

# CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ URREGO, PSIC.<sup>1,3</sup>,  
CARLOS ALBERTO VELASCO BENÍTEZ, M.D.<sup>2,3</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** El reflujo gastroesofágico en los niños puede ser entendido como un problema psicológico. **Objetivo:** Describir las características psicológicas de las familias de los niños con ERGE. **Materiales y Métodos:** 11 niños (2-24 meses) del Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali, Colombia, fueron incluidos. **Resultados:** 6 fueron niñas; la edad de los padres estuvo entre los 18 y 41 años; convivencia entre los padres entre los 0 y 13 años; 6 con los hermanos maternos; 5 viven en unión libre y 3 casados; 7 no tenían previsto el embarazo; todos desearon el embarazo; 8 tenían antecedentes de enfermedades graves y hospitalizaciones; 6 madres se autodefinen como ansiosas y nerviosas; 3 madres en tratamiento psiquiátrico; 6 recibieron lactancia materna y 1 nunca recibió leche materna. **Discusión:** La observación de los niños con ERGE y sus familias nos permitió iniciar la comprensión inherente a la enfermedad y todos los temores, y expectativas. Por lo tanto, el conflicto emocional debido a la pérdida de control del mundo externo, sus regularidades y predicciones es evidente, y esto conduce al aumento de ansiedad cuando se enfrentan a la enfermedad física del niño. Durante las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con las familias de los niños con ERGE, se han encontrado características recurrentes que aluden a una serie de manifestaciones propias de la persona cuando es amenazada por factores en los que no tiene el control. En ese sentido, se observan una serie de defensas que son convenientes en ese momento para soportar el dolor y la incapacidad que la enfermedad del niño representa. Entre las defensas más notables están la negación, la

disociación, la intelectualización, la proyección y la regresión, manifestaciones cuyo componente principal es la pérdida de control y la incapacidad de proporcionar al niño la protección que él requiere. Por lo tanto, el conocimiento que el pediatra tiene sobre las capacidades psicológicas del niño y la familia, así como el reconocimiento de la amenaza emocional que la enfermedad implica a los padres, se traducirá en un apoyo adicional a fin de proteger la salud y hacer el proceso un poco más tolerable.

*Palabras clave:* Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Manifestaciones psicológicas, Niños

## SUMMARY

**Introduction:** GERD in infants may be understood as a psychological problem. **Objective:** To describe the psychological characteristics in families of children with GERD. **Materials and Methods:** 11 children (2-24 months) from the Hospital Universidad del Valle Evaristo García in Cali, Colombia were included. **Results:** 6 girls, parents's age (18-41 years old); parents living together between 0-13 years; 6 with maternal step brothers; 5 living in common-law marriage and 3 married and living together, respectively; 7 were non planned pregnancy; all were wanted pregnancy; 8 had serious illnesses background and hospitalizations; 6 mothers were self defined as anxious and nervous; 3 with mothers in a psychiatric treatment; 6 with nursing from mother and one never had it. **Discussion:** The observation of children with GERD and their families has allowed us to begin the understanding inherent to the illness and all those fears, expectancies and defenses that are characteristic of it. Thus, the emotional conflict due to the loss of control of the external world, its regularities and predictions is evident, and this leads to the anxiety increase when facing the physical illness of the child. During the semistructured interviews carried out with the families of the children with GERD, recurrent

<sup>1</sup>Psicóloga. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia

<sup>2</sup>MD. Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Profesor titular. Universidad del Valle. Cali, Colombia

<sup>3</sup>Grupo de Investigación GASTROHNUP. Universidad del Valle. Cali, Colombia

characteristics that allude to a series of manifestations proper of the person when is threaten by factors on which does not have control have been found. In that sense, a series of defenses that are fine at that moment for bearing the pain and the incapacity that the child's illness represents are observed. Among the most remarkable defenses are: negation, dissociation, intellectualization, projection and regression, manifestations which main component is the loss of control and the inability to provide the child the protection s/he requires. Therefore, the knowledge that the pediatrician has about the psychological capabilities of both the child and the family, as well as the recognition of the emotional threat that the illness implies to the parents will result in an extra support in order to protect the health and make the process a little more tolerable.

