

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y DINÁMICA FAMILIAR DEL NIÑO CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

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

RESUMEN

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es una causa frecuente de consulta en niños, con un componente psicossomático importante. **Objetivo:** Determinar las manifestaciones psicológicas y características de la dinámica familiar de los niños con SII. **Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo observacional en 15 niños con promedio de 27±15 meses de edad, 8 de ellos del género masculino (53,3%), quienes asistieron a la Consulta Externa de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» de Cali, Colombia durante el 15 de julio de 2003 al 15 de marzo de 2004 y a los cuales se les realizó una entrevista psicológica semiestructurada. **Resultados:** Nueve (60%) eran niños menores de 24 meses, 11 (73,3%) de ellos fueron producto de un embarazo no planeado; a 10 (66,7%) niños se les había empezado su entrenamiento al uso del inodoro antes de los 2 años de edad; 9 (60%) de los niños, respectivamente, eran hijos únicos o sus padres no convivían juntos; 8 (53,3%) de las madres de niños tenían < 25 años de edad; igualmente 8 (53,3%) de estas madres referían a sus hijos como «enfermizos»; 7 (46,7%) de estos niños eran «inquietos»; 7 (46,7%) presentaban malos hábitos nutricionales, 6 (40%) de ellos habían sido alimentados con lactancia materna

por encima de los 6 meses de edad y 6 (40%) habían empezado a caminar antes del primer año de vida. **Conclusión:** Existe una notable disfunción familiar, con presencia de una dinámica caótica y hostil en los niños con SII, siendo las características más recurrentes: hijo único enfermizo con problemas de alimentación, inquieto y caminador temprano, con padres separados, la madre < 25 años, con antecedentes de embarazo no planeado y con entrenamiento del control del esfínter anal temprano. La hostilidad como consecuencia del caos familiar y la inmadurez emocional de los padres, unido a la separación repercute en la función de maternaje, debido – en gran parte – a la falta de apoyo paterno y conyugal, dando lugar a la restricción alimentaria en el niño como una manifestación de reproche y mecanismos compensatorios.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable, Manifestaciones psicológicas, Dinámica familiar, Niños

SUMMARY

Introduction: The irritable bowel syndrome (IBS) is a frequent cause of children consult, including an important psychosomatic component. The objective is to determine the psychological manifestations and characterize the familiar dynamics of children with IBS. **Methods:** Descriptive and observational study (n=15, age 27±15 months, 8 males), children who were going to consult at the Hospital Universitario del Valle Evaristo Garçia, in Cali, Colombia during 8 months. A semi-structured survey was made. **Results:** 9 (60%) patients were infants; 11 (73.3%) were born through a non planned pregnancy; 10 (66.7%) had been toilet training before two years old; 9 (60%) were single children and had separated parents, respectively; 8 (53.3%) with mothers <25 years old and sickly children, respectively; 7 (46.7%) restless and having feeding problems, respectively; 6 (40%) with breast-feeding > 6 months and walker

1 Psicóloga. Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a Magíster. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2 MD. Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología. Profesor titular. Universidad del Valle. Cali, Colombia

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

Recibido para publicación: enero 15, 2010

Aceptado para publicación: abril 1, 2010

before one year old, respectively. These observations allowed to understand the familial dynamics and its possible link with physical symptoms. **Conclusion:** A notable familial dysfunction exists, with presence of chaotic and hostile dynamics in children with IBS, being the recurrent characteristics as follows: single son infant sickly with feed problems, restless and early walker, with separated parents, mother <25 years old, with background of non planned pregnancy and with early toilet training. The hostility demonstrates the familial chaos and the parents' emotional immaturity; this joined to the parents separation has repercussions on the maternal role due to the lack of paternal and conjugal support, resulting in the alimentary restriction in the kid as a manifestation of reproach and compensatory mechanism.

