).

De acuerdo a sus características sintomatológicas, - se puede clasificar al SCI dentro de tres categorias:

1.- Colon Espástico; donde el dolor abdominal es el síntoma primordial, que es precipitado por la ingesta de - alimentos y no mejora con la expulsión de gases, ni - con la defecación.
2.- Diarrea sin dolor (nerviosa); diarrea sin motivo explicable y sin dolor.
3.- Diarrea alternada con estreñimiento; con dolor abdominal, que sí alivia con la defecación y con la canalización de gases. (3,4,17).

De acuerdo a la epidemiología en la Gran Bretaña -- constituye la segunda causa de incapacidades debido a en-

fermedad (5). Se menciona por la mayoría de autores, que las alteraciones funcionales digestivas son las entidades que son vistas con mayor frecuencia en la consulta gastroenterológica, constituyendo aproximadamente del 50-70% de la consulta de este tipo, tanto de manera particular como institucional, así como en los países desarrollados y en los que están en vias de desarrollo (3,4,14,15,27). De -- éstas enfermedades funcionales digestivas, la gran mayoría están constituidas por el SCI. En la población general aparentemente sana del Reino Unido y de USA la prevalencia - del síndrome va del 8-24%, pero solo la cuarta parte de - las personas con dolor abdominal consultan al médico, lo que puede sugerir que la gente con sintomatología no acude al médico en una gran proporción de los casos, aproximadamente el 50% de los casos (7,8), circunstancia que -- puede deberse a factores sociales y culturales, como se - manifiesta en la prevalencia de la enfermedad en distintos países, por ejemplo en USA y Reino Unido la proporción de mujeres con SCI es de 2-4:1 en comparación con los hombres pero en cambio en Sri Lanka e India la proporción se invierte, haciendose de 3-5:1 en relación de hombres y mujeres respectivamente, lo que expresa que los patrones culturales pueden hacer que varie la proporción tanto en la enfermedad como en las personas que acuden al médico --- (5,8). Según refiere Drossman en un estudio se encontró que la mujer sometida a histerectomía en edades tempranas presenta una inusual frecuencia de SCI, aunque no hay -

explicaciones patogénicas acerca de este factor (3). Así como en USA, la prevalencia del síndrome es mayor en gente judía y en personas con ascendencia italiana, tampoco encontrandose una razón importasnte para esta relación -- (14). El SCI aparece también en niños pequeños en forma - de las llamadas dispepsias transitorias, desapareciendo - la sintomatología alrededor de los 4 años de edad y tendiendo a reaparecer en la adolescencia y en la etapa de adulto joven.

La prevalencia parece ser igual tanto en jovenes, - adultos y ancianos, con una edad promedio a los 29 años - de edad con rangos de 1 a 64 años, aunque la edad de inicio es más frecuente en la adolescencia o en personas adultas jovenes (7,8).

Acerca de los factores etiológicos y fisiopatológicos mucho se ha escrito, sobre todo de las posibles causas del SCI, se han efectuado múltiples teorías para la explicación de la entidad, pero a pesar de los intentos la etiología del síndrome aún permanece obscura, aunque la mayoria de autores consideran que los factores psicológicos y la dieta son factores contribuyentes para la entidad, pero no como factores causantes (17,20).

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

1.- Predisposición genética.

2.- Contacto con toxinas o irritantes ambientales.

3.- Conducta personal para el manejo de situaciones estresantes.

4.- Conducta familiar aprendida.

Todo esto sugiere que el SCI es el resultado de condiciones de desarrollo temprano impuestas, aprendidas, o -- bien a una predisposición somática individual.

La causa más común y más importante del SCI es la tensión nerviosa sostenida, en especial las presiones emocionales, donde los pacientes tienen dificultades para la -- adaptación, combinadas con alimentación irregular e inadecuada, así como el uso excesivo de laxantes, catárticos, enemas, etc. (14,19).

Aún se desconoce la prevalencia de la intolerancia a la lactosa, de la enfermedad inflamatoria o infecciosa del intestino, del uso de drogas u otras condiciones que produscan disfunción intestinal, pero como se mencionó anteriormente los factores psicológicos tienen la mayor incidencia sobre el colon irritable.

La dieta puede ser un factor condicionante cuando es deficiente en fibras o bien que contengan sustancias con una particularidad de intolerancia por ejemplo a la lactosa.

En lo referente a las alteraciones intestinales. se ha encontrado que en el SCI hay disturbios en la motilidad intestinal, incluso el dolor abdominal es generalmente referido a espasmos de músculo liso intestinal (3).

Los cambios en la motilidad intestinal fueron descritos por primera vez en la década de los 40s, donde se demostró que el dolor se asociaba con alteraciones en la motilidad, además de mostrar que en pacientes con la variedad de colon espástico tienen un marcado incremento en la motilidad y los que tienen la variedad de diarrea nerviosa presentaban una marcada disminución en la motilidad (3).

Una tercera alteración en la motilidad de pacientes con SCI es el incremento de la reactividad a las drogas parasimpaticomiméticas, y similar hipermotilidad se presenta en pacientes con diverticulosis, por lo que se sugiere que los pacientes con colon espástico tienen cierta predisposición hacia el desarrollo de diverticulosis. También hay una exagerada respuesta de la motilidad a la colecistoquinina, por lo que se propone que el intestino tiene un patrón humoral y mioeléctrico endógeno en el SCI (1,14).

A pesar de estos hallazgos no hay aún claridad acerca de las condiciones que son causantes de las alteraciones en la motilidad, que pueden ser miogénicas, debidas a alteraciones en la modulación hormonal o autónoma de la actividad del músculo liso, incluso se ha atribuido estas alteraciones a hipersensibilidad de porciones intestinales para la explicación de las alteraciones.

En lo referente a los ciclos de peristalsis por minu

to, en sujetos sanos el ritmo es de 6-9 ciclos, pero en el SCI el promedio es de 3 ciclos por minuto, con lo que se observa la diferencia en la motilidad colónica en este grupo de pacientes(93,14). Aunque en un estudio se intentó mostrar una relación entre los síntomas de colon irritable, en especial el dolor, distensión y flatulencia por medio de medidas objetivas de presiones manométricas en el nivel colónico, no se obtuvieron datos para el apoyo de esta teoría. (3).

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

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

Hay otros síntomas digestivos que se presentan en el SCI como la dispepsia, náusea, apetito variable, flatulencia, vómito, así como también hay síntomas difusos e inespecíficos como la cefalea, fatiga, vertigo, parestesias, hiperventilación, bochornos, disuria, dismenorrea, prurito anal y vaginal, todas estas manifestaciones pueden reflejar tensión nerviosa o posible respuesta humoral o autonómica aumentadas, más si las manifestaciones se relacionan con tensión o estres, lo que indicaria que son reflejo de estados tensionales concurrentes (12,14,16,18,19).

A la exploración física no se encuentran hallazgos significativos de alteración, a no ser de distensión abdominal, ligero aumento de la resistencia muscular del abdomen, dolor a la palpación de la región del colon, borborismos, zurridos y aumento de la timpanidad del abdomen (3).

Hay autores que consideran que el SCI es parte integral del cuadro depresivo, ya que este síndrome puede encontrarse asociado a depresión en aproximadamente un tercio de los pacientes depresivos (12). La prevalencia de enfermedades psiquiátricas en individuos con SCI es también muy alta, siendo en proporción de 3:1 comparativamente con individuos del grupo control (14). Por experiencia de investigadores (3,14), reportan que los síntomas intestinales pueden ser reducidos o exagerados por factores emocionales, se efectuó un estudio donde solo se hicieron dos preguntas: Se preguntaba que si el estres afecta

ba su patrón intestinal, se respondio que algunas veces o siempre en más del 70%, con lo que se observa la clara relación de las cuestiones psicológicas con el síndrome (12).

Enfocandose a aspectos psicológicos hay dificultades para discernir en comparación con las enfermedades orgánicas, donde se tienen con frecuencia parámetros objetivos para su diagnóstico. Se ha intentado aplicar como parámetro a los cambios en la motilidad colónica como respuesta a las agresiones, así como la constipación y diarrea son reflejo de aspectos psicológicos como el control de impulsos y la contestación agresiva por parte de los pacientes con SCI.

En 1871 se reportó la asociación de factores psicológicos en la que se llamaba colitis mucosa, posteriormente se concluyó que la colitis mucosa era una respuesta somática a la tensión, al encontrar que el 49% de los pacientes estudiados en esa época mostraban tensión exagerada y el 14% tenian ansiedad y estados tensionales (3). En esa misma época se encontró una alta asociación de depresión con el SCI, por medio de pruebas psicométricas y entrevistas estructuradas, donde la mayoría de los pacientes tenian una enfermedad psiquiátrica no clasificable o bien depresión o histeria, concluyendo que en el SCI eran concomitantes los desordenes afectivos (3,25).

