

ACERCA DE LA ILEOCOLITIS DE CROHN



DORRIT BUSCH

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA

4 de agosto 2017

Introducción

En trabajos anteriores realizamos el intento de aproximarnos a la comprensión de algunos significados inconscientes que se expresan a través de la enfermedad de Crohn (Busch, 2013; 2013a; 2014, 2015; 2017).

En las primeras comunicaciones centramos nuestro interés en la zona del íleon, su función de absorción sobre todo de las sales biliares, y en las Placas de Peyer (que realizan una función muy importante de inmunidad), ubicadas en esa zona del intestino. Asimismo describimos la importancia de la lactancia materna y la consiguiente instalación de la flora bacteriana intestinal protectora. Consideramos que la frustración en los deseos de ser nutrido y abastecido de un modo regresivo se vinculaba con sentimientos de miedo y vivencias de despecho y cólera.

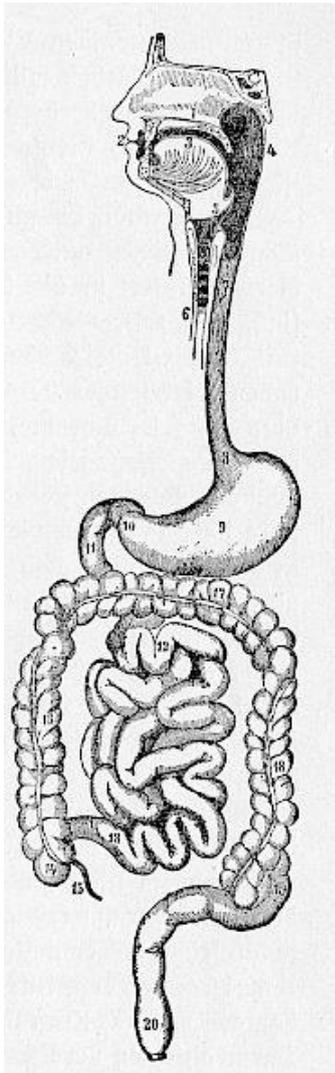
En los siguientes trabajos, y pensando siempre que la localización más común se daba en esa región, continuamos estudiando la zona del íleon e intentamos profundizar la vinculación de esta enfermedad con las sales biliares y su reabsorción en la circulación enterohepática. Dijimos que se trata de una actividad digestiva caracterizada por el miedo y el odio, o sea, de una digestión demasiado agresiva que impide absorber lo que se digirió.

En esta comunicación, y a partir de los aportes y las sugerencias que se plantearon durante las discusiones que tuvieron lugar en aquellas presentaciones, trataremos de unificar las ideas que se fueron destacando como más significativas y nos centraremos en la íleocolitis de Crohn¹ que, según estuvimos averiguando, es la forma de presentación de esta dolencia que actualmente se considera como más típica y frecuente.

¹ A lo largo del trabajo la señalaremos como EC

Descripción

"...el proceso denominado enfermar constituye (...) un último recurso para gestionar las dificultades que la vida presenta, y el uso de ese recurso es tan frecuente como para ser considerado habitual" (Chiozza, 2016, pág. 98).



La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria inespecífica de causa desconocida que, si bien puede afectar cualquier tramo del tubo digestivo desde la boca al ano, es más común que se localice en el íleon y el colon (íleocolitis)².

En el ser humano el tubo digestivo, llamado también conducto alimentario, tiene una longitud de 10 a 12 metros, siendo seis o siete veces la longitud total del cuerpo. En su trayecto a lo largo del tronco discurre por delante de la columna vertebral. Comienza en la cara, desciende luego por el cuello, atraviesa las tres grandes cavidades del cuerpo: torácica, abdominal y pélvica.

A través del tubo digestivo el ser humano incorpora la materia que necesita para poder subsistir. A lo largo de este tubo el alimento se transporta, se procesa, se absorbe y se almacenan los desechos hasta su eliminación. En pocas palabras podríamos decir que, a través de él la materia ingresa al organismo para ser incorporada o desechada.

Queremos señalar aquí que para Chiozza la "materia", cuya etimología se vincula a la "madre", y la "idea", serían respectivamente equiparadas en el inconsciente al rol materno-placentario, o sea a los aportes materiales, y al rol embrionario-fetal, ya que el feto materializa gracias a su "hígado" y a su madre "placenta" las protoimágenes contenidas en el ello como ideal del yo (1963-1970; pág

27). En otras palabras: necesitamos de "la materia" para poder materializar las formas ideales y los proyectos, o sea, para lograr una identidad saludable.

En este sentido Chiozza escribe que: "Es necesaria la incorporación de sustancia. Solamente la 'realización' de este proceso destructivo-incorporativo completo conduce a la alimentación-asimilación que puede proteger al yo de la

² Bibliografía médica consultada: Cossio, 1955; Harrison, 1998; Farreras-Rozman, 1982; Sáez, 2006; Scacchi, 2003; Avunduk, 2006; Boerr/Hadad, 2014; Best y Taylor, 1991; Robbins, 1995.

autodestrucción. La envidia, para ser eficaz como defensa, debe contener por lo tanto la 'esperanza' de la introyección..." (ibíd., pág. 67).

Volvamos a la enfermedad que estamos estudiando. Suele tener una evolución crónica e imprevisible y una proporción significativa de pacientes con una presentación inicial aguda se recupera por completo. Pertenece al grupo de la llamada enfermedad inflamatoria intestinal, en el cual se incluye la colitis ulcerosa, con la que presenta muchas semejanzas.

Estas dos enfermedades que cursan a través de una inflamación, se diferencian de otras patologías intestinales que no son inflamatorias como, por ejemplo, el colon irritable, donde se trata sobre todo de una irritación y de un trastorno en el tránsito intestinal, etc.

En una aproximación a la fantasía inconsciente inflamatoria, que esta enfermedad comparte con otras enfermedades inflamatorias, que no son intestinales, Corniglio y Schejtman (2000; 2004) sostienen que: a través de la inflamación se expresa una reacción de defensa, producto de la fantasía de haber sufrido un daño y el intento reconstitutivo de subsanar este daño. Agregan que se trata de un proceso de defensa y reparación, que compromete mecanismos reconstructivos básicos y un tipo de inmunidad innata.

Los autores escriben que en la inflamación el sujeto siente que irrumpe de manera desorganizadora algo que necesita ser "extrañado" y que toma la forma de una turbulencia emocional inconsciente. Se trata de una lucha que compromete los territorios conjuntivo e inmunitario, ya que en ella está en juego la identidad. Esta situación de conflicto debe ser resignada y duelada (ibíd).

Resulta interesante que la inflamación en sí misma no necesariamente es patológica. Al respecto se descubrió que las bacterias comensales incitan a los linfocitos B a producir la molécula defensiva llamada inmunoglobulina A (IgA), que provoca una leve inflamación en la zona de la mucosa intestinal, impide que las bacterias patógenas la atraviesen, evita el daño tisular y que acudan otras defensas a la zona (monocitos, granulocitos, etc.)³.

Vemos, entonces, que lo característico de esta enfermedad es que el intestino se encuentra crónicamente inflamado más allá de lo "saludable". "Inflamar" es "encender algo que arde con facilidad desprendiendo llamas inmediatamente. Acalorar, enardecer las pasiones y afectos del ánimo" (DRAE, 1992). Resulta interesante que el prefijo "in" indica negación, o sea, tiene un significado negativo o de privación. Expresa el valor contrario a la palabra que acompaña (por ej. inofensivo) o indica la ausencia de una acción (por ej. incumplidor). Vemos entonces que estos significados nos hablan de un "fuego" que "aparece" en la consciencia como dolencia, como síntoma y no como una pasión que se manifiesta de manera que pueda reconocerse como tal. Dado que la "in-

³ <http://www.microgaia.net/2010/10/comensales-intestinales-y-la-educacion.html>

flamación" se vincula con un foco de calor que "quema" y, dado que el fuego representa simbólicamente a la pasión, se trataría de una pasión que queda encendida pero retenida y sofocada (interferida) y, de esta manera, ni se resigna ni se descarga⁴. Volveremos sobre este tema más adelante.

Si bien esta dolencia puede afectar a personas en cualquier época de la vida, suele aparecer sobre todo ya sea a la edad de 15 a 30 años o alrededor de los 50 a 60 años. Afecta a hombres y mujeres por igual y es seis veces más frecuente entre los judíos que en el resto de la población blanca. En la raza negra es menos común. Cuando la enfermedad aparece en personas jóvenes tiene más posibilidad de evolucionar hacia estados peores que en individuos mayores de sesenta años, donde suele permanecer más estable.

