

Psicoterapia en casos de colon irritable

Por el Dr. F. BEYME,
especialista FMH de Psiquiatría, Basilea, Suiza

En casi todas partes, la resignación está ganando a los médicos que tratan el colon irritable. En este campo sigue dando la pauta el trabajo de WALLER y col., publicado en 1969²⁰. Estos autores tuvieron en observación a 50 pacientes durante períodos que duraron entre doce y treinta y un meses, constatando que, pese a administrarles los más diversos medicamentos, la sintomatología había cambiado poco o nada al final. Por cierto que no se hicieron ensayos sistemáticos con medidas psicoterápicas, métodos de relajamiento ni neuroterapia.

Declaraciones como éstas nos son familiares: «Tengo que ver a mi jefe mañana. La sola idea me revuelve el estómago.» Detrás de ello se ocultan dolores abdominales de origen psíquico. O bien: «Me cago de miedo.» En este caso, la diarrea forma parte de un afecto. Cuando esta forma esporádica de reaccionar se vuelve crónica y se perpetúa en actitudes erróneas, surge el cuadro clínico psicósomático del colon irritable, que se define así: dolores de vientre acompañados de cambios del ritmo habitual de las defecaciones o diarrea, acaso alternando con estreñimiento, sin causa orgánica²⁰.

Si los comportamientos errados son efectivamente la causa de la dolencia, poco nos ha de extrañar que un tratamiento puramente medicamentoso fracase. La psicoterapia, en cambio, ofrece buenas perspectivas de mejorar el pronóstico, lo que demuestran los casos que vamos a presentar.

Procedimiento terapéutico

Por lo general, no hay problemas de diagnóstico diferencial, puesto que los pacientes me son remitidos casi siempre por el generalista o un gastroenterólogo para que los aleccione en el entrenamiento autógeno, según el método de J.H. SCHULTZ¹⁶. En la primera consulta, de unos cuarenta minutos, se procura deter-

minar las causas psíquicas del padecimiento. Luego, el paciente escucha durante veinte minutos la grabación en cassette de las fórmulas sugestivas para la relajación por la técnica del entrenamiento de los órganos elaborada por KLEINSORGE y col.¹³, con una música de fondo de J.S. BACH³. El paciente tiene así una idea de lo que le espera en el curso de entrenamiento autógeno practicado en grupo. Ello me permite al mismo tiempo darme cuenta de su sensibilidad. Al final de siete sesiones en grupo, de una hora cada una, se vuelve a escuchar la grabación en cassette y se concluye con una conversación individual de cuarenta minutos, en la que se recapitula lo conseguido hasta entonces. Está el paciente satisfecho, se le pregunta si desea dar por finalizado el tratamiento. La psicoterapia, incluido el psicodiagnóstico, requiere dos horas, como mínimo, y enmarca el trabajo en grupo.

