

Sección: Revisión de temas

**Colitis ulcerativa:
¿una enfermedad psicosomática?**

Guido Mauricio Romero G.*



RESUMEN

La revisión que se realiza en el presente artículo pretende mostrar la evolución histórica de ver el aspecto psicológico como factor causal de la colitis ulcerativa. Este enfoque se inició hace 60 años aproximadamente, con los trabajos pioneros de Cecil D. Murray en el Hospital Presbiteriano de la ciudad de New York. Es un aporte para lograr una mayor comprensión en los fenómenos que contribuyen a su génesis, dentro de una concepción de su perspectiva bio-psico-social.

otras, es el resultado de una alteración ambiental que, casi siempre se vivencia como una tensión poco usual⁴.

El vacío de conocimiento que se acaba de señalar llevó al presente autor a intentar una aproximación sobre la evolución histórica del concepto psicosomático en la CU. Para ello se realizará una descripción breve de la entidad clínica, de su incidencia y de otros elementos etiológicos. Después se verá cómo desde 1930 hasta la época actual diferentes personalidades han respondido a la pregunta frente a entidades como la CU: "¿Qué variables del comportamiento, actitudes y condiciones sociales facilitan su aparición?"

GENERALIDADES

Cuadro clínico. En la enfermedad inflamatoria intestinal idiopática, casi siempre el tracto digestivo bajo, es el sitio primario de ataque, pero como la enfermedad es en realidad de carácter general muchos otros órganos están comprometidos. En una serie de 676 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal idiopática, se describe la coexistencia de ambas entidades, CU y EC, en 10% de los casos. Allí surge la interesante posibilidad que los dos trastornos sean respuestas tisulares que difieren al mismo ataque, en segmentos anatómicamente distintos del intestino⁵.

La CU comienza de manera característica en el recto sigmoide, pero se puede extender y comprometer todo el colon. A su vez, la EC ataca el íleon terminal, aunque en ocasiones puede afectar el colon. Los hallazgos microscópicos en ambas entidades son sustancialmente distintos pues mientras en la CU son inflamatorios, inespecíficos y continuos, en la EC son cambios granulomatosos y continuos (Cuadro 1).

Tanto la colitis ulcerativa (CU) como la enfermedad de Crohn (EC) son entidades de etiología desconocida, de curso crónico. La tendencia actual es agruparlas como una enfermedad inflamatoria intestinal idiopática, con tendencia a remisiones y exacerbaciones¹. Es una entidad rara que compromete inicialmente la mucosa y submucosa del intestino².

La identificación de los factores etiológicos en algunas enfermedades crónicas requiere un análisis que permita comprender cuáles son las variables determinantes y cómo actúan en la génesis del estado mórbido. Tales variables se pueden definir así: a) vulnerabilidad constitucional; b) procesos intrapsíquicos; c) factores ambientales; d) la manera como se relacionan los tres factores previos para la aparición clínica del trastorno³.

En algunas enfermedades, la herencia es el factor predominante; en otras, las vicisitudes de la vida a lo largo de las distintas etapas (incluida la intrauterina) y en algunas

* Médico Psiquiatra, Servicio de Salud de Bogotá, Colombia.

Cuadro 1
Hallazgos Clínicos y Patológicos en la
Colitis Ulcerativa y la Enfermedad de Crohn

	Colitis ulcerativa	Enfermedad de Crohn
Diarrea	Severa	Moderada
Sangrado rectal	Común	Raro
Dolor abdominal	Frecuente	Severo
Pérdida de peso	Moderado	Severo
Retardo en el crecimiento	Leve	Severo
Manifestaciones generales	Comunes	Comunes
Distribución de lesiones	Continuas	Focales
Patología	Inflamación difusa	Granulomas
Riesgo de cáncer	Alto	Bajo*

* Excepto que coexista con una colitis ulcerativa.

