

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN 15 NIÑOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DE CALI, COLOMBIA

ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ-URREGO, Psicol.^{1,3}, CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.^{2,3}

RESUMEN

Introducción: El manejo integral de los niños con Estreñimiento Crónico Funcional (ECF), incluye nutrición, medicamentos, y educación, con la intervención de varios profesionales de la salud, que ofrezcan un tratamiento integral, inter, trans y multidisciplinario. Los aspectos médicos y psicológicos, si bien están disociados en cuanto a su perspectiva de intervención, se unen en cuanto al interés referente al niño visto de manera integral. **Objetivo:** Reportar las características psicológicas de 15 niños del Hospital Universitario del Valle (HUV) de Cali, Colombia, con ECF. **Metodología:** Estudio descriptivo observacional de corte transversal en niños entre los 2 y 12 años de edad, 9 masculinos, que asistieron al Servicio de Gastroenterología Pediátrica del HUV de Cali, Colombia durante el segundo semestre de 2010, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. **Resultados:** Diez madres presentaron inconvenientes durante su embarazo (no deseado, intento de aborto, tratamientos para fertilidad, amenaza de aborto, antecedentes de abortos, ansiedad, parto complicado); 4 niños fueron manipulados con enemas o estimulación; 3 fueron castigados físicamente durante el proceso de control de esfínteres; 10 fueron entrenados para el control de esfínteres antes de los 2 años; 4 presentaron enuresis/terrores nocturnos; 7 tenían sus padres separados, y 8 padres maltrataban física o psicológicamente a sus hijos. **Conclusión:** Los niños con ECF suscitan para la familia y profesionales de la salud, estados de ansiedad, confusión y frustración. Se identificaron dificultades físicas emocionales durante el embarazo, dificultad o temor a fallar en el papel materno, problemas conyugales, y educación precoz en el control de esfínteres; que si bien son normales durante la crianza de los niños, recibieron un manejo inadecuado.

Palabras clave: Estreñimiento crónico funcional, Características psicológicas, Niños

¹Psicóloga. Pontificia Universidad Javeriana

²MD. Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Profesor titular

³Grupo de Investigación en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica GASTROHNU. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: enero 14, 2011

Aceptado para publicación: septiembre 30, 2011

SUMMARY

Introduction: Integrated management of children with Chronic Functional Constipation (CFC), including nutrition, drugs, and education, with the involvement of various health professionals who provide comprehensive inter, trans and multidisciplinary treatment. Medical and psychological aspects, although they are differentiated in terms of intervention perspective, join in interest concerning the child seen holistically. **Objective:** To report the psychological characteristics of 15 children with CFC at the Hospital Universitario del Valle (HUV) from Cali, Colombia. **Methodology:** A descriptive cross-sectional observational study in children with 2 and 12 years old; 9 males; attending the Pediatric Gastroenterology Service, during the second half of 2010, who underwent a semistructured interview. **Results:** Ten mothers had problems during her pregnancy (unwanted, attempted abortion, fertility treatments, threatened abortion, history of abortions, anxiety, complicated delivery); 4 children were manipulated with enemas or stimulation; 3 were physically punished during the potty training process; 10 were trained for toilet control before 2 years; 4 had enuresis/night terrors; 7 parents had separated, and 8 parents physically or psychologically abused their children. **Conclusion:** Children with CFC raise the family and health professionals, anxiety, confusion and frustration. Emotional physical difficulties were identified during pregnancy, difficulty or fear of failure in the maternal role, marital problems, and early education in controlling sphincters, that are normal but for the rearing of children received inadequate management.

Key words: Chronic functional constipation, Psychological characteristics, Children

INTRODUCCIÓN

El manejo integral de los niños con estreñimiento crónico funcional (ECF), incluye recomendaciones nutricionales, medicamentosas, educación y la intervención de profesionales de la salud, con el

