

FACTORES PSICOGENETICOS EN LAS COLITIS

Por el Dr. **RAOUL FOURNIER VILLADA**,
académico de número de la Sección de Gastroenterología.

De tiempo en tiempo se observan rachas de padecimientos que, por el número de casos y por su fácil propagación, podrían hacer pensar en la existencia de un padecimiento epidémico. Pero si estudiamos, aunque sea someramente, estas enfermedades, nos damos cuenta que en su causa no hay nada que pueda sugerir un verdadero contagio, tal como una diseminación microbiana o la presencia de un virus.

Estas enfermedades cunden primero entre ciertos grupos sociales y pronto se generalizan, hasta que a veces, la mayoría de la población se encuentra atacada por ellas.

Así, durante el siglo romántico, fue la tuberculosis una enfermedad muy socorrida. Aquí la causa, la infección por el *Micobacterium tuberculosis*, había producido efectivamente un buen número de casos anatomoclínicos, y la falta de higiene de la época, adunada a las terapéuticas inefectivas, propagó el mal; pero la diseminación más importante fué la psicológica, todo ser despechado se refugiaba en la tuberculosis, no tan sólo para estar de moda, sino para recibir cuidados y protección del medio que lo rodeaba.

Paulatinamente, la moda por la tuberculosis ha ido perdiendo adeptos. En la actualidad los tratamientos son eficaces; un enfermo de este tipo es recluído en un sanatorio y segregado del mundo que lo rodea. El diagnóstico preciso siempre se impone, de tal manera que el médico puede descartar desde el primer momento a los falsos tuberculosos y ponerlos en manos especializadas, para que sean ellas las que resuelvan los conflictos que les obligaron a refugiarse en la idea de la enfermedad.

No podemos decir que al aparato digestivo le haya "tocado su turno". Desde tiempo de Hipócrates, lo demuestran sus aforismos; las enfermedades del aparato digestivo y la influencia que el aparato tenía en la génesis de muchas enfermedades extradigestivas, era muy grande.

Pero nos llama la atención el hecho de que, durante el siglo pasado, se inicia una moda verdaderamente alarmante. Casi todos los enfermos de las principales ciudades del mundo padecen enfermedades del aparato digestivo. Los médicos, exclusivamente organicistas en aquella época, describen nuevos cuadros, los remedios se multiplican, los manantiales son el punto de reunión de grandes y pequeños señores que acuden a curar sus males digestivos; verdaderas ciudades se organizan alrededor de los veneros famosos y esa manía acaba por convertirse en una fuente de ingresos muy importantes para los estados que los poseen.

Primero es la insuficiencia hepática; después son las tosis gastro-intestinales, alrededor de las cuales se van desarrollando nuevas industrias, por ejemplo, la de las fajas con pelotas neumáticas o sólidas según las posibilidades del cliente; las úlceras pépticas y, caminando parejas con todas ellas, las colitis. Estas han influido de tal manera en el ánimo de los ciudadanos legos en medicina y de los ciudadanos médicos, que todos sostienen verdaderas polémicas, los primeros para demostrar su cultura sobre el tema y los segundos para buscar afanosamente un remedio eficaz.

Muchos hemos tratado de definir lo que debe entenderse por colitis y hemos separado de esa denominación cuadros que, aunque aparentemente corresponden al padecimiento, más bien coinciden con el término de "colon irritable" de Kantor, o reacciones cólicas, como las llamamos nosotros.

Hay una razón especial para que el aparato digestivo sea el que dá mayor número de manifestaciones clínicas de origen psíquico: es en él donde radican las fuentes de placer y de satisfacción desde la lejana época de la vida intra-uterina; es ahí donde principia el desarrollo de la sexualidad del individuo (1).

Las fases fundamentales de este desarrollo pueden dividirse en tres: oral, anal y genital. Las dos primeras se subdividen a su vez en dos etapas. De la última, no nos ocuparemos ahora.

La primera etapa de la fase oral, se inicia cuando el niño busca obtener placer en las regiones orales; la segunda, cuando a su oralidad primitiva se añade la oralidad armada, el placer de morder: la aparición de los dientes.

La fase anal principia cuando el niño descubre el placer de la defecación; su segunda etapa cuando adquiere el placer de la retención.

