

Factores Psicosomáticos en la Fisiopatología Cólica

I

GENERALIDADES

La relación de los estados emocionales y los trastornos propios del colon como la diarrea simple, la colitis mucosa, la constipación habitual y el colon irritable, es un hecho aceptado por todos los médicos. El mecanismo de producción de estos disturbios encuentra su base en las relaciones íntimas que no ha sido desahogada por los canales normales. En la infancia, desde la temprana infancia, ya que como afirman Weiss & English¹ el tracto gastrointestinal, filogenéticamente, es el más viejo sistema del organismo, por lo cual es comúnmente usado para desahogar por él una emoción que no ha sido desahogada por los canales normales. En la infancia, nutrición y seguridad están ligadas indisolublemente y en la edad adulta o en el joven, cada vez que la seguridad está amagada, existe consciente o inconscientemente una regresión hacia la función digestiva, en busca de un lenguaje apropiado para expresarse. Este lenguaje es la enfermedad.

Por otra parte el abdomen es el espejo en el cual se reflejan todas las emociones que afectan al individuo y, en su rica reproducción, usa del sistema órgano vegetativo que condujo en la infancia los estímulos viscerales hacia el cerebro y ahora, en sentido inverso, conducirá los impulsos

y sentimientos del hipotálamo, hacia las vísceras abdominales. Por eso, los autores antes mencionados creen que aproximadamente dos tercios de enfermos gastrointestinales tiene síntomas de origen psicógeno principalmente.

En un afán de ayudar a la comprensión integral de estos enfermos, hemos elaborado un ambicioso programa para estudiar los factores psicosomáticos causantes de las enfermedades emocionales del colon, comenzando ahora, en esta comunicación, por un modesto estudio sobre las correlaciones psicológicas de la defecación en individuos normales y la aplicación de dichos conocimientos a los trastornos discinéticos y de hipersecreción del órgano, así como una referencia a la indispensable psicoterapia que debe efectuar el médico no psiquiatra, si quiere tener éxito en la cura de estos pacientes.

SIGNIFICADO MENTAL DE LA DEFECACIÓN

En la concepción más usual, la defecación es un acto natural que consiste en desembarazarse de desechos digestivos, que pueden ser perjudiciales al sujeto si se retienen. Una vez realizada, deja cierta sensación de satisfacción y euforia.

Desgraciadamente esta concepción psicológica normal es demasiado simplista y el modo como se produce y como se altera es complejo, siendo estas alteraciones objeto de estudio especialmente de las Escuelas Psicoanalíticas que, siguiendo a Freud, vuelven los ojos hacia la primera infancia y hacia el impulso sexual, con objeto de explicar las desviaciones que más tarde se presentan en el adulto.

Franz Alexander, de Chicago,² afirma que en el niño, después del acto de nutrirse, nada es más importante que el acto de defecar, el cual se liga inconscientemente con fenómenos psicológicos del tipo del sentimiento de posesión o del orgullo. Ya más tarde empieza a relacionarse con impulsos hostiles como ensuciar, atacar o perjudicar. Por otra parte el acto excrementicio tiene para el niño cierto sentido de independencia y de cosa propia, de intimidad personal, que rechaza airada la intromisión del adulto al interferir con él. En el lactante el placer mayor se verifica por la succión del pezón de la madre; cuando el destete acaba con este placer, el niño se chupa el dedo, provocando así el goce de un cuerpo sólido que es introducido dentro de una cavidad. Pronto descubre el infante —siguen diciendo los Psicoanalistas— que hay cierto sentido de placer en el otro extremo del tubo digestivo, donde un cuerpo semisólido, la materia fecal, excita la

mucosa y el canal anal, y entonces el niño se encierra en el retrete para gozar del acto de la defecación.

Más tarde los padres, al educar al niño en todos los postulados de la higiene, premian su eficacia con regalos y en esa forma crean un sentido de atracción o copofílico hacia las materias fecales³ (la palabra alemana para designarlas es "bescherung" que significa *regalo*) considerándolas valiosas, ya que puede cambiarlas por objetos que le gustan o por dinero (uno de los hechos mejor establecidos en el Psicoanálisis). Por último ya de joven, el individuo, merced a la educación y a la Escuela, así como a las amistades mayores, cambia completamente este concepto en el opuesto, es decir: desprecio, disgusto, deseo de mortificar. Y entonces nace el insulto castizo que consiste en defecar en todo aquello que despreciamos o que malqueremos.