Tanto en la CU como en la EC el cuadro característico es de diarrea mucoide sanguinolenta que es más frecuente y grave en la primera. En las dos entidades es común encontrar dolor abdominal y fiebre. En el cuadro sintomático, que puede preceder o acompañar al período de estado, ya sea el inicial o la recidiva, hay: artritis seronegativa y espondilitis que por lo general son transitorias, asimétricas, no deformantes y no guardan relación con el HLA-B27; manifestaciones dérmicas como eritema nodoso y pioderma gangrenoso; oculares como la escleritis y la uveítis; afecciones hepáticas como degeneración grasa, colelitiasis, colangitis esclerosante, hepatitis y colangiocarcinoma; y otras más raras como tromboembolismos, pleuropericarditis y urolitiasis¹.

Epidemiología. La CU tiene entre 2.1 y 4.6 por 100,000 de incidencia⁷. Las mujeres son más afectadas que los hombres en proporción 5 a 4. La enfermedad compromete todas las edades, pero la incidencia es mayor entre la segunda y tercera décadas de la vida⁸. En los niños el cuadro es más severo y ataca una mayor extensión del colon. Se ha demostrado la coexistencia de un factor familiar, probablemente más ambiental que cromosómico⁹.

La CU es tres veces más frecuente en judíos que entre no judíos¹⁰. Ya en 1950 se hablaba de casi 4.2% como tasa de prevalencia de CU entre judíos¹¹. En otro estudio¹² se estableció una tasa de prevalencia de 0.94%. Todos estos hallazgos obligaron a Rosenbaum⁸ a plantear que la relativa alta prevalencia entre los judíos, haría necesarias investigaciones psicosociales y genéticas para ayudar a comprender el porqué de ese patrón.

Diagnóstico de la colitis ulcerativa. El examen

coprológico muestra hematíes y leucocitos. La sigmoidoscopia indica colitis que se confirma por biopsia rectal. Los coprocultivos son negativos y con ausencia de parásitos. El cuadro hemático puede revelar anemia, leucocitosis con desviación a la izquierda, trombocitosis y aceleración de la velocidad de sedimentación globular. La albúmina sérica puede estar baja o normal. Un enema con bario muestra colitis; los hallazgos pueden ser normales en los estadios iniciales. La serie de vías digestivas altas usualmente es normal.

Tratamiento biomédico de la colitis ulcerativa. La sulfasalazina = salicilazo-sulfapiridina (Azulfidin®) es la droga de elección en casos de mediana o moderada intensidad. Se pueden agregar corticoides si la sulfasalazina es insuficiente. También se puede ofrecer consultoría psiquiátrica para asistir al paciente, o a sus familiares.

La cirugía curativa es la colectomía. Está indicada en casos de perforación, megacolon tóxico, hemorragia masiva, efectos secundarios severos de la corticoterapia y malignidad. Casi siempre se suministra alimentación parental a los pacientes que tienen compromiso en su estado de nutrición.

Resultado de la terapia con azulfidina. La azulfidina la introdujo Swartz¹³ para el tratamiento de CU. Otros estudios comprobaron que esta droga induce una remisión en la sintomatología de muchos pacientes¹⁴. La experiencia de Karush *et al*⁴ mostró que los pacientes tratados con azulfidina presentaban remisión lenta en su sintomatología. Se necesitaron casi 2 meses para que 50% de los enfermos tratados con este agente hicieran una remisión sintomática completa; por esta razón se sugirió el uso de la azulfidina como un profláctico en las recaídas⁴.

Resultados de la terapia con esteroides. El desarrollo de los esteroides en 1950 aportó el mayor cambio en el manejo de la CU¹⁶. En el curso de 5 años el estudio británico controlado¹⁶ investigó y demostró en forma definitiva que los esteroides en dosis moderadas inducían la remisión sintomática en pacientes con CU. Las experiencias posteriores confirmaron estos hallazgos.

La remisión de los síntomas en los pacientes que recibieron esteroides se produce en 50% durante el primer mes de tratamiento¹⁷. Los esteroides aceleran la remisión y la sostienen, como lo muestra que 75% de los casos a los 6 meses permanezcan asintomáticos frente 60% de la era pre-esteroides. Los esteroides se administran en dosis moderadas, por un período de 3 meses; y se retiran en

forma progresiva. Se ha visto que cuando los esteroides inducen una remisión rápida, el paciente presenta una recaída temprana.