La influencia de estas vivencias perdura durante toda la vida del individuo e imprime caracteres especiales a su personalidad. La mayor parte de los placeres orales, fumar, beber, hablar en forma oratoria o de continuo parloteo, etc., son las reminiscencias de la primera etapa de la fase oral; su práctica no hace pensar a nadie en anormalidades de ninguna especie. De la segunda fase oral, perdura el placer de la masticación, comer, mascar chicle, los cuidados de la dentadura y sus fantasías conexas. Cuando el niño sufre frustraciones en la primera etapa oral, esto se proyecta en el adulto bajo formas de modalidad oral muy importante: la neurosis tabáquica, la dipsomanía y otras no menos frecuentes (2).

Cuando el niño está dotado de sus armas masticatorias, las primeras prácticas las hace en el seno de la madre, en el biberón, en la cuchara. La masticación del seno materno produce en la madre molestia y a veces una aceptación masoquista, que liga ya a la madre y al hijo en una forma especial. No satisface la criatura su oralidad; todo quiere meterse a la boca, todo lo quisiera asimilar; al mismo tiempo trata de morder a las personas que lo rodean, pero principalmente a las que quiere, entre ellas a la madre, que es el ser máspreciado después de él. A esta le llaman los psicopatólogos (3), "la fase canibalista". El afán del niño de digerir y de asimilar tiene como objetivo asegurarse un placer duradero que nadie le va arrebatarse; su aparato digestivo es inviolable y él es el único que tiene derecho a abrirle la puerta, con la defecación.

Fuentes de innumerables trastornos psicológicos son las frustraciones de esta etapa, que elevan al desarrollo de actitudes ambivalentes, tales como la de amar profundamente y querer devorar al ser amado, destruirlo, digerirlo y asimilarlo. Se observa frecuentemente esta actitud cuando oímos decir del ser amado: "me lo quisiera comer" o como decía una paciente mía cuando era pequeña y refiriéndose a su nodriza a quien adoraba: "te quiero comer cacho a cacho". En la actualidad, esta persona de 20 años es neurótica, y el masoquismo es una de sus principales características psicológicas.

La masticación y la succión, destruyen y asimilan a algo muypreciado como es el alimento, o, en el terreno anímico, las gentes. Resulta un estado de ambivalencia de una gran importancia el hecho de que el cariño, el amor y sentimientos semejantes van aparejados, más tarde, al deseo de

destruir y triturar, de acabar con lo que se ama o con lo que se quiere, siempre que a esta destrucción vaya ligado un proceso de asimilación.

En patología digestiva pueden encontrarse muchos síntomas que no son sino la consecuencia de las frustraciones de esta segunda etapa de la fase oral: la aerofagia, el mericismo y la rumiación; las regurgitaciones; los vómitos y hasta el acto de morder y remorder sus propias entrañas, como en la úlcera péptica (4).

Decíamos anteriormente que las etapas de la fase anal se caracterizan por el placer de retener y el de defecar, naciendo de este juego, por las frustraciones de los primeros momentos de la vida, alteraciones infinitas.

Como desde tempranas épocas el niño observa los cuidados que la madre pone en sus defecaciones, y ésta se muestra visiblemente satisfecha cuando esta función fisiológica se lleva a cabo con la regularidad deseada, la criatura acepta que su defecación es un premio para la madre y por lo tanto le gratifica con dársela. Los niños evacúan su intestino como simbólica gratificación, ante las gentes que quieren o de las que pueden recibir algún beneficio. Cuando el niño no evacúa el intestino, la madre hace esfuerzos porque lo haga, dándole jarabes que agradan a su paladar o, lo que es más frecuentemente, poniendo supositorios o enemas que, además de romper la inviolabilidad de su interior intestinal, fijan una nueva fuente de martirio y al mismo tiempo de placer. Nace ahí el germen del masoquismo; aunque éste puede tener, por lo demás, otras causas de origen.

Las frustraciones de esta etapa dan un rico estado patológico en el adulto. Desde luego el cuidado excesivo que muchas gentes dan a su aparato digestivo, no es sino el desquite que ellos mismos se dan, porque cuando pequeños no recibieron atenciones suficientes para esta preciada parte de su cuerpo. Las alteraciones del apetito, tan frecuentes en los niños, no son sino la protesta contra el medio, en una no aceptación de lo que venga de él, y el desprecio que sienten por sus padres o por los encargados de cuidarlos. Claro está que en esta manifestación intervienen, combinados, elementos de la primera y segunda fase; por lo que a ésta se refiere, en cuanto a no querer guardar en el intestino cosa que no le es agradable.