objetivo de un tratamiento integral, inter, trans y multidisciplinario. El aspecto médico y psicológico, si bien están disociados en cuanto a su perspectiva de intervención, se unen en cuanto al interés referente al niño visto de manera integral. La importancia de caracterizar la problemática emocional del niño con ECF, apunta a comprender qué es lo que acontece en el cuerpo del niño y en su entorno. El maternaje, eje primordial para el adecuado desarrollo del niño implica una serie de cuidados, en donde confluyen lo físico y lo emocional, los cuales se traducen en el niño en manifestaciones de amor prodigados por sus padres (o las figuras que estén bajo su cuidado); de tal manera, la respuesta por parte de la madre – por ejemplo – a las necesidades básicas del bebé comprende aspectos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, olfatorios, cinéticos y propioceptivos) que generarán en él una respuesta en relación a este cuerpo materno (su tono muscular, temperatura, tersura de la piel, el olor, la voz). Quizás por ello, acunar al bebé, hablarle, acariciarlo mientras es nutrido resulta primordial para que este maternaje emocional cobre valor y se vea comprometida la disposición de los padres para ofrecer afecto, generando en el niño la capacidad de interiorizar un mundo más satisfactorio, unos padres suficientemente comprensivos que logren sostenerlo desde adentro y dar inicio a su madurez emocional¹. El interés por comprender y desarrollar estos trastornos funcionales, dió paso a la elaboración en 2006 de los Criterios de Diagnóstico Roma III (Tabla 1), los cuales hacen referencia a aquellas manifestaciones clínicas que se encuentran carentes de una explicación estructural que permita delimitar el trastorno. En este punto, se recurre a la psicología a fin de entrar a comprender qué subyace a la enfermedad física de estos niños y poder proponer posteriormente una intervención que facilite o ayude a integrar estos aspectos que el niño tiene disociados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional de corte transversal en 15 niños entre los 2 y 12 años de edad, 9 de ellos del género masculino (60%), quienes asistieron a la Consulta Externa de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de Cali, Colombia durante el segundo semestre del año 2010. Se realizó una entrevista semiestructurada que incluyó: datos de identificación (edad, fecha de nacimiento, escolaridad); enfermedad actual; antecedentes patológicos (enfermedades significativas y

hospitalizaciones); antecedentes personales (historia familiar, relación de pareja, relaciones fraternas, y antecedentes patológicos familiares); historia personal (embarazo, parto, lactancia materna, primera infancia, desarrollo psicomotor, etapa escolar, y socialización); experiencias emocionales perturbadoras, personalidad (estados de ánimo habituales, forma como maneja situaciones de estrés y recursos utilizados para manejar la tensión), y familiograma.

RESULTADOS

Diez (66%) de las madres manifestaron tener inconvenientes que repercutieron en su embarazo (embarazo no deseado, intento de aborto, tratamientos para fertilidad, amenaza de aborto, antecedentes de abortos, ansiedad, parto complicado); 4 (26%) niños fueron manipulados con enemas o estimulación; 3 (20%) de los niños recibieron castigo físico durante el proceso de control de esfínteres; 10 (66%) niños recibieron entrenamiento para el control de esfínteres antes de los 2 años; 4 (26%) de los niños presentan enuresis/terrores nocturnos; 7 (46%) de los niños tienen padres separados; 8 (53%) de los padres recurrían al maltrato físico o psicológico.

DISCUSIÓN

La capacidad de *maternar* de la madre tiene una importancia vital ya que es ella quien “*comprende aquello que el bebé todavía no es capaz de sostener por encontrarse en un estado de conformación*”¹. El sostén que deviene de la capacidad de maternaje implica el manejo de las experiencias físicas y emocionales para la integración y completamiento de aspectos fisiológicos con un contenido psicológico relevante. La figura paterna representa igualmente una función de maternaje a la madre y contribuirá al crecimiento y desarrollo del niño en un ambiente propicio para tales aspectos.

Con base a lo anterior, algunos autores señalan que la causa principal del trastorno psicossomático es un fracaso materno para sostener y significar las angustias primitivas y violentas que experimenta el bebé².

El trastorno psicossomático³ está entendido como una afección en donde persiste una división en la organización del “sí mismo” del paciente, en la que existe una dificultad para lograr discernirlo dado que se

Tabla 1
Trastornos gastrointestinales funcionales en niños

En lactantes	En niños mayores y adolescentes
Regurgitación	Vómito y aerofagia
Síndrome de rumiación	Síndrome de rumiación
Síndrome de vómito cíclico	Síndrome de vómito cíclico
Cólico	Aerofagia
Diarrea funcional	Dolor abdominal
Disquecia	Dispepsia funcional
Estreñimiento funcional	Síndrome de intestino irritable
	Migraña abdominal
	Dolor abdominal funcional
	Síndrome de dolor abdominal funcional
	Estreñimiento e incontinencia
	Estreñimiento funcional
	Incontinencia fecal no retentiva

halla en el límite entre el cuerpo y la mente. Dicho trastorno denota un desorden orgánico con un origen y desarrollo que implica una participación psicológica significativa en donde se ve alterada la economía relacional y mental del niño en tanto que él no procesa el dolor mental, sino que este es mudado en el dolor físico alterando así la economía psicósomática normal.