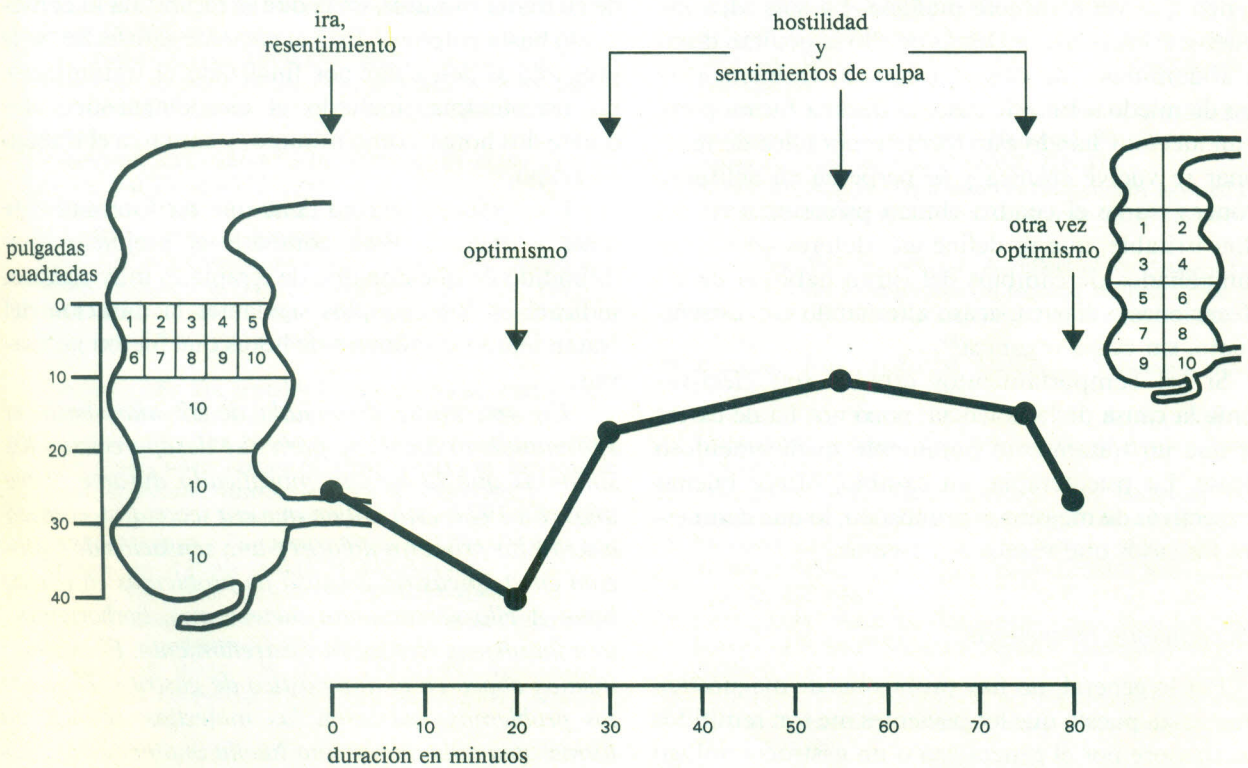
Una psicoterapia no tiene que ser forzosamente larga y onerosa. Para combatir el prejuicio muy difundido de que este tipo de terapia es muy costoso, indicaré en los ejemplos siguientes la duración del tratamiento y el número de horas que fueron necesarias.

En una mujer divorciada de 32 años bastó el entrenamiento autógeno para que desaparecieran los síntomas que la habían mortificado durante nueve años. En 1971, esta mujer, que era secretaria, empezó a sentir los primeros dolores y una sensación de repleción en el epigastrio a causa de problemas en el trabajo. A ello se sumaban meteorismo, borborigmos, una flatulencia tremenda y estreñimiento. El examen médico abocó en el diagnóstico de gastritis. Pasados los problemas, quedaron las molestias, si bien en forma atenuada, como una huella anamnésica. Dábanse treguas de varias semanas, en las que la paciente se sentía bien. A finales de los años setenta, las dificultades conyugales – la paciente se había casado

entretanto - provocaron una exacerbación de los síntomas, los cuales no volvieron a remitir completamente ni siquiera después de pronunciado el divorcio en 1980. La paciente se había resignado a su mal y en realidad me fue enviada por su médico de cabecera por algo muy diferente, por trastornos del sueño. Al normalizarse éste conforme avanzaba el curso, la paciente comprobó con asombro que las molestias a nivel del vientre desaparecían también, como por añadidura. En este caso el tratamiento mínimo fue suficiente, o sea, dos sesiones individuales de una hora y

siete horas en grupo. El examen de control, efectuado cuatro meses después, mostró que no se había dado recaída en el entretanto.

