



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

LA DIADA MADRE-HIJO Y SU RELACIÓN CON LOS
SÍNTOMAS DE LA ENURESIS Y LA ENCOPRESIS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GABRIELA OLVERA ORTIZ

DIRECTOR DEL REPORTE:

DRA. MA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

COMITÉ TUTORAL:

MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

México, D.F.

Marzo, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo Uno. Marco Teórico	
1. El rol maternal y su importancia en el desarrollo psíquico.	4
1. 1 Inadecuaciones en la díada madre-hijo.	12
1.2 La enfermedad psicósomática	20
1.2.1. El síntoma en la enfermedad psicósomática.	27
1.3 Enuresis	31
1.3.1 Fisiología de la micción.	34
1.3.2 Factores emocionales y enuresis.	39
1.3.3 El aspecto psicodinámico de la enuresis.	42
1.3.4 Personalidad del niño enurético.	44
1.4 Encopresis.	46
1.4.1 Fisiología y Psicopatología	50
1.4.2 El desarrollo psicoafectivo y encopresis.	52
1.4.3 Psicodinamia de la encopresis.	56
1.5 Los progenitores y el entrenamiento de los esfínteres	61
1.6 Tratamiento de la enuresis y la encopresis.	67
1.6.1 Tratamiento de la enuresis.	68
1.6.2 Tratamiento de la encopresis.	73
1.6.3 Técnica del arenero.	76
Capítulo Dos. Caso Clínico	
2. Justificación.	81
2.1 Objetivo general.	82
2.2 Objetivos específicos.	82
2.3 Tipo de estudio.	83
2.4 Escenario.	83
2.5 Participantes.	83

2.6 Instrumentos.	84
2.7 Procedimiento.	84
2.8 Presentación del caso.	87
2.8.1 Historia clínica.	87
2.8.2 Familiograma.	88
2.8.3 Motivo de consulta.	88
2.8.4 Descripción clínica del menor.	89
2.8.5 Evolución de la problemática.	90
2.8.6 Historia personal.	92
2.8.7 Dinámica familiar.	94
2.9 Integración Psicológica.	98
Capítulo Tres. Resultados	
3. Puntos generales del tratamiento.	106
3.1 Fase inicial de la 1 ^o a 10 ^a sesión.	108
3.2 Fase intermedia de la 11 ^o a 20 ^a sesión.	122
3.3 Fase final de la 21 ^o a 31 ^a sesión.	136
3.4 Cierre con los padres.	149
Discusión y conclusiones	153
Referencias	164
Anexo	169

INTRODUCCIÓN

El presente Reporte de Experiencia Profesional, tiene como finalidad encaminar la formación académica y práctica recibida durante mi estancia en la Residencia de Psicoterapia infantil, a través de un estudio de caso que permita exponer las diferentes habilidades adquiridas, así como la exposición teórica, la intervención y el tratamiento llevado a lo largo del mismo.

La encopresis y la enuresis, son síntomas que se presentan de manera común dentro de la práctica Clínica Infantil, no obstante, parece ser que el hecho de que sean comunes, les hace pasar desapercibidos ya sea por lo padres o cuidadores, con la falsa creencia de que pueden ser transitorios.

Si bien puede considerárseles solo como un síntoma, la importancia dentro del manejo de éstos, radica en que se debe tener una aproximación teórica del desarrollo infantil, ya que la organización del control de la micción así como de la defecación, forman parte primordial del desarrollo de todo ser humano.

La enuresis y la encopresis, se presentan de inicio como un síntoma, sin embargo, estos tienden interactuar no solo a nivel que denote organicidad, sino que nos remite de manera inmediata con factores a un nivel psíquico, eventos de carácter traumático, así como el papel que desempeñan los padres durante el entrenamiento del control esfinteriano y todos aquellos aspectos a nivel emocional de parte del niño y de los padres que pueden manifestarse dentro del padecimiento de ambos síntomas.

Si bien el síntoma atañe al niño, éste en muchas ocasiones puede verse fijado y estimulado por las acciones llevadas a cabo por parte de los padres, ya sea en la forma en la que abordan la problemática o en las pautas que pueden tomar para deslindarse de toda responsabilidad y mantenerse alejados ante la presencia de la enuresis y la encopresis.

Ahora bien, en este punto es significativo señalar la importancia que atañe la relación que ejerce la díada madre-hijo, como un factor esencial en la dinámica y el mantenimiento de la enuresis y la encopresis, ya que será a través de ésta que se podrá hacer una aproximación con el objetivo de comprender la naturaleza de ambos síntomas, así como sus funciones, los procesos psicoafectivos que se ponen en juego, la interacción del paciente con su entorno ya sea familiares o pares, manejo de angustias y el uso de mecanismos de defensa.

Respecto al tratamiento se puede mencionar que éste puede ser tan variado y no requiere una uniformidad con respecto a su intervención, pues las entidades de la enuresis y la encopresis, son de origen diverso, por lo que se debe entender cuál es la función del síntoma para cada caso, así como la parte afectiva que remite al niño que les padece.

De acuerdo a lo anterior, el tema central del presente reporte radica, de inicio en la exposición teórica acerca de la etiología, manifestaciones y dinámica de la díada madre-hijo y su relación con la enuresis y la encopresis. Ya que este tipo de padecimientos suelen presentarse de común en la Clínica Infantil, haciendo referencia directa por parte de los padres, al síntoma como tal y dejando a un lado todas aquellas implicaciones psicoafectivas, que le rodean.

Es así que se desprende la importancia de acercarse al estudio de aquellos elementos que se presentan en la dinámica de la díada madre-hijo y que se relacionan directamente con la presencia y sostenimiento de los síntomas. Asimismo el papel que tienen ambos padres dentro del tratamiento y como estos favorecen u obstaculizan los avances por parte del niño, ya que si bien el tratamiento es para su hijo, el ingreso a un proceso de psicoterapia pone de manifiesto la necesidad de cambios dentro de la dinámica familiar y en particular de cada uno de los padres, repercutiendo directamente sobre su psiquismo.

Para lograr el abordaje de lo anteriormente mencionado, se realizó la revisión teórica, dando inicio a la parte de la díada madre-hijo, describiendo sus aspectos sociales y clínicos, así como la importancia de la figura materna para el hijo, así como la inadecuación que puede presentarse dentro de esta interacción.

De igual forma se hace la revisión teórica, de los procesos de la enuresis y la encopresis, donde se hace una aproximación a las causas, mantenimiento y la psicodinamia que se lleva a cabo dentro de estos síntomas. Un aspecto que se aborda en esta revisión es la aproximación a la función de los síntomas, dentro de los aspectos psicoafectivos.

También se realizó una descripción del abordaje terapéutico que se hace para la intervención de la enuresis y la encopresis, así como el rol de los padres en el entrenamiento de los esfínteres, y su relación con la aparición y mantenimiento de estos padecimientos.

Se describe a su vez los aspectos metodológicos de la intervención, así como la técnica de intervención utilizada a lo largo de tratamiento, a través del análisis del caso y haciendo una revisión de las sesiones y de aspectos observados en el paciente y en los padres.

Finalmente se realiza un análisis y una discusión con respecto a la intervención llevada a cabo con el paciente, así como los avances presentados durante el tratamiento.

CAPÍTULO UNO

MARCO TEÓRICO

1. El rol maternal y su Importancia en el Desarrollo Psíquico.

En principio son importantes las características que presente la madre, o el “responsable primario” encargado del cuidado del niño, ya que la relación que se establezca con ésta será muy particular a las que se llegue a establecer con otras personas.

Con la madre el niño establecerá una ligazón especial quedando unidos de por vida. “la madre es el “primer objeto” amado, el primer afecto para los niños, independientemente del sexo que tenga, la criatura” (Friday, 1979).

Asimismo Deutsch (1960), menciona como características de la mujer femenina, la existencia de un juego armónico entre tendencias de tipo narcisista y la disposición masoquista para sacrificarse y amar dolorosamente; por otro lado en la mujer maternal, el deseo narcisista de ser amada, tan típico de la mujer femenina sufrirá una transformación y se transfiere desde el yo hasta el hijo o sustituto.

Al hablar de sentimientos narcisistas se hace referencia a que la madre se considera absoluta y exclusivamente indispensable para su hijo exigiendo particulares atenciones hacia éste. En lo referente a los componentes masoquistas Deutsch (1960) menciona que se manifiestan en la disposición de la madre para el autosacrificio pero sin exigir pago alguno por parte del objeto, es decir, el niño, así como para someterse al dolor en beneficio de sus descendientes y para renunciar a la independencia de niño cuando llegue el momento de la individuación.

En último lugar, también la actividad protectora de la madre es acompañada de elementos agresivos que existen en la crianza y en una actitud defensiva de esta hacia el niño.

No obstante el que estas características se reúnan dentro de la psique femenina de cada mujer no aseguran de ninguna forma que se establezca una buena función maternal o que la relación madre-hijo sea lo más óptima posible.

No hay que olvidar que en esta nueva interacción que surgirá en la relación madre-hijo el intercambio es hacia dos polos: la madre y el niño.

Ferenczi (citado en Lorenzer, 1973) menciona que el acoplamiento en una relación recíproca satisfactoria no es un fenómeno de adaptación unilateral del niño sino que a su vez la madre hará una intensa adaptación a las exigencias de su hijo.

Conjuntamente la madre debe de aprender a reconocer las necesidades objetivas del bebé y responder a ellas sin aplazar mucho su satisfacción.

Este proceso de aprendizaje puede enriquecerse por la cualidad maternal, pero esencialmente es cuestión de aprender a reconocer el significado correcto de las demandas y acciones infantiles y destinar la respuesta adecuada (Videla, 1997).

El sentimiento de una madre por su bebé y la conducta hacia él también están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo aquellas que tuvo y puede estar teniendo aún con sus propios padres. (Bowlby, 1981). La vida psíquica de todo recién llegado al mundo se construye efectivamente en interrelación con la vida psíquica de sus allegados, y es así como, marcada por la de sus padres, lo está también, a través de ellos, por la de sus ascendientes. (Tisseron, 1995). Este mismo autor considera que resultan del doble movimiento de las impresiones de los padres sobre los hijos. Las primeras hacen intervenir las diversas expresiones de los padres y su recepción por el hijo, en tanto que las segundas se organizan en torno de las posibilidades expresivas de los hijos, pero también en torno de las (in)tolerancias y de las incitaciones de los padres con respecto a estos.

Entendiendo que está por comenzar una interrelación en donde ella se ajustara a él y a su vez el niño también aprenderá y tomara de ella su principal objeto

primario. Tisseron (1995) considera que un momento importante en la vida psíquica se organiza en torno de las identificaciones del niño con cada uno de sus dos padres o con otros miembros de su entorno familiar, en el momento de su entrada en el lenguaje, el niño puede así identificarse con los deseos conscientes e inconscientes de cada uno de sus dos padres respecto de él, pero también con sus objetos del deseo conscientes o inconscientes.

El ser humano nace en un desamparo total, con un cúmulo de necesidades básicas que lo hacen estar a merced de la actitud de las personas y del ambiente que le rodea, esta dependencia que comprende atenciones y cuidados fundamentales así como ternura cercanía y amor, se prolonga por un periodo de tiempo largo.

El recién nacido es un ser por completo dependiente de la madre pues será ella la encargada de complacer o frustrar las exigencias que demande el bebé, es decir, el niño está completamente sujeto a las atenciones e intereses y cuidados que pueda procurarle este objeto relacional primario que es la madre hasta que pueda desarrollarse lo suficiente y ser capaz de adaptarse y responder por sí solo a lo que el medio le plantee.

Para lograr una óptima maduración no solo basta que se cumplan las necesidades básicas que demanda el niño a su madre o “al responsable primario” encargado de su cuidado, sino que se comience por interactuar con una parentalidad segura.

En la crianza se establecen lazos afectivos muy fuertes entre la madre y el niño, dando como resultado una ligazón especial que hará que ambos queden unidos de por vida. Para el niño la madre es la primera figura en quien puede confiar de quien espera sensibilidad, protección y seguridad.

Erikson plantea que el lactante se encuentra en el desgarrador dilema de confiar o desconfiar de las cosas y la gente que le rodean, el sentido de confianza se

desarrolla, si las necesidades del lactante son satisfechas sin demasiada frustración. Durante la infancia el niño exige que reciba la satisfacción apropiada de sus necesidades básicas, en específico la de ser atendido (Dicaprio, 1989).

Como consecuencia la calidad del cuidado materno la ausencia de ansiedad, una constancia en la satisfacción –a las demandas del niño- hará que se desarrolle lo que Erikson denominó “confianza básica”. Lo anterior no es posible si la madre no armoniza con las necesidades del niño:

“Las madres infunden un sentido de confianza en sus hijos mediante la clase de sus cuidados la cual en su calidad combina la atención sensible de las necesidades individuales del bebé” (Erikson 1968, citado por Dicaprio 1989).

En esta primera fase del desarrollo, la madre es la realidad externa con la que se enfrenta el niño. Ella actúa como la fuente de gratificación y otras como de frustración. En esta fase el bebé no asocia aún sus acciones a lo “bueno” o a lo “malo”, pero sí a satisfacción o insatisfacción (Videla, 1997).

Anna Freud (1985) asegura que de la relación que se establezca entre la pareja madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en qué medida, que el placer o el displacer sean las experiencias centrales de la vida, que a los fines de la gratificación, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y persona incipiente hacia el objeto que provee sus necesidades y que al mismo tiempo es para él, el primer representante del mundo externo quedando el yo del infante como principal receptor de la calidad de los esfuerzos educativos que haga la madre.

En este punto A. Freud (1985) hace referencia a la función yoica en el niño, el cual se encuentra en una constante de cambios y su desarrollo es parte esencial en la vida futura para todo ser humano. Es el yo el que debe mediar entre las exigencias ambientales, las demandas del superyó y los inaplazables requerimientos de la

gratificación instintiva, el yo del niño en su periodo de formación carece de capacidad para llevar a cabo.

Finalmente esta autora señala que el papel de la madre va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias emocionales. Su tarea debe rehacer también sobre el yo en desarrollo del hijo. Es la madre quien debe actuar como una coraza protectora contra la excitación indebida hasta que el niño erija su propia barrera contra los estímulos. Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración y postergación lo que servirá de prototipo para el ulterior manejo de los instintos por parte del propio yo del niño.

Asimismo la primitiva relación del niño con la madre es la base de su capacidad para establecer los vínculos ulteriores y a la vez sirve de prototipo para éstos. Pero a pesar de lo importante que es, esa relación por sí sola no garantiza la futura salud mental. El vínculo madre-hijo está sujeto a numerosas alternativas.

Para Bowlby (1981), las primeras etapas de la vida son una base para el establecimiento de los vínculos afectivos que perdurarán a lo largo de la vida de todo individuo. La figura materna que Bowlby propone es similar a la que plantea Anna Freud en cuanto a servir como un yo auxiliar para el niño. Bowlby (1950, citado en Dallal, 1997) considera a la madre no solo como una organizadora del psiquismo infantil, sino como una estructura externa que funciona como un Yo y un Superyo auxiliares del infante mientras éste va adquiriendo la capacidad para la autorregulación en su aparato psíquico, y afirma *“para que el infante pueda crecer sano física y mentalmente requiere de una relación cálida, íntima y continuada con su madre –o sustituto- en donde ambos encuentran satisfacción y placer”*.

Entonces la necesidad que tiene el bebé de la presencia y atención de su madre son tan importantes como la satisfacción de sus necesidades básicas, por lo que,

si la relación madre-hijo presenta algún tipo de interrupción contribuirán a un desarrollo distorsionado del niño. Bowlby considera que en esta relación diádica se encuentra la base de la salud mental y el desarrollo del carácter.

El que una madre se encuentre dispuesta a brindar cuidados, esta íntimamente relacionado con la capacidad para establecer vínculos afectivos con otros individuos en específico con su propio hijo. Lo anterior se encuentra relacionado con el fenómeno del apego el cual designa las primeras etapas en el establecimiento de vínculos afectivos, de una relación emocional que se mantiene en la vida adulta y la vejez.

La presencia y atención que el niño requiere de la madre son de primordial importancia para poder establecer con ella un adecuado vínculo materno-filial; por lo que aquellos eventos que desorganicen esta relación primaria con la madre (separaciones, problemas en el vínculo y distorsiones en la calidad del mismo serían determinantes de un desarrollo distorsionado y de las dificultades en las relaciones interpersonales que más adelante se presenten (Lartigue, citado en Dallal, 1997). Mediante la forma como una madre sostiene a su hijo, como lo lleva, como lo acuna, lo alimenta, se comunican modelos de la personalidad ulterior del niño. (Tisseron, 1995)

La conducta de apego se caracteriza por la búsqueda de proximidad con una figura de apego –generalmente, la madre- confiable, cuya función desde el punto de vista evolutivo es la de proteger al infante de los diversos peligros. Al principio el infante dirige las señales con las cuales comunica una búsqueda de proximidad a cualquier figura primaria que responda a su llanto, sujeto que lo estimula y lo engancha en el inicio de una interacción social.

Una vez apegado, el infante será capaz de utilizar a dicha figura como una base segura para, a partir de ella, llevar a cabo una exploración creciente del medio ambiente, y para regresar a ella con el fin de obtener un adecuado reaseguramiento. La sensibilidad de la madre para responder a las señales del

infante deviene un factor determinante para el establecimiento de un apego seguro.

Los principales determinantes del curso que sigue el desarrollo de la conducta de apego en un individuo dado, y la forma en que dicho comportamiento se organiza, son las experiencias con sus figuras de apego durante los años de inmadurez y el patrón de los vínculos afectivos que un individuo específico va estableciendo en el curso de su vida dependen de la forma en que su conducta de apego se organizó durante la etapa de estructuración de su personalidad.

Así cuando por diversas circunstancias no es posible la continuidad en el proceso madre-hijo, la “privación materna” trae múltiples resultados en la experiencia infantil.

Bowlby (1981) afirma que la privación parcial produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de estos últimos, sentimientos de culpa y depresión.

Entre los más destacados síntomas están una dificultad del niño para poder asumir ante un rostro humano o responder ante una muestra de cariño, hay una disminución del apetito, baja de peso a pesar de ser bien alimentado, alteraciones en el sueño y la falta de iniciativa.

Bowlby concluye que después de que el niño ha sufrido de un continuo de experiencias perturbadoras de este tipo, donde la pérdida de las figuras maternas es constante, llega el momento en que su capacidad para confiar, para entregarse afectivamente a otras personas se verá disminuida y le será difícil encariñarse con otras personas.

La importancia de una cálida relación entre la madre y su hijo es de fuertes dimensiones y las consecuencias que tiene en etapas posteriores en la vida de todo individuo no pueden pasar desapercibidas. De aquí que los eventos que

perturbaran esta relación primaria con la madre serían determinantes de un desarrollo distorsionado y de las dificultades en las relaciones interpersonales que más tarde en la vida presentará el individuo que las haya sufrido.

Su relación con el ejercicio de la maternidad es amplia pues en caso de que una madre las haya sufrido no podrá vincularse adecuadamente con su hijo y establecer una buena interacción con él.

Otro aspecto dentro de la importancia del rol maternal en del desarrollo de todo infante es la reacción de la madre ante los acontecimientos específicos que indican madurez en la vida del niño, como lo es la separación de éste último dentro de la díada materno filial.

Si bien el niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad, estos deben separarse y disociarse cuando el desarrollo sigue los cauces de la normalidad (Winnicott, 1971), el niño deberá alcanzar una independencia mental con respecto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una personalidad propia.

Winnicott (1971) afirma que es posible proveer un buen cuidado inicial pero no lograr completar el proceso debido a la incapacidad para permitir que llegue a su fin natural, con lo que la madre tiende a permanecer fusionada a la criatura y a demorar la separación. Es, en todo caso, difícil para una madre separarse de su criatura con la misma celeridad que ésta necesita de la madre.

Según M. Mahler (citada en Anthony, 1983) cuando se llega el momento de la separación dentro de la relación simbiótica, si bien no todas las madres muestran, sea un pronunciado empeoramiento, sea un significativo mejoramiento en el desempeño de sus funciones maternas, entre aquellas que sí los hacen, la “adaptación” o “ajuste” de su conducta a lo que parecen ser actos propios de la maduración en los dos primeros años de vida.

Por lo que la madre puede responder a uno de los aspectos evolutivos de su hijo como si representaran una pérdida de la dependencia simbiótica con el niño, como consecuencia puede resultar bastante penoso para algunas madres el proceso de separación individuación de su hijo.

De igual forma la “individuación”, haciendo referencia a los avances intrapsíquicos que marcan en el niño el desarrollo de destrezas, estilos y características individuales, puede representar para la madre el disipar la integridad y unicidad de su unión simbiótica con el hijo, pese a todos los deseos por parte de esta de preservarlos. La importancia que tiene el que una madre sea capaz de establecer una relación materno-filial, radica en que la mujer que ejerce la maternidad para poder establecer un vínculo sano con su hijo, necesita ser un individuo maduro, la cual posea una representación mental (emocional e ideacional), de sí misma nítida y correspondiente a la realidad; así como representaciones mentales de los otros que le rodean, correspondientes a la realidad implicando así una individualización e identidad sin defectos y una orientación emocional y cognoscitiva dada por el principio de realidad.

Por lo que si una madre no cuenta con un nivel de madurez adecuado la maduración que el niño pueda proporcionar a la madre y la oportunidad de encontrar una experiencia de verdadera vinculación dentro de la relación que tiene con éste, así como la base para identificación con él pueden impedirle el establecimiento de una adecuada relación o incluso pueden hacerla sentir que su relación con el niño es agobiante.

1.1 Inadecuaciones en la díada madre-hijo.

En la actualidad se ha hecho especial énfasis en las implicaciones de los trastornos en el desarrollo del infante, relacionados directamente con las fallas en la relación madre-hijo, y su relación directa con la aparición de síntomas psicósomáticos.

Bekei, (1984) argumenta que una falla maternal al inicio del periodo simbiótico desorganiza la armonía en la díada, trayendo directamente la confusión, con más exactitud una enfermedad más delimitada a menudo una enfermedad psicósomática.

Winnicott (citado en Aberastury, 1974) considera que un niño que no ha tenido una persona para juntar sus trozos, comienza con una desventaja en su propia tarea de autointegrarse. La madre, si existe una buena relación madre-hijo, debe cumplir funciones de las que el niño carece y que son en lo esencial, psicológicas, colaborando de esta manera la elaboración de situaciones que el niño debe realizar independientemente de la madre en etapas posteriores del desarrollo.

Se habla de que uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de algún trastorno en la niñez es la presencia de alguna falla en el entorno en el cual se desenvuelve el niño, ya sea dentro del medio o bien en la relación madre hijo o con el cuidador primario a cargo del menor.

Melitta Sperling (1993) refiere que el más temprano indicio de que la relación entre madre e hijo está alterada se manifiesta en una perturbación de las funciones vitales del niño, tales como la ingestión de alimentos, el sueño, la excreción y la respiración.

Dentro de las relaciones objetales la comunicación que se establece en la díada madre hijo es vital para el óptimo desarrollo de la parte que corresponde al psiquismo infantil y por otro lado a la parte que corresponde a la madre como figura objetal. Lebovici (citado en Kreisler, 1990) sostiene que el objeto estructura a su vez al sujeto, ambos realizan de continuo el cual implicará momentos heterogéneos a lo largo del desarrollo los cuales son de suma importancia para ambos integrantes.

Las teorías del desarrollo temprano consideran un periodo inicial de indiscriminación, de simbiosis (Mahler), de no integración (Winnicott) y reconocen la función indispensable de una madre sostenedora que provee al infante de un Yo auxiliar, dado que el Yo del bebé sólo se empieza a formar gracias a los cuidados y estímulos que la madre le proporciona. (Bekei, 1984).

Para Winnicott (1971) la madre debe desarrollar una capacidad para identificarse con su bebé, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de éste, por lo que el sostén (holding) que se le dé al bebé debe ser lo bastante bueno, ya que en las etapas tempranas del desarrollo emocional, antes de que exista un yo autónomo, se experimentan ansiedades muy severas. Cuando la madre proporciona un sostén lo suficientemente bueno, se debe a que fue capaz de suplir una función yoica auxiliar, por lo que ella debió haberse identificado con su bebé en lo relativo a las necesidades básicas de éste.

Sabemos que entre madre e hijo existe una especie de comunicación preverbal y que los niños pequeños advierten los cambios de expresión facial, los matices del tono de voz de las madres, etc. La extraordinaria sensibilidad del niño pequeño para los sentimientos de la madre, de los que ésta misma puede no ser consciente, pero que el pequeño percibe, por ejemplo, por el modo en el que la madre lo tiene en brazos. Cuando ésta por causa de su propia detención emocional tiene una exagerada necesidad de mantenerlo en esta dependencia el niño conserva esta sensibilidad en su relación con la madre. Es como si el hijo permaneciera en una prolongada infancia y continuara este modo de comunicación primitiva. Los deseos de este tipo de madre tienen que satisfacer porque no se le permitió al niño romper con sus vínculos de dependencia en un normal desarrollo y porque la crueldad mental de la madre, a menudo muy intensa (que se manifiesta abiertamente en una actitud ambivalente) vuelve obligatoria la satisfacción de sus deseos inconscientes. En tales casos el niño con frecuencia no reacciona ante el contenido manifiesto de las verbalizaciones de la madre, que

parecen adecuarse a la situación, sino a su intención inconsciente. (Sperling, 1993)

En este periodo de la relación madre-hijo podrá estar en contacto de alguna forma con el inconsciente materno, esto debido al nivel neurofisiológico en que se encuentra. De esta forma el recién nacido percibe la atmósfera afectiva que la madre le brinda; si ella está a gusto con sus sensaciones que le provocan el involucramiento en esta díada, por lo tanto la madre transmite a su hijo estímulos e informaciones vitales, precisamente por la proximidad que se establece en esta díada.

Kreisler (1990), comenta que la vivencia es completamente diferente cuando la madre controla sus sensaciones, las reprime o inhibe, frustrando así intensamente a su hijo, aún cuando trate de compensar esta carencia fundamental con una sobreabundancia de cuidados conscientes que la reaseguran: alimentación, palabras, etc., pero estos cuidados no son aquellos por medio de los cuales el lactante percibe y vivencia los aportes maternos. También se comprende el valor sumamente desorganizante que adquieren las señales contradictorias. Cuando la madre emite señales indefinidas e incoherentes, transmite trastornos al niño.

Una madre narcisista que no observa y no escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican y administra los cuidados según sus propias necesidades, viola el self de su hijo. Le impone lo que no necesita o lo priva de lo que reclama. Esto puede acarrear consecuencias corporales directas. (Bekei, 1984)

El lactante al darse cuenta de que las señales que emite, no son tomadas en cuenta por la figura materna, opta por dejar de emitir las, ejerciendo de ahora en adelante un papel de sometimiento y dejando a un lado todo proceso simbólico que pueda ser favorable para su desarrollo.

El desarrollo del niño se encuentra pleno de intercambios que son recíprocos en la madre y en él. Como consecuencia la interacción de comportamientos y actitudes entre una madre y su hijo es un fenómeno dinámico y cambiante; por lo tanto los sentimientos que se generan no pueden ser estáticos (Bolio, 1988). Pero para que se realice lo anterior, la madre debe estar dispuesta a llevar a cabo ese vínculo permanente con su hijo; lo que dependerá de intensos intercambios afectivos que brotarán de la díada y que se volverán en exceso personalizados para la madre; ya que las acciones que realice el niño producirán efectos en ésta de tanta relevancia como lo son los producidos por las acciones, maternas en el niño (Videla, 1997).

Las reacciones de las distintas madres ante los acontecimientos específicos indicativos de la maduración en la vida del hijo muestran una gran diversidad. Todos estos “acontecimientos” ponen de manifiesto la transición del bebé desde la fase de dependencia total del regazo materno hasta la fase de separación individuación. (Margaret Mahler, citado en Anthony, 1983)

Esta misma autora considera que durante el periodo de separación individuación las reacciones maternas pueden tomar dos caminos con respecto a la maduración del infante:

- 1) La creciente conciencia de este de su estado de separación respecto de la madre.
- 2) Su creciente dominio de los aparatos del Yo, en especial el control sobre la motricidad y la creciente especificidad de sus comunicaciones psicológicas.

La madre podrá responder a estos con una creciente pérdida de la simbiosis madre hijo, o bien podrá tener en claro que se trata de una ganancia presente en una nueva fase de la relación que puede tener con el hijo, el cual logra ser percibido como autónoma e independiente. Mahler, Pine y Bergman (citados en Anthony, 1983) consideran que la madre puede experimentar alternadamente, con

respecto a su hijo, sentimientos de pérdida, añaden que una madre puede sentirse desgarrada entre sus deseos de relacionarse con el niño infantil simbiótico, incluso puede luchar entre su deseo de conservar el estado simbiótico por medio de la infantilización y su sentimiento de vergüenza y/o culpa por hacerlo.

En el periodo de separación-individuación cambia el cuadro y también el carácter de las deficiencias maternas perjudiciales. En esta etapa la madre puede fallar de dos maneras opuestas. Por un lado, apurar la separación y estimular los intentos de independencia pero con brusquedad sin reconocer que la necesidad de apoyo del niño sigue persistiendo justamente con sus progresos en la autoafirmación del bebé por necesidades narcisistas patológicas propias. Lo rechaza cuando se aleja y solo le muestra afecto si da muestras de su dependencia. No puede renunciar a una parte muy valorada de sí misma, prueba de su capacidad creativa. El niño teme perder el amor de su madre y sin embargo quiere seguir independizándose: se enferma. Este tipo de relación madre-hijo es el que Sperling (1993) denomina psicósomática. Ambas conductas no empáticas refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño, crean resentimiento y rabia y al mismo tiempo una sensación de desamparo. Lo que se niega y se suprime es el odio, la agresión hacia el objeto querido y necesitado, la madre. Esta agresión se vuelve contra el niño y lo enferma.

Un aspecto que no debe olvidarse es que la madre, debe acoplarse a los rápidos cambios del desarrollo de su bebé y la maduración hacia la cual se esta encaminando su hijo, sin embargo, son estos rápidos cambios, los que pueden perturbar en la madre su equilibrio intrapsíquico y los cuales requerirán de su parte nuevos ajustes. Cabe mencionar que muchos de los procesos de separación-individuación pueden pretender alcanzar un óptimo desempeño, no obstante, en muchos casos, la relación puede tener una interacción que se basa en la sobreprotección.

La sobreprotección materna se puede observar en los cuidados desmedidos de la madre hacia sus hijos. Levy (citado en Anthony, 1983) describe la sobreprotección como una expresión de contacto excesivo, infantilización y estorbo de cualquier contacto independiente o bien la falta o el exceso de control materno.

Levy, detalla diez puntos que aparecen en las relaciones madre-hijo que interactúan bajo el rubro de la sobreprotección:

1. Anticipación prolongada.

En este rubro se encuentran las madres, que por causas de periodos prolongados de esterilidad, múltiples abortos, o bien debido a una avanzada edad al momento de concebir se vuelvan aprensivas y protectoras.

2. Desajuste sexual.

Una mujer dedicada a su marido no puede ser exclusivamente madre. En un sentido más fundamental, la liberación de libido por medio de una relación sexual satisfactoria reclama una suma de energía que de otro modo fluiría en otras direcciones: la actividad materna, por ejemplo. El hijo deberá soportar la carga de la vida amorosa insatisfecha de la madre.

3. Restricción de la actividad social.

Los padres de los niños sobreprotegidos tienen muy escasa vida social compartida. Asimismo la sobreprotección suele caracterizarse por “excesivo contacto”, y “estorbo de toda conducta independiente”, y por otro lado, al presentarse una sobreprotección pura, se pueden producir algunas veces la infantilización.

4. El hambre de afecto.

En algunas madres se hallan pruebas evidentes de privación de ternura parental y de juego infantil. La falta de amor materno es característica en la historia de vida de estas mujeres. Además el marido puede ser considerado como incapaz de

satisfacer con su amor maduro la carencia de amor maternal. Lo anterior resulta importante en el aspecto de que el rol del padre no sólo ayuda a la futura madre a la tarea de separarse del feto y de diferenciarlo de sus fantasías, sino que también le da la tranquilidad de que no será la única responsable de cualquier éxito o fracaso. Esto puede amortiguar sus temores de ser inadecuada y su ansiedad respecto de su nuevo rol. Si la relación con el padre ha estado marcada por el resentimiento y el conflicto, esto puede proyectarse al futuro hijo. Pero si la relación es sólida, si el padre asume su responsabilidad como coautor y no rehúye su rol, la madre tendrá una mejor oportunidad de reconocer que el hijo es un ser separado, con un potencial de crecimiento independiente. El deseo de tener un hijo también encierra muchas promesas para el padre, reforzando así su propio apego en el futuro vástago. (Brazelton, 1993)

5. Cuidados y responsabilidades hogareñas de la madre en su niñez temprana.

Estas mujeres son la mayor parte de las veces, responsables, estables y agresivas. La expresión responsable se documenta por ayudar ellas en su niñez, más allá de los quehaceres corrientes, en el trabajo hogareño y en el cuidado de hermanos y progenitores.

6. Las ambiciones coartadas de la madre.

La realización a través del hijo, se ve reflejada en la ambición de los padres la cual es comprendida fácilmente y enunciada de manera directa por ellos mismos.

7. Agresividad materna.

En los casos de sobreprotección hay una exageración coherente de las funciones de dar y proteger. En este rubro se encuentran cinco tipos:

- a) La madre dominadora, no da amor, y sus tendencias dominadoras abarcan toda relación social
- b) La madre dominadora que solo utiliza a los hijos, como objeto de dominación, a través de un amor disfrazado y concienzudo.

- c) La madre denegada, cuya agresión se manifiesta a través de la forma táctica de la oposición.
- d) La madre maligna, celosa de sus hijos por tener estos más posibilidades que ella en su niñez
- e) La madre brutal o sádica, que aprovecha toda oportunidad para castigar a sus hijos.

8. La lactancia.

Entendiendo ésta como un poderoso refuerzo de la simbiosis madre-hijo, en donde el lactante es causante de alivio sobre la tensión del pecho materno.

9. El padre periférico.

Los padres, de los niños sobreprotegidos se pueden caracterizar en general como maridos sumisos, estables y providentes, que desempeñan un escaso rol autoritativo en la vida del hijo. El padre del niño sobreprotegido tiene que tratar con una madre que monopoliza a su hijo, este tipo de padre es proclive a adaptarse a esa completa renuncia de su rol paternal en virtud de sus rasgos sumisos generales quedando de esta forma anulado. Este tipo de padre es también un trabajador responsable y estable.

Finalmente, la sobreprotección al ser un factor influyente en el campo de las interacciones madre-hijo, debido a una estructura de personalidad materna, debería considerarse su aplicación en el campo de lo psicosomático.

1.2 La enfermedad psicosomática.

La patología psicosomática es objeto de numerosos enfoques en los que intervienen y a veces se oponen las disciplinas y las personas, donde confluyen corrientes que van desde la clínica hasta las ciencias fundamentales. De esta diversidad surgen dos modos de enfoque radicalmente opuestos en su espíritu y en su método: la psicopatología y la psicofisiología, que ponen de relieve la

diferencia esencial entre dos búsquedas, la del “porqué” y la del “cómo”. (Lebovici, 1990). El conocimiento óptimo de la enfermedad psicosomática demanda de quienes le afrontan una aproximación o conocimiento de ambas vertientes.

Al hablar de enfermedades psicosomáticas, no se debe olvidar que estas ocupan un lugar medio entre aquellas de origen orgánico y las enfermedades de tipo psicológico, así el límite entre estas no es claro y el lapso de una a otra puede llegar a ser imperceptible.

Según Bekei (1984) se debe entonces quizá designar como psicosomáticas a todas las enfermedades humanas, más aún si consideramos que el estado anímico del individuo cumple un papel decisivo en el momento de contraer cualquier tipo de enfermedad orgánica, con lo cual el sentido del término “psicosomático”, rápidamente se diluiría.

Kreisler (1990) considera que el objeto de la clínica psicosomática son las enfermedades físicas en cuyo determinismo o en cuya evolución influyen factores psíquicos o conflictivos. Situaciones conflictivas que se hubieran expresado a través de trastornos somáticos, con exclusión de toda elaboración mental patológica.

Muchos de los niños son llevados a la consulta, no porque realmente estén sufriendo un proceso verdaderamente patológico, sino porque la ansiedad de sus padres o de su medio no tolera algunas conductas, que a pesar de tener su sentido lógico, son consideradas como “anormales”. No son “patología estructurada” sino reactivas o incluso reactivas en el polo parental. (Knobel, 1977). Como sucede con muchos otros desórdenes mentales de la infancia, los conflictos del niño a menudo son mantenidos y magnificados por las intrusiones ansiosas de los padres. (Anthony, 1978)

Por su originalidad y su frecuencia en la infancia que, como se suele decir, es la edad de oro de la psicosomática, la expresión corporal pertenece a las grandes

unidades de la psiquiatría del niño. La medicina psicosomática es un concepto doctrinal y patogénico que acepta e incluye factores psíquicos y conflictivos en el determinismo o en el desarrollo de las enfermedades. (Lebovici, 1990). En la enfermedad psicosomática hay una participación prominente de carácter psicológico, en la génesis del detrimento orgánico, ya sea a nivel de lesión o funcional.

Fain (1981, citado en Lebovici, 1990) considera que el enfermo psicosomático sufre en su cuerpo, el cuerpo para éste es una víctima”. La transposición del conflicto mental en síntomas afecta electivamente a determinadas funciones, en una topografía irracional sin realidad fisiológica y anatómica, su única realidad es psicológica, por medio de un conflicto entre las tendencias instintivas y las exigencias que le opone el entorno.