La *disociación*, defensa característica del trastorno psicósomático refiere una ruptura del vínculo mente – cuerpo, generándose una modificación temporal del sentido de la identidad personal (yo; no - yo) en el niño en proceso de estructuración⁵ y, así evitar la ansiedad emocional que representa la elaboración mental de la falla del medio que circunda al mismo³. Esta defensa refiere una integración que se instaura en el niño de manera parcial, donde la vivencia física se relaciona con una dolencia real, a la cual le subyace un dolor psíquico (emocional) que expresa un Yo débil con un frágil establecimiento de la relación mente – cuerpo⁴.

Dentro de los aspectos más reveladores de este trabajo, se encuentra el predominio de un entrenamiento precoz para defecar (66%): ¿Es posible pensar en este punto, un apresuramiento en el desarrollo de la dependencia, hacia la independencia?. Se podría explicar de la siguiente manera: fisiológicamente el ser humano está listo para el control adecuado de esfínteres aproximadamente a los 2

años, emocionalmente sucede algo similar en la medida que un hecho físico no se puede desligar del emocional, estos suceden paralelamente en tanto que el cuerpo y sus síntomas pueden ser una expresión de que algo anda mal en la mente (siempre y cuando se haya excluido el origen orgánico). En este caso la educación del control de esfínteres precoz puede aludir a una dificultad en la madre para comprender cuáles son las necesidades propias del niño en un momento dado, generando una manipulación corporal – afectiva - mental que conduce - como se ha observado en la práctica clínica - a trastornos de orden psicósomático (retención patológica) generando tal angustia que no hay otra forma de manifestarla que desde el orden biológico acompañado igualmente de otros síntomas asociados (26%): temor a la “vasenilla”, dolor físico, terrores nocturnos, enuresis, incontinencia fecal.

La dependencia normal que vive el niño con relación a su madre se ve forzada a avanzar apresuradamente hacia una independencia en un momento en que el niño no está equipado física y emocionalmente para ello (figura 1). Esto asociado con los antecedentes de dificultades durante el embarazo (66%) permite entrever la carga de ansiedad vivenciada particularmente por la madre, lo que es una antesala de las pautas de crianza inadecuadas durante el proceso de independencia del niño. Según estudios realizados por

Tabla 2

Características de 15 niños con estreñimiento crónico funcional que asisten a la Consulta Externa de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” Cali, Colombia.

Paciente	Embarazo	Antecedentes durante el Embarazo	Estado Civil	Lactancia materna	Manif. emocionales importantes
1	No hay información clara	Embarazo tensionante; amenaza de aborto	Separados	No hubo	Dificultad subyacente al maltrato
2	Embarazo de alto valor social	Embarazo tensionante /alto valor social	Conviven	Hasta los 9 meses	La madre teme que la juzguen como “mala madre”
3	La madre no refiere nada al respecto	Madre ansiosa	Separados	Primeros 15 días	Dificultad inherente a su comportamiento paranoico-agresivo
4	La madre no hace referencia a esto	Diabetes gestacional; amenaza de aborto; síntomas de estreñimiento	Conviven	Hasta los 8 meses	Se observan resistencias que no permiten indagar
5	Espera ansiosa del futuro hijo “el es mi eje”	Embarazo tensionante; angustioso	Separados	Hasta los 8 meses	No es clara la información
6	Alto valor social; problemas de fertilidad	Embarazo difícil; llanto y rabia hacia el esposo	Conviven	Hasta los 5 meses; dolor físico durante este tiempo	Dificultad para asumir posiciones de poder con el niño; madre sumisa
7	Alto valor social; problemas de fertilidad	Sentimientos de temor y alegría; temor a perder el bebé	Conviven	Hasta los 18 meses	Necesidad de ser vista como una madre perfecta
8	No hay una información clara; la informante es la abuela	No hay información clara	Separados	Los primeros días porque: “era mala para el alimento”	No hay información clara; el niño fue criado por su abuela
9	Embarazo no planeado; “fue un accidente”	Embarazo muy duro; preocupación por la “gordura”	Conviven	Hasta los 8 meses; la madre se desesperaba	Angustia frente al llanto de su hijo; dice no entender qué le pasa
10	Embarazo no planeado; inicialmente no fue un bebé deseado	No hubo dificultades físicas; emocionalmente ansiosa	Separados	Hasta 1 año 8 meses	Manifiesta que la experiencia de ser madre es muy difícil y ella es muy joven
11	Embarazo sorpresivo; no deseado	Intento de aborto; embarazo estresante-depresivo	Separados	Hasta los 18 meses	No es clara la información
12	Embarazo deseado	No hubo problemas	Conviven	Hasta los 2 meses	No se manifiestan dificultades
13	Embarazo planeado; aparentemente deseado	Amenaza de aborto; embarazo tensionante	Separados	Hasta los 2 años	Dificultad de la madre para controlar a su hija; temor a fallar como madre
14	Niño no deseado	Intento de aborto; llanto; rechazo inicial tanto del padre como de la madre	Conviven	Hasta los 4 meses	Dificultad para ejercer su rol materno debido a problemas conyugales
15	La madre no hace referencia a esto	Pre-eclampsia; diabetes gestacional	Conviven	Hasta los 4 meses	“Enfermedad familiar acompañada de gastritis”