Factores pronósticos. La severidad del cuadro clínico en la CU varía directamente con la extensión del compromiso en el tejido del colon. Hay un pronóstico pobre en relación directa con la magnitud del ataque, según demuestra la radiografía¹⁸. Los episodios de CU de gran severidad son premonitorios de evolución y pronóstico malos. Esto se conoce desde cuando Bone *et al*¹⁹ encontraron que en 70% de los pacientes con un cuadro sintomático severo la enfermedad evolucionaba tórpidamente y era necesaria la cirugía como tratamiento en 50% de ellos.

Otros estudios establecen una correlación importante entre la severidad de los ataques y el curso de la enfermedad; sin embargo, cuando el primer ataque es de intensidad leve, es difícil predecir su evolución posterior²⁰. Otro factor pronóstico es el uso de corticoides si son necesarios en el primer episodio; el pronóstico es pobre en relación con los pacientes que los precisan en las recaídas²¹. Si pasan más de 6 meses y apenas se logra la remisión del cuadro sintomático, el pronóstico es igualmente pobre. Se ha visto que este período prolongado guarda relación directa con la cantidad de tejido colónico comprometido.

¿LA COLITIS ULCERATIVA ENTIDAD PSICOSOMÁTICA?

Aproximación inicial: años 1930-1950. Durante estas décadas se produjo el primer paso para que el tratamiento, hasta entonces de sostenimiento e intervencionista, pudiera ser de tipo médico y conservador, con la aparición en el campo farmacológico de la azulfidina.

En el inicio de la década de 1930 el Departamento de Medicina del Hospital Presbiteriano, Universidad de Columbia, New York (siendo Jefe del Departamento el doctor George Draper) adelantó un estudio sobre CU dirigido por Murray²². En el primer informe se describió la relación entre los trastornos emocionales y la aparición del complejo sintomático. También se detalló cómo existía en un caso que estaba analizando, una mala relación entre la madre y la paciente, pues ésta agredió físicamente a aquélla. Después Murray²³ afirmó que quienes padecían CU eran personas emocionalmente inmaduras, que permanecían en un estado básico de aprehensión frente a la vida.

En 1938 Sullivan²⁴ en New Have, hizo que los sujetos con cuadro de CU severa adelantaran simultáneamente con el manejo médico, un tratamiento psiquiátrico. Sullivan

ya en 1935 había descrito en 5 de 7 adultos jóvenes las características de las relaciones con sus respectivas madres y confirmó los hallazgos de Murray²³ de agresión física hacia la figura materna en 4 de ellos y a una hermana mayor en el quinto (no comprobó en los otros 2 pacientes este tipo de vínculo con sus madres). Sullivan, afirmó que en los pacientes con episodios recidivantes de colitis ulcerativa, las alteraciones emocionales juegan un papel importante e hizo notar además, que los pacientes no comentan estos incidentes sino varias semanas después de la recaída²⁵. Una vez ocurrida la sobreestimulación emocional, la diarrea tardaba entre 24 y 48 horas en aparecer y la gravedad del complejo sintomático guardaba relación directa con la intensidad con que se vivía el conflicto emocional desencadenante²⁴. Asimismo se contrastó la personalidad de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica y los de CU, y se hizo ver que mientras los primeros son activos, enérgicos, dinámicos y se enfrentan con resolución al dolor agudo, los segundos son pesimistas, asumen la vida con aprehensión y se frustran con facilidad ante los conflictos²⁶.

Daniels²⁷ estudió 25 enfermos de CU de los cuales, en 8 no les pudo encontrar una causa psicológica evidenciable. La muerte de una persona próxima e influyente fue la catalpa para la eclosión del complejo sintomático en uno de los casos; la indecisión frente al matrimonio lo fue para 2 pacientes solteros; en otros 2 la disfunción del matrimonio y en 3 más el embarazo, parto o puerperio²⁷. Daniels²⁸ contrastó la personalidad de los pacientes con colitis espástica y CU y encontró en los primeros un carácter narcisista frente a las tendencias psicóticas y neuróticas de los otros. El mismo autor²⁷ afirmó que esos núcleos psicóticos y neuróticos juegan un papel crucial en el pronóstico de la CU.

