

# **COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN - FACTOR PSICOSOMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN ELLAS**

**Enrique de Usobiaga Marcha\***  
**Javier de Usobiaga Sayés\*\***  
**Isabel de Usobiaga Sayés\*\*\***  
**Julio Ortega Usobiaga\*\*\*\***  
**Yanko de Artaloytia Usobiaga\*\*\*\*\***

## **INTRODUCCIÓN**

Nuestro objetivo en este trabajo es demostrar la frecuencia y la gran influencia que el factor psicossomático tiene sobre la colitis ulcerosa y mínimo en el Crohn y las posibilidades de la terapia psicossomática en estos pacientes.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Como material para este Artículo se han recogido y estudiado 53 casos de colitis ulcerosas y 23 casos de colitis granulomatosa de nuestra consulta.

De los citados casos, 35 colitis ulcerosas, tenían una clara influencia del factor psicossomático, pero pudimos hacer un abordaje psicossomático terapéutico sólo en 32 pacientes. Entre los enfermos de Granulomatosis de Crohn, solamente un caso tuvo una indudable influencia psicossomática en sus brotes y fue tratado con éxito con una terapia psicossomática individual.

Para no alargarnos, sólo queremos resumir brevemente 6 casos en los que la colitis ulcerosa "debutó" por un trauma psíquico y también resumiremos las historias de 2 de los enfermos de colitis ulcerosa que recidivaron por ello, de los 29 recogidos de "recidivas" relacionadas con Trauma Psíquico, dado su interés clínico.

Veamos los 6 casos de colitis ulcerosa que comenzaron con un trauma psíquico o un estado de stress:

1. Chico de 16 años, tras fracaso escolar (BUP) y tremenda reprimenda paterna - "Trauma psíquico"-, debuta con rectorragias graves su colitis ulcerosa.

2. Hombre de 23 años, coincidiendo con grave accidente laboral (explosión de dinamita en una cantera) con amputación de brazo derecho, comienzan simultáneamente hemorragias importantes y con ellas su colitis ulcerosa grave.

---

\* Digestólogo (Bilbao).

\*\* Gastroenterólogo, Endoscopista (Bilbao).

\*\*\* Médico Psicoanalista, Psicossomatóloga (Bilbao).

\*\*\*\* Bioestadística, Est. Medicina (Madrid, Bilbao).

\*\*\*\*\* E.G.A., Est. Medicina (Bilbao).

3. Mujer de 36 años, en su primer viaje en barco (por el que sentía terror) tiene una gran rectorragia, debutando su colitis ulcerosa, que obliga a hospitalización.

4. Funcionario anterior régimen, 63 años, coincidiendo con la noticia de la muerte violenta de Carrero-Blanco, grandes hemorragias rectales, debut de su colitis ulcerosa grave.

5. Mujer de 29 años, soltera, tras embarazo "indeseado", rectorragias comenzando con ellas su grave colitis ulcerosa. Hospitalización.

6. Mujer de 27 años, tras bronca familiar -por problemas con padre alcohólico y la hija de su marido-divorciado y casado con ella-, comienzo de su colitis ulcerosa sangrando abundantemente por el recto; es preciso hospitalizarla.

Y aún más resumidas Historias de 2 casos de colitis ulcerosa que recidivan por un "trauma psíquico", entre 29 casos recogidos en total de recidivas.

Son 1º. Profesor (PNN) que sangra de su colitis ulcerosa cada vez que hace Oposiciones... y 2º. Hombre de 28 años, que se va a casar y al darse cuenta de lo que él cree es una "impotencia sexual", recidiva con rectorragias masivas de su colitis ulcerosa, temiéndonos un "megacolon tóxico", que no llega a producirse; tarda más de 6 meses en mejorar y se resuelve bien con tratamiento medicamentoso de su colitis ulcerosa y terapia psicossomática.

Respecto a los métodos empleados, han sido primeramente una historia clínico-psicosomática, lo más completa posible y en profundidad, naturalmente con las confirmaciones radiológica y colonoscópica-biópsica, etc., clásicas de su colitis ulcerosa.

En dicha historia, además de los síntomas clínicos habituales y antecedentes personales y familiares, así como su "hábitat", costumbres, etc., se interrogó a los pacientes con preguntas encaminadas a estudiar el psiquismo del enfermo en profundidad: hemos seguido el antiguo esquema de Balint y Balint (1) tan conocido, adaptado a nuestro ambiente. Hay que advertir que a veces es muy **difícil** conseguir que estos pacientes hablen de sus problemas psíquicos, ya que suelen tener poca "imaginación" y se limitan a creer que "no tienen nada interesante que contar al médico", salvo que han sangrado, que tuvieron diarreas o dolores.