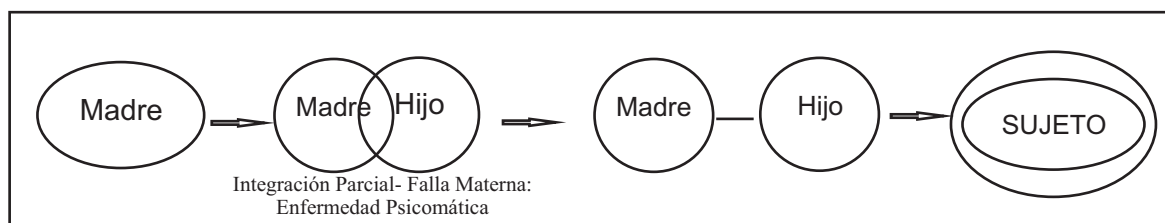


Figura 1. Esquema de ubicación de la falla en el maternaje según los resultados encontrados.

Liberman, *el trastorno psicossomático* tiene que ver con una *sobreadaptación* a la realidad externa a costa de las necesidades emocionales y físicas del niño, encontrándose en una dinámica familiar en la que se le exige suplir las necesidades de las figuras parentales, lo que lleva a suponer que: “*son progenitores persecutoriamente presentes pero emocionalmente alejados y carentes de empatía hacia las necesidades psicológicas del niño*”². En este punto, es preciso referirse a las tres categorías que nombra Donald Winnicott en el desarrollo del niño en términos de las necesidades tempranas que requiere este con sus correspondientes fallas⁶: la dependencia absoluta; la dependencia relativa, y hacia la independencia.

La dependencia absoluta alude a aquella dependencia física con relación a la madre, al útero y los cuidados. Desde el punto de vista psicológico existe al mismo tiempo una dependencia e independencia. ¿Por qué? Existen varios factores: lo heredado, algunas tendencias patológicas, la realidad propia del infante que nadie puede alterar. Así mismo, hay un despliegue de los procesos de maduración que dependen de la provisión ambiental. En este momento, el niño no tiene forma de percatarse de la provisión materna, simplemente la recibe. Cualquier intrusión o falla en este momento será vista como una amenaza, provocando una reacción y un quiebre en el establecimiento de la integración del *self*⁶.

La dependencia relativa se diferencia de la anterior porque en este momento, el niño puede percatarse de la dependencia hacia la madre. Este período implica un momento de adaptación que contiene una falla gradual de la misma. Es aquí donde el niño experimenta la angustia y percibe la necesidad por su madre.

Por último, tenemos la tercera fase o momento que Winnicott ha denominado hacia la independencia que implica un desarrollo gradual del niño en el que poco a poco puede enfrentar el mundo y sus embrollos. Se identifica con el mundo social (como la escuela, los

grupos) ya que ello evoca una muestra del mundo personal del *self*.

Con base en lo anterior, se puede inferir la falla en un momento en que el niño no estaba provisto de aspectos para hacerse cargo, esto es, se hallaba en un período de dependencia relativa que fue prematuramente estimulado (figura 1).