Un período de grandes avances: las décadas 1950 y 1960. Karush *et al*⁴ confirmaron la observación original de Murray²³ acerca de la existencia de carácter y actitudes especiales en los pacientes con CU siendo los rasgos más comunes: inmadurez emocional, dependencia, sensibilidad, egocentrismo, ansiedad neurótica, personalidad infantil y necesidades de afecto, simpatía, admiración y protección en mayor grado que en otros sujetos. Asimismo, se observó la conexión entre los estados emocionales agudos y la aparición de la enfermedad⁴.

Lindeman²⁹ empezó a confirmar los hallazgos de Murray^{22,23} pero resaltó que la experiencia más frecuente que precipita el complejo sintomático es la falta de seguridad, sobre todo cuando una enfermedad severa produce la pérdida de una persona de gran significancia

emocional. Afirmó en su trabajo que la exploración psiquiátrica en la fase aguda de la CU mediante una técnica de reconstrucción de la historia personal, debe permitir que el paciente exprese fantasías primitivas y tenga la posibilidad de manifestar sus conflictos reprimidos. Lindemann²⁹ empleó para la CU una técnica que denominó terapia anaclítica a la cual ingresaban los pacientes que después de 5 años no progresaban con otras psicoterapias.

Margolin³⁰ preconizó una terapia superficial donde el terapeuta aporta cariño, indulgencia, tolerancia, capacidad para manejar la ansiedad y le permitía al paciente emplear un sistema de ensayo y error, en un ambiente propicio para la confiabilidad y donde el terapeuta asumía el cuidado del paciente, en términos de nutrición, aseo, medicamentos y un ambiente agradable. En los pacientes, la regresión fue severa. Se les concedía un período de permisibilidad absoluta y hasta la comida la daba el terapeuta. El objetivo de esta conducta era reeditar los conflictos más tempranos posibles³⁰; se comprobó que la terapia de corta duración fue de pobres resultados; igual situación se observó con la terapia anaclítica⁴.

Daniels *et al*³¹ en su grupo de estudio de CU lograron la cooperación de psiquiatras, cirujanos y gastroenterólogos e instauraron una valoración combinada que permitió una aproximación total en el manejo de los pacientes con CU.

Grace & Wolf³² hicieron énfasis en que el sujeto con CU debe poder verbalizar sus complejos y dificultades en un ambiente libre de crítica del terapeuta. Especial consideración terapéutica deben tener los enfermos bajo estrés.

El aporte del psicoanálisis. Alexander³³, así como otros miembros del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, realizaron una aproximación hipotética de la génesis de la CU, derivada de las psicoanalíticas tempranas teorías de la sexualidad infantil que desarrollaron Freud y Ferenczi.

Según Alexander³³, la CU se puede explicar en función de fantasías infantiles de estar siendo atacado por las funciones de defecación. Para él todo estímulo emocional, tiene una conexión con las fantasías excretorias infantiles (fase anal), de donde es posible desarrollar una afinidad particular por las funciones del colon. De manera básica iguala la defecación simbólicamente, con actos de dar y recibir. Asimismo enfatiza que la diarrea representa una expresión inconsciente de hostilidad.

También advirtió que la rápida liberación de los impulsos hostiles reprimidos hacia la madre, podría ser una

sobrecarga para el frágil "yo" de estos enfermos. Para muchos casos, recomienda una psicoterapia de apoyo superficial, pues una psicoterapia profunda puede ser el gatillo que precipite un episodio psicótico³³.

