

Universidad de Palermo.

Facultad de Humanidades.

Licenciatura en Psicología.

Trabajo Final de Integración.

Evaluación psicológica e inicio de tratamiento de un niño con encopresis desde un abordaje integrativo.

Autor: Alelí Sol Chapiro Deutsch.

Profesora Tutora: Josefina Schinsohn.

Palabras clave: psicodiagnóstico- encopresis- abordaje integrativo.

INTRODUCCIÓN

El trabajo final de integración se basó en la práctica de habilitación profesional que se realizó en el área de Psicología del Servicio de Pediatría de un Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires.

Dicha práctica transcurrió durante los días hábiles del segundo cuatrimestre del 2007. Consistió en desempeñar las siguientes tareas: 1) Recorrida de las salas de internación pediátrica, para brindar contención psicológica a los niños internados y sus familiares. 2) Co-terapeuta en Consultorios Externos, para brindar atención psicoterapéutica a sujetos que consultaron espontáneamente o fueron derivados por otras instituciones y/o profesionales de la zona, tales como escuelas, pediatras y juzgados.

Para el presente trabajo se tomó uno de los casos presenciados en las prácticas realizadas. El mismo consistió en la descripción del proceso de admisión, evaluación psicodiagnóstica y las intervenciones terapéuticas que se efectuaron durante el mismo. Se realizaron entrevistas y se trabajó con un niño, su madre y su hermana mayor. El marco teórico referencial que se consideró para la realización del presente trabajo es integrativo.

Objetivos

Objetivo General

- Realizar la descripción y el análisis de las siete primeras entrevistas del proceso de evaluación psicológica y las intervenciones terapéuticas efectuadas durante el mismo, de un niño de siete años derivado por su médico neurólogo con diagnóstico presuntivo de encopresis.

Objetivos Específicos

- Describir las primeras siete entrevistas y las técnicas empleadas del proceso de evaluación psicológica.
- Detallar las estrategias de intervención y recomendaciones que se realizaron con el objetivo de disminuir el vigor de los síntomas del niño y mejorar las relaciones familiares.
- Analizar la interacción familiar en relación con el síntoma del niño.
- Especificar las estrategias y recomendaciones para su tratamiento psicológico futuro.

DESARROLLO.

Marco Teórico.

Evaluación psicológica en niños.

La evaluación psicológica es el estudio, análisis y valoración de las características psicológicas de un sujeto, de sus formas de acción, reacción e interacción con el entorno y de sus procesos de cambio. Resulta relevante diferenciar ciertas cuestiones específicas de la evaluación de niños. El niño y el adulto están sujetos a procesos normales de desarrollo y cambio continuo, con un ritmo más acelerado en la niñez que en la edad adulta. (A excepción de los procesos humanos de deterioro). El sujeto de la evaluación psicológica infantil se encuentra inmerso en contextos sociales y en procesos de estructuración psíquica y de personalidad, altamente determinantes de su conducta. Dado que el niño puede sustraerse menos voluntariamente a tal influencia, no se puede prescindir de la misma para su análisis. (Forns i Santacana, 1993).

Resulta fundamental utilizar un encuadre a lo largo del proceso psicodiagnóstico y resulta recomendable fijarlo desde el comienzo, para definir los roles respectivos (naturaleza y límite de la función que cada parte integrante del contrato desempeña), lugar donde se realizan las entrevistas, horario y honorarios. (Ocampo & Arzeno, 1976).

Dentro de la evaluación psicodiagnóstica, deben incluirse los aspectos patológicos y adaptativos, y en base a ello se integrará un cuadro total que permita realizar las recomendaciones terapéuticas que correspondan. Según Celener y Tomsig (1990) siempre que se diagnostica, se está atravesando por múltiples factores que van desde lo personal (estilo, teoría a la que se adhiere, experiencia clínica, grado de conocimiento de los tests, etc.) hasta el macro contexto (momento histórico social, institución, población a la que se asiste, etc.). El proceso psicodiagnóstico de niños consta de los siguientes pasos: 1) Primer contacto y entrevista inicial con el paciente y su familia. 2) Administración de la batería de técnicas seleccionada para su evaluación. 3) Cierre del proceso, devolución oral al paciente y/o padres. 4) Informe escrito al remitente, en el caso que lo hubiere. (Ocampo & Arzeno, 1976).

La entrevista es una técnica de fundamental importancia para la exploración y el psicodiagnóstico psicológico. Permite indagar sobre diferentes áreas de la vida de la persona. Dentro del ámbito clínico, Sullivan (1954) define a la entrevista psicológica como una situación de dos o más personas, en la que uno o más individuos esperan recibir un auxilio técnico de uno o más expertos. Siempre es un fenómeno grupal, porque siempre está configurado por dos o más personas reales o imaginarias, que

proviene de la experiencia subjetiva de los vínculos interiorizados por cada uno de los integrantes y que afectan el campo psicológico manifiesto. Bohoslavsky (1976) refiere que en las entrevistas hay un aspecto fijo, constante e invariante, que es el encuadre y un aspecto dinámico que expresa el modo en que el entrevistado configura libremente la situación. A partir de los invariantes que fija el entrevistador, se ponen de manifiesto las diferentes modalidades de cada entrevistado para configurar el campo psicológico. El objetivo de la información obtenida a partir de esta técnica es la construcción de hipótesis metapsicológicas acerca del entrevistado tales como el significado latente del síntoma (si lo hay) o de la problemática que manifiesta. Las entrevistas se pueden clasificar en tres estilos: dirigidas, semidirigidas y libres. Las dirigidas tienen el objetivo de relevar los datos para la construcción de una historia clínica. Para ello el entrevistador se ajusta a la administración de un cuestionario-guía. Las semidirigidas integran aspectos técnicos de las entrevistas dirigidas y libres. Las libres tienen el objetivo de desplegar la subjetividad del entrevistado. En éste último el terapeuta mantiene la modalidad de preguntas amplias y no sugerentes. Sus intervenciones tienden a que el paciente pueda seguir asociando y enriqueciendo el campo psicológico de la entrevista que él mismo va configurando. (Rosenfeld & Avrutín, 2006)

Para planificar la batería de evaluación, se seleccionan técnicas psicológicas considerando diferentes tipos de expresiones comportamentales (verbales, gráficas y lúdicas) de manera que se pueda comparar un mismo tipo de conducta a través de distintos estímulos e instrumentos. Los niños expresan sus sentimientos mediante el juego. Otras técnicas de evaluación de niños, que están siendo utilizadas con frecuencia son: Test del dibujo de la familia, H.T.P., Test de persona bajo la lluvia, Cuestionario desiderativo, C.A.T., Bender, WISC, entre otras.

El juego en los niños.

A través del mismo podemos penetrar en el mundo íntimo de los mismos, que se configura como un lenguaje, rico en profundidad y cargado de significado.

Desde una perspectiva histórica, autores tales como Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein y Arminda Aberastury desarrollaron conceptualizaciones que posibilitan abordar la interpretación del juego en la terapia con niños.

En la literatura psicoanalítica encontramos una descripción e interpretación de un juego de un niño en *Más allá del principio del placer* en Freud (1920). Este texto relata un caso clínico de un niño de año y medio, que había adquirido el molesto hábito de arrojar objetos lejos de sí y expresaba un prolongado...- que podría significar “fort” (se fue). Luego cuando los recuperaba, saludaba su reaparición

refiriendo amistosamente –Da- (acá está). En vez de someterse pasivamente a la ausencia de la madre, lo tornaba en activo mediante la repetición del suceso. Éste tipo de juego tiene una función elaborativa de la desaparición y retorno de los objetos.

Anna Freud (1936) en *El yo y los mecanismos de defensa*, refiere que la asociación libre en lo niños revela los impulsos del ello sin disfraces y de un modo más accesible que en los adultos, de cualquier modo y si bien suministra un rico material acerca del ello, el conocimiento del yo infantil a través de este mecanismo, resulta sumamente escaso.

Melanie Klein (1929) en *Amor, culpa y reparación*, extrae otras conclusiones importantes sobre la función del juego. Refiere que aun los niños más pequeños tratan de vencer en él experiencias desagradables. Por medio del juego el niño convierte experiencias sufridas en placer y domina sus peligros internos proyectándolos al mundo exterior. Klein (1929) descubre que permite la sublimación y manipulación, construyendo un puente entre el mundo externo e interno. Además en *Psicoanálisis de niños*, Klein (1932) señala su relación con la actividad onírica. Refiere que en el juego infantil se utiliza el mismo lenguaje que en los sueños y concluye que son medios de expresión de sus fantasías, deseos y experiencias de un modo simbólico. Mientras que Anna Freud (1936) utiliza el juego como un recurso auxiliar, pues utiliza preferentemente dibujos, fantasías manifestadas en el juego y relatos del sueño o ensoñaciones diurnas, Melanie Klein (1929) propone al juego como la base de la técnica que desarrolla. En nuestro país Arminda Aberastury es una de las primeras analistas que aplica la teoría de Klein. Por el contrario, Anna Freud (1936) duda que se pueda aceptar una completa equivalencia entre el juego y la asociación libre, ya que refiere que algunos otros métodos sustitutivos son capaces de asistirlo en su exploración del yo.

Arminda Aberastury (1960) en *El niño y su juego*, analiza al juego como algo que tiene muchas características de los objetos reales. El juguete por su tamaño, condición de juguete y por el dominio que el niño ejerce sobre él (dado que el adulto se lo otorga como algo propio y permitido), se transforma en el instrumento privilegiado para asimilar o manifestar situaciones penosas, difíciles y traumáticas que se le crean en relación con los objetos reales. Le permite repetir a voluntad situaciones, que le resultaron placenteras o dolorosas, pero que no puede reproducir por sí mismo en el mundo real.

El modelo integrador en psicoterapia.

El modelo integrador propuesto por Fernández Álvarez (1992), permite la elaboración de nuevos principios de intervención orientados a probar la plausibilidad de utilizar las técnicas provenientes de

diferentes enfoques, aprovechando recursos que habían probado ser eficaces en su implementación original.

Desde esta perspectiva, Gómez (2007) divide el proceso terapéutico en cuatro etapas:

1. Intervención psicoeducativa inicial. El objetivo es mostrar al paciente en qué consiste el trabajo y fomentar su activa participación en el proceso. Este primer paso está diseñado para darle confianza en su capacidad de hacer cambios en su vida.

2. Técnicas para la reducción de síntomas. Los tratamientos específicos para aliviar los síntomas y reducir la angustia. Se hace uso de las fortalezas de la persona y los recursos sociales que tiene a su disposición.

3. Técnicas para la detección de patrones de comunicación disfuncionales, pensamientos negativos y formas ineficaces de reaccionar a los problemas en la familia o el contexto social más amplio. El terapeuta ayuda a identificar y reducir progresivamente los factores que mantienen su disfunción.

4. Intervención psicoeducativa final. La etapa final consiste en una evaluación, incluyendo una evaluación subjetiva del paciente y del terapeuta, respondiéndose: ¿En qué medida el paciente ha alcanzado los objetivos iniciales? Los cambios más importantes serán los que le permiten reorganizar la información de tal manera que puede aumentar su percepción de control personal, en contraposición a los sentimientos de desesperanza.

Resulta relevante definir eclecticismo e integración. El eclecticismo, es un modelo que consiste en escoger entre diversos sistemas las conceptualizaciones que parecen más aceptables, para formar con ellas un cuerpo de doctrina. La integración es el proceso de articular teorías con el propósito de lograr un conjunto coherente. (Nuttall, 2008)

Feixas (1994) propone tomar en cuenta la formulación de Arkowitz (1991) en la que divide al aglutinado movimiento integrador en:

- El eclecticismo técnico,
- La integración teórica y
- La perspectiva constructivista y el modelo integrador.

1) El eclecticismo técnico se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría en la que se hayan originado. Se caracteriza, por lo tanto en un fuerte énfasis en lo técnico, en detrimento de la teoría. Se basa en seleccionar las técnicas que han demostrado eficacia en la experiencia empírica para cada momento del tratamiento del caso concreto.

2) La integración teórica, se centra en la utilización de dos o más teorías psicoterapéuticas con la esperanza de que el resultado de esta fusión, resulte mejor que cada una de las teorías de las que se partió. Como su nombre lo indica, el hincapié se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en virtud de la síntesis teórica.

3) La perspectiva constructivista y el modelo integrador, ha tenido una influencia notable en el campo de la psicoterapia en general y en los enfoques cognitivo y sistémico en particular. La afirmación constructivista de que la realidad no se nos revela directamente sino que el observador debe construirla no ha dejado impasible el campo de las psicoterapias. El conocimiento no alcanza nunca su estatus de verdad ontológica sino que está siempre sujeto a una continua reconstrucción. Desde esta perspectiva, no ha resultado gran sorpresa el descubrir que no hay una forma de psicoterapia más verdadera, ni más efectiva que las demás, puesto que éste es un sueño del objetivismo, sino que la realidad puede ser construida de distintas formas alternativas. Por lo tanto, los modelos pueden ser entendidos como construcciones alternativas de la realidad terapéutica, con un valor relativo en cuanto a su utilidad. La perspectiva de Fernández Álvarez (1992) podría ser encuadrada en ésta última, que toma como punto de referencia a la psicología cognitiva y el constructivismo, pero articulando herramientas de otras teorías. (Feixas, 1994)

Muchos expertos plantearon una propuesta, basada en el peso de esta realidad empírica: las técnicas mixtas. Las técnicas conductistas y cognitivas que requerían de procedimientos destinados a cambios de condicionamiento de los individuos y sus formas de pensar, empezaron a aplicarse a estructuras interaccionales como la familia y el grupo. Las psicoterapias de orientación psicoanalítica que requerían de procedimientos abiertos y prolongados, comenzaron a aplicarse a abordajes de tratamientos breves. Las técnicas sistémicas, inicialmente pensadas para su aplicación en el ámbito de redes de interacción, extendieron su aplicación al tratamiento de pacientes individuales. Muchos ejemplos podrían citarse en esta dirección. (Fernández Álvarez, 1992).