Frecuentemente la constipación se inicia en las primeras etapas de la vida juvenil (5). El niño o el joven no quieren ser despilfarrados; guardan, economizan, pero lo más práctico dentro de esta idea es la economía intestinal. El oro, el dinero, es el símbolo excrementicial más antiguamente conocido; indudablemente lo que liga el símbolo con el elemento simbolizado

es el poder gratificativo de ambos. Por mecanismos subconscientes el individuo adulto retiene sus excrementos, sigue siendo tacaño, pero exteriormente sufre y se acongoja por su constipación, y como la creencia vulgar aceptada es que el contenido intestinal es una porquería, llena de microbios y de tóxicos violentos, el estreñido crónico se siente intoxicado y recurre a laxantes cada vez más caros, complicados y drásticos, o bien al mecanismo del enema, tan socorrido en el siglo XVIII, o a los supositorios en memoria de la madre fálica que violó su intimidad haciendo que expulsara el intestino su preciado contenido. El meteorismo tiene la misma génesis que la constipación: los psicópatas ingieren aire y lo expulsan a medida de sus deseos por la vía que más les agrada. A principios de este siglo, los music-halls de Europa admiraron a un señor que daba conciertos con los gases ruidosamente expulsados por el intestino, se auto-llamaba el "petómano", y sus conciertos hacían las delicias del público y con mayor razón la suya propia. La evacuación acelerada del intestino cuando no es debida a causas microbianas, parasitarias o tóxicas o alérgicas, es producida por un fenómeno de intolerancia hacia una persona, cosa o situación: sustos, emociones intensas, estados angustiosos, etc. El individuo elimina por esa vía el conflicto.

Pero el intestino tiene otras muchas funciones, además de la desintegración de los alimentos, asimilación de ellos y eliminación de sus residuos, funciones que forman parte capital del proceso de la digestión. Está dotado de innumerables esfínteres. El pilórico que establece la separación de la influencia oral y la anal; el esfínter ceco-apendicular de Gerlach; el medio-cecal de Borcesco (6); el ileo-cecal de Varolio; el ceco-ascendente de Bussy; el cólico derecho de Hirsch; los cólico transversal derecho y cólico izquierdo de Cannon; el colo-sigmoideo de Fayr y Strauss; el ileo-pélvico de Balli; el medio sigmoideo de Moutier y Rossi; el pelvi-rectal de Moutier y los esfínteres terminales. Todos ellos entran en juego para producir manifestaciones, ya sean debidas a su contractura intensa o duradera, o a su relajamiento permanente. Los cuadros que refiere Udaondo (7) en su libro "Colón irritable", se refieren principalmente a estos asuntos. El colon está dotado, como es muy sabido, de glándulas de moco que por su secreción establecen el fácil recorrido de los alimentos a través del tubo. Las alteraciones en los esfínteres y en las secreciones son causa de una serie de fenómenos que han sido interpretados como síntomas de colitis; es decir, de estados lesionales del intestino. No pretendo con esta explicación decir que las verdaderas colitis no tienen, algunas veces,

un fondo permanente psíquico; trato simplemente de hacer una delimitación de los cuadros, con el objeto de estudiar en forma más apropiada el recorrido de las distintas etapas hasta constituir un estado lesional.

¿Cuáles son las condiciones necesarias para que una reacción cólica se produzca?

Angel Gama (8), en brillante estudio sobre la "Estructura mental del enfermo colítico", hace la observación de que todos los colíticos son angustiados. Lo mismo había dicho Garffon en 1927, en un artículo sobre los "Estados de angustia en la colitis de fermentación" publicado en "Le Journal des Maladies de l'Appareil Digestif" (por no tener esta revista a mano no puedo dar la bibliografía exacta). Stekel está de acuerdo con estas observaciones y nuestra experiencia clínica confirma lo dicho por Gama. Dice este mismo autor que, en contraposición con el ulceroso duodenal, el colítico es hijo de padre dominante y de madre sumisa, pero en actitud de crítica constante al padre. Igualmente cierto es que un sentimiento consciente de inferioridad genital del sujeto lo hace fijarse en la fase anterior de su desarrollo sexual. En un caso que presento a continuación, la madre sumisa no existe; por el contrario, es de tipo fálico y todos los miembros de la familia padecen trastornos digestivos.