En un período posterior Alexander *et al*³⁴ sostuvieron que el conflicto clave en la CU era la pérdida de los deseos de triunfo cuando los pacientes se enfrentaban a una exagerada responsabilidad que demandara esfuerzos y concentración. Estos autores afirmaron que la predisposición a perder los deseos de triunfo se aumentaba desde la temprana infancia, cuando los pacientes eran expuestos a retos prematuros y excesivos por parte de padres ambiciosos, casi siempre las madres. Las madres posesivas-ambiciosas transferían al hijo parte de sus pesadas y grandes expectativas que lo impelían a asumir metas irreales con el fin de asegurar el aprecio de ellas. Una consecuencia común de esta situación para el frágil yo es su desintegración. Esta hipótesis permitió plantear ciertas explicaciones para la frecuente asociación entre psicosis y CU³⁴.

Un modelo biopsicosocial. Engel³⁵, fue influido extensamente por los planteamientos iniciales de Alexander³³ pero, posteriormente evolucionó y replanteó la hipótesis de la etiología y tratamiento de la CU.

De acuerdo con él, las máximas expectativas de una psicoterapia formal las deben exponer el paciente. Las remisiones de la enfermedad ocurren con o sin psicoterapia, pero Engel resaltó que la psicoterapia ofrece una mayor oportunidad de remisión. También enfatizó que una psicoterapia intensiva se debe continuar tanto tiempo como el colon requiera para recuperar su arquitectura normal, verificada tanto por radiología como por sigmoidoscopia.

Cuando la enfermedad avanza pese a tener establecido un proceso psicoterapéutico se presenta un recrudecimiento de los cambios orgánicos incluidos abscesos, fístulas y pseudopólipos, la cirugía puede estar indicada, pero el terapeuta continuará visitando al paciente cuando esté bajo el tratamiento del cirujano, tanto antes como después de la cirugía, pues ésta puede llegar a fracasar.

Las observaciones de Engel no están libres de contradicciones. Por una parte, afirma que la CU implica algún tipo de defecto biológico en el colon, sin prueba alguna que la psicoterapia (cualquiera que sea su modalidad) haya sido capaz de modificar este defecto. La principal contribución de la psicoterapia ha consistido en ofrecer al paciente recursos de manejo para afrontar su problema.

Por otra parte, no es posible explicar mediante qué mecanismos la psicoterapia eleve la tolerancia funcional del colon.

Engel difiere de las hipótesis de Alexander en cuanto al sentido simbólico de la diarrea y la defecación. Hace énfasis en que las crisis comienzan por lo general con hemorragias cuando los pacientes han sido forzados por las circunstancias a asumir una mayor independencia de la que pueden manejar. Define el estado afectivo en las conyunturas críticas donde la pérdida de la ayuda, de los deseos de triunfo y las exigencias de poder exigen mucho del yo^{35,36}.

Engel^{35,36} y Karush *et al*³⁷ coinciden en que la disposición psicológica a la colitis ulcerativa se centra en una relación simbólica con la madre, que es la relación determinante de todas las futuras relaciones. Ellos especulan que la reacción de separación se asocia con procesos fisiológicos no específicos y no en un significado psicológico primarios.

Estado actual. La polémica actual continúa la línea instaurada por Alexander y Engel en las décadas pasadas. Como lo refiere Engel³⁶ el síntoma predominante de la CU es el sangrado rectal, siendo menos notorios todos los demás síntomas.

La investigación clínica en los años recientes se ha centrado sobre todo en factores infecciosos y auto-inmunes⁴. Las lesiones de la mucosa del colon en la CU se encuentran muchos años antes que la enfermedad les dé evidencia clínica; tal puede ser el defecto biológico en el colon.

Para Weiner³⁸ la orientación de los estudios en la etiología de la CU se debe concentrar en las características de personalidades de los pacientes, la presencia de determinados tipos de conflictos intrapsíquicos, y la categoría de los hechos asociados con las remisiones y recaídas de la enfermedad.

Según Rosenbaum⁸, la personalidad que con más frecuencia caracteriza a estos pacientes es el tipo compulsivo con la marca de una importante figura parental, casi siempre la madre. Son individuos perfeccionistas, pulcros, ordenados, obstinados, conformistas y puntuales⁸. Engel³⁶, anota que estas características cambian durante la fase activa de la enfermedad y convierten al sujeto en un individuo sumiso, que ve la vida con aprehensión, como un perdedor. Además, se torna abiertamente demandante, lo que crea un problema adicional en su manejo³⁵. Mu-

chos enfermos son inmaduros, desarrollan una dependencia extrema de sus padres o sustitutos y observan una relación simbiótica con ellos⁸.