En lo que respecta a la edad en que la enfermedad suele aparecer con mayor frecuencia, creemos que tanto a los veinte a treinta años, como alrededor de los sesenta, se atraviesan situaciones de cambio que a veces pueden resultar traumáticas. En el primer caso, la separación de la familia nuclear hacia una mayor independencia e individuación y, en el segundo caso, el ingreso a la "tercer edad" con el alejamiento de los hijos y de los nietos. Tal vez estas situaciones se pueden vincular con vivencias de desprotección y de desolación, tema que retomaremos más adelante.

En cuanto a la etiología se supone que la patogénesis de esta patología está asociada a un mecanismo inmunológico, no como causa inicial, sino que éste mantiene y prolonga o eterniza la afección y por ello se la puede llegar a considerar una enfermedad por autoinmunidad o autoagresión.

Aclaremos en este punto que el sistema inmunitario, mediante un proceso de reconocimiento, discrimina lo que llamamos propio de lo que llamamos ajeno y, a partir de allí, tolera y defiende lo propio y ataca a lo ajeno. Ataca a lo ajeno una vez que aprendió a reconocerlo como diferente, mediante el reconocimiento simultáneo de lo propio y, por otro lado, se arroga la representación simbólica de la defensa de la identidad (Chiozza y colab. 1993 [1992]).

En lo que respecta al sistema inmunitario intestinal queremos destacar que constituye la parte más extensa y compleja del sistema inmunitario. Recibe diariamente una enorme carga antigénica y es capaz de distinguir entre patógenos invasivos y antígenos inocuos procedentes de los alimentos y de bacterias comensales. La vía gastrointestinal es el órgano linfoide de mayor tamaño en el cuerpo, pues contiene 70 a 80 % de todas las células productoras de inmunoglobulina.

Se comprende que esto sea así, dado que el intestino se encuentra en un continuo estado de equilibrio dinámico entre, por un lado, factores que activan el sistema inmunitario del huésped, por ejemplo ciertos microbios, antígenos de

⁴ Comunicación personal del Dr. Eduardo Dayen

la dieta, estímulos inflamatorios endógenos y, por otro lado, las defensas del huésped que mantienen la integridad de la mucosa y controlan estos procesos.

Si bien la etiología de esta dolencia sigue siendo discutida, investigaciones actualizadas sostienen que sería el resultado de una respuesta inmune exagerada e inapropiada contra alguno de los constituyentes de la flora intestinal normal, a partir de la cual se genera la inflamación y el daño en la mucosa intestinal⁵ Recordemos que se denomina flora intestinal al conjunto de bacterias que viven en el intestino, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensal como de mutualismo. Este conjunto forma parte de la microbiota normal.

Podríamos pensar que esta inflamación, esta "reacción exagerada e inapropiada" contra la flora intestinal, tendría que ver con los significados mencionados más arriba, o sea con "encender algo que arde con facilidad desprendiendo llamas inmediatamente. Acalorar, enardecer las pasiones y afectos del ánimo", es decir, con una pasión que permanece "encendida" pero inconsciente y sofocada.

Pensamos que, desde el punto de vista físico, una reacción inmune exagerada tal vez podría corresponder a una reacción de hipersensibilidad alérgica. Desde los significados inconscientes, se comprendería como la expresión de una reacción fóbica, o sea, "somatizaciones del miedo y el odio contenidos en el asco" (Chiozza 1970a, pág. 164). Esta reacción fóbica se relacionaría con una, "sensación de miedo y desconfianza por la ambivalencia y la culpa contenida en la introyección" (1963-1970, pág. 37).

Vale la pena señalar que, a diferencia de los patógenos entéricos, las bacterias comensales o simbióticas que habitan el intestino tienen, en general, un efecto protector para el organismo. La escheriquia coli, por ejemplo, es una bacteria intestinal beneficiosa que ayuda a metabolizar los alimentos en el proceso de la digestión y vive en simbiosis con el organismo huésped⁶.

Margulis y Sagan (1995) destacan la importancia que tienen las bacterias para la digestión y para la respuesta inmunitaria intestinal y sostienen que existe "evidencia de que hay un diálogo activo entre las bacterias intestinales y las células del sistema inmunitario"⁷. Por otro lado, un grupo de investigadores de

⁵ Se ha observado que el sistema inmune pierde su tolerancia y se cree que los antígenos inducen una respuesta Th1 en el caso de la enfermedad de Crohn y una respuesta Th2 en el caso de la colitis ulcerosa (Sáez, 2006).

⁶ La *Escherichia coli*, en su hábitat natural, vive en los intestinos de la mayor parte de los mamíferos sanos. Si la bacteria no adquiere elementos genéticos que codifican factores virulentos, actúa como un comensal formando parte de la flora intestinal y ayudando a la absorción de nutrientes. En humanos la bacteria coloniza el tracto gastrointestinal de un neonato adhiriéndose a las mucosidades del intestino en el plazo de 48 horas después de la primera comida. Ayuda a la síntesis de la vitamina K y en algunos casos de la B12 (es.wikipedia.org/wiki/Escherichia_coli).

⁷ www.books.google.com.ar?id

la Escuela Politécnica Lausana ha descubierto cómo los parásitos intestinales “dialogan”⁸ con las bacterias intestinales para ayudar al sistema inmunológico ⁹.

También el laboratorio de Nicola Harris ha demostrado que la actividad antiinflamatoria de los helmintos intestinales implica “*una charla*” con un agente inesperado: las bacterias del intestino, también conocido como el “microbioma”. Se está descubriendo cada vez más cuánto influyen las bacterias en el metabolismo de una persona, en su inmunología y en su salud en general¹⁰.



Siguiendo estas ideas, podríamos decir que en el intestino ocurre un íntimo contacto, un constante proceso de intercambio, de “encuentros y desencuentros”, o sea, que se trata allí de una estrecha convivencia entre las bacterias y el sujeto que las alberga. Si esa convivencia no es armónica y predomina una situación conflictiva y de hipersensibilidad, más que de “encuentros” se podrá tratar de “desencuentros”, o también de “encontronazos”, o sea, de choques violentos, lo cual reflejaría simbólicamente un contacto y una convivencia conflictiva.

Hasta el momento se desconoce el factor que desencadena la pérdida de tolerancia del sistema inmune

Como ya dijimos, el lugar más comprometido son las últimas asas ileales y el colon. Se observa la afectación de todo el espesor de la pared (y no sólo de la mucosa como en la colitis ulcerosa), por lo que pueden producirse úlceras y fístulas (Sáez, 2006; pág. 41). La pared intestinal puede estar muy engrosada con la consiguiente reducción de la luz intestinal. Según Boerr esta enfermedad se puede presentar ya sea de forma fistulizante, o sea que el paciente tiene tendencia a padecer fístulas, o estenosante, donde el enfermo tiene tendencia a episodios de estenosis obstructiva. Una vez instalada la “modalidad”, la persona que tiende a padecer fístulas no sufre de estenosis y viceversa.

A veces la serosa muestra un aspecto granular y coloración rojiza, y con frecuencia está cubierta de exudados adheridos a las vísceras vecinas e incluso en comunicación con ellas a través de trayectos fistulosos muy típicos, que en ocasiones se abren en la pared abdominal (Harrison, 1998; Farreras-Rozman, 1982; Sáez, 2006; Scacchi, 2003).

⁸ Bonnie Bassler, bióloga molecular y profesora de la Universidad de Princeton, escribe respecto del diálogo entre bacterias: “Lo que hemos averiguado es que la forma en que lo hacen es hablando entre sí, y hablan con un idioma químico”.

(https://www.google.com.ar/?gws_rd=ssl#q=bonnie+bassler&spf=1).

⁹(<http://isanidad.com/58309/descubrimiento-del-dialogo-entre-parasitos-intestinales-y-bacterias-del-intestino-para-impulsar-el-sistema-inmunologico>).

¹⁰<http://isanidad.com/58309/descubrimiento-del-dialogo-entre-parasitos-intestinales-y-bacterias-del-intestino-para-impulsar-el-sistema-inmunologico>

Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, dolor abdominal cólico, diarrea, a menudo sin sangre, fatiga generalizada y pérdida de peso.