Para no dar la impresión de que un éxito tan rápido es excepcional en una dolencia crónica como la que acabamos de ver, quisiera citar enseguida otro ejemplo. En este caso sólo fueron necesarios veinte minutos más que el tiempo mínimo. Además del entrenamiento autógeno, hubo que apoyar la autoafirmación de la paciente. Se trataba de una ama de casa, que, siguiendo el consejo de su médico de cabe-



Contracción del colon en estados de tensión. La longitud y la anchura del segmento cólico observado se midieron en pulgadas y se multiplicaron una con otra. Cuanto menos pulgadas cuadra-

das tenga la superficie calculada, tanto mayor habrá sido la contracción del colon. (Tomado de GRACE y cols.¹¹.)

cera, vino a consultarme, después de haber sufrido durante veinticinco años cólicos en el epigastrio izquierdo. Ella los describía: «es como si me cogieran con tenazas». Cuando tenía una crisis se retorció de dolor y no podía quedarse sentada. Esto le ocurría sobre todo cuando había estado invitada donde amigos o en un restaurante. En tales circunstancias, la señora B. ni siquiera podía comer y, para colmo, era víctima de una violenta diarrea. Antes, ello se acompañaba de una evacuación masiva de moco. Desde la edad de 19 años, sufría, además, dos o tres veces semanales de fuertes migrañas, que la obligaban a guardar cama. Ambos males surgían en estrecha relación con emociones intensas, y, sobre todo, cuando la paciente tenía que «tragarse» algún disgusto, por ejemplo, cuando su hijo llegaba de improviso de Alemania con un coche vivienda en compañía de su amiga, más la hermana de ésta, su marido y tres hijos adolescentes, esperando implícitamente que ella alojara y alimentara a las siete personas. «Yo sería incapaz de asaltar así a alguien», afirmaba ella indignada. Además, tuvo que soportar el comentario de su hija casada en Dinamarca, de que todos los suizos – y, por consiguiente, también ella – eran huraños, poco hospitalarios y naturales.

No sorprenderá que el test de Giessen⁴ haya puesto de manifiesto en la señora B. una personalidad particularmente dócil. La agresividad acumulada no se traducía tan sólo en espasmos intestinales sino también en accesos de migraña. Era causa asimismo de un humor depresivo, como lo revelaba la escala de la depresión del mismo test. La falta de simplicidad y naturalidad igualmente se translucía en el test de Giessen, esta vez en la escala de la evaluación del autodomínio. La paciente misma se calificaba de supramente controlada, ordenada y diligente.

El tratamiento duró ocho meses. En seis sesiones de grupo la señora B. se inició en la técnica del entre-

namiento autógeno, adquiriendo una actitud básica más relajada y serena. En tres sesiones individuales de unas dos horas y veinte minutos en total aprendió a ver las relaciones que existían entre su resentimiento y sus males. Para explicar esos fenómenos utilizo, a guisa de ejemplo, una figura de GRACE y cols.¹¹, algo adaptada para el lego en medicina (figura). Ella muestra la contracción del colon en un paciente tratado sin miramientos por los médicos el día anterior y que todavía «hierva» de cólera. Se puede apreciar cómo disminuye la excesiva tensión a nivel del colon cuando al ofendido se le ha dado oportunidad de desahogarse durante media hora y de sentir que se lo toma en serio. La señora B. comprendió entonces que lo que hiere moralmente, también hiere físicamente. La curva que yo utilicé en este y otros casos fue establecida en un paciente aquejado de colitis ulcerativa.

Para este tipo de pacientes es importante saber que el colon sano reacciona de manera similar. Por eso, suelo citar las experiencias realizadas por ALMY y col. en 1947¹. Ellos demostraron que, suscitando artificialmente un conflicto psíquico en personas sanas, se logra provocar calambres intestinales sumamente parecidos a los síntomas del colon irritable. Siete estudiantes de medicina, en perfecto estado de salud, se sometieron voluntariamente a la prueba, dejándose poner en la cabeza un casco provisto de un sistema de tornillos y observar el colon por un rectoscopio. Se determinó el estado de contracción del colon midiendo el lumen de éste. El grado 4 significaba que el colon no dejaba pasar el proctoscopio. El grado 3 indicaba que el colon estaba cerrado, pero aún era penetrable. El grado 2 correspondía a un diámetro de 1 ó 2 cm, el de 1, a 2 ó 3 cm y el de 0, a un diámetro de 4 cm o más. Apretando el tornillo, cada estudiante podía decidir hasta dónde quería ir para contribuir lo más posible al experimento sin, empero, perjudicar su salud. Cuando el conflicto se planteó de veras, el

colon reaccionó, efectivamente, con una fuerte contracción.