II

Aun cuando a primera vista nos parecen exagerados los conceptos anteriores de los Psicoanalistas, no podemos menos que aceptar que el adulto está a menudo gobernado por recuerdos infantiles y que, además, consciente o inconscientemente, relaciona su defecación a fenómenos psíquicos, tales como el temor a retener tóxicos, la repugnancia y complejos de culpa. Pero no es raro encontrar individuos con verdadera coprofilia o actitud casi cariñosa por las materias fecales, a las cuales contemplan repetidamente y de las cuales llevan un "record" minucioso que frecuentemente le relatan al médico con todo cuidado.

Angustia, temor, depresión, ansiedad e ira son sentimientos que tienen un lenguaje expresivo en las alteraciones del colon, porque la emoción obra como lo hacen las sustancias químicas, liberando precisamente sustancias colinérgicas o adrenérgicas que llegan a mortificar francamente la mucosa. Estas causas, actuando permanentemente, llegan a producir lesiones orgánicas absolutamente típicas, las cuales demandan la acción tónica, cicatrizante y recuperadora de las medidas psicoterápicas.

III

Deseosos de investigar, aunque sea en nuestra modesta esfera de acción, la fisiología y la fisiopatología del colon en relación con la Medicina Psicosomática, y las teorías psicosexuales y complejos correspondientes a la edad temprana, hemos comenzado por verificar mediante un cuestionario la

actitud hacia la defecación de personas normales, todas ellas estudiantes de medicina.

El cuestionario fue contestado por 158 estudiantes en edades que oscilan entre los veinte y los treinta años, 140 hombres y 18 mujeres. Copiamos aquí las preguntas solicitadas.

Cuestionario médico sobre la defecación

- | Iniciales. | Sexo. | Edad. |
|------------|--|-------|
| 1. | ¿Cada cuándo obra Ud.? | |
| 2. | ¿Consistencia, aspecto, color, olor, homogeneidad y presencia de sustancias extrañas (moco, sangre, alimentos, parásitos)? | |
| 3. | ¿Obra Ud. fácilmente o con dificultad? | |
| 4. | ¿Cuánto tiempo aproximado le toma a Ud.? | |
| 5. | ¿Obrar es para Ud. un descanso o una molestia? | |
| 6. | ¿Existe sensación agradable o desagradable al defecar y después de haberlo hecho. | |
| 7. | ¿Qué significa la defecación para Ud. (es un acto útil, placentero, sucio, necesario, chusco, perverso, natural)? | |
| 8. | ¿Ha pensado alguna vez en la importancia de su defecación? | |
| 9. | ¿Alguna vez ha relacionado la defecación con otros actos trascendentales de su vida? ¿Tiene para Ud. algún particular significado? | |
| 10. | ¿Piensa Ud., o ha pensado alguna vez, sobre un contenido sexual en la acción de defecar? | |
| 2 | | |
| 11. | Recuerde e indique, cuál fue su primer pensamiento infantil a propósito de la defecación. | |
| 12. | ¿Podía Ud. relacionar la defecación con algunas de las actitudes tomadas por sus progenitores? | |
| 13. | ¿Hizo alguna vez de su defecación un medio para conseguir algo que deseaba y no podía obtener? | |
| 14. | ¿Su concepto entonces de la defecación era: sucio, placentero, molesto, chistoso o natural? | |
| 15. | ¿Cómo evolucionó en el curso de su vida el concepto infantil hasta el concepto actual de dicho acto? | |
| 16. | ¿Quién influyó o cómo obtuvo Ud. sus primeras enseñanzas a propósito de la defecación? | |
| 17. | ¿Hubo algún pensamiento o propósito sexual que Ud. recuerde, cuando era niño, a propósito de su defecación? | |
| 18. | ¿Ha tenido o tiene sueños relacionados con el acto de defecar? | |
| 19. | ¿La pubertad y el conocimiento del sexo le hicieron pensar en su defecación y en qué sentido? | |
| 20. | ¿Sus relaciones amistosas personales no tienen, según Ud., ninguna liga con el acto de defecar? | |

21. ¿Sus relaciones sociales jamás se han hecho significativas en su mente al relacionarlas con la defecación?
22. ¿Además de lo que aquí está escrito, podría Ud. decirnos algo más sobre este tema?