El papel del stress en el inicio o agravamiento de los síntomas intestinales han sido bien sustentados, aceptandose de manera común que el stress agudo puede causar cambios

intestinales en personas sanas. Se concluyó en un estudio que el 46% de los pacientes tenian depresión y 46% tenian una marcada inestabilidad emocional (24,25).

En estos pacientes se tenian diagnósticos vagos debido a la ausencia de criterios diagnósticos tanto psicológicos, como para el diagnóstico del SCI. En un estudio comparativo se encontró que los pacientes con SCI estaban en el grupo de pacientes con escalas de síntomas neuróticos, basandose en pruebas psicológicas ya establecidas (25).

Se realizaron estudios para determinar sistemicamente el diagnóstico de SCI encontrandose que un 92% de los pacientes tenian enfermedad psiquiátrica, mediante criterios específicos, aunque no se contaba con un grupo control. En un estudio semejante se encontró que el 72% de los pacientes con SCI tenian enfermedad psiquiátrica contra solo el 18% de los controles (3,25).

La búsqueda de patrones psicológicos que tengan una escala objetiva lleva a ensayar distintas pruebas psicológicas, como lo son, el Hamilton, Zung, Beck, prueba de Minnesota, etc., donde se encuentran distintos enfoques en cada una de ellas, pero por lo regular limitandose a una alteración psicológica específica, como la depresión o ansiedad. El método de Listado de Síntomas Hopkins (HSCL) que tiene como antecedente el Index Médico de Cornell de 1948, fué expedido por primera vez en 1950, por investigadores

de la Universidad John Hopkins, constando de 41 preguntas para estudios de psicoterapia. Posteriormente asociandose investigadores de el Instituto de Salud Mental de la Universidad John Hopkins, de la Universidad de Pennsylvania y de la Universidad de Chicago, trabajaron varias versiones del HSCL que van de 58 a 90 preguntas. El HSCL 90 es el más - completo para la búsqueda de áreas de patología psicológica por medio de sus preguntas como son: Hipersensibilidad personal, Somatización, Ansiedad, Depresión, Personalidad Obsesivo-compulsiva,, Ansiedad Fóbica, Areas de Furia-Hostilidad, Psicotismo, Ideas paranoides y dificultades para dormir (21).

El diagnóstico médico del SCI se hace por medio de la exclusión de enfermedades orgánicas gastrointestinales que presenten similar sintomatología a la presentada por éste síndrome, se dice que el diagnóstico es más una medida de ingenio por parte del médico para lograr el diagnóstico sin la necesidad de practicar muchos estudios innecesarios --- (4,15).

Para el diagnóstico se requiere de plantear primero - los siguientes criterios:

1.- Pacientes con complejo sintomático que reflejan una -- respuesta intestinal alterada con sintomatología por - más de 3 meses.

2.- Se deben de identificar determinantes personales, del tipo de los factores culturales o estresantes.

3.- Deben de ser excluidas las enfermedades orgánicas (25).

Actualmente para lograr el diagnóstico se practica una gran cantidad de estudios de laboratorio y gabinete, que incluye: biometria hemática,, velocidad de sedimentación globular, electrolítos séricos, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, triglicéridos, exámen general de orina, colecistografía, colon por enema, ultrasonido de hígado y vias biliares con páncreas, coproparasitoscópicos, coprocultivo, determinación de lactosa, endoscopía gastrointestinal, rectosigmoidoscopía, colonoscopía, hasta tomografía computada y toma de biopsia de intestino (14,15).

Estos estudios se realizan porque la mayoría de los pacientes tienen síntomas crónicos y recurrentes y están preocupados por la posibilidad de enfermedades orgánicas serias, especialmente hay temor al cancer (3). Pero todos estos estudios causan un enorme gasto ya sea para el paciente, como para la institución, obteniendose al final datos negativos en sus resultados. Debido a estas circunstancias Kruis y Cols., proponen una prueba basada en datos sintomatológicos y exámenes de laboratorio de los considerados de rutina, con lo que el costo para el diagnóstico disminuye de manera considerable, dicha prueba tiene gran especificidad para la diferenciación entre el SCI de enfermedades orgánicas, lograndose según el reporte, especificidad del 99% con una sensibilidad del 64% o bien una especificidad del 97% con una sensibilidad del 83% (4,15). Este método

para el diagnóstico es sencillo, económico y estandarizado para la práctica diaria en la clínica.

No existe un tratamiento específico que haga que se observe una reducción en la morbilidad o bien que se afecte el curso clínico del síndrome, debido a que no existe una anormalidad orgánica totalmente comprobada.

De manera general en el abordaje terapéutico deben ser considerados varios puntos de importancia:

a).- El remover el síntoma no es la parte más importante de la terapia, sino que el paciente tenga ajustes para poder vivir con una condición crónica.

b).- El paciente debe de ser visto con credibilidad y certidumbre, evitando que el médico vea este padecimiento como totalmente mental.

c).- Evitar caer en complascencia por parte del médico, que pueda ocasionar que tenga menor sensibilización para descubrir nuevas enfermedades.

d).- Evitar el efectuar juicios prematuros que puedan ser superficiales.

e).- Intentar modificar cualquier factor de stress ambiental y mejorar la actitud del paciente a esos factores (14).

Teniendo en cuenta estos puntos se debe trazar un plan general de tratamiento, que debe de incluir:

DIETA: Hay que detectar previamente posibles intolerancias a la lactosa, por ejemplo, la asociación de síntomas o agra

vamiento de ellos al ingerir lácteos, debe también evitarse la ingesta de frijoles o leguminosas, col y otras sustancias que contengan carbohidratos no digeribles, como son los almidones, todo esto para evitar la flatulencia que es un gran problema. El uso de fibra en la dieta se recomienda para la constipación prefiriendose el uso de semilla de Psyllium Plántago Hidrofílico, donde se encuentra empíricamente que es efectiva tanto para los casos de constipación como para los cuadros diarréicos, y se recomienda en especial por su ausencia de efectos secundarios (3,9).

MEDIDAS FISICAS: El uso de agua caliente, ejercicios de descanso tienen beneficios individualizandolos a las necesidades de cada paciente (3).

TERAPIA MEDICAMENTOSA:

a).- Medicamentos anticolinérgicos: éstos fármacos tienen teóricamente un beneficio por la reducción del espasmo segmentario del colon y de la constipación y dolor, en muchos años han tenido buenos resultados combinandolos con otros fármacos, pero en un estudio se hizo una revisión de 400 escritos con 18 diferentes anticolinérgicos (11), pero ninguno de éstos fué metodologicamente bien llevado, ya sea por ausencia de controles, mala interpretación de datos o análisis inadecuados. Así la evidencia del valor clínico de los anticolinérgicos es dudosa, y se dice que su mayor

utilidad es en el colon espástico (3,19).

b).- Se han empleado medicamentos bloqueadores de los canales del calcio, para la relajación del músculo liso, con el fin de evitar también los espásmos del colon, pero aún no hay estudios para la valoración de su eficacia.

c).- El uso de benzodiacepinas tiene también popularidad, recomendandose su uso de manera individualizada a -- las necesidades del paciente.

d).- El uso de Antidepresivos también puede ser de ayuda en ciertos pacientes que manifiestan principalmente síntomas depresivos.

e).- El uso de Ansiolíticos, que en estudios realizados han mostrado tener un efecto ansiolítico favorable, mediante un efecto serotonérgico, noradrenérgico y - transmisión dopaminérgica, teniendo la acción en receptores de dopamina presinápticos (1,2,13,22).

f).- Hay otros fármacos cuyo uso es experimental, o bien se emplean de manera aislada en los reportes, como - son el uso de Hidantoína para la relajación del músculo liso, la colestiramina, las sales de aluminio y los derivados opiáceos, que tienen efectos dudosos.

PSICOTERAPIA: No es generalmente recomendada, a menos que el estado emocional del paciente lo amerite (3).

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS: Se hizo un estudio donde se -

encontró que el paciente con SCI frecuentemente acude a la búsqueda de otras medidas terapéuticas alternativas, cuando han fallado las medidas convencionales, que van desde la hipnosis, yoga, naturismo, etc., todos ellos con resultados dudosos (23).

Es importante que el tratamiento tenga como meta una completa y resistente mejoría de los síntomas abdominales, principalmente el dolor, y de la restauración de las funciones intestinales normales (3,23).