Algunos pacientes parecen beneficiarse con procedimientos breves que suponen intervenciones acotadas, modificando ciertos aspectos de su comportamiento, mientras que otros requieren de un trabajo a más largo plazo. El mismo paciente puede requerir intervenciones diversas que apunten a diferentes objetivos dentro de un mismo proceso terapéutico. (Fernández Álvarez, 1992).

La investigación de diversas teorías en psicología permite la búsqueda de puntos comunes y la confrontación de resultados. De esto último hay diversos estudios que llegan a distintos resultados tales como: Millar (1950); Goldfried y Newman (1986); Frank (1973); Luborsky, Singer y Luborsky(1975); Smith, Glass y Millar(1980); Lambert, Shapiro y Bergin (1986); Garfield y Bergin (1986). Hay estudios que han indicado que una teoría resultó más eficaz que otra y otros que no han encontrado

diferencias radicales entre los resultados obtenidos de los distintos tipos de psicoterapias. (Fernández Álvarez, 1992).

Uno de los retos más apasionantes en la psicoterapia de nuestro tiempo es el de evolucionar desde la pluralidad hacia la exploración de un avance común. Ello implica una transición de las posturas eclécticas hacia lo que se conoce en la actualidad como el movimiento integrador en psicoterapia. Esta evolución supone pasar de la búsqueda de formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas al esfuerzo por contribuir a una maduración y avance cualitativo del campo de las psicoterapias, desde un clima cooperativo de exploración de la integración. Feixas (1994) advierte que la integración en psicoterapia, no es un “sueño unificacionista”. Según este autor, la propuesta integradora propone limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. No se trata de erradicar la pluralidad existente para reafirmar una única forma de psicoterapia, sino de aprovechar la variedad de perspectivas, a partir de la rica diversidad actual. De esta forma, el movimiento integrador pretende fomentar un marco de diálogo, que sustituya la “lucha de escuelas” por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques predominantes tradicionales ya existentes.

Un número creciente de enfoques integrativos como modelo teórico en psicoterapia se ha desarrollado a lo largo de la década del 80. La inquietud teórica que subyace a este fenómeno, se corresponde con la evidencia en la práctica de algunos psicoterapeutas que encuentran en ésta la manera más apropiada de abordaje. Existe un acuerdo cada vez más generalizado, de que los psicoterapeutas realizan en sus prácticas diarias, acciones que revelan el empleo de procedimientos heterogéneos y que apelar a recursos diversificados es una necesidad para enfrentar exitosamente los problemas que aquejan a las personas que consultan. (Fernández Álvarez, 1992).

La necesidad de integrar las escuelas psicológicas es relativamente reciente. Estas tendencias se ven reflejadas en la creación en los Estados Unidos, de la Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia de Integración (SEPI) en 1982. Wachtel (1982), que desarrolló sus ideas en un sistema integrador que llamó la psicodinámica cíclica, participó en la co-fundación de la SEPI. A su vez, los británicos también crearon una agrupación llamada Sociedad de Psicoterapia Integrativa en 1987. La corriente británica, actualmente fue reemplazada por la agrupación llamada Asociación de Psicoterapia de Integración (UKAPI). Ésta última es una asociación de terapeutas que supone que la psicoterapia se basa en un modelo de desarrollo /relacional, que integra conceptos útiles de diversos modelos.

La Asociación de Psicoterapia Integrativa (IIPA), creada en 1993 (Nuttall, 2008) en la Comunidad Europea, se propone como una organización dedicada al desarrollo y la popularización de las teorías y métodos de la Psicoterapia Integrativa. Tal como proponen Guarrella, Fishman y Salvador (2008), la

Psicoterapia Integrativa, se refiere a la comprensión de los sistemas afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos con la articulación de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva de desarrollo humano. La integración en la psicoterapia permite asimilar y armonizar los conceptos teóricos y prácticos, de una manera compatible con la personalidad del terapeuta y el espacio intersubjetivo de cada paciente. Estos autores proponen al término de Psicoterapia Integrativa como el proceso por el cual se logra integrar la personalidad del paciente, recogiendo las partes repudiadas, inconscientes o aspectos sin resolver del self y haciéndolos parte de una personalidad cohesiva. Tiene como objetivo la reducción de los mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y que limitan la flexibilidad en la solución de problemas y en las relaciones con la gente, para volver a abordar el mundo a partir de un contacto completo. A través de este modelo se posibilita el abordaje de cada momento con naturalidad, sin el prejuicio de opiniones preformadas, posiciones, actitudes o expectativas.

En 1994, en la Argentina, Héctor Fernández Álvarez (2001) creó la fundación Aiglé que realiza acciones en el campo de la salud, capacitación e investigación, integrando conceptos psicodinámicos, conductuales, humanísticos- existenciales y sistémicos, a partir del modelo conductista social.

En el presente trabajo se propone combinar herramientas de análisis y técnicas de tratamiento de las teorías conductuales, psicoanalíticas, sistémicas y cognitivas para elaborar las estrategias del tratamiento. A su vez se tendrá en cuenta la teoría de Piaget, comparando las etapas que propone con las conductas que tiene el entrevistado. De esta manera, se entenderá a las diferentes corrientes psicológicas, como instrumentos que se utilizan en función de las necesidades y circunstancias del caso.

Terapia conductual.

Se considera al padre del conductismo a John Watson en 1913. En la década de 1920, los médicos Skinner, Wolpe y Eysenck comenzaron las publicaciones sobre la aplicación de los principios del aprendizaje al tratamiento de trastornos del comportamiento, pero con escaso efecto sobre la principal corriente de la psiquiatría y la psicología clínica. En la década del 1960, la terapia conductual surgió como un enfoque sistemático y comprensivo para tratar diversos trastornos.

La terapia basada en la teoría conductista, se centra en implementación de estrategias tendientes a mejorar las conductas desadaptativas de los sujetos, sin teorizar sobre sus conflictos internos. Los terapeutas conductuales buscan factores observables que se han aprendido o condicionado, y por ello pueden ser desaprendidos y descondicionados. Así se lograría sustituir las conductas desadaptativas por conductas nuevas y más adecuadas.

Se basa en los principios del aprendizaje, en particular en los condicionamientos clásico y operante. Desde este marco teórico, se desestiman los procesos cognitivos y consideran al hombre como una animal condicionable. A menudo se dirige a hábitos específicos y delimitados de reacción ansiosa hacia los estímulos objetivamente no peligrosos, como ocurre en las fobias, compulsiones, reacciones psicofisiológicas y disfunciones sexuales.

Las técnicas más frecuentemente utilizadas por este marco teórico son: la desensibilización sistemática, entrenamiento para la relajación, construcción por jerarquía, desensibilización por estímulo, exposición gradual, inundación, modelado participante, entrenamiento de asertividad y habilidades sociales, terapia aversiva, desensibilización del movimiento ocular y procesamiento (EMDR), refuerzo positivo, entre otros.

Es un tipo de abordaje, que necesita menor tiempo de tratamiento que otras terapias. Aunque resulta útil para síntomas conductuales concretos. Sin embargo, éste método no permite tratar áreas globales de disfunción (como por ejemplo trastornos de personalidad). Algunos terapeutas creen que es un abordaje excesivamente simplificado y que la eliminación de síntoma, puede llevar a la sustitución de síntoma. (Kaplan & Sadock, 1999).

Terapia psicoanalítica.

El creador del psicoanálisis fue Sigmund Freud, a finales del siglo XIX. La terapia basada en la teoría psicoanalítica se basa en la interpretación del conflicto inconsciente y en la adquisición de capacidad introspectiva. Gran parte de ese proceso se consigue mediante el análisis de los mecanismos de defensa del paciente que repelen el conocimiento consciente de los conflictos inconscientes. La terapia está dirigida hacia la restauración de las situaciones traumáticas reprimidas y el fortalecimiento de las defensas de los pacientes.

Freud describió la acción de tres entidades intrapsíquicas: ello, super yo y yo. A su vez desarrollo las etapas del desarrollo psicosexual, en la que se encuentran la fase oral(0 a 1 año), anal(1 a 3 años), fálica (3 a 6 años), latencia (6 a la pubertad) y genital (pubertad a la madurez).

Las tres fases que resultan relevantes describir, en relación al caso clínico que se presenta son: anal, fálica y de latencia. La fase anal, se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal. La relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas a la función de defecación (expulsión- retención) y el valor simbólico de las heces. En ella se ve afirmarse el sadomasoquismo en relación con el desarrollo del dominio muscular. La fase fálica, se caracteriza por

una unificación de las punctiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales, pero a diferencia de la organización genital puberal, el niño no reconoce en esta fase más que un solo órgano genital y de la oposición de los sexos surge percibirse como fálico-castrado. Es la fase fálica corresponde al momento culminante y a la declinación del complejo de Edipo; en ella predomina el complejo de castración. La fase de latencia, es el período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad. Representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad y una declinación del complejo de Edipo. En el mismo se observa una desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales) y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. (Laplanche & Pontalis, 1968).

Desde ésta teoría, el complejo de Edipo alude al conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que experimenta el niño respecto a sus padres. En su forma llamada positiva el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey con el deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa, con amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. Pero estas dos formas se encuentran en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de Edipo. Freud (1920) ha formulado que todo ser humano tiene impuesta la tarea de dominar el complejo de Edipo, ya que la prohibición del incesto posee efectos de estructuración de la personalidad. Sobre todo de la constitución de las diferentes instancias, en especial el súper yo y el ideal del yo. (Laplanche & Pontalis, 1968).

Las herramientas principales del psicoanálisis son la asociación libre y las interpretaciones, que permiten al paciente descubrir en sí mismo, superando las resistencias, la representación inconciente reprimida.

Según Anna Freud (1936) hay muchos procedimientos defensivos, como por ejemplo: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación retroactiva, proyección, introyección, vuelta hacia la propia persona, transformación en lo contrario y sublimación. El término represión es utilizado en ocasiones por Freud en una aceptación que lo aproxima al de defensa, debido, por una parte, a que la operación de la represión se encuentra en numerosos procesos defensivos complejos y, por otra parte, a que el modelo teórico de la represión es utilizado por Freud como el prototipo de otras operaciones defensivas.

La presente teoría es considerada un largo proceso de integración del material anteriormente inconciente en la conciencia del paciente y una expansión de su capacidad para manejar ese material. (Kaplan & Sadock, 1999).

Terapia sistémica.

La terapia sistémica, se ha consolidado en 1959 con la creación del centro Mental Reserch Institute, como un tratamiento focalizado desde sus inicios. Algunos de sus fundadores fueron Gregory Bateson, Richard Fisch, Jay Haley, William Fry, John Weakland y Paul Watzlawich. A su vez hay otros exponentes importantes de la teoría como [Virginia Satir](#), Carlos Sluzki, Carl Whitaker, Salvador Minuchin y Michael White. Las intervenciones desde el pensamiento sistémico se pueden agrupar en: narrativa, existencial, estratégica y estructural.

La intervención narrativa, desarrollada por Michael White, se basa en la utilización de cuentos y relatos, como intervención provoca externalizar el problema. White (1986) considera que se produce una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Permite advertirle al paciente que no es el único que tiene ese problema. Además podría motivar a tener expectativas de cambio, que son fundamentales para la adhesión al tratamiento. También White (1986) propone incitar al paciente a elegir entre someterse a la influencia del problema o externalizarlo e intentar dominarlo. De hecho, lo sugiere para el trabajo psicológico con niños que poseen encopresis. (White,1986).

La intervención existencial fue sustentada por Carl Whitaker(1977), que considera a la familia como un sistema en que todos los miembros tienen la misma significación. Es preciso cambiarlos individualmente a fin de modificar el conjunto, cuestionando a cada uno de los miembros de la familia, socabando la cómoda adhesión al modo compartido de aprehender la vida. Cada individuo es llevado a vivenciar lo absurdo de aceptar como válida la peculiar cosmovisión de la familia. En éste tipo de intervención las sesiones no parecen dirigidas, se acepta cualquier comunicación de un miembro de la familia y se la rastrea. Rara vez se cuestiona el contenido de una comunicación pero tampoco se lo acepta. Todas éstas intervenciones apuntan a cuestionar el sentido que las personas atribuyen a los sucesos. (Minuchin, 1981).