Key words: Irritable bowel syndrome, Psychological manifestations, Familiar dynamics, Children

INTRODUCCIÓN

Según los Criterios de Roma III el diagnóstico de Síndrome de intestino irritable debe incluir todo lo siguiente, al menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico: malestar abdominal (sensación molesta no descrita como dolor) o dolor asociado con 2 o más de lo siguiente al menos en el 25% del tiempo: mejora con la defecación, inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces e inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces, sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas¹ y su manejo es médico^{2,3}, nutricional⁴ y psicológico^{5,6}. 22-45% de la consulta de Gastroenterología pediátrica es por niños con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (SII)¹. El SII es causa frecuente de consulta en niños, con un componente psíquico importante. En la observación clínica se han encontrado pautas de crianza que influyen de manera indirecta en la salud física y anímica del niño, quien acude al cuerpo como recurso primordial de expresión de aquello que no logra ser significado. En este punto, el abordaje de la dinámica familiar como lugar de anclaje para la comprensión de la enfermedad física en el niño permitirá

comprender la configuración de sus síntomas psíquicos y proponer modelos de intervención⁷. El objetivo del presente trabajo es determinar las manifestaciones psicológicas y características de la dinámica familiar de los niños que asisten a la Consulta Externa de Gastroenterología pediátrica del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» de Cali, Colombia con diagnóstico de SII, reporte presentado a manera de abstract durante la Reunión Anual de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica del año 2004⁸.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional en 15 niños entre los 4 meses y 5 años de edad, 8 de ellos del género masculino (53.3%), quienes asistieron a la Consulta Externa de Gastroenterología pediátrica del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» de Cali, Colombia durante el 15 de julio de 2003 al 15 de marzo de 2004 a quienes uno de los investigadores les realizó una entrevista semiestructurada que incluyó datos de identificación como nombre, edad, fecha de nacimiento y escolaridad; Enfermedad actual; Antecedentes patológicos como enfermedades significativas y hospitalizaciones; Antecedentes personales como historia familiar, relación de pareja, relaciones fraternas, y antecedentes patológicos familiares; Historia personal como embarazo, parto, lactancia materna, primera infancia, desarrollo psicomotor, etapa escolar, y socialización; y Experiencias emocionales perturbadoras como personalidad (estados de ánimo habituales, forma como maneja situaciones de estrés y recursos utilizados para manejar la tensión).

RESULTADOS

Nueve (60%) niños eran menores de 24 meses (promedio de 27 ± 15 meses de edad); 11 (73.3%) de ellos fueron producto de un embarazo no planeado; a 10 (66.7%) niños se les había empezado su entrenamiento al uso del inodoro antes de los 2 años de edad; 9 (60%)

de los niños, eran hijos únicos; 9 (60%) tenían madres solteras cabezas de hogar con padres no conviviendo juntos; 8 (53.3%) de las madres de estos niños tenían < de 25 años de edad; igualmente 8 (53.3%) de estas madres referían a sus hijos como «enfermizos»; 7 (46.7%) de estos niños eran «inquietos»; 7 (46.7%) presentaban malos hábitos nutricionales y problemas en su alimentación; 6 (40%) de ellos habían sido alimentados con lactancia materna por encima de los 6 meses de edad y 6 (40%) habían empezado a caminar antes del primer año de vida (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La observación de los niños con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y la entrevista realizada a sus padres, permitió acercarse a la comprensión de la dinámica familiar manifiesta y su posible relación con los síntomas físicos (Tabla 1).

Hostilidad en la dinámica relacional conyugal. De alguna manera resulta desplazada en el niño, evidenciando el caos familiar vinculado a la inmadurez de los padres⁹. Es así, como el niño