Janin (en Aberastury, 1974) refiere que es de llamar la atención que los niños utilicen la somatización para poder manejar sus conflictos. Aquellos que tuvieron un comienzo precoz en la utilización de su cuerpo como manifestación de conducta, desde bebés comenzaron con somatizaciones cada vez más profusas, culminando en el momento de la consulta, con la utilización masiva de su cuerpo.

Una de las preguntas que con tanta frecuencia se realiza al momento de adentrarse en la patología somática es el ¿por qué eligieron entre tantas formas de “no integración” la somatización? Se puede pensar en la tan mencionada “facilitación somática” pues, se observa en estos niños un total fracaso en las defensas a nivel psicológico, aún las más extensas como la omnipotencia, disociación, debiendo apelar a su cuerpo como modelos de expresión más primitivo. No les queda otra alternativa que repetir pautas de conducta que se dan dentro de la unidad mamá-bebé, en la que este último responde a los estímulos, preferentemente con el cuerpo. Esto ocurre cada vez en forma más masiva al ser mayores las exigencias del medio. (Aberastury, 1974)

Dentro de las estructuras mentales con riesgo psicosomático, Lebovici (1990) considera que la individuación de personalidades vulnerables respecto a la desorganización psicosomática se basa en la idea central de las concepciones en el adulto y en el niño, un funcionamiento en falla, favorecido por una organización psicoafectiva sólida, constituye el aspecto central de unas defensas mentales que se oponen a la desorganización somática.

Este mismo autor aclara que por estructura hay que entender no un estado definitivo, sino una modalidad actual de funcionamiento incluida en el potencial de maleabilidad propia de la infancia.

En la enfermedad psicosomática se puede encontrar una disociación marcada de la personalidad en específico de la díada mente-cuerpo, en dónde el cuerpo es utilizado como un depositario de elementos angustiantes y desorganizantes, por lo que se debe considerar que a nivel psicológico intervienen procesos de corte afectivo. Los niños con un funcionamiento psicosomático se caracterizan por deterioro en el funcionamiento tanto a nivel somático como a nivel psíquico.

En el niño que somatiza se presentaría una lucha por preservar, de alguna manera, el estado de integración psicológica arriesgando incluso su vida por momentos, para llevar a cabo dicho objetivo. Se dice que para algunos es peor tener la vivencia de muerte en el psiquismo que en el cuerpo y de esta manera conservan un estado de "pseudointegración" a costa de una disociación extrema entre mente y cuerpo. (Aberastury, 1974)

La reacción somática es llevada a la par de procesos regresivos y de desorganizaciones, y una forma de estas es la depresión esencial, llamada de este modo pues hay una carencia de expresión mental positiva. Se hace referencia a lo operatorio en relación a que las actividades exteriores pueden permanecer intactas, e incluso aumentar, pero inscritas en la pura mentalidad de lo "factual", mecanizadas, desvitalizadas. Aparecen automatismos el

comportamiento solo está adaptado en apariencia. La carga ligada a los afectos y a las emociones, mal vehiculada y poco o mal elaborada por las funciones mentales, parece tomar rápidamente el camino somático” (Lebovici, 1990). El somatista, seducido por la simplicidad, asimila el hecho psíquico a una agresión, cayendo así en una doctrina agresológica elemental. Podríamos pensar que el psiquismo está poco elaborado en el niño pequeño, a punto tal que a este sólo le quedaría la posibilidad de expresarse por vía somática. (Kreisler, 1990)

Claro está que esto obliga a vivir la regresión no sólo como una desestructuración y reestructura a niveles anteriores, sino que el estado afectivo también se modifique. Es así que se considera a los fenómenos regresivos de la infancia y de la adolescencia como: 1) procesos regresivos normales, 2) procesos regresivos reactivos, 3) procesos regresivos desestructurales, 4) procesos regresivos reestructurantes (Knobel, 1977)

1) Los *procesos regresivos normales* son los que ocurren durante el desarrollo y pueden aparecer como anormales a los ojos de los padres.

2) Los *procesos regresivos reactivos* son los que se producen en un niño o adolescente que evolucionando normalmente, ya sea por factores constitucionales debilitantes o por el impacto externo excesivo, producen reacciones que obligan a los padres a cuidar más de él y a atender sus requerimientos. Es importante recordar que muchas enfermedades somáticas que ocurren en la edad escolar son verdaderas enfermedades psicosomáticas, producto de regresiones por reacción a un medio que el niño siente hostil, o por temor a la reacción de los padres.

3) *Procesos regresivos desestructurales* son aquellos en lo que la patología mental es más severa. También aquí hay que tomar en cuenta la estructura constitucional y el impacto del ambiente. En esta regresión hay una desestructuración de la personalidad que hasta ese momento se venía

desarrollando normalmente, estos cambios de la personalidad son pasibles de tratamiento y recuperación.

4) *Procesos regresivos reestructurales* son aquellos en que el niño o el adolescente sufren un proceso regresivo muy severo que los obliga no sólo a desandar lo hecho evolutivamente hasta ese momento, sino a estructurarse en una modalidad que no corresponde ni a su edad ni a su nivel psicológico.

La mayoría de las veces la regresión es un mecanismo defensivo como lo señala Knobel, (1977) que en ocasiones sirve para progresar (procesos normales), otras veces sirve para pedir ayuda directa para continuar la evolución (reactivos), en ocasiones es una salida penosa y transitoria de la que se podrá recuperar o no según lo que se haga (procesos desestructurantes) y en algunos casos es la única posibilidad de sobrevivir frente a lo que desde adentro del individuo, o desde el mundo externo, pueda representar la desorganización total de la personalidad, o mejor dicho, una nueva y diferente organización de la personalidad (procesos estructurantes). Anna Freud (1997) menciona que al hablar de regresiones lo que se debe describir de manera complementaria es la forma, el alcance y la significación del movimiento regresivo que ha tenido lugar.

Lo anterior remite directamente a como el niño hará frente a las circunstancias y/o a las problemáticas que el medio le plantee a lo largo de las fases o etapas de su desarrollo en el corto periodo de la infancia.

La evolución no sólo discrimina estructurando diferente y crecientemente al individuo, sino que también le permite a éste ir discriminando el mundo que lo rodea y reconociendo sus capacidades frente al mismo y a su vez como las ha enfrentado a través de cada etapa de su vida

Desde luego que este criterio evolutivo es el que permite comprender un fenómeno regresivo, ya que frente a dificultades que puedan surgir desde el propio

individuo, o las que aparecen en el medio externo, la evolución no sólo puede detenerse sino que frecuentemente lo que ocurre es que, defensivamente, se puede regresar a etapas anteriores. Así la “patología” no es, muchas veces más que esa especie de vuelta a etapas más primitivas del desarrollo, en las cuales el individuo se manejaba con menos dificultades. (Knobel, 1977)

La evidencia de las condiciones conflictivas sorprende con frecuencia al observador de la patología psicosomática. Habría quizá que comparar estas circunstancias con la transparencia etiológica que se puede observar en el inicio de la desorganización psicosomática comparada con la opacidad del fenómeno neurótico o psicótico.

Los fenómenos ambientales patógenos pueden dividirse en dos categorías. Por una parte, una sobrecarga de excitación y, por otra, una insuficiencia de estimulación. Esta distinción debe matizarse en los hechos y subraya la importancia del punto de vista económico en psicosomática.

1) La sobrecarga de excitación desencadena una dinámica conflictiva por exceso: la sobre-estimulación o la incoherencia, como por ejemplo, alternar periodos de investimento y de desinvestimento. La sobrecarga de excitación aparece en muchos desórdenes, en particular en la patología funcional. La excitación excesiva posee de por sí un potencial de descarga en el soma. Nos encontramos ante la noción de protección contra las excitaciones de Freud, cuya función consiste en proteger el organismo contra las excitaciones nocivas del entorno. En el lactante, son los cuidados maternos los que ejercen este papel hasta que su aparato psíquico adquiera un funcionamiento autónomo.

2) La insuficiencia y la carencia, la frustración permanente desembocan en la patología psicósomática de la falta, la más severa. Esta patología origina trastornos funcionales intensos en forma repetitiva de alto riesgo y desórdenes lesionales diversos que pueden afectar a todos los aparatos (Lebovici, 1990).

Según Kielholz (1970, citado en Aguilar, 1998) los conflictos psicosomáticos pueden conllevar un conflicto psíquico caracterizado por la angustia, este mismo autor refiere que “en todo síntoma psicosomático es necesario analizar la significación de la angustia a la que pueden corresponder funciones diferentes al síntoma corporal.”, por lo tanto, tanto el síntoma psicosomático como la angustia vinculada a él, pueden poseer una significación proveniente de las vivencias infantiles o contemporáneas del sujeto y sólo pueden descifrarse mediante un cuidadoso análisis de la primeras etapas del paciente.

1.2.1 El síntoma en la enfermedad psicosomática.

A lo largo de la infancia existen conflictos que pueden expresarse por medio de reacciones sintomáticas. Anthony (1978) considera que las problemáticas de carácter psicológico en la infancia sobrevienen de los impulsos sexuales y agresivos que, aunque se los reprima, permanecen activos y no resueltos, añade que los síntomas sirven para disminuir la ansiedad consciente y para simbolizar el conflicto mental subyacente y a su vez al satisfacer las necesidades inmediatas del enfermo actúan como una fuente de provecho secundario.

Freud (1917) en su artículo “El sentido de los síntomas” comenta que la razón del síntoma reside, en un vínculo con el vivenciar del enfermo. Cuando más individual sea el cuño del síntoma, tanto más fácilmente se esperará establecer este nexo. La tarea que se plantea no es otra que esta: para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin.

El síntoma responde a una formación compleja detrás del cual habla una historia, que viene arraigada desde el entorno familiar del individuo y de aquellos que le rodean. El síntoma pondrá de manifiesto un evento traumático, una fantasía o bien un conflicto identificador, Rodolfo (1997) considera que son una forma de simbolización no del todo exitosa para el aparato psíquico.

En su artículo titulado “*Los caminos de la formación del síntoma*” Freud (1917) expone que el síntoma es un acto perjudicial, o al menos, se considera como algo inútil para la vida en su conjunto. Su principal prejuicio, consiste en el gasto anímico que él mismo cuesta y además en el que se necesita para combatirlos. La formación de síntomas puede traer como consecuencia un extraordinario empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible, y por tanto, su parálisis para las tareas importantes de la vida.

El síntoma es definido como una formación constante del inconsciente, considerada por Freud como retorno de lo reprimido, (Pascual, citado en Mira 2008). Desentrañar el síntoma equivale a comprender la enfermedad Freud (1917, *Los caminos de la formación del síntoma*). El síntoma se pondrá en juego entre lo reprimido y la instancia represora. Al ser reprimida la libido se produce un síntoma y es la salida, más o menos disfrazada y transitada por el filtro del inconsciente.

Una condición básica para la existencia del síntoma es la presencia de dos conflictos. Por un lado una experiencia de displacer y su representación en la memoria del individuo y por el otro una segunda experiencia que traerá como consecuencia el retorno de la primera experiencia displacentera por medio de representaciones a nivel inconsciente. Kreisler (1990) refiere que la expresión primaria es una satisfacción pulsional desplazada, el desplazamiento catectiza sexualmente una función o un órgano, y la actividad sintomática resultante condensa significaciones inconscientes.

Para Freud se trata de dar cuenta de un conflicto interno al Yo, o de los efectos de síntoma de un Yo dividido entre varias instancias, o incluso de las satisfacciones de carácter narcisista que el sujeto encuentra en el síntoma. El asunto importante pasa a ser la adopción del síntoma por el Yo, su compromiso con las diferentes instancias del Yo. El yo sufre los efectos del síntoma, y debe invertir el sufrimiento que éste le produce para emprender un trabajo de elaboración que facilite su transformación. El yo, intenta también no hacer del

síntoma algo tan ajeno sino que busca incorporarlo a su organización y sacar ventaja de su presencia. (Rodulfo, 1997)

Para poder comprender la elaboración del síntoma, es necesaria la aproximación a tres conceptos, la fijación libidinal, regresión al autoerotismo y elección narcisista del objeto.

Freud (1917) considera que una de las dos partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que ahora tiene que buscar otros caminos para su satisfacción. Si a pesar de que la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del denegado (frustrado) la realidad permanece inexorable, aquella se verá finalmente precisada a emprender el camino de la regresión ya superadas o por medio de uno de los objetos que resignó antes. En el camino de la regresión, la libido es cautivada por la fijación que ella ha dejado tras sí en esos lugares de su desarrollo.

Pero el conflicto queda planteado si el yo, que no sólo dispone de la conciencia, sino de los accesos a la inervación motriz y, por tanto, a la realización de las aspiraciones anímicas, no presta su acuerdo a estas regresiones, la libido tiene que intentar a dónde halle un drenaje a su investidura energética. Le permiten tal escapatoria a las fijaciones dejadas en la vía de su desarrollo, que ahora ella recorre en sentido regresivo, y de las cuales el yo, en su momento, se había protegido por medio de represiones (suplantaciones). (Freud, 1917)

El hecho de que se de cabida a la salida de la libido a través del síntoma, es debido a que en etapas tempranas de la infancia se dio lugar a las fijaciones. Al tener la fijación una investidura de carácter regresivo, ayuda a esquivar la represión y da por lugar una descarga o proceso satisfactorio de la libido. Esta última logra abrirse camino, para la obtención de una satisfacción real, aunque como lo considera Freud, esta sea extraordinariamente restringida y apenas reconocible ya.

En la manifestación del síntoma hay una tendencia a distintos tipos de acciones, pequeñas somatizaciones frente a traumatismos interno-externo que el sujeto desconoce como tales y que según Rodolfo (1997) son tentativas de autocuración, formas que encuentra el sujeto frente a un sufrimiento que de otra manera sería intolerable.

El síntoma puede aparecer como respuesta a una situación traumática, por lo que es viable considerarlo como producto de una regresión a una fijación de la libido infantil. (Pascual, citado en Mira, 2008).

El responder a la pregunta sobre como se llega a las fijaciones, puede encontrar una respuesta en periodos infantiles, se manifestaron por primera vez las orientaciones pulsionales que el niño traía consigo en su disposición innata y en segundo lugar, en virtud de influencias externas, de vivencias accidentales, se le despertaron y activaron por vez primera otras pulsiones. (Freud, 1917). Los síntomas; darán lugar a una satisfacción que no pudo llevarse a cabo, dando lugar a un proceso regresivo de la libido a épocas tempranas del desarrollo.

Alegría (en Mira, 2008) propone por un lado que la fijación es un anclaje a un modo de satisfacción pulsional propio de las primeras etapas del desarrollo psicosexual, la cual implica cierto grado de detención o inhibición en el progreso normal. La fijación dará paso a la regresión, la cual cuando una tendencia encuentra obstáculos para su satisfacción, emprende un camino retrógrado hacia fases anteriores que quedaron fijadas. Ambas se convierten en conceptos decisivos, para la formación de síntomas.

Añade que cada etapa del desarrollo puede brindar un punto de fijación que, si bien no impide el avance del proceso normal, lo puede inhibir, atrayendo la libido cada vez que surjan dificultades para obtener placer. Este retroceso a etapas pasadas de satisfacción es lo que se conoce como regresión. En casos de que la satisfacción a nivel libidinal no sea posible, y la tensión vaya en aumento se inicia

el camino hacia la regresión y la energía libidinal es desplazada hacia las predisposiciones fijadas (oral, anal, genital), dando lugar a la formación de síntomas con el objetivo de una satisfacción del deseo no cumplido, apelando a las condiciones que el Yo impone.

Los síntomas; crean entonces, un sustituto para la satisfacción frustrada; lo hacen por medio de una regresión de la libido a épocas anteriores, a la que va indisolublemente ligado el retroceso a estadios anteriores del desarrollo en la elección de objeto o en la organización. El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. (Freud, 1917)

1.3 Enuresis.

La enuresis es un síntoma clínico que se presenta con frecuencia en la consulta psicológica infantil y el cual merece determinada atención del especialista que se encuentra afín a la psicoterapia infantil.

Para algunos considerada simplemente una expresión sintomática para otros es todo un cuadro nosológico. Para muchos su etiología es estrictamente psicógena mientras para quizás otros tantos es fundamentalmente un desajuste madurativo, neurovegetativo o neurológico, es decir, que su base es orgánica. (Knobel, 1977). Dolto (1974) considera que hay una extrañeza general, ante la presencia frecuente de la enuresis, y es por ésta que muchos niños son llevados a consulta psicológica, sin embargo, no se puede analizar al síntoma por si solo, pues se dejaría a un lado el trasfondo de una posible neurosis en el infante.

Frecuente y banal en el niño, la enuresis es uno de los motivos más corrientes de consulta. Esta manifestación –que se debe considerar como síntoma y no como

enfermedad- da lugar a numerosas ambigüedades y contradicciones tanto en su definición como en las hipótesis etiológicas o los tratamientos terapéuticos.

Su comprensión no se concibe sino bajo una perspectiva de desarrollo, ya que la organización del control de micción constituye una etapa importante de la psicogénesis. Esta organización no es una adquisición automática, sino que resulta de la imbricación de varios factores que pueden estar implicados en la etiopatogenia, como pueden ser: (Lebovici, 1990).

- Evolución madurativa inscrita en la base somática de las funciones
- Investimento psico-afectivo de estas funciones, fuente de goce y de dominio, pero también de angustia y de defensas.
- juegos interrelacionales, desde la relación privilegiada con la madre hasta los usos familiares y sociales que contribuyen a la educación esfinteriana.

La enuresis no es un síntoma que se pueda generalizar a la mayor parte de los casos, es en sí la expresión de un conflicto intrapsíquico, el cual es posible apreciar mediante un examen clínico concienzudo, de doble orientación, es decir, a nivel médico y psicológico.

La enuresis es uno de esos síntomas, de los que hay miles que pueden significar muchísimo o nada. Mojar la cama puede ser normal, o bien, en el otro extremo, formar parte de una dificultad más o menos grave del desarrollo emocional; pero será preciso trabajar mucho en el estudio de los otros síntomas, y ausencia de síntomas, de un niño antes de conjeturar cuál podría ser la dificultad primordial en cada caso particular o su pronóstico. (Winnicott, 1998).

Todos los estudios modernos que han tratado la enuresis coinciden en postular el origen psicógeno del síntoma. Pero el mecanismo de acción de los psíquicos desencadenantes no resulta suficientemente aclarado y no parece que exista un criterio uniforme para su consideración. (Bekei, 1984)

Al ser considerada una problemática multifacética, la enuresis, debe ser abordada en diferentes rubros, entre los cuales se puede encontrar, el asignarle una definición, su relación con los aspectos fisiológicos del control de esfínteres, así como su estrecha correspondencia con el desarrollo evolutivo y emocional del niño.

Kreisler (1977, citado en Lebovici, 1990) la define de la siguiente forma “la enuresis es una micción incontrolada que persiste, o que vuelve aparecer después de la edad de la madurez de la función, que se produce habitualmente durante el sueño, de curso evolutivo más o menos habitual, singular por su desencadenamiento que es inopinado e involuntario aunque normal en su desarrollo fisiológico”.

Knobel (1977) propone a la enuresis como una afección caracterizada por el descontrol involuntario e inconsciente de la micción. Asimismo considera importante distinguir la incontinencia urinaria de la enuresis, que tiene causas psicodinámicas que se expresa en alteraciones funcionales físicas o psíquicas y en la que no existe ninguna relación causal directa con trastornos inflamatorios, anatómicos o neuropatológicos.

Lebovici subraya que es necesario señalar tres elementos esenciales:

1. La enuresis se define en función de una edad en la que el control esfinteriano está ya normalmente adquirido.
2. La emisión enurética es activa, completa, de desarrollo normal, lo que elimina cualquier disfuncionamiento urinario ligado a una enfermedad orgánica
3. El desencadenamiento de esta micción es involuntario e inconsciente. Esto distingue la enuresis de otras conductas inadaptadas en las que la micción se desencadena intencionalmente o en cualquier caso, conscientemente (“acting” agresivo). En el enurético propiamente dicho, la micción se hace

conscientemente poco después de su inicio: el niño puede entonces interrumpir el flujo de la orina.

La enuresis puede ser primaria (y su nota predominante será el retraso de manifestarse el control esfinteriano), o secundaria, aparecer o reaparecer, tras un intervalo más o menos largo de limpieza. Hallgren considera que hay enuresis secundaria cuando (antes de los 4 años) el niño ha estado sin mojarse durante un año o más de interrupción. (Ajuriaguerra, 1973)

Es indudable que la enuresis se acompaña de determinada situación familiar, ambiental, que provoca en el niño "inseguridad" o inestabilidad emocional o "física" (Krakowski-Santora, citado en Knobel, 1977) y que la familia reacciona en una forma por demás pasiva, lo que es agravante por la falta de amor que se le hace sentir al niño, o lo que es más frecuente, con extrema severidad. Corominas (1996) considera los niños con el síntoma enurético presentan una evidente disociación cuerpo-mente, que viene implícita en la historia, con impulsos y sensaciones que se manifiestan en niños que presentan diferentes niveles relacionales de su personalidad. Con respecto a esta disociación Janin (en Aberastury, 1974) menciona que el niño que tiende a la somatización por medio de la presencia del síntoma enurético, enfrenta una lucha por preservar su integración psicológica.

Se dice que para algunos niños es peor enfrenar una marcada angustia en la mente que en su cuerpo y al presentar el síntoma conservan un estado de "pseudointegración" a costa de una disociación extrema entre mente cuerpo.

1.3.1 Fisiología de la micción.

El conjunto funcional vesico-uretral, permite la recogida y la retención de las orinas en la vejiga sin fuga exterior ni reflujo uretral, y su evacuación sin residuo. Esta función compleja necesita dos sistemas de fuerza, uno de contención, el otro de

expulsión, comprendiendo ambos unas fibras lisas (esfínter liso detrusor) y unas fibras estriadas (esfínter externo, musculatura perineal).

La micción necesita un funcionamiento armónico de este conjunto, que asocia contracción del detrusor, apertura de los esfínteres y relajación del suelo pelviano. Los músculos estriados del suelo pelviano y el esfínter externo de la uretra son sinérgicos entre ellos y antagonistas del detrusor. En el adulto la micción es activa y voluntaria, la contención es automática pero puede ser reforzada si es necesario mediante la contradicción voluntaria de los músculos del suelo pelviano. Finalmente, la musculatura abdominal juega un papel activo en la evacuación.

La orden nerviosa está asegurada en la musculatura lisa por el sistema nervioso autónomo simpático y para simpático (ganglios hipogástricos) independiente de la voluntad y por el sistema cerebro-espinal (nervios vergonzosos internos) en los músculos estriados cuya contracción es voluntaria. Existe una inervación sensitiva abundante en ambos sistemas.

El primer centro de integración sensitivo-motora se sitúa a nivel de la médula sacra que controla la micción refleja involuntaria. Los centros de control supramedulares forman un sistema funcional que permite el control voluntario de la micción, gracias a un papel facilitador e inhibidor. Además de los centros pedunculares, existen centros hipotalámicos, rincefálicos y corticales.

Se considera por tanto que este sistema funcional implica una cooperación permanente entre la musculatura lisa, libre de todo control consciente pero activada por fantasías inconscientes, y la musculatura estriada, cuya actividad puede estar sometida a representaciones conscientes o preconscientes, lo que remite, en otro nivel a la oscilación entre fenómenos conscientes e inconscientes y demuestra la infinidad de matices existente entre el hacerlo a propósito y el dejar de hacer, el hacerlo sin querer y el hacerlo sin querer saberlo.

El control del esfínter no es algo innato, en si, no es suficiente la existencia de un sistema anatómico fisiológico propio. Es el resultado de la maduración del sistema y del condicionamiento impuesto por la sociedad. (Ajuriaguerra, 1973)

Se debe destacar que estudiando el desarrollo madurativo neurofisiológico se considera conveniente establecer como edad mínima la de los 5 años para poder hablar de enuresis. De acuerdo con la experiencia clínica, es necesario distinguir una enuresis primaria, que significa que no se ha alcanzado jamás un control esfinteriano y una enuresis secundaria, que es la que aparece después de varios años de control esfinteriano efectivo, lo que implicaría, psicodinámicamente hablando un verdadero proceso regresivo (Cobos, citado en Knobel, 1977).

La enuresis primaria es la más frecuente. Duché (citado en Ajuriaguerra, 1973) dice "la enuresis como un defecto de crianza -dice- aparece por una vigilancia insuficiente y nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados. La distingue de una enuresis a la que le da el nombre de congénita, resultante de una alteración del ritmo urinario. La enuresis secundaria es más rara, habida cuenta de estadísticas referentes a la enuresis primaria; no obstante, son muy diversos los índices que dan los diversos autores, en parte por límites impuestos por las edades estudiadas.

El control de la micción no puede simplificarse únicamente a las funciones fisiológicas, por ende un proceso tan importante en la vida de cualquier ser humano, conlleva e interactúa con diferentes factores, que influirán en él de modo directo o indirecto trayendo diversas consecuencias en el desarrollo de todo individuo

Ajuriaguerra (1973) describe que control de la micción lleva implícito:

- Un aprendizaje a partir de cierto grado de maduración funcional, que a su vez es condición del control.

- El querer o no querer emplear un sistema fisiológico relacionado a unas normas culturales, especialmente relacionado con los padres.
- El valor consciente o inconsciente concedido a la función primera, que depende de las tempranas catexis de dichos aparatos o de su utilización funcional como placer funcional, con temor o forma de obra contra otro como búsqueda de afecto o reivindicación.

Los traumas a nivel emocional así como aquellas discrepancias del medio en el cual se desenvuelve el niño tienen un papel importante en el inicio o en la acentuación de la enuresis.

Pero en lo que reina la misma unanimidad es en la etiopatogenia de origen afectivo como causa directa y única de dicho síndrome. Tras los primeros estudios de Freud, muchos autores dan gran importancia al desarrollo afectivo del niño. F. N. Anderson (1930) llegó ya a la conclusión de que los factores emocionales son, con mucho, la principal raíz de la enuresis, siendo insignificantes los factores físicos en cuanto a causalidad y sin tener importancia salvo en muy contados casos. (Ajuriaguerra, 1973)

Por lo general la enuresis es considerada como un síntoma el cual puede ser precedido de traumas psíquicos, o bien de discrepancias dentro del medio en el cual se desarrolla el niño, los cuales pueden traer como consecuencia el agudizar o desencadenar la presencia del síndrome enurético.

El enfoque conductual explica la presencia de la enuresis de la siguiente manera:

Para el enfoque conductual el desarrollo humano es visto en función de la experiencia, y la experiencia no sería sino una cadena de aprendizajes. El control vesical no existe en el momento del nacimiento. Su posterior aparición es una adquisición, y por tanto consecuencia de un proceso de aprendizaje. Así pues, el trastorno enurético ha de entrañar algún género de ausencia, fallo o interferencia del aprendizaje del control de la micción. La postura conductual centra la

causalidad del trastorno en los procedimientos de aprendizaje o condicionamiento experimentales. (Toro, 1992)

Los teóricos del aprendizaje proponen que los pequeños se mojan cuando el control de los esfínteres comienza a una edad demasiado temprana, cuando el entrenamiento es irregular y se proporciona insuficiente reforzamiento por el control adecuado, y más específicamente cuando los pequeños no aprenden a despertarse como respuesta condicionada a una vejiga llena o a inhibir debidamente la relajación del esfínter que controla la micción. Después de todo, es una habilidad sumamente compleja el control de la vejiga, es decir, inhibidor un reflejo natural hasta que puede realizarse el vaciamiento voluntario. Evidencias médicas recientes sobre la actividad de los músculos del piso pélvico apoyan la idea de que los chicos que mojan la cama no consiguen contraer espontáneamente estos músculos durante la noche. (Davison, 2000)

Dentro de estas teorías se formula la hipótesis de que el trastorno enurético radica en un condicionamiento anómalo cuya consecuencia era que el enurético orinaba ante estímulos inadecuados, por ejemplo, ruidos o alteraciones físicas. (Toro, 1992)

Ciertos estudios preliminares sugieren otra teoría biológica que explica la enuresis nocturna. Investigadores daneses descubrieron que adolescentes con enuresis padecían de una deficiencia nocturna de hormona antidiurética (HAD). En niños normales la HAD se concentra en la orina más durante el sueño que en las horas de vigilia. (Davison, 2000, Mikkelsen, 2001)

1.3.2 Factores Emocionales y Enuresis.

Para poder comprender la enuresis no se puede olvidar que su abordaje debe advertir, diversos aspectos como el síntoma en sí mismo y su función dentro de la psicodinamia y el desarrollo del niño. El síntoma de la enuresis puede tener diversos significados. Reca (citado en Aguilar, 1998) destaca la importancia de analizar el momento y eventos significativos que ocurrieron en la época en que se originó el síntoma, además de lo que ocurrió después, ya que desde el punto de vista psicológico, existen factores que originan la enuresis y otros que la mantienen y van modificando el síntoma con el paso del tiempo.

El síntoma es comprensible si se reconoce bajo el manto de la inconsciencia, el sujeto alcanza satisfacciones necesarias para la permanencia de su economía libidinal momentánea. La investigación y el reconocimiento de dichas satisfacciones constituyen ya en sí un gesto terapéutico si ayudan al niño a tomar conciencia de su doble sistema de negación: en primer lugar, a través de él, la obtención de otras satisfacciones deseadas, negación, después, de esas satisfacciones, lo que le permite gozar de ella en toda inconsciencia. (Lebovici, 1990)

Como se mencionó anteriormente, el síntoma en un inicio se inclinó por el cumplimiento de una demanda a nivel inconsciente, sin embargo, éste irá variando conforme pasa el tiempo, más directamente con las experiencias que va teniendo el niño a lo largo de su desarrollo, trayendo como consecuencia las modificaciones de éste. El síntoma puede verse perpetuado por diversos factores, ya que el niño por lo general tiene la inclinación por no dejarlo, y obtener de éste ganancias, beneficios primarios o secundarios como lo menciona Aguilar (1998):

1) Beneficios primarios; es decir, aquellos derivados directamente de las sensaciones que provoca la micción. Algunos provienen de tendencias regresivas ligadas a la pasividad y a la erotización cutánea; otros son los placeres de orden

masturbatorio, testimonio de una fijación al erotismo uretral; y por último, placeres de sensaciones difusas, ligadas a la percepción del que el cuerpo se llena y vacía de agua.

2) Beneficios secundarios, o aquellos resultantes de los cambios que el síntoma provoca en el entorno y de la utilización que permite en las relaciones interpersonales. Algunos de ellos se ligan a la regresión que facilita un contacto más estrecho con la madre y las satisfacciones eróticas que le provee la madre mediante los cuidados cutáneos y corporales; o son ventajas creadas por el masoquismo del niño, como los castigos y los conflictos familiares en torno a la enfermedad.

Durante el periodo pregenital la enuresis puede ser manifestación de pasividad: satisfacción por los cuidados maternos, placer cutáneo por encontrarse en un medio húmedo, o manifestación de actividad: ésta, a su vez, puede manifestarse agresivamente, con miras a su propia satisfacción (erotismo uretral) o, de manera más general, con miras a la satisfacción del poder del niño por el uso que hace de su aparato.

Lebovici, (1990) habla de que el investimento de la disfunción en sí juega un papel de refuerzo en la perpetuación del síntoma ya que frente al desarrollo de sus conflictos, a las modificaciones de sus intereses, el niño tiene la tentación, no de abandonar el síntoma, sino de integrarlo en el nuevo equilibrio.

Es importante distinguir los beneficios primarios, derivados directamente de las sensaciones ligadas al funcionamiento de la micción, y los beneficios secundarios, resultantes de los efectos del síntoma en el entorno y de la utilización que permite en las relaciones interpersonales. Los beneficios inmediatos comprenden distintos placeres en distintos registros, que pueden ser los mencionados anteriormente, como las sensaciones cutáneas, el contacto con la madre o cuidadora.

Los beneficios secundarios contribuyen a perpetuar el síntoma y a mantener un vínculo particular con el entorno y con aquellas personas que se encuentran en él. El síntoma secundario puede variar de acuerdo a las actitudes de los padres. En otros casos son menos confesables y más difíciles de descubrir; ventajas ligadas a la regresión que facilitan un contacto estrecho con la madre y satisfacciones eróticas mediante cuidados cutáneos y corporales, ventajas para el masoquismo del niño por los castigos y los conflictos familiares en torno al síntoma, ventajas en un registro edípico por la complicidad con uno de los padres en contra del otro, ventajas defensivas en el adolescente que se protege así de un acceso a la sexualidad adulta. Se sospechará de la importancia de estos beneficios secundarios en aquellos casos en los que el niño soporta con demasiada serenidad las consecuencias desagradables de su síntoma. Lebovici (1990)

Winnicott (1998) refiere que hay quienes desestiman el intenso valor que tiene para el niño la excitación de la piel, y la gratificación que los bebés y los niños obtienen del contacto y del frotarse y rascarse. El bebé normalmente aprecia el placer que le depara a su cuerpo en cuanto a la tramitación de sus angustias, porque para él la satisfacción y el placer significan que hay bondad en el mundo, con lo cual instala en su interior a personas y cosas buenas; creencia en las cosas le permite tolerar el dolor y la frustración, los que le provocan la maldad y odio, y lo llevan a encontrar en su interior a personas y cosas malas,- objetos malos que según, él teme destruirán a los buenos, y de los que quiere desprenderse si siente que puede hacerlo de forma segura-. Winnicott añade que en el análisis se comprueba que la fantasía inconsciente que acompaña la enuresis es principalmente erótica o de odio; pero siempre el elemento importante para la comprensión psicológica es la fantasía inconsciente, de hecho las distintas capas de fantasías, de las que es un ejemplo el sueño que se recuerda.

La enuresis representa la persistencia anormal de una etapa normal de vigencia de sentimientos que pertenecen, en rigor, a la organización genital, y en consecuencia están sujetos a las inhibiciones, compulsiones, anestias y

excitaciones de ese rubro. (Winnicott, 1998) Podría decirse que el niño evitó la angustia expresándose a través de un medio que era normal para él de bebé, en una etapa pregenital en la que su sentimiento de culpa era comparativamente débil. La enuresis es aquí parte de una regresión y las fantasías correspondientes a la sensación genital colorearon las correspondientes a la micción. La causa corriente de la enuresis se encuentra en la vida emocional del niño.

Dolto (1974), considera que se trata del estancamiento o bien la regresión al estadio sádico uretral, es decir, el que precede al estadio fálico. Este se acompaña de la regresión efectiva a las preocupaciones preedípicas en uno o varios puntos complicada ella misma con sentimientos de culpabilidad, por que en la mayoría de los casos, incluso sobre un plano regresivo, las pulsiones no encuentran salida suficiente.

1.3.3 El Aspecto Psicodinámico de la Enuresis.

Calef (citado en Bekei, 1984) relaciona la enuresis con el complejo de Edipo del periodo fálico y con la angustia de castración inherente a él. La angustia de castración por miedo al castigo del padre rival se desencadena al darse cuenta el niño de que las mujeres no tienen pene, lo que para él es la prueba de la castración realizada. Recurre entonces a un objeto fetiche, que para el enurético sería el chorro urinario mismo, para asegurarse de que no está castrado. Luego se agrega la escisión que se produce entre el estado consciente e inconsciente y posibilita mantener inconscientemente la negación de un hecho conscientemente registrado. A su vez permite realizar en estadio inconsciente el orinar prohibido que en estado consciente le provoca vergüenza y eventualmente le hace sufrir un castigo.

En la fase edipiana o postedipiana la enuresis puede equivaler a una masturbación. Como señala A. Berge, la enuresis puede ser una defensa ante el miedo a la castración o una comprobación de la no-castración, una concepción sádica del comportamiento genital, o tener un valor de identificación fantasmática

con la virilidad paterna. M.Gerard expone la hipótesis de que la enuresis es un sustituto de la masturbación, que en la niña esta asociado a fantasmas de acción –habida cuenta de que la micción en ella pasa por un fenómeno destructivo- y en el niño con fantasmas exponentes de pasividad al dejar salir la orina sin control alguno. Ciertos autores señalan que la enuresis responde a la satisfacción de un ansia de castigo para liberarse del sentimiento de culpabilidad. (Ajuriaguerra, 1973)

Con relación a lo anterior para Freud, la enuresis es un sustitutivo de la masturbación, considera que en los enuréticos la excitación sexual termina en una pérdida involuntaria de orina. Dolto (1974) añade que la enuresis es entonces, el síntoma de elección para quienes no pueden permitirse ya sea la masturbación o las fantasías ambiciosas y que viven inconscientemente en dependencia sadomasoquista erotizada.

Fenichel (1957, en Knobel, 1977) considera que entre el hábito infantil autoerótico de mojarse en la cama, que sería lo inicial y primitivo de la enuresis y el síndrome ya constituido, habría existido ya un periodo de masturbación reprimida y que es vivida con mucha culpa, ya que de acuerdo a ella se unen los componentes incestuosos y fuertemente agresivos de muerte.