La intervención estratégica, tiene como representantes a Jay Haley y Chloe Madanes(1977). Éstos últimos apuntan a una meta, a saber, mitigar aspectos disfuncionales específicos de la familia. Considera que es en buena medida responsabilidad del terapeuta verificar el desarrollo y producir una mejoría. La escuela estratégica considera a la familia como un sistema complejo, diferenciado por subsistemas que presentan un orden jerárquico. Una disfunción en cierto subsistema puede tener expresión análoga en otro. El síntoma es mantenido por una organización en que los miembros de la familia ocupan jerarquías incongruentes. A su vez, el terapeuta puede desencadenar cambios isomórficos en todo el sistema. Algunas de las técnicas estratégicas son: instrucciones paradójales,

prescripción del síntoma, sugestión y consejo, pero el concepto rector es la meta específica de obtener el cambio en la familia. (Minuchin, 1981).

La intervención estructural fue creada por Salvador Minuchin, que considera a la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. El terapeuta se hace copartícipe de la familia que intenta transformar. A medida que vivencia las interacciones de la familia, se forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento. Este mapa de familia señala la posición recíproca de los miembros. Pone de manifiesta coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores de conflicto y a los que actúan como central de operaciones. El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario. El trazado que así se obtiene de las fronteras entre los subsistemas indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción. El terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones.

El estructuralista reúne elementos de los esquemas existencial y el estratégico. Al igual que al terapeuta que recurre a la estrategia, el estructuralista, realinea organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo. Y como el existencialista, el estructuralista cuestiona la realidad que la familia acepta y lo hace con una orientación al crecimiento. (Minuchin, 1981).

Según la terapia sistémica, el problema manifestado por el paciente individualizado, es el resultado de la interacción del individuo con las pautas dominantes en la interacción familiar. El portador del síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. Los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos. Las fallidas soluciones que intentó el sistema familiar, no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces, que suelen reforzar los efectos, sin producir cambios. El síntoma puede ser considerado una solución protectora y la conducta del portador del síntoma resulta ser un aporte para el logro de la homeostasis de la familia; los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos. La tarea del terapeuta estructural consistirá en trabajar con toda la familia, identificando de esa manera, las pautas disfuncionales del sistema familiar y cuestionar la definición del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas diferentes. (Minuchin, 1981).

Minuchin (1981) refiere que cuando la queja que motiva la demanda terapéutica es un problema físico o psicosomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta última necesita insistentemente cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Ante la incapacidad para resolver los conflictos, la enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema, provoca que uno de los integrantes (el que posee el síntoma somático) se sacrifique para mantener la homeostasis familiar.

Terapia cognitiva.

El creador de la terapia cognitiva fue Aaron Beck durante la década de los años 70. La terapia basada en la teoría cognitiva se centra en el trabajo con los razonamientos teóricos subyacentes. De este modo, consideran que la manera en que se estructura el mundo de los sujetos, depende del razonamiento teórico que ese individuo posea. Según ésta teoría, la estructura del mundo de una persona se crea a partir de cogniciones (ideas verbales o gráficas accesibles a la conciencia) fundadas en premisas derivadas de experiencias previas. El terapeuta trabaja con los esquemas y la lógica errónea del consultante. Paciente y terapeuta juntos formulan hipótesis y las evalúan en el curso del tratamiento. El abordaje cognitivo consta de cuatro procesos: generar pensamientos automáticos, evaluar los pensamientos automáticos, identificar suposiciones que no son adaptativas subyacentes y evaluar la validez de las suposiciones. Algunos ejemplos de alteraciones cognitivas son: maximización, minimización, abstracción, pensamiento dicotómico, entre otros. La terapia cognitiva es considerada una terapia estructurada, de corta duración y focalizada, en los pensamientos subyacentes que tienen las personas que no le resultan adaptativos. (Kaplan & Sadock, 1999).

Bandura (1982), combina las teorías cognitivas y conductuales, y propone una teoría del aprendizaje social en la que analiza la interacción basada en la reciprocidad triádica. En este modelo de determinismo recíproco, la conducta, los factores cognitivos -al igual que otros aspectos personales- y las influencias ambientales, operan como determinantes unidos que se afectan entre sí bidireccionalmente. La reciprocidad no significa que todos posean la misma fuerza. La influencia relativa ejercida por las tres fuentes de determinantes unidas variará para diferentes actividades, individuos y circunstancias. La modificación en uno de ellos, implicará modificación en los otros.

Teoría epistemología Genética.

Jean Piaget fue el creador de la teoría de la epistemología Genética. Desde ésta teoría, existen estadios en el desarrollo de la inteligencia. Los mismos se construyen por escalones con un orden fijo de sucesión. Es decir que, para llegar a un cierto estadio, es preciso haber pasado por procesos previos

que hacen falta para concluir las preestructuras y las subestructuras que permitan complejizar el desarrollo intelectual. De esta manera, los estadios se presentan como la interacción entre jerarquías e integraciones sucesivas.

Piaget (1973) distingue dos aspectos del desarrollo intelectual del niño. Por una parte se encuentra el aspecto psicosocial, es decir todo lo que el niño recibe desde afuera y aprende por transmisión familiar, escolar o educativa en general. Por el otro, existe el desarrollo que se puede llamar espontáneo, que es lo que se considera como el desarrollo de la inteligencia propiamente dicha; en la que el rol del propio sujeto ocupa un lugar fundamental. En contra posición, autores tales como Vigotsky (1979) van a adjudicar más énfasis a la construcción social, considerando a la intervención pedagógica como fundamental para el desarrollo de las etapas de la inteligencia.

Según la teoría de Piaget (1973) se podría ubicar al sujeto en análisis iniciando la etapa de Operaciones Concretas. La misma se extiende desde los 7 años hasta los 12 años, aunque el propio autor refiere que en algunos individuos puede comenzar aún antes de esta edad.

Las acciones interiorizadas o conceptualizadas, las únicas que el sujeto poseía hasta ahora, adquieren el carácter de operaciones en tanto transformaciones reversibles que modifican algunas variables y conservan las otras invariables. Esta novedad fundamental, se debe al progreso de las coordinaciones directas e inversas, es decir *reversibilidad operatoria* (de la adición, sustracción y multiplicación) de números enteros y fraccionarios. A su vez, las mismas se pueden presentar en tablas de doble entrada(matrices) que suponen clasificaciones según dos criterios al mismo tiempo. Por oposición a regulaciones simples, características de los niveles anteriores, en lugar de proceder mediante correcciones a posteriori, es decir una vez ejecutada la acción material, las operaciones consisten en una pre-corrección de los errores, gracias al doble juego de las operaciones directas e inversas. A este respecto, la estructura operatoria final aparece como resultado de un proceso constructivo continuo, en el que la fusión de las anticipaciones y retroacciones, producen un cierre en el sistema. Pero las operaciones se manifiestan bajo la transitividad y la conservación, es decir, que las relaciones están ligadas al cierre de los sistemas, se establecen relaciones parciales y sólo se hace evidente cuando se da la percepción simultánea de los elementos. (Piaget, 1970)

Cuando se habla aquí de operaciones se hace referencia a los procesos lógicos usados para la resolución de problemas y agrupamientos. Estos últimos no abarca toda la lógica de clases y de relaciones, no constituyen más que estructuras elementales de agrupaciones que consisten en semi redes y en grupos imperfectos. Es decir, no son todavía grupos, son semi grupos, a falta de límites de los unos con los otros. Los semi grupos incluyen las: clasificaciones, matrices y seriaciones.

A su vez, durante este período se establece un proceso de descentración cognoscitiva, social y moral. A diferencia de la etapa de representación pre-operatoria (período anterior) que se encontraba caracterizada por: juego simbólico, intuición, egocentrismo, yuxtaposición e irreversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades). En este período la afectividad, antes centrada en los complejos familiares, amplía su gama hacia la multiplicación de las reglas sociales. De esta manera, el niño va a poder comprender, entre otras cosas, los juegos de reglas y de competencia con pares de su edad.

Encopresis.

L llega a la consulta, derivado por médico neurólogo, con diagnóstico presuntivo de encopresis. Se considerará al trastorno de encopresis desde la perspectiva de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1995) que facilita un sistema multiaxial adecuado para una evaluación sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad global de las personas. Dentro de dicho manual, el trastorno de encopresis se encuentra en el apartado de Trastornos de la Eliminación. Éste último se encuentra a su vez, dentro de la categoría de Trastornos de Inicio en la Infancia, Niñez o la Adolescencia. Se define como encopresis a la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada. Ese episodio se debe manifestar por lo menos una vez por mes, durante un mínimo de 3 meses. La edad cronológica debe ser por lo menos de 4 años. También se deben descartar efectos fisiológicos directos producidos por sustancia y/o enfermedades de origen orgánico. Se estima que aproximadamente el 1% de los niños de cinco años de edad presentan encopresis. Además, el trastorno es más frecuente en varones que en mujeres. La encopresis puede persistir intermitentemente con exacerbaciones durante años, pero muy rara vez se cronifica. (DSM IV, 1995).

La encopresis se clasifica de acuerdo con los dos diferentes subtipos que caracterizan su presentación. Los mismos son:

- Con Estreñimiento e Incontinencia por Rebosamiento.
- Sin Estreñimiento ni Incontinencia por Rebosamiento.

El primero es aquel que pone de manifiesto la existencia de estreñimiento, que hace referencia a un rezumar continuo, ocurriendo tanto durante el día como en las horas del sueño. A su vez, en la defecación normal solo se expulsan pequeñas cantidades de heces. Este subtipo la incontinencia se suele resolver con tratamiento médico.

El segundo subtipo hace referencia a la ausencia de estreñimiento, tanto en la exploración física como en la historia clínica. Las heces tienden a ser de forma y consistencia normal, y la inconsistencia de heces es intermitente. Éste podría estar más relacionado con cuestiones psicológicas. (DSM IV, 1995).

Asimismo, se puede considerar primaria o secundaria. En el primer caso el sujeto nunca ha adquirido continencia fecal. En el segundo caso, la alteración vuelve a aparecer tras un intervalo de control de la retención fecal. (DSM IV, 1995).

La encopresis suele ser egodistónica en el niño que la padece y frecuentemente se halla asociada a sentimientos tales como la vergüenza. A su vez, el grado de rechazo social que produce el síntoma, tanto por parte de los cuidadores como el determinado por su círculo social más amplio, pueden constituir factores que contribuyan al propio malestar. También pueden variar los efectos de impacto emocional en el niño, según las características específicas que tenga para enfrentar las situaciones adversas.

Las situaciones de tensión frente al hecho deben reducirse creando una atmósfera no punitiva y deben disponerse cambios de ropa interior con el mínimo de molestia (Kaplan & Sadock, 1999). A su vez, resulta frecuente que los niños encopréticos tengan dificultad para conectarse con sus sentimientos, tanto para reconocerlos como para expresarlos adecuadamente. (Gómez, 2000).

Metodología.

Tipo de estudio.

Descriptivo de un caso único.

Participante.

Se llevó a cabo el análisis de un niño de 7 años, a quien se lo denominará L. El mismo fue traído a consulta psicológica, derivado por su médico neurólogo con diagnóstico presuntivo de encopresis.

El niño nació en 1999, en la Provincia de Buenos Aires, donde reside actualmente. Está cursando el segundo grado del colegio, de una escuela pública y de simple escolaridad. El antecedente médico relevante es que L es asmático y recibe una medicación llamada Bradiquinina (PAF), dos veces al día. El niño nunca había realizado un tratamiento psicológico.

Instrumentos.

Se realizó una entrevista de admisión a la madre sin presencia del niño. Durante el proceso psicológico se realizaron, algunas entrevistas con el niño sin su madre y otras con la madre sin su hijo. A su vez, se efectuaron dos entrevistas individuales con la hermana mayor del niño.

Las técnicas de evaluación que se utilizaron en las entrevistas son: EDIJ (apartado de Entrevista a Padres), Test de Persona Bajo la Lluvia, Test de la Familia Kinética, Test de Bender y Test de Rorschach.

La Entrevista Diagnóstica Infanto Juvenil (EDIJ), es una entrevista estructurada que tiene como objetivo indagar sobre las dimensiones psicopatológicas para facilitar la categorización diagnóstica, con el objetivo de ubicar síntomas reagrupados por las categorías del DSM III (1980). Esta entrevista, se encuentra adaptada en nuestro país por Casullo (1992) y se encuentra basada en la DICA (Diagnostic Interview Children Adolescents, USA, 1984). Dado que resulta de interés recabar datos sobre la historia evolutiva del niño, se aplicó la parte del Cuestionario para Padres.

El Test de la Persona Bajo la Lluvia es una técnica proyectiva. Hammer (1980) atribuye su creación a los psicólogos americanos Arnolds Abrams o Abraham Amchin. A través de La Persona Bajo la Lluvia se busca obtener la percepción del esquema corporal del individuo bajo condiciones ambientales estresantes y tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador.

Si bien se desconoce quién fue el creador de la técnica proyectiva gráfica del Dibujo de la Familia. Burns y Kaufman (1972) toman la versión original y la modifican agregando kinesiología a la misma, denominándola: Test de la Familia Kinética. Ésta última es una técnica en la que se le solicita al examinado dibujar a su familia haciendo algo. A través de los dibujos se pueden evaluar diferentes aspectos de la percepción del niño sobre la dinámica familiar, tales como el modo en el que el niño experimenta las cuestiones estructurales de la familia, organización, límites, distintos niveles de autoridad, entre otros.

