

# **Universidad Autónoma de Baja California**

Facultad de Medicina y Psicología  
Doctorado en Ciencias de la Salud



DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NIÑOS CON CONSTIPACIÓN  
INTESTINAL.

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA:

Adriana María Ramírez Bojórquez

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Adriana Carolina Vargas Ojeda

TIJUANA, BC., MEXICO

NOVIEMBRE 2015

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
Familia	3
Modelos de familia	4
Familia disfuncional	7
Infidelidad conyugal	9
Depresión	10
Depresión materna	11
Relación madre-hijo	12
Apego	16
Apego inseguro-ansioso	19
Desarrollo Psicológico del Niño	20
Trastornos psicosomáticos en niños	22
Constipación intestinal	24
Justificación	27
Planteamiento del problema	28
Hipótesis	29
Objetivos	29
METODOLOGÍA	30
RESULTADOS	34
Discusión	42
Conclusiones	43
Referencia bibliográfica	47
ANEXOS	51
Anexo 1. Consentimiento informado para participar en la investigación sobre Disfunción Familiar en niños con Constipación Intestinal.	51
Anexo 2. Entrevista de psicología infantil	53
Anexo 3. Apgar Familiar y Sección 11. CESD-20	56

### Índice de esquemas

Esquema 1	Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares	5
Esquema 2	Teorías de Relaciones Objetales	14
Esquema 3	El Desarrollo del Apego	17
Esquema 4	Pautas de crianza y estilos de apego	18
Esquema 5	Desarrollo psicológico	21
Esquema 6	Marco teórico trastornos en infancia	23

### Índice de cuadros

Cuadro 1	Clasificación de modelos de interacción familiar	6
Cuadro 2	Cuadros clínicos en la infancia	24
Cuadro 3	Operacionalización de variables	31

## Índice de tablas

Tabla 1	Total de niños atendidos en el HIC con diagnóstico de CI	27
Tabla 2	Características generales de la muestra estudiada	34
Tabla 3	Análisis bivariado entre estreñimiento y características de interés	35
Tabla 4	Análisis multivariado con regresión logística incluyendo las variables significativas del análisis bivariado	37

## Índice de gráficas

Gráfica 1	Porcentaje de consulta por sexo con Dx de Constipación intestinal	37
Gráfica 2	Frecuencia de estreñimiento en pacientes con mamás que padecen depresión	38
Gráfica 3	Antecedente de estreñimiento materno en pacientes con CI	38
Gráfica 4	Ingesta de comida chatarra (papitas, churritos, etc.) y estreñimiento	39
Gráfica 5	Disfunción familiar y estreñimiento en niños	39
Gráfica 6	Apego inseguro y estreñimiento	40
Gráfica 7	Problemas de pareja y estreñimiento en sus hijos	40
Gráfica 8	Problemas de intimidad conyugal y estreñimiento en el hijo	41
Gráfica 9	Separación de los padres e hijo con estreñimiento	41
Gráfica 10	Relaciones amorosas fuera del matrimonio (infidelidad)	42

## INTRODUCCIÓN

El niño, inmerso en un sistema familiar del cual depende absolutamente para cubrir sus necesidades de alimentación, de afecto y de cuidados tanto físicos como psíquicos, recibe estímulos que potencialmente pueden ser nocivos para su integridad biopsicosocial. Una entidad clínica que se ha observado desde la etapa de recién nacido es la constipación intestinal (CI), que representa un problema de salud que afecta no sólo al niño sino a la dinámica familiar por constituir una alteración que preocupa de manera considerable a los padres (Anthony, 1970; Kreisler, 1977; Lebovici, 1988; White, 1997).

Durante los 20 años que llevo laborando como psicóloga en el Hospital Infantil de las Californias (HIC), he tenido la oportunidad de atender a los niños que son llevados por sus familiares por padecer de (CI). En general estos niños evidencian una conducta particular se muestran pasivo-agresivos, son agredidos por el ambiente, principalmente por los compañeros de la escuela debido al olor que despiden; las continuas faltas a clases por su enfermedad y su lastimada autoestima, los lleva a sentirse débiles e incapaces para enfrentar las situaciones sociales adversas cotidianas, lo que genera a su vez una sobre dependencia de la figura materna, y una pobre diferenciación entre sus necesidades y las de sus madres (Benninga, 2006).

La relación madre-hijo a partir de este momento está centrada en las deposiciones del hijo, dándole un lugar a la defecación, no como medio para satisfacer una necesidad fisiológica del niño, sino como el centro de sus interacciones con este. En ocasiones esta situación es tan desesperante para los padres que suele despertar sentimientos contradictorios y respuestas paradójicas, lo cual complica cada vez más la situación (Minuchin, 2011).

En lo que respecta al niño, se observa una gran dificultad para actuar independientemente de la madre, con poca claridad en sus necesidades, gustos,

deseos y responsabilidades; así como también, desconfianza en sus actos ya que permanece atrapado en el deseo de los padres. Cuando intenta expresar sus necesidades es tan alta la demanda y matizada con coraje, que nuevamente es reprimido por los padres, y se reanuda la pauta que inicia la repetición de la danza familiar (Whitaker, 1998).

Esas grandes dificultades que tienen tanto el niño como los familiares para manejar el conflicto y buscar una solución los ha llevado a sentirse desesperados y a buscar ayuda; motivo por el cual llegan al HIC, que es una institución hospitalaria de la ciudad de Tijuana, que atiende a niños de población abierta; en donde se les diagnostica y brinda tratamiento integral, que incluye, entre otros, el tratamiento pediátrico, el apoyo nutricional y la atención psicológica personal y familiar.

El tratamiento que se ha brindado en la clínica de psicología ha estado centrado principalmente en el niño; sin embargo, se ha encontrado a través de la experiencia que cuando se ha intervenido en el sistema familiar, principalmente con el vínculo madre-hijo, los resultados han sido sorprendentemente mejores. El hecho de tomar en cuenta a la familia, a la dinámica familiar y a la figura más importante para el niño como lo es su madre, el cambio ha sido notorio y se ha evitado la cronicidad del síntoma y la intervención quirúrgica.

Para un mejor tratamiento, se consideró importante corroborar los hallazgos que la investigadora ha hecho durante su experiencia profesional. El trabajo se inició con casos muy complicados, crónicos, y que ya habían tenido una intervención quirúrgica. Este problema no sólo involucra al niño, sino también a la madre, a los familiares, y en algunas ocasiones a tres generaciones. En la mayoría de estos casos se encontró problema de apego, problema de pareja, y depresión materna. Es por ello que en la presente investigación se busca corroborar científicamente la asociación directa entre disfunción familiar evidenciada por la presencia de las tres situaciones antes mencionadas y la sintomatología relacionada con la (CI).

## **ANTECEDENTES**

### Familia

La conceptualización de la familia ha sufrido cambios a lo largo del devenir histórico, en virtud de la complejidad del propio individuo inmerso en grupos humanos los cuales han influido en la dinámica organizacional del sistema, ha sido reconocido por la sociedad como familia. A la familia se le adjudica la responsabilidad de la socialización, ya que está vinculado a los demás sistemas de la sociedad humana y es núcleo social responsable de la supervivencia humana (Anderson, 1994).

Son innumerables las definiciones que sobre el término “familia” se han realizado. En este trabajo la autora ha considerado pertinente atender e integrar los conceptos que Bowen, (1998) y Minuchin, (1989) han concretado, señalando que en la naturaleza, la familia humana es un sistema dinámico en donde cada individuo tiene una función imprescindible; así es que, la estructura familiar opera mediante pautas transaccionales cuyas repeticiones favorecen su fortalecimiento.

Ahora bien, en este mundo dialéctico, desafortunadamente no todas las familias tienen un comportamiento saludable; de tal manera que, la disfuncionalidad puede manifestarse en mayor o menor grado en determinadas situaciones nocivas que afectan la integridad biopsicosocial del individuo y su familia. Por lo tanto, se consideran a las familias como ecosistemas. Los ecosistemas continuamente se están transformando y evolucionando, al mismo tiempo que trabajan para mantener su cohesión, de tal manera que cuando no logran adaptarse al cambio aparece el síntoma, y se mantiene a través del miembro que más se resiste a las presiones (Dallos, 1996).

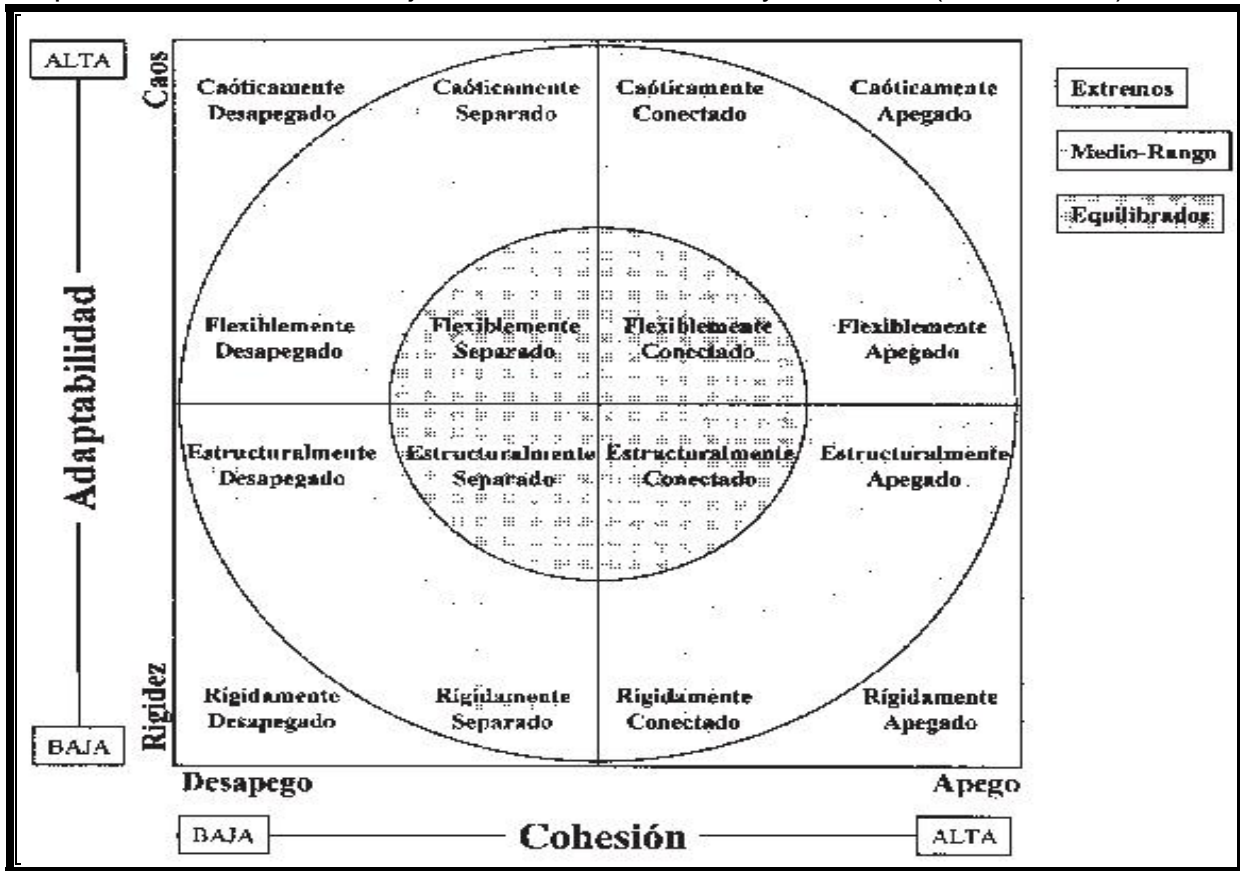
## Modelos de familia

Dentro de los principales modelos de familia están los que define la Organización de las Naciones Unidas (1994), tomando en cuenta la función universal y orientadora de dicho organismo:

- Familia nuclear integrada por padres e hijos.
- Familias uniparentales o mono-parentales que se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias polígamas, en la que el hombre vive con varias mujeres o con menos frecuencia, una mujer que se casa con varios hombres.
- Familias compuestas, que habitualmente incluye tres generaciones, abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familias extensas, además de tres generaciones, otros parientes tales como tíos, tías, primos o sobrinos que viven en el mismo hogar.
- Familia reorganizada, que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familias migrantes, compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad.
- Familias apartadas, cuando existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.

También existe el modelo de Olson (1985) llamado modelo circunflejo de los sistemas maritales y familiares, centrado en las tres dimensiones fundamentales: cohesión, flexibilidad y comunicación. La hipótesis fundamental de este modelo circunflejo es: que los sistemas de pareja y de familia equilibrados tienden a ser más funcionales que los sistemas desequilibrados. Elaboró este modelo como un intento de evitar la separación que se da entre la investigación, la teoría y la práctica. Las tres dimensiones surgen de un agrupamiento de más de cincuenta conceptos elaborados para describir la dinámica marital y familiar (Esquema 1).

Esquema 1. Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares (Olson, 1985)



Asimismo, Beavers, (1995) diseña una escala de evaluación clínico para establecer agrupamientos y patrones de funcionamiento familiar, incorporando el conceptos de dimensiones de competencia y estilo a la teoría de sistemas; de manera tal que entre más competente es la familia más equilibrado y flexible es el estilo, en contraste, la rigidez del sistema puede enfermar a la familia y volverla disfuncionales.

Por otro lado, Nardone, (2003) propone la formación de modelos de interacción familiar, y los clasifica en seis grupos según sus reglas, acciones y comportamientos (Cuadro 1).



Cuadro 1. Clasificación de modelos de interacción familiar (Nardone, 2003)

Modelo	Características
Hiperprotector	Ponerse en lugar de los hijos considerados frágiles.
Democrático-permisivo	Padres e hijos son amigos, falta de autoridad
Sacrificante	Padres se sacrifican por dar el máximo a sus hijos
Intermitente	Padres oscilan de un modelo a otro, y de todas formas están equivocados.
Delegante	Padres delegan su papel de guía a los demás
Autoritario	Padres ejercen el poder de forma rígida y decidida

Sin embargo, por las características de nuestras familias, en esta investigación nos centramos en una específica estructura familiar que se asocia a determinados síntomas físicos, y encontramos un ejemplo clásico en los estudios sobre las familias psicósomáticas. Caracterizadas por la evitación del conflicto, ausencia de fronteras y jerarquías, temprana pero inestable responsabilización de los hijos, intercambio de roles entre padres e hijos, madre e hija que parecen hermanas. Es perceptible en este contexto familiar la presencia de una patología de la personalidad, ya sea de los padres, o de los hijos (Minuchin, 1989; Onnis, 1996).

Onnis, (1996) coincide con las observaciones de Minuchin (1989) e incluye la rigidez en las reglas familiares ante demandas de cambio evolutivo, la evitación del conflicto a través de la triangulación y los rasgos aglutinantes y sobreprotectores. Incluye familias no comprometidas o desligadas (poca dramatización, distancia interpersonal, poco control) y aglutinadas (excesiva intensidad de la relación, exceso de control).

