

Estreñimiento Crónico Funcional: Caracterización Psicológica

Jiménez AM

Publicado en el Libro Enfermedades Digestivas en Niños 2003: 85-91

Revista GASTROHNUP 2003;5(1): 57-63

Se define Síndrome de Intestino Corto (SIC) como la disrupción en la anatomía y la fisiología normal del intestino, que conlleva a una serie de complicaciones nutricionales, infecciosas y metabólicas. Sus causas pueden ser múltiples, principalmente postquirúrgicas. Los cambios fisiopatológicos resultan en gran parte de la sección intestinal reseca. Las manifestaciones clínicas dependerán del segmento reseca en cuanto a cantidad, localización, compromiso de la válvula ileocecal, grado de adaptación intestinal y complicaciones postquirúrgicas. Entre sus complicaciones están la diarrea, la hiperacidez gástrica, el sobrecrecimiento bacteriano, la acidosis D-láctica y los cálculos renales y biliares. El diagnóstico va dirigido a la detección del sobrecrecimiento bacteriano, las intolerancias, la permeabilidad intestinal, la malabsorción intestinal y paraclínicos que relacionen complicaciones hidroelectrolíticas, infecciosas y/o metabólicas. El manejo es principalmente nutricional con nutrición enteral, parenteral o mixta y suplemento de vitaminas liposolubles, vitamina B12, folatos, hierro, zinc, carnitina, biotina y otros elementos traza. El manejo médico incluye indicación de antibióticos de amplio espectro, antidiarreicos, controladores de la acidez gástrica y ligadores de ácidos biliares, entre otros. El manejo quirúrgico va dirigido a la disminución del tránsito intestinal y el aumento en la superficie de contacto intestinal. El objetivo del presente artículo es describir la definición, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, complicaciones, diagnóstico y tratamiento de niños con SIC.

Palabras clave: Síndrome de intestino corto, Definición, Etiología, Fisiopatología, Manifestaciones clínicas, Complicaciones, Diagnóstico, Tratamiento, Niños

La temprana relación establecida entre la madre y su hijo que inicia en la vida intrauterina (aunque cabría suponer que primero existe en la mente de la madre como una preconcepción) tiene como base el maternaje, que refiere la capacidad de contener, procesar e integrar las angustias manifestadas en el nuevo ser inserto en un medio caótico e intrusivo en el que la salud mental y la empatía de la madre son fundamentales para su adecuada estructuración. La relación simbiótica que se establece implica una serie de cuidados a los que se le ha denominado técnicas básicas de crianza en donde confluyen el cuidado físico y emocional, los cuales se traducen en el niño en manifestaciones de amor prodigados por su madre (o la figura materna que esté bajo su cuidado); así, la respuesta por parte de la madre a las necesidades del bebé comprende aspectos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, olfatorios, cinéticos y propioceptivos) que generan en él una respuesta en relación con el cuerpo materno (su tono muscular, temperatura, tersura de la piel, el olor, la voz). Acunar al bebé, nutrirlo, y todos aquellos cuidados básicos de la crianza se incluyen dentro de este maternaje emocional a la vez que se ve comprometida la disposición que tiene la madre para ofrecer amor en tanto que genere en el niño la capacidad de interiorizar un mundo menos caótico, ligado a la interiorización de una madre lo suficientemente comprensiva para que logre sostenerlo desde adentro y dar inicio a su madurez emocional¹.

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

¿QUÉ ES TRASTORNO PSICOSOMÁTICO?

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

• Ángela María Jiménez Urrego. Estudiante de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana. Grupo de Investigación en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica GASTROHNUP. Cali, Colombia.

el bebé². El trastorno psicossomático³ está entendido como una afección en donde persiste una división en la organización del “sí mismo” del paciente, en la que existe una dificultad para lograr discernirlo dado que se halla en el límite entre el cuerpo y la mente. Dicho trastorno denota un desorden orgánico con un origen y desarrollo que implica una participación psicológica significativa⁴ en donde se ve alterada la economía relacional y mental del niño en tanto que él no procesa el dolor mental, sino que este es mudado en el dolor físico alterando así la economía psicossomática normal.