El seguimiento de estos enfermos osciló entre 2 años mínimo y un máximo de 31 años en un caso y de 39 años en otra enferma. La media de seguimiento = **6 años**.

En cuanto al sexo de las colitis ulcerosas, eran **mujeres** 32 (58,18 por 100) y **hombres** 21 (39,62 por 100).

Las edades oscilaban entre un chico de 16 años y una enferma de 81, siendo el grupo más numeroso el comprendido entre los 25 y 35 años de edad = 39 casos.

El "hábitat" de las colitis ulcerosas era mucho más urbano = 50 casos (94,33 por 100) que rural con sólo 3 pacientes (5,66 por 100).

Con relación a razas y aunque casi todos los enfermos estudiados vivían en el País Vasco, encontramos 3 casos de colitis ulcerosas con un apellido judío y el único caso psicosomático de Crohn era de padre judío-alemán. Parece demostrado que la EIIC (Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica, nombre con que los autores anglosajones estudian conjuntamente la colitis ulcerosa y el Crohn) sería más frecuente en la raza blanca y de ella muy especialmente en la raza israelita. Pero lo curioso es que el mayor porcentaje entre judíos se da entre los que viven en USA, más que los nacidos en Israel -llamados "sabrás"- por lo que se supone que existiría un posible factor ambiental (de "ghetto"-de aislamiento) o bien alimentario, además del racial-genético; nosotros pensamos que, quizá, los judíos norteamericanos sigan considerándose en la "diáspora" -a pesar de su buena situación económica-, en cuyo caso., también el factor psicosomático frustrante (?), por el hecho de seguir esperando "volver a la tierra de promisión" pudiera constituir un cierto "trauma psíquico" o un motivo -al menos- de cierta ansiedad. (11,12)

Veamos ahora un poco lo que es la psicosomática. Seremos lo más breves que nos sea posible, ya que constituye ya una nueva ciencia, rama separada de la psicología y de la psiquiatría y también -sin duda- del psicoanálisis, y que es muy difícil resumir en pocas palabras de lo que se ha escrito en muchos tomos.

Pero previamente debemos advertir que entre médicos internistas "organicistas" sigue existiendo todavía un enorme prejuicio sobre el "abordaje" o aproximación psicosomática de los enfermos **orgánicos digestivos**. Y es que, ya lo dijo Einstein, que "el prejuicio es más difícil de romper que el átomo..."

Empecemos por afirmar con Pierre Marty (2, 3, 4, 5) que "no hay enfermedad psicosomática, sino enfermo psicosomático" y es que la psicosomática es más una técnica o forma de aproximarse o abordar al paciente, aunque bien respaldada por una "teoría" y avalada por sus innumerables éxitos con su terapia psicosomática, específica individual o en "grupo".

Podríamos decir, para entendernos, que la Psicosomática es como una vuelta a la medicina hipocrática en el sentido de estudiar el "hombre global", pero enriquecida con el concepto del inconsciente freudiano. Trata de explicar "cómo funciona" ese enfermo, procurando expresar lo que "sucede" en la mente y cómo reacciona ante diversos acontecimientos y conflictos, es decir... "su modo de enfermar".

Por un lado, Bonfils (6, 7, 8, 9) -digestólogo organicista- ha invocado la gran influencia de los "trastornos psicoafectivos" en el desarrollo de la colitis ulcerosa y por otro lado e independientemente, Pierre Marty (4) -psicosomatólogo- también da suma importancia al "factor psicosomático" en esta enfermedad crónica. Igualmente queremos decir que la primera vez que oímos hablar de la relación entre la enfermedad de Crohn y la psicosomática fue en el Congreso Francófono de París (enero-1978) al ya citado Bonfils (8), que presentó una comunicación sobre ello, justo anteriormente a la nuestra sobre Psicosomática del Colon Irritable".

Ahora bien, como los psicosomatólogos que hace años estudian este tema, no han logrado hacer una clasificación de estos enfermos por su Tipo Psicosomático, nosotros hemos recogido los llamados cuatro Sistemas Económicos Fundamentales de Pierre Marty (5) y hemos incluido en ellos, los casos que mejor encajaban.