## Familia disfuncional

Lo disfuncionalidad se entiende como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento a través de una dinámica irregular no saludable, ya que afecta a sus integrantes a través del tiempo, debido a un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, es decir el desempeño de roles complementarios extravagantes, una carencia, un desorden (Dávila, 2005).

En el presente trabajo se ha considerado la definición propuesta por Bowen, (1998) quien define a la familia disfuncional como un grupo de personas que al relacionarse con los integrantes de la misma familia generan un clima propicio para el surgimiento de la patología, ya que comparten un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas de manera permanente, en donde predomina un mecanismo repetido, que se hace crónico en el momento en que la tensión extrema bloquea los circuitos de comunicación hasta paralizarlos.

En la consulta hospitalaria se ha encontrado que, dentro de este subsistema familiar, los miembros más afectados son los niños, quienes por su propio proceso de maduración pueden ser los más susceptibles de presentar alteraciones en su integridad biopsicosocial; en respuesta a los trastornos en la dinámica del subsistema familiar. Principalmente en una etapa en la que el desarrollo de la autonomía es su principal tarea, a través del control de esfínteres, de emociones, de sentimientos libidinales y agresivos, surge la complicación psicósomática (Farberman, 2010).

Cuando el niño se percata de que con su padecimiento puede atraer la atención de los padres lo continúa utilizando como una medida de protección al sistema familiar, que se encuentra en conflicto. Contrariamente a lo que él esperaba, al intentar solucionar el problema a través de su enfermedad, la situación adquiere una mayor gravedad (Watzlawick, 2002)

Boszormenyi-Nagy I, (1994) refiere que cualquier conducta inapropiada, conmovedora, e incorrecta de parte del niño puede deberse a una señal de que la familia, como sistema total, está presentando problemas y necesita ayuda. Cuanto más fuerte es el llamado de atención del niño a través de sus síntomas, con mayor razón debe contemplarse el trabajo con la familia.

Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión, unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener todo bajo control, evitar las situaciones que despiertan agresión o que generan conflictos y una rigidez extrema (Minuchin, 1983).

Haley, (1999) señala que cuando se trabaja con un niño en psicoterapia es difícil que los padres asocien esta manifestación del hijo con sus problemas conyugales. Esta dificultad de los padres para reconocer la repercusión de su lucha a través del niño agrava el malestar, y lo exterioriza a través de su padecimiento físico.

En este tipo de padecimiento se nota claramente la circularidad del proceso y se revela la ambivalencia del síntoma, manifestándose por una parte, la enfermedad como la expresión de una disfunción familiar, al mismo tiempo que refleja la necesidad de un cambio; el padecimiento representa también una forma rígida de mantener el equilibrio familiar (Onnis, 1996).

Ahora bien, atendiendo al modelo de familia psicosomatogénica, definido así por Minuchin (1989), es importante considerar dentro de la dinámica familiar el aglutinamiento, las débiles delimitaciones físicas de los tres subsistemas familiares mostrando una dificultad para fijar las fronteras, así como un ego indiferenciado familiar que se ha llamado en la lengua inglesa “the undifferentiated family ego mass” (Bowen, 1998).

En este sentido, la madre al ver que ha perdido el control tanto de la enfermedad del niño como de su familia, trata esforzadamente de aliviar el malestar de su hijo y con el incremento de la ansiedad, sólo provoca que el niño se sienta más incomodo, y se complique el padecimiento. Sufriendo diferentes consecuencias, cada vez más caóticas, ya que establece un doble vínculo con el hijo enfermo y la comunidad médica, hasta llegar a un estado de máxima tensión (Berger, 1993).

Kornblit, (1996) al explicar el carácter de funcionalidad o disfuncionalidad, menciona que el sistema se encuentra continuamente tratando de mantener un adecuado equilibrio entre el crecimiento y el cambio del grupo como sistema con el fin de mantener la homeostasis familiar, tomando en cuenta las reglas, valores y creencias del sistema.

#### Infidelidad conyugal

Azar de Sporn, (2010) encontró que cuando en la pareja surgen circuitos disfuncionales de relación, siempre iguales, siempre dañinos, emerge el síntoma como modo disfuncional de equilibrar el sistema familiar. Aparece la infidelidad como intento de solución inadecuada a los problemas de interacción y de estructura familiar. Estos intentos de solución, complican y mantienen el problema en vez de resolverlo.

Con el calificativo de infidelidad, Baizán, (2009) se refiere al rompimiento de un acuerdo relacional, una promesa, o un pacto de vida tácito o explícito, de vital importancia para la relación conyugal, y cuando no se respeta, se vive como una falta de lealtad o como una traición.

Asimismo, Zumaya, (2009) dice que la infidelidad es la manera en la que uno de los miembros de la pareja manifiesta un disgusto, un desacuerdo; al mismo tiempo que cuestiona el lado afectivo y erótico de la pareja como señal de problemas en algún nivel dentro de la vida marital.

Sternberg, (1988) reporta que las personas deprimidas y ansiosas tienden a estar menos satisfechas de sus relaciones, aunque les es difícil saber si la menor satisfacción se debe a la depresión y a la ansiedad o si la depresión y la ansiedad se deben a la menor satisfacción dentro de la relación o si ambos factores se deben a una tercera variable. También agrega que los hijos crean nuevas tensiones en la pareja las cuales incrementan el descontento en las relaciones conyugales.

La cualidad de la relación de una mujer con su cónyuge o pareja, refiere Sebastian, (2005) es otra variable importante para determinar la vulnerabilidad a padecer depresión. Bajos niveles de satisfacción marital y falta de apoyo son factores clave en la depresión materna. Si la relación con el padre es tensa, el recién nacido puede sentirse como una carga o estar cada vez más atrapado en la problemática familiar.

## Depresión

La depresión es una enfermedad común, que afecta el desempeño normal, en la vida diaria, y en las actividades cotidianas. Los síntomas más frecuentes son un sentimiento de tristeza, de vacío, irritabilidad, desesperanza. El individuo pierde el interés en actividades que anteriormente disfrutaba y no logra concentrarse en actividades laborales o domésticas. Asimismo, este problema afecta su rutina, perturba sus horarios de alimentación y de sueño, y genera malestares físicos como dolor de cabeza, problemas digestivos, malestares constantes (Bojorquez I, 2009)

## Depresión materna

El acoplamiento entre madre e hijo es vital para la salud mental y física del bebé. Todo lo que interfiera en el proceso crítico de unión tendrá un efecto perjudicial. La depresión sólo hace que la nueva madre sea menos capaz de responder a las necesidades de su hijo. Una de los aspectos más confusos de la depresión es que afecta la auto-percepción (Sebastian, 2005).

Una diversidad de investigaciones sobre la depresión materna, han coincidido en la manera negativa en la que impacta en el desarrollo del niño, ya que al estar sumergida la madre en su problemática le es difícil responder a las necesidades del hijo. Esta gran desilusión y desesperanza induce al pequeño a controlar en exceso sus emociones y sentimientos, los cuales tiende a transmitir a través de manifestaciones somáticas (Bar- Din, 1989; Bowlby, 1982; Ramírez, 1983; Rutter, 1990; Winnicott, 1981).

Bar- Din, (1989) comenta que a pesar de que la idea de la existencia del instinto materno esta tan enraizada en nuestra sociedad y que su ausencia aviva en la madre un fuerte sentimiento de culpa e inadaptación, las madres deprimidas que fueron entrevistadas en su investigación refieren esta carencia, esta falta de instinto materno. Además, concluye que, los hijos de madres deprimidas se ven afectados en su desarrollo cognoscitivo y emocional por el padecimiento materno.

Stern, (1997) observa que las madres deprimidas están muy angustiadas por su falta de disponibilidad emocional hacia el hijo y frecuentemente luchan mas fuerte contra esto que contra los síntomas de su depresión. El niño a través de su síntoma trata de reanimar a la madre; su experiencia de reanimador se convierte en una manera de estar con la madre, una función de vínculo afectivo.

El vínculo depresivo, señala Pichon-Riviére, (2002), “se distingue por estar permanentemente teñido de culpa y reparación, de modo que el niño está tratando de representar algo con la sintomatología.

### Relación madre-hijo

Diversos investigadores interesados en el estudio del desarrollo socio-afectivo de los niños coinciden en afirmar que el modelo de relación afectiva que se establezca entre el niño y sus cuidadores, en el contexto familiar, se convertirá en el cimiento de su proceso de socialización y de su adaptación en otros contextos, por ejemplo, la escuela (Bar- Din, 1989; Bowlby, 1982; A. Freud, 1977; Ramírez, 1983; Rutter, 1990; Winnicott, 1981)

Brazelton, (1993) menciona seis características de la interacción madre-hijo que hacen posibles el desarrollo temprano del vínculo, estas son: sincronía, simetría, contingencia, arrastre, juegos y autonomía. Agrega que conforme el niño va adquiriendo equilibrio interno y experiencia, dentro de una relación segura, empieza a descubrir las capacidades para la emoción y la cognición de las que está dotado.

Es bien sabido por los profesionales que trabajamos con el vínculo madre hijo, que entre mejores sean las condiciones de la madre, mejor serán las del hijo, y que el niño desde que nace enfoca toda sus fuerzas y sentidos a mantener la relación con la persona más importante, ya que es la madre quien velará el desarrollo físico, emocional y psicológico del hijo. Madre e hijo desde el momento de la fecundación constituyen una unidad entrelazada emocional y psicológicamente. Si el vínculo que establece con ella es exitoso hay altas probabilidades de que el desarrollo sea positivo, pero en el caso de que el vínculo afectivo sea desafortunado, puede desembocar en problema psicológico y emocional severo (Ruppert, 2012).

La interacción madre hijo es muy compleja, posee la propiedad de producir la emergencia de lo psíquico; acciones específicas que dejan huella en el niño, huellas mnémicas de la vivencia de satisfacción (huella del objeto-madre), de los movimientos reflejos que acompañaron al acto (sintonía y ritmo de los sistemas funcionales somáticos y psíquicos del bebé), y de la descarga y el placer (huella de satisfacción interna-sujeto), luego reaparece la necesidad y con ella, la huella del objeto-madre es reavivada (Baranger, 2001).

En lo que concierne a la constancia objetal, Palacios, (1989) la define como “ la capacidad de recrear internamente una imagen amorosa sustentante que tiene relativa independencia con las circunstancias de la vida”. Para lograr dicha tarea se requiere de una figura materna eficaz en sus funciones y de un hijo que tenga la capacidad de vincularse sin mayores interferencias biológicas o medio ambientales.

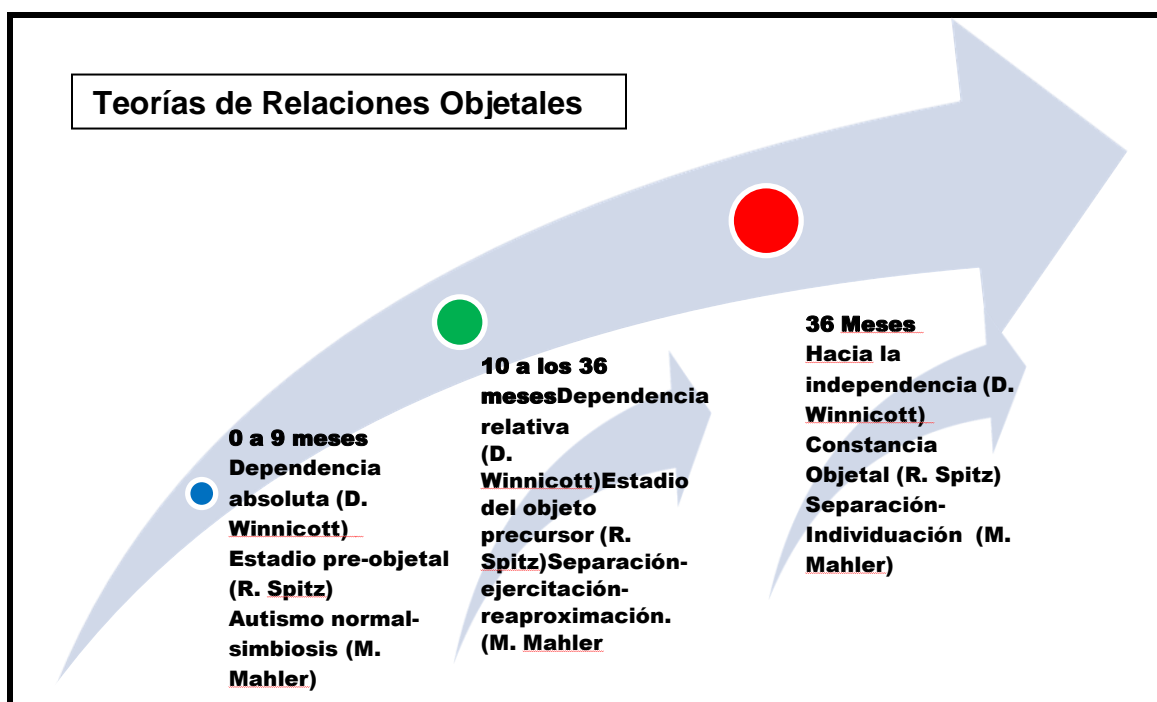
El objeto-madre desde antes del nacimiento vigila con atención los movimientos evolutivos y contra-evolutivos del hijo, y de funciones imprescindibles para el desarrollo somático y psíquico. De la misma manera debe de cumplir con las funciones más notorias, tales como: función nutricia, envolvente o de sostén, paraexcitadora, continente, de equilibración, de oferta de estímulos, gratificadora y reductora de las tensiones, funciones que deben de ser reguladas según el ritmo, los tiempos de intervención y no intervención, y las necesidades y deseos del hijo (Caparrós, 2008).

El niño totalmente dependiente de la madre logra, gracias a los cuidados y dedicación de ella, verla como la persona que le brinda seguridad, alimento y compañía. Se apega a ella siendo la figura más importante que satisface sus necesidades y complace sus deseos. Conforme va madurando neurológica y físicamente se va diferenciando y separando de ella, hasta sentirse como una persona independiente, con sus necesidades y deseos propios (Mahler, 1975; Spitz, 1983; Winnicott, 1981).



Cada autor ejemplifica con sus propios términos el proceso de separación-individuación a través de diferentes etapas; como resultado de este proceso y del cumplimiento éxitos de las funciones maternas, el niño va adquiriendo autonomía y seguridad. De manera similar, las características del objeto-madre (que gratifican y/o frustran) permanecerán en la memoria del niño como una constante que le ayudara a continuar independientemente de ella, como una persona autónoma. La madre lo seguirá acompañando durante toda la vida pero de manera distinta, el ya la integro como una figura estable, constante, capaz de satisfacer sus necesidades, y digna de confianza (Esquema 2).