En el desarrollo inicial, el bebé depende de sus figuras primordiales, específicamente de la madre, ya que es ella quien provee física y emocionalmente de los primeros encuentros (sean estos gratificantes o displacenteros) con la realidad externa. Sin embargo, el padre juega un papel fundamental en la capacidad de maternaje de la futura madre y su desempeño cuando el bebé esté presente. La relación entre padre y madre como pareja durante el embarazo le ofrece a ella una base fuerte de apoyo y seguridad; el componente nutricional tan importante para el nuevo bebé, es ofrecido igualmente a la madre a manera de sostén emocional, así, padre y madre se encuentran unidos en la construcción integrativa del bebé⁷. Por esta razón, resulta preocupante que las parejas recurran al maltrato físico o psicológico, repercutiendo en la manifestación de síntomas somáticos en el niño, quien aun no está provisto de una capacidad mental y emocional para procesar las angustias que le vienen de fuera. La vía más rápida que encuentra de resolverlo es la vía corporal. El niño no tiene garantizada la vida dada su prematuridad biológica. Esto implica la intervención de un otro semejante para su supervivencia. Por tanto, cuando el niño se enfrenta a la privación del maternaje adecuado por parte de la madre en primera instancia, es confrontado con un desvalimiento. Es este sentirse desvalido lo que explica el interés del niño en la imagen del cuerpo que ve reflejada en el espejo, una imagen vista como una unidad, una forma que refleja una perfección y control que el niño tan solo puede soñar⁸. Sus padres son su espejo.

En este punto, se hace referencia al pecho como aquél que proporciona al lactante alimento y sensaciones de protección, bienestar, amor. Es así como la leche - sustancia material que provee alimento, se incorpora a través de la vía oral y de la cual se hace cargo el tracto digestivo - (a partir de mecanismos como la asimilación y eliminación), se asemeja a una “sustancia” inmaterial que también provee bienestar: amor – cuidados. Visto de este modo, el término *bienestar* sugiere que el desarrollo mental como el físico depende del adecuado funcionamiento de un “sistema alimentario mental”.

Aquello que se incorpora emocionalmente es igualmente recibido, procesado, asimilado, con la subsiguiente eliminación de aquello que no aporta nada a la mente como al cuerpo, requiriendo un proceso análogo a la digestión. En el caso de los niños con ECF, podríamos pensar que dicho modelo refiere un aparato pensante que se encuentra “obstruido” (retención patológica) debido a la dificultad en ese momento que presenta la madre (primer objeto de amor) -y posteriormente otras figuras- para contener o apoyar al nuevo bebé que requiere de ello a fin de lograr comprender y darle significado al medio que le rodea; tales dificultades reflejan la forma de relación que los padres instauran con su hijo, influyendo en la organización fisiológica y psicológica del mismo¹⁰.

En el proceso de maduración del niño, el camino hacia la integración resulta fundamental para pasar al siguiente nivel que tiene que ver con la personalización o la residencia de la mente en el cuerpo¹¹, en este punto se hace especial énfasis pues es aquí donde aparece la brecha que repercute en el niño y en la posibilidad que tenga él de integrar lo emocional y lo físico. Es preciso que haya un reconocimiento por parte de los padres y

cuidadores acerca del cuerpo del niño, un cuerpo que representa necesidades imperiosas que requieren ser procesadas por el otro primordial, ya que de lo contrario resultarán insoportables y difíciles de tramitar por el mismo niño⁸.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez JA. Correlación entre los conceptos de holding y continente. Rev Sociedad Colombiana de Psicoanálisis 1990; 15: 255 - 280
2. Leiberman C, Bleichmar NM. Lo psicósomático. En: Las perspectivas del psicoanálisis. Editorial Paidós; México 2001; 249 - 282
3. Winnicott DW. Trastorno psicósomático. En: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, editores. Exploraciones Psicoanalíticas I. Editorial Paidós; Buenos Aires 1989: 130 - 145
4. Kreisler L. La Expresión Somática en la Psicopatología del Lactante. En: Lebovici S, Weil - Halpen S, editores. La Psicopatología del bebé. Siglo Veintiuno Editores: México 1995; 265 - 283
5. Gabbard G. Psychoanalysis. In: Kaplan y Sadock, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams and Wilking Edition: Philadelphia 2000
6. Winnicott DW. La provisión para el niño en la salud y en la crisis. En: Winnicott DW, editor. Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador. Editorial Paidós: Argentina 1993: 83 - 94
7. Botero H. Cuando papá no está: la ausencia del padre como un factor generador de violencia. V Coloquio Internacional de Observación de Bebés, Esther Bich; Rio de Janeiro, Brasil 2000: 1 - 26
8. Knockaer V, Steenhoubt K. Anorectics and the Mirror. Advances in Consciousness Research, 2005; 62: 283 - 298
9. Bion WR. Capítulo XII. En: Bion WR, editor. Aprendiendo de la Experiencia. Ediciones Paidós: Barcelona 1997: 67 - 76
10. Villalobos MA. Dinámica familiar en casos de niños con megacolon psicógeno. Rev Pediatría 1999; 34: 35 - 41
11. Winnicott DW. Desarrollo Emocional Primitivo. En: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, editores. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ediciones Paidós: Barcelona 1999: 199 - 214