El SCI es una condición crónica, recidivante y la severidad de los síntomas puede ser muy variable en tiempo e intensidad, lo que ha causado que sea una enfermedad -- subvalorada. El SCI es una enfermedad crónica donde la naturaleza de sus síntomas hacen que haya reincidencias --- constantes en casi todos los pacientes, como consecuencia a la pobre respuesta al manejo, todo esto hace que el costo para la enfermedad sea considerable, que es constituido por las visitas al médico y del uso de fármacos que es sumamente común, por ejemplo en USA en 1982 se pagaron: $368 000 000 de dolares en laxantes, así como también hay un enorme gasto en anticolinérgicos, tranquilizantes, antidepresivos y otras drogas que tienen uso en este síndrome (8).

Por ello es importante que esta entidad debe de ser tomada en cuenta como un problema de salud considerable.

PROBLEMA

El SCI es el desorden del tracto gastrointestinal -- más frecuente y es una de las que más indisposición causan (14,15).

El SCI es una patología multicausal, ya que en su patogénesis podrian estar vinculados diversos factores, --- haciendose que el diagnóstico etiológico, en muchas de -- las ocasiones no pueda ser precisado con claridad.

Esta patología es de difícil control ya que se encuentran recidivas constantes, además es difícil también el diagnóstico, ya que puede haber confusión, con la sintomatología vaga que se presenta en esta entidad y la sintomatología de otras patologías gastrointestinales.

En particular el SCI es en muchas de las ocasiones - dejado al final como una consideración diagnóstica que no cuenta con pruebas contundentes para la confirmación del diagnóstico, por ello este síndrome se define como tal - por medio de la exclusión del resto de las causas etiológicas. Un factor extra en dificultad para el diagnóstico es el que este síndrome se asocia a manifestaciones psicológicas, de acuerdo con la mayoría de los autores, que -- frecuentemente son difíciles de valorar, tanto por los médicos de primer contacto, como por otros especialistas.

Debido al gran porcentaje de pacientes que sufren retardo en el diagnóstico de la entidad, el paciente empieza

a caer en desesperación, ansiedad y frustración, debido a la persistencia de sintomatología y aún no tiene un diagnóstico adecuado, con ello el paciente presenta aumento de la sintomatología de su padecimiento y empieza en búsqueda de algún médico que pueda encontrar el diagnóstico adecuado.

El tratamiento del SCI es en la actualidad puramente sintomático, haciendose por medio de medidas dietéticas, por medio de modificadores de la motilidad intestinal, anticolinérgicos, antagonistas del calcio, sustancia modificadoras de masa fecal, e incluso se han intentado el hipnotismo, yoga, meditación, etc., pero hasta el momento continua sin haber un tratamiento que haya mostrado ser plenamente eficaz del control de los síntomas, a pesar de haber una gran cantidad de manejos.

JUSTIFICACION

El realizar este tipo de estudio, es importante, ya que como se ha mencionado anteriormente el SCI es una patología frecuente que puede escapar de las miras diagnósticas de cualquier médico, aún conociendo la variedad de síntomas que se presentan, se puede confundir con cualquier otra patología del tracto gastrointestinal, con lo cual el médico puede dar un tratamiento erróneo o bien seguir una serie de pasos diagnósticos innecesarios y costosos para el paciente o para la institución.

Con la aplicación del cuestionario de Kruis, se convierte en un procedimiento a corto plazo, de fácil diagnóstico, no costoso y que por lo tanto beneficia en primer lugar al paciente, ya que el diagnóstico rápido de la patología, puede llegar a solucionar la ansiedad del paciente.

Otro beneficio es para la institución, ya que es una prueba donde se pueden excluir algunas enfermedades orgánicas, con solo requerir estudios de laboratorio de rutina, beneficiando así la economía de ésta, incluyendo --- también en esto, el número de consultas necesarias para - el diagnóstico y control posterior de la enfermedad.

Este trabajo también beneficia a médicos de primer - nivel (principalmente), ya que por lo regular, son con --

quienes acuden los pacientes por primera vez en busca de una solución de su padecimiento. Implica un avance profesional, ya que por medio de esto se puede entender el padecimiento, logrando hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Es importante saber que tipo de personalidad o alteración psicológica se presenta en pacientes con SCI, ya que dependiendo de esto, se puede dar un tratamiento psicoterapéutico y ayudar al paciente mejor en su sintomatología.

Generalmente el diagnóstico de SCI es hecho por exclusión de algunas enfermedades gastrointestinales orgánicas con síntomas similares, es de particular interés encontrar métodos que ayuden al médico a identificar la posibilidad del SCI.

Establecer un esquema de manejo es importante, ya que con esto no se consumirían tantos recursos económicos en realizar pruebas terapéuticas sin resultados, pues en la actualidad continua sin haber un tratamiento que haya demostrado ser eficaz del control de los síntomas.

Al mismo tiempo, teniendo el método diagnóstico para SCI, se puede sacar la frecuencia de este padecimiento, pues en la actualidad se desconoce en nuestro medio y por lo tanto en la Clínica Marina Nacional.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1.- Identificar cual o cuales son los rasgos de personalidad o alteración psicológica, que predomina en los pacientes estudiados con síndrome de colon irritable.

2.- Precisar la utilidad de algunos enfoques terapéuticos que son usados para el manejo del síndrome de colon - irritable.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Medir los estados psicológicos predominantes del síndrome de colon irritable por medio de la prueba de -- listado de síntomas Hopkins.

2.- Valorar el manejo con Metoclopramida, Psyllium Plántago, Buspirona, Etomidolina y Placebo, en el grupo de pacientes con síndrome de colon irritable.

3.- Identificar cuales son los síntomas predominantes en los pacientes con síndrome de colon irritable.

HIPOTESIS

1.- No existe diferencia significativa entre los distintos manejos farmacológicos usados en el síndrome de colon irritable.

2.- El síndrome de colon irritable se asocia con alteraciones psicológicas en el paciente portador del -- síndrome.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO: Se efectuará un estudio experimental con dos grupos:

-Grupo experimental: donde se valorará la respuesta a distintos enfoques terapéuticos.

-Grupo control.

POBLACION: Pacientes que acudan a la consulta con sintomatología de síndrome colítico, por cualquiera de sus etiologías, a la unidad de medicina familiar Marina Nacional.

MUESTRA: Las personas serán elegidas por medio de muestreo no probabilístico, ya que se desconoce la frecuencia de este padecimiento en nuestro medio, así como también se desconoce la frecuencia en la clínica Marina Nacional, donde se tomarán a los pacientes para el estudio. La muestra será por cuota de pacientes que tengan síndrome colítico hasta completar 40 pacientes dentro de la unidad.

LUGAR: Clínica Marina Nacional, contando como recurso al laboratorio.

TIEMPO: El tiempo necesario para el estudio se dividirá en dos etapas: la primera será considerando el tiempo necesario para la co-

lección de 40 pacientes que cursen con -- síndrome colítico, para la formación de - los grupos de estudio (no deberá ser mayor de dos meses). Posteriormente se realizarán 6 consultas en total, en las cuales habrá intervalos de dos semanas en cada una. Se utilizará el tiempo necesario para el análisis de resultados y conclusiones.

El inicio del estudio es a partir de noviembre de 1988, con fecha de terminación - en agosto de 1989.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.- Pacientes mayores de 13 años de edad y menores de 80 años.

2.- Se incluirán ambos sexos.

3.- Pacientes con sintomatología de síndrome colítico, que sean positivos a el cuestionario de Kruis.

4.- Los pacientes deben de pertenecer a la Clínica - Marina Nacional.

5.- Pacientes con las características anteriores que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.- Personas menores de 13 años y mayores de 80 años.

2.- Personas que reusen participar dentro del estudio.

3.- Pacientes que no quieran llenar los cuestionarios.

4.- Personas con síndrome colítico negativos a la prueba de Kruis.

5.- Personas en quienes se detectó alguna patología orgánica, diverticulosis, parasitosis, etc.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

1.- Pacientes que no cumplan con el manejo estipulado.

2.- Pacientes quienes además sigan otros manejos para esta entidad que no hayan sido prescritos por el médico investigador.

3.- Personas que no acudan a las consultas de control y evaluación cada dos semanas.

4.- Personas que no quieran seguir dentro de el estudio.

VARIABLES

INDEPENDIENTES:

Como variables de inicio de la investigación se tomará en cuenta: EDAD, SEXO, DOMICILIO, para poder hacer el seguimiento y control de los pacientes incluidos en el estudio y que no acudan en alguna ocasión a las consultas.

DEPENDIENTES:

Una vez realizada la prueba de Kruis, en los pacientes elegidos SE VALORARA LA SINTOMATOLOGIA INICIAL Y LA PRESENCIA DE MODIFICACIONES O NO DE LA SINTOMATOLOGIA EN EL TRANSCURSO DEL ESTUDIO, tanto en los pacientes experimentales como en el grupo control.