Esquema 2. Teorías de Relaciones Objetales



Esquema realizado por la investigadora basándose en los libros originales de los autores. (Mahler, 1975; Spitz, 1983; Winnicott, 1981)

Bellak, (1993) explica la importancia de las relaciones objetales a través de las función del yo, las cuales abarcan la forma en la que nos relacionamos con los demás. Centrándose en el grado en el que nos visualizamos como personas autónomas, en vez de una extensión del otro; y la medida en la que las relaciones

actuales están influidas y modeladas por las relaciones infantiles; es decir, el grado en el cual el niño logra dominar la separación-individuación y la constancia objetal.

Cuando el niño logra internalizar las relaciones objetales, logra al mismo tiempo integrar sus instintivo con el sistema social, dicha unión contribuye significativamente al desarrollo de la personalidad y al establecimiento de sus posteriores relaciones (Kernberg, 1979).

Fairbairn, (1978) por su parte, afirma que “la libido busca primariamente al objeto y el origen de todas las condiciones psicopatológicas deben buscarse en las perturbaciones de las relaciones de objeto del yo en desarrollo.”

La madre, en el momento que administra supositorios o irrigaciones, juega un papel intrusivo en las relaciones y le otorga un carácter crónico al síntoma; así como también genera una sobre estimulación erógena en el niño, quien trata de controlar dichas sensaciones reprimiéndolas o escindiéndolas, lo que genera una pobre sensibilidad en la zona afectada. Estos cuidados realizados por una madre angustiada y ambivalente darán lugar a más problemas, afectando así su habilidad para adaptarse intuitivamente a las necesidades del niño (Bowlby, 1986).

Conforme se va agravando la enfermedad del niño, se va evidenciando una mayor perturbación emocional en la madre, lo que predispone a un círculo vicioso en donde ambos realimentan el proceso patológico mediante la distorsión de la realidad y la evaluación subjetiva de las reacciones emocionales del niño (A. Freud, 1977).

A partir de este momento el control y el dominio juegan un papel principal en el síntoma; además de una actitud pasivo agresiva para manejar las relaciones. Es decir, la vigilancia de los padres angustia al niño, quien se enferma cada vez que

se siente emocionalmente alterado, y esto aumenta la sobrevigilancia de los padres, y así sucesivamente se va complicando el padecimiento (Minuchin, 2011).

## Apego

El apego es un vínculo afectivo que establece el niño y su madre desde el momento del nacimiento y se va modificando conforme se logren acoplar mutuamente. Si la madre logra adaptarse a los ritmos naturales de su hijo, es responsiva y sensible, le presta atención a los detalles de la conducta del niño, descubre lo que lo satisface y actúa en consecuencia, y como resultado el niño logra establecer una relación segura (Bowlby, 1989).

Características que favorecen el apego seguro entre madre e hijo son la sensibilidad ante las necesidades, actitud positiva, una rutina sincronizada, la interacción entre ambos, soporte afectivo y estimulación apropiada a las exigencias de cada etapa del desarrollo (Shaffer, 2007).

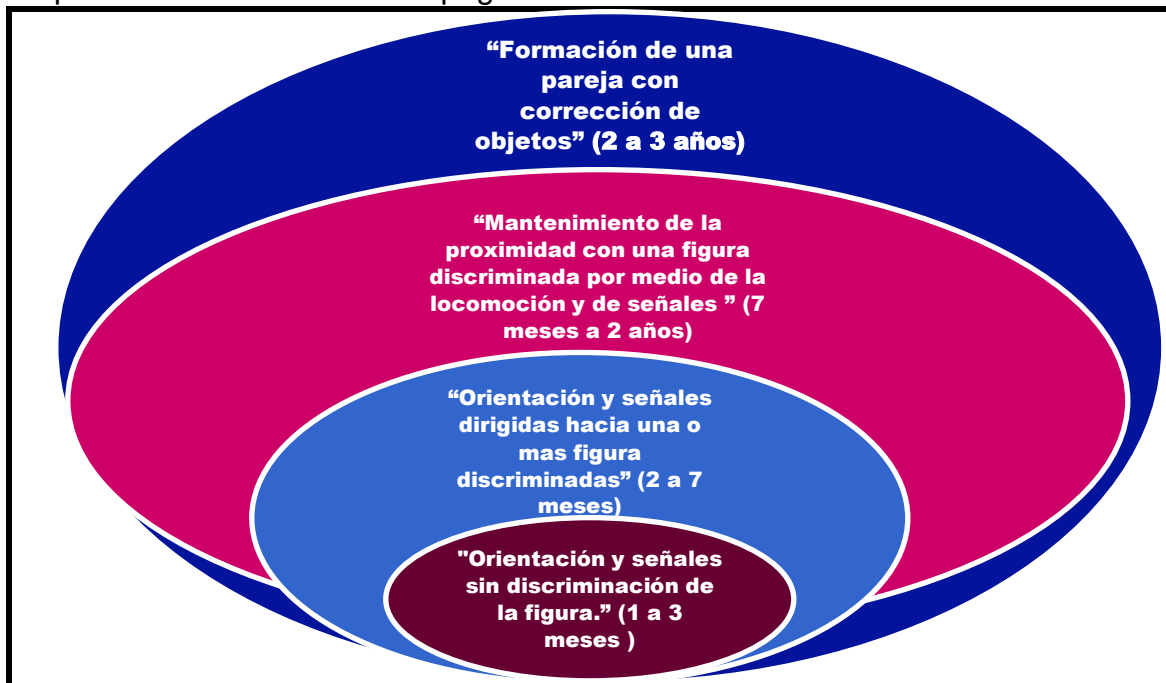
Bowlby propuso un bosquejo de cómo se desarrolla la conducta de apego en el bebé, y lo dividió en cuatro fases, la primera del nacimiento a las doce semanas: “Fase I: Orientación y señales sin discriminación de la figura.” Esta fase se caracteriza por el desarrollo de una serie de señales llamadas conductas de apego (llanto y sonrisa) que van dirigidas hacia la persona que lo acompaña, que cubre sus necesidades y le brinda seguridad. (Bowlby, 1976)

Fase II: “Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas” durante este periodo el niño ya es capaz de mostrar una respuesta social plena, aunque se muestra más amistoso con la figura materna. Bowlby señala que en este momento aún no se puede decir que el bebé “quiera” a sus padres, sin embargo su capacidad de respuesta es más notoria con la madre.

Fase III “Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y de señales ” (7 meses a 2 años): en esta etapa las habilidades motoras y cognitivas en desarrollo le permite al niño explorar su mundo y moverse hacia las figuras de apego cuando quiere estar con ella, asume un rol más activo en la relación, muestra mayor iniciativa en el contacto con la madre, el apego en esta etapa es visible para todos. Conforme el niño desarrolla su lenguaje, se irá haciendo más apto para interactuar con familiares y extraños.

Fase IV “Formación de una pareja con corrección de objetos” (2 a 3 años): Más o menos a los tres años el niño ya es capaz de tomar en cuenta las necesidades de sus padres al interactuar con él. Logra establecer con la madre una relación más compleja, entiende que a veces los padres tienen que dar prioridad a otras necesidades y que sus deseos tendrán que esperar. En esta fase la capacidad de demora y la empatía se han desarrollado, tiene conciencia de la permanencia de la figura materna (constancia objetal) y permite que la madre se aleje o se acerque a él (Esquema 3).

Esquema 3 El Desarrollo del Apego

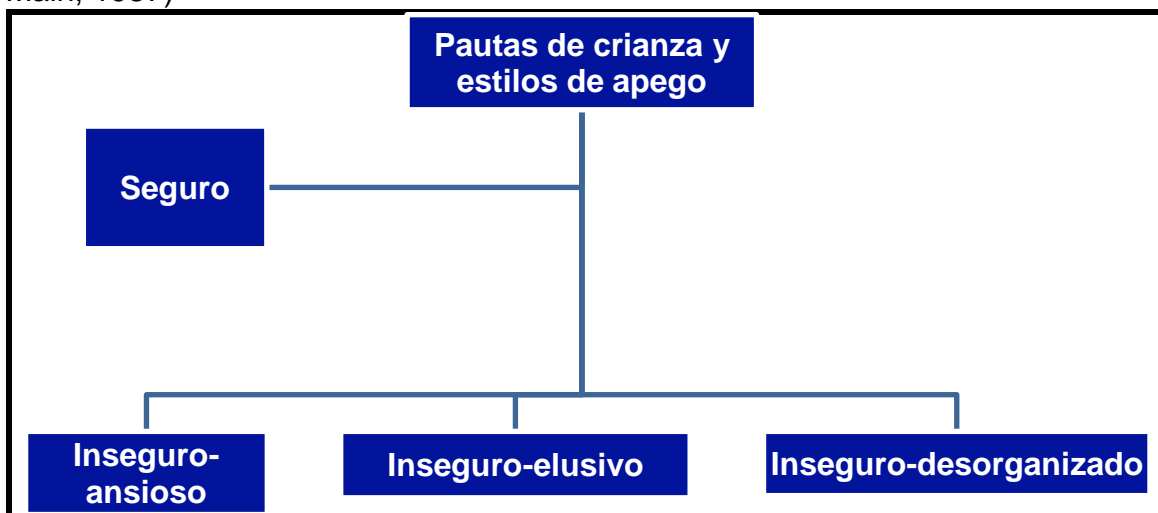


Esquema realizado por la investigadora basándose en los libros originales del autor (Bowlby, 1976).

Heredia, (2005) concluye que “la conducta de apego (promotora de lazos afectivos con figuras significativas) y la sensibilidad emocional de estas figuras, son la clave de un vínculo de apego seguro, y por lo tanto, de una confianza básica en las relaciones con los demás. El sistema conductual del apego cuenta con mecanismos de interpretación continua de los acontecimientos que lo afectan y que le permiten la corrección de aquello que perturba su estado de equilibrio. La seguridad emocional solo se puede conseguir si hay una base segura, bienestar físico y vínculos afectivos estables e incondicionales.”

Gracias a las observaciones del vínculo madre-hijo realizadas por Ainsworth, (1978) durante el primer año de vida -a esta investigación le llamó situación extraña- se obtuvo una clasificación de estilos de apego tales como el apego seguro, el apego inseguro-ambivalente, y el apego inseguro-evitativo. Posteriormente, Main, (1987) posteriormente, incluyó en la categoría, el apego inseguro-desorganizado (Esquema 4).

Esquema 4 Pautas de crianza y estilos de apego (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1989; Main, 1987)



Si el apego favorece una base segura, el niño puede contar con una adecuada capacidad de establecer relaciones cercanas y gratificantes con otras figuras, en ese momento, la separación de la madre y del niño, menciona Fuente, (2012) es

esencial que ocurra oportuna y armónicamente, ya que el conflicto es ineludible porque la tendencia a la autonomía y la individuación está edificada en la naturaleza del hombre. La separación implica miedo ante la insignificancia y el desamparo, como también autonomía y logro.

### Apego inseguro-ansioso

Una de la hipótesis de esta investigación está relacionada con el apego inseguro ansioso o ambivalente. El cual, según Heredia, (2005) se asocia con “relaciones dependientes, ansiedad de separación y con una continua necesidad de confirmación de que se es amado y aceptado. El niño es reacio a apartarse de la persona responsable de cuidarlo; obedece de mala gana y de manera ansiosa por temor a que ella se ausente o no lo ayude cuando él la necesita.”

De acuerdo a Stern, (1991) la madre participa interactivamente con su propia historia en el sistema diádico (madre-hijo), y aporta a cada encuentro no solo su historia personal, sino también el modelo guía de su propia madre, el modelo guía del esposo y otros diversos. De este modo, la interacción entre ambos actúa como un puente entre los mundos subjetivos de la madre y del niño.

Cualquier adulto que ejerza la parentalidad social, refiere Barudy, (2010) tiene que asegurar los siguientes objetivos para que sea considerada competente: el aporte nutritivo de afecto, cuidados y estimulación, los aportes educativos, socializadores y protectores, y la promoción de la resiliencia. Si la parentalidad es sana, competente y genera bienestar, el niño desarrolla la capacidad de apego y empatía. Pero si el progenitor no responde a las demandas de seguridad del niño, este responderá con miedo, inseguridad y búsqueda de proximidad, estableciendo un círculo vicioso con la madre, originando así el sistema de apego inseguro-ansioso.

## Desarrollo Psicológico del Niño

Schaffer, (1977) señala que “tanto los padres como el hijo participan en un sistema de interacción mutua, en el cual, el comportamiento de uno repercute en el otro, modificando continuamente la relación. Así pues, el establecimiento de una sincronía interpersonal constituye la tarea fundamental en las primeras etapas del desarrollo.”

El desarrollo del niño ha sido observado y documentado por múltiples especialistas; escritores (Shakespeare), naturalistas (Darwin), educadores (Rousseau), filósofos (Piaget), psicólogos (Gesell), psicoanalistas (Freud, Erikson). Uno de los primeros registros es el de (Tiedemann, 1951) publicado por primera vez en 1787, sin embargo, el presente estudio toma como guía el desarrollo “psicosexual” (S. Freud, 1976) y “Psicosocial” (Erikson, 2000) del niño (Papalia, 2009).

La primera etapa está relacionada principalmente en la boca, el niño explora el mundo a través de probar, chupar, morder los objetos que se encuentran en su mano o cerca de su boca. Cuando los sabores o las texturas le son agradables las siente como objetos buenos y le dan confianza, al contrario si la sensación es desagradable lo percibe como objeto malo y lo rechaza, cierra su boca y realiza un movimiento de cabeza, que el otro la interpreta como un “no”, y después se organiza como una señal de negación. En esta etapa se establece la confianza básica, una base segura (Bowlby, 1989; Erikson, 2000; S. Freud, 1976).

La siguiente paso, la etapa anal, es una fase en la que se inician procesos de autonomía y autoafirmación, sobre todo por el comportamiento y la actitud que refleja el niño ante su realidad; ya sea una experiencia vivida como algo que le brinda bienestar y satisfacción, o una situación difícil y complicada. El resultado de esta etapa contribuye con la funcionalidad o disfuncionalidad del sistema familiar y con su percepción personal (Brazelton, 1993).

Los esquemas de S. Freud y E. Erikson facilitan la explicación didáctica del período en el que el niño con constipación intestinal se encuentra fijado, el cual dura desde el primer año y medio de vida hasta los tres años aproximadamente. La función principal de esta etapa radica en el logro exitoso del control de esfínteres, de la agresión, de emociones. Dicha etapa facilita el autocontrol y la autonomía del niño (Esquema 5).

Esquema 5. Desarrollo psicológico



Esquema realizado por la investigadora basándose en los libros originales de los autores. (Erikson, 2000; S. Freud, 1976)

El foco de sensaciones de la segunda fase, la etapa anal, está centrado en el placer anal y uretral, y el aprendizaje de dicho control causa placer o displacer, según el estilo de crianza. El entrenamiento es la principal tarea de este periodo y está íntimamente relacionado con cuestiones de limpieza y suciedad; cuando el niño se hace consciente de la repercusión que dicha actividad genera en el ambiente en el que se desenvuelve, se muestra más activo y demandante. El pasaje del interior al exterior será experimentado como una pérdida que será controlada como una forma de proteger y complacer a la madre (Lebovici, 1988).