J. G., mujer de 16 años, es presentada por su madre la señora A. de G., en una de las consultas que hago a su hijo. La familia se compone del padre y la madre nacidos en Lyon, Francia. Ella de 52 años y él de 55. Tuvieron 3 hijos: M. nacida en Lyon, de 28 años, casada desde hace 8 años y radicada en Francia; no tengo antecedentes psicológicos precisos de ella, pero a coro toda la familia dice que es la única sana. H. de 25 años, a quien trato de úlcera péptica de localización duodenal; sumiso, tímido, angustiado, practica la homosexualidad desde la edad de 18 años; su historia clínica bajo ambos aspectos es interesante, pero no es el caso relatarla; únicamente citaré el hecho de que, desde que su madre fué castrada quirúrgicamente, él tiene pequeñas hematemesis cada 28 días y grandes hemorragias cuando sufre un estado angustioso intenso (una cada 8 a 12 meses); por último, la joven J. cuya historia voy a relatar.

El padre padece estados diarreicos continuos cuando está en México, por eso ha dejado a su mujer al cuidado de sus

intereses en esta ciudad y él vive con su anciana madre, mujer de 74 años, sumisa y de aspecto normal, en una capital de provincia mexicana. La señora A. de G., toda su vida ha tenido un carácter dominante, siempre le ha gustado mandar y dirigir. Todo en el hogar lo ha absorbido; ella se entiende con trabajadores, hace gestiones legales, es una perseguida perseguidora, cosa que la hace pelear y ser temida de todos. A sus hijos los trata de "piltrafas humanas" de "buenos para nada" y les dice constantemente que ella es la única capaz. Aparte de estos insultos, los quiere y cuida entrañablemente. Todo el aparato digestivo de sus hijos ha merecido de su parte la más cuidadosa de las atenciones; expulsaba de la casa a las criadas cuando no se esterilizaban las manos, como cirujanos, al darles el alimento. Ella misma, acentuando su personalidad fálica, les aplicaba una lavativa diariamente porque tenía la seguridad de que los gérmenes del intestino altamente nocivos, les iban a causar trastornos sin cuento (el estado psicológico del hijo indudablemente tiene que ver mucho con estas maniobras). Al hijo lo mandó a Francia para que estuviera en manos de un psico-analista y alejado de su madre. Ella vive sola con su hija de 16 años y una sirvienta sumisa y buena.

La vez que me presentó a la joven J. no quise darle consulta, por lo que la madre quedó disgustada conmigo y no fué sino hasta que el hijo partió a Francia cuando decidió llevarla a mi consultorio.

J. es delgada, pálida, de temperamento asténico, "una niña larga", según descripción de la madre. Desde pequeña padece del intestino; primero como su padre, es decir, cuando venía a México, y fué tratada en esta ciudad por casi todos los especialistas de niños, hasta que sin saber cómo, la diarrea desapareció, presentándose únicamente durante los estados emotivos; pero comenzó a quejarse de dolores en el vientre, principalmente en los cuadrantes inferiores. En una ocasión, cuando los dolores se presentaron en el cuadrante derecho, fué operada habiéndosele extraído el apéndice completamente sano.

Después la niña se quejó de flatulencia y después de moco. Mucho tiempo duró con estos síntomas hasta que una vez tuvo un cuadro disentérico y la madre pensó consultar con-

migo. Las siembras de materias fecales buscando gérmenes patógenos, fueron negativas; el estudio parasitológico de las materias fecales, practicado en fresco y por concentración, fué negativo en 6 ocasiones. Le fueron hechos exámenes generales: urea, glucosa, cloruros y potasio sanguíneo, dando resultados normales. El metabolismo fué normal. Un estudio sigmoideo cólico demostró la existencia de pequeñas ulceraciones en grano de mijo, diseminadas en la sigmoidea y que sangran discretamente. El raspado de la mucosa dió gérmenes banales, habiéndose investigado sin encontrar los *Microbacterium tuberculosis*, shigellas y salmonellas, y coliformes. El estudio histopatológico del producto del raspado demostró la inexistencia de un estado inflamatorio específico. La reacción de Mantoux fué positiva al uno por ciento, dando pápula de un cm. por dos mms. de altura. El estado radiológico de los pulmones y del tubo digestivo era normal. Únicamente en la biometría hemática encontré anemia normocítica discreta, sin alteraciones de la fórmula blanca.