Para ENGELHART⁸, la medida terapéutica esencial en casos de irritación nerviosa del intestino son las explicaciones aclaratorias del médico. «Hasta ahora no he visto a un solo paciente que tuviera una clara noción de la localización anatómica de su colon, y menos aún de la función fisiológica de éste o de la cantidad y composición de las heces. Estas cosas hay que saberlas explicar en un lenguaje en extremo simple y fácil de entender.»

Importa que nuestros pacientes comprendan que la contracción del colon, lejos de ser un fenómeno aislado, es parte integrante de un proceso global. Tienen que llegar a darse cuenta de que esas contracciones no son sino uno de los síntomas de un conjunto de componentes neurovegetativos de un afecto, pero que el colon, de todos los órganos afectados, es el que más molestias causa, acaparando la atención del enfermo.

Mis pacientes tienen que aprender que todo afecto corresponde a un estado emocional que, según C.G. JUNG¹², «se caracteriza por una inervación perceptible del organismo, por un lado, y un trastorno particular de la ideación, por otro¹²». En los experimentos realizados por ALMY y col.¹, el afecto se tradujo en el síntoma subjetivo de las náuseas y en síntomas constatados objetivamente, como suspiros, elevación tensional, contracción de la musculatura del colon y congestión de la mucosa del intestino grueso, que todos ellos constituían alteraciones de la inervación del organismo y formaban un todo.

Hay que comprender que el afecto es un síndrome, para poder considerar los cólicos intestinales funcionales como un síntoma entre muchos otros. Sólo pierden su carácter amenazador si el paciente sabe que no son signo de enfermedad orgánica del intestino, como tampoco lo son de un corazón anatómicamente enfermo las palpitaciones ante una fuerte emoción.

Si el paciente insiste en que sus cólicos no están sistemáticamente asociados con un afecto, habrá que explicarle, además, que si los afectos se repiten cierto número de veces, pueden dejar huellas mnésicas en el sistema neurovegetativo, como si los órganos tuvieran memoria, y provocar, por ende, una mayor excitabilidad del órgano. Esta irritabilidad puede causar espasmos sin que haya siempre un afecto subyacente.

La paciente, cuyo caso acabamos de describir, no tuvo ninguna dificultad en entender nuestros razona-

mientos. Enseguida se dio cuenta de que sus cólicos también obedecían a un conflicto entre lo que ella consideraba su deber de madre ante sus hijos adultos y lo que el respeto de sí misma le dictaba. Nadie soporta mucho tiempo que lo traten como si no contara para nada, sin que se manifiesten trastornos. El resentimiento que de ahí nace por fuerza provoca desarreglos neurovegetativos, como hipertensión, trastornos del ritmo cardiaco, migrañas o colon irritable.

Nuestra paciente tuvo que aprender a negarse a ciertas cosas y a defenderse en forma adecuada. Le recomendé, como lo hago casi siempre, el libro «Lassen Sie sich nichts gefallen!» (Cómo parar los pies a los demás)¹⁴. Después de la lectura de este libro, la señora B. comprendió que los dolores de vientre y las migrañas eran el precio de su ductilidad. Los trastornos gastrointestinales desaparecieron. Por una consulta telefónica tres años después me enteré que sólo volvían a manifestarse cuando la paciente cometía errores dietéticos. Ahora podía comer sin problemas cuando estaba invitada donde amigos o en el restaurante. Hasta los accesos de migraña se habían atenuado y no la obligaban más a guardar cama; y ello sin que se hubieran tratado de manera específica por el método que ha hecho sus pruebas en este campo⁶. La repetición del test de Giessen no reveló ningún cambio importante a nivel de la docilidad y el excesivo dominio de sí misma. Sólo la escala de la depresión denotó una normalización. (El tratamiento duró del 20-XII-78 al 8-VIII-79.)