En esta etapa, las madres se quejan de que el niño es berrinchudo, terco y poco tolerante, no le agrada que se le detenga en sus intentos de realizar nuevas



tareas, mismas que en ocasiones pueden ser peligrosas o arriesgadas para su edad. En vez de recurrir a la negociación, la madre suele detenerlo o frustrarlo de una manera inapropiada o agresiva, lo que impide una exitosa travesía de dicha etapa. La madre no satisfactoria manifiesta una discontinuidad en su relación con el hijo, cuidados maternos contradictorios, provocando disritmias precoces, excitaciones distintas con significados contradictorios (Gutton, 1983).

Cuando existe algún factor nocivo que interfiere en esta etapa, el entrenamiento de esfínteres se convierte en un problema, generando dificultades tales como la enuresis o la constipación intestinal, relacionadas con una regresión o fijación de esta fase. El niño se muestra ambivalente entre despedirse de los cuidados y atenciones que le brindan la dependencia materna, e iniciar una nueva etapa de exploración gracias a sus nuevas competencias que le facilitan la autonomía (Anthony, 1970).

#### Trastornos psicosomáticos en niños

Ajuriaguerra, (1983) menciona que “la verdadera psicosomática infantil debe de estudiarse a través de las diferentes fases del desarrollo, teniendo en cuenta que el niño es inmaduro en el momento del nacimiento, que depende necesariamente de los demás y que evolucionará progresivamente hacia nuevas organizaciones que adquieren valores completamente diferentes. En realidad no hay nada más psicosomático que el niño.”

Son varias las conceptualizaciones emitidas por diferentes autores respecto a los trastornos psicosomáticos, algunos como Dolto, (1986) los definen como “afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay, al menos en un principio, trastornos lesionales ni trastornos neurológicos; y sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud y sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un trastorno inconsciente psicológico” (Esquema 6).

Esquema 6. Marco teórico trastornos en infancia, esquema de Garfinkel (1990) tomado del artículo de (J. L. Pedreira, Palanca, I. Sardinero, E., y Martin, L., 2001).



En tanto que otros, como Tordjam, (2002), consideran que “todo conflicto psíquico tiene su contraparte en una perturbación física y viceversa. Lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas: deben ser tomadas como dos aspectos particulares del conjunto viviente constituido por toda persona humana.”

El cuerpo, explica Nasio, (2008) “no nuestro organismo de carne y hueso, sino el cuerpo impregnado de la presencia del otro; un cuerpo relacional, en donde habitan las sensaciones cuyas huellas son las imágenes inconscientes del cuerpo, la memoria inconsciente de nuestro cuerpo infantil.”

Debido a que el niño, por su misma inmadurez cognitiva, muestra limitaciones en su lenguaje; entonces, la expresión de las emociones y su malestar los refleja a través de síntomas físicos. Ya que por su temprana edad todavía no tiene la experiencia suficiente para identificar adecuadamente emociones negativas como ansiedad, ira y agresividad. Esta dificultad se acentúa más a medida que se incrementa el estrés y el estado de alerta (J. L. M. Pedreira, F., 1981) (Cuadro 2)

Cuadro 2. Cuadros clínicos en la infancia (J. L. M. Pedreira, F., 1981)

	Lactancia 1º Semestres	Lactancia 2º semestres	Infancia y adolescencia
Respiración		Espasmo o sollozo Asma	Espasmo o sollozo Asma
Alimentación	Cólicos 1º trimestre Vómitos Anorexia Regurgitaciones	Mericismo Diarrea grave rebelde Colitis ulcerosa Rumiación	Caprichos alimenticios Anorexia y bulimia Obesidad Abdominalgia
Excreción			Enuresis <b>Estreñimiento</b> Encopresis Megacolon
Neurológico	Insomnio	Muerte súbita	Algias Migraña Insomnio E. Guilles de la Tourette
Endocrinológico			Retraso psicógeno crecimiento Diabetes
Dermatológico	Atopias	Atopias	Alopecias Psoriasis Tricotilomanía Dermatitis Pruritos

Tordjman (2002) afirma que “El enfermo psicossomático no es un enfermo imaginario. Es alguien que no logra exteriorizarse, alguien reducido al silencio por la estructura de su personalidad, la educación, la familia, el medio social o profesional. Por esto pone sordina a su psiquis, y se sirve de su cuerpo como de un lenguaje.”

#### Constipación intestinal

La constipación intestinal o estreñimiento, ha sido definida por diferentes autores quienes comparten puntos afines. Barboza, (2005) la ha definido como una enfermedad que consiste en el paso de heces duras y evacuaciones dolorosas que puede o no acompañarse de incontinencia fecal, y con una frecuencia menor a tres por semana.

Gaitán (2000) la detalla de una manera más integral, y describe a la constipación intestinal como una alteración en el mecanismo de la defecación,

independientemente de su etiología, caracterizada por disminución en el número de evacuaciones con o sin dolor, que origina cambios sistémicos y repercute en la dinámica psicosocial, que requiere de diagnóstico oportuno y manejo adecuado del mismo.

Tomando en cuenta la experiencia de ambos autores, en esta investigación se manejará de manera indistinta los términos de estreñimiento o constipación intestinal, considerándola como un padecimiento caracterizado por evacuaciones difíciles, en ocasiones dolorosas y disminuidas en frecuencia por semana.

El estreñimiento se divide en dos grupos: El primero tiene una base fisiológica en la que la predisposición genética juega un papel importante, que se asocia a constipación con impactación fecal, en donde a menudo la materia fecal dura queda retenida en el colon con el paso de heces suaves o semilíquidas que rodean a las heces. O bien puede presentarse con un cuadro de inercia cólica congénita, enfermedades transitorias, defecación dolorosa, o molestias peri-anales como pueden ser la irritación o el escozor (Bragado, 1998).

El segundo tiene una base psicológica: falta de entrenamiento para utilizar el sanitario, entrenamiento a edad muy temprana o un trastorno de conducta como lo es el de oposición desafiante. Puede ser el resultado de experiencias tempranas desagradables, de sucesos estresantes, por déficit durante el entrenamiento de esfínteres, por descuido o falta de atención, por un rechazo o fobia al escusado, problemas de autorregulación y autocuidado (Bragado, 1998).

En el 95% de los casos la aparición del estreñimiento crónico es funcional; casi siempre hay motilidad colónica normal y se han descartado causas orgánicas; por lo que el abordaje terapéutico generalmente debe hacerse de manera conservadora e integral; en tanto que, en otros casos, el manejo es quirúrgico, como sucede en la patología denominada enfermedad de Hirschprung. DiLorenzo

(1992) citado por (Barboza, 2005), Nurko (2003) citado por (Gaitán, 2000; Velasco, 2005).

L. Kreisler, M. Fain y M. Soulé concuerdan en admitir que “muchas constipaciones infantiles no tienen una causa orgánica discernible: el régimen alimentario es correcto, los exámenes no revelan ninguna obstrucción en el colon, ninguna enfermedad general puede dar cuenta de ellas. Estas circunstancias básicas determinan que los factores psíquicos adquieran una importancia fundamental en numerosos casos, y permite hablar de una clínica psicósomática de la constipación infantil.” (Kreisler, 1977)

Con frecuencia la constipación intestinal se presenta con un estreñimiento progresivo, se observa en el origen de la afección un episodio particular constituido por una fobia a la defecación y las sensaciones ligadas a ella, en particular la angustia arcaica de la pérdida de un objeto interno, parte constitutiva del cuerpo del niño, como son sus materias fecales. El psicósomático está cómodo en su autonomía reactiva y en su complacencia sobreadaptada, y tiene la misión de contener la ansiedad de la madre y levantar su autoestima a través de su conducta (Bragado, 1998).

Nasio, (2008) enfatiza que “la emoción, es la tensión mas íntima del encuentro carnal, y simbólico entre el niño y su madre. La imagen de la emoción no es visual, sino que es esencialmente rítmica; es la huella de un ritmo, la impronta en relieve de las variaciones rítmicas de la intensidad emocional. La imagen inconsciente del cuerpo es la imagen de una emoción compartida, la imagen del ritmo de la interacción tierna, deseante y simbólica entre el niño y su madre.”

Rage, (2002) menciona que al niño que no se le permite mostrar sus sentimientos, pero que se le celebra el éxito de sus actividades, formara un autoconcepto con un ego fuerte que mantiene un control exagerado de los sentimientos y movimientos del cuerpo. Esto lo racionaliza como “dominio de sí mismo o autodisciplina.

También se refleja en el nivel somático: su cuerpo tendera a ser duro, inflexible y mecánico.

Ante el contexto teórico previamente referido, se consideró pertinente revisar la asociación entre la constipación intestinal del niño con la disfunción familiar tomando exclusivamente a la infidelidad de los padres, la depresión materna y al apego inseguro como factores que potencialmente la pueden condicionar.

### **Justificación**

La constipación intestinal ocupa el 5 % de la consulta externa de pediatría. Este padecimiento suele hacerse crónico en un 95% de los casos atendidos por estreñimiento (megacolon psicológico, encopresis), afecta todas las áreas del desarrollo, principalmente intelectual (bajo rendimiento escolar) y social tales como el rechazo o el abuso (Gaitán, 2000).

En el HIC, el total de niños que fueron atendidos por la clínica de pediatría en el año 2008 fueron 9,495, de los cuales 148 (1.5%) presentaron constipación intestinal (CI). En 2009 fueron 8,386, de los cuales 177 (2.1%) fueron atendidos por CI. En 2010, del total de 7,762 niños consultados, a 161 (2.07%) se les diagnosticó CI. En el 2011, de 6,108 niños, 180 (2.95%) fueron atendidos por CI y en el 2012 fueron 6,254, de los cuales 190 (3%) fueron atendidos por constipación intestinal, y fueron abordados terapéuticamente por un grupo de especialistas quienes trabajan desde hace 7 años en este tipo de problema de salud (tabla1).

Tabla 1. Total de niños atendidos en el HIC y % de ellos con Dx de CI

Año	Total de niños atendidos	Frecuencia de niños atendidos con Dx. De CI
2008	9445	148 (1.5%)
2009	8386	177 (2.1%)
2010	7762	161 (2.07%)
2011	6108	180 (2.95%)
2012	6254	190 (3.0%)

La etiología de la CI es multifactorial, sin embargo, al revisar la literatura los factores más frecuentes encontrados son: el genético, el desajuste familiar, la ambivalente relación madre hijo, y un entrenamiento ineficiente por parte de la familia (Kornblit, 1996; Onnis, 1996; Velasco, 2005).

Ante el incremento de casos de niños con diagnóstico de CI, la urgencia de intervenir oportunamente, y la necesidad de evitar que este problema de salud se vuelva crónico, se justifica identificar cuáles son los factores que favorecen la presentación de CI en los niños que acuden a la consulta con Dx de CI en el HIC.

### **Planteamiento del problema**

La constipación intestinal en Pediatría, constituye una causa de relativa frecuencia de asistencia a la consulta médica. A pesar de que existe una extensa bibliografía sobre la constipación intestinal en la infancia y sobre la importancia de la familia en el desarrollo del niño, todavía nos encontramos con lagunas respecto a la relación causal que pueda tener la dinámica familiar en la presentación de dicha entidad clínica en el niño.

Algunos de los factores que conciernen a la disfunción familiar y que potencialmente pueden ejercer un efecto negativo en la salud integral de un niño son: el ambiente negligente, sobredependencia de la figura materna (apego inseguro ambivalente), depresión materna, desajuste familiar (cambios en la constitución familiar, infidelidad paterna o materna), dieta inapropiada. Todos ellos de manera aislada o combinada, pueden ser responsables de diferentes patologías como son, entre otras, el síndrome asmático o la neurodermatitis (Benninga, 2006; Bragado, 1998; Gaitán, 2000; Velasco, 2005).

Ahora bien, partiendo de la pregunta de investigación ¿existe disfunción familiar en niños con constipación intestinal?, hemos realizado el presente estudio. El objetivo principal es identificar cuáles son los factores disfuncionales en la familia

que ejercen una influencia nociva en el niño y están asociados a la constipación intestinal.

### Hipótesis

La infidelidad de los padres, la depresión materna y/o el apego inseguro-ambivalente como agentes de disfunción familiar, se asocian a la presencia de constipación intestinal en el hijo.

### Objetivos

#### Objetivo general

Determinar la asociación entre disfunción familiar y constipación intestinal funcional en niños atendidos en el Hospital Infantil de las Californias.

#### Objetivos específicos

Identificar la asociación entre infidelidad de los padres y la presencia de constipación intestinal funcional en los niños.

Identificar la asociación de la depresión materna y la constipación intestinal funcional en niños.

Identificar la asociación entre el apego inseguro ambivalente y la constipación intestinal funcional en niños.



## **METODOLOGÍA**

### Diseño de Estudio

El tipo de estudio es descriptivo, analítico y transversal (Hernández, 2003).

Previo consentimiento informado se aplicó una encuesta a los padres biológicos de los niños que acuden a consulta en el HIC, diseñada para detectar la presencia de constipación en el menor y los factores que posiblemente estuviesen relacionados o asociados a la misma. Se compararon las respuestas observadas entre padres de menores con y sin constipación en sus variables socio-demográficas, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos de los niños, el APGAR familiar y la presencia de depresión en el padre o madre entrevistado(a).

### Reclutamiento y muestra.

Se invitó a participar a todos los padres que acudieron a consulta médica en el HIC durante los meses de mayo y junio del 2013. El muestreo fue no probabilístico, por cuotas, incluyendo a todos los padres biológicos que aceptaron participar y que reunieran los criterios de selección especificados abajo. El tamaño de muestra calculado para estimar una razón de momios de 2, como diferencia significativa entre los grupos, a un alfa de .05, a una cola y con un poder del 80% fue de 115 sujetos. Las proporciones esperadas de exposición a disfunción familiar entre los casos de constipación fueron de 70%, mientras que en los controles se consideró en 30% con fines de estimar el tamaño de muestra.

### Criterios de inclusión del grupo de estudio.

Padres de niños que asistieron a consulta médica al HIC en el periodo del 1º de mayo al 30 de junio de 2013 cuyos hijos oscilaban entre las edades de dos y diez años de edad y fueron diagnosticados con Constipación intestinal.

## Criterios de exclusión

Padres de niños con patología neuro-motora crónica

Padres de niños sin diagnóstico de constipación intestinal

## Variables

Constipación intestinal en el niño (dependiente)

Disfunción familiar: Depresión materna (independiente)

Infidelidad entre los padres (independiente)

Apego inseguro-ambivalente (independiente)

Sexo del paciente

Edad del paciente

Escolaridad del paciente.

Edad de los padres biológicos

Escolaridad de los padres biológicos (profesional, preparatoria, secundaria, primaria)

Ocupación de los padres biológicos (desempleado, empleado, estudiante, negocio propio.)

Estado civil de los padres biológicos (casados, unión libre, solteros, viudos, separados o divorciados)

Número de integrantes de la familia.