Las respuestas deben darse en papel por separado, señalando solamente el número de la pregunta y respondiendo a continuación. Una vez terminadas las respuestas deben ponerse en un sobre y cerrarlo. No es necesario firmar, pero sí le agradeceríamos poner ciertas iniciales y conservarlas en la memoria, por si se llega a necesitar una entrevista aclaratoria.

III

A las preguntas 1, 2 y 3, concernientes a la modalidad del acto de defecar, 143 personas manifestaron absoluta normalidad, en tanto que las quince restantes se quejaban de trastornos que nos hizo eliminarlas de esta encuesta dirigida a personas normales.

Pregunta 4.

¿Cuánto tiempo aproximado le toma a Ud?

Menos de 5 minutos	65p. (46%)
De 5 a 10 minutos	61p. (42%)
Más de 10 minutos	17p. (12%)

Pregunta 5.

¿Obrar es para Ud. un descanso o una molestia?

Es un descanso para	120p. (87%)
Es una molestia para	18p. (13%)

Pregunta 6.

¿Existe sensación agradable o desagradable al defecar y después de haberlo hecho?

Sensación agradable	120p. (84%)
Sensación desagradable	15p. (10%)
Sensación indiferente	8p. (6%)

Pregunta 7.

¿Qué significa la defecación para Ud. (es un acto útil, placentero, sucio, necesario, chusco o perverso)?

Útil, necesario y natural	116p. (81%)
Sucio, ridículo y placentero	25p. (17%)

Lo relacionan con la cuestión sexual,
relacionándolo con actos de mas-
turbación

2p. (2%)

Pregunta 8.

¿Ha pensado alguna vez en la importancia de su defecación?

No 41p. (29%)

Si 85p. (60%)

Otras consideraciones 16p. (11%)

(todas de tipo fisiológico)

Pregunta 9.

¿Alguna vez ha relacionado la defecación con otros actos trascendentes de su vida?

¿Tiene para usted un particular significado?

No 87p. (60%)

Otros, lo han relacionado con las emociones (exámenes, diarreas a causa de ellos, corajes y dificultades en el seno de la familia existiendo constipación, otros con la función alimenticia, las funciones intelectuales [escriben o leen durante el acto de la defecación]).

56p. (40%)

Pregunta 10.

¿Piensa Ud. o ha pensado alguna vez sobre un contenido sexual en la acción de defecar?

No 112p. (78%)

Han relacionado la defecación con la cuestión sexual.

Debido a que en una etapa de nuestra vida, se dice, la zona erógena puede estar localizada en ese lugar; aunque por aberraciones se puede seguir encontrando en personas adultas.

Lo relacionan por la vecindad del recto con la próstata, con la cual al paso de la materia fecal hay un roce, que provoca una sensación agradable.

Creían que el coito se efectuaba por el ano

31p. (22%)

Pregunta 11.

¿Recuerde o indique cuál fue su primer pensamiento infantil a propósito de su defecación?

Sucio o repulsivo	36p. (25%)
No lo recuerdan	89p. (63%)
Procurar efectuar el acto de la defecación a solas.	12p. (8%)
Lo relacionan desde el punto de vista sexual, pensando que el coito se efectuaba por el ano y aún pensando otros que hasta el parto mismo.	6p. (4%)

Pregunta 12.

¿Podría Ud. relacionar la defecación con algunas de las actitudes tomadas por sus progenitores?

No	86p. (60%)
Otras respuestas del tipo de la manera de efectuar la defecación. La posición que se debe tomar para no ensuciar las ropas y en general todas las reglas de índole higiénica.	
Y la manera de comportarse cuando se tienen deseos de efectuar el acto de defecación.	57p. (40%)

Pregunta 13.

¿Hizo alguna vez de su defecación un medio para conseguir algo que deseaba y no podía obtener?

No	108p. (75%)
Otras respuestas considerando la defecación como pretexto para salir de reuniones, clases, etc., y para no salir de su casa, con el pretexto de que la defecación sólo la podía realizar en el retrete de su casa.	35p. (25%)

Pregunta 14.