En cuanto a las diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que a veces son difíciles de establecer, lo más característico de la primera es la inflamación crónica que puede afectar cualquier tramo del aparato digestivo y todas las capas de la pared intestinal, mientras que en la segunda sólo afecta al colon y las capas profundas situadas bajo la submucosa suelen estar respetadas. Sin embargo, en la colitis ulcerosa grave la inflamación puede extenderse hasta la serosa. Por otro lado, en ésta última la afección es continua y el recto casi siempre está afectado, mientras que en el Crohn la enfermedad suele ser segmentaria y en la mayoría de los casos el recto está respetado. En relación a la determinación de las diferencias, según Harrison: "en un diez a veinte por ciento de los casos esta distinción resulta imposible".

A veces la enfermedad es acompañada por manifestaciones extraintestinales vinculadas con fenómenos autoinmunitarios como, por ejemplo, la pericolangitis, el eritema nodoso, la artritis periférica, etc. A día de hoy, todavía no se conocen con exactitud los mecanismos biológicos que dan lugar a la aparición de cada una de las manifestaciones extraintestinales. Se piensa que en alguna de ellas está implicado el sistema inmune, mientras que otras se producen como consecuencia de alteraciones anatómicas y metabólicas producidas por la Enfermedad de Crohn. https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Crohn

Según las estadísticas, la enfermedad de Crohn es de siete a ocho veces menos frecuente que la colitis ulcerosa, pero se ha observado que su incidencia está aumentando (Harrison, 1998; pág. 1854).

Las complicaciones más comunes que puede presentar esta enfermedad son la obstrucción intestinal, la formación de fístulas, ulceraciones y abscesos. Además otras posibilidades son la perforación, la dilatación tóxica y el desarrollo de carcinomas.

No existe un tratamiento específico para esta patología. Se suelen administrar medicamentos antiinflamatorios tales como la sulfasalazina y los glucocorticoides o, también, en los casos más severos, medicación inmunodepresora (como la azatioprina o el metotrexato) o realizar intervenciones quirúrgicas según la gravedad de la afectación. En los casos que no son quirúrgicos los objetivos del tratamiento consisten en controlar el proceso inflamatorio y reponer las pérdidas nutricionales.

Tampoco existe una dieta especial que pudiera aliviar los síntomas. A diferencia del enfermo celíaco, que tiene bien identificado el alimento que le hace mal, o sea al "perseguidor", y puede "curarse" a través de una dieta particular, a estos pacientes cualquier alimento les puede "caer mal". No obstante resulta significativo que, por ejemplo, la leche entera o sus derivados (quesos, yogures, crema, manteca, etc.) son especialmente mal tolerados por prácticamente todos los enfermos.

En términos de significados inconscientes podríamos decir que en estos pacientes la problemática afecta a todas sus relaciones, puede tener conflicto en todos sus vínculos, y la situación es más persecutoria. En este sentido resulta significativo que los pacientes suelen manifestar de que "tienen miedo a comer".

Observamos que en la zona del intestino, donde se presenta esta enfermedad con mayor frecuencia, el proceso de digestión está prácticamente concluido y se encuentran afectados los procesos donde se debe absorber lo que ya fue digerido o excretar lo que el organismo no necesita.

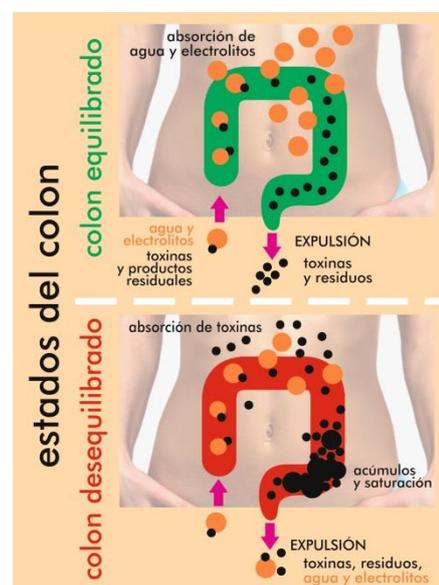
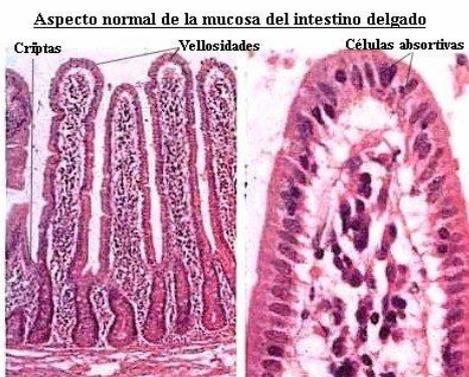
Absorción y excreción

"Podemos pensar que la parte 'de adentro' de nuestro self, que configura lo que solemos llamar nuestra vida interior, tiene un 'más adentro' que constituye nuestra intimidad, ya que intimidad es, en su origen latino, un superlativo de interioridad" (Chiozza, 2005; pág. 273).

Como señalamos más arriba en el íleon y el colon se realizan sobre todo funciones de absorción y de excreción. Casali y Nagy vinculan la función de absorción del intestino con los vínculos simbióticos y "absorbentes"; con las fantasías de absorber o ser absorbido; con situaciones tales como: sacar el jugo, chupar, extraer el contenido rico, útil de algo o alguien, secar o desecar (2012, pág. 16).

Citan a Chiozza quien describe una madre "vampiro, chupasangre, viscosa y absorbente, que digiere y asimila, amenazando con destruir completamente al sujeto, que compromete fantasías embrionario-fetales y se vincula con las fantasías de 'absorber' y de 'ser absorbido'" (ídem, pág. 15, 16). Destaca también el carácter repugnante y pegajoso de esta imago invasora y absorbente, denominada también "madre Moloc" o "madre araña" y agrega que ella contiene la proyección de la propia actividad yoica en un nivel embrionario-fetal.

Las autoras señalan que una persona puede sentirse "chupada" por algo o alguien que siente que lo consume, lo agota y lo deja debilitado –fantasía que puede ocultar y expresar, por ejemplo, a través de trastornos intestinales con diarreas crónicas–, una vivencia que a su vez suele encubrir los propios deseos de "sacar" o "sorber" de otro, de "ser nutrido" de un modo regresivo (ibíd).



La palabra "absorber" significa entre otras cosas: "Coger y retener un cuerpo en su masa

a otro en estado líquido o gaseoso; recoger y retener una cosa en sus intersticios" (Moliner, 1994). El término "absorción", derivado de *sorbere*, es usado para designar procesos físicos muy variados en los que una sustancia asimila, penetra, sorbe a otra o adquiere energía de ésta en alguna forma. Su opuesto es "rechazar" y "repeler", o sea: "Ser impermeable a algo o alguien o a que eso que de modo saludable o neurótico se siente como peligroso o dañino penetre en la intimidad" (ibíd, pág. 17).

En este sentido sabemos que, mientras el alimento digerido se encuentra en la luz del intestino todavía se encuentra, por así decir, "afuera" del individuo. Como señala Chiozza, "Todo lo que contiene nuestro tubo digestivo no ha ingresado todavía, en rigor de verdad, en nuestro organismo" (2009, pág. 90). A través de la absorción intestinal se introduce, penetra, definitivamente "en lo más adentro" de la intimidad del sujeto y en este sentido será necesario discriminar muy bien entre lo útil y lo dañino para la incorporación.

Podemos decir entonces que, si el vínculo con el objeto es vivido como frustrante, en la fantasía inconsciente del sujeto adquiere cualidades demasiado idealizadas y peligrosas. De este modo puede ocurrir que ingrese en un proceso defensivo fallido y en una confusión en cuanto a la "bondad" o "maldad" del objeto que irá a incorporar. En otras palabras: inconscientemente surge la sospecha de que aquello que el sujeto desea incorporar podría ser peligroso; la duda acerca de si se trata de "buena leche o mala leche". Esta situación de desconfianza se expresa a través de la inflamación; la pasión retenida representaría el deseo de atacar pero, como el objeto es a su vez muy necesitado, se teme realizar el ataque.

Pensamos que estos enfermos ante cualquier frustración se sienten perjudicados, lo cual despierta inmediatamente su enojo y su ofensa que, al mismo tiempo, encubre el miedo. De este modo se encuentran en un "callejón sin salida" dado que, por un lado, se sienten carentes y necesitados y, por otro lado, como ya señalamos, desconfiados, hipersensibles y propensos a vivir las vicisitudes del encuentro con el objeto como situaciones de desamor.