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

En la práctica clínica es habitual observar dichos trastornos los cuales constituyen un factor que suscita estados de ansiedad, confusión y frustración tanto para la familia como para el personal de salud ya que el niño no logra integrar su dolor emocional y el malestar físico; es así como se pone de manifiesto una dificultad para “procesar” los aspectos provenientes de la sintomatología física a fin de poder comprender, elaborar e integrar los aspectos que se encuentran divididos.

El acercamiento a este tipo de trastornos psicossomáticos, específicamente el estreñimiento crónico funcional (ECF) surge por la inquietud médica con relación a este tipo de afecciones, donde se observa un funcionamiento particular en los niños y sus madres. La consulta médica de estos niños se halla “invadida” de relatos que aluden a algún tipo de disfunción en la dinámica madre-padre-hijo (en general, se hablaría del ambiente que circunda al niño). En este punto, se recurre a la psicología a fin de entrar a comprender qué subyace a la enfermedad física de estos niños y poder proponer posteriormente una intervención que facilite o ayude a integrar estos aspectos que el niño tiene disociados.

El Cuadro 1 nos remite a pensar en una serie de aspectos recurrentes en la historia clínica de estos niños y sus familias; así, el aspecto más significativo hallado en la observación y revisión de las historias clínicas es el predominio de

un entrenamiento precoz para defecar: 10/11 niños recibieron dicho entrenamiento antes de los dos años (90.9%). Fisiológicamente el ser humano está listo para el control adecuado de esfínteres aproximadamente a los 2 años, emocionalmente sucede algo similar en la medida que un hecho físico no se puede desligar del emocional, estos suceden paralelamente en tanto que el cuerpo y sus síntomas pueden ser una expresión de que algo anda mal en la mente (siempre y cuando no exista un origen orgánico). En este caso la educación del control de esfínteres temprana alude a una dificultad en la madre para comprender cuáles son las necesidades propias del niño en un momento dado, generando una manipulación corporal-afectiva-mental que conduce -como se ha observado en la práctica clínica- a trastornos de orden psicossomático (retención patológica) generando tal angustia que no hay otra forma de manifestarla que desde el orden biológico acompañado igualmente de otros síntomas como: el temor a la “vasenilla”, dolor físico, terrores nocturnos, enuresis, encopresis.

No obstante, existe la posibilidad de que la madre posteriormente recurra a una reparación de la falla en su rol materno en donde aparecen manifestaciones de culpa y una necesidad apremiante de suplir la falta. Paradójicamente, en algunos casos, dicha reparación da paso a una conducta que va en detrimento de la vida emocional del niño dado el aspecto intrusivo que de alguna manera irrumpe y ratifica el estancamiento; es así como observamos madres que se exceden en sus cuidados, obstaculizando el pleno desarrollo o adelantándolo prematuramente. La dependencia normal que vive el niño con relación a su madre se ve forzada a avanzar apresuradamente hacia una independencia en un momento en que el niño no está equipado física y emocionalmente para ello. Según estudios realizados por Liberman y colaboradores, el trastorno psicossomático tiene que ver con una sobreadaptación a la realidad externa a costa de las necesidades emocionales y físicas del niño, encontrándose en una dinámica familiar en la que se le exige suplir las necesidades de las figuras parentales, lo que lleva a suponer que “son progenitores persecutoriamente presentes pero emocionalmente alejados y carentes de empatía hacia las necesidades psicossomáticas del niño”²

En este punto, es preciso referirse a las cinco categorías en el desarrollo del niño a las que hace alusión Winnicott en términos de las necesidades tempranas que requiere este con sus correspondientes fallas⁶ (Cuadro 2). Con base en lo anterior, se puede inferir la falla en un momento en que el niño no estaba provisto de aspectos para hacerse cargo; esto es, se hallaba en un período de dependencia que fue prematuramente estimulado.