Los parámetros utilizados para medir la evolución son: Deterioro del cuadro, sin modificaciones en la sintomatología, mejoría parcial de la sintomatología y sin datos clínicos actuales.

METODOLOGIA

Se hará la captación de personas que acudan a la consulta teniendo sintomatología colítica, obteniendose por medio de una muestra no probabilística, 40 pacientes en total.

En la PRIMERA CONSULTA se aplicará el CUESTIONARIO DE KRUIS en su primera parte, que debe ser llenada por el paciente. Se solicitarán estudios de laboratorio como son: BH, VSG, SOH, Y CPS.

En la SEGUNDA CONSULTA, será llenada la segunda sección del cuestionario de Kruis por parte del médico, donde se incluirá la valoración de los exámenes de laboratorio solicitados en la consulta previa, además de los antecedentes y hallazgos de la exploración física encontrados. Una vez calificadas las dos partes del cuestionario de Kruis, podrá hacerse el diagnóstico de síndrome de colon irritable. El estudio de Kruis se realizó para establecer un sistema para el diagnóstico de SCI, considerando la historia clínica, exámen físico y algunos exámenes de laboratorio. El cuestionario se divide en dos partes, la primera parte son preguntas hacia el paciente, siendo un total de 7 preguntas, dandosele puntuaciones positivas escalonadas, dependiendo de la importancia de ésta (según el análisis de regresión lineal que se utilizó) formando un total de 87 puntos. La segunda parte del cuestionario se refiere a la E.F. y exámenes de laboratorio, en el

cual se valora 10 reactivos, dando puntuaciones negativas siendo un total de -306 puntos . Una vez calificadas las dos partes se suman los resultados de los dos cuestionarios, realizandose el diagnóstico de SCI con 27 puntos - positivos, que se ha encontrado tiene una sensibilidad - del 83% y una eficacia del 97%.

A los pacientes positivos se les aplicará el listado de síntomas Hopkins para la identificación de alteraciones psicológicas. Este estudio revela la presencia de 10 alteraciones psicológicas (cada una de estas alteraciones contiene cierto número de reactivos de los 90 totales): Somatización (12), Personalidad obsesivo-compulsiva (10), Sensibilidad interpersonal (9), Depresión (13), Ansiedad (10), Furia-hostilidad (6), Ansiedad-Fóbica (7), Rasgos psicóticos (10), Ideas paranoides (6), Trastornos del sueño (3). Cada uno de los grupos de reactivos fué - multiplicado por 4 para poder hacer que el rango de puntuaciones fuera mayor y poderlos agrupar más fácilmente. - Cada pregunta de el HSCL contiene una escala de 4 puntos: 1 (nada), 2 (poco), 3 (bastante), 4 (demasiado). A cada respuesta se le puede dar uno de estos puntos, dependiendo de el grado de alteración psicológica que tenga.

Ejemplo:

Somatización: contiene 12 reactivos (multiplicado nos da un total de 48 puntos.

1.- Nada. (0 a 12 puntos)

2.- Poco. (13 a 24 puntos)

3.- Bastante. (25 a 36 puntos)

4.- Demasiado. (37 a 48 puntos)

A los pacientes identificados como portadores del síndrome se les consignará de manera aleatoria uno de los dos grupos de manejo: Grupo experimental y grupo control.

GRUPO EXPERIMENTAL: Se subdividirá a su vez en 5 subgrupos, seleccionandose también de manera aleatoria. Los subgrupos de tratamiento son:

1.- Modificadores de la motilidad intestinal:

-Metoclopramida; 1 tableta de 10 mg , 20 minutos antes de cada alimento. V.O. Durante 2 meses seguidos.

2.- Modificadores de masa fecal:

-Psyllium plántago; 1 cucharada (7 gr), cada 8 horas durante 2 meses seguidos.

3.- Ansiolítico:

-Buspirona; 1 tableta de 5 mg cada 12 hrs, durante 2 meses seguidos.

4.- Bloqueador de calcio intestinal:

-Etomidolina; 1 comprimido de 3 mg cada 8 hrs, durante 2 meses seguidos.

5.- Placebo:

- Tabletas c.b.p.; 1 tableta a las 6 AM, 14 PM y 22 PM. diariamente, durante 2 meses seguidos.

GRUPO CONTROL: Manejado unicamente con ejercicios abdominales; 2 veces al día durante 2 meses. (dando esquema de los ejercicios a realizar y requiriendo del tiempo necesario para hacerlos, dependiendo de cada paciente).

CONSULTAS SUBSIGUIENTES:

En éstas se hará el control de la evolución basada en la respuesta terapéutica que el paciente presente en las visitas a consulta cada dos semanas, siendo un total de 4 consultas de control, para el seguimiento total de 8 semanas. La valoración de la evolución será por medio de preguntas encontradas en el denominado Cuestionario - para la Evaluación de la Evolución, calificandose de manera subjetiva los principales síntomas del SCI, de acuerdo a la intensidad de la sintomatología del paciente.

Los pacientes no sabrán a que grupo de tratamiento corresponden, con lo que se logrará un estudio experimental de tipo ciego simple, para tratar de evitar sesgos - por parte del paciente en torno a la sintomatología.

RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de la información será mediante cuestionarios previamente impresos. Cuestionario de Kruis en sus dos secciones (anexo I y II), Cuestionario de síntomas Hopkins (anexo III), y cuestionario para la evaluación de la evolución del paciente (anexo IV).

PRESENTACION DE LA INFORMACION

Se efectuará mediante métodos tabulares y gráficas, las tablas serán de contingencia y las gráficas de asociación, adecuandose a los resultados del estudio.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Se usarán medidas de resúmen para la valoración de las alteraciones psicológicas y de la frecuencia de respuestas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Por tratarse de un estudio experimental en humanos, se pedirá a cada uno de los pacientes su aprobación para ser incluido en el estudio, aunque los pacientes no sabrán a que grupo pertenecen, ya que será un estudio de - ciego simple, para tratar de evitar sesgos por parte del paciente en lo referente a sintomatología.

No existe riesgo de mortalidad, debido a que los medicamentos utilizados han sido probados ampliamente y no tienen riesgo de reacciones secundarias ni de complicaciones.

En caso de presentar reacción o intolerancia al manejo se suspenderá su aplicación y el paciente se excluira del estudio.

CUESTIONARIO DE KRUIS
PRIMERA PARTE

NOMBRE.....EDAD.....SEXO.....
DOMICILIO.....

	SI	NO	
1.- ACUDE A CONSULTA DEBIDO A DOLORES ABDOM.	....	....	12
2.- SUFRE DE INFLAMACION ABDOMINAL	....	....	11
3.- SIENTE QUE SUS MOVIMIENTOS INTESTINALES LE CAUSAN ALGUNA MOLESTIA.....	....	....	11
4.- HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS MOLESTIAS POR MAS DE DOS AÑOS.....	....	....	16
5.- PODRIA DESCRIBIR SU DOLOR ABDOMINAL CON ALGUNA (s) DE LAS SIG. CARACTERISTICAS:			
QUEMANTE.....	....	....	
CORTANTE	....	....	
MUY FUERTE	....	....	
COMO SI LO ESTUVIERAN APRIMIENDO	....	....	
SORDO (DIFICIL DE DESCRIBIR)	....	....	
NO DEMASIADO FUERTE	....	....	
NO TIENE DOLOR ABDOMINAL	....	....	
			23
6.- TIENE PERIODOS DE ESTREÑIMIENTO QUE SE ALTERNAN CON PERIODOS DE DIARREA.....	....	....	14
7.- SUS EVACUACIONES (EXCREMENTO) TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:			
MUY DELGADAS COMO LAPIZ.....	....	....	
EN FORMA DE BOLITAS PEQUEÑAS.....	....	....	
FORMADAS Y DURAS AL INICIO Y MUY BLANDAS AL FINAL.....	....	....	
CON MOCO	....	....	
NINGUNA DE LAS CARACTERISTICAS ANTER..	....	....	0

CALIFICACION .....

CUESTIONARIO DE KRUIS

SEGUNDA PARTE

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

CALIFICACION.....
en números negativos

CALIFICACION.....
en números positivos

CALIFICACION FINAL.....

CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
1.- Tiene dolores de cabeza.....	....	....	....	....
2.- Siente sensación de nerviosismo o agitación.....	....	....	....	....
3.- No recuerda pensamientos, ideas o palabras que no queria que se fueran de su mente.....	....	....	....	....
4.- Tiene desmayos o mareos.....	....	....	....	....
5.- Siente pérdida del interés o del placer sexual	....	....	....	....
6.- Resiente demasiado las criticas de otros	....	....	....	....
7.- Piensa que alguien puede controlar sus pensamientos.....	....	....	....	....
8.- Siente que los demás reclamar por muchos de tus problemas	....	....	....	....
9.- Tiene dificultades para recordar las cosas.....	....	....	....	....
10.-Siente preocupación por su descuido o por su falta de aseo.....	....	....	....	....
11.-Siente que se angustia o se irrita con facilidad.....	....	....	....	....
12.-Tiene dolor en el pecho o en el corazón.....	....	....	....	....
13.-Siente temor en la calle o en los espacios abiertos.....	....	....	....	....
14.-Tiene sensación de baja energía o abatimiento.....	....	....	....	....
15.-Presiente que su vida va a finalizar..	....	....	....	....
16.-Oye voces que otras personas no escuchan.....	....	....	....	....
17.-Tiene temblores.....	....	....	....	....
18.-Desconfia de la mayoría de la gente...	....	....	....	....
19.-Siente poco apetito.....	....	....	....	....
20.-Llora con facilidad.....	....	....	....	....
21.-Siente timidez o inquietud con las personas del sexo opuesto...	....	....	....	....
22.-Tiene sensación de que esta enganchado en algo o de que cayó en la trampa.....	....	....	....	....

CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
23.- Tiene miedo o terror súbito sin una razón aparente	....	....	....	....
24.- Su carácter es explosivo sin que usted lo pueda controlar	....	....	....	....
25.- Siente temor de salir solo de casa	....	....	....	....
26.- Se reprocha a solas de ciertas cosas	....	....	....	....
27.- Tiene dolor en la parte baja de la espalda	....	....	....	....
28.- Siente que las cosas que hace o ha hecho le son bloqueadas	....	....	....	....
29.- Se siente solo	....	....	....	....
30.- Se siente triste	....	....	....	....
31.- Se preocupa demasiado por las cosas	....	....	....	....
32.- No siente interes por las cosas	....	....	....	....
33.- Se siente temeroso	....	....	....	....
34.- Siente que lo hieren o se afecta facilmente	....	....	....	....
35.- Siente que otras personas vigilan sus pensamientos privados	....	....	....	....
36.- Siente que los demás no lo entienden o no les es simpatico	....	....	....	....
37.- Siente que la gente no es amigable o usted les disgusta	....	....	....	....
38.- Tiene que hacer las cosas lentamente para asegurarse de que estan bien hechas	....	....	....	....
39.- Siente palpitaciones o que su corazón late demasiado fuerte	....	....	....	....
40.- Tiene naúseas o vomitos	....	....	....	....

CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
41.- Se siente inferior a los démas	....	....	....	....
42.- Tiene molestias en sus musculos	....	....	....	....
43.- Siente que los démas lo observan o comentan algo con referencia a usted	....	....	....	....
44.- Tiene dificultades para conciliar el sueño	....	....	....	....
45.- Tiene que checar o rechecar lo que ya hizo	....	....	....	....
46.- Tiene dificultades para tomar desiciones	....	....	....	....
47.- Siente temor de viajar en autobus, trenes o metro	....	....	....	....
48.- Tiene problemas para la inspiración	....	....	....	....
49.- Tiene periodos de mucho frio o calor	....	....	....	....
50.- Tiene que evitar ciertas cosas lugares o actividades por que ellas le atemorizan	....	....	....	....
51.- Siente que tiene la mente en blanco	....	....	....	....
52.- Siente adormecimiento o punsadas en alguna parte de su cuerpo	....	....	....	....
53.- Siente un nudo en la garganta.	....	....	....	....
54.- Siente desesperanza hacia el futuro	....	....	....	....
55.- Tiene dificultades para concentrarse	....	....	....	....
56.- Siente debilidad en alguna parte del cuerpo	....	....	....	....
57.- Se siente muy tenso o a punto de explotar	....	....	....	....

CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
58.- Tiene sensación de pezantes en brazos y piernas.....	....	....	....	....
59.- Presiente que va a morir o que alguien va a morirse.....	....	....	....	....
60.- Siente exeso de apetito.....	....	....	....	....
61.- Siente inquietud cuando la gente lo observa o hablan a cerca de usted.....	....	....	....	....
62.- Tiene pensamientos que no son suyos.....	....	....	....	....
63.- Se siente incitado a herir,golpear o insultar a alguien.....	....	....	....	....
64.- Despierta durante la madrugada	....	....	....	....
65.- Tiene que repetir las mismas acciones como son, el tocar, lavarse,etc.....	....	....	....	....
66.- Su sueño es inquieto o con interrupción.....	....	....	....	....
67.- Se siente incitado a golpear o romper algo.....	....	....	....	....
68.- Siente o cree que los démas no son compartidos como usted lo es...	....	....	....	....
69.- Se siente aislado,con usted mismo a pesar de estar con otras personas.....	....	....	....	....
70.- Se siente incomodo donde hay mucha gente como en el mercado o cines.....	....	....	....	....
71.- Siente que todo le cuesta un gran esfuerzo.....	....	....	....	....
72.- Tiene periodos de terror o pánico	....	....	....	....
73.- Se siente incomodo cuando come o bebe en público.....	....	....	....	....

CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS

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

En el anterior cuestionario se valorará: Somatización,razgos obsesivo-compulsivos,Sensibilidad Interpersonal,Depresión,Ansie-- dad ,Angustía-Hostilidad,Ansiedad-Fóbica,Psícotismo,Ideas Paranoides y Dificultades del Sueño.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA EVOLUCION.

	No. de consulta subsecuente	Deterioro del cuadro	Sin Modif. de los sintomas	Mejoría parcial	Sin Datos clínicos actuales
DOLOR ABDOMINAL	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
FLATULENCIA	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
METEORISMO	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
DISTENSION ABD.	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
ESTREÑIMIENTO	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
DIARREA	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
TENESMO	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				
EVACUACIONES ALTERADAS (haciantadas, diarreicas, fragmentadas)	1a.				
	2a.				
	3a.				
	4a.				

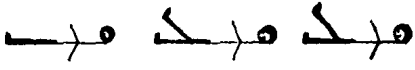
EJERCICIOS ABDOMINALES

1.- ACOSTADO SOBRE EL SUELO, LEVANTARSE HASTA QUEDAR EN ANGULO RECTO CON LOS BRAZOS EN ALTO, VOLVER A LA POSICION INICIAL. REPETIR 10 VECES.

2.- ACOSTADO SOBRE EL SUELO LEVANTAR LOS PIES E IMPULSAR LA PELVIS CONTRAYENDO LOS MUSCULOS DEL ABDOMEN. REPETIR 10 VECES.

3.- ACOSTADO SOBRE EL SUELO, APOYANDO LA ESPALDA Y LA PELVIS, LEVANTAR EL DORSO CONTRAYENDO LOS MUSCULOS DEL ABDOMEN. REPETIR 10 VECES.

4.- ACOSTADO SOBRE EL SUELO, APOYANDO LA CABEZA, DORSO, Y PELVIS, LEVANTAR LAS PIERNAS UNOS 10 Cm., ALTERNANDO UNA PIERNA Y LA OTRA. REPETIR 10 VECES.



5.- ACOSTADO SOBRE EL SUELO, LEVANTARSE TRATANDO DE ALCANZAR LOS PIES CON LAS MANOS. REPETIR 10 VECES.

RESULTADOS

Se encontró que el Síndrome de colon irritable es más frecuente en el sexo femenino, con un total de 33 casos equivalentes al 82.5 % ,el sexo masculino sólo representó 7 casos equivalentes al 17.5 % de un total de 40 casos (cuadro y gráfica # 1).

El grupo de edad más afectado fué el comprendido entre 33 y 44 años, siguiendo el grupo de edad de 23 a 32 años y el de 63 a 72 años, siendo el rango de edad estudiado de 13 a 80 años de edad.(cuadro y gráfica # 1).

En el grupo femenino (33 en total), la sintomatología que predominó fué la distensión abdominal en un 96.9 %, las evacuaciones alteradas en 96.9 % y la flatulencia en 90.9 % de los casos (cuadro y gráfica #2).

En el grupo masculino (7 en total) la sintomatología que predominó fué el dolor abdominal en 100 % de los casos (cuadro y gráfica # 3).

En el GRUPO EXPERIMENTAL se incluyerón en total 20 pacientes de los cuales , 18 fueron mujeres y 2 hombres. En estos pacientes el dolor abdominal se presentó en 17 de ellos y mostró mejoría de tal síntoma soló 9 de ellos (principalmente con Psyllium y Buspirona).(cuadro # 4).

La Flatulencia se presentó en 18 casos, mostrando mejoría 9 casos con Psyllium,Buspirona,Metoclopramida y Placebo.(cuadro #4)

El meteorismo se presentó en 15 casos, en los cuales hubo mejoría en 8 pacientes con Psyllium y Placebo (C.#4,6).