Religión de los padres biológicos

Estado civil de los padres biológicos

Antecedentes familiares de estreñimiento

**Cuadro 3. Operacionalización de variables**

Variable	Operación de variables	Indicador	Clasificación
Estreñimiento o constipación intestinal	Criterios Roma II		
Disfunción familiar		Si No	Nominal Cualitativa
Infidelidad	Desleal a su pareja	Si No	Nominal Cualitativa
Depresión materna	Una disminución en las funciones o potencias vitales, y una condición de ánimo abatido.	Si No	Nominal Cualitativa
Apego inseguro-ambivalente	El niño desconfía de su cuidador, quien atiende a las necesidades del niño	Si No	Nominal Cualitativa

	tardíamente o de una manera inconsistente.		
Edad del sujeto de estudio	Se define edad como la cantidad de años y meses cumplidos al momento de realizar la encuesta verificable en el acta de nacimiento en documento oficial	Años	Ordinal Cuantitativa Continua
Sexo del sujeto de estudio	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra	Masculino Femenino	Nominal cualitativa
Escolaridad del sujeto de estudio	Nivel de estudios	Pre-escolar Primaria	Ordinal cualitativa
Religión del niño	Creencias o dogmas que profesan	Católicos Judíos Testigos de Jehová Cristianos Otros	Nominal cualitativo
Edad de la madre	Tiempo en el que el individuo ha vivido desde el nacimiento.	Años	Ordinal Cuantitativa continua
Escolaridad de la madre	Nivel de estudios (primaria, secundaria bachillerato o preparatoria, licenciatura, maestría.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Maestría Otros	Ordinal cualitativa
Ocupación de la madre	Actividad remunerativa que realiza	Empleo Sin Empleo Estudiante Ama de casa	Nominal cualitativa
Religión de la madre	Creencias o dogmas que profesa	Católicos Judíos Testigos de Jehová Cristianos Otros	Nominal cualitativo
Estado civil	Estado legal de la pareja	Unión libre Casada	Nominal cualitativa
Edad del padre	Años cumplidos. (Fecha de Nacimiento)	Años	Ordinal Cuantitativa continua
Escolaridad del padre	Nivel de estudios	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Maestría Otros	Ordinal cualitativa
Empleo del padre	Actividad remunerativa que utiliza	Empleo Sin empleo Estudiante	Nominal Cualitativa
Religión del padre	Creencias o dogmas que profesa	Católicos Judíos Testigos de Jehová Cristianos Otros	Nominal cualitativo
Años con la pareja	Casados por el civil u otros	Años	Ordinal Cuantitativa continua
Estructura Familiar	Nuclear	Tradicional Reconstruida	Nominal cualitativa
Número de integrantes de la familiar	Cantidad de hijos	3 4 5 6 7	Ordinal Cuantitativa continua
Antecedentes familiares de estreñimiento	Si hay o no antecedente familiar de estreñimiento en familiar	Padre Madre Abuelos	Nominal Cualitativa

## Procedimiento

- 1.- Se envió solicitud de aprobación del proyecto al comité de bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC.
- 2.- Se entregó por escrito al Director de la institución permiso para realizar la investigación con familiares y pacientes del HIC; así como un espacio para realizar las encuestas y aplicar los cuestionarios.
- 3.- Se elaboró la carta de consentimiento informado (Anexo 1).
- 4.- Se elaboró y validó el esquema de la encuesta (Anexo 2) y el cuestionario que posteriormente se aplicó a los padres (Anexo 3)
- 5.- Se realizó la reunión informativa con médicos pediatras y se les hizo la solicitud de apoyo.
- 6.- Asimismo, se reunió la investigadora con el grupo de alumnos, a quienes también se les brindo la información y la solicitud de apoyo.
- 7.- Posteriormente se selecciono a las familias que cumplían los criterios de inclusión, por conveniencia. Previa firma del consentimiento informado por los padres (Anexo 1). Se aplicó la encuesta a los padres biológicos, que se elaboró para esta investigación (Anexo 2), junto con el APGAR familiar (Smilkstein, 1982) y el CESD-20 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977)(Anexo 3)
- 8.- Ya recolectados los datos se vaciaron al cuadro para su tratamiento estadístico.
- 9.- Después se ingresaron los datos en una base creada en Microsoft office Excel 2007.
- 10.- Por último se llevo a cabo el análisis estadístico utilizando el programa SPSS para el análisis bivariado, para el de los dos grupos razón de momios, y la regresión logística para ambientes multivariados.

## Aspectos Éticos

Para garantizar la confiabilidad y seguridad de los participantes en la presente investigación, se diseñó un consentimiento informado (anexo 1), en donde los

padres de los niños certificaron que recibieron información completa sobre la investigación.

Asimismo, la investigadora se comprometió a aclarar todas las dudas que llegaran a tener los padres del paciente o el paciente sobre la investigación.

### Presupuesto y recursos

Se trabajó con la logística de consulta externa del HIC. Los estudiantes de servicio social del HIC aplicaron las encuestas quienes previamente fueron capacitados para homologar criterios. Se utilizaron las instalaciones del HIC, consultorios para trabajar con los pacientes, y sala de juntas o auditorio para las reuniones del equipo de trabajo. Las hojas, las copias, los lápices, las computadoras, impresoras, fotocopidora, teléfono y todo el material que se requirió en la investigación fue proporcionado por la investigadora

### Resultados

En total, se incluyeron en el estudio 115 niños, con edades comprendidas entre los 2 y los 11 años con un promedio de edad de 5.38 ( $\pm 2.7$ ), 39 mujeres y 76 hombres. En la Tabla 1 se presentan las características generales de la muestra estudiada. La edad promedio de los niños fue de 5.38 años con una desviación estándar de 2.7, la edad promedio de las madres fue de 31.7 ( $\pm 6.3$ ), mientras que la edad promedio de los padres fue de 35.2 ( $\pm 8.5$ ).

Tabla 2. Características generales de la muestra estudiada (n=115).

Variable	Frecuencia (%)	Variable	Frecuencia (%)
Sexo		Parto Normal	
Hombre	76 (66.1)	Si	64 (55.7)
Mujer	39 (33.9)	No	51 (44.3)
Escolaridad		Lactancia materna	
Ninguna	43 (37.4)	Si	92 (80)
Pre-escolar	29 (25.2)	No	23 (20)
Primaria	43 (37.4)	Comida Chatarra	

Religión		Si	38 (33)
Católico	75 (65.2)	No	77 (67)
Cristiano	23(20.0)	Estreñimiento	
Otro	17 (14.8)	Si	38 (33)
Dominancia		No	77 (67)
Derecha	98 (85.2%)	Problema pareja	
Izquierda	17 (14.8)	Si	56 (48.7)
Temperamento		No	59 (51.3)
Fácil	40 (34.8)	Problema intimidad pareja	
Difícil	20 (17.4)	Si	20 (17.4)
Activo	54 (47)	No	95 (82.6)
No activo	1 (.9)	Separación	
Estructura familiar		Si	43 (37.4)
Biparental	82 (71.3)	No	72 (62.6)
Monoparental	22 (19.1)	Relación amorosa pareja	
Coparentalidad	6 (5.2)	Si	18 (15.7)
Combinada	5 (4.3)	No	93 (80.9)
Etapa ciclo vital		Apgar Familiar	
Hijos pequeños	87 (75.7)	Disfunción	29 (25.2)
Hijos adolescentes	24 (20.9)	Función	86 (74.8)
Hijos Adultos Jóvenes	4 (3.5)	Apego	
Estilo paternidad		Seguro	105 (91.3)
Autoritativo	69(60)	Inseguro	10 (8.7)
Autoritario	17 (14.8)	Respuesta niño	
Permisivo	27 (23.5)	Normal (llanto)	48 (41.7)
Desobligado	2 (1.7)	No normal (enojo, indiferencia, otros)	67 (58.3)
Problema embarazo		CESD-20	
Si	30 (26.1)	Depresión	40 (34.8)
No	85 (73.9)	No Depresión	75 (65.2)
Problema parto			
Si	27 (23.5)		
No	88 (76.5)		

Tabla 3. Análisis bivariado entre estreñimiento y características de interés.

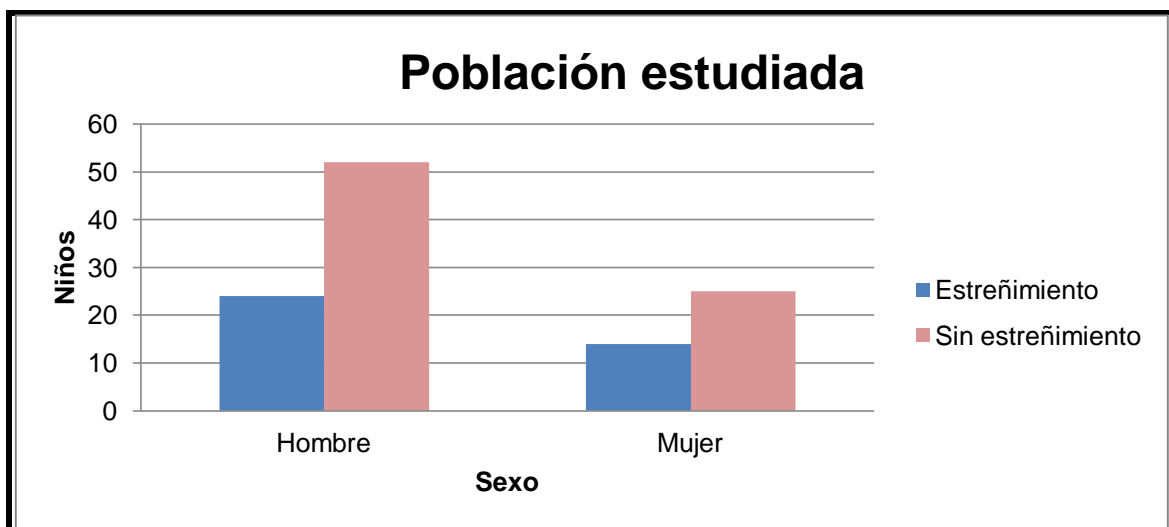
Variable	Estreñimiento n(%)	Sin estreñimiento n(%)	RM (IC 95%)	P
Sexo				
Mujer	14 (35.9)	25 (64.1)	1.26 (0.55, 2.86)	.571
Hombre	24 (30.7)	52 (69.3)		
Depresión materna				
<b>Si</b>	<b>22 (55.0)</b>	<b>18 (45.0)</b>	<b>4.50 (1.96, 10.36)</b>	<b>.001</b>
No	16 (21.3)	59 (78.7)		
Escolaridad madre				
Universidad	2 (12.5)	14 (87.5)	1	--
<b>No escolaridad</b>	<b>4 (66.7)</b>	<b>2 (33.3)</b>	<b>14 (1.4, 133.2)</b>	<b>.022</b>
Primaria	8 (40.0)	12 (60.0)	4.6 (0.82, 26.3)	.081

Secundaria	13 (31.7)	28 (68.3)	3.25 (0.64, 16.44)	.154
Bachillerato	10 (32.3)	21 (67.7)	3.33 (0.63, 17.56)	.156
Antecedentes CI madre				
<b>Si</b>	<b>25 (53.2)</b>	<b>22 (46.8)</b>	<b>4.8 (2.0, 11.05)</b>	<b>.000</b>
No	13 (19.1)	55 (80.9)		
Antecedentes CI padre				
Si	7 (46.7)	8 (53.3)	1.9 (.649, 5.847)	.229
No	31 (31.0)	69 (69.0)		
Lactancia materna				
Si	29 (31.5)	63 (68.5)	.716 (.278, 1.844)	.488
No	9 (39.1)	14 (60.9)		
Comida Chatarra				
<b>Si</b>	<b>18 (47.4)</b>	<b>20 (52.6)</b>	<b>2.56 (1.135, 5.79)</b>	<b>.022</b>
No	20 (26.0)	57 (74.0)		
Apgar Familiar				
Disfunción familiar	12	17	1.62 (.682, 3.89)	.270
Función	26	60		
Depresión embarazo				
Si	10 (33.3)	20 (66.7)	1.018 (.421, 2.46)	.969
No	28 (32.9)	57 (67.1)		
Depresión nacimiento				
Si	12 (35.3)	22 (64.7)	1.154 (.496, 2.68)	.740
No	26 (32.1)	55 (67.9)		
Cambio de humor de la madre				
Si	15	24	1.440 (.641, 3.23)	.376
No	23	53		
Apego				
Seguro	32 (30.5)	73 (69.5)	.292 (.077, 1.10)	.058
Inseguro	6 (60.0)	4 (40.0)		
Respuesta apego niño				
Normal	15 (30.6)	34 (69.4)	.825 (.374, 1.819)	.633
No normal	23 (34.8)	43 (65.2)		
<b>Problemas de pareja</b>				
<b>Si</b>	<b>25 (44.6)</b>	<b>31 (55.4)</b>	<b>2.85 (1.26, 6.41)</b>	<b>.010</b>
<b>No</b>	<b>13 (22.0)</b>	<b>46 (78.0)</b>		
<b>Problemas de pareja intimidad</b>				
<b>Si</b>	<b>12 (60.0)</b>	<b>8 (40.0)</b>	<b>3.98 (1.46, 10.84)</b>	<b>.005</b>
<b>No</b>	<b>26 (27.4)</b>	<b>69 (72.6)</b>		
<b>Separación pareja</b>				
<b>Si</b>	<b>20 (46.5)</b>	<b>23 (53.5)</b>	<b>2.68 (1.16, 5.81)</b>	<b>.018</b>
<b>No</b>	<b>18 (25.0)</b>	<b>54 (75.0)</b>		
<b>Relación amorosa</b>				
<b>Si</b>	<b>4 (80.0)</b>	<b>1 (20.0)</b>	<b>8.94 (.963, 83.01)</b>	<b>.022</b>
<b>No</b>	<b>34 (30.9)</b>	<b>76 (69.1)</b>		
Relación amorosa pareja				
Si	8 (44.4)	10 (55.6)	1.78 (.641, 4.97)	.263
No	30 (30.9)	67 (69.1)		

Tabla 4. Análisis multivariado con regresión logística incluyendo las variables significativas del análisis bivariado.