El Test de Bender es una técnica creada por Lauretta Bender en 1938. Sobre la versión original, Koppitz, (2004) propone una versión para su evaluación en niños. Bender (1938) señala que la percepción y la reproducción de las nueve figuras están determinadas por principios biológicos de acción sensorio-motriz, que varían en función de: a) el padrón de desarrollo y el nivel de maduración de cada individuo. b) su estado patológico funcional u orgánicamente inducido. Koppitz (2004) ha publicado estudios en los que demuestran que la correlación de la maduración visomotora en niños, se

encuentra estrechamente relacionado con los siguientes aspectos. A) El lenguaje y otras funciones asociadas con la inteligencia tales como: memoria, percepción visual, coordinación motora, conceptos temporales y espaciales, organización y representación. Se lo considera útil como técnica de rastillaje para detectar problemas de aprendizaje. B) Brinda elementos para detectar posible compromiso orgánico. C) Indaga sobre posibles conflictos emocionales.

El Test de Rorschach es una técnica creada por Hermann Rorschach en 1921 de manchas de tinta negra y policromáticas con morfología vaga, las que por lo tanto propician la proyección de aspectos subjetivos inconcientes de las personas evaluadas. A partir de las diferentes repuestas y su análisis surgieron teorías de cómo evaluar la forma de procesamiento de información del examinado. Exner integró las cinco principales corrientes de análisis en un único sistema al que llamó Sistema Comprensivo. Se trata de la corriente de mayor desarrollo y difusión en la actualidad. El test de Rorschach permite evaluar la organización y funcionamiento psicológico de las personas. Es un test que brinda información sobre diferentes dimensiones de la personalidad del evaluado; con esa información se puede planificar mejor el tratamiento y comprender mejor lo que le pasa. (Exner, 2000).

Procedimiento.

El presente trabajo se encuentra basado en la descripción y análisis de las siete primeras entrevistas del proceso de admisión y evaluación de un niño de siete años, cuya madre lo trajo a la consulta por encopresis. Las entrevistas fueron semanales, con una duración promedio de cuarenta minutos y fueron coordinadas por una psicóloga del servicio y la pasante que suscribe. La evaluación del material de las entrevistas fue elaborada por esta última.

Descripción y análisis de las entrevistas.

Entrevista número uno.

Se cita a M, la madre del niño.

Fecha: 2007.

En la primera entrevista (a cargo del servicio de admisión del hospital) se cita a la madre y se recaban datos sociodemográficos, motivo de consulta y aspectos contextuales del caso. Una vez finalizada la misma, se realiza una evaluación y se deriva al profesional seleccionado para su seguimiento. Los datos que se relevaron en esta entrevista, se detallan a continuación.

La madre del niño llega a la consulta con puntualidad, su vestimenta es acorde a la situación y refleja sencillez. Ante la pregunta de cuál fue el motivo que la llevó a hacer una consulta psicológica responde que su hijo L comenzó a hacerse caca encima a fines del 2006. El niño fue diagnosticado como asmático y al momento de la consulta se encuentra medicado con Bradiquinina (PAF) dos veces al día.

L tiene siete años, asiste a segundo grado de un colegio público de su barrio. La madre refiere que la frecuencia de aparición del síntoma de su hijo es de dos veces por día y cuatro días a la semana. Manifiesta que es un hecho que puede ocurrir en cualquier momento y en todos lados.

Asimismo agrega que al principio tenía la esperanza de que fuera a solucionarse solo, pero como esto no sucedió, consultó con médicos que descartaron cuestiones orgánicas, así como la posibilidad de que se tratara de un efecto secundario de la medicación que el niño ingiere a causa del asma. Por último, un neurólogo solicitó una interconsulta psicológica.

Hasta el momento de la consulta actual, las soluciones utilizadas por M para disminuir el síntoma fueron las siguientes. Intentó hablar con él, preguntándole lo que le pasaba. Refiere que su hijo le ponía excusas, como el de no tener papel a mano o que no había luz cuando iba al baño. Además probó con castigos tales como no dejarlo ir al club o a los juguitos electrónicos. También intentó bañarlo y obligarlo a que se vaya a la cama aunque no fuera la hora de ir a dormir. Dice que a veces estas estrategias le dieron resultado. De todos modos, reconoce que estos intentos para controlar la incontinencia de su hijo le resultan desgastantes.

Luego se le pregunta sobre su composición familiar. Para preservar el secreto profesional del caso se modificaron los nombres de los integrantes de la misma. Los que conviven en el misma habitación son la mamá M de 42 años con sus tres hijos: F de 14 años, L(niño traído a la consulta) y T de 5 años. La habitación se encuentra en la parte de atrás de la casa del abuelo de los chicos. . El abuelo tiene 72 años de edad y sufre de ceguera. El padre de F es R, que tiene 45 años. El padre de L y T es A que tiene 40 años de edad. Éste último, no suele ver a sus hijos, algunas veces hablan por teléfono y este año (desde enero hasta septiembre) sólo los fue a visitar en dos ocasiones. Resulta relevante que uno de los nombres del niño coincide con el del padre. Para ser más claros denominaremos al niño L y al padre A, como a su vez se hacen llamar en la familia. La madre y sus tres hijos comparten la misma cama de plaza y media.

A continuación se relata una breve reseña de la rutina familiar. L y T se levantan temprano, toman el desayuno y se quedan mirando la televisión hasta el mediodía, que es el horario en el que vuelven F y la mamá. F viene del colegio y M viene de trabajar de empleada en la casa de una vecina. Almuerzan

todos juntos y luego M o F llevan a los chicos al colegio. En el fin de semana los chicos van al club a jugar a la pelota. M comenta que está de novia con F, pero que casi no tiene pareja, porque lo ve poco.

Relata que su hijo L tiene un buen rendimiento escolar, hace sus tareas y las maestras se encuentran conformes con él. A su vez, manifiesta que su hijo tiene buena relación con sus compañeros del colegio, aunque con los adultos refleja timidez. Sus expectativas respecto al tratamiento son que el terapeuta cure la enfermedad de L, si es que tiene alguna. Menciona que su hijo se encuentra más contestatario, ya que le discute las cosas en reiteradas oportunidades. Actualmente éste comportamiento se intensificó en relación a su hermana. Agrega que su hija la ayuda mucho con L, le elige el corte de pelo y la ropa que se va a poner todos los días. Sin embargo L la desafía y le falta el respeto.

La madre tiene la hipótesis que L se hace encima por no dejar de jugar y refiere que su hijo es muy acelerado. También supone que podría tratarse de celos de hermanos, pero agrega que ella los trata a todos por igual.

La psicóloga encargada de hacer las admisiones evaluó el caso y derivó el mismo a una psicóloga del servicio y a la pasante que escribe el presente trabajo.

Cabe aclarar que no se realizó un análisis de la entrevista uno, ya que consistió en una entrevista dirigida para relevar los datos para la construcción de la historia clínica.

Entrevista número dos.

Se cita al niño y a la madre por separado.

Las terapeutas se presentan y el niño se esconde detrás de la mamá. Luego se lo busca nuevamente y se lo invita a entrar a jugar y a charlar solo al consultorio. El niño asoma la cabeza para espiar con el cuerpo detrás de la mamá y termina acercándose accediendo a dicha invitación muy sonriente. Se le pide a la madre que venga más tarde y se le explica que las entrevistas duran entre media hora y cuarenta y cinco minutos.

Una vez que el niño ingresa al consultorio, se le pregunta si sabe porqué viene y dice que porque se hace caca. Pareciese encontrarse angustiado y/o avergonzado al hablar del tema, ya que baja la mirada para contarle.

Se le pregunta si siente un rezumbar continuo en la panza en el día o en la noche, antes de ir al baño. Refiere que no reconoce ninguna señal del estómago y que no alcanza a ir, ya que cuando se da cuenta es cuando se está haciendo.

Se le explica a L lo que es un terapeuta de niños y se le informa que es necesario que venga una vez por semana, para que pueda crear un espacio para él y que lo que ocurra adentro de los encuentros es secreto profesional. Se le dice que puede servir para que pueda contar o jugar a lo que quiera y que las terapeutas van a tratar de entenderlo y no juzgarlo. A su vez, se le informa que a veces se le van a dar consignas para realizar una evaluación, para poder entenderlo más y ayudarlo mejor con su síntoma.

Se le pregunta cómo son sus días con su familia y en el colegio. El niño relata que lo levanta su mamá, toma la leche y luego ve la tele hasta el mediodía. Después almuerzan todos juntos en su casa y lo llevan al colegio a la tarde. Cuenta que cuando llega del cole y no tiene tarea, le gusta jugar con su hermano y ver televisión.

Luego acepta la invitación de leer un cuento que se llama *Fede vs. Ropamanchada*. El mismo alude a otro chico que tiene un problema muy parecido al de él. Es una adaptación de un libro sobre un niño con enuresis que se llama *Fede vs. Camamojada* (Averbuj, 2005). Dado que la autora permite la reproducción total o parcial del cuento, la pasante lo pudo adaptar y modificar para dirigirlo a niños con encopresis. De esa manera se supuso que el niño se iba a poder identificar mejor con la historia. De hecho, L dijo que le gustó mucho.

El cuento relata la historia de un chico que se llama Fede que pelea contra sus enemigos con su espada de poder y su escudo protector. Fede es arriesgado y en cada aventura se juega la vida. A la noche no quiere irse a dormir. A veces otros superhéroes lo invitan a dormir a sus escondites secretos pero Fede nunca quiere ir, porque todos se enterarán de su gran secreto. Todas las noches, Fede pelea contra el temible Ropamanchada y pierde. Muchos superhéroes, amigos de Fede ya vencieron a Ropamanchada cuando eran más chicos que Fede, pero él no puede hacerlo. Fede decide recurrir a un superpsi que le dice secretos con puntos débiles de Ropamanchada. Gracias a los secretos que le cuenta, ahora Fede vence a Ropamanchada todas las noches, va a los pijamas parties y se prepara para vencer a otros súper enemigos. (Averbuj, 2005) Se le explica que ni Fede ni él son culpables de no poder controlar esfínteres.

Algunos secretos que le dice superpsi a Fede, para ayudar a mejorar su síntoma son los siguientes.

1) Pactar intervalos en los cuales tenga que quedarse sentadito en el inodoro del baño un tiempo cronometrado cada día. A la madre se le va a aclarar que debe festejar el éxito de su hijo cuando lo hace en ese lugar. Se le dice que al principio puede ser aburrido y cansador, pero después se va a ir disminuyendo la rutina hasta que se acostumbre a la presente rutina. Se le propone que se siente en el inodoro durante un minuto en los siguientes momentos: al levantarse, antes de ir al colegio, en el recreo, cuando llega a su casa y unos minutos antes de irse a dormir.

2) Se le enseña a utilizar una planilla para ayudarlo a registrar sus necesidades. Se le pregunta cuál es su superhéroe preferido y contesta que el hombre araña. A su vez se le pregunta a que equipo de fútbol pertenece y responde que a Chaca. También se le pregunta el cuadro de fútbol que menos le gusta y responde que Boca. Se le dice que la planilla la podría llenar de la siguiente manera. El día que pudo ganarle a Ropamanchada, es decir ir a hacer sus necesidades en el inodoro sin hacerse en sus pantalones debe colorear el jugador correspondiente de ese día, con los colores de Chaca. En cambio cuando Ropamanchada le gane de mano, debe pintarlo de los colores de la camiseta de Boca. A su vez, se lo invita a jugar a que él es un hombre araña que tiene que intentar ganarle a Ropamanchada y que se va a trabajar en la terapia sobre los progresos y dificultades que aparezcan en las planillas.

Cuando se le dice a L que la presente entrevista está terminando y se abre la puerta del consultorio para buscar a su mamá, el niño refiere con palabras textuales -quiero ser como mi papá-. Se le pregunta que le gusta de su progenitor y refiere -porque es capo-. No se indaga más en el tema porque la entrevista llega a su fin y justo viene su madre a buscarlo.

Luego de la entrevista a solas con L, las terapeutas realizan otra con la mamá sin su hijo. En esta última las terapeutas se presentan. Se le pregunta a la madre qué la llevó a consultar y cuáles eran sus expectativas. La madre refiere que le preocupa que su hijo no siente culpa de no poder controlar esfínteres. Refiere que hasta sus primos lo cargan porque se hace encima, y que ella no puede decirles nada ya que tienen razón en cargarlo, porque está grande para tener esa conducta. Se le explica lo que es un síntoma en psicología cuando se han descartado cuestiones biológicas y/o como efecto secundario de alguna medicación. Se dice lo necesario que es que no lo carguen por ello, sino que entiendan que puede estar triste, preocupado, ansioso, etc. por otra cosa. Se le explica que ya desde la primera consulta su hijo refiere mucha angustia al hablar del tema y que no parece ser indiferente a no poder controlar esfínteres.