La distensión abdominal la presentaron los 20 pacientes, la cual mejoró en 11 pacientes con Psyllium, Metoclopramida, Buspirona y Placebo. (C. #4 Y 6).

El estreñimiento estuvo presente en 18 casos, de los cuales 5 mejoraron con Psyllium y Placebo. (C. #4 y 6).

La diarrea la presentaban 15 pacientes, en los cuales hubo mejoría en 6 con Psyllium. (C.# 4 y 6).

El tenesmo fué presentado por 9 pacientes, de los - cuales mejoraron 4 con Psyllium. (C.# 4 y 6).

Las evacuaciones alteradas las presentaban 18 pacientes, habiendo mejoría en 8 de ellos con Psyllium y Placebo (C. # 4 y 6).

En el GRUPO CONTROL se incluyeron un total de 20 pacientes, de los cuales 15 fueron mujeres y 5 hombres. En estos pacientes el dolor abdominal estuvo presente en 17 casos, habiendo mejoría del síntoma con ejercicios abdominales en 10 casos (cuadro 5 y 7).

La flatulencia estuvo presente en 19 casos, mejorando en 10 pacientes (C. # 5 y 7).

El meteorismo se presentó en 18 casos, habiendo una mejoría en 15 de ellos (C. #5 y 7).

La distensión abdominal la presentaron 19 pacientes, habiendo mejoría en 11 (C. # 5 y 7).

El estreñimiento lo presentaron 18 casos, habiendo

mejoría en 12 de ellos (C. #5 y 7).

El tenesmo lo presentaban 17 casos, de los cuales, 16 tuvieron mejoría (C.# 5 y 7).

Las evacuaciones alteradas que se presentaron en 19 pacientes, mejoraron 14 (C. # 5 y 7).

En la consulta externa fueron captados en total - 57 pacientes con síndrome colítico, de los cuales se excluyeron del estudio a 14 (11 hombres y 3 mujeres), 11 pacientes a los cuales se les descubrió parasitosis en los exámenes de laboratorio (6 Giardiasis, 5 Entamoeba histolytica) y 3 pacientes que no acudieron a consultas de control. Se tuvo que recurrir a algunos domicilios para localizar a - los pacientes que dejaron de asistir en una ocasión a las consultas de control.

Con respecto a los rasgos de personalidad estudiados - en los 40 pacientes con SCI los datos encontrados fueron los siguientes: dificultades del sueño en 22 pacientes,- correspondientes al 55%. Ideas paranoides en 20 pacientes (50%),, Angustia-hostilidad 19 pacientes (47.5%). obsesividad-compulsividad 18 (45%),sensibilidad interpersonal 17 (42.5%), Depresión 16 (40%), Ansiedad 10 pacientes (25%), Ansiedad-fóbica en 9 pacientes (22.5%), Somatización en 7 pacientes (17.5%) y Psicotismo en 5 pacientes (12.5%) -- (cuadro # 8, gráfica # 4).

ANALISIS

En el presente estudio se confirmó que el síndrome de colon irritable, es más frecuente en el sexo femenino, en la edad de adulto joven o edad media, lo cual se corrobora con la bibliografía consultada (7,8). Probablemente estos resultados se encontraron porque a la consulta diaria acuden más mujeres que hombres.

De los pacientes que acudieron a la consulta por síndrome colítico, once de ellos presentaron parasitosis, por lo cual se puede decir que las parasitosis, son la primera causa encontrada en el estudio, que se puede confundir con síndrome de colon irritable, lo cual se confirma este dato con la bibliografía consultada.

No existe una diferencia significativa entre la sintomatología presentada por mujeres y hombres, ya que ambos presentaron la misma, y se encontró que estos síntomas predominantes, coinciden con los mencionados por varios autores, como los más importantes del S.C.I., entre los que mencionan al dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal y alteraciones en la forma de las evacuaciones (12,14,16,18,19).

En el grupo control los síntomas presentaron mejoría en más del 50%, lo que confirmaría lo mencionado por la bibliografía, de que los movimientos intestinales (ejercicios abdominales en este caso) mejoran bien los síntoma-

tología.

De los medicamentos utilizados en este trabajo, se ha mencionado que en la actualidad no se sabe de la eficacia de éstos en el síndrome de colon irritable. En este estudio al igual que en la bibliografía, no se pudo - observar la eficacia de los fármacos, debido a que el - grupo experimental fué muy estrecho (4 pacientes por cada medicamento). Sin embargo los síntomas mostraron mejoría importante con el modificador de masa fecal, placebo y ansiolítico, sabiendo que el Psyllium empíricamente actua en la diarrea y el estreñimiento, además con el - placebo se encontró mejoría, lo que pudiera indicar -- trastornos psicológicos, adicionandose la mejoría que - se obtuvo con el ansiolítico, que tambien podría hablarnos de la relación que hay de la sintomatología con la tensión emocional.

Se han mencionado los tipos de alteración psicológica predominantes en estos pacientes, por lo que la -- búsqueda de áreas de patología psicológica por medio de las preguntas del cuestionario de Hopkins, se puede considerar de utilidad, pues como se menciono en el marco teórico por varios autores, hay una relación de los -- aspectos psicológicos con la aparición o exacervación de los síntomas del síndrome, faltando por interrogar a cada paciente sobre si el stress o tensión nerviosa dis-

minuye o exacerva su sintomatología, lo cual nos sirve - para relacionar los síntomas con los trastornos psicológicos.

El diagnóstico de síndrome de colon irritable se - puede realizar con la prueba propuesta por Kruis, en pacientes en quienes no se encuentran factores de riesgo - importantes para padecer otra patología (edad, sexo, antecedentes heredofamiliares, historia de síntomas crónicos y recurrentes en personas mayores), ya que si existen tales factores, es mejor utilizar otros procedimientos - diagnósticos más detallados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- En la clínica del ISSSTE Marina Nacional, el síndrome de colon irritable es más frecuente en el sexo femenino (82.5%) en relación con el sexo masculino (17.5%).

2.- El síndrome de colon irritable es más frecuente en el grupo de edad comprendido de 33 a 42 años de edad.

3.- En la aparición del síndrome influyen diversos factores entre los que se encuentran: edad, sexo, dieta, predisposición personal y stress sostenido.

4.- El grupo control presentó mejoría importante de los síntomas en más del 50%.

5.- En el grupo experimental los síntomas mostraron mejoría también en más del 50%.

6.- La utilidad de los medicamentos experimentados en los síntomas, se pueden colocar en el siguiente orden: 1er lugar: psyllium, 2º lugar: placebo, 3er lugar: buspirona, y 4to lugar: la metoclopramida.

7.- En el presente estudio se encontró a las parasitosis, como causa frecuente del síndrome colítico, por lo que habrá que hacerse diagnóstico diferencial con esta entidad.

8.- En un alto porcentaje de pacientes que acuden a consulta, éstos manifiestan "haberse acostumbrado a la sintomatología", lo que hace que en ocasiones acudan por otra patología o algún síntoma vago del síndrome que no es detectado por parte del médico, haciendo aún más difícil el diagnóstico.

9.- En el S.C.I. las alteraciones psicológicas, se encuentran presentes en aproximadamente el 50 %.de los pacientes.

10.-Es importante asegurarle al paciente qué esta patología normalmente no conduce a cancer.

11.-Es importante tanto para el paciente como para el médico estar concientes de que la enfermedad es crónica y que aunque pueda mejorar, no es posible curarla.

12.-El médico no debe considerar los síntomas como principalmente emocionales o psicológicos, ya que por lo geneal el paciente lo rechaza.

13.-Es adecuado hacer intentos para observar y posiblemente demostrar la relación del stress psicológico con la presentación de síntomas, ya que esto puede ayudar al paciente a aceptar con mayor facilidad su enfermedad.

14.-Es recomendable que en todos los pacientes con sintomatología digestiva crónica se haga hincapié en realizar una historia clínica detallada, valorando los posibles factores que influyen en la aparición de la entidad, enfocando la atención más hacia los aspectos psicológicos que pudieran estar involucrados en la patogénesis de esta enfermedad, ya que como se ha mencionado el síndrome de colon irritable encuentra sus bases en éstas alteraciones.