**Key words:** *Gastroesophageal reflux disease, Psychological manifestations, Children*

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) en lactantes es una entidad incapacitante que demanda la atención de quienes cuidan a sus hijos enfermos. Este trabajo tiene como fin, describir las características psicológicas inherentes al proceso de enfermedad en las familias de niños con diagnóstico de ERGE que consultaron a la Consulta Externa de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de Cali, Colombia. La observación de los niños con ERGE y sus familias ha permitido iniciar la comprensión inherente al proceso de la enfermedad y todos aquellos temores, expectativas y defensas que le son propias. Así, es evidente el conflicto emocional debido a la pérdida del control del mundo exterior, de sus regularidades y predicciones, lo cual conlleva al incremento de la ansiedad frente a la enfermedad física del niño<sup>1</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio observacional descriptivo, donde se incluyeron

11 niños entre los 2 y 24 meses de edad (9 meses 9 días  $\pm$  6 meses 7 días), seis del género femenino, diagnosticados con ERGE por clínica, endoscopia y pHmetría intraesofágica ambulatoria de 24 horas, que consultaron al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de Cali, Colombia, en un período de dos meses.

## RESULTADOS

A partir de la anamnesis, se encontraron los siguientes resultados: edad materna entre 18 y 41 años (26 años 2 meses  $\pm$  7 años 4 meses) y paterna entre 18 y 40 años (4 años 5 meses  $\pm$  5 años 3 meses); padres en convivencia entre 0 y 13 años (4 años 5 meses  $\pm$  5 años 3 meses); con 8 padres y 7 madres bachilleres, respectivamente; en 6 casos con hermanastros por parte de la madre; 5 en unión libre y 3 casados y en convivencia; en 7 casos embarazo no planeado; en los 11 casos verbalizan haber deseado el embarazo; en 6, parto por cesárea; en 8 con antecedentes de enfermedades graves y hospitalizaciones; con 6 madres autodefinidas como nerviosas y ansiosas; con 3 madres en tratamiento psiquiátrico; en 6 casos con lactancia materna actual y 1 en que no recibió nunca; 9 con vómito, 3 con sialorrea, no aumento de peso y tos respectivamente. La Tabla 1 muestra algunos de los resultados más significativos para la investigación.

## DISCUSIÓN

La caracterización familiar de niños con ERGE es principalmente una identificación de las familias con niños que presentan cualquier tipo de dolencia incapacitante y que requiera hospitalización. Sin embargo, la particularidad que encontramos en esta enfermedad, tiene que ver con la planeación del embarazo y cómo se puede anudar con algún sentimiento de culpa que aflora durante la enfermedad y la hospitalización. Así mismo, el hallazgo en las once familias de síntomas depresivos que subyacen a la hospitalización y que termina estableciendo la forma en que se asume la enfermedad. Según estudios en psicopatología, las afecciones del sistema digestivo están muy relacionadas al sistema nervioso central. Los problemas en la

**Tabla 1**

Características de 11 familias de niños diagnosticados con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) que asisten a la Consulta Externa de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" de Cali, Colombia

Paciente	Edad	Edad padres		Estatus marital	Hermanos	Embarazo planeado	Antecedentes patológicos niño	Antecedentes emocionales familia
		Madre	Padre					
1	17 meses	25 años	30 años	Unión libre	Hermanastra 8 años	Si	Bronconeumonía, traqueostomía	Madre muy fría/Madre depresiva
2	17 meses	18 años	21 años	No conviven	Hermanastro 2 años 10 meses	No	2 hospitalizaciones por bronconeumonía, varicela	Madre le pega, actúa como empleada
3	24 meses	28 años	28 años	Unión libre	Hermanastra 11 años	No		En tratamiento psiquiátrico
4	3 meses	22 años	18 años	Unión libre	Hermanastro 6 años	No	Bronconeumonía	Niño muerto a los 14 días hace 3 años
5	4 meses	19 años	23 años	No conviven	Hijo único	No	Cuidados intensivos por 1 mes, 2 hospitalizaciones, ductus, convulsión	En tratamiento para bulimia
6	4 meses	39 años	40 años	Casados	Hermano 3 años	Si	Cuidados intensivos por 7 días	Depresión postparto
7	5 meses	23 años	31 años	Separados	Hermanastra 3 años	Si	Síndrome convulsivo, malrotación intestinal	Hermana gemela falleció al nacer
8	8 meses	27 años	35 años	Casados	Hermanastra 14 años	Si		En tratamiento con antidepresivos
9	8 meses	41 años	39 años	Casados	Hermanos 12 años y 8 años	No	2 hospitalizaciones por bronconeumonía	Padre alcohólico
10	9 meses	22 años	26 años	Unión libre	Hijo único	No	Neumonías a repetición, oxígeno dependiente	Padres ingenuos, negación?
11	10 meses	25 años	23 años	No conviven	Hijo único	No		Operada de los ovarios de niña