En el periodo preedípico, la enuresis permite la realización de ciertas satisfacciones pasivas ligadas al erotismo cutáneo del lactante, ya sea por el contacto de la humedad de la ropa mojada o por los cuidados corporales de la madre. También permite sentir activamente los placeres ligados al erotismo uretral y expresar tendencias agresivas de un modo sádico destructor. Puede ser rechazo del objeto malo incorporado cuando la relación con la madre deja de ser satisfactoria. Finalmente, en el niño, puede conllevar una satisfacción de poder mientras que en la niña niega la ausencia de pene y se transforma en una actividad reivindicadora. (Lebovici, 1990)

El período preedípico es de suma importancia para el enuréticos, pues para el niño se llega a poner en duda el hecho de afirmar su genitalidad, a la sombra de la amenaza de castración o bien el continuar con el ser un niño pequeño y seguir preservando las ganancias que le da el proceso regresivo.

Abraham, sostiene que las “funciones y productos del intestino y la vejiga se utilizan como vehículo de impulsos hostiles”. La enuresis sería entonces un intento de descarga de esos impulsos. Melanie Klein siguió la línea de investigación de Abraham, encontrando además una íntima ligazón en tanto un acto positivo de dar como un acto sádico de atacar. Los niños de ambos sexos consideran la orina en su aspecto positivo como una equivalente de la leche de su madre, ya que en su inconsciente equiparan todas las sustancias corporales. Pero luego el odio que sienten hacía el cuerpo de la madre y sus productos, por haberlos frustrado, hace surgir en ellos fantasías con las que dañan y destruyen su pecho con la orina. Son frecuentes en los niños enuréticos las fantasías con las que dañan y destruyen su pecho con la orina. Son frecuentes en los niños enuréticos las fantasías de destrucción por inundación, ahogamiento, mojaduras, quemaduras, envenenamiento, mediante enormes cantidades de orina; son una reacción sádica contra el hecho de haber sido privados de líquidos por su madre, y están fundamentalmente dirigidas contra su pecho. Imaginan la orina como un líquido disolvente y corrosivo, como un veneno insidioso y secreto, dándoles así un valor sádico. Por lo tanto, orinarse en la cama es el cumplimiento de estas fantasías o el mojar significa ahogar, envenenar y destruir. (Aberastury, 1984)

1.3.4 Personalidad del niño enurético.

Autores como Ajuriaguerra,(1973), Lebovici (1990), y Aguilar (1998) entre otros, coinciden en que no hay un perfil unívoco de la personalidad del niño enurético, sin embargo hay dos características a observar: la dependencia afectiva y la agresividad.

Con relación a la dependencia afectiva Lebovici (1990), sugiere que la dependencia excesiva se manifiesta por comportamientos de apego excesivo a los padres, sobre todo a la madre, la pobreza de contactos con los niños de la misma edad, la tendencia a frecuentar adultos o niños más pequeños, los juegos regresivos, la persistencia de costumbres infantiles (chuparse el dedo, apego a los objetos de la primera infancia). Esta inmadurez encuentra con frecuencia un eco favorable en los padres, en los que se advierte el deseo de que su niño siga siendo un bebé. El resultado es la persistencia de intercambios muy regresivos en los cuidados, el aseo, las medidas de protección y los niños. En otros casos, por el contrario, el niño se cansa de reclamar torpemente estos beneficios de un periodo ya pretérito cuyo duelo es incapaz de hacer.

Este mismo autor añade que en el polo de la agresividad, se expresa de diferentes modos: a veces es franca, en el niño que decide oponerse o en el caracterópata y desborda ampliamente el síntoma para abarcar numerosos sectores de su vida; otras adopta una forma camuflada, en niños más bien pasivos o apáticos que no tiene otras posibilidades de expresar su agresividad.

Algunos “agitados hiperactivos excitables”, los “llorones gruñones irritables” y los “desvergonzadamente rencorosos, tozudos”. M. Gerard no establece oposiciones en un marco común, sino que describe diversas personalidades enuréticos según el sexo, que representa en cierto modo, lo contrario de la forma evolutiva, masculina o femenina. Los chicos serán pasivos, retraídos autodesvalorizadores, temerosos, dependientes, con necesidad de afirmarse; las chicas se acercarán a la normalidad de su conducta externa, pero se caracterizarían por su necesidad de independencia, de competencia con los chicos, por su ambición. En ambos sexos se advierte la ansiedad, la pesadilla y los terrores nocturnos. (Ajuriaguerra, 1973).

Entre los rasgos comunes, en la personalidad del niño enurético se encuentran; emotividad, ansiedad que se traduce de maneras muy diversas, timidez,

sensibilidad los sucesos de la vida, reacciones fóbicas, conductas ritualizadas, trastornos del sueño.

Asimismo Corominas (1996) señala que a menudo los niños enuréticos presentan inhibiciones de la fantasía o bien esta puede ser muy pobre, igualmente son niños que son estimulados por el ambiente, se autoerigen un alto nivel en los aprendizajes (rendimiento escolar) superior al de su edad, por lo que es a través de la enuresis que llegan a satisfacer necesidades primarias.

1.4 Encopresis.

La encopresis forma parte de los trastornos de la expresión anal, se manifiesta durante la infancia y es considerada como la manifestación de un síntoma, el cual no presenta una causa orgánica que la argumente.

A pesar de su gran riqueza simbólica, los trastornos de la defecación –encopresis o estreñimiento crónico- no han suscitado hasta ahora, a juzgar por los pocos trabajos que se han se le han dedicado el interés que se merecen. Quizá por su pretendida rareza, o más bien por la represión que pesa sobre el erotismo anal y sus distorsiones y por las fuertes formaciones reactivas, la encopresis y el estreñimiento crónico representan ambos un avatar de dicho erotismo anal. (Lebovici, 1990).

Generalmente se considera a la encopresis como el defecar en los pantalones, en lugares inapropiados de acuerdo a lo socialmente establecido, sin embargo al hacer esto se corre el riesgo de dejar a un lado todo aquello que conlleva la retención y expulsión de las heces fecales según cada sexo, así como las consecuencias y la intensidad con la que se presenta.

Janin (2008) considera que la encopresis es un trastorno que, como tantos otros, puede encontrarse en diferentes estructuras psíquicas y que no define un cuadro psicopatológico. Sin embargo, se puede llegar a precisar algunas características

generales y algunos nudos de conflictos que se repiten en los niños encopreticos. Se trata de un grupo heterogéneo que no enmarca en las categorías tradicionales, se pueden reconocer conflictos en la etapa anal, sin embargo, estos no corresponden a los cuadros clásicos de neurosis obsesivas, psicosis o a las estructuras paranoides. (Romano, 1997).

La encopresis es un síntoma en el que se abordan e interactúan diferentes aspectos en el menor que le padece, como puede ser conflictos a nivel psíquico, algún evento traumático, el rol de los padres durante la enseñanza del control de los esfínteres y las defensas que pueden manifestarse durante el padecimiento de la encopresis.

En el ser humano, el control de los esfínteres marca una pauta importante, dentro del desarrollo biológico y emocional, ya que marca pautas que determinan una maduración a nivel neurológico y por otro lado es una forma de aproximación del infante ante las demandas sociales que el medio le plantea. Laguna (2008) plantea que el funcionamiento del proceso de expulsión de heces parece ser algo complejo, ya que en él, no solamente intervienen factores orgánicos, sino también factores sociales y emocionales importantes.

El DSM IV, ubica a la encopresis dentro de los trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia, y considera para su diagnóstico como característica esencial, la emisión repetida de heces en lugares inadecuados (p.ej. ropa o suelo), en la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. El tiempo en el cual se debe presentar el síntoma de la encopresis es por lo menos una vez al mes durante tres meses como mínimo y la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años. Es importante descartar causas fisiológicas directas como puede ser, el uso de laxantes, alguna enfermedad médica, exceptuando algún mecanismo que implique estreñimiento.

Asimismo el DSM-IV hace la distinción entre dos subtipos.

- Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

Por su parte la CIE-10, define la encopresis como la emisión repetida de heces en lugares inapropiados (ropas o suelo) bien involuntario o intencionadamente. A diferencia del DSM IV, la CIE 10 considera que debe presentarse por lo menos un episodio de encopresis al mes durante al menos 6 meses.

La encopresis puede tener diferentes manifestaciones, esta puede variar en relación a la intensidad con la que se presenta y por lo tanto variará en sus consecuencias. Las diferentes formas clínicas de la encopresis pueden distinguirse de la siguiente manera (Laguna, 2008):

Continua / discontinua:

Continua: es cuando el niño no controla el esfínter anal y su familia lo tolera debido a las condiciones socioculturales, como consecuencia de un entrenamiento inapropiado, por lo cual el defecar es un acto agradable para el niño. La encopresis discontinua considera a los niños con familias compulsivas que sienten temor a la encopresis, siendo producto ésta de un estreñimiento coercitivo y severo donde prevalece cierto nivel de desagrado asociado a la defecación.

Primaria / secundaria.

Primaria se refiere a la incontinencia fecal en la cual el niño nunca ha adquirido el control del esfínter anal, corresponde a un retraso en la madurez funcional para el aprendizaje del control.

Por su parte la encopresis secundaria es una alteración que se desarrolla tras un periodo de continencia durante un tiempo más o menos prolongado, por lo que puede considerarse como una regresión a un estado del desarrollo ya superado, y al cual antecedió un periodo prolongado de limpieza.

Retentiva / no retentiva.

La encopresis retentiva se considera cuando hay evidencias claras de estreñimiento, aquí se pueden llegar a considerar algunas causas de origen

orgánico. En la encopresis no retentiva no hay una evidencia de estreñimiento, por lo que el factor psicológico es fundamental.

Las explicaciones conductuales a la presencia de la encopresis, le abordan de la siguiente manera:

Las formulaciones conductuales sobre el tema plantean como posible causa la experiencia de un aprendizaje inadecuado como factor etiológico. En el caso de la encopresis primaria por ejemplo, se resalta la importancia de habilidades previas como el desnudarse o asearse, resaltando también la distensión del recto y la relajación del esfínter interno que no han sido discriminatorios de los movimientos intestinales en el retrete y la retención temporal. La de tipo secundario o discontinua se explica de acuerdo a las conductas de evitación, donde ciertos estímulos provocadores de miedo o dolor se asocian con el inicio del padecimiento. La retención es reforzada negativamente al retasar el dolor. Otra explicación es por el condicionamiento inadecuado donde el niño recibe rebosamiento esporádico a través de la atención paternal por haberse ensuciado. (Muñoz, 1998).

Laguna (2008) menciona que el tipo de entrenamiento que se da al niño, suele ser riguroso y agresivo y divide en tres los métodos de entrenamiento:

- a. Entrenamiento inadecuado: caracterizado por ser descuidado e inconsistente
- b. Entrenamiento moderado: donde prevalece la cooperación entre la madre y el hijo
- c. Entrenamiento coercitivo el cual es matizado por humillaciones, castigo, programas rígidos, uso de laxantes, termómetros y jabón dentro del ano, renuencia a poner al niño en el excusado esperando la demanda verbal del niño, encierros en el baño o un entrenamiento prematuro.

El enfoque conductual da prioridad a los métodos de entrenamiento, los cuales por una lado pueden ser en exceso punitivos e intrusivos, o bien, demasiado indulgentes e incoherentes, destacando en ambos la importancia de la comunicación entre los padres y el niño al momento de llevarse a cabo este proceso.

Asimismo se enfatizan las situaciones ambientales apuntando también a situaciones sociales que se desarrollan al momento de presentar esta patología como puede ser el estrés psicosocial al haber conflictos familiares.

1.4.1 Fisiología y Psicopatología.

En primer lugar se debe recordar, sucintamente el mecanismo de la defecación analizado por Arhan (1974, Lebovici, 1990):

-El primer tiempo es involuntario y puramente reflejo; está formado por una contracción del colon izquierdo y del sigmoide, que empujan las materias hasta la unión sigmoide-rectal y que provoca así la exoneración;

-El segundo tiempo comporta la contracción de distintos músculos con intensificación de la tensión intra-abdominal. Los excremento se “colocan” en la ampolla rectal, lo que provoca la apertura del esfínter interno del canal anal y refuerza el cierre del esfínter externo estriado; los excrementos se hallan entonces en contacto con la mucosa anal;

-La tercera fase corresponde a la apertura del esfínter externo anal, y luego los excrementos se laminan y se evacuan por presión lateral de los músculos reveladores, al tiempo que el esfínter se eleva, deslizándose por su superficie

Para Lebovici (1990), este acto fisiológico es por tanto mucho más complejo que el sistema simplista a que a veces aluden algunos especialistas. De hecho, cada uno

de estos tiempos y mecanismos es objeto de investimentos y de inhibiciones diversas, a nivel:

- a) Del acto motor y de sus distintos componentes
- b) Del juego erótico sobre una mucosa solicitada por un objeto fecal cada vez más consistente
- c) De sensaciones del llenado y de vaciado, con relajamiento muscular cada vez más consistente

Durante los primeros meses de vida, la voluntad no toma parte en el acto de la defecación, que es esencialmente reflejo. Poco a poco, después el niño adquiere cierto control de un acto que no es totalmente ajeno a su voluntad. La diversificación de los alimentos modifica la consistencia de los excrementos, que toman forma, se vuelven compactos y menos frecuentes.

Más tarde, el bloqueo de este mecanismo, que, al ser antes reflejo, escapaba al control del niño, puede convertirse en el fenómeno neuro-muscular más investido. Por ejemplo algunos niños evitan cuidadosamente ponerse en una posición en la que les resulta difícil retener sus materias fecales (en cuclillas o sentados). También evitan los juegos violentos que los despojarán de su dominio muscular.

Pero en los estreñimientos que llegan a constituir un Mega Colón Funcional hay que hacer intervenir un mecanismo electivo. Se propone el siguiente:

Una lucha activa bloquea la apertura del ano, a partir de ahí, en el tercer tiempo de la defecación, la deposición en lugar de exonerarse hacia el exterior, se defeca a la inversa en el sigmoideo y el colon izquierdo.

Efectivamente, otro reflejo, si el niño se aguanta durante algunos segundos, no tarda en crear una hipotonía sigmoidiana, distiende la presión y facilita la apertura hacia arriba del sigmoide que se abre.

Este disfuncionamiento o “funcionamiento contra natura” tiene por consecuencia, a fuerza de repetirse un agotamiento de la musculatura rectal y cólica.

Una erotización secundaria compleja se focaliza sobre:

- la contracción mantenida
- las sensaciones mucosas debidas a la subida de las heces
- la sensación del sigmoide y del colon;
- los beneficios secundarios del control de este mecanismo masturbatorio repetido indefinidamente, que tiene la ventaja de ser secreto, interior, imposible de descubrir y que permite manipular al medio familiar, inquieto e impotente.

Este mecanismo auto-erótico “a contrario” favorece también una autopenetración profunda por el pene fecal y realiza así una situación de androginia en que el niño es activo, pasivo, penetrante y penetrado.

Freud, en los Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad, al hablar del erotismo anal, proporciona ya unas indicaciones que prefiguran lo que se ha descrito aquí. Esta preforma del acto perverso, con una dinámica más o menos consciente, es la de un erotismo anal parcial antifisiológicos sobre investido, en detrimento de un erotismo anal total fisiológico.

Se ha propuesto la hipótesis según la cual el megacolon funcional o idiopático se constituye por el agotamiento muscular parcial y la dilatación atónica moderada del recto y del colon ascendente.

1.4.2 El Desarrollo Psicoafectivo y Encopresis.

Las fases de la libido descritas por Freud, brindan una explicación acerca de cuales son las interacciones que pueden llegar a darse a nivel interno dentro de la psique humana. Dolto (1974) considera que uno de los criterios más objetivos del desarrollo humano, es el desarrollo afectivo, es decir, el comportamiento del individuo en relación a los objetos de su amor. El poder comprender las etapas de organización provisional (oral, anal, fálica, de latencia y genital) permite comprender las bases del comportamiento subsiguiente del ser humano. La existencia de estas fases del desarrollo trazarán un gradual crecimiento del niño

desde las actitudes dependientes, irracionales, determinadas por el ello y los objetos hacia un mayor control del mundo interno y del externo por el yo. (Anna Freud, 1997).

El control de los esfínteres es una parte primordial en el desarrollo de todo individuo, durante el paso de este proceso, intervienen aspectos, fisiológicos y emocionales que determinaran algún tipo de interacción entre los padres o los cuidadores y el menor, así como el paso por parte de este último por diferentes procesos a nivel emocional, los cuales exigirán cambios y esfuerzos, para poder lograr un adecuado funcionamiento, en etapas posteriores.

La organización anal es parte fundamental dentro del desarrollo psíquico del infante humano, ya que durante el lapso en el que aparece esta se ponen en juego pulsiones, diversas defensas, y la construcción del yo en relación a la introyección de normas que demanda el entorno del menor.

Durante los primeros meses de vida del niño, la defecación es un proceso que no se encuentra bajo su propia voluntad, sino que esta regulado primordialmente por causas fisiológicas, no obstante, con el paso del tiempo el niño va obtener cierto manejo del proceso de defecación, esto con la ayuda de una óptima maduración neurológica y con el entrenamiento esfinteriano que le será brindado por parte del medio en el que se encuentre.

La educación del esfínter es la más importante e influyente de las diversas variables implicadas en la aparición de la encopresis (Anthony, citado en Ajuriaguerra, 1973). En esta situación, es esencial la función materna y no faltan pruebas de que los tempranos intentos de controlar por la fuerza el control del intestino pueden ocasionar perturbaciones crónicas en la defecación o en contra parte la presencia de una negligencia y desinterés por el aprendizaje de este proceso.

Janin (2008) considera que el proceso de la organización anal aparece en la teoría como una encrucijada importante, como un punto crucial en la organización psíquica, en tanto liga pulsiones, narcisismo y defensas, constitución del yo e interiorización de normas.

La finalidad precisa de esta fase del desarrollo es el control, la modificación y transformación de las tendencias uretrales y anales, en esta etapa se pueden observar, los conflictos entre el ello, yo y superyo. (Freud. A. 1997)

Freud describió las fases de la libido, dando un lugar esencial a la fase anal y el control de los esfínteres, como menciona en su ensayo titulado "Sobre la trasposición de la pulsión en particular del erotismo anal" (1917), en el desarrollo de la libido humana se debe suponer una organización pregenital, en la que se ponen de manifiesto el sadismo y el erotismo anal.

En la fase anal, la actividad de los impulsos se traslada -aunque no del todo- de la zona oral a la zona anal o de los esfínteres. La maduración a nivel neurológico y motriz toma un papel importante, ahora la energía libidinal y de los impulsos será trasladada a la orina o las heces.

Freud estableció que durante esta etapa el placer primario estaba acentuado principalmente en la evacuación del intestino y sus productos. (Abraham, 1985). En sus Tres ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad, Freud (1905) comenta que la zona anal a semejanza de la zona de los labios, es apta por su posición para proporcionar un apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales. Debe admitirse que el valor erógeno de este sector del cuerpo es originariamente muy grande. Dolto (1974) coincide con lo anterior y agrega que el aseo proporcionado al infante por la madre o el cuidador es agradable, por lo que se asocian a la madre emociones contradictorias teniendo como resultado la presencia de emociones contradictorias, ya que como lo comenta Anna Freud (1997), existe una ambivalencia, pues durante esta etapa se fluctúa de modo constante entre el amor y el odio.

Los niños que sacan partido de la estimulabilidad erógena de la zona anal se delatan por el hecho de que retienen las heces hasta que la acumulación de estas provoca fuertes contracciones musculares y, al pasar por el ano pueden ejercer un poderoso estímulo sobre la mucosa. De esa manera tienen que producirse sensaciones voluptuosas junto a las dolorosas. Freud (1905).

Los trastornos intestinales son frecuentes durante esta fase, debido a que los productos de la evacuación, se encuentran catectizados con la libido y se consideran objetos preciosos, el niño le otorga un carácter de “regalo” que entrega a la madre como signo de su “amor”; puesto que reciben también una carga agresiva constituyen instrumentos por medio de los cuales se descargan las desilusiones, el enojo y la agresión en las relaciones con los objetos. (Freud, A. 1997).

Con relación a lo anterior Sigmund Freud, consideraba que el niño trata a las heces como, una parte de su propio cuerpo, representa el primer “regalo” por medio del cual el pequeño ser puede expresar su obediencia hacia el medio circundante exteriorizándolo, y su desafío, rehusándolo. A partir de este significado de “regalo”, más tarde cobra el de “hijo”, el cual, según una de las teorías sexuales infantiles se adquiere por la comida y es dado a luz por el intestino. La deposición de los excrementos es la primera forma en que el niño “da” o “regala” una cosa. (Abraham, 1985).

Expulsar los excrementos en el momento oportuno en que el adulto los solicita se convierte entonces, también en una forma de recompensa (aquí de parte del niño hacia su madre), un signo que el rehusarse a someterse a sus deseos equivale a un castigo o a un desacuerdo con ella. En esta fase el niño descubre también la noción de su poder y de su propiedad privada: sus heces, que puede dar o no, según quiera. Poder autoerótico por lo que se refiere a su tránsito intrainestinal y poder afectivo sobre su madre, a la que puede recompensar o no. (Dolto, 1974), sin embargo, como refiere Abraham (1985), el amor al poder es de origen sádico.

Otro aspecto de esta fase libidinal del desarrollo, liga la renuncia de las heces a la castración y establece la ecuación heces-niño-pene. Al excitar la mucosa intestinal erógena, la masa fecal desempeña el papel de un órgano activo, conduciéndose como el pene con respecto a la mucosa vaginal, y constituye como un antecedente del mismo en la época de la cloaca. Por su parte, la excreción del contenido intestinal en favor de otra persona (por cariño a ella) constituye el prototipo de la castración, siendo el primer caso de renuncia a una parte del propio cuerpo con el fin de conquistar el favor de una persona querida. (Janin, 2008).

Finalmente dentro de la organización anal hay dos puntos, por un lado el sadismo que puede traducirse como pulsión de dominio y por el otro, un erotismo de la mucosa anal. La primera hará referencia a la anulación del objeto, pues es el infante quién decide en que momento expulsar sus heces y la segunda hace alusión a un erotismo de goce narcisista.

1.4.3 Psicodinamia de la Encopresis.

La encopresis forma parte de los trastornos anales, los cuales se originan en el periodo de separación-individuación, Bekei, (1984) considera que se organizan en torno al conflicto de separación característico de esta etapa, en que la tendencia a independizarse es mutua. En el niño esta tendencia está impulsada por la maduración neurológica, y en la madre por la necesidad de salir definitivamente del estado regresivo del embarazo y de reconectarse con su pareja y con el medio.

El control de los esfínteres, requiere de ciertas condiciones para que su desempeño, como es la maduración neurológica con el fin de que se establezca la marcha en el niño y la adquisición del lenguaje. Al iniciarse esta etapa, el niño deberá tener un control sobre sus propias urgencias internas y la incorporación de ésta como una de las primeras normas culturales que le acompañaran a lo largo de su vida.

Al igual que la enuresis la encopresis no es un cuadro monosintomático; ya que el ensuciarse se establece simplemente como uno de diversos síntomas que dependen de la excreción y que por ende estarán relacionados con esta acción. Estos niños se ubican en el nivel de la descarga motriz o bien en el nivel de mandato puro. (Romano, 1997)

Autores como Janin (2008), Kreisler (1990), Ajuriaguerra (1973), Lebovici (1990), coinciden en que la manifestación de la encopresis puede manifestarse en dos principales formas, primaria y secundaria. En la primaria nunca se alcanzó el control de los esfínteres, es un trastorno en la estructuración psíquica. La norma del control no se estableció como norma interna, hay una falla en la represión del erotismo anal y en la constitución del superyó (en sus esbozos) como sistema de normas. En la parte que corresponde a la encopresis secundaria, se supone que ha habido un control esfinteriano que, después de un tiempo, fracasó. Y esto lleva a otros interrogantes: ¿por qué se malogró una adquisición?, ¿cuán lábil era el control?, entre otros. (Janin, 2008).

Kreisler, (1990) describe tres puntos que deben considerarse para poder entender los tipos de interrupciones dentro de la etapa anal, con el objetivo de comprender mejor la encopresis:

- a) *La Pasividad Anal*, satisfecha por la madre –aspecto positivo- pero también el temor de ser vaciado y despojado, temor que es mucho más evidente en los rasgos de carácter (tendencia acumular, a economizar),
- b) *La Actividad Anal* que al movilizar emociones sádicas y erotizar la musculatura, mantiene ligadas esta actividad erógena y la defecación,
- c) *La Erotización*, el hecho de erotizar la retención constituye una etapa sumamente importante para el desarrollo psicoafectivo, puesto que liga la sensación de placer con el aumento de la tensión, lo cual permite tolerar esa última. De este modo la fantasía interna no acompañada de descargas externas solo puede ser realmente adquirida cuando el niño erotiza la retención.

Ahora bien, es muy frecuente que las fantasías internas coincidan al comienzo con los esfuerzo defecatorios, como si estas actividades mentales no estuvieran bien separadas aún del esfuerzo motor. Sin embargo, la conducta anal no puede reducirse únicamente a la erotización que esta puede llegar a provocar, ya que no se puede pasar por alto que dentro de la interacción que se da con los padres en la etapa anal, las heces que son retenidas son los productos que los padres llegan a valorizar, por lo que el pequeño debe modificar su conducta para obtener la aprobación y cariño de los padres a cambio de una conducta esperada y favorable por parte de él.

Al presentarse un grado de fijación en la fase anal del desarrollo, se pueden observar ciertas pautas de organización libidinal en los niños que padecen encopresis: (Kreislner, 1990)

a) *Aspectos eróticos activos*: la defecación ocurre al mismo tiempo que el niño se entrega a juegos violentos, y preocupa y tranquiliza a la vez al medio familiar; si bien no es correcta, no implica una oclusión.

b) *Aspectos eróticos pasivos*. El recurrir a la estimulación para provocar la defecación o bien para evitarla. La identificación en estos pacientes involucra un tipo de preconscious al que llamamos cinético al que se privilegia el tacto y el olfato por sobre la vista y el oído. (Romano, 1997)

c) *Rasgos de carácter anal*; necesidad de prevenir el futuro y de acumular, concepción aguda de la temporalidad (rara en el niño), el niño se encuentra demasiado preocupado por aquello que pueda ocurrirle. La madre lo considera demasiado maduro y muy bien portado para su edad.

Lo anterior se encuentra ligado a los tipos de encopresis que existen y en las diferentes formas que pueden llegar a manifestarse en los niños que las padecen. Entre las principales manifestaciones que puede presentarse la encopresis, se encuentran los niños expulsivos, los cuales son aquellos en los que prevalece la

evacuación y los retentivos, que son aquellos niños que “se hacen encima” por rebosamiento posteriormente a un periodo prolongado de constipación. Los niños que se encuentran en ambos grupos, tiene como peculiaridad la presencia de vértigo motriz o verbal, el cual los ubica en la inercia o en la parálisis. En última instancia son pasivos ante la acción o la palabra, de las que no pueden apropiarse. (Romano, 1997)

Kreisler, (1990) describe 3 tipos de encopresis, las cuales nombran de la siguiente manera:

1. El tipo pasivo o *vagabundo*. Son aquellos niños cuyo comportamiento es pasivo, parece “como si se dejaran ir” Carecen prácticamente de toda posibilidad de organización y dependen casi por completo de sus padres. Su esfínter anal parece funcionar en forma inapropiada, y sus heces no son moldeadas sino semejantes a bosta de vaca. El contexto familiar se caracteriza a menudo por el abandono. Janin (2008), plantea que en estos niños predomina una expulsión indiscriminada, en estos casos la tensión, no sólo no es procesada, sino ni siquiera sentida. Lo que se repite es el intento de desembarazarse de ella. La angustia como señal de alarma fracasa y el niño queda expuesto a una invasión de estímulos de los que trata de vaciarse utilizando el cuerpo. La cuestión es “echar” todo, despojarse de toda tensión, de todo dolor en un intento de no-sentir.

Esta misma autora considera que a la vez, se puede encontrar a menudo con situaciones de abandono a las que el niño ha quedado expuesto, lo que es equiparable con un estado hemorrágico, se pierde sin tener control de la pérdida. Cuando este tipo de encopresis es de forma secundaria, es precedida por situaciones de abandono o pérdida y que actualiza pérdidas anteriores. Son niños que quedan pasivos, sujetos a un otro que “se va”, lo abandona, en una reiteración de una pérdida traumática, como repetición literal del trauma. Es probable que el control de esfínteres presentado en algún momento dado fuera posible debido a una absoluta dependencia de la madre o del cuidador, al ser abandonado o al

presentar una pérdida, es probable que él también se sienta expulsado y haya un rompimiento de sus sensaciones.

En estos niños la motricidad, se ve reflejada, en una torpeza y pérdida del control motriz, la cual puede ser ligada a la pérdida del control de los excrementos y del esfínter anal, pues sus heces son de consistencia pastosa.

2. El tipo “delincuente” o “*tira bombas*”. Kreisler (1990) y Janin (2008), refieren que estos niños, se trata de niños que se comportan en forma muy coherente con su encopresis, la cual es totalmente voluntaria y está construida por heces bien moldeadas; el hecho de evacuar sin ajustarse a las reglas establecidas les produce un placer innegable. Sus fantasías son muy pobres en general, y todo ocurre en la esfera del comportamiento. Es frecuente que los padres no puedan manejar este problema, que los desborda, pero el estudio de su personalidad demuestra que tienen fallas y que a menudo se dejan desbordar, precisamente, por las dificultades de la vida. Eligen un lugar y un modo para satisfacer su necesidad de evacuar, sus heces son bien moldeadas, en éstos lo que va a predominar es la hostilidad o la agresión manifestada a través del cuerpo, a través de la expulsión, sin embargo, el niño queda expuesto a una situación de humillación y vergüenza. El pensamiento verbal que predomina en este grupo presenta características encubridoras y de rodeo de la acción eficaz, que en ocasiones puede tornarse como inalcanzable (Romano, 1997)

Generalmente, son niños hiperactivos, opositoristas, que desafían toda norma, se trata de niños donde predomina un tipo de motricidad por momentos descontrolada, con episodios de estallidos (pataletas).

3. El niño con encopresis por retención o rebosamiento: Estos niños son fundamentalmente constipados y “se les escapan” las heces, se puede encontrar otra conflictiva predominante: el placer en la retención (lo que prima es lo sensual) y la investidura de las heces como objeto hipervalioso al que no se puede renunciar. Kreisler (1990) manifiesta que las heces son retenidas el mayor tiempo

posible en el recto, para ser evacuadas con placer en los pantalones. Pero el juego del encoprético condensa satisfacciones eróticas diversas y una agresión premeditada contra los educadores. Si bien el autoerotismo es evidente, igual repercute en el mundo externo a través de una elaboración compleja. Romano (1997) considera que la acción en este grupo presenta un carácter expulsivo y de descarga.

Cabe destacar que dentro de la manifestación de los diferentes tipos de encopresis, no siempre se presentan diferencias claras, pues el síntoma puede hacer un recorrido entre las diferentes formas de este trastorno. Sin embargo es importante, analizar que es lo que pasa alrededor del síntoma, bien puede ser que el niño viva una situación de violencia, abandono, o una relación de vínculo alterada con la madre o el cuidador principal, y se puede hacer la pregunta sobre el por qué, el niño eligió esta forma de enfrentar una situación angustiante para él y que es lo que la mantiene activa dentro de la dinámica entre él y su entorno.

1.5 Los Progenitores y el Entrenamiento de los Esfínteres.

El proceso como se llevara a cabo la fase del control de los esfínteres dependerá, en gran medida de la relación que tiene el niño con los padres o con la persona encargada del cuidado de éste.

Conforme se establece la maduración óptima para iniciar la educación de los esfínteres tanto uretral como anal, es como se da entrada a la fase anal, la cual va acompañada, no sólo del control voluntario de los esfínteres, sino de un desarrollo motriz, como es el agarrar, empujar, gatear o caminar y de un lenguaje verbal.

Benedek (1967), refiere que los conflictos emocionales que se desarrollan en el periodo anal son inherentes a la prohibición y dirección de la actividad excretoria y muscular del niño, impuesta por los padres como representantes de la sociedad. Si la relación objetal con la madre es agradable y afectuosa, el niño resolverá

fácilmente el conflicto entre su deseo instintivo de libre autoexpresión y su deseo de dependencia del amor materno, modificando su actividad de acuerdo con las exigencias maternas.

En condiciones favorables los miembros de la diada enfrentan el problema sincrónicamente y lo resuelven sin que los conflictos naturales que surgen durante el proceso paralicen su evolución. Una madre “bastante buena” acompaña empáticamente al hijo en su movimiento pendular de alejarse y regresar, autoafirmarse y buscar protección. (Bekei, 1984). Anna Freud (1997) coincide estas autoras, pues considera que los hechos reales varían de acuerdo con la actitud de la madre, ya que si esta mantiene su sensibilidad con respecto a las necesidades del niño con las que está tan identificada como en lo referente a la alimentación, entonces podrá mediar hábilmente entre las exigencias higiénicas del medio y las tendencias uretrales o anales opuestas de su niño; en este caso el entrenamiento del control esfinteriano progresará gradualmente con tranquilidad y sin trastornos.

Abraham (1985), menciona que en los hábitos de limpieza hay dos actos diferentes, por una parte, se le debe enseñar al niño no sólo a no ensuciar su cuerpo y las proximidades con los excrementos, sino también a efectuar las funciones excretoras en horas establecidas. Abraham lo interpreta más bien como el inicio del proceso de la educación del niño en cuanto a los hábitos de limpieza, el niño comienza a enfrentarse ante la normatividad de un mundo que le reprime sus comportamientos abiertos y sin control.

El principio de limpieza se convierte en algo muy diferente de lo que significa para la madre, mientras que para ella es signo de higiene y agradable presentación, para él constituye sus primeros enfrentamientos con la imposición superyoica, donde se le coarta su comportamiento “natural”. (Muñoz, 1998).

Pueden ocurrir fallas, las cuales darán paso al desarrollo de trastornos dentro de la fase anal. La actitud que presenta el niño ante la educación esfinteriana, puede variar desde mostrar cierta indiferencia ante las exigencias de los padres, jugar con los excrementos reteniéndoles o bien mostrándose negativista en todo momento hacia las exigencias paternas.

Con relación a la educación de los esfínteres, la mayoría de los niños se adaptan tarde o temprano, a las exigencias hechas por los padres o el cuidador, identificándose la mayoría de las veces con las peticiones de los progenitores, sintiéndose así orgullosos de sus logros, una vez que obtiene la capacidad se mantendrá limpio en afecto a los padres. (Abraham, 1985). Sin embargo, la contraparte de este proceso, radicaría en una educación severa por parte de los padres, o bien en indiferencia ante este proceso.

En este período de entrenamiento pueden comenzar a manifestarse nuevos problemas, si la relación con la madre no ha sido satisfactoria debido a la negligencia que intensifica la necesidad del niño de continuar incontinente y rehusar con obstinación que se le eduque. A dicha incontinencia puede preceder la constipación, mediante la cual el niño rechaza deshacerse del producto de su cuerpo hasta que se ve forzado por el reflejo fisiológico de sus intestinos. Mediante la negación a ceder no sólo expresa hostilidad y rabia contra los padres poco afectuosos y severos, sino que en realidad ataca con las heces "sucias". En consecuencia, los excrementos son considerados como objetos de valor, como una creación personal que proporciona el poder de evitar el peligro, y por lo tanto se convierten en un instrumento de ataque contra los padres. (Benedek, 1967).

Melanie Klein (1974) menciona que cuando la madre o la niñera encargadas del control de los esfínteres, al ser rígidas y controladoras en este periodo, suelen tornarse como una persona terrible para el niño, una persona que no solo insiste en que renuncie a sus heces, sino que quiere tomar control de su cuerpo. Estas fuentes de ansiedad, tanto más abrumadoras por ser tan numerosas, constituyen

según la autora, las causas más profundas de sentimientos de ansiedad y culpa del niño en conexión con sus hábitos de limpieza.

Un aspecto importante en el desarrollo de conflictos durante la etapa anal, son las características de personalidad que pueden tener los padres y que se ponen de manifiesto ante la educación de los esfínteres. Lebovici, (1990) refiere que las actitudes de los padres son determinantes en el control de la micción, así como que suelen ser reveladoras del contexto social, de sus valores y de sus exigencias. La actitud afectiva profunda de la madre respecto a la limpieza, se presenta desde del nacimiento del niño, y toma relevancia durante la etapa del control de los esfínteres, atribuyendo a las exigencias educativas una coherencia que el niño advierte o, al contrario, emitiendo mensajes contradictorios o inaceptables y manteniendo la fijación en esta etapa. Bekei (1984) coincide con lo anterior mencionando que el mantenimiento de los trastornos durante la etapa anal o uretral se centraba hasta hace poco en la relación existente entre la madre y el niño y agrega que hay una influencia secundaria por parte del padre y de la pareja parental.

Dentro de la dinámica familiar Lehman (1944, citado en Muñoz 1998)), define a las madres como mujeres con carácter de dictador que esperan que sus hijos respondan de manera inmediata a sus órdenes. Carentes de sentimientos empáticos hacia otras personas, rígidas, controladoras y desatentas de los aspectos significativos de la vida. Lo que muestra que debajo de una actitud dominante se esconde una mujer deprimida que en el fondo desea ser cuidada.