Variable	Estimador	E.E. estimador	RM	(IC95% RM)	P
<b>Depresión materna</b>	<b>1.150</b>	<b>0.573</b>	<b>3.15</b>	<b>(1.02, 9.70)</b>	<b>.045</b>
CI madre	1.076	0.573	2.93	(0.95, 9.01)	.060
Comida chatarra	0.732	0.599	2.07	(0.64, 6.72)	.222
Apego	0.633	0.931	1.88	(0.30, 11.66)	.497
Problemas de pareja	1.26	0.856	3.53	(0.65, 18.92)	.141
Problemas intimidad	0.656	0.729	1.92	(0.46, 8.05)	.368
Separación de pareja	0.938	0.592	2.55	(0.80, 8.15)	.113
Relación amorosa	-20.533	19085.25	.0	(.0)	.999
Constante	17.56	19085.25			

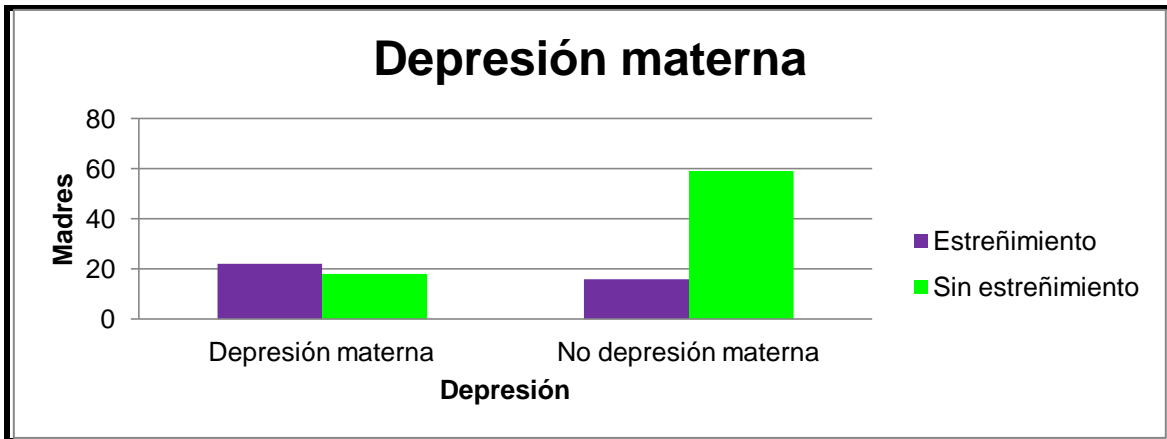
En cuanto a la población estudiada, a 14 niñas (35.9%) y a 24 niños (30.75%) se les diagnosticó estreñimiento. No se observó diferencia significativa en la frecuencia de presentación de estreñimiento entre uno y otro sexo ( $p= 0.571$ ).



Gráfica 1 Porcentaje de consulta por sexo con Dx de Constipación intestinal.

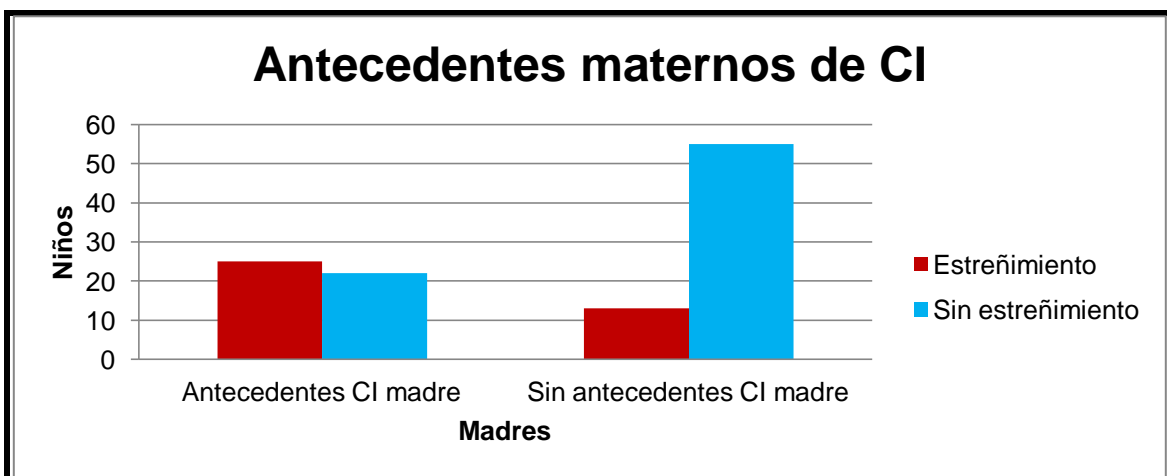


Asimismo, en el grupo con estreñimiento se puede destacar la frecuencia de la aparición de depresión materna en el análisis bivariado, con un índice de confianza de 95% y una ( $p=0,001$ ), variable relevante en esta investigación, ya que la depresión está considerada como un problema de salud pública.



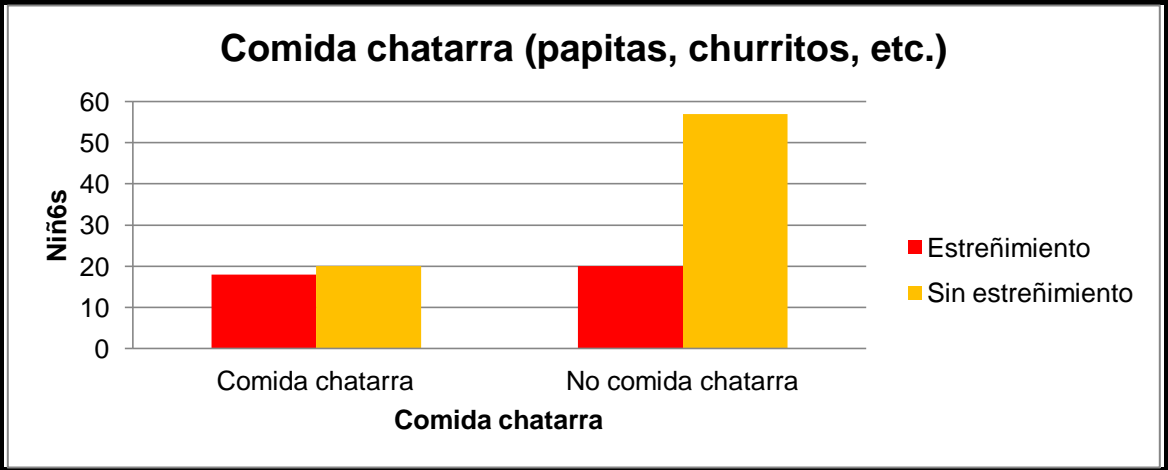
Gráfica 2 Frecuencia de estreñimiento en pacientes con mamás que padecen depresión.

La presencia de antecedentes maternos de estreñimiento fue ligeramente más alto pero no significativo en entre el grupo con constipación y que en el de no constipación ( $p=0,060$ ).



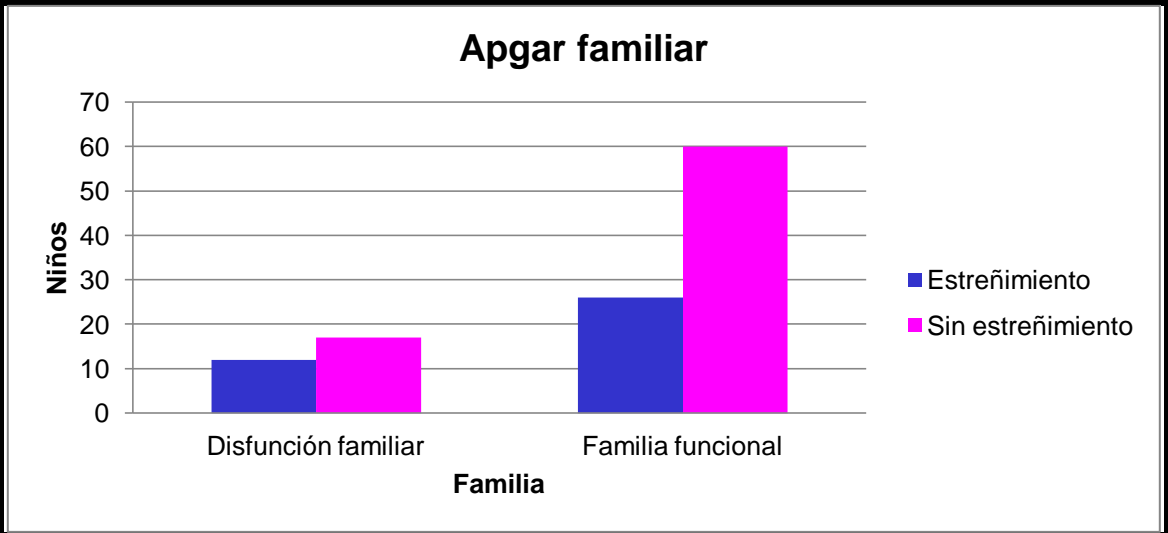
Gráfica 3 Antecedente de estreñimiento materno en pacientes con CI.

Analizando el consumo habitual de alimentos, la ingesta de comida chatarra sobresalió en el grupo de los niños que presentan estreñimiento, aunque los resultados no fueron significativos ( $p=0,222$ ) se observa una ligera diferencia en el comportamiento de ambos grupos.



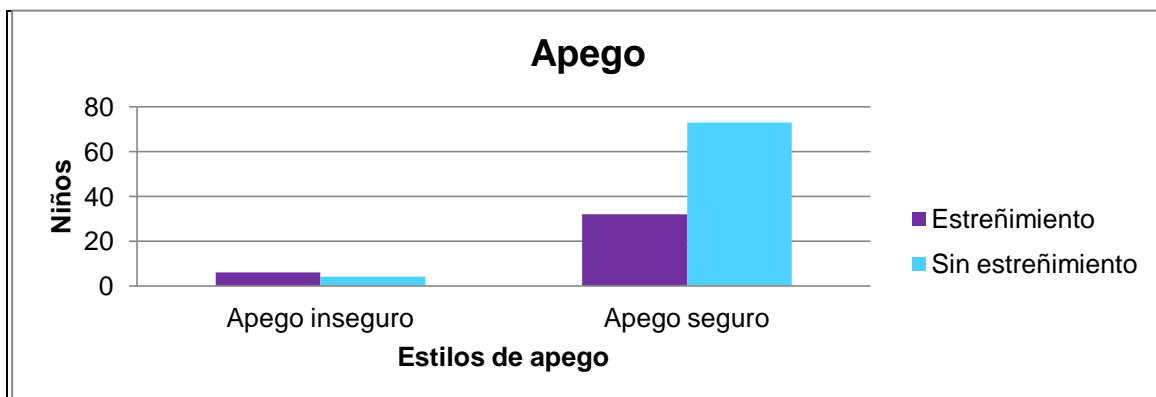
Gráfica 4 Ingesta de comida chatarra (papitas, churritos, etc.) y estreñimiento.

Por otro lado, los resultados del Apgar familiar no fueron estadísticamente significativos. ( $p=0,270$ ).



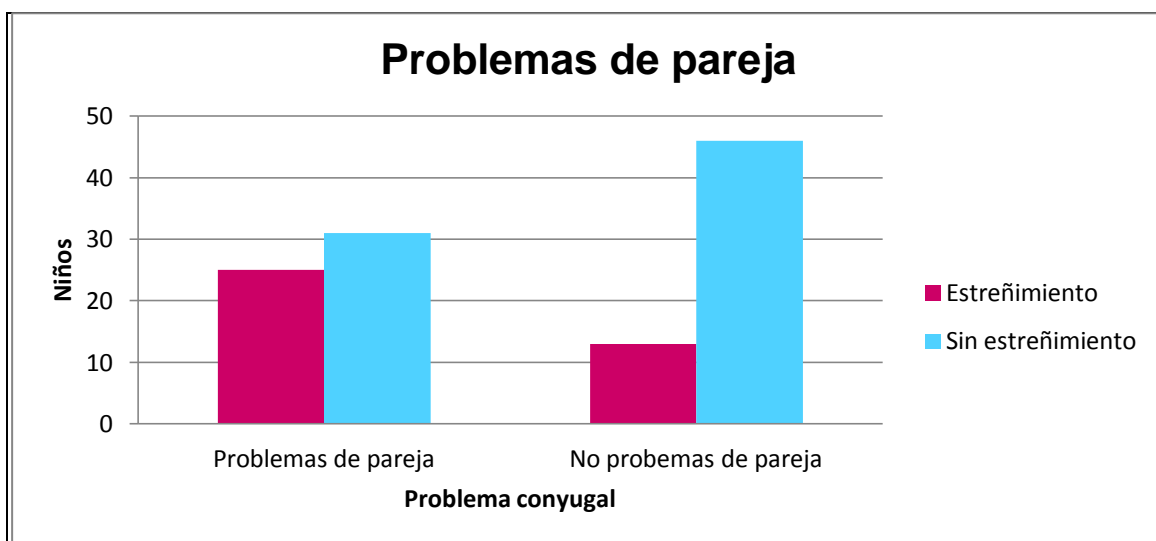
Gráfica 5 Disfunción familiar y estreñimiento en niños.

Otra variable relevante que también se analizó y no se encontró una diferencia significativa fue el apego inseguro ( $p=0,058$ ).



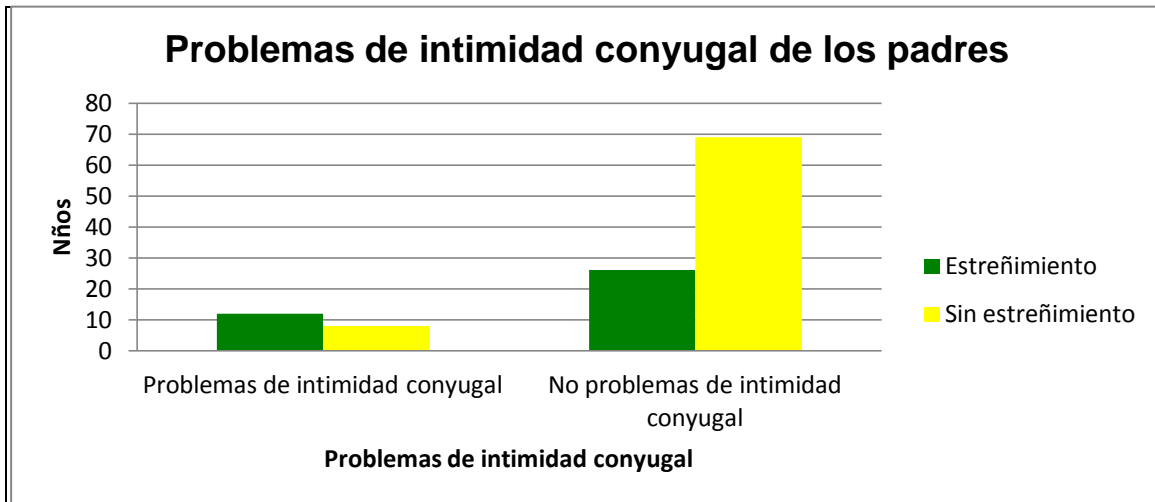
Gráfica 6 Apego inseguro y estreñimiento.

En el grupo con estreñimiento prevalecen más problemas de pareja que en el grupo sin estreñimiento, ( $p=0,010$ ).