Paciente	# de hijo	Estado civil	Embarazo	Antecedentes durante el embarazo	Entrenamiento al uso del inodoro	Hábitos alimentarios	Dinámica familiar
1	Único	Separados	No planeado		11 meses	Come a la fuerza; «llorón»	Suegra intrusiva, disgusto con abuelo
2	Único	Separados	No planeado	Desmayos, vómitos; peleas	18 meses	Induce vómito con dedos, no come mucho, inquieta, «llorona»	Maltrato físico, duerme con niña
3	2 de 2	Separados	No planeado	Intento aborto, hospitalizaciones		Inquieta	Intento de suicidio y matar
4	Único	Separados	No planeado	Intento aborto, alto riesgo	7 meses	Llorón, no come mucho, enfermizo inquieto	Amenazada con pistola en la cabeza
5	Único	Separados	No planeado	Amenaza aborto		Dice mamá al papá, hospitalizaciones.	Madre abandonó
6	2 de 3	Separados	No planeado		8 meses	Caprichosa, llorona, enfermizo	
7	5 de 5		No planeado			Inquieto, Llorón, demandante, enfermizo	
8	2 de 2				22 meses	Inquieta, llorona	Padre nervioso, mortinato
9	2 de 2	Separados	No planeado	Intento aborto	19 meses	Inquieta, come mucho	Maltrato físico durante relaciones sexuales, amenaza de muerte por infidelidad

10	Único				22 meses	Golpea padres y abuelos	Duerme con abuelos, abuela desautoriza
11	Único	Separados	no planeado	Intento aborto	10 meses	Persecución para comer, enfermizo, golpea madre	Obsesiva con limpieza
12	Único		No planeado		18 meses	Come poco, golpea madre, inquieto, llorón	Lo cuida la abuela
13	Único		No planeado	Amenaza de aborto		Hospitalizaciones	Tratamiento médico, madre adoptada, hija prostituta
14	Único	Separados		Amenaza de aborto, hospitalizaciones		Hospitalizaciones, cirugía, llorona, come mucho	Maltrato físico, abuela prostitute
15	2 de 2		No planeado	Anemia	9 meses	Enfermizo	Maltrato físico

soporta inconscientemente el conflicto emocional de sus padres a través de la queja somática, cuya característica principal está relacionada con la agresión vuelta sobre sí mismo como una forma de «olvidar» el dolor imperante en su familia. El incremento de los síntomas fisiológicos en estos niños, pueden aparecer como respuesta a los «deseos reprimidos de padres insatisfechos en sus vidas sociales o conyugales [o ambas] y a relaciones perturbadas en un momento en que la vida física y psíquica están supeditadas al mundo del adulto que lo alimenta»¹⁰.

La separación inherente a la hostilidad familiar. Tiene de trasfondo la agresión¹¹, negación o indiferencia de los aspectos psíquicos del niño y el ambiente que lo acoge, influyendo en la forma como la madre (o cuidador) ejerce su papel maternal al estar desprovista de un apoyo conyugal y paterno; en este sentido, el síntoma físico del niño actúa como evidencia de lo sintomático en la familia¹⁰.

Inadecuada técnica alimentaria y ansiedad manifestada frente a la alimentación del niño. Aspectos relacionados con el valor vincular en tanto que el alimento

representa un punto de partida (desde el inicio de la lactancia) en las relaciones [personales – sociales]. En este caso, se encuentra de manera significativa, niños que utilizan la inducción del vómito o la restricción alimentaria como mecanismos compensatorios frente a la hostilidad y el rechazo de la falla familiar (síntomas precursores de la anorexia mental)¹². Así, se halla en la negativa a comer, un juego entre lo vacío y lo lleno, en tanto que aquello que se incorpora es expulsado como manifestación del reproche frente a las figuras primordiales. En este punto, el énfasis radica en el paso de la lactancia a la ingestión de otros alimentos; la salida de los dientes en el niño, le incita a abandonar el vínculo oral con la madre y busca satisfacerse a partir de su necesidad de morder; si no existe el discernimiento de dicha necesidad, es factible que tras la angustia, el niño sea obligado a comer bajo este criterio dificultando la adecuada incorporación física – mental del alimento, repercutiendo en la elaboración de actos antifisiológicos (inducción del vómito, mericismo, restricción alimentaria)¹³.