Cuadro 1. Características en niños con ECF (Jiménez AM, Velasco CA. Características psicológicas en niños del HUV con ECF. Observaciones no publicadas)

Paciente	Deseo-rechazo del futuro hijo	Dificultades físico emocionales durante el embarazo	Alimentación con leche materna	Dificultad o temor a fallar en su rol materno	Problemas conyugales	Educación en el control de esfínteres
1	No hay información clara	Tensionante Amenaza de aborto	No hubo	Dificultad subyacente al maltrato	Antecedente de maltrato	No hay información clara
2	Embarazo de alto valor social	Tensionante	Hasta los 9 meses	Temor a ser juzgada como «mala madre»	Padre pasivo con incapacidad física	A los 6 meses
3	No se refiere nada	Ansiedad	Por 15 días	Dificultad inherente a su	Ausencia paterna desde hace 3 años comportamiento paranoico agresivo	A los 12 meses
4	No se refiere nada	Diabetes gestacional amenaza de aborto estreñimiento	Hasta los 8 meses	Resistencias que impiden indagar	Evasión del tema	Antes de los 2 años
5	Ansiedad por futuro hijo «el es mi eje»	Tensionante angustioso	Hasta los 8 meses	No es clara la información	Separación de pareja hace 6 años	Antes de los 2 años
6	Alto valor social Infertilidad	Difícil llanto y rabia hacia esposo	Hasta los 5 meses	Madre sumisa Dificultad para asumir poder	Maltrato físico en presencia del niño	Aún no controla esfínteres
7	Alto valor social Infertilidad	Temor y alegría posible pérdida	Hasta los 18 meses	Necesidad de ser «madre perfecta»	Nada significativo	Luego de los 2 años Miedo a la vasenilla
8	Información poco clara	Información poco clara	Primeros días de vida	Niño criado por abuela	Presencia esporádica del padre	A los 9 meses
9	Embarazo no planeado «fue accidente»	«muy duro» Preocupa la «gordura»	Hasta los 8 meses	Angustia por llanto del bebé No sabe qué le pasa	Nada significativo	A los 3 años
10	Embarazo no planeado	Ansiosa	Hasta los 20 meses	«ser madre es muy difícil»	Separaciones recurrentes	A los 8 meses
11	Embarazo no planeado	Intento de aborto	Hasta los 18 meses	No es clara la información	Separaciones recurrentes	Antes de los 12 meses
12	Embarazo deseado	Sin problemas	Por 2 meses	No dificultades	Nada significativo	A los 8 meses
13	Embarazo deseado aborto	Tensionante Amenaza de aborto	Hasta los 2 años	Temor a fallar como madre	Maltrato físico y psicológico Padres separados	A los 15 meses
14	Embarazo no planeado Llanto	Intento de aborto	Hasta los 4 meses	Dificultad en ejercer rol materno	Maltrato físico y psicológico	Antes de los 2 años
15	No se refiere nada gestacional	Pre-eclampsia Diabetes	Hasta los 4 meses	«Enfermedad familiar»	Nada significativo	A los 12 meses

Cuadro 2. Categorías de las necesidades tempranas infantiles

Dependencia extrema: Aquí las circunstancias deben ser lo suficientemente adecuadas en tanto que de esto depende el inicio del desarrollo innato. El bebé en este período no tiene manera de percatarse del maternaje como tal, simplemente recibe las intrusiones y reacciona a ellas a través de la angustia. La falla en este momento puede propender a trastornos psiquiátricos en un futuro.

Dependencia: Las condiciones son aquí vividas igualmente como angustia; sin embargo, ya hay una integración parcial lo que suscita en el niño la noción de que algo ocurrió. La falla aquí repercute en posibles trastornos afectivos, psicosomáticos y antisociales.