M, ha intentado fallidamente técnicas de control del síntoma tales como: retarlo, llorarle, preguntarle por qué se lo hace y darle a oler los calzones sucios. Se le explica que no tiene que intimidarlo ni

retarlo, porque es un trastorno que tienen muchos chicos, entre ellos su hijo y que es síntoma de otra cosa. Se le responde que las personas que tienen este trastorno no lo pueden controlar fácilmente.

Un dato importante que brinda M es que recuerda que L dejó de controlar cuando F, su pareja, dejó de convivir en su casa. La relación entre F y sus hijos no era buena, y eso los llevó a la separación de casas. Su pareja nunca llegó a estar solo con sus hijos ni los agredió delante de ella. Según M, a su hijo no le simpatiza F desde que un día ella lo estaba retando y F se metió para gritarle también. Relata que en esa ocasión dejó en claro que ella es la única que puede poner límites a sus hijos y pidió a F que no lo hiciera más por ella.

Otra información relevante es que duermen todos juntos en la misma cama. Esto sucede desde que el vecino se emborrachó y le mostró sus genitales a F (la hermana más grande de L). Se recomienda que si les da seguridad dormir en el mismo cuarto, pongan en el piso colchones para dormir cada uno en una cama separada. Se hace hincapié sobre la importancia de dormir de esa manera. M confirma que tienen uno para cada uno y que van a comenzar a dormir sin compartir colchones.

A su vez, se explican las dos consignas que se le dieron a su hijo, para que lo ayude a ejecutarlas. Se pide que festeje el éxito de su hijo cuando pueda retener esfínteres.

Análisis de la entrevista número dos.

Desde un primer momento se observa un niño que baja la cabeza para contar que no retiene esfínteres. De lo observado se infiere que L percibe aquello que le pasa como egodistónico y acompañado por sentimientos de vergüenza. Sin embargo, la madre contó que creía que el niño no sentía culpa por no retener esfínteres y por lo tanto consideraba que debía castigarlo por su síntoma. Es interesante cuestionar la creencia formulada por la madre acerca de lo que sucede y buscar pautas nuevas, tal como propone la terapia sistémica estructural. M considera que L es el único individuo problemático en la familia, por ello siente que debe castigarlo, para que se dé cuenta que tiene que retener esfínteres. Desde la terapia sistémica el problema no reside en el paciente individualizado, sino que en ciertas pautas de interacción de la familia.

Se le pregunta al niño si presenta un rezumbar continuo durante el día o durante la noche, ya que de esa manera se puede dilucidar el tipo de encopresis que presenta. El presente caso es *sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento*. (DSM IV, 1995).

Leo parece saber que tiene que retener y de hecho lo atemoriza e inhibe no poder hacerlo. El niño quiere controlar esfínteres pero no puede y encima es castigado. No solo tiene su propio castigo (por la vergüenza que implica no poder retener esfínteres y el rechazo social que sabe que le provoca) sino también el de su madre. De hecho por ello se utilizó un cuento, para que el niño pueda identificarse y sentirse acompañado. Resulta interesante comprobar su interés en la temática del cuento.

Tal como lo propone White (1986) desde la perspectiva sistémica narrativa, para el trabajo psicológico con niños que poseen encopresis, el hecho de incluir un cuento como intervención provoca externalizar el problema. Permite advertirle a L que no es el único que tiene ese problema. Además podría incitar expectativas de cambio, que son fundamentales para la adhesión al tratamiento.

También White (1986) propone incitar al paciente a elegir entre someterse a la influencia del problema o externalizarlo e intentar dominarlo. Esta modalidad de intervención se aplicó pidiéndole a L que complete una planilla para marcar el día que le gane a Ropamanchada y el día que él logre vencer a su enemigo. Esta planilla favorece tanto al niño como a las terapeutas para evaluar el síntoma, observar de qué manera y con cuánta frecuencia se manifiesta. Permite comparar semana a semana sus momentos de progreso y dificultad. Esta intervención podría permitir un alivio en el niño, ya que se transmite que su padecimiento es importante y registrado en la terapia. Resulta de utilidad esta técnica que proviene de la terapia cognitiva, ya que transforma al desgastante síntoma en un juego de desafío por cumplir. Sobre todo porque L se encuentra atravesando el estadio de Operaciones Concretas y por lo tanto le va a ser de mayor utilidad percibir la evolución de su síntoma con planillas con colores realizadas por él.

A través de las planillas, L va a poder llevar un registro concreto de su retención, que lo va a ayudar a tener una evaluación más real de su evolución. Esto resulta importante porque las operaciones concretas no son todavía formales (que es la etapa siguiente) sino que en ésta se encuentran ligadas a la acción, ya que no pueden construir un discurso lógico independientemente de ella. Las relaciones lógico aritméticas y espacio temporales se hallan lejos de construir todavía una lógica formal aplicable a todas las nociones y a todos los razonamientos.

La intervención en la cual se le propone al niño un cronograma diario de sentarse en el inodoro con intervalos pautados y alabar el éxito de defecar en el lugar correcto es una técnica conductual que Kaplan y Sadock (1999) consideran eficaz. Independientemente de cuál sea la función del síntoma en este caso particular, resulta necesario acostumbrar al cuerpo a ir en el lugar correcto, ya que no hacerlo donde se suele depositar, le provoca al niño consecuencias sociales no muy agradables.

A su vez, se recomienda que duerman en camas separadas ya que se sabe lo excitante y estimulante que puede ser para un niño estar durmiendo con su progenitor; especialmente durmiendo en una cama tan pequeña y con tanta gente junta, en la cual el contacto físico resulta inevitable.

La sugerencia de que comiencen a dormir por separado del resto de los integrantes de la familia, cada uno en un distinto colchón, permite que cada uno tenga su espacio. La intervención del terapeuta desde la terapia sistémica tiene como objetivo la modificación de los contextos de los miembros de la familia que produce un cambio en la experiencia. Los miembros de la familia sólo pueden cambiar si se modifican los contextos en el interior de los cuales viven. En la terapia se pueden evaluar las distancias, proximidades y fronteras. El terapeuta desde el marco sistémico, toma los datos que la familia le ofrece y los organiza. La realidad conflictiva y estereotipada recibe un encuadramiento nuevo. (Minuchin, 1981). Además, como sostiene el terapeuta sistémico Umbarger (1987) son muchos los casos en que secuencias disfuncionales de conducta se ven mejorados por intervenciones educacionales del terapeuta.

Además, posiblemente esta manera de dormir pueda considerarse simbólica de cuál es su manera de relacionarse. Minuchin (1981) denomina a este tipo de vínculos como sistema enmarañado, que se caracteriza por una extrema susceptibilidad de respuesta de sus miembros individuales y unos a los otros. La distancia interpersonal suele ser escasa y resulta considerable la confusión de las fronteras subsistémicas. La conducta de uno de los miembros afecta inmediatamente a otros y la tensión de las fronteras, velozmente produce ecos en los otros subsistemas (Umbarger, 1987).

Entrevista número tres.

Se cita a la madre y al niño por separado.

La psicóloga y la pasante se dividen: la primera realiza una entrevista con la madre y la segunda con L.

Entrevista con la madre.

La madre explica que no vinieron las entrevistas anteriores: eran tres, porque L comenzó a “estar mejor” y una fue feriado.

Si bien puede que L haya pasado cuatro semanas logrando retener esfínteres porque se haya sentido más contenido y mejor apoyado, tanto por su familia como por el dispositivo terapéutico, los circuitos o pautas familiares que desencadenan los síntomas jamás podrían solucionarse en una entrevista. El no asistir a las entrevistas anteriores pudo ser producto de diversas razones, entre las que se hipotetizan: 1) Resistencias de la familia para hablar del problema y trabajar los orígenes del mismo. 2) La suposición materna sobre la necesidad de consulta, sólo cuando el niño continúa haciendo evidente el síntoma. De esa manera estaría negando que haya cuestiones más profundas que producen la emergencia sintomática.

Lo cierto es que resulta notable que después de una sola entrevista haya podido retener esfínteres por cuatro semanas seguidas, después de tantos meses sin poder lograrlo. ¿Qué habrá ocurrido para que el síntoma que tanto le afectaba, después de una sola entrevista con profesionales de la salud haya desaparecido? De todos modos, las terapeutas le informan sobre la importancia de la continuidad en el tratamiento Psicológico.

Luego la psicóloga le administra el apartado de Cuestionario para padres (o tutores) de la Entrevista Diagnóstica Infanto-juvenil.

Técnica de evaluación: Entrevista Diagnóstica Infantojuvenil. Cuestionario para padres (o tutores).

Se le pregunta sobre: embarazo, nacimiento, posparto, desarrollo temprano y 1- 5 años. La entrevista se analizó cualitativamente, ya que se encontró utilidad en recabar solo algunas preguntas de dicha técnica y no su versión completa. La misma permitió recabar información del desarrollo temprano del niño. Como datos relevantes, surge destacar las siguientes cuestiones:

Durante el embarazo de Leo, fallecieron tres familiares: la mamá, la abuela y la hermana de M. A su vez, durante el mismo período, la mamá de L tuvo una infección urinaria y consumió ocasionalmente cigarrillos y alcohol.

Según el relato de M, el desarrollo temprano de L fue normal: fue al jardín y no tuvo inconvenientes durante la crianza. Aprendió a sentarse, gatear, caminar y usar palabras que significan algo, en el mismo período que la mayoría de los niños. Al parecer es una madre que tiene registro del desarrollo temprano de su hijo. Inclusive pudo acordarse el número exacto que pesaba su hijo cuando nació (3,38 kilos).

Sin embargo a pesar que no solía tener inconvenientes con su hijo, considera que ahora tiene desencuentros con L. Reconoce en su hijo conductas de: berrinches e insistencia en sus pedidos que deben ser atendidos de inmediato. Actualmente lo percibe a su hijo como muy agresivo, queriendo golpear, arañar y pegar o dar patadas, tratando de provocar.

Luego se le preguntan las siguientes cuestiones puntuales que se consideraron importantes para comprender el caso.

1) ¿Cuándo y cómo aprendió a retener esfínteres L? Aprendió muy rápido, solito a los tres años. Se sacaba el pañal porque sabía ir solo al baño sin ayuda.

2) ¿Cuántos colchones tienen? Una cama de plaza y media para mamá, T y L. A su vez, tienen dos camas chicas marineras (una arriba de la otra) y F duerme en la de abajo, porque a nadie le gusta dormir en la de arriba.

3) ¿Por qué dormían todos juntos si tenían otras camas sin utilizar? Contesta que porque el vecino de al lado una vez se emborrachó y le mostró los genitales a su hija, ya que tienen una reja que se ve del otro lado. Esa misma noche, M fue a pedirle que no lo hiciese más. Luego el vecino los “prepotió“, empezó a golpear la reja que los divide y empezó a gritar. Los vecinos salieron a defenderla y se hizo la denuncia de todos modos.

4) ¿Cómo fue la separación de casas con F? ¿Qué estaba ocurriendo en ese momento? ¿Qué se le dijo a L? (Se pregunta porque fue justo cuando L dejó de retener esfínteres). M cuenta que continúa en pareja con F y que hace cuatro meses que se encuentran viviendo por separado, a L se le explicó eso. Ahora está de novia con él, pero no lo deja entrar a su casa. L no lo quiere para nada, desde que una vez lo retó. F a su vez tiene sus hijos pero nunca se los presentó a M. F y M dejaron de convivir desde que ella se enteró que él tenía más hijos. Descubrió ese hecho al encontrar cuatro partidas de nacimiento de chicos más grandes que L y T. Se produjeron hechos de violencia física y verbal. Un dato importante a saber es que F se emborracha.

5) ¿Cómo fueron las dos veces en el año que L vio a su papá? ¿Cómo reapareció? Se hablan por teléfono cada vez que la madre va al hospital por los hijos, cuando ellos se enferman. Hace tres meses que no lo ve. ¿Cree que aceptaría venir a entrevistarse con nosotros si fuera necesario? M refirió que podría ser y ofreció dar el celular del mismo. (La psicóloga anotó el número). ¿Tiene usted relación con el papá de F? El papá de su hija es drogadicto, está en la cárcel y considera mejor no contactarlo más.

6) ¿Tiene apoyo de otros familiares como abuelos, tíos, amigos? Sí, responde que recibe apoyo de: vecinos, de un hermano menor y de su papá que, aunque es ciego, le es de ayuda. Éste último vive en la parte de adelante de la casa.

7) ¿Cómo es la relación entre sus hijos? F y L se llevan bien, contesta. Lo mismo sucede con T, que según la madre, admira y respeta a su hermano mayor. Refiere que T es muy bueno y que el

problemático es L, ya que dice que es nervioso y “polvorita”. Agrega que L era “dócil y normal”. Considera que a partir de este año está malo, agresivo, no hace caso y está rebelde. Reconoce que su hijo está muy enojado con el papá, porque le promete cosas que luego no cumple. Hace poco, por ejemplo, se dividieron las tareas con el padre: la madre le iba a comprar zapatillas a T y el padre le iba a comprar zapatillas a L. Ella ya le dio las zapatillas a su hijo y ahora L todavía está esperando las suyas.

8) ¿Aporta económicamente a la casa el papá de L? Comenzó a ayudar económicamente desde que M buscó un abogado para que le pase la cuota alimentaria.