¿Su concepto entonces de la defecación era sucio, placentero, molesto, chistoso o natural?

Natural y sucio	95p. (66%)
Otras respuestas que la consideraban molesta, placentera y chistosa, y en muchas ocasiones hasta un acto ridículo.	48p. (34%)

Pregunta 15.

¿Cómo evolucionó en el curso de su vida el concepto infantil hasta el concepto actual de dicho acto?

Natural y fisiológico	84p. (58%)
Influenciados por sus conocimientos desde que entraron a la facultad de medicina, le han dado un sentido más fisiológico al acto de la defecación.	59p. (42%)

Pregunta 16.

¿Quién influyó o cómo obtuvo Ud. sus primeras enseñanzas a propósito de la defecación?

Mi madre	40p. (28%)
Mis padres	45p. (31%)
Otras personas	10p. (7%)
Yo solo	28p. (18%)
Otras respuestas tales como por la enseñanza escolar	20p. (16%)

Pregunta 17.

¿Hubo algún pensamiento sexual que Ud. recuerde cuando era niño a propósito de su defecación?

Si	95p. (66%)
No	35p. (24%)

El acto de la defecación era agradable debido a que el paso del bolo fecal les hacía sentir una sensación agradable.

Otras respuestas tales como que creían que el coito se realizaba por el ano.	13p. (10%)
--	------------

Pregunta 18.

¿Ha tenido o tiene sueños con el acto de defecar?

No	130p. (96%)
Otras respuestas como que los deseos de defecar los despiertan.	13p. (4%)

Pregunta 19.

¿La pubertad y el conocimiento del sexo le hizo pensar en su defecación y en qué sentido?

No	130p. (98%)
----	-------------

Otras respuestas en sentido erótico, lo asociaban comúnmente con la masturbación y con el coito creyendo que éste se realizaba por el ano. 11p. (3%)

Pregunta 20.

¿Sus relaciones amistosas y personales no tienen ninguna liga según Ud. con el acto de defecar?

No. 138p. (98%)

Otras respuestas tales como expresar el acto de la defecación de otra manera o de realizarlo con otros pretextos. 5p. (2%)

Pregunta 21.

¿Sus relaciones sociales jamás se han hecho significativas en su mente al relacionarlas con la defecación?

Nadie hace consideraciones a este respecto.

Pregunta 22.

¿Además de lo que aquí está escrito podría Ud. decirnos algo más sobre este tema?

No tienen nada que añadir 67p. (46%)

Se refieren al acto desde el punto de vista médico. 30p. (20%)

Lo relacionan con cuestiones sexuales. 13p. (14%)

Lo consideran desde el punto de vista psicológico. 30p. (20%)

Como podrá advertirse al estudiar las respuestas al cuestionario, nuestro deseo ha sido el conocer lo más íntimamente posible el concepto que cada individuo tiene del acto de defecar. El hecho de que sean estudiantes de medicina los entrevistados presenta la ventaja de una comprensión más honda y una respuesta más sincera, ya que prácticamente se guarda el anonimato; el inconveniente es que, por tratarse de individuos de cierta selección en su nivel cultural, los resultados no pueden ser fácilmente generalizados a todo el mundo.

Hemos considerado las respuestas agrupadas en tres porciones generales dedicadas: la primera a los recuerdos infantiles y a la iniciación del conocimiento en relación con la defecación, en segundo lugar al contenido sexual anterior o actual en el sujeto y por último a la relación de los impulsos del Yo y la defecación. Nuestras conclusiones son naturalmente

bastante preliminares, ya que un estudio de esta naturaleza merece una casuística mayor y un análisis a fondo que aún no hemos verificado.

El niño adquiere conciencia de su defecación desde el primer año de la vida pero la percepción racional del acto le viene habitualmente por conducto de sus padres en el 75% de los casos (pregunta 16). Es habitual que sea un mecanismo inconsciente el que se fija sobre este acto instintivo (pregunta N° 11). También el concepto sucio y repulsivo del acto predomina francamente (pregunta N° 14) sobre cualquier otro juicio que se hiciera del mismo. Estudiando las respuestas no encontramos como lo afirma Alexander que en el niño se considere la defecación como medio de conseguir algo (pregunta N° 13) salvo cuando, conscientemente, recuerdan haber hecho uso de ese pretexto para realizar sus propios fines. Naturalmente que una conclusión definitiva al respecto demandaría la fina exploración del subconsciente.