Los aspectos psicosomáticos de la CU son claros; sus bien conocidos síntomas reeditan patrones de conducta de dependencia infantil, autoerotismo y obsesividad³⁷. Si se puede mostrar que los factores psicosociales son importantes, y casi siempre lo son en estos pacientes, la intervención psiquiátrica la establecería el médico tratante.

Las técnicas pueden ser variadas, desde manipulación ambiental, soporte, ventilación, catarsis, terapia de familia y de largo término en casos seleccionados³⁹. El tipo de intervención se hará de acuerdo con las necesidades del caso y con la situación familiar y socioeconómica del enfermo.

Como en otras entidades se debe recomendar el mantenimiento de la consulta continua con un psiquiatra. Asimismo se aconseja conservar las relaciones con el cirujano y con el médico de cuidado primario.

Cambio en algunas verdades. Como afirman Paykel *et al*⁴⁰ los síntomas emocionales más frecuentes que se asocian con los trastornos intestinales son los estados ansiosos y depresivos acompañados de síntomas como náuseas, vómito o diarrea, por ejemplo.

Pero al abordar el asunto de la enfermedad intestinal inflamatoria idiopática, no se apreciaron asociaciones entre los trastornos del colon y la psicopatología⁴¹ en contra de lo dicho en estudios previos^{27,28}. Estos autores⁴¹⁻⁴³ sólo encontraron 10% como prevalencia de depresión clínica en los pacientes con CU. Así les fue posible sostener que la coexistencia de CU con psicopatología asociada, no es más alta que en otras enfermedades crónicas.

Helzer *et al*⁴⁴ fueron un poco más específicos pues en su trabajo no vieron asociaciones de CU con trastornos psiquiátricos diagnosticables en la población sana de control; afirman que en un paciente con un trastorno psiquiátrico concomitante con una CU, la psicoterapia apropiada modificará el curso de ambas entidades en una forma significativa⁴⁴. Iguales declaraciones hicieron Andrews *et al*⁴⁵ y Tarter *et al*⁴⁶.

Según Cooper⁴⁷, en los pacientes con CU hay una puntuación alta al aplicarles el Inventario de Perfil Obsesivo de Leyton; sin embargo, los resultados no guardan relación con la intensidad y severidad del cuadro clínico.

Una explicación de porqué se cree tan alta la asociación de CU y trastorno psiquiátrico, la ofrecen Hall *et al*⁴⁸ quienes revisaron los casos de 14 pacientes con CU y psicosis inducida por esteroides, donde había labilidad emocional, distractibilidad, insomnio, depresión, perplejidad, agitación, alucinaciones visuales y auditivas, estupor y cata-tonia. Estos pacientes pueden desarrollar un estado "cushingoide" donde es factible observar un mal funcionamiento del intestino que incluye el sangrado intestinal. En sujetos esquizofrénicos con CU⁴⁸; bajo tratamiento con esteroides que presenten un cuadro psicótico, la primera medida terapéutica consistirá en reducir o descontinuar los esteroides⁴⁹.

Algunas consideraciones finales. Existe la necesidad sentida de realizar una aproximación biopsicosocial del paciente con CU enfoque que debe conducir a la organización de grupos multidisciplinarios que inclirán internistas, cirujanos, psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales, en los centros donde se atiendan estos enfermos.

Se ha demostrado la existencia de factores emocionales que desencadenan las fases iniciales y las recidivas. Asimismo muchos autores a lo largo de 6 décadas conceden a la psicoterapia un papel básico en la prolongación de los períodos intercríticos, pero ninguno para acortar o disminuir la intensidad de un episodio agudo, aunque el evento desencadenante sí guarda relación con la intensidad y duración de la sintomatología y extensión del tejido colónico comprometido, factores éstos de gran importancia en términos de pronóstico.