Entrevista con L.

Leo comienza la entrevista diciendo: -me cagué dos veces nada más- y muestra la planilla completada. Se elogia su mejora. La entrevista continúa con la administración de la técnica de evaluación Persona Bajo la Lluvia.

Técnica de evaluación: Test de Persona Bajo la Lluvia. (Anexo 1).

Observaciones.

Se le da la consigna de invitándolo a dibujar una persona bajo la lluvia y L comienza a dibujar enseguida. Realiza el dibujo en la secuencia usual, comenzando por la cabeza y continuando con el cuerpo de la persona. Al terminar, pregunta si puede colorearlo y agrega que en su casa no tiene colores. Pese a que de este modo se modifica la técnica, se le permite colorearla aunque de esta manera queda modificada la técnica de Persona Bajo la Lluvia. De todos modos, se evaluará tomando como referencia la teoría de Buck del H.T.P. en colores (1995), aplicada a La Persona Bajo la Lluvia.

Análisis.

El dibujo que realiza presenta indicadores de insuficiencia de defensas en el evaluado, que se evidencian por ausencia de paraguas y por el dibujo de la persona que parece tener la actitud de defenderse con su cuerpo, que se expone y corre riesgos.

Por un lado, la presencia de lluvia –ni escasa, ni abundante- da cuenta de la percepción subjetiva de amenazas ambientales que, en principio, no resultan abrumadoras. La lluvia la dibuja controlada y focalizada solo en el sector entre su figura y la nube y no en el resto del dibujo. Por el otro, solo llueve arriba de su personaje, es decir, puede que sienta que solo él padece de malestar y que los demás no. De

todos modos, esa lluvia que cae, no la dibuja sobre su personaje, es decir no encima de la persona, sino un poco más alejada de ella. Este podría considerarse un indicador de protección, ya que el niño podría estar sintiendo que tiene controlada la amenaza y la tensión que pueda estar sintiendo ante una situación adversa.

Puede que tenga dificultades para percibir cuestiones que le resultan conflictivas o traumáticas, tanto de su propio mundo interno como su entorno, ya que Leo dibuja su personaje con ojos pero sin pupilas. La ausencia de pupilas suele vincularse con mecanismos de defensa del tipo de la negación, es decir que resulta probable que el niño presente dificultades para hacer consciente algunos aspectos de lo que sucede, tanto en el mundo que lo circunda como para advertir algunas de sus propias motivaciones o sentimientos.

Considerando las pautas establecidas por Buck (1995) se percibe el tamaño reducido del dibujo realizado, que podría ser indicador de timidez, sentimiento de inadecuación e inseguridad. Tomando en cuenta el emplazamiento en el lado superior de la hoja, se podrían inferir sentimientos de alegría, que habría que confirmar o descartar en función de lo que se manifiesta en ulteriores indicadores y entrevistas.

A su vez, puede considerarse como un buen indicador que haya sentido el deseo de pintar su dibujo, aunque no se dio como consigna. Poder pintar y hacer uso de los colores en los niños, se encuentra relacionado con la pulsión de vida. Freud (1920), teoriza sobre la pulsión de vida como una categoría que contrapone a la pulsión de muerte. Abarca no sólo pulsiones sexuales sino también las pulsiones de autoconservación. Los niños expresan sus sentimientos mediante el juego, en este caso mediante el dibujo. Sin embargo, se evidenció una modalidad de apropiarse del mundo y no esperar pasivamente que le indiquen lo que debe hacer. Esta modalidad de no abstraerse estrictamente a lo que se le había indicado y proponer otras, puede provocar dificultades interpersonales en ambientes rígidos.

La presión con la que L realiza su dibujo es considerada algo fuerte. Podría ser indicador de fuerza vital física, franqueza y excitabilidad. A su vez, el dibujo puede considerarse prolijo, ya que puede pintar sin pasarse del contorno de las figuras ni del margen y combinando colores, que puede ser indicador de control de impulsos, aceptación de límites y cierto grado de organización. Cada una de las partes de del dibujo está coloreado de manera tradicional, como se podrían ver en la realidad. De ello se puede inferir un adecuado principio de realidad.

Cuando se le pregunta si finalizó la producción responde: -pará, pará que me olvidé de hacerle el piso-. En ese momento, el niño le agrega un charco azul en el extremo derecho de la persona, en forma

de nube y de su mismo color. A pesar que considera que eso es el piso, se observa que el personaje de su producción está en el aire, sin línea de apoyo. Asimismo, en el gráfico se observa que la persona tiene una pierna más larga que la otra y un pie mirando para el centro, dibujando a su personaje inestable. Todo esto podría ser indicador de tener la percepción de no sentirse bien apoyado. Luego de finalizar su dibujo, refiere que desea jugar al lego.

El juego durante la tercera entrevista.

Refiere que va a hacer un coche y encastra bloques de Lego juntos. Luego comenta que, como sólo hay una rueda, va a hacer una casa. Reúne cuatro bloques, uno arriba del otro y a los de arriba les pone techo. Luego se lo muestra a la pasante y se lo felicita. Se comenta que la entrevista está finalizando y Leo, señalando la pista de autos, pregunta si se puede jugar con eso. Se le permite como último juego del encuentro. Refiere que su color preferido es el gris y agarra un auto de ese color, se lo queda mirando. De todos modos quiere probar los autitos de todos los colores. Después se le propone que el último juego será una carrera de autos y el que llegue primero gana. L gana la carrera en el desempate. Después se le dice que finalizó la entrevista y L refiere- Quiero seguir jugando-. Se abre la puerta y la madre le dice que se tiene que ir. El niño refiere nuevamente que desea seguir jugando. Se le dice que va a poder continuar en la próxima entrevista. La madre se lleva al niño, tirándole del brazo para que camine.

Análisis de la modalidad de juego de la tercera entrevista.

Resulta relevante que en tan pocos minutos que quedaban de la entrevista a L le alcanzó para jugar a dos tipos de juegos: lego y autitos. La modalidad en la que lo hizo fue traspasándose bruscamente de un juego a otro y pasando muy poco tiempo con cada uno.

A su vez se evidencia un pronunciado gusto por el juego, tanto que le costó aceptar que debía terminar la entrevista. Aspectos de la realidad sociocultural a la cual pertenece el niño podrían estar influyendo en su deseo de jugar a todo, tratando de hacerlo bien rápido para poder pasar por la mayor cantidad posible. Puede que en su casa no tenga muchos juegos ni juguetes. Asimismo, resulta un buen indicador que se encuentre tan motivado a jugar, ya que es la actividad más importante del niño. A través del mismo podemos penetrar en el mundo íntimo de los niños, que se configura como un lenguaje, rico en profundidad y cargado de significado.

Entrevista número cuatro.

Se cita a L.

L comenzó hablando de lo que hizo el fin de semana. La pasó bien con su mamá y hermanos. Luego se le pregunta acerca del calendario en el que pone si ganó Chaca o Boca y cuenta que se hizo encima una vez en toda la semana. Después saca el calendario completado de su bolsillo. Se lo felicita por ello. Se le remarca que cada vez está controlando más. A su vez, cuenta que comenzó a animarse dormir en la cama de arriba y solo. Se lo felicita por su valentía.

De repente, L refiere que su hermana le pega. Se le pregunta como es el tema y dice que cuando su mamá se va a trabajar, su hermana ejerce fuerza física contra su persona. Se le dice al niño que debe decírselo a su mamá, pero refiere que ya lo hizo y que su mamá no dice nada. L pregunta a las terapeutas si a ellas les pegaban cuando eran chiquitas y refieren que no, se le dice que no está bien pegar. A su vez, se le dice que es preferible hablar hasta entenderse. Se le pregunta al niño si alguien más le pega y manifiesta que en el colegio también le pegan y que las maestras no dicen nada tampoco.

Repentinamente, L dice- quiero acuchillar a mi primo-. Se le preguntó porqué y dijo que porque está enojado con su primo. Se le comenta que debe ser muy doloroso para él que lo molesten, pero se le recomienda que pida ayuda cuando está en problemas, a su mamá o a la señorita del colegio para que lo defiendan cuando lo necesite. Refiere que tanto los primos como los compañeros del club y del colegio, lo molestan porque se “caga”.

Se le pregunta a L si sabe si su mamá tiene novio y contesta que no. Luego L dice que en realidad su mamá tiene un novio y se llama F. Refiere que su mamá no lo deja entrar más a su casa. L explica que Fernando no entra más a la casa porque es malo, desde que una vez lo trató mal. Ocurrió una vez que a L su mamá lo estaba retando y F se metió, le dijo que mire la pared y le tapó la cara con un pantalón suyo. El niño refiere que fue lo único feo que le hizo, pero dice que ahora está más bueno. Además agregó que esa vez su mamá lo defendió.

Ese mismo día, las terapeutas le regalan una cartuchera con lápices de colores cuando se va, ya que L había dicho en la entrevista anterior que no tiene colores en su casa para pintar. El niño manifiesta un pronunciado deseo por utilizar los mismos y además podría resultar un medio adecuado para la expresión de su subjetividad.

Análisis de la cuarta entrevista.

Las verbalizaciones realizadas por el niño durante la entrevista permiten inferir sentimientos de angustia, enojo, hostilidad y desamparo. Es evidente que está preocupado por la modalidad de sus relaciones interpersonales, tanto por las relaciones que entabla en el colegio como en su propia familia.

L comenta que recibe agresiones físicas de su hermana y sus compañeros del colegio y del club. A su vez, manifiesta incompreensión de parte de las maestras del colegio y de su propia madre. Manifiesta que cuando les dice que le pegan, nadie hace nada para ayudarlo. A su vez, siente mucho enojo con su primo, tanto que le provoca ganas de “acuchillarlo”. Resulta relevante que esa palabra surja de un niño tan pequeño. También, dadas las aclaraciones que realiza en su relato, se comprende mejor el enojo de L hacia F.

Técnica de evaluación: Test de la Familia Kinética. (Anexo 2).

Observaciones y comentarios de la entrevista con respecto a su producción.

Se le da la consigna de dibujar a su familia haciendo algo y comienza a dibujar enseguida. Realiza el dibujo de las personas con la secuencia usual, comenzando por la cabeza y continuando con el cuerpo. Agrega que sus colores preferidos son el rojo y el azul.

Comienza dibujando a su hermano T. L pasa mucho tiempo haciéndole las manos a T. Borra una y otra vez las manos de las personas que dibuja. A su vez, comenta que el pelo no lo sabe hacer y se le contesta que no hay dibujos buenos o malos. Se le dice que cualquier cosa que haga va a estar muy bien.

Luego comienza a dibujar otra persona que dice que es él. Cuando termina de dibujar la segunda persona, dice que cambió de idea. La primera persona que dibujó es él (que es la que se encuentra más cerca del árbol). La segunda es su hermanito T (que es el que se encuentra en el medio entre las dos personas dibujadas).

Por último dibuja a su hermana mayor (es la que dibuja más cerca de la casa). Al dibujar a los integrantes de la familia siempre se detiene mucho con las manos y comenta que no sabe hacerlas.

Después dibuja un árbol y luego una casa. Luego pide colores para pintar el dibujo y se le dan los materiales. Así queda modificada la técnica en su versión original. Se procederá a analizar los colores del dibujo, con la teoría que propone Buck (1995) para el H.T.P. en colores, aplicada al Test de la Familia Kinética.

L elige pintar con lápices de colores a la casa y a su hermano menor. En cambio elige pintar con marcadores a él, a su hermana y al árbol.

Se le pregunta que está haciendo la familia y responde que son sus hermanos y él, que están jugando. Cuando se le pregunta si falta alguien de su familia dice que no. Se le comenta que no dibujó a su mamá y responde que no dibujó a su madre porque está dentro de la casa durmiendo. Se le pregunta si su madre duerme mucho y refiere que no.

Cuando se le pregunta si no quiso dibujar a su papá, responde que no tiene papá. Luego, se corrige y dice que sí tiene papá pero que él no lo quiere. Se le pregunta por qué no quiere a su papá y contesta que porque a su hermano le compra cosas y a él no. Se le consulta qué cosas le compró a su hermano y dice que le compró zapatillas. Luego se le comenta lo que su madre había dicho en una entrevista anterior. La mamá dijo que se dividieron las tareas con el padre: M le iba a comprar zapatillas a Tomás y el padre le iba a comprar zapatillas a L. Resulta coherente que él sienta que quiere zapatillas como su hermano.

Luego se le pregunta cómo es su relación con mamá y contesta que mamá a veces es mala. Se le pregunta por qué y agrega que no hace nada cuando su hermana le pega. Se le dice que es importante que se dé cuenta que hay partes de los padres que le va a gustar un poco más y otras un poco menos.

Análisis del Test de la Familia Kinética.

El dibujo se encuentra realizado en el sector central de la hoja, con todos sus personajes mirando hacia el frente. Eso puede estar haciendo referencia a su ubicación en tiempo presente. Todo el dibujo está realizado sobre un piso de pasto y hace uso del espacio físico que se le concedió para realizar el dibujo. Esto último podría ser indicador de un grado de contacto con la realidad adecuado. Sin embargo, es notorio que aunque la consigna fue dibujar a su familia haciendo algo, L dibujó una familia sin padres e incluyó una casa y un árbol.