## **CUATRO SISTEMAS ECONÓMICOS FUNDAMENTALES DE PIERRE MARTY**

1. Aparentes INORGANIZACIONES.
2. DESORGANIZACIONES progresivas.
3. REGRESIONES globales.
4. REGRESIONES parciales.

Iremos dando ejemplos de nuestra casuística, con historias resumidas, de cada una de los cuatro sistemas, para que se vaya comprendiendo su gran interés.

### **1. APARENTES INORGANIZACIONES**

Según Marty, se trata de enfermos, con un precario sustento a nivel mental. Frecuente neurosis de conducta. Estos pacientes estarían desprotegidos frente al traumatismo psíquico, por ejemplo, ligado a la desaparición de objetos significativos indispensables. En estos casos está indicado el tratamiento médico de su enfermedad orgánica -colitis ulcerosa-, más la modificación del entorno del enfermo, para procurar " paliar " la desaparición del objeto real indispensable.

Ejemplo: Caso María B. Z., soltera, 36 años, de Baracaldo, Secretaria de Dirección. Hija única, cuando nació sus padres eran mayores. Murió su madre cuando ella tenía 16 años. Desde entonces se dedicó exclusivamente a estudiar y luego a trabajar y al mismo tiempo a cuidar a su padre. Nunca ha salido con chicos, no sale apenas con amigas, no tienen ningún "hobby". Nunca ha viajado, ni tomado vacaciones. Un día una compañera le apunta en unas vacaciones organizadas a Mallorca. Ella tenía verdadero terror al barco y al avión. En la noche de travesía marítima tiene una gran rectorragia que obliga a ingresarla en Mallorca, vuelta en avión y reingreso en un Hospital de Vizcaya. Así comienza su colitis ulcerosa grave. (Es el 3º de los citados como "debut" antes.) Tras su mejoría orgánica, la trata la Dra. Isabel Usobiaga (psicosomatóloga) quien me la remite. Con terapia individual primero y "de grupo" después, y al mismo tiempo Salazopyrinal y luego 5-ASA, va muy bien. Solo tuvo una pequeña recaída por un "disgustillo" en su trabajo. Lo que es más notable, es que ya repuesta psíquica y orgánicamente, ha hecho un crucero por el Mediterráneo (para "quitar el miedo") y ha empezado a salir con un chico.

### **2. EL SEGUNDO SISTEMA ECONÓMICO FUNDAMENTAL DE PIERRE MARTY ES EL DE LAS LLAMADAS DESORGANIZACIONES PROGRESIVAS**

Como rasgo observamos: neurosis de conducta y de carácter; en dichos pacientes sus "desorganizaciones" pueden ser 1º rápidas o 2º lentas. Son enfermos que con frecuencia "pasan" de la enfermedad somática a otra, o bien se van agravando en su enfermedad primitiva. Su pronóstico puede ser fatal. Recordamos dos ejemplos de nuestra casuística, que terminaron mortalmente y son muy demostrativos de este Grupo o Sistema.

Caso a: Raquel K. E., soltera, 42 años, pintora; mujer alta, de cara desagradable y fea, muy "liosa" y retorcida en su forma de proceder. Apellido 1º judío-polaco. Muy

difícil de lograr una relación aceptable médico-enferma. Tenía una neurosis de conducta además de su colitis ulcerosa grave; fue deteriorándose simultáneamente de ambas afecciones, con graves hemorragias, que obligaron a tomar la determinación de operarla. La intervención consistió en hemicolectomía y ano artificial; el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria mostró, además de una pancolitis ulcerosa, una zona malignizada en el sigma = un adenocarcinoma. A los 9 días de la operación falleció, por probable trombosis cerebral.

Caso b: Otra paciente también desgraciada, que se puede incluir en este Sistema-Grupo, fue el de Juana P. M., 48 años, con 7 hijos, esposa de un comerciante, que después de muchas vicisitudes y empeorando su neurosis de carácter junto con su colitis ulcerosa, se le tuvo que administrar una serie de transfusiones de sangre (por sus muy importantes hemorragias) y en una de las transfusiones -creo recordar la 5ª- tuvo una reacción alérgica impresionante (entonces se hacían las transfusiones de la S.S. a domicilio), falleciendo a consecuencia de la misma.