Todo esto me obligó a dirigir mis exploraciones en otro sentido. Había explorado a la niña en presencia de la madre y todos los datos anteriores fueron suministrados por la señora, quien alegaba que la niña era muy tonta y no se fijaba en nada. Con gran trabajo logré que la niña hablara conmigo personalmente, y en ausencia de la madre el interrogatorio se llevó en la siguiente forma:

—M. ¿Desde cuándo arrojas moco con tus excrementos?

—J. No recuerdo, pero creo que fué desde muy chica.

—M. En un principio ¿lo arrojabas diariamente?

—J. No; únicamente cuando mi mamá me ponía una lavativa.

—M. ¿Por qué te las ponía?

—J. Porque me veía mala cara y decía que mi lengua estaba sucia.

—M. Y esto ¿era frecuente?

—J. Cuando no quería ir al colegio le decía que me había visto la lengua en el espejo y que la tenía blanca. Ya después casi siempre la tenía blanca.

—M. Pero desde que te conozco nunca te la he visto blanca.
¿Tienes muchas amigas?

—J. No, a mi mamá no le gusta que las tenga, porque dice que no sabe qué clase de niñas sean y que me pueden pegar enfermedades por lo que me conviden a comer.

—M. ¿Qué comes en tu casa?

—J. Leche del clavel muy hervida, cereales, dulce y a veces huevo. Al medio día sopa, carne asada y fruta; en la noche lo mismo. Pero ya tengo ganas de comer lo de todos. No me ponga usted más dietas.

—M. ¿Van amiguitos a tu casa?

—J. Cuando estaba mi hermano en México iban a verme los hermanos chicos de sus amigos pero no me divertían. Los niños me dan mucho miedo. No quise que mi mamá me diera fiesta de quince años, porque no me gusta bailar y me dan miedo los muchachos grandes.

—M. Y. ¿si algún día te tienes que casar como tu hermana?

—J. No, qué horror. ¿Yo casarme? Mejor me voy de monja.

—M. ¿Cuándo te vino la disentería?

—J. La primera vez, cuando mi mamá supo que me había comido un pastel en la calle; estaba yo bien, pero mi mamá me dijo que iba a tener lo mismo que mi prima Henriette; también tuvo disentería, pero ella por comer tortas. Mi mamá me asustó mucho.

—M. ¿Por qué te asusta mucho?

—J. Porque me contó lo que sentían los que se enfermaban y me dijo que era como si tuviera la regla, pero por atrás y con muchos dolores; que mucha gente se había muerto de eso.

—M. Y ese día ¿tuviste sangre como si fuera la regla?

—J. No tanto; poquita y con muchos dolores.

—M. ¿Con qué se te quitó?

—J. Con nada. Al día siguiente ya no tenía nada.

—M. En la actualidad ¿cada cuándo te viene?

—J. Cada vez que me asusto o creo que he comido algo que me hace daño.

Comentario: El ambiente familiar, tan fuertemente cargado de elementos traumáticos, ha hecho que la señorita J. tenga, desde pequeña, una

fijación a la fase intestinal, sin un desarrollo de la fase genital. Dentro de esta última, se ve que tiene terrores y que prefiere renunciar al comercio sexual para no sufrir. La madre castrada ahora y castradora siempre, se ha impuesto. El intestino es para ella el órgano total de su economía a través de él manifiesta sus emociones. "Sudaba" en un principio mucina, que producía putrefacciones y meteorismo; seguramente sus esfínteres cólicos entraban en espasmo y le producían dolores. Estas reacciones cólicas fueron paulatinamente transformándose en una colitis verdadera. Vi las exulceraciones intestinales, y el histólogo determinó ulceración no específica. La enferma misma, con ayuda de la madre, fabricó la colitis. Citando la frase de Stakel (9) "siempre es la angustia la que engendra las enfermedades que se temen". Más adelante (10): "Si no se detiene el mal a tiempo, la angustia se fija. Se forma una asociación firme entre la sensación de angustia y el objeto de angustia, asociación que se convierte en idea preponderante, dominando toda la vida psíquica del enfermo. Ya no es corregible y tiene que calificarse de manía".

Como la madre no quiere comprender que es neurótica, ni acepta tampoco que su hija tenga una enfermedad psicológica, no he podido desplazarla con un psicoterapeuta y me contento con practicar sesiones de psicoterapia en ausencia de la madre. A la señora la he convencido de que abandone un poco a su hija, para que ésta pueda reunirse con gente de su edad, asegurándole que si otras niñas la convidan a comer y se enferma yo podré curarle (ojalá) la enfermedad que se presente.