Mezcla de dependencia-independencia: En este estado, el niño es capaz de vivir la independencia relativa, pero necesita revivir la dependencia porque su “yo” aun se encuentra en proceso de maduración. En este caso, la falla está relacionada con la dependencia patológica y todo lo relacionado con el empobrecimiento afectivo y mental.

Independencia-dependencia: Refiere un estado similar al anterior, pero se hace énfasis en la independencia porque supone un proceso madurativo más adelantado. La falla en este estado puede repercutir en comportamientos desafiantes y estallidos de violencia.

Independencia: En este momento, ya se habla de un ambiente internalizado que representa en el niño una capacidad para cuidar de sí mismo. La independencia aquí referida alude más a un proceso que no termina, el niño, -futuro adulto- no queda aislado sino que entra a relacionarse con la realidad externa de tal forma que él y dicha realidad son interdependientes.

En el desarrollo inicial, el bebé depende de sus figuras primordiales, específicamente de la madre, ya que es ella quien provee física y emocionalmente de los primeros encuentros (sean estos gratificantes o displacenteros) con la realidad externa. Sin embargo, el padre juega un papel fundamental en la capacidad de maternaje de la futura madre y su desempeño cuando el bebé esté presente. La relación entre padre y madre como pareja durante el embarazo le ofrece a ella una base fuerte de apoyo y seguridad; el componente nutricional tan importante para el nuevo bebé, es ofrecido igualmente a la madre a manera de sostén emocional, así, padre y madre se encuentran unidos en la construcción integrativa del bebé⁷. En la observación y estudio del niño con ECF, es común hallar dinámicas familiares disfuncionales: siete de los 15 niños (46.7%) (Cuadro 1) tenían a sus padres separados y vivían con su madre, se suma a esto, padres lejanos, enfermos o “fracasados” laboralmente repercutiendo en la pauta de funcionamiento emocional del niño por lo cual se hace énfasis en la labor parental adecuada, ya que es esta la que provee de un soporte que ayuda al bebé a ser contenido.

Por tal razón, resulta fundamental comprender los pensamientos que quizás rondan la mente de la futura madre (y padre) cuando apenas el bebé se encuentra en gestación, dentro de un vientre que lo sostiene física y emocionalmente. Pensamientos respecto al nuevo hijo, a su existencia, a los cambios que sobrevienen con él, quizás influyan en el futuro desarrollo emocional y su posterior estructuración. El nacimiento, el cual representa una ruptura de la unidad simbiótica madre-hijo se continua en la unidad psicológica a la que se le denomina “díada”, en la que la nueva pareja debe alcanzar un equilibrio interno donde entran a jugar un papel fundamental aspectos como la necesidad del niño, el deseo de la madre y el ambiente⁸. Es así como la leche materna, y todos aquellos aspectos del orden de los sentidos, entran a comunicar al bebé

aspectos del objeto de amor que entregará parte de sí para su cuidado físico y mental.

Bion parte de un modelo biológico para explicar el funcionamiento interno del niño y establecer así, un modelo mental que permita la comprensión del mismo. En este punto, se hace referencia al pecho como aquél que proporciona al lactante alimento y sensaciones de protección, bienestar, amor. Es así como la leche -sustancia material que provee alimento, se incorpora a través de la vía oral y de la cual se hace cargo el tracto digestivo- (a partir de mecanismos como la asimilación y eliminación), se asemeja a una “sustancia” inmaterial que también provee bienestar: amor-cuidados. Visto de este modo, el término bienestar sugiere que el desarrollo mental como el físico dependen del adecuado funcionamiento de un “sistema alimentario mental”⁹.

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

En el proceso de maduración del niño, el camino hacia la integración resulta fundamental para pasar al siguiente nivel que tiene que ver con la personalización o la residencia de la mente en el cuerpo¹¹; en este punto se hará especial énfasis pues es aquí donde aparece la brecha que reper-

cute en el niño y en la posibilidad que tenga él de integrar lo emocional y lo físico. Esto hace referencia a una detención en el desarrollo debido a una falla del ambiente, detención entendida como una situación que se dio en una etapa muy temprana en la que la integración resultaba incipiente.