La observación de los niños con SII ha permitido comprender la existencia de una disfunción familiar marcada con presencia de dinámicas caóticas y

hostiles; siendo las características recurrentes: lactante hijo único «enfermizo», con problemas en la alimentación, inquieto y caminador «temprano», padres separados, madre < 25 años de edad, antecedente de embarazo no planeado y entrenamiento precoz para defecar. La hostilidad observada en las entrevistas pone en evidencia el caos familiar, la inmadurez emocional de los padres; esto unido a la separación de los padres repercute sobre el papel maternal por falta de apoyo conyugal y paterno; una de las manifestaciones principales que se pueden relacionar con esta «ausencia» es la restricción alimentaria como mecanismo compensatorio y reproche del niño a su familia. Según Deustch¹⁴, el alimento constituye, indudablemente, el primer elemento a través del cual se da continuidad a la vida biológica y es la base primordial para generar los cimientos de un desarrollo emocional rico y diverso, porque es a través del componente oral como el niño incorpora además de lo nutritivo para su cuerpo la rutina de obtener cuidados, amor, bienestar, continuidad; siendo la madre entonces el ser humano que en primer momento lo introduce al mundo social y con ello al mundo humano, al del lenguaje. Es tan decisivo en el desarrollo del niño esta vinculación diádica que las perturbaciones o inconvenientes presentados en estas etapas podrían tener una incidencia importante dentro del crecimiento emocional y mental del infante. El intestino es uno de los puntos más sensibles a través del cual, el malestar y la ansiedad se manifiestan. El SII alude una «sobrecarga de excitación»¹⁵ dentro de un ambiente donde predominan la discontinuidad afectiva y la inestabilidad espacio-temporal¹⁶. Con lo anterior, se podría suponer que, los vínculos familiares frágiles, los problemas a interior de la pareja parental tienen gran influencia en la forma como se establecen estas pautas de crianza, así como también repercuten en la forma como el niño ingresa al mundo familiar. El hecho de haber sido deseado o no, deja la marca indeleble de aquello acontecido en los padres, «... del modo bajo el cual lo aceptaron sus padres»¹⁷.

Para hablar del Síndrome de Intestino Irritable (SII), es preciso hablar acerca de la zona anal, punto fundamental para la comprensión del malestar físico

y emocional que acompaña al niño con SII y por supuesto, a sus padres. La zona anal implica una importancia tal que repercute en el funcionamiento sexual de un lugar que en primera instancia reposa en lo fisiológico¹⁶. La indiferenciación de las zonas genital y anal en el niño pequeño marca el punto de anclaje para comprender el por qué esta zona implica un estado de excitabilidad que luego a partir de la represión de que es objeto, sumerge al niño en el mundo del adulto que lo limpia y alimenta: *la entrada al orden social y de la cultura* a partir de las pautas de crianza, entrando a jugar un papel importante la norma para el desarrollo ulterior del niño. Con el ingreso de dicha norma, se pueden observar manifestaciones sintomáticas, perturbaciones intestinales, que hablan de la forma como el niño ha sido deseado, pensado y hablado. La importancia de esta zona se refleja en la forma como los sujetos neuróticos organizan actos ceremoniales, rituales escatológicos con relación a dicha zona en la más profunda privacidad¹⁶. Parte de la normatividad a la que se integra el niño es el control de esfínteres, marcando un punto de independencia con relación al adulto – cuidador. Este momento, al igual que la lactancia materna y posteriormente la introducción de la alimentación complementaria son momentos esenciales y claves para comprender la relación profunda entre la madre (o cuidador) y su hijo. El por qué de este hecho radica en la serie de sentimientos que se ven movilizados en la madre y que la incitan a re-elaborar aspectos de su carácter que se encontraban apaciguados. Es una puesta a prueba en su capacidad para «maternar». En este sentido, la madre o cuidador transmite a su hijo la actitud (la representación inherente a su estructura) profunda con relación a la materia fecal, «como también a la alimentación, a la suciedad»¹⁶.