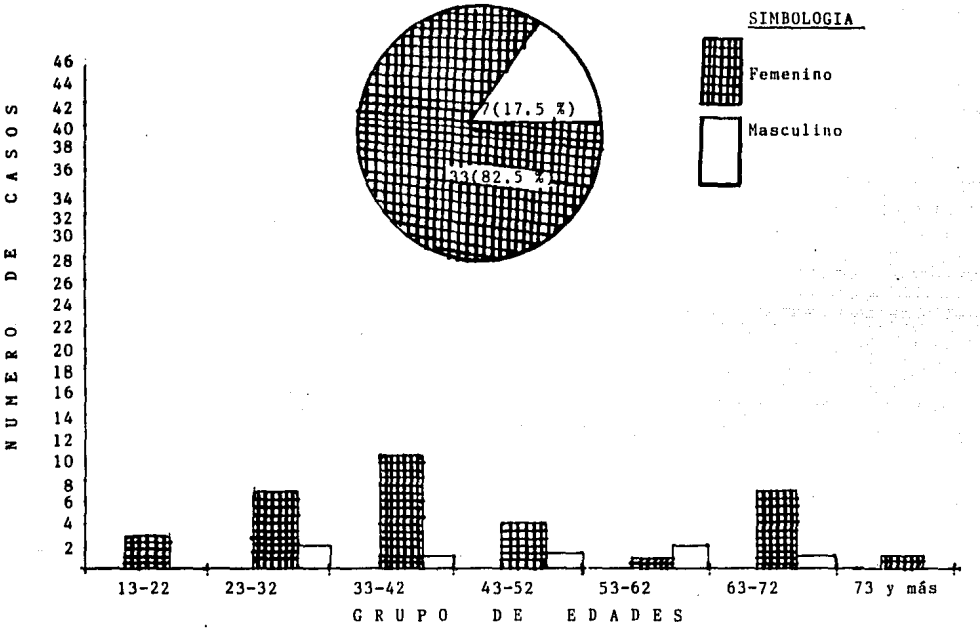
15.-Es importante apoyar al paciente con psicoterapia, pues de esto depende la mejoría de los síntomas.

CUADRO # 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 40 PACIENTES CON S.C.I. DE LA CLINICA MARINA NACIONAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	#	%	#	%	#	%
13-22	-	-	3	7.5	3	7.5
23-32	2	5	7	17.5	9	22.5
33-42	1	2.5	9	22.5	10	25
43-52	1	2.5	5	12.5	6	15
53-62	2	5	1	2.5	3	7.5
63-72	1	2.5	7	17.5	8	20
73ymás	-	-	1	2.5	1	2.5
TOTAL	7	17.5	33	82.5	40	100

FUENTE: CUESTIONARIO DE KRUIS

GRAFICA # 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 40 PACIENTES CON S.C.I. DE LA CLINICA MARINA NACIONAL EN EL PERIODO. COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.



FUENTE: CUADRO # 1

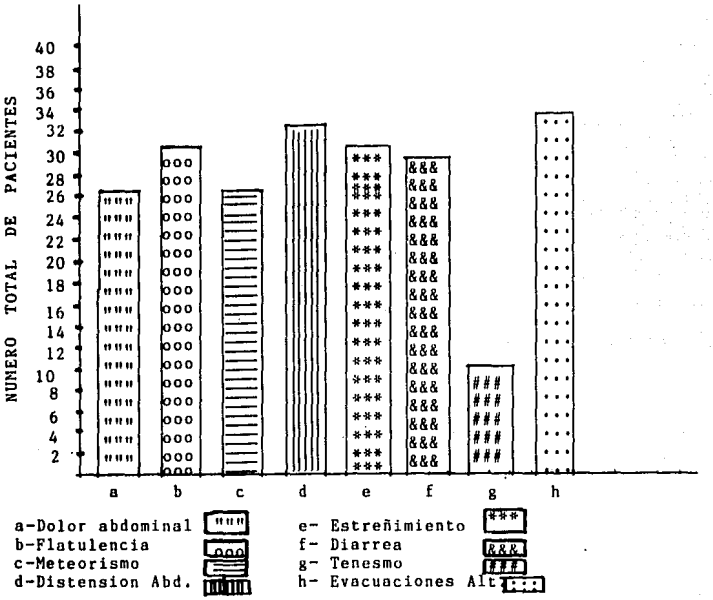
CUADRO # 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SINTOMATOLOGIA DEL S.C.I. EN LA POBLACION ESTUDIADA DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

PRESENTACION DE SINTOMAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
DOLOR ABDOMINAL	27	67.5	7	17.5	34	85
FLATULENCIA	30	75	7	17.5	37	92.5
METEORISMO	27	67.5	6	15	33	82.5
DISTENSION ABDOMINAL	32	80	7	17.5	39	97.5
ESTREÑIMIENTO	29	72.5	5	12.5	34	85
DIARREA	27	67.5	6	15	33	82.5
TENESMO	11	27.5	4	10	15	37.5
EVACUACIONES ALTERADAS	32	80	5	12.5	37	92.5

FUENTE: CUESTIONARIO DE KRUIS Y CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE EVOLUCION.

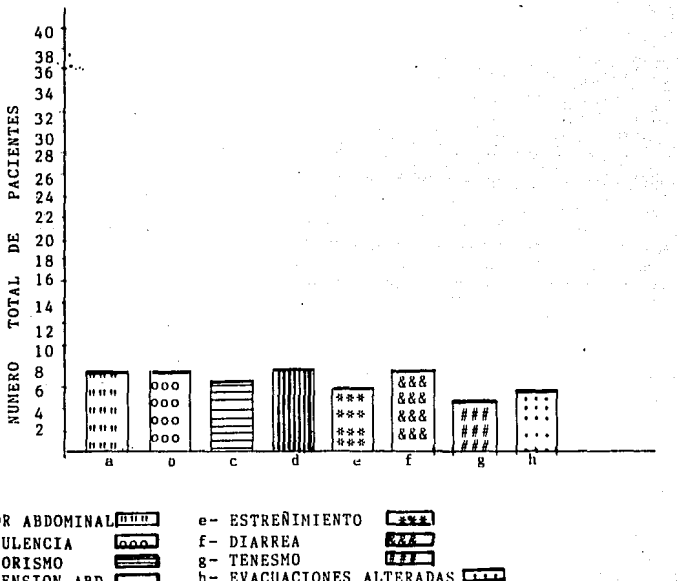
GRAFICA # 2.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SINTOMATOLOGIA DEL S.C.I. EN LA POBLACION FEMENINA ESTUDIADA DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989



FUENTE: CUADRO # 2.

GRAFICA # 5. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SINTOMATOLOGIA DEL S.C.I EN LA POBLACION MASCULINA ESTUDIADA DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.



FUENTE: CUADRO # 2

CUADRO # 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS SINTOMAS DEL S.C.I. EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (20 PACIENTES) EN LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

SINTOMAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
DOLOR ABDOMINAL	15	75	2	10	17	85
FLATULENCIA	16	80	2	10	18	90
METEORISMO	13	65	2	10	15	75
DISTENSION ABDOMINAL	18	90	2	10	20	100
ESTREÑIMIENTO	17	85	1	5	18	90
DIARREA	13	65	2	10	15	75
TENESMO	7	35	2	10	9	45
EVACUACIONES ALTERADAS	17	85	1	5	18	90

FUENTE: CUESTIONARIO DE KRUIS.

CUADRO # 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS SINTOMAS DEL S.C.I. EN EL GRUPO CONTROL (20 PACIENTES) EN LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

SINTOMAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
DOLOR ABDOMINAL	12	60	5	25	17	85
FLATULENCIA	14	70	5	25	19	95
METEORISMO	14	70	4	20	18	90
DISTENSION ABDOMINAL	14	70	5	25	19	95
ESTREÑIMIENTO	13	65	4	20	17	85
DIARREA	14	70	4	20	18	90
TENESMO	12	60	5	25	17	85
EVACUACIONES ALTERADAS	15	75	4	20	19	95

FUENTE: CUESTIONARIO DE KRUIS.

CUADRO # 5. VALORACION DE LA UTILIZACION DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS SINTOMAS DEL S.C.I., EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (20 PACIENTES) DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

SINTOMAS	MEJORIA										TOTAL	
	PSYLLIUM		BUSPIRONA		METOCLOPRAMIDA		PLACEBO		ETOMIDOLINA			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
DOLOR ABDOMINAL	3	15	3	15	-	-	2	10	1	5	9	45
FLATULENCIA	2	10	2	10	2	10	2	10	1	5	9	45
METEORISMO	4	20	-	-	1	5	3	15	-	-	8	40
DISTENSION ABDOMINAL	4	20	2	10	3	15	2	10	-	-	11	55
ESTREÑIMIENTO	3	15	-	-	-	-	2	10	-	-	5	25
DIARREA	4	20	-	-	-	-	1	5	1	5	6	30
TENESMO	3	15	-	-	-	-	1	5	-	-	4	20
EVACUACIONES ALTERADAS	4	20	1	5	-	-	2	10	1	5	8	40

FUENTE: CUESTIONARIO PARA LA VALORACION DE LA EVOLUCION.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 6. VALORACION DE LOS EJERCICIOS ABDOMINALES EN LOS SINTOMAS DEL S.C.I. EN EL GRUPO CONTROL (20 PACIENTES) DE LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

SINTOMAS	MEJORIA		TOTAL DE PACIENTES	
	#	%	#	%
DOLOR ABDOMINAL	10	50	20	100
FLATULENCIA	10	50	20	100
METEORISMO	15	75	20	100
DISTENSION ABDOMINAL	11	55	20	100
ESTREÑIMIENTO	13	65	20	100
DIARREA	12	60	20	100
TENESMO	16	80	20	100
EVACUACIONES ALTERADAS	14	70	20	100

FUENTE: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA EVOLUCION.