La disociación defensiva que emerge respecto a dicha integración parcial alude a una dificultad presente en la madre y en el ambiente circundante; el dolor psíquico en ese momento se muda en una queja que resulta en la sintomatología física que se inscribe en el cuerpo pero no se significa dada la imposibilidad del niño para digerir (entendida esta en el sentido simbólico de asimilar, comprender) lo que ha incorporado, reteniendo aspectos que se traducen en un dolor físico y emocional que no logran ser integrados; por tanto, los aspectos buenos de la incorporación no logran ser introyectados, así como tampoco los malos son expulsados, es en sí misma una retención que obstaculiza el desarrollo emocional, no hay forma de elaborar el dolor psíquico por medio de la mentalidad y las verbalizaciones ya que no es posible integrarlas en su mente porque ha estado desprovisto en un momento dado de aquél maternaje vital para su desarrollo personal.

En este punto es necesario hacer alusión a las etapas psicosexuales en el desarrollo del niño, ya que resultan significativas para comprender la dinámica de retención en el ECF (Cuadro 3).

Freud¹² hizo referencia a unas etapas caracterizadas por el predominio de una zona erógena en particular. Denominó zona erógena al sector de piel o mucosa en las cuales la estimulación de cierto tipo suscitaba sensaciones placenteras de determinada índole. Así, inicialmente en la etapa oral se hace referencia a la zona de los labios, la cual se asocia en sus orígenes con la satisfacción de alimentarse, como necesidad fisiológica. Sin embargo, implica igualmente una zona o campo de acción recíproca entre madre-hijo en la cual se establece un vínculo a partir de la nutri-

ción, en donde el niño incorpora además del alimento, aspectos placenteros y displacenteros, entendiendo esta posición nutricia mental como un modelo que permite hacer una abstracción a partir de aspectos fisiológicos. Aquí el mecanismo que opera es el de la incorporación, el bebé incorpora aspectos provenientes de la figura de la cual depende; estos aspectos bien pueden ser buenos o malos, en esa medida se podría pensar en lo que el niño interioriza y lo que desea exteriorizar a través del tracto digestivo. Seguidamente, aparece la etapa erógena anal, que se divide en dos: etapa anal pasiva y etapa anal activa. Esta etapa alude a la posibilidad del niño de “sacar partido” a través de la retención o expulsión cuando él lo desee, por tal razón esta etapa está asociada a procesos de independencia y poder que se da en el niño, pues él ya se encuentra en la capacidad de apoderarse del acto de defecar, -aspectos como el caminar, o la entrada al colegio tienen relación con este hecho-. La retención de heces genera sensaciones voluptuosas, pero dolorosas encontrándose aquí por un lado la autoagresión (dolor físico), pero a la vez, una ganancia secundaria que puede aludir a la estimulación de dicha zona erógena en el momento de retener. Freud¹³ aclara que el contenido de los intestinos representa el primer regalo por medio del cual el niño puede expresar su obediencia hacia el medio que lo rodea exteriorizándolo y desafío rehusándolo, por tanto, la retención puede aludir a un reproche en el que se encuentran también aspectos hostiles hacia la madre por la dificultad en algún momento muy primitivo que tuvo ella para ofrecer un sostén que expresara al niño un estado de protección y seguridad. Esta etapa tiene relación con ciertos rasgos del carácter que pueden persistir en la adultez: orden, avaricia y obstinación. Dentro de las características de personalidad halladas en los 15 niños observados, encontramos poca espontaneidad en sus acciones, necesidad de “acumular” objetos, así como comportamientos rígidos y poca libertad corporal-mental (pensamiento concreto con poca simbolización; no obstante, esto no implica que el aspecto intelectual se encuentre disminuido).