### **3. EL TERCER SISTEMA ECONÓMICO FUNDAMENTAL DE MARTY ES EL DE LAS "REGRESIONES GLOBALES"**

Estos pacientes tienen una estructura relativamente sólida. Además, buena mentalización; enfermos con una estructura que puede ser de neurosis de carácter, pero con rasgos neuróticos bien constituidos (obsesivos, fóbicos o histéricos). Son pacientes que, en ciertos casos, pueden tratarse con psicoanálisis clásico y en otros con una terapia psicossomática.

Recordarnos dos casos:

a) Enferma María S. de E., 34 años, casada, empleada. Su marido tuberculoso grave, en reposo absoluto, acababa de salir del Sanatorio: tenían un hijo normal de 12 años. Nuestra enferma, con carácter obsesivo perfeccionista y muy trabajadora ("para sacar adelante a la familia", decía); buena mentalización, cultura media alta, estructura mental sólida. Se dialoga fácilmente con ella. Su colitis ulcerosa se va agravando y, sin embargo, sus problemas psíquicos se mantienen bastante bien equilibrados -en terapia individual-. Sufrió una gran rectorragia a la muerte de su marido. Como se trataba de una extensa colitis ulcerosa, verdadera pancolitis, se decide a operar: colectomía total, ano ilíaco definitivo. Controlada durante más de 20 años, va bien.

b) Un segundo caso de regresión global, pero que se trata del único paciente de colitis granulomatosa de Crohn, con clara "influencia psicossomática" en el curso de sus "brotos". Como ya hemos comentado fue a Bonfils (1978) (8) al primer autor que oímos hablar sobre este tema.

Este caso lo trata principalmente la Dra. Isabel Usobiaga, nos hemos limitado a vigilarle y orientarle en el tratamiento de su enfermedad de Crohn.

Enfermo de 44 años, casado, industrial, de nivel cultural y económico alto. Acudió a la consulta a raíz de su tercera resección intestinal por su granulomatosis de Crohn, hace año y medio. Su primer brote de dicha afección intestinal (Crohn) fue a los 2 meses de casarse y los siguientes brotes se repetían, casi sistemáticamente cada medio año. Psicológicamente, era un hombre de una exigencia brutal con él mismo y con sus

hijos, esposa y empleados; era un perfeccionista hasta extremos inconcebibles, tenía que "tener todo bajo control" en todo momento, en su trabajo y en su familia.

Un día contó a la Dra. Isabel Usobiaga, que había tenido un "sueño muy extraño": "he soñado que yo era un famoso pintor e iba a hacer una exposición de mis cuadros. Lo preparo todo con el mayor detalle y resulta un fracaso. ¿Cómo resolverlo? -se pregunta en su sueño-. Entonces borró todas las firmas de mis cuadros, cambio de galería y de ciudad y la-nueva exposición resulta un gran éxito, vendiendo todos los cuadros..."

La Dra. Isabel Usobiaga le dice que, después de este sueño parece "que no se encuentra cómodo, en su identidad" y le pregunta: "¿Qué es lo que piensa borrar de su vida para mejorar en su enfermedad? Entonces el paciente le dice: "Hay además, algo que no le he contado, un día que me trataba el Profesor Ortiz de Landazuri, en Pamplona, éste me comentó que la enfermedad de Crohn es muy frecuente entre los judíos y entonces me preocupé sobre mi origen y me puse a investigar..." Resultó que, aunque en su partida de nacimiento "tenía dos apellidos vascos" y el de su madre era auténtico, logró averiguar por ésta, que su padre -ya fallecido- era un judío-alemán, escapado en 1933 de la Alemania de Hitler y que como estaba indocumentado, mediante la amistad con esa familia, logró adquirir documentación falsa, con un apellido vasco frecuente, para pasar desapercibido y luego se casó con la chica de la casa. El abuelo era un Rabino. Desde ese momento el enfermo y ya muchos años después de terminada la II Guerra Mundial, se dedicó a reconstruir su árbol genealógico en Alemania, aceptado orgulloso su origen israelita, afirmando con ello su personalidad. Mejora muchísimo con psicoterapia, no ha vuelto a tener nuevos "brotos" de Crohn y según su mujer, se está volviendo "hasta muy despistado" y ya no es tan exigente, ni tan "perfeccionista".

#### **4. CUARTO SISTEMA ECONÓMICO FUNDAMENTAL DE FIERRE MARTY: "REGRESIONES PARCIALES"**

Estas pueden aparecer en forma transitoria unas veces y en otras ocasiones de forma duradera, pero en todo caso sin comprometer el movimiento evolutivo, que permanece marcado por el instinto de vida, Los tratamientos variarán, según sea su "estructura mental".