Últimamente Chiozza¹¹ ha señalado que ni el enojo ni el odio son índices de una falta de amor. Agregó que la intensidad de la situación conflictiva se genera a partir de la vivencia de "amor contrariado" que acompaña a estos sentimientos. Comentó que en el enojo el sujeto niega la impotencia y luego se siente culpable y esta culpa es atribuida al otro de modo proyectivo y paranoico. Nos parece posible pensar que en el caso de la patología que estamos considerando el "amor contrariado" se expresaría a través del ataque a las bacterias.

Ya que en esta zona (íleon/colon) predominan los procesos de absorción o de excreción, el sujeto tendrá que estar, como dijimos, "atento" y "vigilar" y discriminar entre lo "útil" y lo "dañino" de las sustancias que irá a incorporar, o sea, qué aspectos del objeto podrá incorporar y qué aspectos deberá rechazar.

¹¹ Comentario realizado durante el seminario "La clínica psicoanalítica" de los días jueves 2017

Como señala Chiozza "Tanto la incorporación como la excreción exigen diferenciar entre un alimento y un tóxico" (2010; pág. 123, 125).

Siguiendo estas reflexiones, cuando esta zona del intestino se enferma esta discriminación, esta "vigilancia" y "defensa", no puede realizarse adecuadamente y, desde los significados inconscientes, podría ser la expresión de un conflicto afectivo en relación a la incorporación-absorción del "objeto-madre-alimento".

En este sentido, encontramos que la palabra "defender" proviene del lat. defendere: "rechazar, eludir, prohibir, proteger", y fendere: "golpear, agredir". De este modo significa: alejar de un ataque, rechazar un ataque o disminuir el efecto de un ataque o agresión. Por su parte, el término "ofender" deriva del mismo primitivo que "defender", o sea: "chocar, atacar" (agredir, ofender, golpear, herir) (Moliner, 1992; Corominas, 1973).

Como en esta dolencia también está afectado el colon¹², mencionamos aquí lo que destacan Casali y Nagy, cuando dicen que el intestino grueso "amasa" los residuos hacia adelante y hacia atrás y trabaja con parsimonia. Subrayan que el mayor tiempo del tránsito intestinal transcurre en el colon y que pueden pasar aproximadamente dos o tres días antes de que un residuo de comida sea evacuado en el recto (2015, pág. 8).

Las autoras describen que el colon recibe diariamente un litro y medio de líquido y absorbe agua, sales y electrolitos. La permanencia prolongada de los residuos no digeridos y otras sustancias permite la absorción de agua y la secreción de moco, junto con la acción bacteriana, dan consistencia a las materias fecales.

Señalan que la mayor concentración microbiana ocurre en el colon y sus funciones son tan importantes que han sido denominadas la "cocina bacteriana". Permanecer en un contacto prolongado con la pared intestinal facilita la actividad bacteriana de fermentación y putrefacción de los residuos, procesos anaeróbicos de descomposición mediante fermentos o enzimas, que se caracterizan por la formación de productos tóxicos de olor nauseabundo (ibíd., pág. 8).

¹² En la ileocolitis lo más frecuente es que esté afectado el íleon y el ciego que es la primera porción del intestino grueso. El ciego realiza diferentes funciones y aportes al proceso de digestión, ya que posee numerosas bacterias que contribuyen a la reducción de algunas sustancias de difícil absorción por otras estructuras, así como la celulosa. La celulosa es un material vegetal relativamente difícil de descomponer y reducir, por lo que el ciego es la única estructura que puede llevar a cabo esta reducción. El ciego tiene la capacidad de recibir alimento no digerido y en estado acuoso proveniente del intestino delgado. Este absorbe electrolitos, principalmente sodio y potasio (<https://es.wikipedia.org/wiki/Ciego>).

La convivencia con las bacterias



"Los seres humanos somos constituidos por una multitud de billones de organismos celulares que decidieron vivir y 'trasladarse' juntos aceptando un estatuto de convivencia colectiva" (Chiozza, 2016; pág. 18).

El intestino humano es, como señalamos, el hábitat natural de un conjunto de microorganismos que forman la flora intestinal, la cual está formada por unos 100 billones de bacterias de unas 500 a 1000 especies distintas. Este conjunto de microorganismos se denomina microbiota intestinal.

Estas bacterias ayudan a la absorción de los nutrientes y forman un ecosistema complejo que se autorregula y se mantiene en equilibrio¹³. Sus principales funciones son: defender el intestino de posibles infecciones, ayudar a digerir y absorber ciertos alimentos, formar elementos nutritivos, etc. Nos interesa destacar, además, que la microbiota cumple un papel esencial en el funcionamiento saludable del sistema inmunitario intestinal.

El intestino fetal es estéril y la flora bacteriana se adquiere en el paso por la vagina durante el parto y por la leche materna¹⁴. Al nacer los bebés pasan a un mundo en el que pululan las bacterias, virus y otros microorganismos y es de importancia vital que desarrollen bacterias adecuadas para defenderse de microbios que pueden ser dañinos¹⁵.

Según investigaciones recientes, las primeras bacterias que recibe el bebé son diferentes según el parto ocurra de forma natural o por cesárea. Se observó que los niños nacidos de parto natural obtienen de sus madres bacterias similares a las que normalmente habitan en la vagina materna, mientras que los nacidos por cesárea son colonizados por bacterias de la flora cutánea no necesariamente procedentes de la madre. En estos casos generalmente se trata de bacterias que pueblan el ambiente hospitalario y que no sólo son beneficiosas, sino que pueden ser un peligro para el neonato. Agregan que la estabilización de la flora intestinal del bebé se puede retrasar con respecto a los

¹³ www.zl.elsevier.es/es/revista/gastroenterología-hepatología

¹⁴ es.wikipedia.org/wiki/flora_intestinal

¹⁵ Nuevas investigaciones han demostrado que los primeros contactos con la microbiota intestinal materna los tiene el feto a través de la placenta y el líquido amniótico. Sin embargo, como la colonización masiva del intestino fetal ocurre durante el nacimiento, por contacto con bacterias maternas de la región perianal y a través de la lactancia materna, pensamos que siguen siendo válidas las reflexiones que al respecto hemos realizado. Se sigue pensando que, al nacimiento, el neonato cuenta con un sistema inmunitario inmaduro, que precisa de los estímulos inmunogénicos de la microbiota de la madre para su maduración. (http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol86_4_14/ped11414.htm).

nacidos por parto normal. Asimismo destacan que la flora de estos últimos contiene lactobacilos de procedencia vaginal y que la lactancia materna favorece su desarrollo¹⁶.



Siguiendo estas ideas, los investigadores interpretan que los niños nacidos por cesárea podrían ser más propensos a sufrir infecciones y que las bacterias transmitidas a los niños desde la vagina de las madres son una forma de protección.

Como las bacterias se instalan al nacer, podríamos pensar que simbolizan la "intención maternal inconsciente" de continuar el contacto con el neonato y de otorgarle una protección y una posibilidad para enfrentarse a un mundo nuevo y diferente. Podríamos decir que el bebé establece, por así decir, una relación simbiótica con organismos que le dejó la madre, para que sea capaz de realizar por sí mismo el procesamiento¹⁷ del alimento que hasta ese momento le era suministrado a través del cordón umbilical¹⁸. En otras palabras: las bacterias intestinales contenidas en la leche materna podrían prestarse para que de modo inconsciente se transfiera sobre ellas la imago de una madre nutriente y protectora.

En su libro "Los derechos del niño" Margaret Ribble destaca que para el recién nacido los cuidados maternos (*mothering*) y las vivencias afectivas tienen una importancia tan esencial para la vida como el alimento mismo. Según pudo ver en sus estudios del marasmo, cuando un niño es privado de estos cuidados, primero se perturba la alimentación y luego la respiración y el niño retrocede en sus funciones corporales a niveles previos al nacimiento (1943, pág.79).

Agrega que, cuando se le suministra alimento sin el correspondiente amor materno (ser mimados, alzados o atendidos por la madre), el niño sufre de desnutrición y la digestión se realiza de manera deficiente, aunque el alimento sea físicamente lo correcto. Cuando no se sienten queridos los niños con frecuencia rechazan por completo la comida (ibíd., pág. 65).

¹⁶www.madrimasd.org/blogs/microbiología/2010;http://www.gutmicrobiotaforhealth.com/es/la-microbiota-intestinal-el-organo-desconocido-que-nos-mantiene-sanos/

¹⁷ En el caso que estamos considerando sería no tanto en el sentido de la función de descomponer, sino más bien en el sentido de poder asimilar y de saber diferenciar entre un alimento y un tóxico.