El padre no se encuentra en la producción, el niño elige no dibujarlo porque refiere que se encuentra enojado con él. Es decir, prefiere sentir que la ausencia de su padre es consecuencia del enojo que siente y no reconocer que el su papá lo visita poco. El niño siente tan desaparecido a su padre en su vida que hasta afirmó que no tiene padre, ya que lo percibe ausente en su rol de progenitor.

A la madre la siente más presente que a su padre; pero puede que no la tenga tanto como la necesita. No la dibujó porque refiere que está dentro de la casa que dibujó, durmiendo. Cuando se le pregunta si su mamá duerme mucho responde que no. Aunque se encuentra en la familia, el niño la siente durmiendo. Puede que sienta que no cuenta con ella como debiera o como necesita. Entonces, L podría estar percibiendo falta de cuidados parentales. Si bien en esta producción gráfica evidencia más recursos internos que en la anterior, el tamaño pequeño en las figuras, permite inferir indicadores de baja autoestima.

El niño no realiza los dibujos de los integrantes de su familia respetando las estaturas reales. L se dibuja igual de grande que su hermana mayor. En una primera instancia y a pesar de no ser el de menor edad del grupo de hermanos, señala que él está representado por el dibujo más pequeño, luego se corrigió y dijo que el de menor estatura de su producción podría ser su hermano menor. Puede que esto esté indicando que hay veces que se siente más chico que lo que es. Podría ser que le esté afectando la baja autoestima que estuvo exteriorizando en varias oportunidades y que le provoque una confusión de no saber si dibujarse como más chico o como más grande.

Los personajes dibujados presentan cierta estereotipia, es decir los rasgos con trazos simétricos, siempre iguales en todos los personajes e inclusive mujeres y varones. Además, el dibujo evidencia personas bien separadas entre sí, sin interacción con las demás y con escaso movimiento. A su vez, predominan las líneas rectas y los ángulos más que las curvas. Esto puede ser indicador de pérdida de espontaneidad, inhibición y de vivir apegado a las reglas. Sin embargo, el niño evidencia una modalidad poco frecuente para su edad, que es la de hacerse caca encima a los siete años. Esto podría interpretarse como alguna manera de trasgresión a las reglas. Puede que necesite ser el foco de atención de su familia, que se encuentre reclamando que lo comprendan, que lo escuchen y que lo acompañen más. El síntoma en este caso, podría presentarse como un grito de amor. Como refiere Doltó (1977) cuando un niño muestra de pronto una reacción insólita que molesta a todo el mundo, nuestra obligación es tratar de comprender lo que le ocurre.

Resulta importante tomar en cuenta que L comienza su producción dibujándose a él mismo y luego a su hermano T. No llama la atención que su hermano sea el primero que dibuje de su familia, ya que en reiteradas oportunidades el niño manifestó su buena relación con éste.

Puede que también se identifique con su hermana mayor, ya que dibuja su remera del mismo color que la suya. Sin embargo, puede que sienta que sus hermanos tengan una relación más próxima entre ellos, ya que son dibujados más cerca entre los mismos que de él. También puede evidenciar de esta manera sentimientos de soledad.

Es notorio que tampoco dibuja algo tan simple como el cabello que no parece ser más difícil que las demás partes del cuerpo que sí dibujó. Sin embargo no incluyó cabello en el dibujo de los integrantes de su familia, los dibujó a todos pelados. Esto podría ser indicador de su baja autoestima, ya que el pelo podría despertar sentimientos ligados al narcisismo y a la sensualidad. Otra cuestión a destacar es el tamaño grande de las manos. Las piernas y pies y las manos son del mismo tamaño. Por conversaciones con el niño, se sabe que tanto en el colegio como en la casa tienden a pegarse. En el dibujo le costó hacerlas, las borró una y otra vez. Puede que se utilice poco el diálogo en esta familia, y en vez de ello se resuelvan los desacuerdos con golpes de manos. Sin embargo no presentó dificultad alguna para dibujar en la persona bajo la lluvia el cabello y las manos, pero sí en la familia kinética, ya que evidentemente le ha despertado otras asociaciones/fantasías.

Resulta relevante que incluyó en el dibujo de la familia el dibujo de una casa y un árbol. La casa que dibuja la realiza con las paredes torcidas, como desmoronándose. Eso puede ser indicador de débil control yoico y falta de defensas compensatorias. A su vez, la puerta resulta muy pequeña en relación a una de las ventanas y a la casa en su totalidad. Las personas que dibujan puertas pequeñas podrían estar indicando reticencia a establecer contacto con el ambiente, alejamiento del intercambio interpersonal e inhibición en las relaciones sociales. La presencia de dos ventanas, una muy grande y otra muy chica, ambas cerradas y con rejas, podría estar indicando ambivalencia entre el deseo de conectarse con los demás y el miedo que esto le provoca.

El árbol lo dibujó con una línea de lápiz y luego quiso colorearlo. Pero lo pintó tanto que el papel quedó con irregularidades. En la fotocopia solo se observa como quedó el tronco bastante pigmentado, como gastado, lo mismo hizo -aunque en menor medida- con la copa verde. Aunque el árbol fue pintado con los mismos marcadores que algunas personas, en éstas últimas no tuvo la necesidad de reforzar tanto el trazo. El tronco reforzado podría ser indicador de la necesidad del individuo de mantener la integridad de su personalidad. El reforzamiento podría ser una defensa compensatoria, para combatir el temor intenso a desorganizarse.

Puede que tenga dificultades para percibir cuestiones que le resultan conflictivas o traumáticas, tanto de su propio mundo interno como su entorno, ya que, tal como lo evidenció en su anterior producción gráfica, L volvió a dibujar su personaje con ojos pero sin pupilas. Es decir, que puede que esté evidenciando una disconformidad frente a sí mismo o el mundo que lo rodea.

Tanto las manos despegadas de los cuerpos de las personas como la copa del árbol grande podrían ser indicadores de esperanza de éxito. A su vez, podría ser indicador de un equilibrio entre fantasía y realidad.

El dibujo en su totalidad se observa colorido, utilizando los colores como usualmente se realizan y prolijo. Puede que exista en el niño un anhelo de requerir control de impulsos y orden, que no puede realizar con sus esfínteres.

Entrevista número cinco.

Se cita a L.

L llega con su mamá que pide hablar con una de las psicólogas por propia iniciativa. Nuevamente la pasante y la psicóloga se dividieron: una tiene una entrevista con la madre y la otra con el niño.

Entrevista con la madre.

M refiere que su hijo pasó toda la semana pudiendo retener esfínteres durante el fin de semana, hasta que vio a su padre, que nuevamente le había prometido comprarle botines y no lo hizo. Luego que el padre lo dejó nuevamente en su casa, L no pudo retener esfínteres y se hizo encima. M en la entrevista con la psicóloga, refiere que quizás estos dos hechos estén relacionados.

Primera parte de la entrevista de L.

Se le pregunta como estuvo la semana y contesta que le robaron la cartuchera con colores que se le regaló la entrevista anterior. Se le pregunta cómo fue y responde que él se dio cuenta que alguien se la había sacado, porque no la tenía más. Continúa diciendo que esta vez no fue a pegarle al que sabía que se le había tomado. En vez de hacer eso y se lo dijo a su maestra. L agrega que para eso está, para ayudarlos. La misma le exigió a esos compañeritos que devuelvan la cartuchera a su dueño y así la recuperó.

Refiere que esos compañeros son malos porque pegan y dicen malas palabras. Manifiesta que uno de ellos una vez le dijo malas palabras a su mamá. Se le pregunta qué dijo su mamá y respondió que M se enojó mucho y le contestó que no le diga más así.

Análisis de la primera parte de la quinta entrevista.

Se puede considerar un factor de mejora como resolvió que le hayan quitado su cartuchera los compañeros del colegio. Pudo implementar el recurrir un adulto al encontrarse en problemas. Esta vez no utilizó la piña que podía llevarlo a lastimarse. De hecho pudo evocar un recuerdo en el cual a su mamá la insultaron y tampoco implementó la fuerza física como recurso, sino que pudo dialogarlo. De esta manera se evidencia el logro de una capacidad simbólica que antes no tenía.

Técnica de evaluación: Test de Bender. (Anexo 3 y 4).

Observaciones.

Se le da la consigna a L. Comienza copiando la primer lámina y pasa mucho tiempo borrándola. La realiza varias veces acompañándolo con comentarios reiterados de que no le sale. Se le dice que lo haga como pueda, lo más parecido que le salga.

Cuenta los puntos y las ondulaciones de todas las figuras que presentan este tipo de estímulos y aunque en la figura cinco se le dice que no hace falta que lo haga, continúa con éste comportamiento, agregando que lo quiere hacer igual a la lámina que intenta copiar.

Conclusiones del análisis del Bender.

Diagnóstico del nivel de maduración en la integración visomotora, se encuentra justo en el límite entre: Inferior al término medio y Término medio. Se infiere que posee un nivel de articulación entre lo percibido y la capacidad para reproducirlo acorde a lo esperable, según su edad y hábitat. Posee adecuados recursos para el aprendizaje de la lecto-escritura, para percibir el dibujo como un todo limitado, poder iniciar y detener una acción a voluntad, para percibir y copiar correctamente líneas y figuras en cuanto a orientación y forma y para integrar las partes en una Gestalt. (Koppitz, 1986)

Según los datos obtenidos a través de la administración de la técnica, se sugieren la ausencia de factores emocionales severos y de lesión cerebral que afecten al niño.

Segunda parte de la entrevista y su análisis.

En la segunda parte de la entrevista, la psicóloga vuelve a la entrevista individual de L y le pregunta como estuvo esta semana con la retención y refirió que no muy bien. Una de las psicólogas le dice a L

que charlando con su mami, se les ocurrió que aguantó toda la semana pudiendo controlar esfínteres y se hizo caca después de ver a su papá, puede ser que tengan relación estos dos hechos. L refirió que a él también se le había ocurrido eso. Se le preguntó que pensaba del tema y L refirió con palabras textuales -cuando veo a mi papá yo me cago-. Se le pregunta qué siente hacia su padre y refiere que siente enojo cuando su progenitor no cumple promesas.

Luego se le pregunta si le gustaría hacerle una tarjeta a su papá diciéndole lo que siente. Refiere que sí, y que le quiere poner -papá yo me cago porque estoy enojado con vos-. La psicóloga busca una cartulina grande y se la dobla en dos. L comienza a escribir con marcador negro: -papá estoy enojado con vos-. Luego refiere que no se acuerda qué más poner.

Desde la terapia psicoanalítica eso se podría interpretar como un mecanismo de defensa del niño. Puede que L haya querido rechazar o mantener en el inconciente ese pensamiento ligado a una pulsión. El niño está muy triste por no tener la atención y afecto de su padre. Además lo angustia tener el síntoma de no poder retener esfínteres. Sin embargo, el culpabilizar a su papá, lo sintió como un peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

Luego se le recuerda que el quería poner papá yo me cago porque estoy enojado con vos. Se le dice que por ahí le cuesta acordarse porque es algo doloroso enojarse tanto y culpar a su papá por su sufrimiento. Pero se le remarca la importancia de poder expresar lo que siente, se le dice que probablemente se sienta mejor después de hacerlo. Entonces agrega a la frase -papá estoy enojado con vos- y la completa con -yo me cago-.

Después dice que también quiere dibujarle una casa y que no quiere escribir nada más. Refiere que las casas le salen altas, con un rectángulo alto y techo arriba. Se lo felicita y se le dice que a él le salen muy lindas las casas. Le dibujó una casa a su padre muy prolija y colorida, como L suele dibujarlas. Refiere que no va a dibujarle una casa muy grande porque la casa de su papá es muy chiquita. A su vez refiere que tampoco va a dibujar personas porque las mismas no le salen. Se le dice que puede dibujar lo que quiera.

Refiere nuevamente que está enojado con su papá ya que le miente. L pregunta a las psicólogas si nuestros papás son buenos o malos. Ambas dicen que todos los papás son en parte buenos y en partes malos, pero que muchas veces explicando a nuestros papás lo que sentimos se pueden ir mejorando las relaciones.

Se le dice que la próxima entrevista sería bueno tener también una entrevista con su hermana mayor, la semana siguiente. L refiere que le gustaría.

También se le afirma que puede que continúe haciéndose caca, ya que el cuerpo se tiene que acostumbrar a ir al baño de a poco. Se le dice que si ello sucede que no se preocupe.

Entrevista número seis.

Se cita a F y L por separado.

La psicóloga realiza la entrevista con F y la pasante con L. Antes de entrar a los consultorios la mamá dice que L se portó muy mal esta semana. Se le pide a M que vuelva dentro de 30 minutos cuando finalice la entrevista.

Comienza la misma y L dice -No me cagué más, gano Chaca-. Se lo felicita. Se le pregunta qué pasó que cuando no se hizo caca tuvo problemas con la mamá y contesta que se portó mal. Se le pregunta qué hizo y contesta que no se acuerda.

Luego, la entrevista consistió en darle a elegir a él a que quiere jugar. Se eligió tomar la entrevista en un consultorio que tiene varios juegos de mesa a la vista. L contesta que quiere jugar al ludo y cuenta que su primo tiene el mismo, por lo que ya lo conoce. Juega y gana el niño.