Bemproad (1978), considera que estas madres, son mujeres dominantes, aprehensivas, demasiado involucradas en la vida de sus hijos, donde la gran mayoría, se encuentra distanciada de la relación con el esposo, el cual puede encontrarse ausente con respecto a su papel en casa, por lo que muestran una reacción de enojo y soledad ante éstos. Las historias personales de estas madres se encuentran matizadas de sufrimiento y decepciones durante la niñez,

sintiéndose después resentidas y desengañadas. Por lo general, se devalúan como mujeres y que el ser esposas les hace ser inferiores socialmente a la vez que mantenían fantasías de idealizar a un compañero-padre. (Muñoz, 1998). La particular elaboración de la erogeneidad de la pulsión anal genera una madre activa y un padre psíquicamente ausente e ineficaz. Esta madre se ubica en el centro de la organización espacial y temporal siendo un referente obligado de sus desplazamientos y de sus acciones. (Romano, 1997)

Con relación a la figura paterna Laguna (2008) describe que son sujetos que se ausentan físicamente de sus casas, además del alejamiento físico, son emocionalmente distantes, indiferentes, que no se involucran en la vida familiar. Bemproad (1978), considera que son hombres que presentan una problemática al momento de ejercer su rol masculino, ya que buscan en sus esposas madres sustitutas, sintiéndose amenazados por ellas, por lo que llegan mostrar una conducta pasiva alejándose de su papel dentro de la educación de sus hijos. En ocasiones suelen presentar reacciones hostiles y altaneras, con periodos de mal genio producto de una desesperación por un intento de afirmación masculina.

La prevalencia de un tipo de madre fálica (seductora, omnipresente y omnipotente) y un padre psíquicamente ausente, sin eficacia para imponer una legalidad simbólica y dar un corte a la díada imaginaria, caracterizan tanto al grupo de niños encopréuticos retentivos y expulsivos. (Romano, 1997)

Retomando algunas particulares mencionadas por Laguna (2008), con relación a los padres de niños con problemas en el control de los esfínteres, se presenta el siguiente cuadro:

	Características Psicológicas Encontradas	Relación con el hijo.
Madres	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Viven bajo una fuerte tensión e inestabilidad emocional ◇ Son dominantes, carácter “dictador” ◇ Exhiben una necesidad de que sus hijos dependan de ellas. ◇ Muestran historias infantiles de decepciones (o duelos no resueltos) ◇ Con rasgos evidentes de depresión, por lo que presentan con frecuencia sentimientos de desesperación, devaluación, resentimiento, engaño y desaprobación social. ◇ Impulsivas ◇ Inconstantes en los cuidados maternos, oscilando entre al rigidez y flexibilidad excesiva ◇ Con fuertes conflictos para vivir en pareja, ya que tienden a alejar a sus esposos a través de humillaciones y críticas. Una vez que se da el abandono por parte de éstos, expresan sentimientos de enojo y soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Los perciben como una “carga”, desobedientes y poco demostrativos de afecto. ◇ Tienden a la ambivalencia, ya que se muestran intrusivas, pero simultáneamente excluyentes y rechazantes.
Padres	<ul style="list-style-type: none"> ◇ No aceptan su rol masculino en la relación de pareja ◇ Tienen reacciones hostiles y altaneras en un intento de reafirmar su masculinidad ◇ Se sienten amenazados por sus mujeres ◇ Se ausentan física y emocionalmente del hogar, ya que no se involucran en la vida familiar. ◇ Hay una tendencia al aislamiento o a “fugarse” en una excesiva preocupación por el trabajo. ◇ Impulsivos y en ocasiones muy agresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Es una relación de ausencia, ya que perciben a su hijo como muy dependiente de las madres, siendo prácticamente propiedad de ellas. ◇ Describen al hijo como deprimido, aislado, desobediente y oposicionista

Laguna (2008)

Como se puede observar la dinámica establecida dentro de los miembros de la familia, se vuelven una parte importante dentro del desarrollo de la patología directa con relación a la micción y a la excreción, la historia de vida de los padres, sus formas de actuar con respecto al hijo y el como viven el padecimiento de éste, se pondrán de manifiesto trayendo diferentes tipos de conducta tanto de parte de los padres como del niño. La psicodinamia en torno a la enfermedad no puede dejar de considerarse dentro del estudio de la enuresis y la encopresis, pues como se ha visto, el origen o el mantenimiento de estas en la mayor parte de los casos

tiene un sustento directo en la relación del niño con la madre o bien con el cuidador primario.

1.6 Tratamiento de la Enuresis y la Encopresis.

El tratamiento que se brinda tanto a la enuresis como a la encopresis no es único, existen diversos tipos de intervención. Bekei (1984) refiere que así como no hay psicopatología ni personalidad única de los chicos que padecen este tipo de trastornos tampoco su terapia es uniforme. Esta se debe ajustar a cada caso y aplicar el tipo de tratamiento más conveniente.

Dado que orinarse o defecarse sobre alguna superficie inadecuada o sobre si mismo, se considera un hecho patológico sólo pasados los cuatro años, no se empieza el tratamiento antes de esa edad. Pero si se descubre que un niño que ya no lo hacía vuelve a mojarse a raíz de un acontecimiento traumático conocido, se debe hacer una intervención con el niño y con sus padres.

En los padecimientos ligados al control de la micción y la defecación, como es la enuresis y la encopresis, hay dos aspectos importantes, por un lado el papel del síntoma y por el otro que es la parte afectiva de aquel niño que les padece. Aguilar, (1998), considera que a modo preventivo es necesario hacer una labor de prevención, dentro de la cual se haga un acercamiento hacia lo padres, dando a conocer los siguientes puntos en torno al control de lo esfínteres:

1. Dar a conocer cuáles son las etapas naturales de control: informando que se consigue entre el primer y el tercer año, primero controlando la defecación y posteriormente la micción diurna indispensable para el establecimiento de la limpieza nocturna;
2. Evolución progresiva de los controles, con posibilidad de regresión la cual no se debe dramatizar;

3. Importancia de mantener seco al lactante, cambiarle con frecuencia, reconocer las manifestaciones que muestran que se encuentra mal cuando esta mojado;
4. Costumbres prematuras, antes de que se haya establecido un control psicomotor suficiente; esperar que el niño pueda sentarse antes de ponerle en el orinal, a que ande antes de emprender la educación del control de los esfínteres;
5. Tener en cuenta las necesidades del niño y no confiarse únicamente del reloj;
6. No olvidar, la importancia del factor relacional en la educación esfinteriana que los padres deben llevar a cabo con coherencia, sin considerarlo un simple amaestramiento o una evolución espontánea que no requiere ayuda.

Asimismo Schmit y Soulé (citados en Aguilar, 1998) exponen que aunado a lo anterior es evidente que no se deben subestimar el peso de los elementos inconscientes en las actitudes educativas de los padres, pero la contribución de nociones objetivas ayuda a los adultos a situarse con mayor soltura, a asumir sus exigencias y a controlar su angustia en las tareas educativas.

No obstante independientemente de las recomendaciones que pueda llegar hacerse a los padres, dentro de un abordaje preventivo, es de primordial importancia la intervención que se haga directamente con el niño, para Knobel (1977), dada la frecuencia tan grande de este tipo de problemáticas el profesional se ve obligado a aguzar el ingenio psicoterapéutico.

1.6.1 Tratamiento de la Enuresis.

Para el tratamiento de la enuresis, como se mencionó anteriormente, se plantean diferentes tipos de intervención, como pueden ser de carácter farmacológico, así como la aplicación de ciertas técnicas que incluyen sistemas de alarma contra la orina y la psicoterapia de orden clínico.

Dentro del tratamiento farmacológico, la prescripción de la imipramina es común y actualmente se incluye la desmopresina. Autores como Ajuriaguerra (1973) y Mikkelsen (2000) mencionan que estos medicamentos tienen un efecto antidepressivo que apoyaría la hipótesis, según la cual la enuresis es un equivalente depresivo; ambos tienen una acción estimulante sobre el sistema nervioso central disminuyendo la profundidad del sueño; así como la actividad anticolinérgica teniendo una acción sobre el aparato de micción relajando el músculo constrictor de la vesícula y aumentando la tonicidad del esfínter vesical, permitiendo este efecto combinado que la vesícula contenga una mayor cantidad de orina antes de que el reflejo de racionamiento induzca a que la vejiga se contraiga y se detenga la micción. La imipramina actúa también como equilibrador de la estructura de la personalidad permitiendo tener unas mejores relaciones con el entorno. Aunque casi siempre se obtiene un efecto positivo, en la inmensa mayoría de los casos los niños sufren de recaídas tan pronto se les suspende el medicamento (Davison, 2000).

Desde el enfoque conductual se aborda la problemática, con la utilización de una alarma contra la orina, la cual consiste en un timbre y una batería que se encuentran conectados a una cojín, compuesto de dos laminillas metálicas, una superior perforada, ambas separadas por una capa de tela absorbente. Dicho cojín se inserta en una almohadilla que se coloca debajo del niño a la hora de dormir. Cuando las primeras gotas de orina tocan la tela, actúan como un electrolito y se completa un circuito eléctrico entre ambas laminillas. El circuito completo activa el timbre, que despierta al chico de inmediato o poco después de que empezó a mojarse. Entonces, él deja de orinar, apaga el dispositivo y va al baño. Sin embargo, en este procedimiento son comunes las recaídas, muchas veces acompañadas de un pronóstico negativo a causa de factores como el estrés familiar y conductas problemáticas por parte del niño (Mikkelsen, 2001)

Otro tipo de orientación enfocada a la intervención psicológica es la psicoterapia de juego, la cual ha demostrado ser uno de los recursos con más efectividad en el tratamiento de este tipo de problemáticas, la orientación psicodinámica, se aproxima no sólo al abordaje del síntoma sino que también toca las problemáticas que subyacen a éste.

Dolto (citado en Aguilar, 1998) plantea la necesidad de analizar el comportamiento afectivo del niño para saber en qué estadio del desarrollo de encuentra y cuál fue el motivo para que le niño tuviera una regresión a un estadio anterior. Asimismo señala que hay una necesidad de analizar las características del síntoma con base en la edad del niño y buscando el origen en las problemáticas que se relacionen con éste. Sperling (1993) coincide con esta autora ya que para ella la micción tiene muchas significaciones simbólicas, que se remiten a hechos básicos y que son esenciales para comprender la dinámica de la enuresis y del niño enurético.

Dentro del enfoque psicodinámico, en el tratamiento de la enuresis es primordial la cualidad de la relación madre-hijo. De inicio los padres necesitan una orientación con respecto a lo que le sucede a su hijo, pues no solo para el niño es vergonzoso el orinarse en la cama o bien sobre sus ropas, por lo que la intervención con ellos podría comenzar con una orientación sobre como tendrán que hacer para educar el esfínter de su hijo.

Por una parte el entrenamiento esfinteriano por parte de los padres, la forma en la que educaron a su hijo para ir al baño, toma una relevancia que ayudará al terapeuta a comprender ciertos puntos de la problemática. La inmadurez emocional de los padres y las dificultades que ellos mismos tienen en el control de sus instintos, sea esto manifiesto o se exprese en una conducta del niño para adquirir y ejercer él mismo ese control. (Sperling, 1993)

A través de todos los casos, se llega a la conclusión de que el aprendizaje de limpieza debe iniciarse después del primer año de vida, para que el niño haya llegado a un fase de su desarrollo en que orina y heces hayan perdido su

peligrosidad fantaseada; para que la imagen materna de la madre sea estable y no predomine la fantasía de una figura aterradora que es frecuente en fases tempranas del desarrollo, y en tercer lugar que el niño haya alcanzado una estabilidad y destreza suficientes en el estar de pie sentado y en el caminar a fin de que el estar sentado en el orinal, o de pie para orinar en el caso del varón, no signifique un esfuerzo y no incremente la ansiedad. (Aberastury, 1984).

Dolto (1982) sugiere que todo depende de si la persona que educa al niño para sus necesidades respeta sus deseos. Son todas las actividades de la vida de ese niño lo que se tiene que estudiar con la madre para saber lo que contienen de su autonomía y del libre juego de sus deseos, cuando no entorpecen directamente la libertad de acción de los demás. Así como el darle a conocer al niño que no es el único que ha presentado este padecimiento. Igualmente la autora hace referencia a la importancia que tiene el estimular la independencia del niño dentro de la relación madre hijo.

Es aconsejable también que el aprendizaje lo realice la persona que tiene mejor vínculo afectivo con el niño (sea la madre o la figura sustitutiva) y que ya esté ocupada de la mayor parte de sus necesidades, de modo que el vínculo positivo con ella le permita entregar sus productos sin una exagerada ansiedad. Es obvio que la actitud con el niño debe ser de una gran tolerancia frente a sus dificultades, y que debe graduarse la exigencia de la limpieza hasta lograrla de acuerdo con las reacciones emocionales del niño, pero manteniendo una exigencia estable. Es aconsejable iniciar el control alrededor de los dos años, y una vez iniciado no se suspenda. (Aberastury, 1984).

Algo que también se ha observado es la relación pasiva o ausente del padre con el hijo dentro de este tipo del trastorno de la enuresis, por un lado y por el otro el deterioro de la relación que tiene el primero con la madre. Dolto (1997) apunta que se le puede ayudar a la madre implicando un poco más al padre dentro de la enseñanza del control de los esfínteres y menciona que dentro del proceso

terapéutico, es muy difícil, sobre todo si el psicoterapeuta es mujer, puesto que ese niño no tiene una imagen de su padre, sin embargo, si llegamos a saber por la madre, cuál ha sido la historia del padre, podemos entonces devolver al niño una imagen paterna sana. Lo importante es devolver al niño un genitor íntegro, hijo él mismo de un genitor íntegro. Pero una parentalidad que permaneció inexpresada hasta ahora, en la que la relación tutelar de padre a hijo, podría señalársele de la siguiente manera *¿si tu padre estuviera aquí como te gustaría que fuera?*, es lo que hay que preguntarle. Es ese trabajo de las fantasías lo que devuelve al niño el poder de su dominio de sí mismo. (Dolto, 1982)

En algunos casos no basta esta actitud de apoyo y puede disponerse una psicoterapia cuyos objetivos esenciales serán los siguientes: reducir el problema conflictivo, mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de orden afectivo. Si bien a veces bastará una psicoterapia de apoyo o mediante sugerencias, en otras ocasiones habrá que actuar en profundidad para descubrir la especial forma organizativa de la personalidad infantil. (Ajuriaguerra, 1973)

Otro aspecto dentro del tratamiento de la enuresis, lo aborda Lebovici (1990) quién menciona que la actitud del terapeuta; debe ser la de establecer una relación de confianza con el niño, abordar la dinámica conflictiva consciente e inconsciente que soporta el síntoma, construirse en el aliado del niño en su deseo de curarse. Esto exige abandonar las recetas terapéuticas o los juicios dogmáticos sobre el síntoma, el niño o la familia. Y añade que por parte del terapeuta debe haber una modestia y aceptar que:

- La enuresis se basa en una posición regresiva general; la relación de la madre con su niño se caracteriza por la complicidad y la superprotección. En estas circunstancias hay que armarse de paciencia y ayudar al niño a evolucionar, invirtiendo todo el tiempo que sea necesario.

- No resulta nunca fácil convencer a la madre y a los niños para que abandonen los pañales y los cuidados corporales de tiempos pasados, y para que vuelvan a considerar las condiciones materiales que mantienen la regresión.
- Apartar las causas de excitación, de fatiga, de ansiedad, favorecer sueño de buena calidad, favorecer nuevos investimentos familiares, en particular deportivos, son consejos de sentido común que tendrán más efecto si se proporcionan en el momento oportuno.

1.6.2 Tratamiento de la Encopresis.

La intervención terapéutica debe presentarse en varios niveles, ya que como menciona Ajuriaguerra (1973) la encopresis es un síntoma que únicamente cabe en el niño en desarrollo. De inicio el papel del medio ambiente, en específico de la madre o del cuidador principal durante la educación de los esfínteres, todas las consideraciones son, en definitiva, en torno a la relación madre-hijo. Los errores cometidos por la madre en la educación del hijo respecto a la limpieza, el nacimiento de un hermano, el poco entendimiento entre los padres o cualquier otro factor desfavorable apenas si tendrán consecuencias con tal que la madre esté íntimamente en contacto con su hijo. El respectivo comportamiento puede evolucionar en un clima favorable y desaparecer el síntoma al superarse el conflicto.

Dentro del tratamiento se deben examinar aspectos sobre como ha sido el control de los esfínteres, la influencia de cómo se llevo a cabo este aprendizaje de la limpieza, ya sea de forma negligente y sin coherencia dentro del entrenamiento o dándose el otro extremo un aprendizaje temprano, exigente y represivo por parte de la madre.

Con respecto a lo anterior Lebovici (1990), añade una técnica segura parece ser la consulta terapéutica repetida, que asocia a, madre e hijo. Así se apreciará mejor la

dinámica interfamiliar, la circulación de los intercambios y el juego de las interacciones, dentro de las cuales poco a poco, se irán proponiendo nuevas disposiciones para cada uno de ellos.

Con relación a la parte que corresponde al niño durante el tratamiento se puede encontrar, como comenta Ajuriaguerra (1973) que el niño se resista al aprendizaje por razones de organización durante la etapa anal pues en algunos casos hay un placer desproporcionado por la excreción y las materias fecales (autoerotismo), sin preocuparse por las reglas de higiene. Otros necesitan afirmar su agresividad de manera regresiva.

Dentro de la terapéutica de estos casos es Lebovici (1990) sugiere que uno de los objetivos es conseguir que el niño renuncie al placer masturbatorio autoerótico anal y también a la preparación que él mismo se organiza al negarse a defecar por la mañana. Se debe demostrar al niño y a su familia que su estreñimiento rebelde y/o su encopresis episódica no son la consecuencia pasiva de una enfermedad o de una malformación, sino el resultado de un fenómeno activo deliberado, y volver a descubrir con él el mecanismo que utiliza mal pues también le cuesta traducir en pensamiento y en palabras lo que ocurre rápidamente en un “acting” constante en su cuerpo.

Para Kreisler, (1990) es esencial hacer comprender bien al niño que sabemos que se trata de un fenómeno activo deliberado y que no lo consideramos la víctima pasiva de una dificultad interna, una enfermedad o una deficiencia. Se le puede pedir entonces que busque las razones que lo llevaron a elaborar y mantener esta práctica durante un período más o menos largo.

La disfunción del esfínter anal en el niño, aunque de inicio pudo haber sido inducido por el entrenamiento proporcionado por los padres, también pudo hacer que éstos tengan un compromiso con su propia personalidad y con el rol que llevan a cabo, el cual puede resultar difícil de organizar.

Con todo, el síntoma podrá fijarse cuando se perturba el contacto con la madre y cuando no evolucionan las actitudes, entonces será equivalente a una constante agresividad; al rechazar el conflicto, éste evolucionará como enfermedad psicosomática. También puede ser el síntoma un beneficio secundario para el niño por tornarse en ese momento más indulgente la madre, que se siente culpable por la educación excesivamente exigente. (Ajuriaguerra, 1973). Este mismo autor relaciona con el pronóstico de la encopresis factores como; la ansiedad, el contacto con la madre e intereses comunes de ésta y añade que el pronóstico de la encopresis instalada es tanto más favorable cuanto:

1. Cuanto más inteligente es el niño,
2. Cuando no hay trastornos de la maduración sensomotriz,
3. Cuando su medio familiar es homogéneo
4. Y la relación con el padre le proporciona una imagen sólida y tranquilizadora que le haga superar la díada madre-hijo.

Autores como Kreisler (1990), Lebovici (1990), Ajuriaguerra (1973), subrayan el papel del terapeuta dentro del tratamiento de los trastornos de la defecación y hacen énfasis, en el papel de la contratransferencia, pues en muchas ocasiones puede ser difícil mostrar una actitud neutral y acogedora, con respecto a las entrevistas con el niño o con los padres, pues lo que transmiten al terapeuta remite de forma bastante brusca con las soluciones de compromiso que se han establecido con respecto a este tipo de problemáticas.

El terapeuta al enfrentarse con la materia anal, en un plano simbólico y si puede dominar con cierta facilidad los efectos que suscitan estas evocaciones, no se producen conflictos importantes, es porque se encuentra protegidos –es algo que se debe reconocer - por una mediación, un sistema simbólico que hace de pantalla.

En la encopresis (y conductas de acting out), ya no se cuenta con esa protección; por el contrario, existe una realidad inmediata que nos solicita intensamente y que

genera afectos violentos, de los cuales el terapeuta se protege con los recursos de su propia estructura.

En la técnica de la consulta terapéutica se propone reunir al mismo tiempo al terapeuta, el niño, los dos progenitores y –si es necesario- otras personas implicadas, por lo que es imprescindible para obtener resultados eficaces. Kreisler (1990) menciona que es importante que los padres se enteren, por boca del niño, de que él está de acuerdo con lo que ha surgido en la terapia en cuanto al significado del mecanismo descubierto, para que ellos, en lugar de seguir atribuyendo la encopresis a una falla fisiológica de la que el niño sería víctima, la atribuyan más bien, a un modo activo de lucha de éste contra el reflejo normal.

De este modo la experiencia ha determinado que en la actualidad la terapéutica sea mucho más prudente; revisando varias consultas terapéuticas y haciendo avanzar por etapas el proceso de curación. Una cura exageradamente rápida sorprende siempre a los padres.

1.6.3 Técnica del Arenero.

En este pequeño apartado se llevará a cabo de manera breve la descripción de la Técnica de la Caja de Arena, pues es una parte importante del presente Reporte de Experiencia Profesional ya que fue utilizada en una parte importante del tratamiento.

Para Schaefer (2005) los niños tienen un trabajo; jugar, de modo que juegan “nada más porque sí” y mediante el juego aprenden, crecen, desarrollan capacidades, anticipan cambios y se recuperan de sus problemas. Por ello se sirven de los materiales de juego, generalmente circunstanciales, a fin de expresarse y liberar tensiones. Los escenarios de juego resultan en un microcosmos de la sociedad en donde los niños experimentan una y otra vez sus beneficios expresivos y de proyección que favorecen su desarrollo y acrecientan el

goce de la vida en los momentos difíciles, al abrirse al conocimiento de sí mismos y al establecimiento de relaciones con los demás.

La terapia de juego es definida por Landreth (citado en Sánchez, 2007) como “una relación dinámica interpersonal entre un niño y un terapeuta que facilita el desarrollo de una relación segura para que el niño exprese y explore sus sentimientos, pensamientos, experiencias, y conductas, a través de su medio natural de comunicación: el juego”. Entre las herramientas que se encuentran en la psicoterapia de juego se puede hacer uso de la Técnica del Arenero, la cual es un recurso utilizado de manera recurrente por algunos terapeutas infantiles.

El Juego de Arena como "método psicoterapéutico", fue ideado por Dora Maria Kalf, analista suiza, a partir de una técnica psicológica creada por Margaret Lowenfeld, pediatra inglesa que en forma contemporánea a Melanie Klein introdujo el juego en la relación analítica con niños (Thompson, citado en Batista, 2003).

La arena es una palabra que por el simple hecho de ser mencionada genera múltiples sensaciones, de pensamientos, sentimientos e imágenes. Kalf asumió que la arena, de manera general, es lúdica por sí misma, e invitaría al modelaje de formas o escenas. (Franco, 2003)

La técnica de la caja de arena requiere la utilización de dos cajas llenas de arena y una amplia colección de miniaturas representativas de todo el universo (animales, personas, viviendas, medios de transporte, vegetación, figuras mitológicas, religiosas, etc.). El niño, es invitado a escoger una de las cajas en la cual deberá construir un escenario, con miniaturas escogidas por él (Franco, 2003). La diferencia entre las cajas es que, en una de ellas, el paciente podrá añadir agua a su voluntad, trabajando de forma más lúdica, emocionalmente más regresiva y con más plasticidad.

La terapia de arena es una forma de activar la fantasía, y utiliza el pensamiento fantasioso, el cual es simbólico e imaginativo y esta formado por emociones,

intuiciones e imaginaciones. (Schwarzablat, 2002). En la técnica de la caja de arena se entrelazan el juego y la arena, y se recurre a la elección e inclusión de miniaturas, a través de las cuales el paciente podrá moverse dentro de su pasado, presente y futuro, describiendo eventos inexplicables, así como la confrontación de ciertas problemáticas, tanto internas como externas (Taylor, 2009)

La bandeja de arena proporciona fotografías instantáneas, autodesarrollas, a la vez que le permite al terapeuta tomar notas sobre el proceso. Estas últimas pueden recordarle más adelante, que figuras fueron seleccionados y en que orden, cuales fueron descartados o cambiados, los comentarios espontáneos hechos por el paciente durante el trabajo, etc., facilitando, además, la observación de las constelaciones emocionales, sobre todo las de gran intensidad, ya que éstas muestran el sentido de la realidad de la psique, que subyace a la construcción de la imagen proyectiva que se da durante ese trabajo (Hall, en Schwarzablat, 2002).

La terapia de arena, hace relevancia primordialmente en la comunicación no verbal a través del uso y selección cuidadosa de miniaturas, con el objetivo de facilitar la salud mental y sacar a flote los recursos internos. (Taylor, 2009)

Es importante que el terapeuta sea una persona empática con los escenarios que realiza el niño, favoreciendo la libertad de creación y proporcionando la protección necesaria, para que el niño pueda sentirse alentado a contactar y experimentar con su interior. El método de observación no es directivo, puesto que el terapeuta-observador intenta ser pasivo y neutral, a la vez que se muestra interesado y apoya lo que el niño hace. El objetivo de la observación es hacer que el niño se sienta libre para expresar pensamientos y sentimientos a través de la arena y los juguetes. (Sánchez, 2007)

Dentro de los beneficios que se encuentran al utilizar la terapia con arena, se pueden encontrar los siguientes: (Sánchez, 2007. Schwarzblat, 2003, Taylor, 2009)

- Que el paciente logre recontactar con su mundo interno, logrando confrontar con sus conflictos y poniendo en juego sus propios recursos para resolverlos.
- La creación de escenarios permite al paciente el analizar sus pensamientos y sentimientos internos, los cuales pueden ser tocados, experimentados, cambiados y discutidos.
- Facilita la expresión y la comprensión de las diversas problemáticas o modos de actuar.
- Se pueden romper defensas y disminuye la resistencia psicológica del paciente, permitiendo que este logre la expresión, de deseos o temas que el paciente prefiere no abordar.
- El paciente tiene la posibilidad de pasar de ser la víctima de sus propias experiencias a ser el director y creador de nuevas vivencias.
- Esta técnica puede ser utilizada en cualquier momento del proceso; con ella se puede realizar parte de la evaluación inicial o bien, evaluar el progreso de la terapia.

El juego de arena presenta una oportunidad dentro de la técnica de la psicoterapia de juego para abordar diferentes temáticas, pues su riqueza y profundidad ayuda a los pacientes a expresar que es lo que les acontece dentro de su mundo interno, sus sentimientos, y sensaciones de manera efectiva dentro de un ambiente amigable y de contención.

La utilización de la caja de arena dentro del tratamiento, con niños que padecen enuresis y encopresis, resulta útil, pues es una herramienta que facilita la comprensión de etapas anteriores de la infancia como pueden ser, anal, libidinal y sádica, y temas relacionados a estas como la autonomía versus vergüenza, el ejercer el poder y el control, retener versus soltar; placer en ser, placer en hacer,

iniciar y detener control de impulsos, asimismo, fases como la separación e individuación, con relación a lo anterior se trabaja con afirmación, destrucción de la autoridad; división entre el ser y el objeto y placer en producir. Es por esto que la producción de imágenes o forma que expresa problemáticas inconscientes que le permitirán adoptar una actitud frente al material plasmado, que solo produce síntomas, pero no genera como tal una insight ni comprensión de lo que ocurre realmente.

CAPITULO DOS

CASO CLÍNICO

2. Justificación.

Los síntomas de la enuresis y la encopresis, se encuentran presentes en la consulta psicológica infantil, no obstante, en algunas ocasiones los padres del menor no lo reportan como una problemática real, llegando incluso a reportárseles en segundo término como motivo de consulta. Para ambos síntomas el diagnóstico debe realizarse una vez que el niño ha pasado los 4 años de edad y el control de los esfínteres ha sido alcanzado como tal. Por lo que el realizar una revisión teórica-práctica con respecto a su presencia durante la niñez, puede ayudar a resolver dudas o esclarecer ciertos puntos de vista que se tienen en torno a ambos síntomas.

Si bien la presencia de la enuresis suele ser más frecuente durante la infancia, contrario a lo que sucede con la encopresis, la cual es considerada como un padecimiento poco común, ambas traen consecuencias en el desarrollo psíquico del niño, en las características que éste presenta, en la dinámica que se puede llegar a vivir en casa con la familia, así como en su pauta de interactuar con la gente que le rodea. Sin embargo un aspecto que no se debe olvidar es aquello que puede pasar por la mente del niño, todas aquellas emociones y fantasías que despierta este tipo de síntomas y los procesos mediante los cuales fue que se recurrió a ellos, de aquí la importancia de aproximarse a la intervención y abordaje que puede hacerse de este tipo de síntomas ya que de lo contrario pasarlos por alto o bien dejar que desaparezcan con el transcurso del tiempo, puede traer consecuencias a nivel emocional y en diferentes ámbitos en el futuro adulto del niño que les padece.

El presente reporte tuvo como objetivo el hacer una revisión sobre la relación que tiene el vínculo madre-hijo con respecto a la presencia de los síntomas de la enuresis y de la encopresis y como este puede influir con relación a su permanencia. La presencia de referentes teóricos tiene su importancia en la ayuda para la comprensión del caso que se expone, así como la supervisión de este a lo largo de la residencia.

El caso que se presenta a continuación tiene como objetivo el exponer un aspecto de la problemática de los síntomas de la enuresis y la encopresis, sus características y consecuencias, así como el proceso terapéutico, las particularidades del paciente, sus recursos, y finalmente la intervención hecha a lo largo del proceso terapéutico

2.1 Objetivo General.

Dentro del objetivo general que se tuvo para la realización de este reporte de experiencia profesional, se encuentra el conocimiento y análisis de la relación que puede presentar la interacción en la díada madre-hijo con los síntomas de la enuresis. El presente trabajo tuvo como objetivo la descripción del proceso y la intervención terapéutica en Mario un niño de 9 años de edad, el cual fue llevado a terapia por presentar episodios reiterados de enuresis nocturna y encopresis.

2.2 Objetivos Específicos.

-Identificar las principales características en el vínculo madre-hijo que puedan estar asociadas a los síntomas de la enuresis y de la encopresis.

- Analizar el discurso, juego y material clínico aportado por el menor, durante las sesiones para poder realizar un trabajo de investigación que permita la óptima comprensión de la presencia de dichos síntomas.

-Explorar a través de los datos brindados por los padres, así como el discurso de éstos, la dinámica familiar y la interacción madre hijo, con el objetivo de determinar que tanto la disrupción de esta díada tiene una influencia determinante en la aparición de los síntomas de la enuresis y la encopresis.

-Análisis clínico e interpretación del caso, en base al marco teórico de orientación psicodinámica.

2.3 Tipo de Estudio.

Exploratorio, ya que se trató de buscar la incidencia de la relación de la díada madre-hijo con los síntomas de la enuresis y la encopresis.

2.4 Escenario.

Las entrevistas con los padres del menor, la evaluación psicológica en el proceso inicial, así como todas las sesiones del proceso terapéutico se realizaron en un cubículo del Centro de Servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

2.5 Participantes.

Se trabajó con un menor de 8 años de edad que acudió a consulta psicológica, teniendo como motivo de consulta la presencia de enuresis y encopresis secundarias, en un periodo mayor a los seis meses. Cabe mencionar que durante del tratamiento el menor cumplió los 9 años de edad. Asimismo se trabajó con los padres del menor en entrevistas de carácter mensual, con el objetivo de indagar los avances de éste en casa y en la escuela, así como con el objetivo de brindar orientación y resolver dudas de parte de éstos.

Además se trabajó con los padres del paciente, ya que dentro de la psicoterapia infantil la inclusión de los padres en el tratamiento del menor es fundamental, pues al encontrarse dependiente de ellos en todo momento a nivel afectivo, económico y familiar, una parte importante del tratamiento es con éstos, no sólo por los datos aportados, sino porque del trabajo que ellos realicen y de la orientación que reciban dependerá una parte de la eficacia del tratamiento.

2.6 Instrumentos.

En un inicio se utilizaron pruebas psicológicas con el objetivo de realizar una evaluación, con el fin de obtener datos más precisos, con respecto al nivel intelectual y emocional (Test de Bender, WISC-R, Test de la casa, árbol y persona, Figura Humana, C.A.T, Test de la Familia, Dibujo libre y Juego Diagnóstico).

Asimismo se realizaron entrevistas con ambos padres del paciente, a lo largo del tratamiento, con el objetivo de obtener un reporte de la conducta observada en casa y en la escuela, así como la interacción del niño con los pares.

Durante el tratamiento fueron utilizadas entrevistas semidirigidas, actividades con la caja de arena y juego libre.

2.7 Procedimiento.

La modalidad de intervención fue de tipo terapéutico con relación al niño pues tuvo como objetivo el resolver la conflictiva subyacente a los síntomas de la enuresis y la encopresis. Dicha intervención se realizó a través de 31 sesiones en el periodo de octubre del 2008 a junio del 2009, el tipo de enfoque que se manejó fue la terapia de juego con enfoque psicodinámico. La duración de las sesiones era de 50 minutos aproximadamente y en estas se utilizaban técnicas de juego semidirigidas o el juego libre.

Con respecto a los padres, la intervención se llevó a cabo en la línea de la orientación con respecto a la adecuada dinámica familiar, así como preventiva acerca de ciertas pautas o prácticas de riesgo que se llevaban a cabo dentro de la dinámica familiar.

Dentro de la fase inicial para el presente reporte, se realizaron entrevistas exploratorias con la madre del paciente con el objetivo de obtener información del síntoma presentado por el menor, así como la realización de la historia clínica de éste. Posteriormente se realizaron sesiones de Juego diagnóstico con el menor y se realizó la evaluación psicológica en el rubro intelectual y emocional, con el objetivo de llegar a un diagnóstico el cual permitiera iniciar una línea de intervención. Cabe mencionar que desde el periodo de evaluación se iniciaron las intervenciones, ya que parte de la dinámica de la fase inicial lo permitía y de igual modo se lograron alcanzar objetivos más específicos en torno al abordaje de la problemática.

En la fase intermedia se realizó la intervención terapéutica, de inicio se tuvo el objetivo de analizar ambos síntomas, el de la enuresis y el de la encopresis, pues estos se encontraban en una fase aguda, presentándose incluso dentro del set terapéutico. Una vez que se abordó este objetivo y se consiguió la remisión de los síntomas manifiestos se hizo la intervención terapéutica, dirigida a aquellas problemáticas subyacentes, como la baja autoestima del menor, conflictiva en la relación padre-hijo, falta de seguridad en sí mismo, así como la dependencia disruptiva entre el niño y su madre.

En la fase final, dentro del proceso terapéutico se realizaron entrevistas clínicas con la madre del menor, con el objetivo de indagar las mejoras que había presentado el paciente a lo largo del proceso terapéutico, así como dar orientación una vez finalizado el tratamiento. Con respecto al trabajo de M, éste logró verbalizar y comprender las problemáticas por las cuales asistía a terapia, viéndose reflejados los avances dentro de su desempeño en relación a su

conducta en casa, así como dentro del rubro de las relaciones interpersonales y un acercamiento a la figura paterna. Asimismo se logró un desempeño favorable del niño al tener que afrontar situaciones nuevas que el medio le planteaba.

Cabe mencionar que durante el tratamiento se produjeron 2 interrupciones, la primera ocurrió durante la fase intermedia, debido a una intervención quirúrgica que se tuvo que realizar la madre del paciente, la segunda fue durante la contingencia sanitaria de la influenza, suspendiendo dos sesiones del tratamiento.

Lo anterior, será descrito en la sección de resultados, con el objetivo de exponer la intervención que se realizó, Así como los resultados obtenidos en la evaluación psicológica, con el objetivo de observar en que condiciones Mario entro a la intervención. Dentro del procedimiento como rubro final se hará la discusión y la conclusión del presente trabajo, ambos apartados serán llevados a cabo retomando el marco teórico y contrastándolo con la presentación del caso clínico, con el objetivo de proporcionar pautas de intervención dentro de esta problemática.

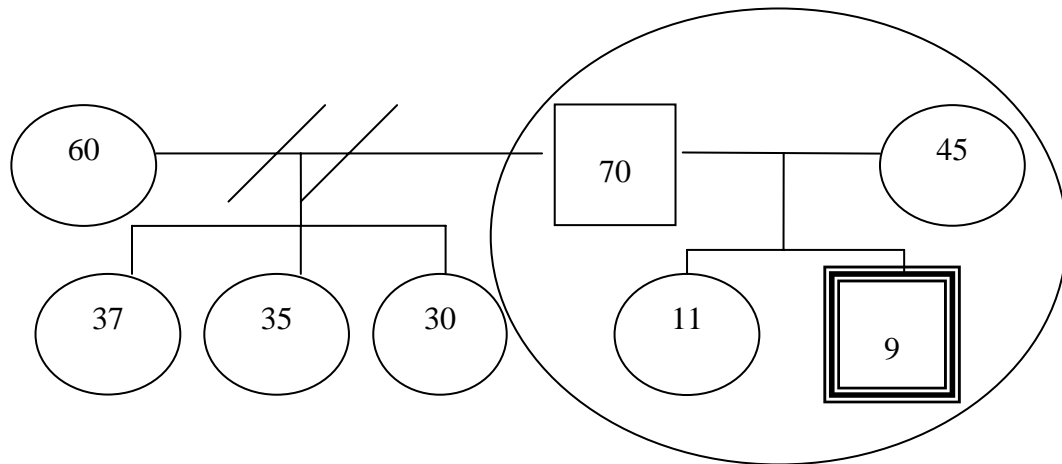
2.8 Presentación del Caso.