Hasta aquí se ha tratado de recapitular algunos intentos de respuesta al interrogante inicial, a lo largo de 6 décadas de aproximación al problema de CU como entidad psicósomática.

SUMMARY

This paper reviews the historical evolution of viewing the psychological aspect as an etiological factor in ulcerative colitis. The process began approximately 60 years ago with the pionner work of Cecil D. Murray at the New York Presbyterian Hospital. This is a contribution toward a better understanding of the phenomena that play a part in the genesis of this condition, within the conceptual framework of a bio-psycho-social perspective.

REFERENCIAS

1. Danzi, JT. Extraintestinal. Manifestation of idiopathic

inflammatory bowel disease. *Arch Intern Med*, 1988, 148: 297-302.

2. Storer, EH, Goldberg, SM & Nivatvong, S. Colon, rectum and anus. En Schwartz, S, Shires, ST, Spender, F & Storer, E (eds) *Principles of surgery*. Mc Graw Hill, New York, 1979.
3. Lipowski, ZJ. *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. Plenum Medical Book Co, New York, 1985.
4. Karush, A, Daniels, GE, Flodd, Ch & O'Connor, JF. *Psychoterapy in chronic ulcerative colitis*. WWB Saunders Co, Philadelphia, 1977.
5. Robbins, SL. *Patología estructural y funcional*. Interamericana, México, 1975.
6. Perlman, NT & Broberger, O. Lower gastrointestinal system. En Miescher, P & Mueller-Eberhard, H (eds) *Textbook of immunopathology*. Grune & Stratton, New York, 1968.
7. Schwartz, S, Shires, T, Spencer, F, Storer, E. *Principles of surgery*. Mc Graw Hill, New York, 1979.
8. Rosenbaum, M. Ulcerative colitis. Psychosomatic illness review. *Psychosomatics*, 1983, 24: 515-529.
9. Graef, JW & Cone, TE Jr. *Manual of pediatrics therapeutics*. 2nd ed, Little, Brown & Co, Boston, 1980.
10. Morowitz, DA & Krisner, JB. Ileostomy in ulcerative colitis. A questionnaire study of 1803 patients. *Am J Surg*, 1981, 141: 370-375.
11. Sloan, WP Jr, Burgen, JA & Gape, JR. Life histories of patients with ulcerative colitis: a review of 2000 cases. *Gastroenterolgy*, 1950, 16: 26-38.
12. Kirsner, JB. Ulcerative colitis. Recents developments. *Scand J Gastroenterol*, 1970, 6 (S): 63-67.
13. Swartz, N. Salazopyrina a new sulfanilamide preparation. *Acta Med Scand*, 1942, 110: 557-568.
14. Swartz, N. The treatment of 12 cases of ulcerative colitis with salazopyrine and hyper-sensitiveness to sulfa. *Acta Med Scand*, 1948, 206: 465-472.
15. Truelove, SC. Cortisone in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. *Br Med J*, 1955, 4: 310-317.
16. Truelove, SC & Witt, LS. Cortisone and corticotropin in ulcerative colitis. *Br Med J*, 1959, 1: 387-395.
17. Flood, CA & Sweeting, J. Results of medical therapy in ulcerative colitis. En Gregor, O & Riedl, O. *Modern gastroenterology*. Schattaver, Verlag, Stugart (ed), 1969.
18. Nefziger, MD & Acheson, ED. Ulcerative colitis in the US Army. Follow-up with particular reference to mortality in cases and controls. *GUT*, 1944, 4: 183-190.
19. Bone, FC, Ruffin, JM, Baylin, GJ & Gassel, C. The clinical course of idiopathic ulcerative colitis. *South Med J*, 1950, 43: 817-823.
20. Jalan, NK, Prescott, RJ, Sircus, WZ *et al*. An experience of ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 1970, 59: 598-602.
21. Carlesson, R, Fristedt, F & Philipson, J. Ulcerative colitis. A follow-up investigation of a 20 year primary material. *Acta Med Scand*, 1962, 176: 647-651.
22. Murray, CDA. Psychogenic factor in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Am J Med Sci*, 1930, 180: 239-251.
23. Murray, CDA. A brief of psychological analysis of a patient with ulcerative colitis. *J Nerv Ment Dis*, 1930, 72: 617-624.
24. Sullivan, AJ. Psychogenic factor in ulcerative colitis. *Am J Dig Dis Nutr*, 1935, 2: 651-656.
25. Sullivan, AJ & Chadler, CA. Ulcerative colitis of psychogenic factors. Report of six cases. *Yale J Biol Med*, 1932, 4, 779-784.