Cuadro 3. Etapas psicosexuales del desarrollo infantil según Freud

ETAPA	FUENTE	OBJETO	FN
Oral	Zona oral	Relacionado con el de la alimentación (madre)	Incorporación
Anal	Zona anal	Relacionado con las significaciones respecto a la defecación y al valor simbólico de las heces. Relación con un objeto exterior	Retención-expulsión (dominio sobre sí mismo-ambiente)
Fálica	Órganos genitales femeninos-masculinos	Relacionado con los genitales y su reconocimiento en los otros	Diferenciación sexual
Latencia	La libido (energía) se retrae	Relacionado con sentimientos de pudor, asco, moralidad respecto a sí mismo y los otros	Intensificación de la represión, transferencia en la identificación con los padres
Genital	Órganos genitales femeninos-masculinos	Relacionado con los genitales y la entrada a la pubertad	Madurez sexual-genital

Lo anterior remite a una posible estructuración obsesivo-compulsiva y en general a algún tipo de estructuración neurótica. Sin embargo, se requieren más estudios para confirmar esta hipótesis.

Seguidamente, aparecen la etapa fálica, período de latencia y etapa genital como parte de la organización psicosexual. No obstante, el énfasis se encuentra sobre las dos fases pregenitales iniciales en tanto que están relacionadas entre sí a través del tracto digestivo, desde la incorporación nutricia (física-mental) hasta la asimilación-eliminación con su consiguiente retención patológica.

En este orden de ideas, la disociación manifiesta en estos niños y por qué no, en sus madres resulta en un quebrantamiento que tiene un aspecto positivo según Winnicott³, que tiene que ver con el hecho de que existe la posibilidad de alcanzar la integración psicosomática dado que el momento de la ruptura emocional se dio cuando ya había una integración aunque parcial. Teniendo como base esta concepción, es posible crear un plan de intervención con el fin de que el niño no requiera más de dicha disociación, suprimiendo la detención que obstaculiza el logro hacia la madurez emocional. El aspecto médico y psicológico si bien divididos en cuanto a su perspectiva de intervención, se unen en cuanto al interés referente al paciente visto de manera integral, esta cohesión es la que permitirá una mayor comprensión de la problemática a la vez que puede generar una propuesta para los niños con ECF.

Con el caso del Cuadro 4 se pretende ilustrar las características psicológicas de la relación parento-filial a partir de la historia clínica del niño y la prueba del dibujo de la familia.

Cuadro 4. Caso clínico (Jiménez AM, Velasco CA). Características psicológicas en niños del HUV con ECF. Observaciones no publicadas)

Masculino de 6 años 9 meses

Diagnóstico: Estreñimiento Crónico Funcional

Madre: 37 años (Vendedora)

Padre: 41 años (Motorista)

Hermanas: 16 años (Bachiller) y 13 años (8° grado)

Antecedentes

Trece días sin hacer deposiciones

Desnutrición

Embarazo de alto valor social

Educación para defecar: 5-6 meses

Padre incapacitado físicamente (artrosis)

Manipulación con enemas

Negociación (\$) con los padres para ir al baño

Acumulación de dinero (no para gastarlo, sino para guardarlo)