2.8.1 Historia Clínica.

Ficha de Identificación

Nombre	Mario
Edad	9 años
Escolaridad	4º de primaria
Fecha de Nacimiento	Octubre de 1999
Lugar de Nacimiento	México D.F.
Religión	Católica
Nombre de la Madre	Silvia
Edad	45 años
Ocupación	Profesora frente a Grupo
Escolaridad	Lic. Trunca
Edo. Civil	Casada
Religión	Católica
Nombre del Padre	Guillermo
Edad	70 años
Ocupación	Empleado de Gobierno
Escolaridad	Secundaria
Edo. Civil	Casado
Religión	Católica.

2.8.2 Familiograma.



2.8.3 Motivo de Consulta.

Por parte de la madre: Asiste a la primera entrevista únicamente la madre del menor, quién comenta que busca ayuda para su hijo pues tiene más de 2 años que presenta enuresis y actualmente encopresis. Asimismo añade que es un niño tímido e inseguro, el cual no sabe hacerle frente a los conflictos que se le pueden presentar. Lo describe como un niño “torpe y bobo” (sic madre). Comenta que ha recurrido a diferentes tipos de terapias desde “imanes”, camas de relajación, a terapia con una tanatóloga, o incluso hablarle mientras duerme, pidiéndole que deje de mojar la cama. El padre no asiste a esta primera entrevista, pues según la madre, no tiene tiempo por cuestiones de trabajo, sin embargo, más adelante añade que es un hombre que no se muestra interesado en la intervención psicológica para el menor.

Por parte del menor: En la primera sesión se le pregunta si sabe el motivo por el cual asiste al Centro, responde que es debido a que se hace pipi en la cama y debe resolverlo sin que nadie se entere pues es un secreto ya que de lo contrario la gente podría burlarse de él.

2.8.4 Descripción Clínica del Menor.

Mario es un niño de 9 años de edad, con una estatura de 1.10 metros de altura de complexión corporal flácida, tez clara, cabello lacio y facciones finas. Su talla y su peso son adecuados a su edad, sin embargo, su aspecto físico es en general al de un niño de menor edad. Mario tiene una expresión facial de timidez y aflicción. De inicio su actitud es de desconfianza, más aún cuando de primera vez entra al consultorio, se muestra ansioso al separarse de la madre, quién con lagrimas en los ojos, pregunta si puede entrar a las sesiones con él. Durante la fase inicial del tratamiento Mario se muestra tímido y pocas veces toma la iniciativa para jugar, siempre esperando a que le pregunte que es lo que trabajará en la sesión.

Sus movimientos son torpes y poco firmes, da la impresión de que al caminar esta por tropezarse, su mirada siempre la dirige hacia abajo o bien al frente y pocas veces establece contacto visual.

En relación a sus posturas estas son poco estables, denotando poca agilidad motriz, al iniciar el juego, sus pies están en constante movimiento para cruzarlos uno encima del otro, sin embargo, no es un niño proclive a jugar de forma que el juego implique una habilidad motora, la mayor parte del tiempo tiene mala postura para sentarse o incluso de pie, pues lo hace sin tener una postura erguida, denotando un cuerpo flácido y poco firme. No obstante al abordar algunos temas dentro de las sesiones Mario, tensaba todo su cuerpo e incluso la mandíbula, haciendo rechinar los dientes.

Su nivel de pensamiento es acorde a su edad cronológica, utilizando una adecuada expresión verbal, la cual es apropiada, ya que utiliza su lenguaje de manera fluida, utilizando la mayor parte del tiempo un vocabulario más avanzado para su edad. Su tono de voz es agudo y bajo al hablar, siendo este en ocasiones incomprensible, sobretodo cuando se tocaban temas que le costaban trabajo

abordar en las sesiones, llegando a hablar en forma de murmullo y con un lenguaje inventado por él.

Al entrar a las sesiones se muestra dispuesto a jugar, no así para hablar sobre ciertos temas como pueden ser las cosas que le preocupan o que le inquietan, a pesar de lo anterior, una vez que se ha tocado algún tema dentro de la dinámica del juego, puede llegar a expresar cosas de forma simbólica a través del material.

Su presentación es buena en condiciones de aliño e higiene, con ropa adecuada a su edad, sencilla y limpia, cabe mencionar que la mayor parte del tratamiento asistió con uniforme escolar, asimismo, a pesar de llegar limpio a las sesiones en varias de éstas se presentaron episodios de encopresis, ensuciando sus ropas, así como algunos muebles del consultorio.

De acuerdo con las observaciones realizadas durante el periodo de evaluación, Mario se muestra como un niño tímido y reservado al trato con la gente, siempre cuidando lo que va a decir, es un niño observador, perseverante y perfeccionista, dispuesto a aprender, sin embargo no se atreve a actuar una vez que las cosas no le han salido a la primera, puede llegar a actuar de manera impulsiva y retadora, esto de forma indirecta si hay algo dentro del ambiente que le incomoda. Suele fijarse mucho, con respecto a su orientación temporal, y en los errores que puedan llegar a cometer las personas, esto con relación a conocimientos en general.

2.8.5 Evolución de la Problemática.

Mario es llevado a consulta por primera vez con una tanatóloga debido a su enuresis, la cual aparece poco después de la muerte de abuelo materno, quién fallece por insuficiencia renal, siendo la madre del menor (Silvia) la encargada de cuidar del abuelo, en todos los aspectos durante la enfermedad, y Mario presenciaba cuando esta tenía que cambiarle los pañales o bien curarle las llagas del cuerpo al abuelo. La madre reporta que el problema data desde que el menor

tiene la edad de 6 años de edad, mojando la cama únicamente por las noches. Al iniciarse la enuresis aún no le bajaban los testículos al menor, por lo que la madre utilizó diversos recursos como la “fototerapia, imanes o la homeopatía” o bien actualmente le da un masaje al niño por las noches con una pomada especial sobre el vientre bajo, dicho remedio se lo recomendó una vecina. Se le cuestionó sobre el porque no se había recurrido a una cirugía para ayudar al descenso de los testículos, pues el niño tenía una edad avanzada con respecto a esta problemática, respondiendo “el urólogo nos ha dicho que ambos testículos están ahí y que solo es cuestión de tiempo para que bajen” (sic madre). Actualmente la madre lo despierta por las noches, sin embargo la cama parece mojada por la mañana.

Al inicio del 2008 cerca de los meses de febrero-marzo, comienza la encopresis, la madre dice que eso le pasaba por estar jugando y no poner atención en controlar esfínteres ella le decía al menor “yo ya se que es lo que te pasa a ti, ya se todo lo que le sucede a tu cuerpo” (sic madre). La madre refiere que en casa, la situación es insostenible pues la familia en general recurre constantemente a la violencia verbal y la humillación cuando se dan cuenta de que Mario ha ensuciado los pantalones, asimismo comenta que ella difícilmente se da cuenta cuando se ha hecho popo, y que esto ocurre sólo cuando se detiene a revisar al niño. Hasta el momento la madre menciona que no ha recurrido a ningún remedio para que la encopresis deje de presentarse.

Meses antes de que se presentara la encopresis, Mario es cambiado de escuela debido a problemas económicos, pues cursaba en una escuela particular, no obstante más adelante la madre comenta que el cambio también se realizó debido a que no le gustaba la forma en la que las maestras trataban a su hijo, y a que consideraba que “los niños del grupo con los que cursaba Mario eran muy abusivos y él no se sabía defender” (sic madre). El cambio se hace a una escuela pública, en la cual la madre del menor imparte clases, ella pide que le asignen el 3º grado de primaria, que es el que tenía que cursar Mario, siendo ella su maestra

durante todo este ciclo escolar. La madre menciona “decidí hacerlo de este modo, debido a que Mario necesitaba protección, necesitaba que el ambiente le ayudara a superar sus inseguridades y su torpeza, por eso decidí que sus compañeros de clase le ayudaran en todo, pero siempre le trate como un alumno más” (sic madre).

Con relación a cual es la percepción de Mario, acerca de su problemática la madre menciona que el niño nunca habla sobre los episodios de enuresis y encopresis y que a confrontársele “él se tensa, apretando los dientes” (sic) y no habla nada al respecto, agrega que cuando se le pide que lave su ropa o sus sábanas lo hace con asco y que suele esconder la ropa que ensucia en algún rincón de su casa, como por ejemplo detrás del inodoro.

2.8.6 Historia Personal.

Mario fue producto de una segunda gesta, es un niño planeado, deseado y aceptado, no existieron problemas de salud durante le embarazo, únicamente una infección en vías urinarias, la cual se resolvió con la toma de medicamentos. La madre refiere que hubo mucha tensión a nivel emocional, ya que ella debía hacerse cargo del cuidado su padre y esto provocaba fuertes discusiones con su marido. Al nacer el menor; el padre no estuvo presente en ningún momento, esto a petición de la madre, pues consideraba que no era apto para cuidarle. Mario fue amamantado hasta los 6 meses de edad, la madre comenta que esto ha sido una de las experiencias más hermosas de su vida, de hecho comenta durante la entrevista “ahora mismo puedo sentir esa sensación agradable cuando Mario succionaba mis pechos” (sic madre). Inicia el control de los esfínteres a los dos años de edad, éste fue relativamente rápido, pues la madre fue estricta con el menor al momento de iniciar este proceso, asimismo añade que contaba con la ayuda de sus hermanas (tías de Mario) para que continuaran con el control, cuando ella se ausentaba de casa.

En lo referente al lenguaje, la madre comenta que el niño comenzó a hablar hasta los tres años de edad, esto con ayuda de una terapia de lenguaje, durante un año, debido a que no sabía pronunciar siquiera su nombre. Comenta que ella trataba de “adivinarle todo”, y en una ocasión se perdió en un tianguis por un periodo de tiempo de 15 minutos y decidió, por sugerencia de una colega que ingresara a terapia de lenguaje. El sueño de Mario es profundo, aparte de la enuresis no presenta, ningún otro tipo de alteraciones, duerme en la misma habitación con la hermana pero en camas separadas, al dormir no usa pijama, solamente duerme en ropa interior, la madre comenta “pues no tolera que ninguna prenda cubra o toque su cuerpo” (sic madre). Con respecto a la higiene, Mario es aseado y bañado por la madre, conducta que es cesada, debido a la recomendación en terapia de que debería dejar de bañar al menor, poco tiempo después de iniciada la terapia

Dentro del área sexual, la madre refiere que no ha mostrado conductas de interés sexual, ni tampoco ha preguntado a cerca de este rubro, Silvia dice “no he tocado ese tema con mis hijos pues aún son pequeños”. El menor nació con Criptorquidia, es decir, los testículos no han descendido completamente del saco escrotal, y la madre no ha explicado a Mario, el porqué de la ausencia de sus testículos, ni que en algún momento van a bajar. La madre es quién realiza la revisión del descenso de los testículos, de forma periódica, “le digo que son mi regalo de Dios” (sic madre).

Mario ingresa al kinder a la edad de 4 años, la madre refiere que fue un paso difícil para ella pues le angustiaba que su hijo pudiera sufrir un accidente o que le fueran a pegar, sin embargo, ella encargo a la hermana mayor cuidara de él. La interacción con los compañeros no era satisfactoria pues la madre comenta “Mario tenía que rogarles para que le hablarán” La madre es quien se encarga en casa, de establecer límites, premios, castigos, “De alguna forma yo paso más tiempo con él y sé todo sobre él”. Añade que esta dinámica ha existido dentro de la escuela hasta la época actual, pues Mario “no se sabe defender, y trato de

averiguar cuales son sus problemas para ayudar a resolverlos, de lo contrario se lo llevan al baile” (sic madre)

La relación de Mario con su hermana mayor no es buena, pues ésta siempre le esta diciendo que es “cochino, bobo y torpe”, la madre comenta que no permite ningún contacto físico con el niño, y que cuando esto sucede, ella se altera mucho. La madre describe a su hijo como un niño respetuoso, tranquilo, muy obediente e inteligente.

Mario no cuenta con actividades deportivas fuera de la escuela y la única actividad extraescolar a la que asiste es la escuela pastoral, pues la madre considera que es lo más adecuado para el niño.

2.8.7 Dinámica Familiar (La reportada por la madre).

Mario es el segundo de dos hijos, de un matrimonio en el cual, el padre Guillermo, tiene 70 años de edad, empleado de gobierno y Silvia la madre 45 años, profesora frente a grupo. Se encuentran casados desde hace doce años, actualmente existen problemas de pareja, pues hay constantes discusiones con respecto a que la madre no deja de ayudar a su familia de origen en diversos aspectos. El padre es descrito por la madre como un hombre frío y distante con los hijos, “rezonga de todo, más si las cosas no se hacen rápido” (sic).

La mayor parte del tiempo Mario lo pasa a lado de su madre, hasta hace poco fue su maestra de escuela, es ella quién lo lleva a la terapia y al médico en caso de considerarlo necesario, Su discurso parece ser el de una madre que puede ser percibida como onnipotente y persecutoria ante los hijos pues usa mucho comentarios como “Yo se todo lo que te pasa, así que a mí no me puedes engañar” (sic madre).

La convivencia con el padre es poca, pues el padre trabaja diario en una dependencia del Gobierno desde tempranas horas de la mañana hasta la tarde, y tres días a la semana trabaja como velador, por lo que la convivencia con el menor es casi nula y cuando esta se da siempre es poco afectuosa, pues no existe un diálogo cordial entre el menor y su padre y cuando este se llega a dar es solo para regañarle, o bien argumenta que se siente cansado como para jugar con el niño.

La relación con la hermana es ambigua, ya que por una lado manifiesta un claro rechazo hacia Mario, sin embargo, en la escuela trata de vigilar las actividades de éste, con el objetivo de ver que no caiga en riñas o en abusos por parte de los compañeros. En caso de tener algún problema la hermana sale en su defensa y da detalles de lo ocurrido a la madre, “Mi hija me dice que es un tonto para defenderse” (sic) madre.

Referente al padre.

En un inicio se solicitó una entrevista con el padre de Mario con el objetivo de saber cuál es su impresión sobre el padecimiento de su hijo y como es la dinámica que tiene con él, sin embargo, la respuesta no fue satisfactoria, el padre se negó de manera hostil y grosera, argumentando que la del problema ahí era su esposa, pues nunca tomaba en cuenta las opiniones de él como padre de familia. Sin embargo una vez avanzado el tratamiento, a raíz de un intento de separación por parte de Silvia, pide una entrevista para hablar sobre su hijo.

Guillermo, el padre de Mario es un hombre de apariencia cansada, representa más edad de la que dice tener, y físicamente le cuesta trabajo caminar o realizar movimientos como es sentarse o levantarse, asimismo tiene dificultad para escuchar y sus manos presentan rasgos de artritis. Durante la primera entrevista lo primero que enfatiza es que si Mario esta enfermo es debido al modo en que es tratado por la madre, “pues esta le sobreprotege mucho y no ha sabido educarlo” (sic padre). Desde el inicio de la entrevista y en diversas ocasiones manifiesta que siente mucho no poder ser el padre que su hijo espera pues debido a su edad y a

que se encuentra muy cansado no puede involucrarse en juegos físicos con su hijo pero “trato de suplir esos juegos que no le doy, tratando de platicar con él o bien comprándole lo que haga falta, preparándole un buen desayuno” (sic padre). Habla de que su relación con su hijo sería mejor si la madre lo dejara intervenir más o “si no fuera tan entrometida” (sic padre).

Se describe como un hombre poco paciente pues en ocasiones no tolera que sus hijos no le obedezcan, cuando les da una orden, añade que discute continuamente con su esposa pues no lo considera en las decisiones que se toman con relación a los hijos y en lo concerniente a la familia. Comenta que en ocasiones actúa de forma brusca o violenta pues le desespera que en la familia nadie le haga caso. Destaca que la madre hace lo que quiere y relata que una de sus mayores molestias ha sido que la madre gastó el dinero que tenían ahorrado durante doce años para la educación de sus hijos, en un préstamo realizado a su familia, “me siento un cero a la izquierda” (sic) padre.

Habla de que se siente *corriendo contra reloj*, pues debe estar atento a que sus hijos reciban una buena educación, ya considera es lo único que él puede dejarles en la vida; manifiesta sentirse preocupado por el futuro de éstos y añade que uno de sus mayores miedos es dejar desamparada a su familia.

Referente a la madre.

La madre de Mario es una mujer de apariencia rígida, acostumbra tener un impecable arreglo físico y vestir colores contrastantes, con ropa que no denote su cuerpo. Se describe como una mujer de carácter fuerte y determinante pero tranquilo y accesible. A lo largo de las primeras entrevistas, habló fácilmente de su historia de vida, la cual describe como llena de carencias económicas y sacrificios para poder tener una educación. Dice haberse sentido rechazada por sus pares en la escuela, y comenta en varias ocasiones que no le permitían tener novio, relata que el ambiente en su familia era carente de afecto y que al ser mujer tenía que ser sometida y servir en todos los aspectos a los hermanos mayores. Silvia se considera como una mujer aprensiva con sus hijos, temerosa de lo que

pueda ocurrirles, sobre todo a Mario, comenta que ella y su hijo han sido “enlazados en el sentir” (sic madre), agrega que no pensó ponerlo en otro 3º de primaria, en donde otra maestra le diera clase, por ella, pues era su oportunidad para dar lo mejor de sí frente a su hijo, sin embargo, el menor reaccionaba ante sus ordenes llorando como un niño pequeñito y es cuando ella tiene que intervenir.

A lo largo del discurso de Silvia, se caracteriza por mostrar su enojo, dice sentirse como madre, “un verdadero fracaso las cosas se han volteado, mi hija está creciendo y el problema de Mario, no lo puedo controlar, estas cosas hacen que se me rompan las secuencias”. Dice ser una mujer acostumbrada a hacer las cosas por el bien de todos, le molesta que las cosas no se hagan en la forma que ella indicó y posteriormente añade que no le gusta que se salgan de su control. Se define como una mujer de carácter fuerte pero siempre accesible ante lo que el medio le pueda plantear. Silvia relata que en muchas ocasiones ha actuado con violencia física y verbal hacia su hijo, llegando a dañarle sobre todo el rostro, al relatar estos episodios trata de dar una justificación a su actuar diciendo “en ocasiones lo he hecho como reflejo”. Comenta que se molesta más cuando Mario no expresa sus sentimientos y se muestra rígido, por lo que ella le comenta “dice “no te aprietes, porque te voy a pegar para que salga todo lo que traes dentro”. Cabe mencionar que la madre al ser entrevistada, parece desbordarse al hablar y no responde algunas preguntas que se le hacen debido a que parece no escucharlas, pues esta metida en su relato y ensimismada.

2.9 Integración Psicológica.

Resultados de las Pruebas

Escala de Inteligencia de Weschler para niños WISC R

Resultados:

Escala Verbal	Puntuación Cruda	Puntuación Normalizada
Información	14	12
Comprensión	17	15
Aritmética	10	9
Semejanzas	31	13
Vocabulario	12	9
Retención de Dígitos	8	7
		Total= 58
		Media= 11.6

Escala Ejecutiva	Puntuación Cruda	Puntuación Normalizada
Figuras Incompletas	20	13
Ordenación de dibujos	31	13
Diseño con cubos	33	13
Composición de objetos	20	10
Claves	26	6
Laberintos	24	13
		Total= 68
		Media= 13.6
P. Escalar Verbal= 58	C.I. Verbal= 109	Normal Brillante
P. Escalar Ejec.= 68	C.I Ejecutivo= 126	Normal Brillante
P. Escalar Total = 126	CI Total= 119	Normal Brillante

Interpretación de los resultados.

El rendimiento intelectual de Mario se encuentra arriba del promedio, es un niño que se interesa por aprender del medio que le rodea, por lo que el ejercicio de su memoria a largo plazo es óptimo así como su atención. Los conocimientos del medio en el que vive son amplios debido a su interés y curiosidad intelectual.

Su capacidad para asociar conceptos es adecuada gracias al buen funcionamiento de un pensamiento abstracto y funcional. Su capacidad de observación de los detalles que no son tan obvios es apropiada y sus procesos de pensamiento son flexibles. Su inteligencia verbal general se encuentra desarrollada debido a una buena formación de conceptos y a los conocimientos adquiridos. Sin embargo, su juicio social y el uso de sus conocimientos ante las problemáticas que el medio le plantee, es deficiente, por lo que es probable que su toma de decisiones se vea afectada, originado por una falla en el control de sus impulsos. Su pensamiento es adecuado, pero se puede encontrar una dificultad para aplicar la capacidad de conceptualización, para resolver problemas en el mundo social. Este patrón también informa de un déficit verbal expresivo lo que implica una dificultad para usar completamente la capacidad verbal.

Su habilidad para el cálculo mental puede ser deficiente debido a factores emocionales que influyen en su atención y por ende en su desempeño. Se observa que su capacidad de planeación es buena lo que le ayuda a anticipar acciones consecutivas y a llevar a cabo un manejo óptimo de su formación de conceptos abstractos. Su coordinación visoespacial así como su organización perceptual es óptima, no obstante, su coordinación visoespacial puede ser deficiente debido a una preocupación excesiva por los detalles o bien a una ansiedad manifiesta que puede afectar su desempeño.

Prueba Preceptomotora de Bender.

Figura A

- 1 Distorsión de la forma
- 1b Desproporción
- 2 Rotación
- 3 Integración

Figura 1

- 4 Círculos por puntos
- 5 Rotación
- 6 Perseveración

Figura 2

- 7 Rotación
- 8 Integración
- 9 Perseveración

Figura 3

- 10 Círculos por puntos
- 11 Rotación
- 12^a Integración
- 12b Línea Continua

Figura 4

- 13 Rotación
- 14 Integración

Figura 5

- 15 Círculos por puntos
- 16 Rotación
- 17a Desintegración
- 17b Línea Continua

Figura 6

- 18a Curvas por ángulos
- 18b Ninguna curva
- 19 Integración
- 20 Perseveración

Figura 7

- 21a Desproporción
- 21b Distorsión de la forma
- 22 Rotación
- 23 Integración

Figura 8

- 24 Distorsión de la Forma
- 25 Rotación

Total de errores: 1

Edad de Madurez Percpetual: 8 años 6 / 8 años 9 meses.

Percentil: El menor se encuentra en un rango percentil acorde a su edad cronológica y nivel de maduración, de acuerdo con las normas establecidas por Koppitz.

Interpretación de los resultados

El error que presenta es el de rotación, en específico, de ansiedad en Mario y un bajo control de impulsos. Por lo que los errores de Mario se encuentran más en función de su impulsividad y no realmente a que presente un daño neurológico

En torno a los indicadores emocionales se observa que Mario, es un niño que tiene poca tolerancia a la frustración y puede presentar conductas impulsivas y ansiedad manifiesta las cuales expresa a través de conductas tendientes al acting out, por lo que es posible que presente problemas en el estado de ánimo.

Área Emocional.

Respecto al área emocional se encuentra que se identifica adecuadamente con su sexo y edad, proyectando curiosidad por el medio ambiente que le rodea, así como la necesidad de ser aceptado y valorado.

Mario es un niño que comienza a establecer un contacto con su medio, sin presentar problemas al relacionarse al menos de forma superficial, pues respeta límites establecidos y acata normas sociales, llegando a mostrarse como un niño excesivamente obediente e incluso sumiso, con problemas en su adaptación y fallas en la socialización, pues cuando llega a relacionarse lo hace de manera tímida y sin involucrarse de manera significativa en la interacción con los pares. Hay una dificultad para comunicarse con su mundo circundante, pues es un niño que tiende al retraimiento con una tendencia a centrarse dentro de sí. Mario se muestra como un niño falto de ambiciones y con poco interés social, ante sus pares y el medio que le rodea.

Se encuentran presentes sentimientos de abandono y puede que experimente sentimientos de soledad ante un ambiente que percibe como amenazante, desfavorable o incluso restrictivo, dentro del cual no es aceptado ni comprendido. La presencia de tristeza y enojo contenidos, pueden estar relacionados con aspectos de la problemática que vive en casa la cual percibe como abrumadora.

Se trata de un niño que afronta las dificultades dentro de sus propias capacidades y que sin embargo falla al utilizar estas últimas por sentirse agobiado por su problemática. Sus recursos son los adecuados pero se siente inseguro al no percibirse con una base adecuada que le de consistencia y seguridad, por lo que se muestra impulsivo y en ocasiones ansioso ante sus propias conductas, encubriendo de esta manera sentimientos de inseguridad y abandono respecto a la relación que percibe con sus padres.

El concepto que tiene de sí mismo es de un niño triste, preocupado por sí mismo, debido a la problemática de la enuresis y de la encopresis que presenta, por lo que en un intento de tener estabilidad trata de resolver los problemas que pueden presentarse aún sabiendo que no le es posible abordarlos, y al no tener un control de la situación se presenta angustia y un marcado sentimiento de culpa, así como una destacada necesidad de logro. Hay angustia y tensión latentes, acompañadas de una aflicción extrema, lo que puede llevarle a presentar conductas regresivas y de dependencia, actuando en el entorno de manera suspicaz y defensiva.

En relación al aspecto sexual, se puede observar que hay una preocupación y confusión en torno a su sexualidad, probablemente a que perciba el medio ambiente como castrante y severo, por lo que puede sentirse angustiado, ya que probablemente en algún momento haya tenido conductas de erotización y exhibicionismo (masturbación directa o indirecta) para poder satisfacer su curiosidad en torno a este tema. Asimismo se presenta cierta confusión con respecto a sus genitales, por lo que es probable que haya una angustia de castración acompañada de culpa por conductas masturbatorias.

Las figuras de autoridad las percibe como rígidas y persecutorias, por lo que es probable que le generen ansiedad y su relación con estas es en base al sometimiento. Se observa también cierta culpabilidad del niño pues puede llegar a actuar de forma hostil y agresiva.

Área Familiar

Respecto al ambiente familiar se observan sentimientos persecutorios y restrictivos, situación que le provoca marcados sentimientos de enojo, tristeza y ansiedad. Existe una marcada dependencia hacia el núcleo familiar, sin embargo, esta consciente de que sus necesidades básicas de afecto no son compensadas, se siente deprimido y con miedo al abandono. Mario se encuentra angustiado y con una necesidad de gratificación inmediata debido a la incompreensión de la dinámica familiar. Los integrantes de la familia son percibidos con un mismo nivel de distancia emocional, lo que confirma las dificultades del niño respecto a las figuras de autoridad.

La figura paterna la percibe en este momento como de difícil acceso, irritable, como fuente de ansiedad y culpa al apreciarla como limitante respecto a sus deseos, además, lo percibe como lejano y ocupado en otras cuestiones, independientemente de que siga cumpliendo con sus actividades proveedoras hacia el niño, es decir, que participe como una figura que cubra las necesidades físicas del niño, más no afectivas.

Con respecto a la figura materna, hay un marcado conflicto, ya que le percibe como agresiva y violenta, también la considera intrusiva y violenta, se aprecia un vínculo emocional que se encuentra en conflicto, dentro del cual Mario se maneja en base al sometimiento, por lo que puede sentirse tenso con respecto a su actuar frente a la madre, lo que puede originar considerable inseguridad y aflicción extrema.

Asimismo desvaloriza a su hermana ya que le otorga un menor tamaño dentro del Dibujo de la Familia, lo que es un importante indicador de conflicto, pues es probable que haya una rivalidad encubierta hacia la figura de la hermana mayor, quién puede ejercer un control y dominio de modo violento, ya sea verbal y físico por lo que se generan sentimientos de rencor y rechazo hacia ella, los cuales le generan angustia y trata de disminuir al utilizar como mecanismo de defensa la formación reactiva en la relación que tiene con ésta.

Impresión Diagnóstica.

A partir de la evaluación psicodiagnóstica realizada se concluye que el menor presenta, Enuresis no orgánica (F98.0) y Encopresis no orgánica (F98.1), las cuales pertenecen al rubro de los Trastornos Emocionales del Comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Principales conflictos que presenta.

- Relación conflictiva con la figura paterna, la cual es distante y carente de afecto con el menor.
- Rivalidad con la figura de la hermana.
- Conductas hostiles más encaminadas a una agresión contenida y sentimientos de culpa.
- Pobre autoconcepto y angustia con relación a su cuerpo.
- Conflicto con la figura materna, la cual es intrusiva y persecutoria, con una distorsión

Síntomas Observados al inicio del Proceso Terapéutico.

- Pobre Coordinación Visomotriz.
- Miedo a causa de la idea de un posible accidente.
- Conductas impulsivas, con tendencia al acting out.
- Marcado control de los impulsos, con tendencia a la rigidez.
- Falta de seguridad en sí mismo, desconfiado.
- Angustia con relación a su cuerpo.
- Dificultad para establecer una relación con pares, retraimiento hacia sí mismo.
- Dificultad en la relación con la hermana la cual puede oscilar entre la dependencia y el rechazo.
- Dependencia de la figura materna la cual es percibida como omnipotente, controladora, no obstante, hay una relación de marcada dependencia y sometimiento.
- Dificultad en la relación con la figura paterna, quien es percibido como, distante y de difícil acceso.

Manifestaciones Reportadas por la Madre en entrevista y Observadas durante el Proceso Terapéutico

- “Se cae constantemente” “Es torpe en Educación Física”.
- No puede salir a jugar o hacer una actividad física, “ni siquiera a las tortillas, que tal que encuentre peligro” “tengo miedo de caerme y que me enyesen”. (sic) paciente.
- “Mario se pone muy alterado y comienza a gritar muy fuerte y a correr por todos lados y comienza a gritar que le están pegando” (Sic) Madre. En algunas sesiones arroja los juguetes de manera brusca e incluso llegó a pegarle a la terapeuta.
- “Si algo le llega a suceder, se tensa, apretando los dientes y no habla nada al respecto”(sic) Madre. Durante la terapia dice no saber como sentir cuando tiene algún problema, habla más bien del “pensar” las emociones.
- “La oportunidad de hacer las cosas me la quita la caca...y yo mismo” (sic) Mario.
- “Me siento incómodo entrando al de las mujeres, yo quiero ir al que me corresponde”. En sesión reporta no saber cuáles son sus genitales, hay una marcada erotización por parte de la madre hacia el niño.
- “Mario tenía que rogarles para que le hablarán”, “Mario no sabe defenderse” (sic) Madre. “Le hablo bien a todos pero, no tengo amigos”, (Sic) Mario.
- “Mi hermana y yo discutimos y ella me dice que soy un tonto, menso, que no sé jugar ni hacer nada” (sic) Mario
- “Yo ya se que es lo que te pasa a ti, ya se todo lo que le sucede a tu cuerpo”, “Siento mucho la diferencia porque antes eran bebés y ahora es un niño grade, no me acostumbro a los cambios” (sic madre)
- Menciona sentirse decepcionado del padre, “mi padre no es un hombre paciente conmigo, no le gusta nada de lo que hago” (sic) Mario.

Tabla 1. Resumen de los síntomas observados y reportados al inicio del Proceso Terapéutico.

CAPITULO TRES

RESULTADOS

3. Puntos Generales del Tratamiento.

Con base al diagnóstico realizado al menor y a las entrevistas iniciales realizadas con la madre de éste, se determinó hacer una intervención basada en la Psicoterapia de Juego, haciendo uso del juego libre, así como de actividades semidirigidas y la intervención con la Caja de Arena. Se trabajaron un total de 31 sesiones todas con una duración de 50 a 60 minutos, asistiendo el menor una vez por semana, y utilizando con él, un caja de juguetes, una caja de arena con miniaturas y material para dibujar.

En un inicio durante el periodo de evaluación, los síntomas de la enuresis y la encopresis se agudizaron, a tal punto que se presentaron dentro del espacio terapéutico, disminuyendo de manera paulatina, tanto en consulta como en casa. Se tuvieron 10 entrevistas a la par del tratamiento con los padres, de las cuales, 8 fueron con la madre, una con el padre y una con ambos padres. En la fase final el tratamiento tuvo que ser interrumpido por dos sesiones, a causa de la contingencia sanitaria por la influenza.

El tratamiento se dividió en tres fases:

La *Fase Inicial* constó de 10 sesiones, durante las cuales se realizó la evaluación psicológica a Mario así como la historia clínica de éste. Se hizo el encuadre con el niño y la madre. Cabe mencionar que durante esta primera fase se comenzó con la intervención terapéutica, pues no todo el tiempo de las sesiones era utilizado para evaluar a Mario ya que le resultaba cansado estar todo el tiempo en evaluación. Durante esta fase al niño se le dificultaba expresar su sentir con respecto a su problemática, así como el ambiente que vivía en casa, actuaba muy apegado al deber ser, no obstante durante la evaluación, en aquellas pruebas en las cuales se tocaban temas relacionados con las figuras parentales o la familia, Mario tuvo episodios de encopresis en las sesiones.

Fase Intermedia, la cual constó de 10 sesiones y durante la cual fue utilizado el juego libre, con diferentes tipos de juguetes así como material de dibujo y la caja de arena con miniaturas. Durante esta fase Mario mostró mejoría con respecto a la sintomatología presentada como motivo de consulta, asimismo, descendieron los testículos y hubo un avance en algunos aspectos como el manejo de la madre con relación al trato que llevaba con el niño en casa y en la escuela, el contacto erotizante que llevaba a cabo al momento de despertarlo por las noche para conducirlo al baño, así como los remedios que utilizaba para contener los síntomas del menor. Además de dar orientación sobre como poner límites y abordar la agresión física y verbal con la que recurría para corregir a Mario. Cabe mencionar que en esta fase, con respecto a la enuresis y la encopresis, Mario presentó una recaída, debido a que la madre tuvo que ser intervenida de emergencia por una cirugía.

En la *Fase Final*, el trabajo terapéutico abarcó el reafirmar ciertos rubros importantes para Mario, como era la relación con el padre, la seguridad en sí mismo. Así como aspectos de autoestima y relación con la figura paterna, entre otras. Se hicieron las sesiones de cierre en las cuales Mario logró expresar de manera fluida y sin culpa aspectos relacionados a su problemática y a la relación que tiene con ambos padres. En esta fase habla sobre sus sueños y menciona que no le hubiera gustado que el tratamiento llegue a su fin. El padre se involucra más en el trato con el niño y habla de la problemática que se vive en casa. Ambos padres inician su asistencia a Taller para padres, hay una mejoría en la relación entre estos.

A continuación se hace una descripción de los principales temas abordados a lo largo de las tres fases del tratamiento, así como algunas de las intervenciones realizadas dentro de éstas.

3.1 Fase Inicial. De la 1^o a 10^a sesión.

Mario llega puntual a la primera sesión, camina con los pies hacia dentro y la cabeza baja, parece mucho menor a la edad que tiene, asiste limpio con una camisa roja y pantalón de mezclilla. La madre me pregunta si puede entrar con él y le respondo que por el momento solo entrará Mario, la señora Silvia pone sus manos en la boca y sus ojos parecen llenarse de lagrimas, ambos parecen desconcertados.

Mario se sienta en el sillón frente a mí como esperando un regaño, guarda silencio y no deja de frotarse las manos, parece un niño preocupado.

Al entrar le pregunto a Mario si sabe porque venía al psicólogo y me responde “Mi mamá me dijo que vendría a que me ayudaran a solucionar el problema de la pipi y a escucharme en las cosas que me preocupaban”. Le comento el modo de trabajar en las sesiones, le explico que será a través del juego, al escuchar esto Mario apretaba sus dientes e incluso ponía rígido todo su cuerpo y apretaba la mandíbula tan fuerte que parecía que su cabeza tenía un pequeño temblor. Mario es tímido para expresarse con relación a los juguetes que le gustan o a lo que quería jugar y aunque por momentos parecía guardar silencio, no era así, hablaba entre dientes con voz muy baja y sin hacer contacto visual, se mostraba reservado y temeroso para explorar la caja de juguetes

Juega dominó y luego masas, platica sobre que en casa “mi madre y mi hermana se enojan por que me hago de la pipí, mi mamá ya sabe que es lo que pasa en realidad, y es que no me limpio bien”, al oír esto le señalo que eso es lo que comenta su mamá, pero que a mi me gustaría saber que es lo que sabe él de que se le escape la pipi y la popo y me responde “Pues que no me doy cuenta de cuando me hago, es que es cuando estoy dormido, aunque luego también de repente cuando estoy jugando”. Al finalizar esta primera sesión Mario me hace el siguiente comentario con respecto a la enuresis y la encopresis; “solo mi familia sabe, pues es un secreto” le pregunto a que se refiere con que es un secreto,

“pues si un secreto imagínate si alguien más se entera, que vergüenza, yo me sentiría avergonzado”.

Durante la fase inicial, Mario, no se mostraba espontáneo con respecto al juego, preguntándome que es lo que debería jugar sesión tras sesión, cuando decidía dibujar lo hacía usando sellos de diferentes animales y posteriormente me preguntaba de que color los podía dibujar, en ocasiones le respondía que al ser su espacio el podía decidir lo que más quisiera. Probablemente, la mayor parte de las veces la madre le dice como debe actuar e incluso jugar, pues en un inicio el niño siempre buscaba autorización para llevar a cabo el juego. El uso de sellos se presentó durante las primeras sesiones y Mario siempre usaba un sello de un zorrillo el cual “molesta a la gente con sus orines y como deja oliendo a todos”, es de suponerse que haga referencia a la problemática de la enuresis y de las consecuencias en el medio, sin embargo en un inicio su juego fue muy estructurado y no era muy simbólico.