Buen ejemplo de este 4º. Sistema de "Regresiones parciales" es el de Mario A, M. de 46 años, funcionario, obsesivo, que sufre recidivas hemorrágicas de su colitis ulcerosa, cada vez que el Jefe de su Departamento le da un "disgusto". Desde que le tuvimos de baja, aislado de su oficina, va mejorando mucho y despreocupándose de sus "problemas psíquicos". Su colitis que llegó a ser grave, ha mejorado notablemente; antes tenía rectorragias casi mensuales -él decía con gracia "ya estoy con la regla"- sentido del humor, que atestigua una buena mentalización. Está mejorando mucho, hace más de un año que no sangra.

### **RESULTADOS**

Hemos elegido para estudiar los resultados 30 casos de colitis ulcerosa, que se siguieron durante varios años y eran bastante homogéneos en cuanto a edad y demás condiciones personales y clínicas.

Vamos a resumir estos resultados en un cuadro, en el que por la parte superior damos los datos relativos al tratamiento de su proceso desde el punto de vista

psicosomático y en la inferior los resultados de su terapéutica medicamentosa habitual del proceso (Slazopyrina, 5-ASA, Corticoesteroides, etc.) según el momento y caso, es decir, el tratamiento de su proceso orgánico.

### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE 30 CASOS DE COLITIS ULCEROSA

	1-MAL	2-REGULAR	3-BIEN	4-MUY BIEN	TOTAL
Tro. Psicosom.	2	3	19	6	30
Tro. Orgánico	1	5	19	5	

Hemos calificado con 1 punto los resultados malos, con 2 a los regulares, con 3 a los buenos y con 4 a los muy buenos. La media de puntos de la muestra con el tratamiento psicosomático es de 2.966 y con el tratamiento orgánico de 2.933. Vamos a comparar estas dos medias muestrales y planteamos como hipótesis nula que las medias de estos tratamientos en población sean iguales entre sí.

$$Z = \frac{D}{ES(D)} = \frac{\frac{\sum (X_2 - X_1)}{N}}{\sqrt{\frac{SC(D)}{N(N-1)}}} = \frac{1/30}{0,0584} = 0,57$$

De este valor de z obtenemos P = 0,5686

Como la P obtenida para este test es elevada (muy superior al 5 por 100), concluimos: aceptamos como posible que las medias poblacionales sean iguales con ambos tratamientos, es decir, que ambos sean igual de efectivos en población.

Tenemos un 99 por 100 de confianza en que D (diferencia de las medias poblacionales con ambos tratamientos) se halle comprendida entre 0,184 y -0,117. \_

$$(IC \text{ al } 99\% = D \pm z \cdot ES(D) = 0,184 \text{ y } -0,117$$

Hemos comprobado estadísticamente los buenos resultados de estos tratamientos; ahora bien, no pretendemos, naturalmente, "curar" la colitis ulcerosa, pero si mejorar a estos enfermos en todo lo posible, consiguiendo al menos una "buena calidad de vida" dentro de las vicisitudes de su propia enfermedad. Esto les ha permitido a muchos de nuestros pacientes volver a su trabajo -a veces adaptándose en otra forma o bien cambiando de tipo de trabajo por otro con menos estrés y en un caso incluso le permitió casarse y tener hijos, haciendo una vida prácticamente normal.

### DISCUSIÓN

Partiendo de la base que desconocemos la etiología de la colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn, hemos tratado de poner de relieve con nuestra experiencia, la importancia del factor psicosomático aunque no excluimos la existencia de otros factores (infecciosos, víricos, inmunológicos, autoinmune, genético, etc.) en la etiopatogenia de estas dos enfermedades o si se prefiere de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica -como prefieren estudiarlas conjuntamente muchos autores, en especial anglosajones-, pero que en nuestro caso hemos separado dada la total diferencia de influencia **psicosomática** en la **colitis** ulcerosa y en la enfermedad de **Crohn**.

Hablan en favor de dichos factores psicosomáticos, el hecho innegable de que al menos 6 casos concretos, cuyas historias tenemos archivadas con todo detalle, debutaran mediante grandes rectorragias tras un "trauma psíquico" o "estado de estrés" evidentes, precisamente Vilardeñell (10) y cols, (en su último libro "Enfermedades Digestivas", que acaba de aparecer, 1990) comentan a este respecto: "En algunos casos, por lo menos, el comienzo de la enfermedad parece ser **consecuencia** de un importante estrés psíquico".