alimentación, el vómito, la regurgitación, la inhibición alimentaria tienen un componente emocional importante que influye en la manera de relacionarse con el otro, en este caso con una de las figuras primordiales como es la madre. Partiendo de esta hipótesis, se realizó la observación de los niños con ERGE. No obstante, encontramos que estos niños (lactantes) presentaban una ERGE secundaria a otra patología, lo cual desvió la pregunta inicial de investigación. Por esta razón, y observando la gran predominancia de síntomas emocionales de duelo y pérdida, se hizo hincapié en comprender la dinámica inherente al proceso de la enfermedad y todos aquellos temores, expectativas y defensas que le son propias.

En términos generales, la enfermedad - cualquiera que esta sea -, en el niño y en el sujeto como tal, implica un desgaste tanto en el ámbito físico como en el emocional. Las vivencias que experimentan el niño y sus cuidadores entran a jugar un papel fundamental en la forma como se

asuma la enfermedad. En este caso, los niños con ERGE y su familia entran en un conflicto emocional debido a la pérdida del control del mundo exterior, de sus regularidades y predicciones, lo cual conlleva al incremento de la ansiedad frente a la enfermedad física del niño<sup>2</sup>; así mismo, la forma como cada familia le dé sentido a dicha enfermedad, marcará una pauta en el desarrollo de adecuadas herramientas psíquicas para asumirla.

Estudios recientes en medicina psicosomática indican que los factores psicológicos juegan un rol importante en el desarrollo, curso clínico y tratamiento de estos desórdenes. Factores como la personalidad, aspectos emocionales, nivel de estrés experimentado, intervienen de manera significativa en el desarrollo de problemas del sistema digestivo<sup>3</sup>.

En las entrevistas realizadas con las familias de los niños con ERGE se han encontrado características recurrentes que aluden a una serie

**Tabla 2**  
Mecanismos defensivos del individuo<sup>4</sup>

Negación	Busca evitar ser consciente de algún aspecto doloroso de la realidad mediante la exclusión del reconocimiento de datos sensoriales
Disociación	Modificación temporal del carácter de la persona o del sentido de la identidad personal, para evitar la ansiedad emocional, separando una idea, objeto o afecto, de la emoción que les corresponde
Intelectualización	Uso excesivo de procesos intelectuales para evitar la expresión o experiencia afectiva
Proyección	Percepción y reacción a un impulso interno que resulta inaceptable como si fuera ajeno al yo, atribuyéndolo a una fuente externa
Regresión Puede ser un fenómeno normal durante la hospitalización (se incrementa la demanda de cuidados y afecto por parte del niño)	Intento por regresar a una fase libidinal más temprana de funcionamiento y evitar la tensión y el conflicto vivenciados en el nivel presente del desarrollo

de manifestaciones propias del sujeto cuando se encuentra amenazado por factores sobre los cuales no tiene dominio. En este sentido, se observan una serie de defensas que resultan convenientes en ese momento para soportar el dolor y la incapacidad que representa la enfermedad física del niño. Dentro de las defensas más destacadas se encuentran: negación, disociación, intelectualización, proyección y regresión (Tabla 2)<sup>4</sup>; manifestaciones cuyo componente principal es la pérdida del dominio y la incapacidad para brindarle al niño la protección que requiere. Así mismo, fue notoria en varias familias la dificultad para asumir y seguir las indicaciones médicas, situación que repercute en la mejoría del niño. Lo anterior confirma el hecho de que la amenaza y el temor que sienten los padres y la familia en general termina afectando la confianza en el ambiente en general, esto es, el medio hospitalario, el médico y todos aquellos que intervienen en la salud física del niño. En este sentido, es posible suponer que existe un niño eminentemente orgánico y a su vez, emocional; este último - el niño de la psicología -, entra a jugar un papel fundamental en tanto que repercute anímicamente en el cuerpo biológico<sup>5</sup>. Por tanto, el conocimiento por parte del médico (pediatra) de las capacidades psicológicas del niño, como también el reconocimiento de la amenaza emocional - de la enfermedad -, para los padres resultará en un apoyo extra para salvaguardar la salud y hacer del proceso algo más tolerable.