Dibujo con sellos

Hablaba con respecto al ambiente familiar, siempre en voz baja y entre dientes, sin establecer contacto visual, y denotando en el rostro aflicción. Comentaba, “es que hay algo que me da mucha pena decirte, mi hermana y yo discutimos y ella me dice que soy un tonto, menso, que no sé jugar ni hacer nada”, otro tema que decía le daba pena comentar eran las riñas entre los padres, me dice que le da pena que éstas sucedan y que le gustaría que no pasarán más. Al relatar las discusiones entre los padres dice que a pesar de que discuten en otro cuarto él puede escuchar todo, sin embargo, me dice algo de forma concisa “Es el secreto que solo en mi familia saben, ¡no!, imagínate si alguien más se llegara a enterar” le cuestioné que pasaría si alguien se enterara de las discusiones “nadie debe de saberlo”.

Por momentos durante este período del tratamiento se suelta para comentar lo que hace el padre, las cosas que no le parecen y las reacciones de la madre utiliza frases como “a él no le gusta nada de lo que hacemos, pues lo hacemos lento o mal hecho para él” y “mi mami no grita ni hace nada, ella solo se queda callada”, más adelante agrega, “mi padre no es un hombre paciente conmigo y con mi hermana, ni con mi mamá y no le gusta que le digan sus verdades”. Por momentos me parece que es la madre a quién estoy escuchando, pues utiliza el mismo discurso que empleó en las sesiones de la historia clínica. Relata que el padre no participa en las comidas familiares, para Mario su familia es la familia materna. “nuestra familia, mi familia es la familia de mi mamá”, le pregunto si para el su padre no forma parte de la familia y me responde “Pues si más o menos, lo que pasa es que el trabaja mucho y no puede venir a mi casa todos los días, por eso”.

En lo sucesivo, Mario se mostró más libre y franco al momento de jugar, tomaba los juguetes con más libertad y no pedía permiso para explorar la caja de juguetes. Mario expresaba “¿Oye Gaby puedo hacer una historia alterna?, es una historia en donde puede ser un escape para la furia...la furia esparcida por toda la ciudad” este juego consistió en tomar todas las miniaturas que había y las dividió en dos

bandos, por un lado se encontraban las cosas que según él pertenecían a la ciudad (gente de diferentes edades y géneros, coches utensilios, algunos aparatos electrodomésticos, soldaditos, carros y casitas) y por el otro todos las cosas que eran salvajes, animales salvajes y tranquilos, ambos “bandos” eran vigilados por dos cámaras fotográficas, unos binoculares y una radio. Relata que en esta batalla la furia, “...se va a esparcir por toda la ciudad y que aplastará y ensuciará a todos, quién comanda la batalla es un cochinito”, agrega que hay algo que yo no sé, y que se trata de que cuando los niños duermen en esta ciudad hay víboras, alacranes que pican a los niños cuando estos están dormidos.

Considero que este juego se relaciona con la problemática que presentaba, por un lado la parte de su actuar muy apegado al deber ser, llevando a cabo la mayor parte del tiempo como un niño muy obediente y sumiso ante las personas que le rodeaban y muy inhibido en su actuar. Y por le otro, la parte de sus pulsiones anales las cuales estaban presentes en los episodios enuresis y encopresis, en las que el decidía cuando retener y cuando expulsar, las heces o bien los orines, es probablemente que la historia alterna a la cual hace alusión sea los eventos donde se hae del baño cuando va camino a casa de regreso de la escuela y no dice nada en casa o bien cuando esconde la ropa sucia

A la par de estos juegos con las miniaturas Mario expresaba las actividades que hacía el fin de semana, como ir al coro de la iglesia o bien a la escuela pastoral, llegaba a la consulta con pulseras de santos, las cuales me explicaba que eran puestas por su mamá para que lo cuidaran en la escuela por si algo le llegaba a ocurrir. Simultáneamente me contaba que en casa no se le daba permiso de ver caricaturas en las cuales hubiera un mensaje de violencia, como Dragón Ball, Los Simpsons, y en la sesión tomaba los memoramas de estas series y jugaba con ellos una y otra vez, incluso, sin querer salir de la sesión. Al llevar a cabo este juego, hablaba de que había cosas que le gustaba hacer pero de las cuales no tenía permiso para llevarlas a cabo, como ver caricaturas o salir a la calle solo, “ni siquiera a las tortillas, que tal que encuentre peligro”, sin embargo, al llevar a cabo

el juego platicaba con fluidez de los episodios de las series sobre todo de Dragón Ball, y del personaje de Magimboo, un personaje que podía hacer que las cosas se convirtieran en lo que quisiera con su colita, “si el quería un baño ah! pues hacia que unas piedras se convirtieran en un baño, a veces creía que tenía un problema en el estómago”, así como en la encopresis en la cual los niños pueden tener fantasías de dañar o con sus heces a las personas que les rodean y al fijarse en la etapa anal, pueden llegar a tener conductas sádicas. Casualmente cuando hablaba de este personaje perdía la compostura que tenía usualmente, y al acomodar las cartas del juego del memorama, me decía con modo franco, “quiero hacer trampa, pues me molesta no poder recordar como van las cartas y me puedas ganar”, llegando un momento donde no respetaba su turno, arrojaba las cartas de forma brusca debajo de los sillones del cubículo, al mismo tiempo me dice “debes saber que ya no me hago caca por ningún lado de mi casa”, es de suponer que el arrojar las cartas debajo de los sillones, puede simbolizar los rituales de los encopréticos en los que esconden la ropa o arrojan las heces en alguna parte de casa.

Cuando jugábamos con estas cartas, le pregunté como era posible que supiera tan bien los personajes y sus historias si no veía estas series, y me contó que lo hacía a escondidas cuando tenía el pie lastimado y no lo dejaban ir a la escuela.

Cuando Mario tenía 6 años de edad se torció un pie en unas piedras y trajo por una semana una férula, sin embargo, la madre considero que una semana no era tiempo suficiente para que el pie quedará restablecido, Mario relataba “las piedras ni eran tan grandes, pero ella decidía que días podía ir a la escuela”.

Platicaba sobre el padre describiéndolo como un hombre “enojón y muy regañón”, relata que cuando lo decidieron cambiar de escuela fue porque un compañero de clases le quitó un muñeco que le había salido en una bolsa de papas, y hubo una gran discusión en casa, pues el padre le regañaba por llevar juguetes, le pregunté

como eran los regaños y me respondía “a mi nada, todo se lo decía a mi mamá, le decía a gritos que no me permitiera llevar juguetes, yo ni hablaba pues mi mamá siempre respondía por mí”. Le comenté que entonces los regaños no eran hacia él sino hacia su madre, pero que era probable que se sintiera responsable de las discusiones entre éstos. En otros momentos contaba que el padre le regañaba constantemente, pero al preguntarle como eran esos regaños por lo general respondía “le dice cosas a gritos a mi mamá, que no sabe educar”, al hacer la diferenciación entre él y su mamá, más aún con respecto al actuar y a quién se dirigía el padre en realidad, se angustiaba mucho y recurría a armar rompecabezas de animalitos para niños de 3 a 5 años de edad los cuales le costaban trabajo el armarlos, sobre todo, cuando los ponía de revés y al llegar a la parte de la cabeza era cuando presentaba más dificultad. En algún momento le señalé que en el armar la cabeza siempre le costaba trabajo y me respondió que nunca se había dado cuenta, pero más adelante agregó “nunca pensé que esto...que poner en orden las piezas fuera tan difícil”. Con respecto a lo anterior puede verse que le representaba una dificultad el hecho de comprender la dinámica familiar, o bien como debería sentirse en realidad con relación a su actuar y sentir dentro de la familia pues se encontraba muy compenetrado con la madre.

Más adelante de esta época, al finalizar las sesiones no guardaba los juguetes y al hacer el recordatorio de que tenía que hacerlo, solo los arrojaba de manera brusca a la caja, incluso dejando algunos tirados en el piso y salía corriendo del cubículo y me decía la fecha y la hora en la que nos volveríamos a ver.

En una ocasión le vi un gran rasguño en el cuello, si bien no era muy largo si era bastante profundo y grueso, le pregunte que le había pasado y me dijo que no sabía, que ni siquiera cuenta se había dado de que lo tenía.

Durante una entrevista realizada a la madre, se le cuestionó con respecto al rasguño que tenía Mario en el cuello, en un inicio Silvia dijo no saber

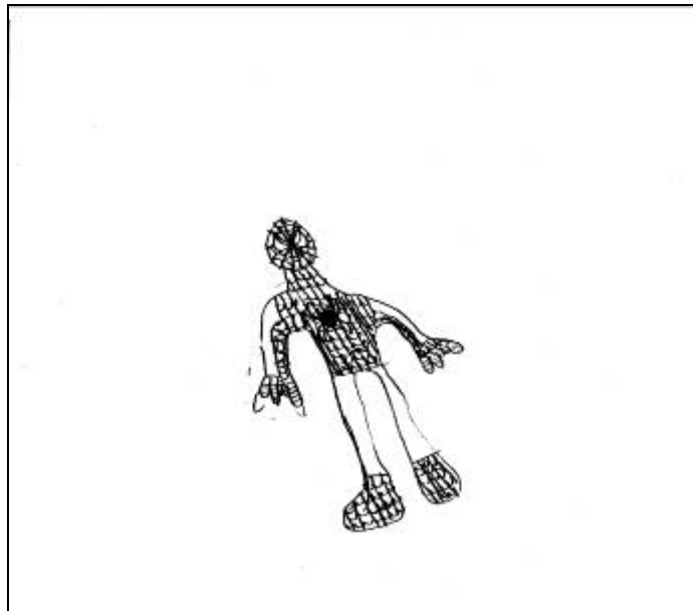
que le había pasado y argumentaba que probablemente se lo había hecho jugando en la escuela, sin embargo, más adelante, me dice, que si sabe que fue lo que paso pero me aclara que fue un accidente, “Mario no me había obedecido en hacer la tarea, yo me exalté y él comenzó a gritar, así que yo lo tomé por los brazos y lo apreté pero él logró zafarse y en un intento de que no se me escapara lo quise jalar del suéter pero solo alcancé su cuello, pero solo le di un rozón, no me di cuenta hasta el fin de semana que algo le había pasado, yo pensaba que era una mancha de cholote”.

En ocasiones en estas primeras sesiones antes de entrar a la sala de espera Mario, aguardaba entrar a su sesión, comiendo ya sea una torta o bien un postre, en varias ocasiones observé como la madre le daba indicaciones incluso de cómo morder las cosas y de cómo guardarlas llegando a regañarle por no hacerlas como ella le indicaba, cosa que ponía muy ansioso al niño.

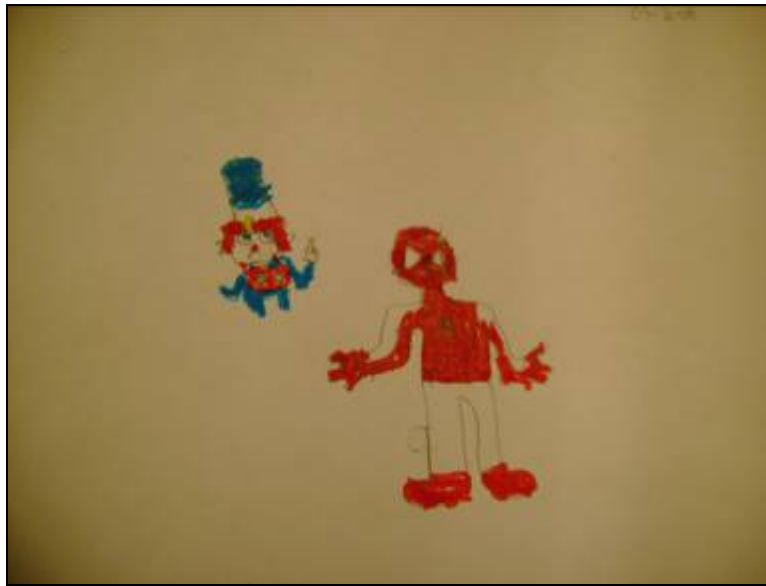
Al inicio del tratamiento, en específico durante la evaluación, Mario presentó episodios de Encopresis, en un inicio era difícil precisar en que momento ocurrían, si habían sido al llegar al Centro o en que momento de la sesión, para ser más precisa, abordando algún tema. Una vez que se analizó en que momento estos episodios ocurrían, durante la supervisión del caso se llegó a la conclusión que podían ser camino a la terapia, cuando surgían los temas relacionados con la familia, y las figuras paternas. A continuación se relatarán de forma breve, algunos de estos episodios pues se consideran de relevancia durante la intervención llevada a cabo con el menor.

La primera vez que ocurrió un evento de este tipo, Mario había llegado puntual, se encontraba fuera del Centro comiendo un refrigerio y tenía un suéter amarrado a la cintura. Al parecer se había defecado sobre sí justo antes de llegar al Centro de Servicios, casi al salir del metro, él no se había percatado, sino que fue la madre quién había percibido un ligero olor a popo. En la sesión, al interrogar a Mario

sobre lo ocurrido, éste me comenta “si me hago de la popo es porque no controlo bien mi organismo”, “mi madre se da cuenta pues es ella quién me huele y me revisa”, posteriormente me dice se pone muy nervioso cuando la madre lo explora. En esa primera ocasión, el se había defecado al llegar al CSP, y la madre molesta le había llevado al baño de damas, indicándole como debería asearse e incluso limpiándole, Mario comentaba “siempre me hace entrar al baño de las mujeres, no estoy acostumbrado a ir al de los hombres” y agrega “me siento incómodo entrando al de las mujeres, yo quiero ir al que me corresponde”. Cuando sucedió este evento Mario me dijo que quería dibujar un Spiderman que es su héroe favorito y un Venom que es el antagonista de “el hombre araña”, el niño me dice en sesión “uno es bueno y el otro es malo, pero son casi iguales”. Habla de que Venom sabe cuál es la verdadera identidad de Spiderman pero agrega que el considera que no es bueno que sepa este tipo de secretos, al mencionar esto le señalo que me recordó la ocasión en al cual me había dicho que la encopresis y la enuresis eran un secreto y que nadie debía saber de estos. Habla de que le gustaría ser un superhéroe el cual pueda luchar en contra de sus peores enemigos, entre los que se encuentran la pipi y la popo, a los cuales el quiere gobernar.



Spiderman (Dibujo Libre)



Spiderman (Dibujo Libre)

Los superhéroes de Spiderman y Venom, los cuales son análogos en sus formas de actuar pero que son antagonistas, pues uno es apegado a un actuar justo y ético y el otro quién es un villano que ataca a las personas, pueden reflejar la forma de ser de Mario, por un lado se presenta como un niño apegado al deber ser, obediente, bien portado y siempre haciendo cosas buenas y por el otro un ser malo que ataca a las personas con sus bombas de popo o bien con sus orines, y que de alguna forma busca sacar sus impulsos sádico anales o bien una forma de llevar a cabo el hecho de ser un niño mal portado como realmente él quiere ser.

Un juego recurrente en las primeras sesiones en las que se presentó la encopresis era el memorama, Mario esparcía 4 barajas de diferentes personajes, entre los que se encontraba Dragon Ball, Los Simpsons, Barbie y las Bratz. En la mayoría de las partidas él ganaba, haciendo uso de una buena memoria, no obstante, al preguntarle sobre los episodios de encopresis en el consultorio o bien en casa o en la escuela, siempre argumentaba que no los recordaba o que no tenía ni idea de lo que yo estaba diciendo “no quiero recordar”. En ocasiones no quería salir a tiempo de la sesión por lo que al momento de recoger los juguetes o el material con el que había jugado, lo hacía lentamente y a pesar de que se le recordaba que

había otros niños esperando entrar, parecía no importarle y se tomaba su tiempo para recoger.

Casi a la par de estos eventos, la madre reporta “no sé que hacer, últimamente deja la ropa sucia de popo escondida, detrás de los muebles o de la caja del inodoro, hace poco le regañe fuertemente porque escondió 8 calzones detrás del ropero, todos llenos de popo, los tuve que tirar a la basura”. Silvia comentaba que, la reacción de Mario ante los regaños era indiferente y que no mostraba emoción alguna ante los posibles castigos que se le pudieran aplicar.

Otra ocasión en que se hizo popó dentro de la sesión, se trató el tema de cuando se extravió en un tianguis al cual había asistido para comprar zapatos, se perdió por un periodo de 15 minutos, cuando Mario relata este evento lo hace de forma tranquila, y agrega “no sé porque mi mamá se asustó tanto, ella estaba muy asustada”, “luego me dijo que estaba asustada porque me había perdido, yo la verdad no supe que sentir estaba muy chiquito y no sabía ni leer, ni escribir”.

En lo anterior parece referir, a la disociación existente entre sus sentimientos, los cuales los basa todos en habilidades intelectuales, más adelante le pregunto si por esta época fue cuando su abuelo cayó enfermo y me responde que si. Me cuenta que si le conoció y que acompañaba en ocasiones a su mamá para que cuidara del abuelo.

En entrevista con la madre, ésta relata que ella se hizo cargo del cuidado del abuelo materno prácticamente desde que nació Mario y que en diversas ocasiones el niño observó como curaba las escaras que el abuelo tenía en la cadera. La madre menciona que hubo un momento en que le prohibió a Mario ver esto, pues el padecimiento del abuelo estaba muy avanzado (insuficiencia renal) y las llagas eran muy impactantes, sin

embargo el niño se las ingeniaba para esconderse detrás de la escalera y poder observar el momento de las curaciones.

Cuando sucedió esta tercera evacuación, se le aplicó el test del HTP y al momento de dibujar la casa, la hizo de cabeza, Mario en todo momento me aclaró “la casa va así, está de cabeza por que es inverosímil, viene de un mundo insólito”, cuando me comenta esto se pone muy rojo de la cara y casi no levanta la vista, su postura era rígida. Notó que cambia su forma de actuar. Cuando hace el dibujo del árbol, me cuenta que es un árbol que está en Holanda y que es joven y da mucho frutos, Mario se pone muy ansioso, inquieto en su silla, se mueve bastante y le pregunto si quiere ir al baño, me contesta sin verme a la cara que no, que se encuentra bien

Al hacer el dibujo de la persona, dice que se trata de un niño traviesote 9 años de edad, al que solo le gusta “dar lata”, hacer travesuras y él cual nunca quiere crecer, pues de lo contrario no podrá jugar al ser adulto. Al final de la prueba me dice “de todos estos personajes, al que más conozco es la casa”, entonces yo le hago dos preguntas, si en su casa las cosas están de cabeza o fuera de lugar y me responde que “no por el momento”, entonces le hago otra pregunta ¿cómo son las cosas de cabeza?, y me responde “las riñas entre mis papás, eso es estar de cabeza”. Al finalizar su sesión Mario, sale rápidamente del cubículo, sin embargo su actitud es tranquila y relajada, al regresar al cubículo, hay un olor penetrante a popó, el cual no percibo, sino que es mi compañera de residencia la que me dice que huele mucho a popó, al entrar me doy cuenta de que el niño había ensuciado la silla donde estaba sentado con popó.

Debido a que el síntoma se había hecho recurrente durante las últimas 3 sesiones, dentro del cubículo, y de mi parte he de aceptar que el olor del popó me era cada vez más “común” dentro de las sesiones, durante la supervisión del caso se hizo la sugerencia de utilizar “la caja de arena”, y que como se revisó en el Marco Teórico, el trabajo con arena puede ayudar a que el paciente haga un reacomodo en aquellas etapas en las cuales necesita, experimentar y sentir experiencias

pasadas, así como discutir las y poder expresar deseos que habían estado ocultas por un periodo considerable de tiempo, esto a través de suavizar las defensas psicológicas sin repercusión. (Schwarzblat, 2002). Algo que se debe mencionar es que solo se usó una bandeja de arena seca, con el objetivo de ver cual era la reacción de Mario frente a la caja de arena y tratar de observar como era su manejo de la arena y si incluía en su manejo otro tipo de materiales.

Casi al final de la fase inicial, se introdujo la caja de arena, el primer contacto de Mario con la caja de arena, fue excitante y lleno de curiosidad para él y por otro lado reveladora e interesante para mí pues, en un inicio no cesaba de preguntarme “¿en dónde ha estado la arena todo este tiempo?, ¿Dónde la tenías? Pues debajo de los sillones no estaba antes, lo tenías guardado desde hace mil años ¿verdad?”. La reacción del niño no se hizo esperar, dentro del arenero había una cubetita y me dijo que si podía traer agua, pero la cubeta tenía agujeros y se le salía el agua, me pide permiso para mojar la arena, y me dice “voy a tardar, espérame por favor pues tengo que utilizar varios recipientes, tengo que mojarlo todo!”.

Mario mojó toda la arena y quedó con una consistencia pastosa y un fuerte olor, metía y sacaba una y otra vez las manos de la arena mojada, no hablaba, hasta que me pidió que por favor le ayudara a cubrirse las manos y parte de los brazos con la arena mojada. Cuando le estaba cubriendo los brazos, Mario sacó el brazo derecho y se llenó la cabeza con arena mojada, al hacer esto se cayó la tapa de la caja de arena y grito “chin! Ya se cayó la caca”, mi reacción fue de sorpresa y posteriormente le dije a modo de pregunta “¿la caca?” y me responde sonriendo “no, pues la tapa”. Al preguntarle como se sentía tocando la arena, me dijo “en la mojada me siento atrapado”,

Habla sobre las sensaciones que tiene al hacerse popo “cuando me hago la caca no es tan fría como la arena, es calentita y no es tan espesa”, yo le señalo “tu sabes eso porque tu eres quién lo hace”, pareciera que la arena le despierta

sensaciones y le permite hablar de ellas, cosa que no se había presentado en las sesiones anteriores, pues al tocar el tema de la encopresis dentro de las sesiones la mayor parte de las veces respondía que no recordaba nada.

Después me dice que cuando se hace caca su mamá le pide que no se acerque a las personas y añade “me quita la oportunidad de acercarme a ella, a mis amigos, familiares a otras personas” y posteriormente vuelve a comentar “la oportunidad me la quita la caca y yo mismo...yo mismo”. Se habla el tema de la caca y la pipí traicioneras, que cuando menos las espera ya han salido, Mario guarda silencio, no habla, yo me limito a retomar algunas cosas que ha mencionado con respecto a los “accidentes que tiene” y me dice “por favor di más cosas que yo haya dicho”, comienzo decir algunas cosas mencionadas por el en sesiones anteriores y le menciono que yo estoy ahí para escucharlo a él y no a sus cacacas, él solo pone cara de asombro, luego me pide que le llene por completo los brazos y las manos de arena mojada y las pone dentro de la caja de arena.

Mario comenta que es mucha y le pregunto si acaso esta caca que lo atrapa es más que él, su respuesta: “claro que no, yo peso y soy más que ella”, agrega que le gustaría decirle “Pues que ya no... que ya me deje en paz... que se vaya”, dice que cree poder librarse de ella, y le sugiero que la ponga en el lugar en el que va la popo y entre los dos la arrojamos al bote de basura, al menos aquella que tiene en los brazos y en la cabeza, al momento de hacer esto menciona “no puedo creer que sea posible dejarla en el bote de la basura, necesito limpiarme”.

Después de haber tirado la arena en el bote, sale a limpiarse al baño de caballeros y al regreso me dice que seguirá jugando con la arena pero que ahora quiere ponerle juguetes. Pone debajo de la arena una familia, curiosamente formada por los mismos miembros que la de él y me dice “estos son los que la aguantan y la huelen”, a continuación a cada uno de los miembros de su familia le da un personaje, a su madre y hermana les asigna una muñeca Mimí y al padre un Pedro Picapiedra, coloca diferentes miniaturas personas y muebles y menciona

que “son los primos, amigos y la gente que va en el metro, que se aguanta mi popo”. Posteriormente coloca diferentes tipos de animales y personajes, de los cuales menciona “el león puede ser un enojo, la zebra, tristeza blanco y negro, el M&M (una figura de luneta) que es rojo y blanco son emociones, es el enojo y el dinosaurio es la nobleza...la nobleza de mi cuerpo cuando el no se hace del baño, si me hago del baño entonces soy la zebra que es tristeza”. Al final elige poner encima de la arena y de todos los animales y personajes un luchador que se asemeja al “santo”, del cual menciona que “a lo mejor es como yo que lucha en contra de la popo”.

Al concluir la fase inicial, cuando a Mario se le pregunta por su sentir ante diferentes situaciones no utiliza más el “no sé” o “no recuerdo”, sino que utiliza un detinmarindedopingüe, para elegir entre dos sentimientos por ejemplo, entre tristeza y enojo. Hace lo mismo para elegir entre los juguetes o para decir que es lo que quiere llevar a cabo en la sesión, a la par de esto, juega con masas de Play Doo y realiza animales pertenecientes al medio marino. Mario considera que los animales marinos están en peligro de extinción, atrapados o amenazados, “yo me siento así en casa, cuando no me dejan salir a la calle”. Juega con la arena y me dice que si tapa a toda su familia es porque, es igual al enojo que tapa a su familia por que no aguantan que en ocasiones se haga del baño. En una ocasión platicó, sobre que a veces se siente exhausto por no encontrar las cosas y que al sentir que el buscarlas le quita tiempo se pone a gritar como loco en casa, “gritar como ¡Oh por Dios! ¿No encuentro la tapa! Es el fin del mundo!”.

Esto me recuerda a lo que ha dicho la madre con respecto a que en casa en ocasiones cuando se le llama la atención a Mario, éste se pone muy alterado y comienza a gritar muy fuerte y a correr por todos lados y comienza a gritar que le están pegando, esto altera mucho a la madre y a la hermana quienes reaccionan enojadas y la primera ha confesado que le dan ganas de pegarle en verdad, pues el niño grita muy fuerte y según ella los vecinos comentan que ella le maltrata.

Casi al mismo tiempo, juega con masa play-doo y arma figurines de animalitos los cuales mete en la caja de arena, aunque en muchas ocasiones se le recordó que había otros niños que usaban las masas, el respondía “pues que tal que se hagan alérgicos a esta masa, puede que tenga algo contagioso”, y me dice que él está enfermo. El niño consideraba que la enuresis y la encopresis son una enfermedad, se le comentó que hacer pipí y popó no es estar enfermo, pero que su problema puede ser el que son ellas quienes le ganan, al momento de decidir en que momento deben salir.

Al finalizar esta primera fase, en entrevista con la madre, ésta reporta que Mario ya no se hace de la popó en la escuela y que han disminuido los accidentes en casa, y que hasta el momento no escondía más la ropa que había ensuciado. La madre dice verlo tranquilo pero dice que ha cambiado pues ahora manifiesta más cuando no le gustan las cosas y que se ha vuelto retador con la hermana.

3.2 Fase Intermedia. De la 11^o a 20^a sesión.

Al inicio de esta etapa del tratamiento se trata de concertar una cita con el padre de Mario, sin embargo, al llamarle por teléfono, el padre tiene una reacción muy agresiva y francamente violenta. En la llamada que se le hace, se niega a asistir diciendo que el problema de su hijo se resolvería el día que su madre cambiara en el trato que le daba al niño, así como cuando le diera el lugar que le correspondía en la familia. Se desistió de contactarlo, pues esto podía entorpecer el tratamiento del niño. Sin embargo, será en este periodo donde se pueden ver algunos avances dentro de la problemática del niño.

Algo que ocurrió cuando se intentó contactar al padre fue, que el niño llegaba las sesiones con regalos de comida para mí, la primera vez que ocurrió esto me trajo fruta, posteriormente, dulces, o pan. Al preguntarle porque traía estos regalos, me decía que su mamá era quien los mandaba, por lo que es de suponer que la

madre se encontraba nerviosa por la entrevista que se trató de concertar con el padre y mandaba la comida en una forma seductora, probablemente para que me aliara con ella en la entrevista.

En esta fase Mario, llegaba al consultorio con una actitud molesta, sobretodo cuando se percataba de que otros niños habían usado los juguetes en especial las masas, antes que él, “la gente las usa antes que yo, pierde las masas”, o bien me preguntaba si podía romper los focos del cubículo, aunque él sabía que no podía romper nada del CSP.

En un primer momento, juega en el arenero con figuras masculinas, en específico con la figura de un sacerdote, un Pedro Picapiedra al que le faltaba un brazo y hombre vestido de aristócrata con bastón, un rey, un robot y algunos animales, también pone a una viejita, su juego consiste en derribarlos con un lanza-tazos. Le molesta que el sacerdote se caiga, “es ilógico porque al ser un anciano nunca podrá hacer cosas de jóvenes, como andar en patineta” y “Picapiedra siempre está enojado y mi no me gusta el carácter de él, pues tiene el carácter de mi papá, voy a derribarlo por tonto”. El juego es repetitivo, estas figuras deben ser derrumbadas, puede ser con el tazo o bien pueden ser comidos por animales salvajes, cuando le toca el turno al rey menciona “no seas miedoso rey, no estarás vivo por mucho tiempo”.



Figuras utilizadas, para ser derribadas por el lanza tazos.

En otro momento de este juego el cual era ya recurrente, menciona que les dispara a los viejitos para que se mueran, dice que la mayoría de los hombres que utiliza están ya muertos a causa de un accidente. En específico en este juego quiere matar a la figura del rey, “debe morir porque no sabe fijarse y no sabe escuchar, no sabe mirar”, añade que este rey solo se deja llevar por el sentido del tacto, Mario se expresa así de este rey “se tropieza con las personas, las ve como muebles nunca les dice palabras de cariño”

Paradójicamente, en este juego el rey no se caía con los ataques del niño quién estaba sorprendido con no poder cumplir su objetivo “¿pero como no se va a destruir ese rey?”, “tu me podrías ayudar a enterrarlo”.

Cuando pone los personajes a derribar también coloca un niño que esta vestido como cavernícola y a Bart Simpson, el primero me explica que fue abandonado por sus padres y no recibe amor, “pues tiene que cargar con cosas muy pesadas”. Ambas figuras son colocadas en medio de todos los personajes a los que quiere derribar, Mario desarma al niño cavernícola y menciona que Bart lo volverá armar pero que añadirá una parte de su cerebro. Al llevar a cabo este juego, el niño menciona que su padre es el hombre más parecido que existe en su vida a los hombres malos de la arena, “me pone triste que el sea así”. En este juego Mario,

entierra con arena al rey, diciendo “yo te bendigo en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, Amén!”. Lo anterior coincide con las fechas en las que el padre no quiso asistir a la entrevista, es de suponer que esto afecto al niño, pues de alguna u otra forma muestra el desinterés del padre hacia la problemática de su hijo.



Tratando de derribar al Rey



Una conducta que se presenta recurrentemente es el hecho de no querer recoger los juguetes al finalizar la sesión, de hecho, se le tiene que invitar a que lo haga, pero pareciera no escuchar e incluso arroja la arena al piso o a la caja de juguetes.

En esta fase viene la primera interrupción por periodo vacacional, en invierno, el niño habla de que “la familia de mi papá también es mi familia, solo que viven muy lejos y no se da la convivencia mucho”. Trae juguetes a la sesión, los trae en las bolsas de los pantalones, y en ocasiones los pone en el escritorio del cubículo, comienza a pedirme que dibuje algún superhéroe que le guste, en específico me asigna a Hulk, este personaje se convierte en algo usual durante esta fase. Para Mario Hulk se enoja cuando lo provocan y no porque sea en realidad una mala persona, “tal vez quiero que hagas el enojo”, él me dice que como niño no tiene derecho a enojarse, pero entre las cosas que más le molestan es que no le hagan caso los compañeros de la escuela, pues es por eso que no tiene amigos.

Un tema que surge en sesión, es el hecho de que la madre rasguña a Mario o es violenta pegándole o castigándole. Sin embargo, el niño se niega a hablar este tema, pues dice “no recuerdo que me pasó en la cara o cuando me rasguñó”, se niega hablar de las agresiones de la madre, de cómo lo regaña, pero si habla sobre el enojo de Hulk, me pide que dibuje este personaje y que no le ponga el rostro pues eso le corresponde a él. Al venir las fiestas navideñas, me regala una alcancía de una vaquita, la cual tiene muchas monedas saliendo de sus ubres.



El enojo de Mario

Al volver de las vacaciones Navideñas, se hacen evidentes algunas otras de las problemáticas de Mario, entre las que se pueden mencionar su torpeza motriz, así como el miedo a que le pueda suceder algo en el entorno, ya sea en casa o en la escuela.

La madre reportaba que cuando era la clase de educación física ella sugería al profesor de esta materia que le tratara como a cualquier niño y que en caso de que demostrara miedo le avisara a ella para que le pusiera un castigo. En una entrevista menciona que la percepción que tiene de su hijo es la de un niño “tonto, bobo, que no puede con los problemas, eso me choca”. Dice que algo que no soporta ver es su torpeza física, que se cae “ni siquiera sabe meter las manos”, es a la par de esto que se le sugiere que las actividades extraescolares del niño incluyan algún deporte en el cual pueda estimular sus habilidades motrices

En una ocasión Mario llegó con un gran golpe en la barbilla, que estaba abierto además de un raspón muy profundo y otro en el antebrazo derecho, ambos son

golpes recientes. Mario, me cuenta que se cayó de una patineta en casa de un amigo y se pegó en la cara y del golpe del brazo fue al asistir a un cumpleaños al parecer alguien le asusto y salió corriendo pero se raspó en una pared. “Aunque estos golpes no me duelen, no me duelen casi” y así parece pues a pesar de que son grandes Mario no parece sentir molestias.

Me percaté de que en algunas sesiones Mario, trae bajo la ropa espinilleras o bien rodilleras y coderas, él percibe que me he fijado en las cosas que trae bajo el uniforme se apena y me dice “¡Ay no! Si te diste cuenta!”, “pues por si me ocurre algún accidente en la escuela o a la hora del recreo! Pero aquel día de la patineta no me las puse, sino no me habría pasado nada”, “tengo miedo de caerme y que me enyesen”. Al explorar el tema de las caídas relata que cuando se pega nunca llora pues no le duele, pero añade que de ahora en adelante cuando le inviten a salir a jugar o a alguna fiesta dirá “mejor le hubiera dicho a mi compañero que me voy a una exposición o a una obra de teatro y que me van a poner una pintura que dura como 5 días y así no tendría que ir”. Esto coincide con lo observado en aquellos niños que padecen encopresis expulsiva, los cuales tienen problemas en la coordinación de su motricidad pues en algunos casos suelen tener caídas frecuentes, o bien parecer torpes en sus movimientos. Se habla de que lo importante es siempre seguir intentando las cosas y que para que pueda llevar bien a cabo sus movimientos al hacer algún ejercicio, el niño expresa “me gustaría hacer tae-kwon-do y no solo ir a las clases de confirmación”

Cuando llega golpeado se inclina por el juego en la caja de arena, menciona que le gustaría que se le ayude a enterrarse en la arena, “a enterrar estas manos que pueden meterse cuando me caigo”. Juega a ponerse la arena en las partes del cuerpo donde tiene golpes “la arena me hace sentir tranquilo y relajado, como este lugar”.

Mario considera que la arena que usamos en sesión, es la que le ayuda a curarse, al meter las manos y la cara en ella lleva a cabo un juego; tomaba un muñeco que

estaba desnudo y al que le faltaba un pedazo de nariz (otro paciente lo había mordido en sesión) y otro que es igual pero que esta vestido y lleva un casco en la cabeza y un Tribilin, estos figurines son rodeados por otro muñecos, en su mayoría del sexo masculino, a los cuales derriba con un tazo de Batman. A Tribilin lo saca de la caja de arena pues dice que es un torpe y bobo al cual siempre le pasan cosas, al llevar a cabo este juego siempre deja el muñeco desnudo dentro de la arena con el objetivo de que se cure “para que cure sus heridas y todas las caídas que ha tenido”. Es frecuente que este muñeco le deje enterrado en la arena de una sesión a otra, más aún cuando se ha caído en el transcurso de la semana.



Curándose las heridas en la arena



Curándose las heridas en la arena

Comienza a expresar que entre sus deseos se encuentra el poder dar saltos sin lastimarse, el querer ser un niño moderno y poder estar comunicado, dice que son propósitos para llevar a cabo. Añade que de grande le gustaría ser actor, vender celulares o ser alfarero y poder fabricar joyas muy valiosas.

Durante esta fase Mario tuvo una recaída con respecto a la encopresis, la cual se presentó una sola vez dentro de la sesión y por espacio de tres días en casa de una tía. Esta recaída coincide con una operación de vesícula biliar de la madre, la cual fue llevada a cabo de emergencia. Al parecer la angustia de perder a la madre hizo que el síntoma se presentará de nueva cuenta. Justo a la hora en que estaba Mario en sesión, la madre estaba siendo intervenida quirúrgicamente. El niño expresa sentimientos de culpa por lo ocurrido pues dice que lo primero que le dirá a su mamá cuando la vea es “que la quiero mucho y que ya no la voy hacer pegar corajes”. Realiza un dibujo de Spiderman, el cual, no presenta la forma definida del superhéroe, utilizando acuarelas y colocándole una especie de bata color blanco.



Cuando ocurre este evento Mario habla de la problemática de los padres, dice que a pesar de que lo encerraban en su habitación para que no escuchara todo se oía y que la reacción de la madre era esconderse en un closet. Cuenta que esto no le hace sentir nada bien y que a él estas peleas lo hacen sentir muy enojado. Realiza dibujos de Spiderman (aunque no se parecen al personaje), les pone nombres raros o bien los rodea de letras "F" y me dice hacerlo para "es solo para despistar a la gente, ¿a caso eso es algo malo?, aunque también es para que no me entiendan". Menciona que hay algo que quiere dejar dentro de las sesiones y que esto es todo el enojo y coraje que siente.