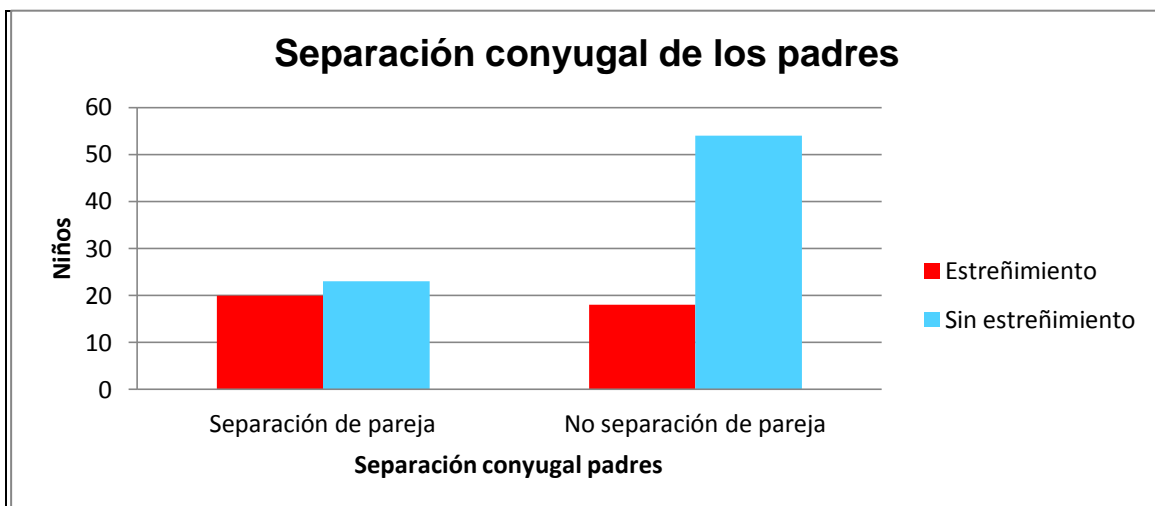
Gráfica 7 Problemas de pareja y estreñimiento en sus hijos.

El problema se encuentra según los datos de la encuesta, en el área de la intimidad, en esta área si se encontró una diferencia significativa, ( $p=0,005$ ).



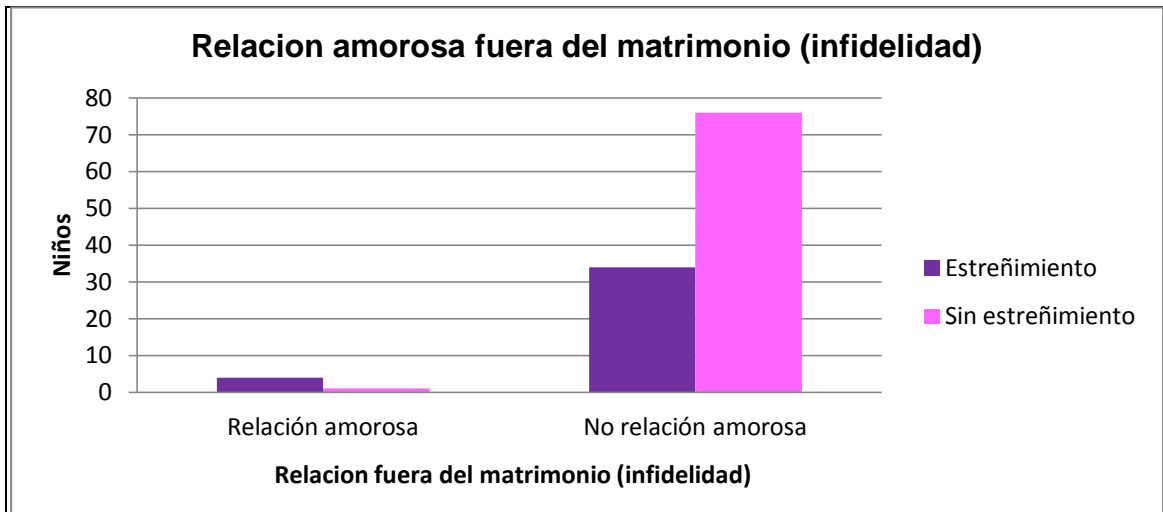
Gráfica 8 Problemas de intimidad conyugal y estreñimiento en el hijo.

Estas dificultades han predisposto separaciones conyugales más frecuentes en el grupo experimental ( $p=0,018$ ).



Gráfica 9 Separación de los padres e hijo con estreñimiento.

El problema principal, según nos indican los datos, se debe al establecimiento de otra relación amorosa,  $p=0,022$ .



Gráfica 10 Relaciones amorosas fuera del matrimonio (infidelidad).

## Discusión

El objetivo de esta investigación fue corroborar los hallazgos que empíricamente ha hecho la autora en relación a la disfuncionalidad familiar, al vínculo madre-hijo, apego inseguro, a la situación conyugal y a la depresión materna. Como vemos las graficas según los datos recabados.

A pesar de que se perciben como funcional la situación familiar, se encontró problemas de pareja relacionados principalmente con la intimidad de la pareja y con la interferencia de otras relaciones amorosas; quizá el síntoma del niño, está cumpliendo su objetivo, mantener centrados a los padres en su malestar físico, y poner en segundo plano sus dificultades de pareja.

La depresión materna fue la única variable significativa del análisis bivariado, por lo que se debe de dar una mayor atención a este padecimiento, ya que está interfiriendo negativamente en el sistema familiar y en el equilibrio emocional de los miembros de la familia, principalmente en el más vulnerable, el niño.

Otro de los hallazgos fue el problema de la alimentación. Como psicólogos sabemos que la alimentación no sólo se limita a la comida sino también se extiende a proveer de afecto y atención. Estas familias tienen hábitos que predisponen el estreñimiento, y en lugar de cambiarlos, se aferran a ellos. Les gusta mucho incluir en sus dietas las pastas, la harina y la comida chatarra (papitas, frituras, etc.), alimentos que complican el cuadro clínico. La madre tratando de aminorar el malestar del hijo le da de comer lo que a él se le antoja, paradójicamente este alimento complica más el cuadro.

Se analizaron varios artículos relacionados con investigaciones recientes, la mayoría de ellos se enfocan en la parte médica, en la alimentación, o en la dificultad en el entrenamiento de esfínteres, pocos toman en cuenta el significado emocional del síntoma. Son muchos los profesionistas que están involucrados en la atención del padecimiento, pero pocos sensibles a las señales de molestia, dolor, incomodidad del síntoma.

## **Conclusiones**

Es difícil explicar realidades no vistas por nadie más, encontrar artículos relacionados con el tema, sobre todo enfocados en la manifestación corporal del síntoma, a través de gestos, de posturas, de tonos de voz.

El niño por su corta edad le es difícil expresar y reconocer que algo le está incomodando, tiene un lenguaje limitado y no reconoce en ocasiones si el malestar es interno o externo. Sin embargo, lo manifiesta a través de su conducta, de su padecimiento, de su malestar físico. Entre ellos está la CI.

Los padres tampoco están acostumbrados a asociar un padecimiento físico con uno emocional, y menos si el problema está relacionado con su conflictiva conyugal, están tan ocupados con sus dificultades que no logran visualizar la

repercusión que este problema pueda generar en los demás, principalmente en el hijo, quien está acostumbrado a ellos.

La constipación es más frecuente en nuestra población de lo que se reporta clínicamente, ya que sólo llegan a consulta los casos que se han vuelto crónico o cuando el problema afecta el desarrollo emocional del niño y el sistema familiar. La madre, absorta en sus dificultades personales, le da poca importancia al síntoma del hijo, además de que en múltiples ocasiones ella también lo padece, y utiliza remedios caseros.

Se ratifica que la constipación intestinal es un síntoma multifactorial y requiere de pronta atención a fin de que no se complique el cuadro clínico. En este trabajo de equipo, el tutor, principalmente la madre, es quien debe de hacer la mayoría de los cambios, desde atender su depresión hasta modificar hábitos de alimentación.

Solo se encontró como causa de la disfunción familiar, la problemática entre los padres, derivada del problema de intimidad conyugal, ya que el grupo de niños con constipación reportaba una significativa frecuencia de separación entre los padres.

El niño sacrifica su autonomía con tal de continuar alimentando el vínculo madre-hijo, y perpetuando a través de una actitud pasivo-agresivo, las relaciones familiares, mantener ocupada a la pareja nuclear con su síntoma y distraerlos del principal conflicto, la intimidad conyugal. Sin embargo, el síntoma después se convierte en el problema principal, y se complica a tal grado que le causa desnutrición, molestias difíciles de soportar y complicaciones gastrointestinales; las cuales en padecimientos graves requieren de una intervención quirúrgica, intervención costosa y desgastante para el niño y su familia.

Frecuentemente, la mayoría de los especialistas, al escuchar la queja de la madre nos centramos en el niño y en su síntoma, manejándolo como un problema que hay que resolver, en vez de verlo como una oportunidad de cambio del sistema

familiar. Para poder lograr este cambio, se requiere de una adecuada interpretación del síntoma, verlo metafóricamente como un temor del niño a equivocarse, a echar a perder la situación, apestar el momento, a sentirse avergonzado por descargar tensiones, emociones, sentimientos, heces.

## Recomendaciones

Tomando en cuenta los resultados de la investigación en estos casos se considera importante modificar la meta terapéutica, ahora el foco de atención debe de estar centrado en el vínculo madre-hijo, en el tratamiento de la depresión materna, y en establecer estrategias que favorezcan la autonomía del niño, a fin de que el sistema familiar recupere eficientemente el equilibrio y desaparezca el síntoma.

Para una mejor atención del niño, se debe brindar una guía psico-educativa a la madre en la que se incluyan cambios en la nutrición, la comunicación, y la relación; lo que debe contribuir a que surja en ella la motivación para aceptar el tratamiento pediátrico del síntoma. Además se debe brindar apoyo psicológico al vínculo madre-hijo a fin de favorecer una adecuada referencia social que alimente positivamente el ánimo de la madre, la autoestima del niño y la autonomía de ambos.

En cuanto a la relación conyugal, el separar al hijo de las problemática ayudaría sobre manera a evitar complicaciones, ya que el niño no se vería en la necesidad de mantenerlos unidos, el tendría que entender que pase lo que pase seguirá teniendo a sus padres, no ver la situación como un problema, ayudar al sistema a manejar las relaciones positivamente, enfocarlas hacia el progreso, centrarnos en sus fortalezas, y modificar los acuerdos.

La atención pediátrica es muy importante, sobre todo porque el problema de constipación es genético y requiere continua supervisión, a fin de que se eviten los remedios caseros, las complicaciones y la interferencia de este malestar a otras



áreas del desarrollo del niño. Por último, el trabajo de equipo, es la estrategia de abordaje terapéutico más apropiada para evitar complicaciones que potencialmente pueden incrementar el trastorno fuente de alteración en la dinámica familiar.

## Referencia bibliográfica

- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J., USA: Erlbaum, .
- Ajuriaguerra, J. de. (1983). *Manual de psiquiatría infantil* (3º reimpresión ed.). Barcelona, España: Masson, S.A. Barcelona.
- Anderson, R. y Carter, I. (1994). *La conducta humana en el medio social. Enfoque sistémico de la sociedad*. (G. Ventureira, Trans. 1º Edición. ed.). Barcelona, España.: Editorial Gedisa.
- Anthony, E. J. y Benedek, T. (1970). *Parentalidad*. (J. L. Etchererry, Trans. 1983 ed.). Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
- Azar de Sporn, S. (2010). *Terapia sistémica de la resiliencia. Abriendo caminos, del sufrimiento al bienestar*. (Primera edición. ed.). Buenos Aires, Argentina.: Editorial Paidós SAICF.
- Baizán, Maria de Los Angeles. (2009). *Infidelidad, una ruta de salida* (Segunda ed.). México, D.F.: Trillas.
- Bar- Din, A. (1989). *La madre deprimida y el niño* (1º ed.).
- Baranger, W. y colaboradores. (2001). *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
- Barboza, M.D. (2005). Evaluación y tratamiento del estreñimiento en niños. *Colombia Médica*, 36(2 (suplemento 1)), 10-15.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre* (Primera edición ed.). Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.
- Beavers, W. R. y Hampson, R. (1995). *Familias Exitosas*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bellak, Lisa A. Goldsmith y Leopold. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo* (1º Edición ed.). México, D.F.: Editorial el Manual Moderno, S. A.
- Benninga, M. A. (2006). Quality of life is impaired in children with functional defecation disorders. *Journal de Pediatría*, 82, 405-405.
- Berger, Milton M. (1993). *Más allá del doble vínculo* (1º ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bojorquez I, Salgado N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud mental*, 32, 299-307.
- Boszormenyi-Nagy I, Y Spark, G. M. (1994). *Lealtades invisibles* (Inés Pardal, Trans. 1º Edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Bowen, Murray. (1998). *De la familia al individuo* (1º Edición ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Bowlby, John. (1976). *El Vínculo Afectivo* (1º edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bowlby, John. (1982). *Los cuidados maternos y la salud mental* (4º Edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Hvmánitas.
- Bowlby, John. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Ediciones Morata, S. A..

- Bowlby, John. (1989). *Una Base Segura* (1º ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bragado, C. (1998). *Encopresis* (1º edición ed.). Madrid, España: Ediciones, Pirámide.
- Brazelton, Bertand G. Cramer y Berry. (1993). *La relación más temprana; padres, bebés y el drama del apego inicial* (1º edición ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Caparrós, N. (2008). *El proceso psicossomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Madrid, España.: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.
- Dallos, Rudi. (1996). *Sistemas de creencias familiares* (1º ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica, S. A.
- Dávila, P. (2005). Características de la familia: Una visión sistémica. *Revista de la Universidad de Anzuay, Cuenca, Ecuador*.(35).
- Dolto, Françoise. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo* (1º ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Iberica, S.A.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. (R. Sarró Maluquer, Trans.). Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fairbairn, W. Ronald D. (1978). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé, S. A.
- Farberman, Débora. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico* (1º Edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós SAICF.
- Freud, A. (1977). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. (1º Edición. ed.). Buenos Aires, Argentina.: Editorial Paidós.
- Freud, Sigmund. (1976). *Esquema del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Fuente, Ramón de la. (2012). *Psicología Médica*. México. D. F: Fondo de Cultura Económica.
- Gaitán, Jose Luis. (2000). *Constipación intestinal en el niño*. (1º Edición. ed.). México, D. F.: Talleres Colorgraph.
- Gutton, Philippe. (1983). *El bebé del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores, S. A.
- Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
- Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. (1º Edición. ed.). México, D. F.: Editorial Trillas, S. A. de C. V.
- Hernández, R. y Col. (2003). *Metodología de la investigación*. (3º Edición. ed.). México, D. F.: McGraw Hill / Interamericana Editores S. A. de C. V.
- Kernberg, Otto. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (1º edición ed.). Buenos aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Kornblit, A. (1996). *Somática familiar*. (2º Edición ed.). Barcelona, España.: Editorial Gedisa, S. A.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1977). *El niño y su cuerpo*. (1º Edición. ed.). Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
- Lebovici, Serge. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

- Mahler, M, Pine, F. y Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano* (1º ed.). Buenos Aires, Argentina: Marymar Ediciones.
- Main, M. y Solomon, J. (1987). *Attachment in the pre-school years*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Minuchin, S. (1983). *Familia y terapia familiar*. México, D. F.: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. (1989). *Psychosomatic Families. Harvard University Press, United States of America*.
- Minuchin, S. (2011). *Evaluación de familias y parejas* (1º edición ed.). México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana, S. A.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia*. Barcelona España: Herder.
- Nasio, Juan David. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes* (1º edición ed.). Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- Olson, D.H., & Killorin, E. (1985). *Clinical rating scale for the Circumplex Model*. Minnesota, USA: St. Paul.
- Onnis, L. (1996). *Terapia familiar de trastornos psicossomáticos*. (1º Edición. ed.). Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Palacios, A. (1989). *Psicoanálisis de la detención del desarrollo emocional*. Tlhuapan, Puebla, México.: Ediciones y Distribuciones Hispánicas, S. A. de C. V.
- Papalia, D., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. (S. y Padilla Olivares, G., Trans. Undécima edición. ed.). México, D. F.: Mcgraw-Hill/Interamericana.
- Pedreira, J. L. & Menéndez, F. (1981). El síntoma psicossomático en la infancia: valoración psicodinámica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(0), 81-93.
- Pedreira, J. L., Palanca, I. Sardinero, E., y Martin, L. (2001). Los transtornos psicossomáticos de la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*. Madrid, España., 3(1), 26-51.
- Pichon-Rivière, Enrique. (2002). *Teoría del vínculo* (1º edición ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones nueva Visión, SAIC.
- Radloff, L. . (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measure*, 1, 385-401.
- Rage, E. J. (2002). *La pareja y la familia*. (Octubre 1997 ed.). México, D. F.: Plaza y Valdés, S. A. de C. V.
- Ramírez, Yolanda Heredia y Adriana. (1983). *Observaciones de la Relación madre-hijo en niños con Neurodermatitis Atópica*. Licenciatura, Iberoamericana, México, D.F.
- Ruppert, F. (2012). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares. Comprensión y curación de las lesiones del alma*. (G. Uranga, Trans.). México, D. F.: Editorial Paidós Mexicana, S. A.
- Rutter, Michael. (1990). *La privación materna* (1º Edición ed.). Madrid, España: Ediciones Morata, S. A.
- Schaffer, Rudolph. (1977). *Ser madre* (1º edición ed.). Madrid, España: Ediciones Morata S.A.
- Sebastian, Linda. (2005). *Cómo superar la depresión posparto*. México, D. F.: Editora Aguilar.