CUADRO # 7. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE RASGOS DE PERSONALIDAD ENCONTRADOS EN 40 PACIENTES CON S.C.I. EN LA CLINICA MARINA NACIONAL DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

RASGOS DE PERSONALIDAD	NADA		POCO		BASTANTE		DEMASIADO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
SOMATIZACION	33	82.5	7	17.5	-	-	-	-	40	100
OBSESIVO-COMPULSIVO	22	55	18	45	-	-	-	-	40	100
SENSIBILIDAD-INTERPERSONAL	23	57.5	16	40	1	2.5	-	-	40	100
DEPRESION	24	60	15	37.5	1	2.5	-	-	40	100
ANSIEDAD	30	75	9	22.5	1	2.5	-	-	40	100
ANGUSTIA-HOSTILIDAD	21	52.5	18	45	-	-	1	2.5	40	100
ANSIEDAD-FOBICA	31	77.5	6	15	3	7.5	-	-	40	100
PSICOTISMO	35	87.5	5	12.5	-	-	-	-	40	100
IDEAS PARANOIDES	20	50	20	50	-	-	-	-	40	100
DIFICULTADES DEL SUEÑO	18	45	21	52.5	-	-	1	2.5	40	100

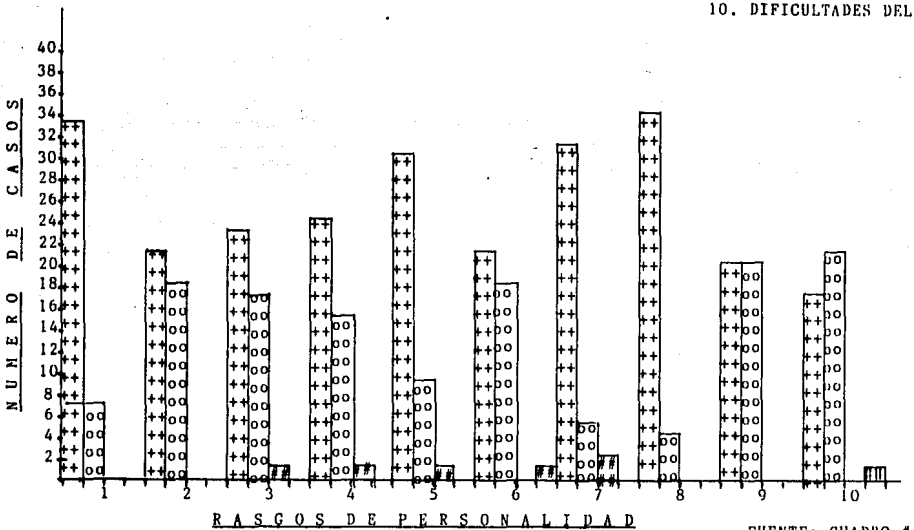
FUENTE: CUESTIONARIO DE SINTOMAS HOPKINS.

GRAFICA # 4.

FRECUENCIA DE RASGOS DE PERSONALIDAD ENCONTRADOS
EN 40 PACIENTES CON S.C.I.
EN LA CLINICA MARINA NACIONAL
DE NOVIEMBRE DE 1988 A AGOSTO DE 1989.

SOMATIZACION

1. SOMATIZACION.
2. OBSESIVO-COMPULSIVO.
3. SENSIBILIDAD-INTERPER.
4. DEPRESION.
5. ANSIEDAD.
6. ANGUSTIA-HOSTILIDAD.
7. ANSIEDAD-FOBICA.
8. PSICOTISMO.
9. IDEAS PARANOIDES
10. DIFICULTADES DEL SUEÑO.



FUENTE: CUADRO # 8.

BIBLIOGRAFIA

1.- B.E. Leonard. Neuropharmacological profile or Buspirone: a non benzodiazepine anxiolytic with especific mid-brain modulating properties.Pharmacology Departament,University College,Galway Republic of Irland. 1983;42;74-82.

2.- Brian e. Leonard The Neuropharmacologic.Profile of Buspirone Pharmacology Departament University College ,Galway ,Republic of Ireland 1983;21;I-12.

3.- Douglas A. Drossman,M.D. The irritable Bowel Sindrome.Gastroenterology 1977;vol.73 No.4.part. 1;811-822.

4.- Douglas A. Drossman M.D. Diagnosis of the irritable bowel Sindrome A. Simple solution. Gastroenterology 1984;87;224-237.

5.- Douglas A. Drossman.Robert S. Sandler.Bowel patterns among subjects not seeking health care. Gastroenterology 1982;83;529-234.

6.- P. Farreras Valenti,Ciril Rozman,Sindrome de Colon Irritable Medicina Interna.Editorial Marin,México. 1978;1;112-15.

7.- Grant. W. Thompson and Kenneth W. Heaton. Functional bowel disorders in aparently healthy people. Gastroenterology 1980;79;283-288.

8.- Grant. W. Thompson.Irritable Bowel syndrome:Prevalence,prognosis and consequences. Can Med Assocj. 1986;134;111-113.

9.- Grant. W. Thompson. Estrategy for management of the irritable Bowel .The american journal of Gastroenterology 1986;81;2;95-96

10.-Harrison.Petersdorf.Adams.Síndrome de Colon Irritable .Principios de Medicina Interna .Mc Graw Hill de México,Decima edición,1986;2;2455-2456.

11.-Iverry K. J. :Are Anticholinergies of use in the Irritable Colon Syndrome. Gastroenterology 1975; 68;1300-1307.

12.-J.D.R. Rose,Troughton,Harvey.Depression and functional bowel disorders in gastrointestinal outpatients.
Gut.1986;27;1025-1028.

13.-J.E. Knapp. Clinical Profile of Buspirona. Meal Johnson Pharmaceutical División. Evansville, U.S.A. 1982;1;95-99.

14.- Kirsner M.D.The irritable bowel Syndrome.A. clinical review and ethical considerations.
Arch. Intern. Med. 1981 April.; 141;635-639.

15.- Kruis W. Thieme.A. Diagnostic score for the irritable bowel Syndrome .Gastroenterology 1984;87;1-7

16.- Manning A.P. W.G. Thompson. Towards positive diagnosis of the irritable bowel .British Med ical joudan 1978;2;653-654.

17.- Murray D. Esler,Kerry J. Goulston.Levels of anxiety in colonic disorrders.The new england jourdan of medicine. 1973;288 No. 1;16-20.

18.- Oettle G.J. and K.W. Heatton. Is there a relationship between symptoms of the irritable bowel syndrome and pbjective measurements aflarge bowel function A. longitudinal study.

19.- Ritchie J.A.,S.C. Truelove. Treatment of irritable bowel syndrome with Lorazepam, hyoscine butylbromide and Ispaghula hush British Medical Journal 1979; 1;376-378.

20.- Roar Johnsen,Bjarne Koster Jacobsen. Associations between symptoms of irritable colon and psychological and social conditions and lifestyle. British Medical Jourdan 1986;292;1633-35.

21.- Ronald S. Lipman, Lino Covi and Arthur K. Shapiro The Hopkins Symptom Checklist (HCSL).Journal of affective disorders.1979;1;9-24.

22.- Schaffler Klaus, M.D. Psychomotor Profile of Buspirone Institute of Pharmacodynamic research. 1985;14; 33-40.

23.- Smart. H.L.J.F. Mayberry and Matkinson. Alternative Medicine Consultations and remedies in patiens with the irritable bowel syndrome. Gut. 1986;27;826-828.

24.- Smitz D.M.An Irritable mind or an irritable bowel The Lancet 1984;1;1249-1250.

25.- Steven J. Young,M.D. David H. Alpers. Psychiatric Illness and the irritable bowel syndrome. Gastroenterology 1976;70;162-166.

26.- U.N.A.M. Guia para la elaboración de un protocolo de Investigación .Depto. de Medicina General Familiar México 1988.

27.- Welch G.M. L.C. Hillman .Psychoneurotic Symptomatology in the irritable bowel syndrome a study of reporters and non-reporters British Medical Journal 1985;291;1382-1384.