En nuestro tercer ejemplo se combinó el entrenamiento autógeno con asistencia y asesoramiento individuales, así como con masajes del tejido conjuntivo. *El señor A., un empleado de ferretería de 30 años, me fue enviado en 1968 para una psicoterapia con el diagnóstico de colon irritable. Ya se le habían hecho radiografías y exámenes de laboratorio y había estado dos veces largo tiempo en el hospital. La anamnesis puso claramente de manifiesto que los síntomas gastrointestinales coincidían con situaciones generadoras de stress. Igual de llamativo fue el hecho de que los síntomas desaparecían cuando el stress disminuía. Todo indicaba, pues, que se trataba de un proceso psicofisiológico.*

La anamnesis reveló asimismo que el paciente reaccionaba ante las excitaciones con diarrea, desde hacía por lo menos diez años, constatación esta que hubiera tenido que bastar al médico de cabecera para sentar el diagnóstico de colon irritable. Desde el trabajo de AMMANN², publicado en 1961, debería sa-

berse que este cuadro clínico puede confundirse con el de cólicos biliares. Tampoco debería ignorarse que los errores diagnósticos en el colon irritable son responsables de intervenciones quirúrgicas inútiles en un tercio de los casos. En la época de aquel trabajo se había comprobado en la policlínica de la Universidad de Zurich que de 85 casos con un diagnóstico perfectamente elucidado de colon irritable, 50 presentaban cólicos intermitentes. Las experiencias de ALMY y col.¹, que ya citamos, en las que los autores demostraron que los conflictos psíquicos desencadenan una contracción del colon, son incluso catorce años anteriores al estudio de AMMANN².

También en las violentas contracciones del señor A., que simulaban verdaderos cólicos, había un conflicto subyacente. Desde hacía años, se encontraba éste empleado muy por debajo de sus capacidades por un superior envidioso, quien además le infligía incontables vejaciones. Se veía obligado a contenerse cada vez más para no explotar y poner en peligro su puesto. La resistencia interior hacia un trabajo tan por debajo de su nivel acabó manifestándose en un grafospasmo, al que se encontró, como substrato anatómico, un síndrome del túnel carpiano. El neurólogo que lo trató le recomendó utilizar una máquina de escribir eléctrica, que requiere menos fuerza, esperando atenuar así la tendencia espasmódica. Aunque había una máquina eléctrica donde trabajaba el señor A., el malintencionado jefe le prohibió servirse de ella so pretexto que su grado en la jerarquía no se lo permitía. Esta nueva humillación tan flagrante provocó entonces los cólicos que hicieron necesaria su hospitalización en urgencias. El diagnóstico presunto fue de cólicos biliares. Apenas nuestro paciente se sintió tomado en serio en el hospital, cesaron los dolores. Durante los diez días en que disfrutó de la protección que le confería el hospital, el señor A. estuvo libre de espasmos. Estos volvieron a manifestarse apenas regresó a la atmósfera, tensa como antes, de su puesto de trabajo con el diagnóstico de colon irritable, una afección «tan sólo nerviosa». Para poder seguir trabajando anestesiaba sus dolores a fuerza de medicamentos, tomando hasta 23 comprimidos diarios, que se procuraba con las recetas de dos médicos diferentes. Tan masiva medicación le acarreo trastornos de la atención. Dos veces perdió el conocimiento; tras lo cual ingresó nuevamente en el hospital como emergencia. En el diagnóstico diferencial se pensó también en un tumor cerebral, lo que se comunicó al paciente. Por fortuna, el señor A. no tomó en serio tales sospechas, pues muchos enfermos, conociendo los distintos diagnósticos

diferenciales del colon irritable, son presa de una canerofobia yatrógena. Cuando esto ocurre, le muestro al paciente el esquema de FAHRLÄNDER relativo a los típicos errores de interpretación del dolor en casos de colon irritable¹⁰.

Apenas el paciente hubo ingresado en el hospital, volvieron a desaparecer los trastornos sin ayuda de ningún medicamento. El diagnóstico definitivo fue, una vez más, de colon irritable, por lo que se inició al paciente en el entrenamiento autógeno, enviándomelo para una psicoterapia.