- Shaffer, D y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. (Séptima edición. ed.). México, D. F.: Cengage Learning Editores, S. A.
- Smilkstein, G.; Ashworth, C.; Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal Fam Pract*(15), 303-311.
- Spitz, René a. (1983). *El primer año de vida del niño* (Octava reimpresión ed.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, Daniel N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, SAICF.
- Stern, Daniel N. (1997). *La constelación maternal* (1º Edición ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Sternberg, R. (1988). *El triángulo del amor. Intimidad, amor y compromiso*. (L. Turner, Trans.). México, D. F.: Editorial Paidós Mexicana, S. A.
- Tiedemann, D. (1951). *El Desarrollo de las Facultades Espirituales del Niño*. México, D.F.: Editora Nacional, S.A.
- Tordjam, G. (2002). *Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas*. Barcelona, España.: Editorial Gedisa, S. A.
- Velasco, C. A. (2005). Actualización sobre estreñimiento crónico funcional en niños. *Colombia Médica*, 36(4 (supl 3), ), 55-61.
- Watzlawick, P. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. (12º Edición. ed.). Barcelona, España.: Editorial Herder.
- Whitaker, C. y Bumerry, W. (1998). *Danzando con la familia, un enfoque simbólico-experencial*. Barcelona, España.: Ediciones Paidós.
- White, Michael. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa editorial.
- Winnicott, D. W. (1981). *El proceso de maduración en el niño* (3º ed.). Barcelona, España: Editorial Laia, S.A.
- Zumaya, M. (2009). *La infidelidad*. (2º Edición. ed.). México, D. F.: Ediciones Raya en el agua, S. A. de C. V.

Universidad Autónoma de Baja California  
Facultad de Medicina y Psicología  
Doctorado en Ciencias de la Salud

**Consentimiento informado para participar en la investigación sobre  
Disfunción Familiar en niños con Constipación Intestinal.**

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Y en el artículo 21 dice para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

Este formulario de consentimiento puede tener palabras que usted no comprenda. Por favor pregunte al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

En resumen: se le pide que participe en un estudio de investigación que busca encontrar, a través de una entrevista y un cuestionario, que consta de preguntas relacionadas con el desarrollo del niño, la relación de pareja, el tipo de apego, conflictos de pareja, relaciones familiares o algún padecimiento, los factores que potencialmente pueden estar asociados al padecimiento, constipación intestinal en los niños. Su justificación radica en la relativa frecuencia de esta entidad clínica, y su complejo abordaje multidisciplinario.

Su decisión de participar en este estudio es voluntaria.

En caso de que decida participar en este estudio y cambie de opinión puede dejar el estudio cuando usted quiera.

Si está de acuerdo en participar en este estudio los datos recabados en esta investigación podrán ser revisados por el Hospital Infantil de las Californias, por la Universidad Autónoma de Baja California y personas asociadas al estudio.

El **objetivo del estudio** es: identificar la presencia de asociación entre disfunción familiar y constipación intestinal en niños.

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la Psicóloga Adriana María Ramírez Bojórquez, utilizar en la investigación la información obtenida durante la entrevista que se me realizó y los datos del cuestionario que me fue aplicado en el Hospital Infantil de las Californias de la ciudad de Tijuana, Baja California. Asimismo, se me informó que los datos que yo proporcione se mantendrán en estricta confidencialidad y serán utilizados exclusivamente en el estudio con el fin de mejorar la atención de los niños que padecen constipación intestinal.

En caso de aclaración o duda, puede localizar a la Psicóloga Adriana María Ramírez Bojórquez, titular de la Clínica de Psicología en el Hospital Infantil de Las Californias, ubicado en Av. Alejandro von Humboldt No. 11431 y Garita de Otay, Tijuana Baja California. El número de teléfono es el 6-23-89-84 o 6-47-50-05.

Los resultados podrán ser publicados como aportación científica conservando siempre el anonimato de las personas entrevistadas.

Se me ha dado información sobre el estudio, todas mis dudas han sido resueltas y estoy consciente que no va a haber algún daño. Eximo de toda responsabilidad a la investigadora.

---

Nombre y firma del Tutor

---

Testigo

---

Testigo

---

Nombre y firma del Psicólogo

Anexo 2

## Entrevista de psicología infantil

Psicóloga Adriana Ramírez Bojórquez

Ficha de Identificación

Nombre del niño										
Edad	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fecha de nacimiento										
Lugar de nacimiento										
Lugar que ocupa en la familia						Hijo único Si (1) No (2)				
Sexo	Mujer (1)					Hombre (2)				
Escolaridad	Ninguna (1)		Guardería (2)		Maternal (3)		Pre-escolar 1° 2° 3° (4)			
	Primaria		3° 4° 5°		6° (5)					
Religión	Católico (1)		Cristiano (2)		Judío (3)		Otros (4)			
Lateralidad	Diestro (1)					Zurdo (2)				
Motivo de consulta										

Edad de la madre biológica:							
Fecha de nacimiento:							
Lugar de nacimiento:							
Escolaridad:	Ninguna (1)	Primaria (2)	Secundaria (3)	Bachillerato (4)	Universidad (5)		
Estado civil:	Soltera (1)	Casada (2)	Divorciada (3)	Viuda (4)	Unión libre (5)		
Religión:	Católica (1)	Cristiana (2)	Judía (3)	Otros (4)	Ninguna (5)		
Ocupación:	Casa (1)	Empleada (2)	No empleo (3)	Estudiante (4)	Negocio propio (5)		
Antecedentes de constipación intestinal (estreñimiento):				Si (1)		No (2)	

Edad del Padre biológico:							
Fecha de nacimiento:							
Lugar de nacimiento:							
Escolaridad:	Ninguna (1)	Primaria (2)	Secundaria (3)	Bachillerato (4)	Universidad (5)		
Estado civil:	Soltero (1)	Casado (2)	Divorciado (3)	Viudo (4)	Unión libre (5)		
Religión:	Católico (1)	Cristiano (2)	Judío (3)	Otros (4)	Ninguna (5)		
Ocupación:	Casa (1)	Empleado (2)	No empleo (3)	Estudiante (4)	Negocio propio (5)		
Antecedentes de constipación intestinal (estreñimiento):				Si (1)		No (2)	

Estructura familiar actual:			
Biparental (casados) (1)	Monoparental (soltero) (2)	Coparentalidad (divorciados) (3)	Combinada (reconstruida) (4)
Adoptiva (5)	Padres por defecto (abuelos) (6)	Padres del mismo sexo (7)	Extendida (familia de origen) (8)
Número de integrantes de la familia:			
Etapa del ciclo vital de la familia:			
Hijos pequeños (1)		Hijos adolescentes (2)	
Hijos adultos jóvenes (3)			
Estilo de paternidad familia nuclear:			
Autoritativo/Democrático(1)	Autoritario/controlador(2)	Permisivo/complaciente(3)	Desobligado(4)

Familiograma:



Desarrollo del niño

Quando usted se embarazó ¿deseaba un bebé?	Si (1)	No (2)
Número de embarazo		
¿Tuvo problemas durante el embarazo?	Si (1)	No (2)
¿En qué semana?		
¿Qué tipo de problemas?		
¿Uso medicamento o alguna sustancia toxica durante el embarazo?	Si (1)	No (2)
¿Cuál?		
¿El padre uso medicamento o alguna sustancia toxica antes de concebir al niño?	Si (1)	No (2)
¿Cuál?		
¿Hubo problemas durante el parto?	Si (1)	No (2)
¿Qué tipo de problema?		
¿Fue parto natural?	Si (1)	No (2)
		Cesárea Anestesia Fórceps
¿Hubo alimentación materna?	Si (1)	No (2)
		¿Cuánto tiempo?
¿A qué edad se sentó?		
¿A qué edad gateó?		
¿A qué edad caminó?		
¿A qué edad habló?		
¿A qué edad se inicio el control de esfínteres?(Fue al baño solo)		
Actualmente, ¿Come bien?	Si (1)	No (2)
		Poco (3) Mucho (4)
En promedio, cuantos días por semana come el niño los siguientes alimentos		
Fruta:	Verduras:	Carnes:
Cereales:	Lácteos:	Otros:
		Grasas:
		Alimentos chatarra:
¿Toma agua?	Si (1)	No (2)
		Poco (3) Mucho (4)
¿Duerme bien?	Si (1)	No (2)
		Poco (3) Mucho (4)
Solo (1)	Con los padres (2)	Con los hermanos (3)
		Abuelos (4) 5)
¿Cómo es la relaciona con sus hermanos? Cercana (1) Distante (2) Amable (3) Hostil (4) Otros (5)		
¿Tiene amigos?	Si (1)	No (2)
		Pocos (3) Muchos (4)
¿Presenta algún problema en la escuela?	Si (1)	No (2)
		¿Cuál?
¿Presenta algún otro problema?	Si (1)	
		Cual?
¿Ha sufrido algún padecimiento?	Si (1)	No (2)
		¿A qué edad?
¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas?	Si (1)	No (2)
		¿A qué edad?
¿Cómo describe el comportamiento de su hijo?		
¿Cómo es el temperamento del niño?	Fácil (1)	Difícil (2)
		Activo (3) No activo (4)
¿Cuál es su juego favorito?		
Funcional (1)	Constructivo (2)	Dramático (3)
		Rudo (4)
		De reglas (5)
¿Cómo le gusta jugar?	Solo (1)	Acompañado (2)
¿Cuál es su juguete favorito?		

¿El niño sufre de estreñimiento o constipación intestinal?	Si (1)	No (2)
¿A qué edad el niño presentó el problema de constipación intestinal por primera vez?		

Criterios de Roma II

Dos o más de las siguientes situaciones deberán estar presentes por lo menos durante 12 semanas y no necesariamente deben ser consecutivas:

Esfuerzo al defecar 1 de cada 4 deposiciones	Si	No
Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones	Si	No
Materia fecal dura 1 de cada 4 deposiciones.	Si	No

Maniobras digitales para facilitar la evacuación en más del 25% de las deposiciones	Si	No
Menos de tres deposiciones por semana	Si	No

### Relación madre-hijo

¿Sufrió depresión durante el embarazo?	Si (1)	No (2)
¿Sufrió depresión después del nacimiento del niño?	Si (1)	No (2)
¿Cómo es la relación entre usted y el niño?	Apego seguro (1)	Apego inseguro (2)
¿Tiene usted cambios de humor extremos al atender al niño? [por ejemplo: Hostilidad extrema con repulsa hasta solicitud exagerada]	No (2)	Si (1)
¿Hubo algún cambio en la relación a raíz del padecimiento del niño?	Si (1)	No (2)
¿Cómo responde su hijo cuando usted se separa de él?		
	Llanto (1)	Enojo (2)
	Indiferencia (3)	Otros (4)
¿Cómo ha sido la experiencia de ser la madre de .....		

### Relaciones conyugales o de pareja padres biológicos

Estatus conyugal de los padres biológicos					
Solteros (1)	Casados (2)	Divorciados (3)	Viudos (4)	Unión libre (5)	
Tiempo que llevan o estuvieron juntos como pareja					
¿Existen o existieron problemas de pareja?	Si (1)	No (2)			
¿Qué tipo de problemas?					
¿Hubo algún cambio en la relación de pareja a raíz del padecimiento del niño? Si (1) No(2)					
¿Existe o existió algún problema en la intimidad? Si (1) No (2)					
¿Ha habido o hubo separaciones?	Si (1)	No (2)	Cuántas?		
Ha tenido o tuvo alguna aventura amorosa fuera de la relación de pareja				Si (1)	No (2)
Cuántas?	Heterosexual (1)		Homosexual (2)		
Cuánto ha durado la relación?	Menos de 6 meses (1)		Más de 6 meses (2)		
Su pareja ha tenido o tuvo alguna aventura amorosa fuera de su relación				Si (1)	No (2)
Cuántas?	Heterosexual (1)		Homosexual (2)		

Anexo 3

APGAR FAMILIAR

<b>Función</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

<b>Sección 11. CESD-20 -- Por ser llenado por la participante si misma</b>					
<b>N</b>	<b>PREGUNTAS</b> En la última semana...	<b>Raramente</b> ninguna vez (menos de un día)	<b>Alguna o</b> pocas veces (1 a 2 días)	<b>Ocasionalmente</b> (3 a 4 días)	<b>La mayor</b> parte del tiempo (5 a 7 días)
1	Me molestaron cosas que por lo general no me molestan.				
2	No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito.				
3	Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia.				
4	Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.				
5	Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.				
6	Me sentía deprimido.				
7	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8	Me sentía con esperanza sobre el futuro.				
19	Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10	Me sentía con miedo.				
11	Mi sueño era inquieto o tengo				

	problemas en dormir.				
12	Estaba contento.				
13	Hablé menos de lo usual.				
14	Me sentí solo.				
15	La gente no era amistosa.				
16	Disfruté de la vida.				
17	Pasé ratos llorando.				
18	Me sentí triste.				
19	Sentía que yo no le caía bien (gustaba) a la gente.				
20	No tenía ganas de hacer nada.				