El estudio de las respuestas sobre la edad infantil nos enseña, a nuestro juicio, la importancia extraordinaria que tiene la educación a este respecto, ya que la ignorancia del mecanismo normal de dicho acto campea en un porcentaje elevado de los casos y expone a juicios falsos y a menudo perversos sobre un acto natural.

En su significado sexual también es en la infancia donde se sufre, por ignorancia, el error de la confusión. En nuestras respuestas se menciona con frecuencia la relación del acto de defecar tomando como zona erógena la región anal y la creencia que por ahí se verifica el coito y aún el parto. Sin embargo en la mayoría de los casos la satisfacción que la defecación produce no debe entenderse a nuestro juicio de modo sexual, sino como liberación de una necesidad fisiológica, tal como acontece con la micción.

Algunas respuestas como la de que existe, por la vecindad de la próstata, un roce que provoca sensación agradable es una respuesta sofisticada e influida por el conocimiento anatómico del estudiante, que podría hasta tener ciertas tendencias homosexuales. La pubertad y el conocimiento del sexo sólo condujo a pensamientos sexuales de normalidad, que precisamente desposeen a la defecación de todo contenido de este tipo.

En cambio nos parece que existe, sin duda, una mucho mayor relación entre los impulsos del Yo y la defecación que en lo que se refiere a la cuestión sexual. En la infancia actúa la ignorancia pero una vez que el acto se ha vuelto consciente predomina en un 87% de los casos (pregunta 4) el concepto natural de un acto útil, necesario y trascendente en la conservación de la salud. Lo relacionan sin embargo (pregunta N° 9) con actos emotivos como ira, preocupación y dificultades. Para otros hay

una relación consciente con otros actos también placenteros como el fumar y el leer, cosas ambas que se verifican habitualmente en el retrete.

El juicio correcto y consciente de la suciedad del acto, es trasladado según nuestros entrevistados, ocasionalmente, al deseo de ensuciar otras cosas como en las expresiones blasfemas y en cuanto a la actitud coprofilica, en el sentido de considerar valiosa la materia, y la diarrea como una generosidad y el estreñimiento como avaricia, no se adivina siquiera en las respuestas obtenidas y preguntas como la 20 y 21, que dan oportunidad de exponer cualquier contenido de tipo social o familiar, son contestadas negativamente en casi 100% de los casos.

Sin embargo, la idea general que retiene nuestra mente después de estudiar cuidadosamente la encuesta realizada, es que existe una relación franca entre la psiquis y la defecación, bastante más pronunciada en la vertiente del Yo que en la instintiva sexual y que la culpa principal del juicio erróneo que se tenga del acto y que se fije por mecanismo inconsciente en el adulto, está en la educación pobre que se da en la infancia sobre el mismo. Claro está que estos juicios están derivados, como ya lo hemos dicho, de individuos normales, sin alteración cólica ostensible. Será sin duda muy interesante un trabajo sobre los individuos que padezcan organoneurosis cólicas en las cuales el estudio psicológico ayudará a elaborar un concepto psíquico que sustente la base de su terapéutica mental.

Organo-Neurosis cólicas

La alteración de la función cólica puede versar sobre la motilidad o la secreción.⁴ En el primer caso tenemos el colon irritable, en el segundo la colitis mucosa y en la práctica, la combinación de estos diversos trastornos en forma mixta.

El colon irritable puede evidenciarse por diarrea o constipación, por lo cual lleva también los nombres de colon inestable, discinesia cólica, colon espástico, etc. La colitis mucosa es un trastorno fundamentalmente secretorio, en el cual la secreción de moco comporta la parte principal de la sintomatología. Mejor que describir ambas entidades mostraremos dos casos característicos.

Ing. L.A. de 33 años. Soltero.