Por otro lado, se observó que una de las características más significativas fue que 7 de los 11 embarazos no fueron planeados. Si bien no es un número revelador para sustentar alguna relación cuantitativa entre la falta de planeación y

el sentimiento de culpa frente a la enfermedad actual del bebé, es difícil ignorar el aspecto cualitativo de estos resultados.

El planear la llegada de un hijo, si bien está relacionado con el deseo de tener un hijo, tiene un significado diferente. La planeación implica un actuar consciente que permite a la madre y a su pareja dilucidar una corporización del bebé mentalizado. En estas madres que no contaban con dicha representación de su existencia, implicaría posiblemente un quiebre con sus planes actuales. Sin embargo, el deseo de tener un hijo puede sostenerse en los padres aun cuando no hiciera parte de sus propósitos. He aquí la diferencia entre planear y desear. El deseo subyace en el sujeto y le seguirá acompañando porque él también deviene de ese deseo - o sin deseo - de su madre<sup>6</sup>. Se aprecia entonces, que la experiencia de dicho deseo de tener un hijo está anudada a la vivencia que cada sujeto tuvo como hijo, estableciendo una ligazón que es lo que se puede llamar deseo de hijo.

En el caso de estos lactantes, que han vivenciado la enfermedad y la experiencia hospitalaria, se puede suponer la puesta a prueba del deseo de sus padres y de ellos mismos quienes apenas empiezan en el juego del deseo. Los padres pueden por tanto, experimentar sentimientos ambivalentes de amor y odio<sup>7</sup> y, por ende culpa y reproches. Sentimientos absolutamente normales en momentos en que la vida se puede ver amenazada.

Si a lo anterior, se le suma los antecedentes familiares que se observaron en las 11 familias; resulta preocupante la manifestación recurrente de síntomas depresivos de algunos de sus miembros, así como la vivencia de situaciones

**Tabla 3**

Condiciones necesarias durante la hospitalización del niño

Ambiente contenedor. Los niños que vivencian el dolor, tienen la necesidad de un entorno capaz de contener todas aquellas proyecciones negativas y que le permita subsanarlas a partir del encuentro con un otro facilitador de sentimientos placenteros y de bienestar
Comprensión de las necesidades afectivas de los niños por parte del equipo médico – asistencial
Apoyo a la familia que le permita comprender la enfermedad y el malestar físico - emocional del niño

traumáticas (por ejemplo, la muerte de un hijo o un padre alcohólico, entre otros) todo lo cual, terminará sustentando modos de funcionamiento que van en detrimento del bebé enfermo y, en general, de la familia.

Siguiendo esta línea de desarrollo, es fundamental hacer referencia a la hospitalización y todas aquellas intervenciones para combatir la enfermedad, como situaciones que dejan huella en el cuerpo (Tabla 3).

La vivencia del cuerpo enfermo trae consigo temores, ansiedades y expectativas alrededor de este; entretejen una significación de la enfermedad para el niño y su familia, que quedará en su memoria y de alguna manera determinará el ulterior modo de asumir las experiencias. Es por esto, que se hace hincapié en la comprensión de ese cuerpo que habla a través de sus síntomas y la forma como es simbolizado por la familia. ¿Con qué fin? Con el fin de que la enfermedad y todo lo que ocasiona en la vida familiar y en la vida del niño resulte menos angustiante, mediatizada por las palabras de consuelo y una presencia capaz de aportar bienestar y afecto que permita procesar

aquel vasallaje de sentimientos y sensaciones intensas y atemorizantes. De ahí que se dé importancia a brindar un espacio para la familia y el niño en el que la palabra sea el medio para aflorar “emociones no superadas, consecutivas a su vez a experiencias vividas”.<sup>7</sup>

## REFERENCIAS

1. 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
2. Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Editorial Paidós: Barcelona 1998
3. Orzechowska A, Wysokinski A, Talarowska M, Zboralski K, Gruszczynski W. Psychological factors in the course of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. Gastroenterologia Polska 2008; 15: 213-217
4. Jiménez AM, Pinzón Y. Caracterización de los procesos intrapsíquicos vivenciados en el espacio terapéutico de dos niños diagnosticados con artritis séptica. Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Cali 2003
5. Gutton P. El cuerpo libidinal. En: Gutton P, editor. El bebé del psicoanalista: perspectivas clínicas. Amorrortu Editores: Argentina 1983: 23-34
6. Doltó F. La imagen inconsciente del cuerpo. Editorial Paidós: España 1997
7. Doltó F. En el juego del deseo. Editorial Siglo 21: España 1998