Hubiera sido irrealista de mi parte incitar al paciente a hacerse respetar por su «verdugo». Este, por ser su superior, era más fuerte y hubiera ganado. Aquí se imponía una intervención directa, en el sentido de BENEDETTI⁵. Escribí a la dirección de la ferreteria al por mayor donde trabajaba mi paciente y obtuve que se le pusiera a disposición una máquina de escribir eléctrica. Más aún, conseguí que se lo empleara de acuerdo con sus capacidades y se le confiara la introducción del procesamiento electrónico de datos para el control del almacén. Aunque ello supuso muchas jornadas de once horas, los cólicos no volvieron a aparecer. La sobrecarga de trabajo era considerable, pero ya no había conflicto emocional. Durante los trece años que siguieron, nunca más volvieron a manifestarse las contracciones. Y eso que el paciente volvió a consultarme una vez por un estado de agotamiento y, más tarde, por ser necesaria una tanda de sesiones para tratar una epilepsia genuina, que se declaró a la edad de 42 años.

Hay que agregar que el señor A. tuvo que someterse en 1968 a una serie de doce masajes del tejido conjuntivo. En efecto, en la exploración física había yo comprobado la presencia de zonas de tejido conjuntivo características, descritas por TEIRICH-LEUBE¹⁸ en el síndrome del colon irritable. Es como si en esas zonas las tensiones a nivel del tejido conjuntivo y de la musculatura subyacente se grabaran dejando huellas anamnéticas. Si no se las borra con una técnica de masajes especial, actúan como un amplificador de emociones y éstas repercuten entonces con más violencia en los órganos internos ligadas por vía refleja con esas zonas. Los masajes del tejido conjuntivo, una especie de neuroterapia como lo son la acupuntura y los masajes de las zonas reflexógenas, contribuyeron seguramente en forma sustancial al éxito terapéutico.

La psicoterapia instaurada para tratar el síndrome del colon irritable en este caso duró del 1-XI-1968 al 9-V-1971, totalizando 72 sesiones de

veinte minutos cada una, o sea, exactamente veinticuatro horas. Las dos estancias en el hospital se habrían evitado si el médico de cabecera hubiera estado mejor informado. Pero hasta los médicos del hospital estaban insuficientemente enterados de este cuadro clínico tan frecuente, como lo prueba la anamnesis de este enfermo.

Para esclarecer si los trastornos son de origen orgánico o funcional basta a mi entender el programa mínimo siguiente¹⁹: determinación de la hemoglobina, velocidad de sedimentación eritrocitaria, sigmoidoscopia y enema con bario. Agregaría como medida indispensable la búsqueda de sangre oculta en las heces.

Si el colon irritable fuera una enfermedad infrecuente, ni siquiera valdría la pena hablar del costo del tratamiento. Mas según FAHRLÄNDER⁹, aproximadamente la mitad de los pacientes que acuden al médico con dolores abdominales padecen de ella. En las 367 anamnesis de casos que yo había tenido en tratamiento hasta el 3-VI-80, figuraba el diagnóstico de colon irritable 75 veces, lo que correspondía más o

menos a una quinta parte de mis pacientes. Un tratamiento más apropiado de trastornos funcionales frecuentes, como el que nos ocupa, debería contribuir a bajar considerablemente los gastos de salud pública.

Desde luego que los tres ejemplos que he presentado no demuestran nada. Simplemente son un rayo de esperanza en medio de la resignación reinante hoy día, que EISNER, en 1979, expresó en estos términos en un curso para posgraduados en el Europaeum Medicum Collegium: «El éxito de una psicoterapia es modesto a largo plazo, si el objetivo que se persigue es devolver la salud al paciente. Es apenas mejor que la distribución de limosnas a los más necesitados. Con la psicoterapia tampoco se reduce la frecuencia de consultas médicas ni el riesgo de enfermedad ulterior, y raras serán las veces en que logre evitar una operación inútil. No hay pruebas de su éxito. Lo único que consigue la psicoterapia es hacerle al paciente más llevadera una situación insoportable; en cuanto a saber si a la larga es benéfica o perjudicial, es una cuestión de filosofía personal, que no vamos a discutir aquí⁷.»