ANÁLISIS DEL CONTENIDO FORMAL DEL DIBUJO DE LA FAMILIA

El personaje con el cual el niño se identificó aparece más grande que los demás refiriendo un impulso particular que lo valoriza frente a él y los demás (omnipotencia asociada a comportamientos desafiantes y manipuladores). Espontaneidad inhibida en el momento de su realización. Alternancia de trazos fuertes y débiles. Reproducción estereotipada de los personajes, con una inclinación marcada hacia acciones regladas (rasgo característico de niños con ECF). Poco movimiento (pocas líneas curvas). Supresión de un miembro de la familia (hermana mayor = 16 años); puede representar celos marcados que lo lleven a negar su existencia. Dibujo de las manos, las cuales hizo con gran dificultad, observándose un tamaño no proporcional con el cuerpo. Manos: pueden estar asociadas con la manipulación desde el punto de vista etimológico del término y su componente simbólico, en tanto que implica el contacto con el sí mismo y el mundo externo. Lo anterior se puede asociar con la manipulación con enemas desde que estaba muy pequeño y la manipulación con dinero que él ejerce con sus padres para ir al baño. La ausencia de cabello, teóricamente no ofrece datos significativos; no obstante, podríamos pensar en la masculinización de todos los personajes lo que podría aludir a una identificación edípica inversa (sin embargo, esto no es posible aseverarlo). La ubicación de los personajes (los hombres en la parte superior-las mujeres en la parte inferior, figura materna: personaje más pequeño) puede hacer referencia a una desvalorización de la madre (y sus representantes femeninos) en tanto que es desprovista de todo aquello que la hace mujer excepto la falda, además de poner en el lugar de la madre real otra madre idealizada. Los accesorios que el paciente incluye en cada personaje remite de alguna manera a la enfermedad actual, es el caso de los botones los cuales no pinta, los deja vacíos, lo que puede llevarnos a pensar en la significación de estos objetos: la representación simbólica de fecalomas puede ser un aspecto, monedas -en tanto que el dinero está asociado con las heces-, un vacío en tanto que puede remitir la falta de algo en un momento en que aquello representaba algo vital para él y su desarrollo emocional^{1 4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez JA. Correlación entre los conceptos de holding y continente. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis* 1990; 15: 255-280
2. Leiberman C; Bleichmar NM. Lo psicosomático. En: *Las perspectivas del psicoanálisis*. Editorial Paidós; México 2001: 249-282
3. Winnicott DW. Trastorno psicosomático. En: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, editores. *Exploraciones Psicoanalíticas I*.

- Editorial Piados: Buenos Aires 1989: 130–145
4. Kreisler L. La Expresión Somática en la Psicopatología del Lactante. En: Lebovici S, Weil–Halpen S, editores. La Psicopatología del bebé. Siglo Veintiuno Editores: México 1995: 265–283
 5. Gabbard G. Psychoanalysis. En: Kaplan y Sadock, editores. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippicott Williams and Wilking Edition: Philadelphia 2000
 6. Winnicott DW. La provisión para el niño en la salud y en la crisis. En: Winnicott DW, editor. Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador. Editorial Paidós: Argentina 1993: 83–94
 7. Botero H. Cuando papá no está: la ausencia del padre como un factor generador de violencia. V Coloquio Internacional de Observación de Bebés, Esther Bich; Río de Janeiro, Brasil. 2000: 1-26
 8. Gutton P. El Cuerpo Libidinal. En: Gutton P, editor. El bebé del Psicoanalista: perspectivas clínicas. Amorrortu Editores: Buenos Aires 1983: 23–34
 9. Bion WR. Capítulo XII. En: Bion WR, editor. Aprendiendo de la Experiencia. Ediciones Paidós: Barcelona 1997: 67–76
 10. Villalobos MA. Dinámica familiar en casos de niños con megacolon psicógeno. Revista Pediatría 1999; 34: 35–41
 11. Winnicott DW. Desarrollo Emocional Primitivo. En: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, editores. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ediciones Paidós: Barcelona 1999: 199–214
 12. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor: España 1987: 145-209
 13. Freud S. Tres ensayos sobre una teoría psicosexual. En: Freud S, editor. Obras Completas Vol VII. Amorrortu Editores: Buenos Aires 1978: 160–169
 14. Corman L. El dibujo de una familia, clínicamente. En: Corman L, editor. El test del dibujo de la familia en la práctica médica–pedagógica. Editorial Kapelusz: Argentina 1990: 49–58

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Nelly Molina Potes, MD Psicoanalista por la orientación, revisión y sugerencias propias de la revisión del presente capítulo.