Se presenta a la consulta quejándose fundamentalmente de tendencia a la diarrea y cólicos abdominales de poca intensidad, en ocasiones moco acompañando a las evacuaciones. Ha sido tratado por numerosos médicos sin sentir mejoría y ha tomado gran cantidad de medicamentos así como verificado innúmeros exámenes de

materias fecales y serie radiográfica del colon. En alguna ocasión han aparecido quistes de amiba histolítica y la radiografía mostró colon típicamente espástico. La endoscopia muestra mucosa enrojecida, lustrosa y recubierta de moco. El diagnóstico se imponía como colon irritable en enfermo que ha padecido amibiasis cólica.

Su estudio mental arrojó los siguientes datos: individuo de biotipo ectomorfo con rasgos psicológicos de cerebrotónico. Sumamente deprimido, pesimista, contemplando siempre la parte negativa de la vida. Muy susceptible y, al propio tiempo, muy irritable. Lleno de preocupaciones por su trabajo, obsesionado con su enfermedad y con muy poca fe en su restablecimiento.

A últimas fechas su mal se había hecho insoportable por la aparición de una situación que linda francamente lo trágico con lo ridículo. El enfermo comenzó a visitar oficialmente a su novia en su casa y, en una ocasión, estando en presencia de ella, comenzó a sentir deseos imperiosos de evacuar su vientre y tuvo que solicitar permiso para retirarse con urgencia. Al llegar al retrete la gana se había ido. Esto mismo le había sucedido varias veces y ahora tenía miedo de visitarla por esta idea obsesiva que despertaba el reflejo.

Naturalmente el ingeniero era un psiconeurótico que al Psicoanálisis hubiera revelado situaciones muy interesantes, pero lo importante para nosotros era curarlo y esto lo obtuvimos mediante una psicoterapia intensiva, haciendo que confesara con amplitud todos sus problemas morales y su situación vital; después, imposición de nuestra autoridad máxima asegurándole de modo definitivo su curación y por último encaramiento viril de sus obsesiones en lugar de ceder a ellas o huirles. Por ejemplo, en el caso de la novia, para él sumamente trágico, el problema era que consideraba naturalmente poco romántico, poco adecuado, el solicitar permiso para pasar al retrete y nos costó mucho trabajo convencerlo que llegada la ocasión lo pidiera con toda valentía, pretextando un cólico abdominal. Pero lo cierto es que no hubo necesidad de ello: cuando él se decidió a actuar así el deseo de evacuar no se presentó.

Por razones de tiempo no nos extendemos más en el estudio psicopatológico de este caso y de muchos otros como éste y pasamos a relatar el segundo caso:

Sra. A.R. de T. de cuarenta años de edad y cuya historia es como sigue:

A los veinte años se quejaba ya de constipación muy intensa que hizo que el médico de familia diagnosticara, después de una radiografía: "Colon Caído", diagnóstico tan en boga en aquellas épocas. La enferma paseaba su constipación y su tristeza, así como su radiografía, por los consultorios de los médicos, sin encontrar alivio. En esas condiciones la enferma se comprometió matrimonialmente, pero no quiso casarse sin resolver el problema de la supuesta ptosis del colon y constipación subsecuente; por lo que se decidió a dejarse operar para fijarle en posición correcta su intestino. Afortunadamente la operación no se verificó, porque interviniémos nosotros y le aseguramos que la dicha ptosis no existía y que su colon estaba donde constitucionalmente le correspondía estar y que podía casarse sin preocupación ninguna. Al cambiar de estado la enferma resolvió problemas morales y la constipación desapareció.

Años más tarde se presenta nuevamente ante nosotros quejándose otra vez intensamente del síndrome de constipación y mucosidad abundante. La exploración exhaustiva del colon resulta otra vez negativa. Pero la enferma exhibe un grave problema moral: después de cinco años de casada no ha tenido familia y esta obsesión se transforma en una verdadera neurosis de angustia. La enviamos a un ginecólogo que encuentra una matriz infantil y comienza a tratarla hormonalmente hasta lograr embarazo que por fortuna se desarrolla con toda felicidad. La constipación desaparece así como la mixoneurosis, la enferma destierra completamente la angustia y vuelve a encontrar la alegría de vivir, siendo a la fecha una persona normal.

MÉTODOS CURATIVOS DE ORIGEN PSIQUICO

Todo lo antes dicho es la premisa indispensable para decir que la psicoterapia aplicable al enfermo digestivo debe ser conocida por el médico general y no sólo por el psiquiatra,⁵ por lo cual tiene el primero que conocer los lineamientos generales a que debe sujetarse.