Asimismo, abogan en favor de la existencia de este factor psíquico sobre las recidivas en la colitis ulcerosa, los 29 casos recogidos por nosotros, cuya relación "trauma psíquico" o "estado de estrés" y recidiva rectorrágica es indudable. Sin embargo, Coll Monegal (1990) (13) dice: "En la colitis ulcerosa la especial personalidad de estos pacientes y la vinculación de estos factores (psicogenéticos) del curso de la enfermedad, hacían pensar que eran la causa de la misma". No pretendemos haber "descubierto la causa" de la colitis ulcerosa desgraciadamente, pero es indudable que al menos creemos aportar importantes datos sobre un "factor psicosomático", etiopatogénico, que, sin negar otros factores importantes, no se puede despreciar. "Hoy día -prosigue Coll Monegal- se cree que dichos factores psicogenéticos, sólo juegan un papel determinante en la producción de brotes y en el alargamiento de las crisis".

Salmerón Escobar y cols. (14) son más negativos aún, pero sin aportar pruebas propias, ya que no parece hayan estudiado desde el punto de vista psicosomático a sus pacientes y sólo se basan en algunos datos bibliográficos con un inconcreto "Las teorías psicosomáticas aplicadas a la colitis ulcerosa han cambiado ostensiblemente..." y después "se les concedió mucha importancia..." y luego "posteriormente se observó una caída en relación con las teorías autoinmunes y terapia con corticoides". Repetidas veces hemos dicho que no descartamos otros "factores etiopatogénicos" como el inmunológico, pero seguimos creyendo en la importancia del factor psicosomático, aunque -repetímos- no en exclusividad. Sin embargo, los mismos Salmerón Escobar y cols, admiten que "en la actualidad se acepta que el estrés emocional, la tensión nerviosa y los trastornos emocionales, no son causa directa de la enfermedad, sino su consecuencia", pero después ya admiten que "pueden precipitar o intensificar de forma inespecífica la enfermedad". (Está en. una cita de Kirshner (15), en "Bockus" que hacen dichos autores).

Pensamos que aunque sólo fuera el papel de su influencia psicosomática en debut y brotes agudos de un cierto número de colitis ulcerosa sería importante. Pero es que nosotros estudiando a estos pacientes desde el punto de vista psicosomático, cosa que no hacen la mayoría de los autores, porque hemos tenido la suerte de contar con un equipo de psicosomatólogos y así podemos hablar de dicha influencia en 6 casos en su



debut de otros 29 de brotes o recidivas, lo que suman 35 casos entre 53 colitis ulcerosas con indudable factor psicossomático importante.

- Para algunos autores, sería una simple "coincidencia"; a nosotros nos parece que es demasiada coincidencia encontrarlo claramente, en más de la mitad de casos - exactamente en un 66,03 por 100 de nuestra casuística.

Ahora bien, nos preguntamos ¿por qué sólo un cierto número de pacientes se pueden relacionar el comienzo y/o recidivas de su colitis ulcerosa con factores psicossomáticos y en otro porcentaje -quizá menor- parecen no tener relación?

Sobre este punto debemos decir previamente qué algunos de nuestros enfermos se "negaban ellos a admitir" tal posibilidad, incluso varios rechazaron la consulta gratuita del psicossomatólogo. Es posible que, en algunos de ellos, esta, misma actitud negativista, sea un dato que reafirma su miedo a enfrentarse con esa posible realidad; pensemos que más de uno puede "somatizar" sin saberlo... No recordamos qué autor, dijo que "todos convivimos con nuestra neurosis, aún sin reconocerlo". Ciertos "cólicos-ulcerosos" se "guardan sus problemas psicológicos" y como sus "defensas mentales" son muy pobres, para asumirlos," los exteriorizan en forma de rectorragia por colitis ulcerosa, de la misma forma que otros enfermos predispuestos genéticamente a la enfermedad ulcerosa gastroduodenal "hacen su úlcera aguda" de estrés, muchas, veces también hemorrágica.

Por otra parte, ya hemos visto la disparidad de psicopatologías que pueden presentar los paciente de colitis ulcerosa, por lo que hemos tratado de clasificarlos -al menos para su tratamiento psicossomático- por medio de los cuatro Sistemas Económicos Fundamentales, de Pierre Marty; esto demuestra que no hay un solo patrón psicossomático, que no se puede lograr un grupo homogéneo, cada uno tiene sus rasgos característicos personales, que en algunos serán neurosis de conducta, en otros neurosis de carácter, en muchos encontraremos rasgos muy marcados de neurosis obsesiva, fóbica o histérica, bien constituidos o bien, detalles de clara inmadurez emocional o de pasividad, etc.