¹⁸ La leche materna contiene además varios factores de inmunidad inespecífica como las inmunoglobulinas, entre las cuales la más importante es la IgA; contiene células T, células B, macrófagos y neutrófilos, todas ellas células vivientes muy activas en su efecto antiinfeccioso.

La autora escribe que “el amor de la madre se parece mucho al alimento” y cuando es proporcionado adecuadamente esto fomenta la independencia (ibíd.,pág 32). Señala que el niño no sólo llena su estómago, sino que también está adquiriendo sus primeras sensaciones en conexión con el mundo exterior y realizando la primera captación del mismo que le es factible. Su sentido inicial de seguridad, satisfacción, placer y éxito están estrechamente vinculados a esta actividad.



Recordemos aquí que las personas que padecen la enfermedad de Crohn, con la consiguiente diarrea y el adelgazamiento, muchas veces tienen un aspecto similar al que presentan los lactantes abandonados por su madre, tal como lo describe la autora mencionada.

Podríamos pensar que la convivencia armoniosa con las bacterias intestinales se presta para representar un vínculo con la madre armonioso y un amor materno (mothering) suficientemente gratificante.

Siguiendo estas ideas, nos parece importante tener en cuenta que las bacterias colonizan todo el aparato digestivo, pero difiere el tipo y número de microorganismos dominantes en cada uno de sus segmentos y en el tipo de hábitat (mucosa, submucosa, etc.); existen diferencias geográficas e individuales importantes¹⁹.

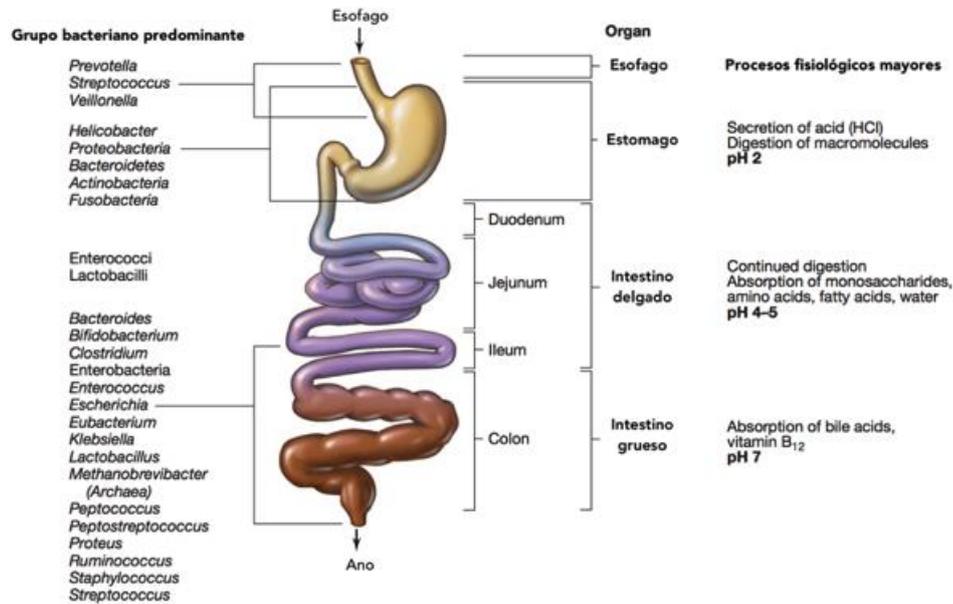
El estómago y el duodeno albergan un número reducido de bacterias, ya que las secreciones de ácido, bilis y enzimas pancreáticas destruyen buena parte y la actividad motora propulsiva impide una colonización estable. La concentración crece a lo largo del intestino delgado, desde 10^4 bacterias/ml en el duodeno proximal, hasta 10^7 /ml en el íleon terminal. En el colon el tiempo de tránsito es lento (2-4 días), lo que brinda a los microorganismos la oportunidad de proliferar, fermentando los sustratos disponibles derivados de la dieta o de las secreciones endógenas²⁰.

Nos parece posible pensar que, tal vez, la localización de esta dolencia en distintos sectores del aparato digestivo se podría vincular con la distinta concentración de la colonización bacteriana a lo largo del mismo y con la diferente velocidad del tránsito intestinal. En este sentido podría comprenderse que la enfermedad se localiza preferentemente en el íleon y en el colon, en

¹⁹ http://www.ugr.es/~cts461/documentos/artic_microbiota.pdf

²⁰ www.elsevier.es

tanto en esos sectores, como ya señalamos, se aloja la mayor cantidad de bacterias y la motilidad intestinal va disminuyendo.



Desde los significados inconscientes, podríamos decir que la EC aparece con mayor frecuencia en los sectores donde la microbiota es más densa y el tránsito es más lento, es decir, allí donde se produce el "mayor contacto" y, por lo tanto el "mayor conflicto", con las bacterias que, como dijimos, se prestarían para simbolizar al objeto nutriente y protector (símbolo de la madre). Como ya señalamos, el conflicto surge cuando, por decir así, ante la necesidad de absorber, el sujeto "tiene dudas y desconfía del alimento y de quien se lo da".

Dado que, como señalamos, esta dolencia está muy vinculada a la "convivencia con las bacterias" que, como dijimos, se adquieren durante el parto y la lactancia materna, pensamos que podría relacionarse con experiencias traumáticas vividas durante ese período. Chiozza y colaboradores (2001) vinculan esta etapa con el síndrome gripal y, si bien no lo plantean como una cuestión central, subrayan la significancia que tendrían los cambios que se producen al nacer en la alimentación y en el aparato digestivo.

Los autores agregan que a partir del nacimiento "el esfuerzo de incorporación y digestión quedan a cargo del neonato" (pág. 136) y que "La primera experiencia de alimentación es también el primer contacto específico con el nuevo objeto" (2001; pág. 136). Señalan que la evacuación intestinal del meconio simbolizaría el duelo por la madre-umbilical perdida y vinculan estas vivencias con el sentimiento de desolación. Los autores sostienen, además, que cada uno de los signos y síntomas que componen al síndrome gripal puede representar al conjunto entero del síndrome y "aludir simbólicamente" al sentimiento de desolación (pág 122).

Como sabemos, los tres macroafectos, la descompostura, la angustia y la desolación están relacionados entre sí y se contienen unos a otros como las cajas chinas. Dado que estamos estudiando una disfunción intestinal que cursa con malestares gastrointestinales, cólicos, diarreas, etc. y durante la cual el enfermo suele manifestar que está descompuesto, es dable creer que en esta dolencia está implicado el sentimiento de descompostura.

En relación a este sentimiento, Chiozza y colaboradores escriben que la actividad digestiva se vincula con la función de descomponer, o sea, de separar en partes para volver a integrarlas en una nueva organización. Los autores plantean que "el yo posee la capacidad de descomponer lo complejo en elementos simples. Dicha capacidad se expresa, desde el punto de vista físico, como capacidad de digerir y, desde el punto de vista anímico, como capacidad de analizar" (pág. 194). Agregan que, cuando el sujeto fracasa o abandona el intento de descomponer la dificultad con la cual tropieza, la acción de descomponer recae sobre el propio organismo y puede manifestarse como sentimiento de descompostura (Chiozza y colab., 2001a).

Sin embargo, creemos que la íleo-colitis, dado que se vincula con el período peri y posnatal, y afecta una zona intestinal donde la digestión (o sea la actividad de descomponer) está prácticamente realizada (es una zona de absorción y de excreción), estaría más bien relacionada con sentimientos de angustia y de desolación.

Por otro lado, nos resulta significativo que en el momento de nacer se interrumpe de manera repentina el flujo de sustancia que llega a través del cordón umbilical y se produce una sobrecarga de estímulos, situación que el Chiozza ha dado en llamar "castración hepática" (1970a; pág. 51). Los autores mencionados más arriba también mencionan a la anorexia, las náuseas y los vómitos como pertenecientes al período neonatal temprano. Nos preguntamos, entonces, si sería posible pensar que la mencionada sobrecarga de estímulos podría quedar asociada a la compleja situación afectiva del síndrome gripal, o sea, a la desolación.