Consciente o inconscientemente hacemos psicoterapia en cuanto atendemos un paciente, lo cual deriva de la comprensión total que tenemos del enfermo, además del concepto de la enfermedad que padezca. Por lo tanto el primer paso será el estudio detallado y minucioso con lo cual se apreciará en nuestra actitud algo muy valioso que da afecto y confianza por su médico, este algo, es el interés afectivo, requisito indispensable para cualquier método terapéutico que se aborde posteriormente.

La clasificación biotipológica y psicológica del individuo debe entrar en nuestra rutina clínica.⁶ Ahora nos acercamos al soma pero la psiquis nos huye, culpa en gran parte de la medicina mecanizada que actualmente se practica y contra la cual se yergue vigorosa la tendencia de la medicina psicosomática. Un pequeño cuestionario acerca de las aficiones y deseos del paciente, sus aspiraciones o ideales, su ambiente familiar, su trabajo y su lugar en la sociedad, es suficiente para tener bastantes datos acerca del modo de reaccionar del individuo frente a los problemas vitales.

Una vez ganada la confianza del enfermo se deben ventilar sus problemas mediante una exposición amplia y prolija de los mismos aunque no tengan aparentemente relación ninguna con la enfermedad. La descarga emocional que esto significa produce siempre un alivio sensible en el enfermo.

La canalización de la tensión emotiva, retenida en los individuos, hacia aspectos vitales que no dañen la integridad psicofísica del mismo⁷ constituye otro de nuestros objetivos y a menudo presenta dificultades que sólo son superadas mediante una reeducación completa del paciente ajustándose sobre todo a su biotipo y a su vocación.

Estas medidas curativas psíquicas son las únicas que pueden obtener éxito en las organoneurosis del colon; su ignorancia impide el que seamos verdaderamente médicos por lo cual es necesario aplicarse a su estudio y abandonar la actitud de desdén que muchos profesionales tienen de estas disciplinas psicológicas.

CONCLUSIONES:

Primera. La patología cólica está íntimamente ligada con la psiquis del paciente y por lo tanto su terapéutica no será eficaz si no se toma en cuenta a la misma y se le trata por métodos psicoterápicos apropiados.

Segunda. La encuesta entre personas normales acerca del significado y la repercusión mental que las funciones de excreción tienen, muestra resultados positivos aunque no con la exageración que se encuentra en los psicoanalistas modernos.

Tercera. El colon irritable, la constipación habitual, la colitis mucosa, la diarrea emotiva, son entidades que manifiestan una clara etiología psicósomática.

Cuarta. La psicoterapia en este tipo de enfermos debe ser aplicada por el médico general o el gastroenterólogo, para lo cual es necesario vulgarizar el conocimiento de esta rama de la terapéutica.

SUMMARY

Colic Pathology is closely related to the psychobiological aspects of the patient, therefore the treatment will not be effective unless one takes them into consideration, and unless appropriate psychotherapy is instituted.

The poll among normal persons, concerning the meaning and the mental repercussions of the excretory functions, shows positive results, but not with the exaggerations one finds in modern Psychoanalists.

Irritable Colon, Chronic Constipation, Mucous Colitis, Emotional Diarrhea, are entities which manifest a clear psychosomatic etiology.

Psychotherapy in this type of patients must be given by the General Practitioner or the Gastroenterologist, and that is why it is necessary to make more common the knowledge of this branch of Therapeutics.

REFERENCIAS

- 1 Weiss and English: Psychosomatic Medicine. Saunders. Phil. 1949.
- 2 Alexander Franz: Psychosomatic Medicine. 5:205. July 1943.
- 3 Alvarez Walter C.: Nervousness, indigestion and pain. Hoeber, N. Y. 1947.
- 4 Dunbar H. F.: Emotions and bodily changes. Col. Univ. Press. N. Y. 1935.
- 5 Ross W. D. and McNaughton: Psychosom Medicine. 7:73, 1945.
- 6 Sheldon, Stevens and Tucker: Varieties of human Physique. Harper Phil. 1940.
- 7 Portis Sydney: General treatment of psychosomatic disturbances, in Diseases of the Digestive System, Lea and Fabiger. Phil. 1944.