En esta discusión del tema, dicen Vilardell y cols. (1990) (10), que muchos, pacientes de colitis ulcerosa pueden "sufrir agresiones psíquicas sin que se manifieste la recidiva de la enfermedad". Es posible que en estos casos han evolucionado positivamente haciendo una regresión global o parcial -como ya veíamos- que le defiende ya en ese momento del citado "trauma psíquico"

Igualmente es posible que exista un comienzo de la colitis ulcerosa, en la que aún no se ha llegado al dintel necesario para que se ulcere y sangren sus úlceras y es probable que, en una situación de "traumatismo psíquico" o "estrés" de un momento determinado, disminuya el umbral de sensibilidad de la mucosa colónica y se produzcan las lesiones y sus rectorragias.

Un dato importante en favor de la -"influencia psicossomática" en la colitis; ulcerosa es el resultado muy favorable en muchos casos -vividos por nosotros-, de una terapia psicossomática adecuada en sus distintas facetas, naturalmente junto con la terapéutica de su proceso orgánico ulcerativo (25, 26, 27).

## CONCLUSIONES

Resumiendo la "discusión" y a manera de conclusiones diremos que, a falta de una etiología cierta de la colitis ulcerosa: 1°. Observamos la importancia de un factor psicossomático etiopatogénico, demostrable en más de la mitad de nuestros casos y que 2°. Visto el número de pacientes de colitis ulcerosa, que mejoran con una terapia psicossomática pensamos en la necesidad de una mayor colaboración entre el gastroenterólogo y el psicossomatólogo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) BALINT, M-, et BALINT, E.: **techniques psychothérapeutiques en Médecine.**(n edit.) Payot, París, 21-30,1970
- (2) MARTY, P. DE M'UZAN, et DAVID. Ch: **L'investigation psychosomatique:** PUF París, 3-62, 1963.
- (3) MARTY, P.: **Les mouvements de vie et de mort** (Essai d'économie psychosomatique) Payot, París, 2-91, 1976
- (4) MARTY, P. Conferencia Magistral "Abordaje Psicossomático" y charlas personales en las "I Jornadas de Psicossomática del País Vasco". Bilbao, 12-14, octubre 1989.
- (5) MARTY, P.: "L'ordre psychosomatique". Payot, París, 3-51,1980.
- (6) BONFILS, S.: "Quelques données sur la Médecine Psychosomatique en Gastroenterologia". **Rev. de Med. psychosomatique**, I, 1-8, n.º janvier, 1973.
- (7) BONFILS, S. & M'UZAN, M.: "Irritable colon versus ulcerative colitis: Psychofunctional disturbance vs. psychosomatic diseases?". **J. Psychosom. Res.**, 18:291 -296, 1974.
- (8) BONFILS, S.: "Colite granulomateuse el Psychosomatique?". **Communication au Congrès Francofone**, París, 1978.
- (9) BONFILS, S.; HACHETE, J. C., et DANNE, O.: **L'abord psychosomatique en Gastro-Entétologie.** Masson ed., París, 3-72, 1982.
- (10) VILARDELL, F. PAJARES, J. M.<sup>a</sup>; PÉREZ MOTA, A. y MORENO GONZÁLEZ E.: **Enfermedades Digestivas**, tomo 2, cap. 99, "Colitis ulcerosas". VILARDELL, F., SANCHO POCH, I. J., ROCA GARCÍAS, M. y PUJOL, Pl. J.: **Factores Psicossomáticos.** Edit. CEA, Madrid-Barcelona, 1317, 1990.
- (11) FIREMAN, Z., GROSSMAN, A., LILOS, P., ESHCHAR, Y., THEODOR, E. & GILAT, T: "Epidemiology of Crohn's disease in the Jewish population of Central Israel in 1970-1980". **Am. J. Gastroenterol.**, 84:255-258, 1989.
- (12) MEYERS, S., & JONOWITZ. H. D.: "The natural history of ulcerative colitis: an analysis of the placebo response". **J. Clin. Gastroenterol**, 11:33-37, 1989.
- (13) COLL MONECAL, S.: "**Puestas al día**" sobre **Enfermedades Psicossomáticas: 4-Colitis Ulcerosa y Colitis Granulomatosa.** Edit. Lab. prodes, Barcelona, 2-3, 1990.
- (14) SALMERÓN ESCOBAR, F. J., TOMAS GILABERT, J., MARTIN RUIZ, J. L., SÁNCHEZ MARTÍNEZ, H., y RUIZ EXTREMERA, A.: "Colitis ulcerosa I". **Rev. de la Soc. Andaluza Pat. Digest.**, tomo XIII, 2-junio, 109-120, 1990. ("Factores Psicológicos": 113).
- (15) KIRSHNER, J. B.: "Enteropatía inflamatoria crónica: Revisión de la Etiología y Patogenia". In **Bockus**, "Gastroenterología". 4.<sup>a</sup> Ed. Salvat, Barcelona, 2299-2335, 1987.