Nos parece posible pensar que, junto con el alimento, las bacterias intestinales se prestan para que de manera inconsciente se pueda transferir sobre ellas la imago de la madre nutricia y protectora. De este modo, un conflicto, o una experiencia traumática en la relación con "la madre-pecho" podría ser transferido sobre ellas. En otras palabras: Las bacterias se prestan para que en la enfermedad se transfiera sobre ellas la imago de una madre temida y odiada, pero muy necesitada, sobre la que recae la duda de si el alimento que suministra es saludable o no. El sujeto se "inflama", retiene el enojo, retiene la pasión o sea la pelea y en ese acto de retención tampoco se dispone a hacer el duelo.

Creemos que en aquellos momentos de la vida en que la persona se encuentra con una importante frustración en relación a un objeto que en su fantasía

cumplía con funciones de suministro materno de nutrición y protección, podrían reactivarse primeras frustraciones vividas con la "madre-pecho" y despertarse una vivencia de "despecho", compuesta de miedo y cólera y el sentimiento de desolación (Busch, 2013; 2013a; 2014, 2015; 2016).

La vivencia de despecho



"La enfermedad se constituye entonces como una historia humana, que adquiere un nuevo y más rico sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto inmerso en su entorno familiar y social" (Chiozza, 2016, pág. 101).

Encontramos que la palabra "des-pecho", expresión que en el lenguaje popular queda vinculada al destete, es una "cólera especial", "una furia amarga teñida de desesperación". "Se trata de una irritación violenta que busca la revancha y que se relaciona con la envidia: se define como 'pesar de que otro sea preferido, le aventaje a uno'"²¹ (Marina-Penas, 1999; pág. 177).

Para Moliner (1994) se trata de un "Enfado violento por algún desprecio o desengaño sufrido que predispone a tomar la revancha o a hacer algo irrazonable; Disgusto muy fuerte", también: "Malquerencia nacida en el ánimo por desengaños sufridos". Proviene del latín 'despectus', de 'despreciar' propte. "mirar desde arriba" (Corominas, 1973).

De estos significados se desprende que, además de la envidia, estas vivencias se relacionan con intensos sentimientos de celos. Como señala Chiozza "Otro domina, entonces, lo que creíamos nuestro; y nuestro idolatrado ego, empobrecido hasta un límite difícilmente soportable, experimenta la injuria que encontramos en el origen del sentimiento 'devorador' que denominamos celos" (2008, pág. 45). Y, cuando describe la "primera falta", nos dice que "...es la

²¹ Resulta interesante que el prefijo "des" denota negación o inversión del significado del vocablo simple: *deshacer*; privación: *desalojar*; exceso: *deslenguado*; fuera de: *destierro* (Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.)

experiencia más dolorosa (exceptuando tal vez el trauma del nacimiento) de cuantas pueden quedar grabadas en los registros de nuestra memoria....se experimenta como una injuria, como una verdadera mutilación que nos arranca algo que sentimos como una parte de nuestro propio 'yo'..." (2010a, pág. 121/122).

En relación a estos sentimientos, Gustavo Chiozza²² consideraba que podría pensarse una situación simbiótica y de celos que se dan "de a dos". Pensaba que estaría en juego una dependencia extrema y que la sola posibilidad de que el objeto nutricional pudiera desaparecer podría despertar en el sujeto ansiedades muy intensas. En otras palabras: "si el objeto desaparece yo también desaparezco".

Adamo y Grus (2011) se refieren a este sentimiento de despecho en relación a las aftas bucales y sostienen que podría vincularse a una frustración vivida como "la pérdida del vínculo con un objeto que satisfacía el deseo de una 'persistente succión'" (pág. 17). Resulta interesante que en la EC muchas veces aparecen aftas bucales.

En idioma alemán "despecho" se traduce por "*Erbitterung*", palabra formada por el prefijo "*er*" y "*bitter*", donde esta última significa "amargo", o sea que contiene una alusión a la amargura. Otra acepción es: "*Groll*", que significa "enojo sofocado" (Duden, 1963), lo cual hace pensar en un "entripado", es decir, "un encono o un rencor que no cede y que se ha vuelto crónico" (Casali 2009; pág. 23); en un enojo que se experimenta pero no se demuestra (DRAE, 1992). Como decíamos en párrafos anteriores respecto de la inflamación, se trataría de una pasión que permanece "retenida y sofocada".

Chiozza vincula la vivencia de despecho (que es una "cólera amarga") con la sensación de tirria que es "manía, odio u ojeriza hacia algo o alguien" y alude "a ese connubio de miedo y odio que pudo deber su origen a la actitud adoptada frente a una presa que implicaba un riesgo" (2008; pág. 55).

En relación al componente agresivo contenido en el "enfado violento", recordemos que en el caso de la afección del íleon, una de sus funciones es la reabsorción de las sales biliares que, por decir así, "se expulsaron para agredir". Cuando esta zona se inflama las sales no se pueden reabsorber para que vuelvan a formar parte de la circulación enterohepática. Podríamos pensar que, en términos simbólicos, están cargadas de odio y de hostilidad lo cual despertaría miedo y, pasando al colon, conducirían a la diarrea²³. A su vez el

²² Comentario realizado en ocasión de la presentación "Volviendo a pensar sobre la ileítis de Crohn" (Busch, 2014).

²³ Comentario realizado por Gustavo Chiozza en ocasión de la presentación del trabajo "Algunas reflexiones acerca de la enfermedad de Crohn" (Busch, 2013).

hígado debe compensar esta pérdida generando una cantidad mayor de bilis que en los casos normales (Harrison, 1998; Best y Taylor, 1991)²⁴.

Sabemos que la secreción biliar, que representa el afecto y la acción de envidiar, se arroja la representación completa del proceso digestivo. Además los procesos "físicos" de digestión y asimilación se corresponden con lo que en términos "anímicos" llamamos proceso de identificación con el modelo ideal. La primera parte de este proceso ocurre en la luz intestinal con la "digestión" o "destrucción" del objeto (Chiozza; 1063-1970a).

La envidia es considerada también un "deseo honesto", un intento de "digerir biliariamente" algo que se teme incorporar (desmenuzarlo "a distancia"), privando así al objeto de peligrosidad, para luego incorporarlo. Implica el deseo y la necesidad de incorporación e identificación y, si esta actividad fracasa, el sujeto vivencia la envidia coartada en su fin como intoxicación y amargura. Ambos quedan vinculados a la imago de un objeto idealizado, persecutorio y dañino, un objeto necesitado, temido y odiado (ibíd).

Pensamos que en la EC este proceso queda interferido porque el sujeto se debate en una situación de ambivalencia y, por un lado desea y necesita identificarse con el objeto pero, por el otro lado, en su miedo y su desconfianza, rehúye esta identificación y tiene dificultades para absorber e incorporar. La diarrea ocasionada por las sales que no se reabsorben y pasan al colon irritándolo, representaría simbólicamente el miedo asociado a esta situación persecutoria.

En este sentido, trata de sujetos que, víctimas de su "error paranoico", se pelean con las personas que más aman y no se defienden de aquellas que realmente les hacen daño. Dicho en otras palabras: tienen una tendencia de estar en una actitud querellante, pero cuando se tienen que pelear "en serio" suelen "achicarse" y tener miedo.

Chiozza también señala que la envidia "puede conducir a un nuevo abandono o a una ruptura del equilibrio simbiótico, cerrando de esta manera un círculo vicioso cuando el objeto envidiado se transforma en taliónico, pero también puede, si opera con cierta eficacia, destruir aquellos elementos del objeto que impiden una buena introyección" (ibíd. pág. 31). Tal vez la diarrea expresa simbólicamente el miedo que surge cuando se teme "la venganza" del objeto.

En su libro "Cuando la envidia es esperanza" el autor escribe que "la diarrea de Mary – 'diarrea' etimológicamente significa: 'yo flujo por todas partes'-

²⁴ Recientemente Bianconi y Grus (2017) se refirieron al circuito entero-hepático para ejemplificar la importancia del acoplamiento entre lo que se digiere biliariamente y lo que se asimila hepáticamente. Consideraron que la circulación continua de la bilis que amalgama la digestión con la asimilación y la excreción, podría constituir una representación del ensamble digestivo-asimilativo-excretorio inherente al desarrollo del proceso de materialización-identificación (pág. 10).

expresaba sus ataques destructivos al objeto, que era así eliminado y, además, su sometimiento masoquista al aspecto persecutorio de ese mismo objeto idealizado que la succiona como un vampiro” (Chiozza, 1963-1970; pág 31).