Durante la infancia existe una gran susceptibilidad a responder por la vía sintomática a aquello que se juega en otro lugar. El cuerpo entonces, pasa de ser solo un conjunto de órganos a aquel perturbado por el lenguaje, cuyo punto de anclaje viene a ser el modo en que el niño ha sido hablado¹⁷. El lenguaje como fundamento de la comunicación entre los sujetos entra además, a articular ese cuerpo a partir de un funcionamiento sintomático que le sirve al niño (sujeto)

para desplegar aquello que acontece en la vida familiar. No obstante, en la práctica clínica con niños se observa cómo este cuerpo aparece tan comprometido en la crisis familiar, que entra a manifestar síntomas muy fuertes que en últimas a lo que apuntan es a develar aquello que acontece y que el niño a través de su cuerpo representa. No obstante, lo que el niño viene a representar por la vía corporal puede implicar síntomas muy serios que reafirman en la práctica clínica aquella tendencia destructiva que pone de relieve la problemática familiar¹⁷. El trabajo clínico con niños por tanto, implica en primera instancia diferenciar el síntoma del niño que deviene del conflicto de la pareja parental; de su síntoma singular que lo constituye como sujeto. En conclusión, en este trabajo nosotros logramos identificar que existe una notable disfunción familiar, con la presencia de la dinámica caótica y hostil en los niños con SII, siendo las características más recurrentes: hijo único enfermizo con problemas de alimentación, inquieto y caminador temprano, con padres separados, la madre < 25 años, con antecedentes de embarazo no planeado y con entrenamiento al uso del inodoro temprano. La hostilidad que demuestra el caos familiar y la inmadurez emocional de los padres, lo que unido a la separación de los padres repercute en la función materna, debido a la falta de apoyo paterno y conyugal, dando lugar a la restricción alimentaria en el niño como una manifestación de reproche y mecanismos compensatorios.

Referencias

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527–1537
2. Bausserman M Michail S. The use of Lactobacillus GG in Irritable bowel syndrome in children: a double-blind randomized control trial. *J Pediatr* 2005;147:197-201
3. Vandeplass Y, Benninga M. Probiotics and Functional Gastrointestinal Disorders in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48: S107–S109
4. McOmber ME, Shulman RJ. Recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. *Curr Opin Pediatr* 2007; 19: 581–585
5. Varni JW, Lane MM, Burwinkle TM, Fontaine EN, Youssef NN, Schwimmer JB, et al. Health-related quality of life in pediatric patients with irritable bowel syndrome: a comparative analysis. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27: 451–458
6. Bursch B. Psychological/Cognitive Behavioral Treatment of Childhood Functional Abdominal Pain and Irritable Bowel Syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 47: 706-707
7. Cunningham CL, Banez GA. Pediatric gastrointestinal disorders. Biopsychosocial assessment and treatment. Springer: USA 2006
8. Jiménez AM, Velasco CA. Psychological manifestations and familiar dynamics in children with irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39: S273
9. Robins PM, Glutting JJ, Shaffer S, Proujansky R, Mehta D. Are There Psychosocial Differences in Diagnostic Subgroups of Children with Recurrent Abdominal Pain? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41: 216–220
10. Leiberman C, Bleichmar NM. Lo psicossomático. En: Las perspectivas del psicoanálisis. Editorial Paidós: México 2001: 249-282
11. Buonavolonta B, Coccorullo P, Turco R, Boccia G, Greco L, Staiano A. Familial Aggregation in Children Affected by Functional Gastrointestinal Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50 (*in press*)
12. 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
13. Aberastury, A. Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Editorial Paidós; Argentina 1987
14. Deutsch, H. *La Psicología de la Mujer*. Volumen 2. Editorial Losada: Argentina: 1960
15. Gutton P. El Cuerpo Libidinal. En: Gutton P, editor. *El bebé del Psicoanalista: perspectivas clínicas*. Amorrortu Editores: Argentina 1983: 23–34
16. Lebovici S, Soulé M. En: *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica: México 1981
17. Udenio B. El síntoma en el psicoanálisis con niños. En: Bassols M, Monribot P, Udenio B. *Las Respuestas del Psicoanalista*. Volumen 2. Serie Bitácora (NEL) Nueva Escuela Lacaniana: Bogotá 2003: 197 – 268