A la par de este evento, el enojo y el coraje se convierten en temas recurrentes dentro del tratamiento así como el dejar la puerta abierta parte de la sesión, Mario opta por llevar a cabo juegos en los que tenga que hacer mezclas con harina y agua, mezclándolas con pinturas de colores, obteniendo coloraciones verdosas. También opta por usar juegos de mesa como los palitos chinos y el uno, dice nunca haber jugado antes estos, pues no los hay en casa, se muestra poco tolerante al ver que en ocasiones está a punto de perder e incluso, patalea dentro de las sesiones, y grita "en los palitos chinos no se puede hacer trampa! y tu juego del uno es muy difícil", actúa de manera impulsiva y se enoja dentro de las sesiones, hace trampa, arroja los juguetes y se burla de mí cuando pierdo. Es traído a las sesiones por una de sus tías la cual es una persona de la tercera edad, quien me informa de manera discreta los episodios de encopresis que el niño ha tenido en su casa. Se muestra como una mujer cariñosa y paciente con Mario.



Las mezclas del enojo.

Al hacerle preguntas sobre, el enojo y como se ha sentido con respecto a lo ocurrido con la madre, habla en voz muy baja y responde con el lenguaje de la “F”, muy común en los niños que se encuentran en primaria, por ejemplo “nofo sefe nafadafa” (no sé nada), esto se hace recurrente y recuerdo lo dicho por el en sesiones anteriores al poner alrededor de sus dibujos letras “F”, que era para despistar o bien para que no lo entiendan. Decido hablar igual que él y es así como Mario me pide que le cuente cuales fueron los resultados de sus pruebas y que le diga que dice su madre en las entrevistas que se tienen con ella. Le explico cuales fueron sus resultados y me escucha atento, le comento algunas cosas que me ha ducho la madre con relación a que esconde la ropa sucia o que cuando se desespera corre por toda la casa gritando, después habla sobre la hermana, del coraje que le tiene pues dice saber más cosas que él, menciona que un día será más grande que ella y que “entonces ella se detendrá para molestarme y ofenderme”.

Por momentos al hacer las masa, no habla, pues dice que no es él, sino que quién hace las mezclas es Hulk, y le hago entrevistas a este personaje quién me menciona “estoy enojado desde hace mucho tiempo, el enojo está dentro de mí, estoy enojado porque las peleas de mis padres, por lo regaños de mi mamá y por el rechazo de mi hermana”. Las veces que llevó a cabo este juego pide que las

mezclas le cubran todo el cuerpo, se trabaja el tema de que el enojo se siente en el cuerpo y que se debe buscar que hacer con él sin dañar a las otras personas, dice en voz baja y con “F” “haciéndose pipí y popó” y me pide que por favor sea yo la encargada de guardar el enojo. Se llega al tema de que no todo en el puede ser enojo, también hay cualidades y sentimientos que le hacen estar bien, buenos momentos y experiencias que le ayudan a aprender.

En una ocasión Mario me da una muestra de las habilidades que tiene para hacerla de mago, mostrándome trucos para desaparecer monedas o para esconder algunos objetos o incluso partes del cuerpo. Surgen dos temas importantes los amigos y los genitales, Mario dice no tener amigos en la escuela, y su mejor amigo se encuentra en el trabajo de su papá, el cual es un niño muy travieso y que va muy mal en la escuela. Me pide le explique para que sirven los amigos y agrega “yo te he enseñado trucos de magia y contado algunas cosas, tú dices que yo tengo cualidades y que digo cosas interesantes que te gusta oírme, pero si yo llevara a cabo eso con los niños de la escuela para que fueran mis amigos, sería inteligente”.

En una ocasión jugó con unos luchadores, el tomó uno color negro y a mi me asigna uno rosa con cabello rubio el juego consistía en llenarlos de masa de terracota, la cual colocaba en el pecho y los genitales de su luchador. Toca el tema de los sentimientos, de nueva cuenta el enojo, afirma que la parte donde esta la masa es la parte donde lo siente, al señalarle que en el pecho y los genitales me pregunta “¿Qué son los genitales?”

La madre comentó durante la historia clínica del menor que aún no descendían los genitales del menor, ella no había considerado la cirugía como remedio, pues el urólogo le dijo que si iban a descender. Sin embargo, la madre solo se había limitado a explicarle al niño que los testículos eran un regalo de Dios para ella. Asimismo ella daba masajes en el vientre bajo a Mario para que pudieran descender, pues en

entrevista menciona “no han bajado porque tiene un enfriamiento”. El padre nunca había ayudado a la exploración del niño, ni tampoco en la enseñanza de hábitos de higiene.

Al hablar de los genitales, Mario pedía permiso constantemente para salir al baño, el argumentaba que para quitarse la masa de las manos, sin embargo, regresaba con las manos sin limpiar. Es de suponer que iba a revisar sus genitales. Habla de que su luchador no tiene derecho a nada, ni a tener amigos, ni a que se le respete, a que no se le grite, ni a tener sensaciones. Lleva a cabo el juego de tomar un par de soldados y ponerles masa en los genitales y cuenta que a uno de ellos se le rompió una pierna y que necesita muletas para poder llegar a su casa, tuvo un accidente y se le rompió no solo la pierna sino los testículos, toma otro soldado y los comienza a chocar de los genitales uno contra otro, dice que lo hacen porque ambos están tan locos que se van a aventar juntos de un edificio. Mario sonrío mucho y suelta carcajadas mientras choca uno y otro muñeco, le digo que deben estar muy lastimados de los genitales y me dice que si, le pregunto si no tienen derecho a tener los genitales y me dice que si pero que eso de lastimarse ahí les pasa por que “son tontines”.

A la par de estas sesiones se tocó el tema de la sexualidad y su cuerpo, con respecto a que hay limites para que la gente lo toque o lo vea, le explico en que consiste el padecimiento que él tiene y que los testículos van a bajar, el me dice que le pedirá a la madre que lo lleve al doctor. El niño me escucha atentamente, pero no me hace ninguna pregunta.

Aparece en las sesiones el juego con dinero, Mario se sorprende al ver que tengo billetes de juguete, “¡Oh! ¡Tienes aquí dinero!” habla en las sesiones de que si el tuviera amucho dinero compraría una feria, como la de Chapultepec, pero enseguida corrige, “¡voy a comprar la Facultad entera!”. Mario fantasea con comprar la Facultad y visitar todos los cubículos y cada espacio que hay en ésta, menos a las personas pues esas valen mucho dinero. “¡Siendo el hombre más rico

del mundo, sería el rey y los niños no tendrían tarea ni que ir a la escuela, sería el rey del mundo y sería libre!", cuando dice esto me comenta que no debo de preocuparme pues dentro de la Feria construirá una mini facultad, "para que tu puedas seguir haciendo su trabajo"

Por esta época juega al ajedrez y me dice "cuando juego al ajedrez no hablo de mí, yo solo vine a matar al rey". Cuando inicia el juego se comporta muy paciente conmigo, me dice como acomodar y mover las piezas, sin embargo, una vez que se ha entrado en el juego se comporta muy agresivo, no respeta los turnos y me dice que hará lo posible por matar al rey.

Casi a la par de estas sesiones en entrevista con la madre informa que Mario, ya no se hace popo mientras juega y tampoco camino a casa o a la escuela, asimismo la enuresis no es tan frecuente. Me comenta que en la escuela ha cambiado, pues es más platicador con sus compañeros, aunque todavía no se anima a jugar de manera tan física con ellos. Se le pide que lleve a Mario con el urólogo para una revisión de forma periódica.

Por esta época Mario vuelve a traer rasguños en la cara, esta vez más profundos y marcados que los anteriores, en total trae 7, estos se encuentran en la frente viene a consulta con el cabello despeinado y echado sobre la frente, cosa rara en él, que siempre llega muy bien peinado. En sesión Mario informa que solo ha sido un accidente y que ocurrió cuando subió a la azotea con el padre para pintar una reja, y que se tropezó y se raspo la frente. No obstante los rasguños se ven muy simétricos y no parecen nada a un raspón. Antes de que pueda hacer cualquier otra pregunta el niño se adelanta a decir, "no me dolieron, no me duelen, pues mi mamá me esta curando con vitacilina", después le da un ataque de hipo que le dura la mayor parte de la sesión, lo que considero un buen pretexto para no hablar. Más adelante me dice que se siente triste pues parece que a su padre no

le interesa y añade que le gustaría tener más tiempo de jugar pues en casa no lo puede hacer ya que puede tirar o romper algo.

Le pido una entrevista a la madre, pues me parece que Mario no dijo la verdad con respecto a los rasguños de la cara. En la entrevista, le pregunto a la madre de forma directa que fue lo que le paso al niño en la frente y ella se asombra, se pone las manos en al boca y me dice “¿¿no me digas que te lo dijo?!... si te lo dijo yo te lo voy a contar bien”. Silvia me cuenta que Mario estaba jugando en casa y que al parecer había molestado con sus gritos a su hermana y a ella, por lo que la madre comenzó a perseguirlo por toda la casa, y que cuando lo tuvo de frente quiso darle un zape, pero “no le atiné bien y le alcance la frente”. Silvia agrega que cuando esto pasó, la hermana de Mario gritaba “eres peor que una gata, ahora si te pasaste”, me dice “estaba preocupada de que te distanciaras de mí”. La madre también tiene una fuerte demanda de atención y de alguna forma la había buscado durante el tratamiento.

Mario había sufrido accidentes al patinar o al correr y al hablar de estos había mencionado dolor, sin embargo cuando la madre le agredía decía no sentir nada, es de suponer que no se permitía ningún sentimiento ante esto y quitaba de toda responsabilidad de la agresión a tan importante figura. A lo largo del tratamiento se le recomendó a la madre, iniciar un tratamiento terapéutico, pero esta siempre se negaba por lo que una vez que ocurrió este evento, se le exigió la búsqueda de ayuda. La madre la busca en el mismo CSP.

3.3 Fase Final. De la 21^o a 31^a sesión.

Al inicio de esta fase, ocurren algunos cambios, uno pequeño dentro de la terapia, es que se tiene que cambiar el cubículo en el cuál usualmente se le atiende a Mario, en este nuevo hay una especie de diván y dos sillones individuales y el segundo es que se interrumpe el tratamiento a consecuencia de la contingencia

sanitaria por la influenza AH1N1. Los padres tienen una fuerte discusión y se separan por un periodo de dos semanas y el padre se lleva a Mario y a la hermana a Veracruz de donde es originario.

Se muestra molesto por el cambio de cubículo, cuando juega se fija en ciertos detalles por ejemplo “mira que en la sopa del domino se formó un tractor, ¿tu te has fijado que aquí no hay un sillón para dos personas?”.

El tema del padre sale nuevamente en las sesiones, me cuenta que le gustaría pasar más tiempo con él y que lamenta que siempre se sienta cansado, “no puedo estar enojado con él, pues sé que es un hombre mayor y que está muy cansado”. Algo que menciona es sentirse decepcionado de él, al preguntarle que significa para él esa palabra me responde; “para mí es traicionado”.

Se trabaja en la caja de arena la decepción que siente, arma un escenario donde pone todas las figuras humanas que encuentra y algunas les pone un arma, a otros les pone una canica y dice que son granadas. En un inicio no se le encuentra estructura al escenario pero posteriormente el arenero está dividido en dos, por un lado las personas todas ellas recargadas en una de las paredes del arenero, como si estuvieran en un muro de ejecución, luego viene un espacio de arena y del otro lado, todos los animales que hay en la caja de juguetes incluso aquellos que son muy grandes, hasta atrás recargado en la pared del arenero contraria a las personas están recargados un león, un elefante, un chita, una jirafa y un tigre y luego viene diversos animales desde perros hasta dinosaurios. Al armar el escenario se ve cansado y se lo señalo él me responde “la cosa está complicada”.

En esta sesión ocupa todo el tiempo para hacer la escena en la caja de arena, casi no habla y al final relata la siguiente historia, “Las personas iban en un avión y este avión se cayó en la isla ellos adoptaron a los animales y les enseñaron buenos modales, pero los animales crecieron y los atacaron” Mario comenta que el enojo de los animales era porque las personas adultas evitaban que los animales se

sintieran en su hábitat natural, al final nadie gana, pues todos se matan entre sí. No obstante me dice, “no creo que la única solución sea la muerte”

Mario, se niega a recoger los juguetes y solo revuelve sus manos en la arena, al tiempo que dice “si la decepción es de los humanos, ellos adoptaron a estos animales y ellos fueron salvajes, por eso tuvieron que matarlos, porque los decepcionaron y ya”, al decir esto tira la caja de arena al piso con todo y juguetes. Se niega a levantarla argumentando, que no hay escoba, ni recogedor, con todo, consigo ambos y le digo que recoja la arena. Su actuar parece burlón, me dice “el problema aquí es que yo no se barrer”, le enseñé como y barre la mayor parte de la arena, pero deja un poco en el piso y me pide ayuda, me agacho a recoger la poca arena que estaba en el piso con unas hojas sin usar la escoba, Mario estaba frente a mi con la escoba en la mano y cuando me agacho me propina un fuerte escobazo en la cabeza, esto me sorprendió mucho no me lo esperaba. Se habla brevemente de lo ocurrido y me pide muy apenado una disculpa.

Se hace usual que al entrar a las sesiones, venga comiendo algo, y en algunas ocasiones me trae comida. En esta fase Mario me comenta que los testículos han descendido, cuando me lo dice parece apenado y un poco incrédulo. Al hablar del tema de los testículos el niño refiere “me gusta que mi mamá me despierte por las noches para hacer de la pipí, me gusta que me despierte y que me cambie”, le señalo que lo que le gusta es que por las noches su mamá deje en la cama al padre y él convertirse en el foco de atención, asiente con la cabeza y enseguida me dice “tengo que salir de aquí, a lavarme al baño”. Al tratar el tema de que al madre los despertaba por las noches Mario reaccionaba poniéndose las manos en los oídos y gritando dentro del cubículo “si me tapo los oídos te puedo oír mejor, hasta haces eco!”

A lo largo del tratamiento y en la supervisión, se infirió el hecho de que Mario podía estarse masturbando o bien que recibía una fuerte erotización por parte de la madre, al momento de levantarlo a ir al baño, el que esta lo observara cuando

se cambiaba, o al revisarlo de los testículos. En algunas sesiones el niño manifestó curiosidad por saber como se dormiría desde la cama de la hermana o saber que era lo que ella hacia por las noches, (dormía en la misma habitación que ella, pero en literas, él en la cama de abajo).

Cuando trae de comer algo para mi me dice “la traigo porque mi mamá me dijo que te la diera, nos la regalaron en el restaurante donde comemos a unas cuerdas de la escuela”, parece dejarme claro que no es algo que provenga realmente de él.

Mario comenta que se siente confundido, pues debido a la edad de su padre, el es tío de unos adolescentes y sobrino de un bebé, dice sentirse “Muy raro!, más siendo yo un niño”, hace alusión a la edad del padre, pues debe también estar confundido con relación a que entre más crece el padre más se deteriora. Cuando habla de la confusión que le generan las edades y jerarquías en su familia, juega con una cámara fotográfica y lanza la frase “las cosas no son como parecen”.

Viene el periodo vacacional de Semana Santa, hay una discusión fuerte en casa, pues la madre no quiere que el padre vaya de vacaciones a Veracruz de donde es originario, por lo que al no llegar a un acuerdo, las cosas suben de tono y el padre intenta golpear a la madre y a una hermana de ésta con un zapato. Silvia le pide el divorcio y el Sr. Guillermo le dice que él se va de la casa pero que se lleva a sus hijos con él. Y así suceden las cosas. En entrevista la madre acepta no haber sentido miedo de que los niños se fueran con el padre, pues comenta “en el fondo no es un mal padre”, cuenta que ella se fue de vacaciones por su lado. Durante este periodo de tiempo desaparece la enuresis y la encopresis, la madre relata que el padre, se involucra más en el cuidado del niño y el refiere que no recuerda que es hacerse de la pipí.

En entrevista con la madre ella menciona que es gracias a Dios que su hijo ya no se hace ni pipí ni popó; Mario utiliza el mismo discurso, en sesión menciona que es gracias a los rezos que hace que ya no le

ocurren accidentes. Se les señala a ambos que ha sido gracias al trabajo que el niño ha hecho en la terapia, y al seguimiento alterno que se ha hecho en las entrevistas con la madre así como el involucramiento del padre en el trato hacia el hijo.

Al regresar de la contingencia sanitaria, su comportamiento es relajado y parece incrédulo ante lo que había ocurrido con la influenza, se niega a lavarse las manos y en sesión me comenta “es una patraña para vender a México”.

Mario lleva una cajita con cartas de diferentes personajes de Marvel, la madre se molesta porque no le pide permiso para ingresarla al CSP y el niño no parece ponerle mucha atención a la molestia de ésta. El niño habla de cuáles son sus cartas favoritas, y los poderes que tienen éstas, dice que la que más le gusta es la de un Venom que tiene 4 vidas. Me invita a jugar con las barajas, algo así como juegos de rol.



En un inicio me da instrucciones sobre donde puedo obtener información de cada carta, pero su intervención queda ahí, ya que menciona que nunca ha jugado con esas cartas ni que las ha compartido con ningún compañero de escuela, no obstante se ven muy desgastadas, me dice que lo poco que ha aprendido de los juegos con cartas ha sido observando a los otros compañeros de escuela. Le parece extraño que le pregunte si las intercambia con alguien, dice no saber que es eso, al explicarle en que consiste intercambiar cartas, parece extrañado.

En una ocasión Mario pidió un álbum de una caricatura, y la madre se lo compró junto con dos cientos de sobres, “para que lo pudiera llenar sin tener que pedir que sus compañeros le dieran las repetidas”. La madre lejos de favorecer el desarrollo o contacto de su hijo con los pares en muchas ocasiones lo coartaba.

Durante la fase final Mario habló sobre las cosas que no le agradaban de su madre, le costó trabajo entender que a veces puede haber cosas que no nos agradan de la personas que queremos y que no por eso les estamos atacando o hablando mal de ellas. Expresar las cosas que no le gustaban de la madre lo hace a través de la caja de arena. Arma un escenario que consiste, en dividir el arenero en segmentos de un lado pone figuras femeninas, del otro animales salvajes y en una pequeña porción figuras masculinas, todas rodeadas por carros.



Lo que no me gusta de mamá



Lo que no me gusta de mamá

Menciona características de algunos personajes que coloca en la caja de arena, dice que “el león tiene ojos tiernos pero una boca terrible”, habla del personaje de *gran papi*, el cual había estado enamorado de una mujer muy mala que le hacía muchas cosas desagradables. Mario describe así su escenario “De un lado está el lado bueno de mi mamá y del otro las cosas que no me gustan, pero también en el lado bueno de mi mamá puse las cosas que me agradan y que puede compartir con mi papá. Las cosas que no me gustan de mi mamá es cuando se enoja y se pone como una fiera y de las cosas buenas que tiene está mi papá”.

En otro momento menciona que su madre puede llegar a sonreír pero no por que sea una buena persona, esto lo identifica con un tazó que ha puesto en el arenero, “ya ni modo ella es así”.



Puede llegar a sonreír pero no por que sea una buena persona.

Al avisarle que el tratamiento está apunto de terminar, Mario hace como que no me escucha, y en un momento de negación, me comenta “ahora vendrá otra igual que tu a atenderme”, y me pide que lo deje hacer su retrato en la caja de arena. Le explico que también le doy de alta porque es un niño que puede enfrentar todas las cosas que se le presentan, no solo las académicas, sino aquellas que pueden presentarse con su cuerpo y en casa.

Comienzan las sesiones de cierre, y el padre me pide una entrevista, esto porque a raíz de la separación que tuvieron los padres en vacaciones, él le promete a Mario, acercarse más a él, así como jugar y ayudarle en las tareas. Con respecto a la separación que tuvieron los padres el niño menciona que le pareció una exageración por parte de su madre y dice “que bueno que en el gobierno no le hicieron caso”. El niño tiene casi tres semanas asistiendo a clases de Tae-Kwon-Do, y ha mostrado mejoría en sus relaciones interpersonales, se muestra más seguro de si mismo y ha mostrado una cercamiento al padre así como más independencia hacia la madre.

Si bien la enuresis y la encopresis habían desaparecido, Mario demostró su tendencia a la analidad, pues en algunas ocasiones contó sueños o tuvo conductas, que denotaban cu carácter anal. En una ocasión dijo estar cansado

como para jugar y me pidió permiso para dormirse en el mueble que asemejaba un diván y me relató el siguiente sueño:

“Estos sueños no los tuve yo, los tuvo Bob Esponja; mira una vez Bob soñó que inflaba un globo grande, grande pero lo llenó de orines y era para reventarlo encima de las personas ricachonas y darle a los pobres. Ah! pero en otro momento lo reventó y mojó a todas las personas con sus orines, a todos, a todos (cuando lo cuenta lo hace muy emocionado, con los ojos cerrados). En otro sueño, Bob estaba bien dormido y todo había cambiado en el cangrejo cascarudo, y él en su sueño había guardado sus calzones en la caja registradora del dinero y cuando la abrían en lugar de tener dinero, salían los calzones de Bob esponja, pero cuando fue al baño! Que crees que pasaba! Que le jalaba al baño cuando hacía de la popo y salían puros billetes jajaja, ese era muy chistoso y ese dinero era para dárselo a toda la gente pobre del mundo y del país. Ja ja ja ja ja, solo recuerda que mis sueños son los de Bob Esponja”

En algunos momentos, me dijo que no le agradaba la idea de terminar el tratamiento, pues había sido tan rápido que parecía que no había habido terapia, o bien cuando le recuerdo cuantas sesiones quedaban, su respuesta era “no lo sabía, “¿por qué no me habías dicho nada?”. En estas sesiones llega a hablar de las cosas en las que se parece al padre, como que ambos tienen un carácter similar y en que ambos saben muchas cosas, y las pueden compartir, con relación a esto me dice que eso es algo a través de lo cual se pueden acercar. Menciona que su padre no puede jugar mucho al fútbol con él pero que puede demostrarle su cariño de otras formas. Dice que en otra cosa que se parecen es en que ambos obedecen mucho a la madre y eso no le resulta agradable.

Casi en las últimas sesiones se incrementan los regalos de comida de parte de la madre hacia mí, le pide al niño me los de al inicio de las sesiones, quién me explica en una ocasión “ella lo hace porque ya se va acabar, es como para agradecerte”. Con relación a los regalos, Mario dice sentirse sorprendido de que la

madre envié regalos, me dice que no solo su madre le ayuda sino que también en terapia le han ayudado mucho con sus problemas.

Habla de lo que desea compartir la arena con las personas de fuera, para que puedan ver “cuanto relaja y me ayuda”. Manifiesta deseos de dar a su familia cosas, a la madre música en su vida, a su hermana algunos novios y al padre “ser director técnico de mi familia porque luego mi mamá es muy mandona “

En la penúltima sesión Mario habla con respecto a lo que siente, cuando la madre envía regalos y de nueva cuenta deja al descubierto su tendencia al carácter anal, “no me gusta que gaste dinero en regalos”, le señalo lo que es probable que su madre de alguna forma busque mi atención en una terapia que es de él y que le pertenece, me responde que si. Me dice que lo que más le molesta es que los que ha enviado son simples regalos que se comen y que no duran para el recuerdo, “en un recuerdo que se quede, en algo que no se olvide, hm algo que sea útil para ti”.

En esta última sesión, coloca en la caja de arena a toda su familia, rodeada de carritos y me dice le gustaría que todos estuvieran relajados en la playa de Tuxpan incluido un perro que le regalo su papá llamado canelo. Dice que todos son luchadores, probablemente a lo largo del tratamiento, pues es de reconocerse que fueron constantes y se involucraron en todo momento, aunque el padre lo haya hecho casi al final de éste.



La familia en la playa de Tuxpan

La última sesión Mario llegó muy puntual es traído por la auxiliar doméstica, trae un pantalón de mezclilla, zapatos negros y una camisa tipo polo roja, venía vestido casi igual que en la primera sesión. Pidió que en una parte su hermana estuviera presente y en la otra él solo, fue una sesión larga de más de una hora y pidió tener presentes todos los juguetes que había usado a lo largo del tratamiento. Se inició la sesión con una presentación de las fotos tomadas al arenero y retomando algún material gráfico que había realizado a lo largo del tratamiento. Parecía muy sorprendido de todo lo que se había hablado en las sesiones.

Su cierre consiste en usar el arenero, llena y vacía muchas veces la cubeta con la que mojó la arena la primera vez que uso el arenero. Dice querer hacer un castillo de arena para representar su espacio en la terapia pero luego reflexiona y dice “mejor no porque la arena se gasta”, haciendo alusión al final de tratamiento

Mario hace 10 ositos de masita Play Doo de diferentes colores, inicia, haciendo uno de color morado, primero una mitad y luego la otra, le señalo que puede ser que las cosas están llegando a su fin, por un lado el tratamiento y por le otro su vida sin éste. Me pide ayuda con la voz entrecortada y me indica que realice algunos ositos con él. Dice querer hacer un arcoiris con los osos, en total hace 10 ositos de los siguientes colores; morado, azul cielo, verde, naranja, amarillo, verde claro, rosa, amarillo limón, blanco y azul marino.

Cuando entró la hermana de Mario, se le explicó que el niño así lo había querido jugamos una partida de uno, el niño le dice a su hermana las siguientes palabras, “solo es que te quiero desear, que las cosas ahora que ya no vamos a estar juntos sean buenas, que esta nueva etapa de tu vida te vaya muy bien y que tengas muchas suerte en esta despedida”, su hermana pone cara de asombro y luego le dice a Mario que él ha sido un buen hermano, que reconoce que le ha ayudado y ha aprendido algunas cosas de él.

Mario decide llevarse los ositos a casa pero antes me dice que significa cada uno, su voz esta entrecortada y sus ojos llenos de lágrimas, me dice lo siguiente:

“El blanco es la bondad, el rosa es el amor, el morado es...la conciencia, el marrón es el arrepentimiento, el amarillo es la nobleza, bueno el color amarillo limón, el verde es el enojo, el amarillo es la expresión, el rojo la libertad, el verde oscuro la iluminación hacia Dios, el azul la tristeza...”

Al decirme esto ya en los últimos colores se le quiebra la voz y comienza a llorar, le digo que estos sentimientos los vivió a lo largo del proceso y que bueno al final

con la masa que en algún momento fue popo traicionera pudo construir como se sentía y dar origen a una expresión de sentimientos de alguna forma, agregué que le queda el hecho de que aprendió a escuchar a su cuerpo, a conocerse, a escuchar su corazón y a expresarse, para que sus sentimientos salgan de manera adecuada.



Los sentimientos de Mario



Los sentimientos de Mario.

3.4 Cierre con los padres

El anuncio del cierre del tratamiento fue hecho a mediados del mes de mayo, poco después de la contingencia sanitaria. Primero se le avisó al niño y posteriormente a la madre del menor, a quien se le explicó que conforme a lo visto dentro de las sesiones y lo reportado dentro de las entrevistas, el niño había tenido un avance significativo, primero con relación al motivo de consulta y a la sintomatología presentada y en un segundo plano, con aquellas problemáticas adyacentes que fueron observadas en la evaluación y en las sesiones de juego diagnóstico. Se solicitaron tres entrevistas antes del cierre, de las cuáles a dos asistieron puntualmente sin problema alguno, no así para la última entrevista la cuál fue cancelada por la madre en tres ocasiones.

Asimismo se mencionó que el niño no se le daría de alta si no hubiera mostrado una mejoría, así como su crecimiento en diferentes áreas, sin olvidar que al ser un niño en desarrollo su conducta y su carácter podían tener variaciones y por ende podía haber recaídas, sin significar estas, un retorno a la problemática por la cual se había solicitado la ayuda terapéutica. Se expuso que en la vida emocional hay constantes cambios y adecuaciones según las circunstancias que pueda presentar la vida de Mario.

Durante el aviso de que sería el cierre, la madre se mostró asombrada y confundida, no planteó dudas o pregunta alguna acerca del tratamiento del niño, únicamente mencionó “entonces ahora ya le toca solo a mi muchacho” (sic madre). Posteriormente al llevar al tratamiento a Mario se comportaba amable, llevando durante las últimas sesiones presentes de comida, los cuales me entregaba a través del niño.

En las entrevistas finales la madre habla sobre la independencia necesaria para su hijo, más aun dentro de la escuela, dice con respecto al niño “lo veo más atrevido, juega con los compañeros y platica bastante con ellos”. Se reflexiona con respecto

a las habilidades sociales de su hijo, ante las cuales ha mostrado un avance “tiene más amigos, se atreve y platica con los otros niños; incluso en clase”.

La madre puede examinar la importancia de respetar los límites corporales de su hijo, esto con respecto a la erotización constante que ejercía sobre el niño, “es su padre es quién debe explicarle las cosas de su cuerpo, pero yo no, mi hijo no es una niña”. A lo anterior cabe añadir que es la madre quién decide que Mario necesita su propio espacio, “no sabemos si construirle una recámara, pero es algo que necesita pronto”.

También habla del apego que pueden tener entre ellos, dice verlo “más suelto, como que ya no me necesita para todo, y me cuesta trabajo entenderlo”, se le menciona que como niño es importante que tenga sus propias experiencias las cuales le ayuden a crecer y adquirir su propia visión de las cosas, así como el responder a las situaciones o problemáticas que le puede plantear el medio, manifiesta “siento mucho la diferencia porque antes era bebé y ahora es un niño grande, no me acostumbro en nada a los cambios”.

En entrevista con ambos padres, surge, el tema de la comunicación abierta y fluida entre el padre y el hijo, el enriquecimiento de la interacción entre ambos para que el niño pueda establecer una figura paterna, que le favorezca y su desarrollo emocional. El padre menciona que actualmente se siente más cerca de Mario y platica más con éste, “no puedo correr con él en el fútbol, pero trato de darle todo, de escucharlo y de ser más su amigo”. La madre comenta tratar de ser paciente y no criticar tanto a su esposo, de favorecer la convivencia con la familia “ahora cuando quiero hacer algo, se que debemos estar los cuatro de acuerdo”.

Al final del tratamiento, ambos padres asistían a un taller para padres y la madre estaba en busca de iniciar su propio tratamiento. Se hace una recapitulación del tratamiento, del trabajo hecho con el niño y con ellos, la madre reconoce “antes yo no escuchaba a los otros, lo que yo decía eso era, me cuesta trabajo pero tengo que considerarlos”. Comentan haber disminuido las peleas entre ellos y las

discusiones con los hijos por parte del padre. En estas sesiones de cierre se reconoce la constancia y los cambios que de su parte fueron realizados para favorecer el tratamiento del niño, de su parte mencionan que no solo les ayudo como padres de familia sino también para mejorar las cosas entre ellos como pareja.

Cabe mencionar algo que parece importante con respecto a la madre más aún de manera transferencial, en la última sesión de cierre con el niño, la madre no asiste con él, sino que le acompaña la auxiliar doméstico, en sesión Mario menciona “mi mamá no se puede despedir de ti, le cuesta trabajo”.

La cita para la última entrevista fue cancelada por la madre en tres ocasiones, situación que no se presentó nunca durante más de un año de tratamiento con el niño. Cuando por fin los padres asistieron a la entrevista final, agradecieron la ayuda brindada a su hijo, no obstante la madre se mostró defensiva justo al momento de la despedida y me dice que, ahora que ya no había tratamiento, los síntomas había vuelto, su sueño era más profundo y que incluso los testículos habían vuelto a subirse, no obstante el marido le desmiente y comenta que su esposa tiende a exagerarlo todo.

Lo anterior puede deberse a que la madre no puede manejar las separaciones y en este caso su hijo al manifestar cambios e independencia, transfirió hacia mí el enojo y la angustia que esto le generaba, a pesar de que mostraba la capacidad de entender y asimilar que en su actuar no beneficiaba en nada al desarrollo adecuado de su hijo, su angustia por la separación y la desorganización y hostilidad que esto le provocaba continuaban.

Síntomas Observados y Reportados al inicio del Proceso Terapéutico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobre Coordinación Visomotriz ▪ Miedo a causa de la idea de un posible accidente ▪ Conductas impulsivas, con tendencia al acting out ▪ Marcado control de los impulsos, con tendencia a la rigidez ▪ Falta de seguridad en sí mismo, desconfiado. ▪ Angustia con relación a su cuerpo. ▪ Dificultad para establecer una relación con pares, retraimiento hacia sí mismo ▪ Dificultad en la relación con la hermana la cual puede oscilar entre la dependencia y el rechazo ▪ Dependencia de la figura materna la cual es percibida como omnipotente, controladora, no obstante, hay una relación de marcada dependencia y sometimiento. ▪ Dificultad en la relación con la figura paterna, quien es percibido como, distante y de difícil acceso.
Manifestaciones Reportadas por la Madre en entrevista y Observadas al Final el Proceso Terapéutico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se muestra más interesado en actividades que impliquen el desenvolvimiento físico, asiste a Tae-Kwon-Do, lo que ha favorecido su coordinación visomotriz. ▪ Manifiesta la importancia de intentar las cosas y no anticiparse a ellas. “ha comenzado a salir a la calle, pasea al perro y le gusta jugar al fut con los vecinos” (sic) Madre. ▪ “Los berrinches han cesado, no grita más, cuando se enoja trata de platicarlo, molesto...pero ya no grita, ni corre como desesperado” (sic) madre. ▪ Logra expresar sus emociones, lo que siente cuando le ocurre algo. “Ahora platica como se siente cuando le ocurre algo, ha mejorado y no se come lo que siente” (sic) madre. ▪ Expresa sus sentimientos, “ha mejorado, no se pone tan ansioso cuando se le encarga que haga algo, ahora intenta más las cosas” Reconoce la importancia del cuidado de su cuerpo por sí mismo, distingue y examina su cuerpo, con relación a sus genitales y a la función de estos. ▪ “Tiene más amigos, se atreve y platica con los otros niños; incluso en clase”. Comenta en sesión que es de su agrado tener amigos y jugar con ellos. ▪ Se lleva mejor con la hermana, pone límites en la relación con ésta. ▪ Es más independiente de la figura materna, en tratamiento logra hablar de las cosas que no le gustan de la madre. Comprende que el manifestar que hay cosas que no le agradan, no es atacarla o hablar mal de ella. ▪ Su relación con el padre ha mejorado, se muestra más tranquilo, “platican más, pasan más tiempo juntos., han disminuido las peleas”.

Tabla 2. Resumen de los síntomas observado al inicio del proceso Terapéutico y Avances al cierre del Proceso Terapéutico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente reporte, es el examinar la relación que existe entre la díada madre-hijo y la presencia de los síntomas como la enuresis y la encopresis. Al hacer la revisión teórica de ambos síntomas se puede ver que estos no comprenden una patología específica, sino que detrás de ellos subyacen diferentes problemáticas. Muchos son los niños, que son llevados a consulta por síntomas como la enuresis y la encopresis, y es en torno a ambos que los especialistas pueden elaborar diferentes hipótesis con respecto a su aparición, las cuales pueden ir desde lo orgánico hasta lo psicológico, sin embargo como lo refiere Dolto (1974), no se puede analizar el síntoma por sí sólo pues se dejaría a un lado el trasfondo de una posible neurosis en el infante.

Con respecto a lo anterior y retomando el marco teórico, dentro de este trabajo se ha generado algunas reflexiones con respecto al caso, así como algunos cuestionamientos que atañen a éste.

Una de las cosas que de inicio, llama la atención es el por qué se elige como síntoma la enuresis y posteriormente la encopresis, entender el por qué la presencia de estos síntomas, remite no solo a su elección, sino a que hay detrás de éstos, qué es lo que esta tratando de manifestar el niño, y a su vez que rol juegan en esta patología los padres de éste, qué ganancias secundarias hay en el niño y en la dinámica familiar.

Anthony (1978) considera que detrás de la conflictiva que el síntoma pueda presentar para el niño, éste es mantenido o magnificado por las intrusiones ansiosas de uno o de ambos padres. Si bien al inicio del tratamiento se hizo imperioso el trabajar el síntoma, con el objetivo de remitir su aparición dentro del set terapéutico, una vez que éste no apareció más en las sesiones, se pudo observar y trabajar con todo aquello que subyacía al síntoma; y se hizo de forma más profunda a través de la psicoterapia de juego.

Si bien la enuresis inició como padecimiento posterior a la muerte del abuelo, la madre decide buscar ayuda con una tanatóloga, de la cual comenta que solo fue llevado por un corto periodo de tiempo. Surge la pregunta, del porque debe acudir con una especialista de este rubro el niño y no la madre en sí, pues es ella quién cuida del abuelo durante un periodo prolongado de tiempo y por lo tanto es quién sufrió la pérdida de esta figura de manera directa, Es probable que la madre proyectara en los hijos las propias necesidades, finalmente el síntoma de los hijos devela que algo ocurre en los padres, o bien llega a generar ciertas impresiones a nivel emocional en estos.

El síntoma de Mario dentro de la díada madre-hijo, daba ganancias a nivel secundario, ya cuando se elige la somatización como camino o respuesta ante una situación, al niño no le queda otra alternativa que repetir pautas de conducta que se dan dentro de la unidad madre bebé. Como primer punto se puede encontrar que al ensuciar su cuerpo, la madre debía de proveer cuidados tales como la limpieza del cuerpo, la atención de ésta al despertarle, el tener que ser observado al revisarle si estaba sucio, este tipo de situaciones podían hacer que se obtuviera una excitación al contacto, así como una gratificación al tener que establecer un acercamiento parecido a cuando era un niño más pequeño.

La dinámica familiar establecida en casa, de alguna forma favorecía el establecimiento y la permanencia del síntoma, por un lado el padre ausente no sólo de manera física, sino carente de autoridad en la familia, su poca participación dentro de las actividades que concernían a su hijo, no solo en el aspecto de interacción sino con respecto a su desarrollo, desembocaban en la marcada proximidad de Mario con su madre.