Por otro lado, las alteraciones del colon “parecen expresar dificultades en el duelo secundario por la pérdida de objetos nutrientes idealizados y persecutorios simbolizados por la materia fecal. Se trata de objetos que se han perdido o que deben ser dejados atrás y al mismo tiempo no se pueden abandonar y, además, las heces se prestan para simbolizar a lo muerto. Es posible pensar también en un duelo primario, que es el duelo por los ideales” (Casali y Nagy, 2015 pág 9). Recordemos que Chiozza escribe que “toda identificación cumplida implica un proceso de excreción que es (ya) un duelo primario”.

Por otro lado, las fantasías colónicas entrañan aspectos agresivos que tienen una cualidad más regresiva y destructiva que las anales (ibíd; pág. 20).

En relación a estas fantasías, Chiozza menciona a Abraham quien sostenía que las funciones y los productos del intestino son vividos como muy poderosos y destructivos y pueden representar impulsos hostiles y que el trato con los objetos puede estar teñido de intensas fantasías de gratificarlos con heces idealizadas, o atacarlos con heces omnipotentemente dañinas. El autor considera que para Abraham lo anal se extendería hasta lo “digestivo-anal” (1963-1970a pág. 133).

Por su parte, Gustavo Chiozza²⁵ señaló que en las diarreas podría tratarse de la intención de expulsar rápidamente “un muerto persecutorio”, un muerto sobre el que se ha cargado tanta hostilidad que se vuelve muy peligroso (recordemos que los desechos digestivos suelen ser homologados al cadáver). Se trataría de las diarreas que podríamos llamar “explosivas” y que se caracterizan por su olor desagradable y contaminante, símbolo del odio y de la agresión.

En este sentido nos resultó interesante que Rob Knight, cofundador del proyecto Microbioma, descubrió que el trasplante de microorganismos de la materia fecal de una persona sana ha podido curar pacientes con enfermedad de Crohn²⁶. Creemos que en estos casos la fantasía inconsciente podría ser la de reemplazar el objeto malo por uno mejor, o sea, menos peligroso.

Podríamos pensar que en esta enfermedad, como reacción a la vivencia de despecho y desolación, el erotismo sádico anal se continúa hacia “adentro” como erotismo sado-masoquista “digestivo-anal”. Se trataría de convertir al objeto en heces pasándolo por dentro del tubo digestivo (Chiozza, 1963/1970; pág. 25), lo que, como creemos, tal vez expresaría la fantasía inconsciente de

²⁵ Comentario realizado durante la presentación del trabajo “Acerca de lo intestinal VI, Una aproximación al significado de la colitis ulcerosa” (Casali y Nagy, 2015), enfermedad que guarda, como señalamos, muchas semejanzas con la EC, al punto que muchas veces son difíciles de diferenciar.

²⁶ (<http://www.lavoz.com.ar/salud/primer-trasplante-en-el-pais-de-microbiota-intestinal>).

“hacer a alguien mierda adentro” y luego “hacerse mierda” uno mismo, en una suerte de placer sado-masoquista inconsciente.

Si las vivencias que hemos descrito permanecen inconscientes se expresan a través de una mala relación con el objeto sobre el cual se ha transferido la imago de la madre nutriente y protectora, o sea, a las bacterias y también al alimento.

En este sentido nos pareció significativo cuando Chiozza²⁷ decía que el sentimiento de desolación puede conducir a una vivencia de vacío, que a su vez podría llevar a la necesidad de consumir droga o a adoptar actitudes de violencia o de agresión. En este caso pensamos que el odio y la agresión encubrirían los sentimientos de despecho y de desolación.

Por otro lado, un conflicto en la íntima convivencia con las bacterias expresaría un trastorno en la convivencia general del sujeto que se ha hecho “caracterológico” y donde, en una actitud paranoica, por así decir “inflamada” y “enardecida”, confunde y ataca a lo que no es nocivo y no se defiende adecuadamente de lo que puede ser dañino. En otras palabras: producto de una elaboración paranoica del despecho, el sujeto vive inmerso en un ambiente hostil de “luchas intestinas”, construyendo vínculos sobre los que proyecta un objeto persecutorio, lo cual lo lleva a sentirse permanentemente en peligro y atacado.

²⁷ Comentario realizado durante el seminario “La clínica psicoanalítica” de los días jueves 2016.

Abordando la problemática desde otro ángulo

Siguiendo con la temática de la convivencia del ser humano con las bacterias y el "diálogo" entre ellas, nos pareció que podría ser interesante tener en cuenta lo que escribe Chiozza cuando dice: "Si consideramos los nuevos desarrollos de la biología que concluyen en que es forzoso atribuir 'alguna forma de consciencia' a las funciones de 'lectura' del ADN que realiza el ribosoma de organismos tan primitivos como las bacterias protistas, nos encontramos con una ineludible conclusión. Hay estratos de la consciencia que funcionan de una manera que permanece inconsciente para nuestra consciencia 'habitual'" (2016, pág 20).

En otro artículo escribe el autor que "...lo que habitualmente llamamos individuo (...) es el resultado de un 'convenio constituyente' simbiótico, de 'otros individuos' (simbiontes) que aceptan una serie de normas y regulaciones (un 'estatuto') para poder constituir a esos grandes organismos integrados por muchos millones de células (2010a, pág. 106). Agrega que "...el fenómeno comunicativo, integrado por el signo (o señal), su significado y el interpretante que 'capta' el significado del signo, es inseparable de la vida en cualquiera de sus formas" (ibíd., pág. 107).

A su vez sostiene que "la existencia de un organismo vivo transcurre con una consciencia habitada por tres mundos (perceptivo, sensitivo y normativo) que cada especie establece con sus características propias y que configuran tres maneras de una vida que construye el lugar en donde vive" (2016, pág. 23).

De acuerdo a estas ideas, y si pensamos que existen, como señala el autor, estos diferentes niveles de consciencia, tal vez podríamos considerar que en la enfermedad de Crohn las células que conforman a las mucosas intestinales, en su propio y particular nivel de consciencia celular, son víctimas de una "identidad de percepción y de sensación"²⁸ cuando confunden el alimento y a las bacterias con un objeto-madre peligroso y hostil y, proyectando un objeto persecutorio, lo atacan. Podríamos decir que se trataría de una interpretación "abusiva y alucinatoria" a nivel celular.

A la vez, víctima de esta confusión inconsciente, estos sujetos no pueden realizar una disociación eidético material saludable, que implicaría saber que "uno se come el alimento que simboliza a la madre pero no se come a la madre". Tal como señala el autor: "poseer al objeto en la fantasía, tal como

²⁸ Chiozza escribe que la "identidad de percepción" se establece como un proceso primario que "niega" la magnitud de la diferencia entre lo que se recuerda y, además, se percibe, confundiendo lo representado con lo percibido. El autor cita a Gustavo Chiozza, quien construye un análogo de esta teoría para el caso de la sensación, estableciendo una diferencia semejante entre una identidad, secundaria, "de sentimiento", y una identidad, primaria, "de sensación" (Chiozza, 2000; pág. 98).

ocurre en la introyección, implica una disociación eidético-material del mismo, una idealización, ya que la introyección 'psicológica' no se acompaña en este caso de la incorporación material" (Chiozza, 1970a; pág.65).

En un nivel más cercano a la consciencia habitual ocurre algo similar cuando, como dijimos, el sujeto complica sus vínculos de convivencia y confunde y ataca a lo que no es nocivo y no se defiende adecuadamente de lo que puede ser dañino.

A modo de síntesis

La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria inespecífica de causa desconocida que, si bien puede afectar cualquier tramo del tubo digestivo desde la boca al ano, es más común que se localice en el íleon y en el colon (íleocolitis).

Si bien una parte de las consideraciones que haremos podrían ser válidas para la enfermedad de Crohn en general, nos centraremos en esta última forma de presentación que actualmente se considera como la más típica y frecuente.

En esta zona del intestino el proceso de digestión está prácticamente concluido y se encuentran afectados los procesos de absorción y excreción.

Lo característico de esta enfermedad es que el intestino se encuentra crónicamente inflamado más allá de lo "saludable", lo cual sería el resultado de una respuesta inmune exagerada e inapropiada contra alguno de los constituyentes de la flora intestinal normal, a partir de la cual se genera el daño en la mucosa intestinal.

La inflamación nos habla de un fuego, una pasión que permanece encendida pero retenida, un fuego que no se descarga ni se resigna. Se trataría de un "entripado", un encono o rencor que no cede, y que se ha vuelto crónico.