Bibliografía

1. ALMY, T.P., TULIN, M.: Alteration in Colonic Function in Man Under Stress: Experimental Production of Changes Simulating the «Irritable Colon». *Gastroenterology* 8, 616-626 (1947).
2. AMMANN, R.: Das Colon irritable. *Schweiz Med Wochenschr* 45, 1347-1353 (1961).
3. BACH, J.S.: Les 5 suites pour Orchestre. Air del nº 3. Jean François Paillard. ERATO SPU 70151.
4. BECKMANN, D., RICHTER, H.-E.: *Giessen-Test*, 2ª edición. Berna, Stuttgart, Viena: Huber, 1975.
5. BENEDETTI, G.: *Klinische Psychotherapie*, 1ª edición. Berna, Stuttgart, Viena: Huber, 1964.
6. BEYME, F.: Die Psychosomatik der Kranken mit Migräne und Kopfschmerz; en: *Praktische Psychosomatik*, 2ª edición, pp. 213-226. Ed. A. Jores. Berna, Stuttgart, Viena: Huber, 1981.
7. EISNER, M.: Abdominale Projektionen. *Ärztl Prax* 31, 308 a 309 (1979).
8. ENGELHART, G.J.: Verstopfung - Banalität oder Krankheit? *Neue Zürcher Zeitung* 94, 65-66 (1980).
9. FAHRLÄNDER, H.: Irritables Kolon (Reizkolon, Reizdarm); en: *Klinische Gastroenterologie*, pp. 516-520. Ed. L. Demling. Stuttgart, Leipzig: Thieme, 1972.
10. FAHRLÄNDER, H.: Funktionelle Beschwerden des Magen-Darm-Kanals. *Dtsch Med J* 23, 162-167 (1972).
11. GRACE, W.J., WOLF, S., WOLFF, H.G.: Life Situations, Emotions and Colic Function. *Gastroenterol* 14, 93-108 (1950).
12. JUNG, C.G.: *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher, 1946.
13. KLEINSORGE, H., KLUMBIES, G.: *Technik der Relaxation*. Jena: Fischer, 1961.
14. LAUSTER, P.: *Lassen Sie sich nichts gefallen*, 1ª edición, Taschenbuch 7176. Hamburgo: Rowohlt, 1978.
15. RACHMANN, S., BERGOLD, J.B.: *Verhaltenstherapie*, 1ª edición. Munich, Viena, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1970.
16. SCHULTZ, I.H., LANGEN, D.: *Übungsheft für das autogene Training*, 19ª edición. Stuttgart, Leipzig: Thieme, 1980.
17. SILBERFARB, P.M., ALMY, T.P.: Functional Disorders of the Gastrointestinal Tract; en: *Current Diagnosis*. Ed. H.F. Cann. Philadelphia, Eastbourne, Toronto: Saunders, 1977.
18. TEIRICH-LEUBE, H.: *Grundriss der Bindegewebssmassage*, 1ª edición. Stuttgart: Fischer, 1957.
19. THOMPSON, W.G.: *The Irritable Gut*, 1ª edición. Baltimore: University Park Press, 1979.
20. WALLER, S., MISIEWICZ, J.J.: Prognosis in the Irritable-Bowel Syndrome. A Prospective Study. *Lancet* 1969/II, 753-756.

Hexágono <Roche>

Revista para los médicos, editada por
Productos Roche Q.F.S.A. Lima, Perú
Los artículos no contienen propaganda de preparados.

Redacción: Regine Pöttsch
Redactor externo: Dr. Wolfgang Kolditz
Responsable de la revisión: Max Zandt
Concepción gráfica: Doris Aebi

Aparece en alemán, castellano, finlandés, francés, inglés,
polaco y portugués

Textos e ilustraciones:
© 1985, Ediciones <Roche>, Basilea, Suiza