Con respecto a los padres se pueden llegar a las siguientes puntualizaciones, si bien la relación podía verse desde la perspectiva del control-sometimiento, ambos padres presentaba pautas de comportamiento muy peculiares.

Por un lado el padre al ser un hombre mayor, cansado, y conciente de su condición física tanto en su rol de padre como de esposo, es probable que buscara el cuidado que de alguna forma pronto iba a necesitar a futuro. De ahí que dentro de la dinámica familiar asumiera un rol sumiso y de alguna forma dejara que la madre monopolizara a su hijo. No obstante en algunas ocasiones podía llegar a actuar de manera agresiva e impulsiva como una forma de afirmar su masculinidad y su rol dentro de la dinámica familiar. Y en contraparte el involucramiento que hacia al estar sumergido en dos trabajos en los cuales asumía un compromiso, desenvolviéndose como un hombre responsable y estable, sin embargo esto se puede ver también como un intento de fuga ante un ambiente familiar en el cual no figuraba. Su escasa participación como padre o bien como esposo, podían marcar la pauta para que la angustia materna fuera en aumento, y reforzarlo como un hombre incapaz de satisfacer a la madre y al hijo.

Durante el tratamiento Mario habló en repetidas ocasiones del padre, de cómo se sentía, “decepcionado, traicionado y triste”, por su forma de ser, el padre mismo aceptaba que se desesperaba demasiado con el niño al cual percibía como desobediente e incluso consentido por la madre. A pesar de lo anterior el juego reiterativo del niño podría también interpretarse como una forma de reclamo ante esta ausencia y falta de autoridad más que de una rivalidad o miedo hacia éste.

Con respecto a lo anterior, Silvia la madre del menor, hace de ambos síntomas, aspectos rutinarios de su vida, en un intento por seguir anclada en una omnipotencia dentro de la relación que lleva con Mario. Se puede ver como esta madre se mueve dentro de una ambivalencia ya que como lo afirma Sperling (1993), la madre rechaza al hijo cuando se aleja de ella y solo le muestra afecto cuando da muestras de su dependencia, así el niño teme perder el amor de su madre y sin embargo, quiere seguir independizándose, por lo que se enferma.

La madre manejaba una sobreprotección en la cual manifestaba un excesivo contacto y una mala asimilación de pautas de independencia llevadas a cabo por

parte del niño, pretendía el abarcar todas las relaciones sociales de su hijo, esto manifestado en las entrevistas al inicio del tratamiento, por un lado tratando de resolver aquellos conflictos que podía presentar Mario con sus pares, e incluso en un inicio al verse sorprendida por no poder entrar a las entrevista con su pequeño y en su momento demandando la atención de la terapeuta. Asimismo el presentarse como una mujer responsable, la mayor parte de las veces estable consigo misma, un amor cuidadoso, podía ser una forma reactiva de manejar su agresividad y deseos de controlar su entorno y obviamente a su hijo.

Por otro lado Silvia, en algún momento manifestó el agrado por establecer contacto con “gente vieja” (sic) madre, de la tercera edad, situación que se puede ver reflejada y que engancha muy bien al presentarse como una mujer que se inclina por los quehaceres del hogar y se desvive en cuidados de familiares o de sus progenitores.

Silvia no observaba ni escuchaba ninguna señal de independencia por parte de Mario, coartaba cualquier posibilidad en la cual este pudiera enfrentarse ante las problemáticas que el medio le planteara o bien en las cuales pudiera poner en juego sus propias cualidades y habilidades sociales, un ejemplo de esto puede ser el retraso en el lenguaje por parte del niño, su escasa habilidad para llevarse con pares, o la pobreza en las habilidades sociales, de aquello que Bekei (1984) describe como que le impone lo que no necesita y lo priva de lo que reclama.

Con respecto a la relación de Silvia con los síntomas de la enuresis y la encopresis de Mario, se observa que ésta, hace de la enuresis una rutina y un modo de interactuar con el hijo por las noches, la manera en la que ella trata de dar cura, recurriendo a diversos métodos caseros los cuales propician y mantienen una erotización en la relación con su hijo. Las pautas de higiene como el revisarle para “saber” si se había hecho popó, así como el bañar a su hijo, el hacerlo entrar al baño de mujeres en lugares públicos, la no explicación del porqué la ausencia de los testículos, eran generadoras de una confusión y angustia en torno a su

cuerpo, así como el que fomentaran una excitación que en la que no alcanzaba el control o la descarga adecuada por parte de Mario.

Por otro lado el actuar de la madre, puede apuntar a una incapacidad para establecer vínculos sanos, pues no puede desprenderse o bien alcanzar una adecuada representación mental de su hijo correspondiente a la realidad, así como de los otros que le rodean, trayendo como consecuencia el aumento de la angustia al creer perdido el vínculo con su hijo y no lograr el percibirlo como objeto diferenciado. Esto también pudo verse a lo largo del tratamiento y al momento del cierre, en donde de manera transferencial, no pudo abordar el hecho de que se terminara el tratamiento para su hijo, llegando un momento en donde la negación de los avances de este y la manifestación de un supuesto regreso de los síntomas los depositaba como responsabilidad del terapeuta.

En el caso presentado, Mario un niño de 8 años de edad con los síntomas de la enuresis y la encopresis, se desenvuelve de inicio en el tratamiento como un menor bien portado, poco espontáneo y con cierta inhibición del juego a nivel simbólico, tímido para hablar de la problemática por la cual es llevado a consulta y con un pobre reconocimiento de sus emociones y con una torpeza física, entre otras cosas.

De inicio Mario es un niño inseguro, esto puede verse favorecido por el ambiente familiar tan peculiar en el que vive, por un lado la marcada ambivalencia en la relación que tiene con la figura materna, la cual le sobreprotege y trata de estar presente en cualquier aspecto del desarrollo de su hijo y que a su vez le devalúa y somete, llevando a cabo en algunas ocasiones agresiones a nivel emocional, verbal y físico.

Es a través del síntoma de la enuresis que se da muestra de la poca integración mente-cuerpo que se da en Mario, el hablar de aspectos que se relacionan directamente con sus sentir, hacen por momentos, durante el tratamiento

manifieste cierto desconocimiento con respecto a sus emociones, por ejemplo llegando a expresar “no supe que sentir, aún no sabía ni leer ni escribir”, lo que hace suponer que es un niño en el cual las cosas se han basado principalmente en aspectos de carácter intelectual. La educación rígida que ha recibido por parte de la madre incrementa, este tipo de pautas dentro de su actuar.

Como beneficios primarios para Mario, se puede encontrar aquellas sensaciones obtenidas directamente de la micción o de la defecación en sí, como pueden ser el presentar un estado regresivo dentro del cual, la sensación cutánea de estar mojado, lo caliente de la orina o bien de la popo, desembocan en una erotización a nivel sensorial.

Dentro de los beneficios de carácter secundario se encuentran aquellos cambios que se manifiestan en el entorno, y mediante los cuales, se puede establecer una relación más estrecha con la madre al momento de llevarse a cabo el aseo corporal, así como el cuidado higiénico, regresando así etapas en las cuales la diada madre-hijo proveía satisfacciones en torno a la proximidad.

El paciente a través de la relación de sometimiento y castigo, que presentaba con la madre, obtenía beneficios, como era la cercanía a ésta o bien el hecho de cumplir ciertas fantasías de orden edípico, como puede ser el que la madre al despertarse por las noches para llevarlo al baño, abandonando así al padre, por lo que pudo reforzar la intención de Mario en este aspecto no de abandonar el síntoma sino de integrarlo a una nueva dinámica. Lo anterior pudo verse favorecido debido a la ausencia del padre por las noches, a causa del trabajo que tenía como velador.

Con respecto a lo anterior, dentro de la revisión del marco teórico, se habla de que para los niños que padecen enuresis nocturna es de gran importancia el periodo edípico, por lo que el orinarse en la cama, es tomado como un equivalente a un proceso masturbatorio, a través del cual se manifiesta como una defensa ante la angustia de haber sido castrado o bien para la comprobación de la no castración.

Más aún si se tiene en cuenta que Mario no contaba con los dos testículos hasta el inicio del tratamiento y que la madre no explicaba el porque de esta falta, sino que cuando hablaba de los testículos se refería a ellos como “mi regalo de Dios”.

En lo referente a la encopresis, se sabe que el control de los esfínteres se encuentra ligado al desarrollo emocional, así como a la introyección de normas que demanda el entorno, y que deben seguir el cause del desarrollo en todo niño. Silvia ejerció pautas de control de los esfínteres estrictas para Mario, lo que pudo traer una ambivalencia en de ambos, ya que por parte de la madre, su necesidad de acaparar todo aspecto del desarrollo de su hijo pudo verse al menos en este punto coartada pues ahora el control, no dependía del todo de ella, sino del niño.

Es de llamar la atención que quizás las repentinas expulsiones de Mario, en casa, en el transporte público o incluso dentro del espacio terapéutico podían haber sido una forma de ejercer el propio control de su cuerpo, descubriendo así el propio poder sobre su cuerpo con respecto a sus heces, decidiendo en que momento expulsarlas o retenerlas, manifestando de esta forma un poco de autonomía en la díada con la madre.

Una observación hecha a lo largo del tratamiento, fue la pobre habilidad motriz de Mario, a causa de la cual sufría diversos accidentes, Janin (2008) refiere que en la torpeza y pérdida del control motriz, pueden estar ligadas a la pérdida del control de los excrementos y del esfínter anal. Asimismo por momentos se hace evidente el trasfondo de una agresión sádica anal, así como la erotización que se llevaba a cabo durante las expulsiones. Con respecto a la agresión sádica anal, esta podía verse reflejada en los juegos que llevaba a cabo con los animales salvajes, dentro de la caja de arena, así como la forma en la que en ocasiones arrojaba las cartas debajo de los sillones, o bien arrojando incluso la arena al piso. En la parte de la erotización, se puede encontrar el retener y expulsar las heces sobre sí, llevando a cabo la limpieza por parte de la madre o la observación de esta sobre el cuerpo del niño.

Los rasgos de carácter anal se manifestaron en un inicio a través del orden y la escrupulosidad de Mario en su conducta, ya sea la reportada por la madre, o bien la observada dentro de las sesiones, como pueden ser; necesidad de prevenir el futuro y de acumular, concepción aguda de la temporalidad, con respecto a esto tenía muy presente y de manera precisa las fechas y los momentos en que se había producido un cambio o una cancelación de cita, así como que se encontraba demasiado preocupado por aquello que pudiera ocurrirle. La madre lo consideraba demasiado maduro y muy bien portado para su edad. Lo anterior también se vio reflejado en los sueños que contó durante la fase final del tratamiento y en la molestia que le generaba que la madre llevara comida como regalo pues, “la comida no es algo que dure ni que sirva para el recuerdo”.

Como se manifestó dentro de la revisión teórica, hay factores que originan la presencia del síntoma y otros que lo mantienen y que le van modificando a lo largo del tiempo. La enuresis se inicia, poco tiempo después de la muerte del abuelo materno, a quien la madre cuidaba minuciosamente desde antes de que Mario naciera. A pesar de haber sido un tema no tratado durante las sesiones, la muerte del abuelo y lo que se correlaciona antes de ésta, pudieron influir en la aparición de ambos síntomas, como es el hecho de que el niño observaba como el abuelo era aseado y curado por la madre, llegando así a tener una identificación con éste, pues de alguna forma pudo ser posible la expresión de la madre con respecto a su gusto por la gente de la tercera edad y la percepción que pudo haber hecho Mario de esto. Trayendo como consecuencia el establecimiento de una dinámica relacional, que se pudo llevar a cabo en la relación cotidiana entre el niño y su madre.

A lo largo del proceso terapéutico se pudo observar, los avances de Mario, con respecto a los síntomas, la desaparición de éstos fue paulatina y es de suponer que esto ayudó a la comprensión de lo que le ocurría y el porqué de la utilización de éstos.

Si bien los padres presentaban problemáticas de índole personal, que arrastraban en su historia de vida y las cuales influían en la forma de interactuar y educar a Mario, a pesar de que se sabe que el tratamiento es del niño, los señalamientos o la consejería dadas durante las entrevistas fueron pautas que permitieron cambios dentro de la dinámica familiar y directamente en el trato dado al niño.

Con la madre se trabajó de forma directa y constante a lo largo de la intervención, logrando aclarar que existían elementos en su actuar que favorecían la presencia y el mantenimiento de ambos síntomas. La madre a pesar de ser una mujer controladora y exigente se mostró abierta al tratamiento y a las sugerencias realizadas durante la entrevista. Llegando a verbalizar en algunas ocasiones que había cosas que ella fomentaba y dentro de su disposición al cambio antes de finalizar el tratamiento había asistido a un taller para padres y se encontraba en la búsqueda de su propio espacio terapéutico.

En lo referente al padre, aunque su participación durante el tratamiento fue casi nula, al final se involucra más en el cuidado de su hijo y en una interacción favorable con éste. De hecho se puede observar que cuando pasa dos semanas a lado del niño sin la presencia materna, es cuando se hace más auténtica la desaparición de los síntomas de la encopresis y de la enuresis. Decide ejercer un rol más activo en la medida de sus posibilidades y reacciona más consciente sobre la importancia de sus acciones sobre el desarrollo emocional de Mario.

En relación a los avances observados en Mario, estos se pueden observar cotejando las tablas que aparecen antes de iniciar el presente apartado donde se pueden apreciar aquellas cosas reportadas y observadas al inicio del tratamiento así como los avances y logros obtenidos una vez finalizada la terapia. La mejoría que presentó al hablar y poder distinguir sus sensaciones, con respecto a los síntomas, así como también el poder diferenciar las emociones que puede estar vivenciando. El espacio terapéutico favoreció en algún momento la ruptura de las defensas tan rígidas del niño, provocando la expresión de su problemática, del

como se percibía a sí mismo y al entorno dentro del padecimiento de la encopresis y la enuresis. Se debe reconocer el papel del juego como lenguaje y herramienta universal de ayuda para todo niño en el transitar dentro de un proceso psicoterapéutico.

Una gran herramienta lo largo de todo el proceso fue la utilización de la caja de arena, a través de la cual, Mario logró crear escenarios muy específicos de su sentir, no solo en relación a su problemática sino también a todo lo que rodeaba ésta, la relación de él con ambos padres, su necesidad de sacar de alguna forma los impulsos agresivos que se esconden detrás de este tipo de síntomas, el desplazar a la caja las sensaciones y verbalizar el sentir al estar mojado o bien al haberse defecado sobre sí. Y al final del tratamiento logra expresar una gama de emociones y la relación que tienen con él y con su modo de actuar. Lo anterior se puede observar en la creación de escenarios donde hablaba de figuras masculinas que describía como distantes y con escaso contacto afectivo, asimismo, al tocar el tema de la madre, incluso verbalizando de forma indirecta, con respecto a la percepción que tenía de esta, como “el león tiene ojos tiernos pero una boca terrible”. Con respecto a los impulsos agresivos, se pudo observar en el juego dentro de la caja de arena, en ocasiones arrojándola al piso, o expulsando los juguetes al piso e incluso negándose a limpiarla y apegándole a la terapeuta.

Así bien dentro del presente reporte se hace la descripción y análisis de una problemática, que suele presentarse en el desarrollo de los niños, no obstante no se pretende hacer una generalización del tipo de intervención llevada a cabo, ya que como ha mencionado Bekei (1984) que así como no hay psicopatología ni personalidad única de los chicos que padecen este tipo de trastornos tampoco su terapia es uniforme. En este caso la Psicoterapia de Juego, acompañada de la Técnica de la Caja de Arena, resultaron útiles pues, lograron ir más allá de la desaparición del síntoma y tocaron emociones y puntos importantes para que el paciente lograra un avance óptimo.

Asimismo sería interesante acercarse más hacia la población femenina que padece este tipo de trastornos, y de igual forma examinar, que es lo que subyace detrás de éstos, pues es bien sabido que hay puntos importantes y específicos en los que difieren el desarrollo psicoemocional de niñas y niños.

Finalmente, cabe mencionar que el presente reporte es solo una parte del trabajo realizado y los conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de mi curso por la Residencia en Psicoterapia Infantil. Cabe mencionar que el trabajo que se realiza dentro de la Psicoterapia incluye por una parte un involucramiento a nivel académico, pues si se quiere realizar una adecuada intervención es necesario recurrir a la constante formación en este rubro, así como el no dejar pasar la supervisión, la cual me parece de carácter obligatorio para poder entender lo que en algunos casos puede resultar difícil de abordar, así como angustiante. La parte de la supervisión semanal facilitada por la tutora, así como del apoyo y las opiniones del grupo de supervisión fueron ejes primordiales para el tratamiento llevado a cabo en este caso, ya que las opiniones y consejos brindados siempre fueron de gran utilidad para el óptimo abordaje dentro del tratamiento llevado a cabo con el paciente.

Igualmente el trabajo dentro de la psicoterapia infantil es enriquecedor y una constante experiencia dentro de la labor clínica, sin embargo, puede no ser algo sencillo, pues se ponen en juego, las emociones, se tocan fibras sensibles y conflictos, de la vida de los padres y del constante desarrollo niño, por lo que se debe echar mano de las herramientas y las fortalezas que el terapeuta debe a su vez desarrollar y adquirir dentro de su propio espacio terapéutico.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1974). *Psicosis infantiles y otros cuadros graves de la infancia*. Argentina: Paidós. ASAPPIA.
- Aberastury, A. (1984). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós
- Abraham, K. (1985). *Contribuciones a la Teoría de la Libido*. (1ª Ed) Buenos Aires: Horme
- Aguilar, M. (1998). *El vínculo madre-hijo y la enuresis infantil dentro del marco psicoanalítico. Estudio de casos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Ajuriaguerra, J. (1973) (c2004). *Manual de Psiquiatría Infantil*. (5ta Ed.) Barcelona: Ed. Masson.
- Anthony, J. (1978) *El niño Neurótico, Sociopata y Psicótico. Causas y Tratamiento*. Buenos Aires: Paidós. BC
- Anthony, J; Benedek, T. (1983) *Parentalidad*. (2da. Ed.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Bekei, M. (1984). *Trastornos Psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bemproad, V. (1978) *Chronic, neurotic encopresis as a paradigm of a multifactorial psychiatric disorder*. Journal of Nervous and Mental Disease. 166 (7) 472-479

- Benedek, T. (1967). *Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño*. Buenos Aires: Paidós
- Bolio, E. (1988). *Relaciones entre padres e hijos*. México: Ed. Trillas.
- Bowlby, J. (1981) (2da. Ed). *Cuidado maternal y amor*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Brazelton, T. (1993) *La relación más temprana*. España: Paidós
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales Décima Revisión CIE 10*. España: Meditor
- Corominas, J. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós
- Dallal, C. (1997). *Caminos del desarrollo psicológico*. Vol. I. México: Ed Plaza y Valdez.
- Davison, G. (2000). *Psicología de la conducta anormal. DSM-IV*. México: Limusa-Wiley
- Deutsch, H. (1960). *Psicología de la mujer* Tomo II. Argentina: Losada.
- Di Caprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad*. México: Ed. McGraw Hill.
- Dolto, F. (1974). *Psicoanálisis y Pediatría*. México: Siglo XXI
- Dolto, F. (1982) *Seminario de Psicoanálisis de Niños*. Tomo I. México: Siglo XXI
- Dolto, F. (1997) *Trastornos de la Infancia*. Barcelona: Paidós BC

DSM-IV. *Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos Mentales* (1999)
España: Masson

Esquivel, F. Heredia, C. Lucio, E. (1999) *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. México:
Manual Moderno

Franco, A; Batista, E. (2003) *El mágico juego de arena*. Revista de Psicología de
la Universidad de Brasil. (14). Nº 2. Recuperado el 28 de octubre del 2009
[en línea] <http://www.adepac.org/P06-38.htm>

Freud, A. (1997). *Normalidad y patología en la niñez*. (9na. Ed.) Argentina: Paidós

Freud, A. (1985). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. (2da. Ed) España: Paidós.

Freud, S. (1905) (c2007). *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. Obras Completas.
Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1907) (c2007). *Carácter y erotismo anal*. Obras Completas. Tomo IX.
Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917) (c2007). *Sobre la transposición de la pulsión, en particular del
erotismo anal*. Obras Completas. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917) (c2007). *El sentido de los síntomas. Doctrina de las Neurosis.
Conferencia Nº 17* Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu

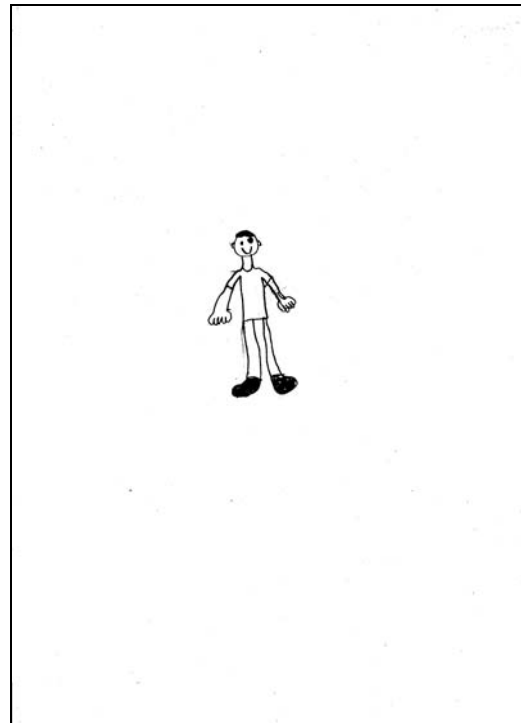
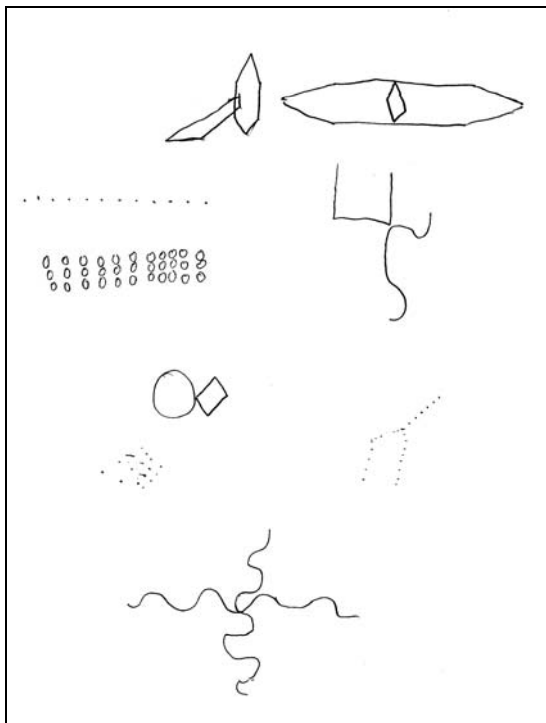
Freud, S. (1917) (c2007). *Los caminos de la formación del síntoma. Doctrina de
las Neurosis. Conferencia Nº 23* Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires:
Amorrortu.

Friday, S (1979). *Mi madre yo misma*. Barcelona: Argos Vergara.

- Janin, B. (2008). *Niños encopréticos. La organización anal y sus perturbaciones*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente. 45/46. 39-62 pp.
- Klein, M. (1974) *Relaciones entre la neurosis obsesiva y los estadios tempranos del superyo. El psicoanálisis de niños*. Obras Completas. Vol. 1. Buenos Aires: Horme
- Knobel, M. (1977). *Psiquiatría infantil psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós
- Kreisler, M. (1990). *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Laguna, L. (2008). *Incidencias y determinantes de la función paterna en la encopresis infantil*. Tesis de Maestría Facultad de Psicología UNAM:
- Lebovici, S. (1990). *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lorenzer, A. (1973). *Bases para una teoría de la socialización*. (2da. Ed) Argentina: Amorrortu.
- Mikkelsen, E. (2001). *Enuresis and Encopresis. Ten years of progress*. Academic Child Adolescent Psychiatric. (40) 1146-1158
- Mira, V. Ruíz, P. Gallano, C. (2008) *Conceptos Freudianos*. España: Síntesis.
- Muñoz, V. (1998). *Características de la dinámica familiar de niños con encopresis secundaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM
- Rodolfo, M. (1997). *La problemática del síntoma*. Buenos Aires: Paidós

- Romano, E. (1997) *Psicopatología Infantil y Psicoanálisis. La Clínica*. Argentina: Nueva Era.
- Sánchez, B. (2007) *La técnica del arenero*. Primer Foro de Psicoterapia Infantil. "El Bienestar Emocional del Niño y su Familia.
- Schaefer, J. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Sperling, M. (1993) *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Argentina: Lumen-Horme.
- Schwarzblat, S. (2002). *La terapia de Arena como técnica terapéutica Junguiana*. Recuperado el 28 de octubre del 2009[en línea]. www.anahuac.mx/psicologia/archivos/No.10%201-14.doc
- Taylor. E. (2009) *Sandtray and Solutioin Focused Therapy*. International Journal of Play Therapy. (18) 56-68
- Tisseron. S. (1995). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Argentina: Amorrortu.
- Toro. J. (1992). *Enuresis. Causas y Tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca
- Videla, M. (1997). *Maternidad. Mito y Realidad*. (2da Ed) España: Narcea.
- Winnicott, C. Shepher, R. Davis, M. (1990). *Deprivación y delincuencia*. Argentina: Paídos.
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego*. Argentina: Gedisa
- Winnicott, D. (1998). *Acerca de los niños*. México: Paidos.

ANEXO PRUEBAS PSICOLÓGICAS



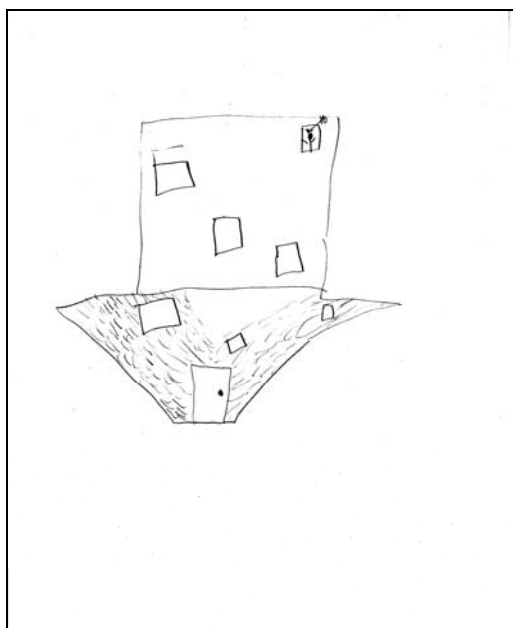
Test de Bender.

Dibujo de la Figura Humana.

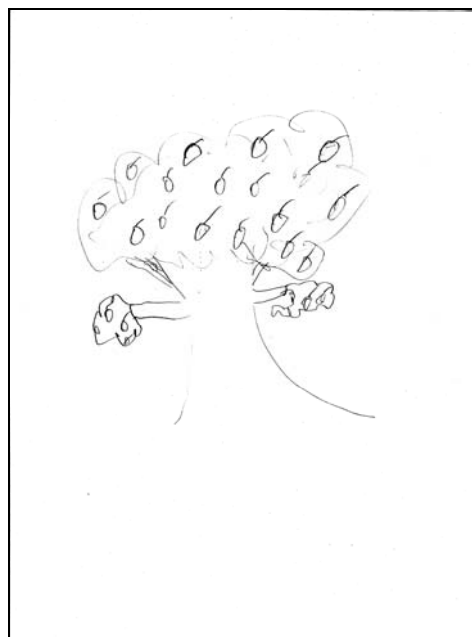


Dibujo de la Familia.

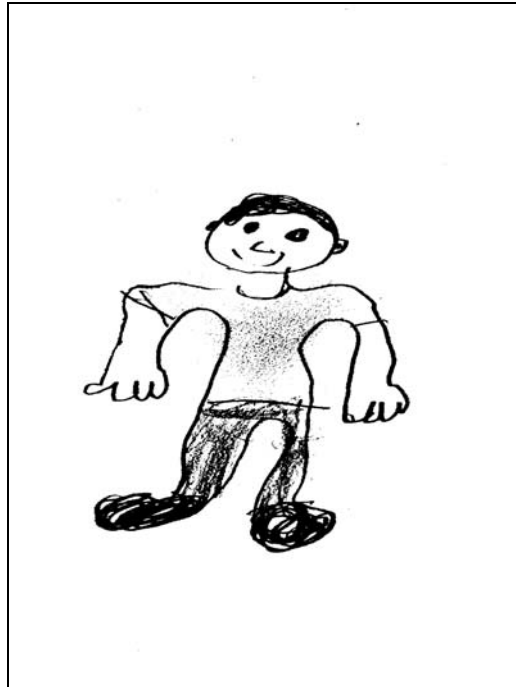
Test del H.T.P



Casa



Árbol



Persona

Relatos del C.A.T

LÁMINA 1

Pollitos sentados alrededor de una mesa sobre la cual reposa una gran fuente de comida.- Sobre el fondo se visualiza una gallina grande, de contornos difusos.

Relato.

Érase una vez una gallina, la que esta hasta el fondo, siempre estaba ahí, nunca había puesto un huevo y un sábado por la tarde puso tres huevos...no puso como 7 y de tres salieron tres pollitos, de los 7 sobrevivieron 3. Un gallo se caso con la gallina y era más o menos joven o viejo como de 26 años, la gallina tenía 20 años. Los gallos están comiendo y el gallo los vigila que coman bien que no vayan a tirar la comida, el gallito más grande es travieso le quita el dinero a su mamá, le pega a sus hermanitos y a sus papas.

LÁMINA 2

Un oso tirando de un extremo de una soga, mientras otro oso y un osito lo hacen desde el otro extremo.

Relato.

Se trata de un osito que faltaban tres días para su cumpleaños y el mero día de su cumpleaños le regalaron mucha cosas, unos patines, una cuerda, un G3, unos carros y lo que más le gusto fue la cuerda y siempre jugaba con la cuerda, siempre la saltaba. Este osito esta con otros ositos, con dos osos, uno es grande y el otro es chico, y están tratando de quitarle la cuerda al osito, le tienen mucha envidia de que... de que ellos no pueden llevar juguetes no se los permite su mamá. Su mamá no le permite al osito llevar los juguetes por miedo a que se los quiten, esa cuerda es especial porque el puede hacer muchas figuras con ella por que ese oso es muy listo. Ganará el oso que esta solo, no el chiquito, para ganar le avisará a una maestra, ella le ayudará para que no le quiten su cuerda y ahí termina la historia. Al osito le tienen envidia por que a él le compran cosas interesantes.

LÁMINA 3

Un león con pipa y bastón, sentado en un sillón. En el ángulo inferior derecho aparece un ratoncito en un agujero.

Relato.

Se trata de un león que es rey de la selva, todos los días estaba sentado en su trono, que estaba aburrido y contrataba animales que lo hicieran reír pero como nadie lo lograba los mataba. Le sabían a carne, es un león más o menos bueno y más o menos malo, es más o menos viejo (le señalo al ratón) ... ese escucho su chillido y el león lo contrato porque cuando lo oía llorar al león le causaba mucha gracia, el ratón era su...(Marco no podía decir bufón así que yo se la dije) era su bufón como dices tú (le preguntó si le gustaba ser el bufón del rey y me responde) ...pues si...porque a cambio le daba comida, al ratón no le preocupaba que se burlaran de él, pues ya se acostumbro a ser el bufón del león, tiempo más tarde hasta se hicieron amigos, el león le prometió que si lo hacia reír nunca se lo comería.

LÁMINA 4.

Un canguro con sombrero sobre la cabeza lleva una canasta con una botella de leche. En su bolsa hay un canguro pequeño que tiene un globo. En una bicicleta, otro cangurito más grande.

Relato.

Érase una vez una canguro con un cangurito y con otro más pequeño, siempre llegaban tarde a la escuela por culpa del cangurito que se levantaba tarde y la mamá tenía que salir corriendo con los dos a la escuela, y tenían que salir corriendo al supermercado, todos los días, hasta que un día, al canguro le regalaron una bicicleta y como estuvo muy ansioso por la bici todos los días se paro temprano y ya no se enojaron. Al bebé nada más le daba de comer a lo loco. Y un día le robaron la bici a canguro, el se sintió triste y la canguro le pregunto donde estaba la bici y el respondió que se la habían robado y ella fue a preguntar si no habían visto algo y ya.

LÁMINA 5

Una habitación oscurecida, con una gran cama en la parte posterior y en la inferior una cuna en la cual se encuentran dos ositos.

Relato.

Érase una vez dos osos que estaban casados, entonces tuvieron dos hijos y todos los días los cuidaban, y un día se tuvieron que ir a una fiesta pero estaba lloviendo y se fueron a una fiesta y no los podían llevar por que les haría daño, por la lluvia y les daría gripa. Entonces sonó un trueno y los ositos se asustaron pues veían sombras y figuras y pensaron que alguien los iba atrapar o a llevar.

LÁMINA 6

Una cueva oscurecida con dos figuras de osos confusamente delineados en la parte posterior. En la parte anterior, un osito acostado.

Relato.

Uy hay muchas laminas de osos! Se trata de tres osos juguetones, que jugaban mucho en la primavera y ya casi todos los osos estaban hibernando y todas las cuevas estaban ocupadas y buscaron y buscaron y viajaron por toda la ciudad, y no encontraban y después fueron a otro bosque y luego fueron a otro lado por Chapultepec y se metieron ahí y dijeron “ya no vamos a volver a jugar tanto” en primavera. Son estos tres osos papá, mamá e hijo entre los tres se llevaban muy bien y en eso termina la historia.

LÁMINA 7

Un tigre con colmillos y garras visibles abalanzándose sobre un mono que salta a través del espacio.

Relato.

Estaba un monito que se ejercitaba mucho para poder ser rey de la selva y matar a un tigre que era el verdadero rey, y un día el elefante lleo y le preguntó qué haces changuito y él le explico haciendo ejercicio para matar al rey y luego paso la jirafa y le preguntó qué haces changuito y le dijo pues aquí practicando para ser el rey de la selva y matar al tigre y pasaron todos los animales y el changuito ya les había dicho a todos lo mismo y ellos fueron y le dijeron al rey. Entonces le preguntó el tigre qué haces changuito y le respondió haciendo ejercicio para matar al rey de la selva y el tigre lo quiere atacar y el chango corrió de árbol en árbol pero finalmente el tigre lo atrapó y se lo comió.

El changuito le decía a todos lo que quería, pero todos le hacían al chisme y el nada más le hubiera dicho lo del ejercicio. Quería quitar al tigre porque era salvaje y muy exigente, le caía mal el tigre, y cuando lo veía sentía miedo sólo que cuando le dijo eso al tigre no lo había reconocido.

LÁMINA 8

Dos monos adultos, sentados sobre un sofá, beben una infusión, en tazas. En la parte anterior de la lámina, un mono adulto, sentado sobre un cojín, charla con un monito. Incluso la figura de la abuela aparece al fondo como retrato

Relato.

Ahora otra de changos! Jajajajaja. Érase una vez una manada, un conjunto de changos que siempre se juntaban el día de muertos y la que siempre invitaba a todos tenía un hijo y ese hijo siempre se preguntaba por que cada año tenían que celebrar a ese muerto, en miércoles que cae el día de muertos. Le preguntó a la mamá por que cada año se festejaba el día de muertos y ella dijo pues para recordar a los que ya murieron y ponerles una ofrenda y el changuito ya entendió. Los changos que lo acompañaban eran adultos, siempre estaba con adultos y se acostumbro a no ver tantos niños, y le hubiese gustado que hubiera más niños. La historia termina en que le niño sabe más del día de muertos y el maestro le pone 3 puntos más.

LÁMINA 9

Una habitación oscurecida vista a través de una puerta abierta y desde una habitación iluminada. En la oscuridad hay una camita en la cual un conejo está sentado mirando a través de la puerta.

Relato.

Otra de changos.....a no es un conejo. Se trata de dos conejos que ya estaban casados y tuvieron a una conejita y ya cuando la conejita tenía como unos cuatro años la conejita la dejaron sola porque los papas tenían que ir de viaje y no podían llevar a la niña por que le daban miedo las alturas. Los papás no eran tan altos, tenían una altura normal, como la estatura de una persona mayor y la niña estaba sola en su cuarto y después cada noche siempre había vientos y se azotaban todas las puertas y le daban miedo y llegaron los papas y ella pensó que era un ladrón, el papá se escondió y ella se metió entre las cobijas, y los papás salieron con un montón de familiares y le gritaron Sorpresa! Y luego ella ya no tuvo miedo cuando vio a toda esa gente.

LÁMINA 10

Un perrito acostado sobre las rodillas de un perro grande. Ambas figuras con un mínimo de expresión facial. Las figuras ocupan la parte anterior de un cuarto de baño.

Relato.

Se trata de una mamá perra que tiene una perrita que era muy juguetona para hacer las cosas y la mamá siempre la tenía en los brazos para que no se escapara, y cuando ella se dormía la niña trataba de escapar pero la mamá se daba cuenta y la niña quería jugar pero la mamá no la dejaba, y la niña quería jugar y no la dejaba la mamá y un día le dice por que no debe hacer travesuras y es por qué hay unos en la casa que son muy limpiecitos y no quiere que rompa nada. La mamá esta tratado de sujetarla están cerca del baño, (en ese momento ladra un perro en la recepción Y Marco dice “ahí están sus voces”!) la historia termina en que la perrita no hace más travesuras y la mamá ya no la regaña.