Para una adecuada absorción y excreción es necesario discriminar muy bien entre lo que es útil y lo que es dañino para el sujeto, o sea que el sistema inmunitario juega un papel importante en este proceso. Para el funcionamiento saludable de este sistema las bacterias intestinales tienen un papel esencial.

El intestino fetal es estéril y la flora bacteriana es incorporada por el neonato a través del pasaje por el canal de parto y a través de las primeras mamadas. Podemos pensar que estas bacterias, con sus funciones inmunológicas de protección que ayudan a la digestión y absorción de los nutrientes, se prestan para que de modo inconsciente se transfiera sobre ellas al objeto madre nutritivo y protector.

Si estos primeros encuentros con la madre pecho no son satisfactorios, se puede "enquistar" una situación conflictiva y una vivencia paranoide de

despecho, que es una cólera, una furia amarga que, sin embargo, permanece retenida y sofocada.

Esta situación inconsciente queda transferida sobre las bacterias intestinales recibidas de la madre, dado que pareciera ser el objeto que mejor se presta para recibir esta transferencia. El sujeto necesita a las bacterias imprescindiblemente para poder nutrirse y para poder realizar la absorción adecuada del alimento, pero al mismo tiempo desconfía y cree que se tiene que defender de ellas.

Podríamos decir que el sujeto es víctima de un "error paranoico" que tiñe el vínculo con todos sus objetos y entonces no está en condiciones de realizar una adecuada incorporación-asimilación.

Dado que la microbiota es más densa en el íleon y en el colon, lugar donde el tránsito intestinal se vuelve más lento y, por lo tanto, el contacto con las bacterias es más intenso, podemos suponer que esto explica la predominante localización de la dolencia en esta zona del tubo digestivo.

Como dijimos esta enfermedad se vincularía con el período neonatal temprano y, en este sentido, quedaría relacionada con las vivencias de desolación.

Pensamos que en aquellos momentos de la vida en que la persona se encuentra con una frustración en relación a un objeto que en su fantasía cumplía con funciones de suministro materno de nutrición y protección, podrían reactivarse conflictos vividos con la "madre-pecho" y despertarse una vivencia de "despecho", compuesta de miedo y cólera y el sentimiento de desolación.

Por otro lado, un conflicto en la íntima convivencia con las bacterias expresaría un trastorno en la convivencia general del sujeto que se ha hecho "caracterológico" y donde, en una actitud paranoica, por así decir "inflamada" y "enardecida", confunde y ataca a lo que no es nocivo y no se defiende adecuadamente de lo que puede ser dañino.

BIBLIOGRAFÍA

- AVUNDUK, Canan (2006) Gastroenterología, Marbán Libros, Madrid, España, 2006
- BEST Y TAYLOR (1991) Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1996.
- CHIOZZA, Luis (1963-1970) Cuando la envidia es esperanza, O.C., tomo II, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis (1963-1970a) "Psicoanálisis de los trastornos hepáticos". O.C. tomo 1, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis; BOARI, Domingo; CALIFANO, Catalina; PINTO, María (1993 [1992]) El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad, O.C., tomo XI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis (2000) "Presencia, transferencia e historia", O.C., tomo VII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis; DAYEN, Eduardo; BALDINO, Oscar; BRUZZON, María Estela; DAYEN, Mirta F. de, GRIFFA, María (2001a) "Psicoanálisis de las afecciones micóticas", O.C. Tomo XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis; CHIOZZA, Gustavo; BUSCH, Dorrit; OBSTFELD, Enrique; SALZMAN, Roberto; SCHEJTMAN, Gloria (2001) "Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal", en "Enfermedades y afectos", Alianza Editorial, Bs.As., 2001.
- CHIOZZA, Luis (2005) "Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa". O.C. tomo XV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.
- CHIOZZA, Luis (2008) "¿Por qué nos equivocamos? Lo mal pensado que emocionalmente nos conforma", O.C. Tomo XVII. Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.
- CHIOZZA, Luis (2009) "Corazón, hígado y cerebro. Tres maneras de la vida", O.C., Tomo XVIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.
- CHIOZZA, Luis (2010) "Cuerpo, alma y espíritu. Los significados inconcientes de las enfermedades del cuerpo". Libros del Zorzal. Bs As. 2010.
- CHIOZZA, Luis (2010a) "Cáncer ¿por qué a mí? ¿por qué ahora?", Editorial del Zorzal, Buenos Aires, 2010.
- CHIOZZA, Luis (2016) "La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo". Editorial Paidós, Buenos Aires, 2016.
- COSSIO, Pedro (1955) Medicina Interna, CTM, Buenos Aires, 1996
- COROMINAS, Joan (1973) Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Gredos, Madrid.
- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992) Vigésima Primera Edición, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1994.
- DUDEN, (1963) Diccionario Etimológico Alemán, (Das Herkunftswörterbuch), Dudenverlag, Mannheim, 1963
- FARRERAS VALENTI; ROZMAN CIRIL (1982) "Medicina Interna", Editorial Marin, S.A., Barcelona, 1983.
- GARCÍA PAREDES, J; TAXONERA SAMSÓ, C; PEÑA, A.S. (2006) Avances en el manejo de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, Arán Ediciones, España, 2006.
- HARRISON (1998) "Principios de Medicina Interna", McGraw-Hill-Interamericana, Buenos Aires, 1998.
- HOUSSAY, Bernardo (1988) Fisiología Humana, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1988
- MARGULIS, Lynn; SAGAN, Dorion (1995) ¿Qué es la vida? Edit. Metatemas, Barcelona, 1996.
- MARINA, J.; PENAS, M. (1999) Diccionario de los sentimientos. Editorial Anagrama, Barcelona, 2000.
- MOLINER, María (1994) "Diccionario de uso español", Editorial Gredos, Madrid, 1994.

- RIBBLE, Margaret (1943) "Derechos del niño. Primeras necesidades psicológicas y su satisfacción". Editorial Nova, Buenos Aires, 1953.
- ROBBINS, S. L. (1995) Patología Estructural y Funcional, Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1996.
- SAEZ, Luis Rodrigo (2006) "Enfermedad de Crohn", ARÁN Ediciones, Madrid, 2006.
- SCACCHI, Pablo (2003) "Fisiología Digestiva", Servicios Gráficos JAM, Buenos Aires, 2003.

Referencias bibliográficas

- Adamo, M.; Grus, M. (2012) Acerca de las úlceras. Buenos Aires, Fundación Luis Chiozza, 2012.
- Bianconi, Cecilia; Grus, Marina (2017) Una aproximación a la comprensión del significado inconsciente del sistema portal-hepático y del síndrome de hipertensión portal, Fundación Luis Chiozza, 2017.
- Boerr, Luis; Hadad, Adrián (2014) Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Separata Montpellier, Bs.As., 2014
- Busch, Dorrit (2013) Algunas reflexiones acerca de la enfermedad de Crohn. Fundación Luis Chiozza, Bs.As., 2013.
- Busch, Dorrit (2013a) "Algunas reflexiones sobre la enfermedad de Crohn", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, septiembre 2013.
- Busch, Dorrit (2014) "Volviendo a pensar sobre la ileítis de Crohn", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, octubre 2014.
- Busch, Dorrit (2015) "Volviendo a reflexionar sobre la Enfermedad de Crohn", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, enero 2015
- Busch, Dorrit (2017) Reflexionando nuevamente sobre la enfermedad de Crohn, trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, enero 2017.
- Casali, L y Nagy, C (2007) Acerca de lo intestinal. Segunda comunicación. Fundación Luis Chiozza, 2007.
- Casali, L y Nagy, C (2009) Acerca de lo intestinal III. Sobre el síndrome de intestino irritable. Fundación Luis Chiozza 2009.
- Casali, L. y Nagy, C. (2010) "Acerca de lo intestinal IV. Volviendo sobre el Síndrome de intestino irritable. Introducción al significado de la Diverticulosis". Fundación Luis Chiozza, Bs. As., 2010.
- Casali, L y Nagy; C (2012) Acerca de lo intestinal V. Volviendo a pensar sobre lo intestinal. Fundación Luis Chiozza, 2012.
- Casali, L y Nagy; C (2015) Acerca de lo intestinal VI. Una aproximación al significado de la colitis ulcerosa, Fundación Luis Chiozza, 2015.
- Corniglio, H.; Schejtman, G.; Strasberg, P. (2000) "Sobre el significado de los procesos inflamatorios", Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2000
- Corniglio, H.; Schejtman, G. (2004) Nuevas aportaciones sobre el tema de la inflamación, Fundación Luis Chiozza, 2004.