El caso del Sr. R., de 38 años de edad, si es muy semejante a los descritos por Garma:

Hijo de padre autoritario, madre pasiva y crítica. Buscó una esposa semejante a la madre y sus relaciones genitales le dan un placer muy relativo. Por lo demás, esto también le sucedía cuando, siendo soltero, practicaba el amor con distintas mujeres, escogiendo siempre prostitutas de ínfima categoría con las que regateaba el precio del acto que iba a ejecutar, hasta límites increíbles.

Ya casado, comenzó a tener flatulencia, dolores de tipo cólico y ocasionalmente brotes de disentería.

Igual que en el otro enfermo, todos sus exámenes han resultado negativos.

Compruebo a la exploración somática que es un individuo bien constituido, medilíneo, sin datos patológicos de orden físico de ninguna especie. Psicológicamente es un angustiado y los brotes de colitis verdadera se originan cada vez que pierde el camión que lo ha de conducir desde Puebla hasta el lugar donde trabaja, cerca de Cholula. Tiene la obsesión de la puntualidad, y siempre ha de llegar a los espectáculos o a otro tipo de citas, media hora antes, incluso al camión, que pierde a veces y que desencadena el cuadro. Llega a Cholula tres cuartos de hora antes de que principie su trabajo, habiendo muchos otros camiones con horarios más prácticos que lo pueden dejar cerca de su trabajo, diez minutos antes de la hora de su entrada a trabajar.

En este hombre existe también un factor neurótico ambiental, y las condiciones en que frecuentemente se desarrollan estos padecimientos. Su estado de angustia y su manía de puntualidad parten desde su primera infancia cuando el padre, muy parsimonioso por cierto, le inculcó la necesidad de evacuar el intestino siempre a la misma hora, advirtiéndole que cuando esto no se hacía, se intoxicaba la gente y que conocía personas que se habían muerto de oclusión intestinal, que provenía de no haber acostumbrado evacuar el intestino a la misma hora. El padre, manteniendo su doctrina, obligaba al chico a evacuar el intestino antes de ir al colegio, lo que hacía a las 7 de la mañana; un día que no lo pudo hacer, lo encerró en el baño donde sintió que se asfixiaba porque todo estaba cerrado herméticamente. Su angustia se manifiesta ahora cuando no puede cumplir su horario "sudando el intestino", y cuando la angustia es grande, "suda sangre".

El hombre, mal dotado intelectualmente, poco comprende las cosas; pero su fijación al médico ha hecho que se logren algunos resultados prácticos (ya perdió un camión y no tuvo colitis).

Como me ha preguntado si podría serle infiel a su mujer, le he explicado, alrededor de eso, el mecanismo de la tacañería y su relación con el goce sexual que desea.

Además de los casos que he referido, encuentro entre mis historias clínicas, 250 en las cuales el factor psicológico es francamente la causa del desencadenamiento de la colitis. En mis otros casos, unos catalogados, otros que han quedado grabados en mi mente, los elementos psíquicos han favorecido las recaídas, prolongando la curación, o han hecho más dramático el cuadro.

No creo que sea una utopía pedir al médico que atienda el factor psicológico y que sepa delimitar con precisión la causa de la enfermedad para realizar una terapéutica efectiva.

BIBLIOGRAFIA

1. **Steiba, R.** Psicogénesis de las colitis. Revista de Psicoanálisis, 2 : 671-707, 1945.
2. **Steiba, E.** Loc cit.
3. **Freud, S.** Obras completas de Freud. Tomo II. Vol. 7. Editorial Americana, Buenos Aires.
4. **Alexander, F.** The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disorders. Symposium. Psychoanalytic Quarterly. 3: 501, 1934.
5. **Jackson, Dan D.** The psychosomatic factors in ulcerative colitis. Psychosomatic Medicine, 8: 278, 1946.
6. **Borcesco A. y Corrieano.** Les colosphincters et les colospasmes. pp. 15. Ed. Masson, Paris, 1936.
7. **Udaondo, B. C.** El Colon Irritable, pp. 21 Ed. Aniceto López. Buenos Aires, 1942.
8. **Garma, A.** Patología psicósomática. pp. 89. Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires, 1938.
9. **Siekel W.** Estados nerviosos de angustia y su tratamiento. pp. 208. Ed. Editorial Guran. Buenos Aires, 1947.
10. **Siekel, W.** Loc. cit.