- (16) USOBIAGA MARCHAL, E.: Ponencia, en forma de "Mesa Redonda" moderada por el Dr. Eduardo Arias Vallejo, sobre **Medicina Psicosomática y aparato digestivo** interviniendo también como Ponentes los Dres. Estrada, Farré, Frutos, Mora, Kocina, Tatay Romero, Vidal Teixidor y Vivanco. En la XX Reunión Nacional de la Sociedad Española de Patología Digestiva, Madrid, 5-6 noviembre, 1971.
- (17) USOBIAGA, E.: Tres comunicaciones: **Colon irritable, Estreñimiento y Enteralgias infantiles, a** la XXIV Reunión Extraordinaria de la Sd. Española de Pat. Digestiva, Fuengirola (Málaga), mayo, 1977.
- (18) USOBIAGA, E.: **Psychosomatique des Maladies Fonctionnelles du Colon.** Communication aux II Journées Francophones d'hépto-Gastro-Enterologie, París, janvier, 1978.
- (19) USOBIAGA, E.: "Colopatías funcionales: Estudio psicosomático". Comunicación al VI Congreso Mundial de Gastroenterología, Madrid, junio 1978.
- (20) USOBIAGA, E.: **Psicopatología de enfermos funcionales del colon.** Comunicación a la I Reunión Vasconavarra de Ap. Digestivo. Bilbao, 4 noviembre, 1978.
- (21) USOBIAGA MARCHAL, E., USOBIAGA SAYES, I, y CRAWFORD, C.: Ponencia sobre **Psicosomática: correlaciones entre Neurosis obsesivas y ciertas Colopatías**, en el I Congreso Hispano-Luso-Americano de Psiquiatría, Barcelona, agosto, 1978.
- (22) USOBIAGA, E.: **Colon irritable**, capítulo (conferencia) del Libro del XXIII Curso de Especialización de la Escuela del Dr. Arias Vallejo, Liade, Madrid, 1980.
- (23) USOBIAGA, E. y USOBIAGA, I.: II Curso de "Introducción a la Medicina Psicosomática", dirigido por el Dr. Jaime De Tomas Iruretagoyena en la cátedra del profesor Quimón, Facultad de Medicina de la Universidad Vasca: "Comentarios a cuatro casos de Colitis Ulcerosa y psicosomática", mayo, 1986.
- (24) USOBIAGA MARCHAL, E., USOBIAGA SAYES, J, AMIGO, M, BELANDIA, W., CRAWFORD, C, y USOBIAGA SAYES, J: "Colon o intestino irritable (I.B.S.) Trastorno psicosomático intestinal". **Rev. de la Soc. Andaluza de Pat. Digestiva** tomo IV 183-188, 2 junio, ,1981.
- (25) USOBIAGA MARCHAL, E, **Abordaje psicosomático de los pacientes de enfermedad inflamatoria intestinal Crónica (Colitis ulcerosa y Crohn).** Ponencia a las I. Jornada de Psicosomática del País Vasco, Bilbao 1-7 12-14 octubre 1989
- (26) TOMAS IRURETAGOYENA, J "Psicoanálisis y Terapéutica Psicosomática". **Boletín Inst. Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, II**, 3-17. Madrid, Julio-diciembre, 1978.-.
- (27) TOMAS IRURETAGOYENA, J.; I y II Cursos para el Doctorado y Post-Graduados sobre **Iniciación a la Medicina Psicosomática:** Facultad de Medicina de la Universidad Vasca, Cátedra del Dr. Guimón (Apuntes personales); Bilbao-Htal. Basurto, 1984-85 y 1985-86