26. Sullivan, AJ, Brown, WT & Prev, WP. Ulcerative colitis and the personality. *Am J Psychiatry*, 1938, 95: 407-413.
27. Daniels, GE. Practical aspects of psychiatric management in psychosomatic problems. *NY State J Med*, 1941, 41: 1727-1729.
28. Daniels, GE. Treatment of a case of ulcerative colitis associated with hysterical depressions. *Psychosom Med*, 1940, 2: 276-278.
29. Lindemann, E. Modifications in the course of ulcerative colitis in relationship changes in life situation and reaction patterns. *Proc Assoc Res Nerv Men Dis*, 1949, 29: 706-712.
30. Margolin, SG. *The anaclitic factor in the practice of medicine. Current of psychiatric therapies*. Part 3, Grune & Stratton, New York, 1962.
31. Daniels, GE. Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis. *Psychosomatics*, 1962, 24: 85-93.
32. Grace, WJ & Wolff, HG. Treatment of ulcerative colitis. *JAMA*, 1951, 146: 981-985.
33. Alexander, F. *Psychosomatic medicine*. WW Norton & Co, New York, 1950.
34. Alexander, F, French, T & Pollack, GH. *Psychosomatic specificity*, vol I, University of Chicago Press, Chicago, 1968.
35. Engel, GL. Studies of ulcerative colitis. V. Psychological aspects and their implication for treatment. *Am J Gastroenterol*, 1958, 3: 315-337.
36. Engel, GL. Biologic and psychological features of the ulcerative colitis patient. *Gastroenterology*, 1961, 40: 313-317.
37. Karush, A, Daniels, GE & O'Connor, JE. The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis. Pre-treatment factors. *Psychosom Med*, 1968, 30: 255-276.
38. Weiner, H. *Psychology and human disease*. Elsevier, New York, 1977.
39. Conte, HR & Karasu, TK. Psychotherapy for medically ill patients. Review and critique of controlled studies. *Psychosomatics*, 1981, 22: 285-291.
40. Paykel, ES, Prusoff, BA & Uhlenhuth, EH. Scaling of live events. *Arch Gen Psychiatry*, 1971, 25: 340-347.
41. Mendeloff, AI, Monk, M, Siefel, CI & Lienfield, A. Illness experience and life stress in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *N Engl J Med*, 1970, 282: 14-17.
42. Esler, MD & Goulston, KJ. Levels of anxiety in colonid disorders. *N Engl J Med*, 1973, 288: 16-21.
43. Schoenberger, P. An experience of ulcerative colitis. *Br J Psychiatr*, 1983, 143: 517-518.
44. Heltzer, JE, Stillings, WA, Chammas, S, Norland, CC & Alpers, DH. A controlled study of the association between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses. *Dig Dis Sci*, 1982, 27: 513-518.
45. Andrews, H, Barczak, P & Allan, RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*, 1987, 28: 1600-1604.
46. Tarter, RE, Switala, J, Carra, J & Edwards, K. Inflammatory bowel disease. Psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiatr Med*, 1987, 2: 173-176.
47. Cooper, J. The Leyton obsessional inventory. *Psychol Med*, 1970, 1: 48-53.
48. Hall, RCW, Popkin, MK, Sticheny, SK & Gardner, ER. Psychoses. *J Nerv Ment Dis*, 1979, 167: 229-235.
49. Alcena, V & Alexopoulos, G. Ulcerative colitis in association with chronic paranoid schizophrenia. A review of steroid induced psychiatric disorders. *J Clin Gastroenterol*, 1985, 5: 400-404.