Después señala un dominó. Juega dos veces y ambas oportunidades pierde, aun así denota entusiasmo por la tarea. Las particularidades del juego reglado pueden resultar útiles para que aprenda a tolerar la espera y a respetar los turnos de juego, ya que se lo nota ansioso cuando va perdiendo y quiere apurar el juego.

L comenta que le gusta una chica de su grado que es muy linda. Refiere que siempre la defiende en la clase cuando la molestan. Se lo felicita, se le pregunta el nombre y lo que le gusta de ella. Dice que se llama M y que es muy buena.

A su vez, relata que vio a su padre. Se le pregunta si le dio la carta de la entrevista anterior y responde que se olvidó. Se le dice que puede ser que le cueste dársela. Pero dice que no le cuesta y que simplemente se olvidó. Refiere que esa vez con su padre fueron a comer panchos y la pasó bien. Se le pregunta puede charlar con él de sus cosas y dice que no, pero que la pasa bien igual. Afortunadamente Leo pasó un buen momento con su padre y debe resultarle muy gratificante la experiencia.

El objetivo de la entrevista entre la psicóloga y F es poder conversar acerca de la estrategia que utiliza para poner límites a su hermano: el golpe. Durante la misma la niña rompe en llantos y manifiesta que su mamá le dice “putita de mierda” y que les pega tanto a ella como a sus dos hermanos.

Este es un dato que no había surgido antes, resultando evidente que ni L ni la madre lo pudieron verbalizar. F pide por favor que no se le cuente a su madre lo que dijo en la entrevista. La psicóloga determina que necesita una entrevista adicional con F la semana siguiente.

Entrevista número siete.

Se cita a F y a L por separado.

La psicóloga entrevista a F y se centra en trabajar la modalidad de las relaciones con los integrantes de su familia, específicamente con su hermano.

Técnica de evaluación: Test de Rorschach. (Anexo 5 y 6).

La pasante realiza la entrevista con L. Se le administra el Test de Rorschach. Se elige un consultorio que no tiene juguetes alrededor, porque se infiere que de lo contrario, el niño sentirá un profundo deseo de jugar y pintar, tal como sucedió en las entrevistas anteriores. De todos modos, al inicio de entrevista pregunta si puede jugar y se le responde que esta oportunidad se lo iba a evaluar con un test de manchas de tinta que se llama Rorschach. El tiempo que se necesitó para la aplicación del test fue de 45 minutos.

Antes de finalizar la entrevista, se le pregunta al niño la cantidad de veces que ganó Chaca y contesta que dos días perdió Chaca; es decir, no pudo retener esfínteres dos días de los siete de la semana. Se lo felicita y se le explica que de a poco va a ir mejorando el síntoma.

Interpretación del Rorschach.

Controles.

De los datos obtenidos se infiere que L tiene un protocolo similar al de sujetos que viven en un estado cronificado de sobrecarga estimular. Es posible que tenga una capacidad menor de lo esperable para afrontar el estrés de forma eficaz, por lo tanto, cuando se encuentre experimentando algún tipo de sobrecarga en su capacidad de control, se va a comportar de manera más limitada. Personas con respuestas similares en el Rorschach, suelen tener pensamientos más azarosos e inconexos.

Puede que tome decisiones apresuradas, tienda a actuar sin reflexionar previamente y sea proclive a cierta impulsividad. A pesar de que resulte más vulnerable ante los problemas de control y sea más

susceptible de desorganizarse bajo condiciones de estrés, no es fácil que tales hechos se desencadenen si las situaciones están bien definidas y estructuradas.

A menos que sufran dificultades psicológicas graves, los sujetos con estas características funcionarán en general de manera aceptable en ambientes que les sean familiares. El riesgo de perder el control aumentará a medida que las exigencias y las expectativas superen los niveles a los que el sujeto está acostumbrado.

Afectos.

La forma que utiliza Leo para solucionar problemas puede ser considerada ambigua. A veces tenderá a pensar antes de tomar decisiones y en otras oportunidades utilizará sus sentimientos de manera más directa fusionándolo con el pensamiento. Es decir que puede presentar un estilo cambiante o inconsistente en este tipo de operaciones. Desafortunadamente, la incoherencia en el manejo de las emociones, suele dar lugar a que los sujetos con estas características se vean a menudo confundidos por ellas. En consecuencia los sentimientos pueden afectar mucho al pensamiento o por lo contrario pueden ser desoídos durante la toma de decisiones. Esta falta de coherencia puede llevarlo a conclusiones erradas. En ciertos casos, la expresión emocional será regulada con cuidado, mientras que en otras situaciones similares será mucho menos controlada y tendrá mayor intensidad.

Puede ser que L no sea tan estricto en la modulación de las emociones y que las manifieste de manera más crudas o más intensamente que la mayoría de la población. Esto puede llevar a que la magnitud de la expresión emocional sea inapropiada para ciertas circunstancias. De hecho, es probable que esto refleje una tendencia a ser opositor cuando se encuentra ante un desafío no deseado. A su vez, podría también reflejar una actitud más obstinadamente negativa frente a la autoridad. No obstante la complejidad psicológica de L, no difiere mucho de los demás sujetos de su mismo estilo.

De los datos obtenidos se infiere la presencia de conflictos emocionales compatibles con sentimientos crónicos de soledad o falta de afecto. De todos modos, el niño podría tender a presentarse deseoso de procesar la emoción y verse envuelto en un clima emocional en la misma medida que la mayoría de los sujetos de su edad.

Cognición. Incluye: Procesamiento de la información, Mediación e Ideación. El procesamiento se centra en las actividades de admisión de la información que conducen a la gestación de una imagen mental, la mediación consiste en identificar y traducir esa imagen y la ideación está vinculada a como se conceptualizan y se utilizan las traducciones.

Procesamiento de la información.

El esfuerzo que Leo utiliza en el procesamiento de la información podría ser mayor al habitual. Es importante aclarar que mayor esfuerzo no necesariamente produce un mejor procesamiento, sencillamente significa que el esfuerzo que ha hecho el sujeto es mayor del necesario para cumplir la tarea en cuestión.

L podría tener un estilo hiperincorporativo bastante complejo. Es un rasgo de carácter que lleva al sujeto a invertir más esfuerzo y energía en actividades exploratorias. Los sujetos con estas características quieren evitar los descuidos y por ello tienden a esforzarse más de lo necesario para explorar exhaustivamente. De esa manera se aseguran que no queden estímulos importantes sin recoger en la admisión de datos. Por otra parte pueden llegar a la desorganización psicológica, ya que los sujetos pueden vacilar innecesariamente antes de tomar decisiones.

A su vez, como muchos niños de su edad, L podría estar sobreestimando sus propias capacidades y además se podría estar proponiendo alcanzar metas muy elevadas.

Mediación.

Probablemente como resultado de factores emocionales, preocupaciones o prejuicios que conducen al niño a producir identificaciones erróneas de los rasgos estimulares, parece presentar alteraciones en los procesos de mediación. Puede ser que tienda a dar respuestas no convencionales y más individualistas, incluso en situaciones simples o bien definidas. No se trata necesariamente de una deficiencia, pero plantea un interrogante sobre si el sujeto tiene una persistencia a hacer caso omiso de las convenciones sociales. La información recabada permite inferir que existe la posibilidad que L exprese conductas atípicas o claramente inoportunas.

Ideación.

Como ya se explicó anteriormente, L podría estar utilizando lo que procesó de manera ambigua, es decir que, algunas veces va a poder hacer uso del pensamiento sin interferencias afectivas y en otras ocasiones, por el contrario, su pensamiento se verá influenciado por el afecto. Los sujetos con estas características son más proclives a cometer tanto, errores de juicio como a querer revertir decisiones previas. A su vez, suelen necesitar más tiempo para encontrar soluciones efectivas que los demás.

El niño podría tener un estado de necesidad afectiva mayor a la habitual, que puede provocar un nivel significativo de actividad mental periférica. Por lo general esta situación es más crónica que pasajera e incrementa la posibilidad de que haya interferencias en la atención y concentración.

Autopercepción.

L tiene un protocolo de respuestas similar al de las personas que se consideran negativamente su valía personal, es decir que se consideran a sí mismos con baja autoestima o baja autoimagen. Puede ser que ésto se encuentre basado en su imaginación o en distorsiones de la experiencia real. A menudo puede ser una característica precursora de la depresión. Exner (2003), a partir de sus investigaciones, considera que éste tipo de personas tienden a ser susceptibles de sufrir cambios bruscos de ánimo y que suelen tener conductas disfuncionales.

Interpersonal.

De los datos reflejados en la presente técnica, se intuye que L podría manifestar más conductas de dependencia que lo habitual. Es posible que tienda a necesitar directrices y el apoyo de los seres significativos de su entorno. Niños con protocolos similares suelen tener menos participación en el intercambio interpersonal y pueden resultar bastantes ingenuos en las relaciones interpersonales. Por lo general, esperan que los demás sean tolerantes con sus necesidades y demandas, y que actúen de acuerdo con ellas. También puede ser que tienda a asumir un rol pasivo en las relaciones con los demás.

Hay indicadores que demuestran que L podría estar sintiendo insatisfacción emocional por pérdidas emocionales o desilusiones que nunca fueron adecuadamente compensadas o reemplazadas. En ambas posibilidades el individuo suele tener una sensación irritante de nostalgia o soledad. Habitualmente, las personas que sufren este tipo de irritación desean entablar relaciones emocionales íntimas con los demás, pero no aciertan a lograrlo. En ocasiones, la intensidad de sus necesidades nubla su capacidad de discernimiento, volviéndolos vulnerables a ser manipulados por los demás.

L podría estar interesado en relacionarse con los demás como la mayoría, pero es probable que no entienda demasiado bien a quienes lo rodean. Puede ser que L realice lecturas equivocadas de las personas y con frecuencia malinterprete algunos gestos sociales. En ocasiones puede poseer expectativas exageradas acerca de sus relaciones. En otros casos, su falta de comprensión los lleva a cometer tropiezos sociales que pueden afectar a otras personas. Entonces, las conductas interpersonales a las que L recurre podrían ser menos eficaces y menos apropiadas que lo deseable.

Además, es muy probable que perciba la agresividad como un componente natural de las relaciones interpersonales. Puede que estas conductas constituyan a veces una táctica defensiva ante angustiosas vivencias de inseguridad en las relaciones interpersonales. La manera particular de manifestarse asertivo o agresivo variará de manera considerable según otras variables de personalidad y la naturaleza de la situación.

Cuadro de la evolución de la retención de esfínteres de Leonardo.

A continuación se presentará un cuadro que refleja la evolución de la retención de esfínteres de Leo durante el proceso de evaluación e inicio de tratamiento.

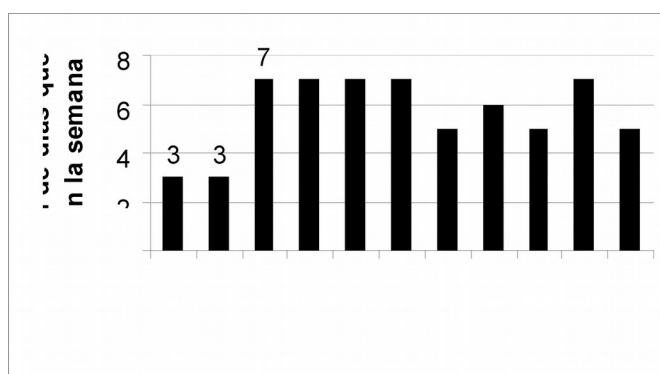


Figura 1. Evolución de la retención de esfínteres de Leo.

Análisis de la evolución de la retención de esfínteres de Leonardo.

Durante las dos primeras entrevistas, la madre de L, comentaba que el síntoma se manifestaba con una frecuencia de dos veces al día y cuatro días a la semana, que podía ocurrir en cualquier momento y en todos lados. A su vez las soluciones intentadas para disminuir el síntoma consistían en estrategias de castigo porque consideraba que lo hacía por no dejar de jugar, por acelerado y pensaba que su hijo no tenía vergüenza de hacerse encima. Los castigos que la madre utilizó para intentar que su hijo aprenda fueron: intimidarlo verbalmente (retándolo, llorándole) e intimidándolo físicamente (pegándole, dándole a oler los calzones sucios, obligarlo a que se vaya a bañar e ir a dormir aunque no sea la noche). Sin embargo, desde la primera entrevista con L, se encontró un niño que realizaba muchos esfuerzos por intenta controlar el síntoma, pero no podía.

En la primera entrevista, le costó entrar al consultorio y miró para abajo para contar el síntoma que padecía, pero luego pudo darse cuenta que esas dos profesionales de la salud lo intentaron contener sin

juzgar porque se estaba expresando de esa manera. Las estrategias de intervención utilizadas en un primer momento incluyeron el jugar con el síntoma, primero a partir de un cuento y luego con planillas. Durante el resto de las entrevistas se instrumentaron técnicas tendientes a promover que el niño pueda desplegar su historia y su manera de ver el mundo, en un espacio de juego y de expresión. Para ello, se lo invitó a que pueda expresar lo que le estaba sucediendo, con distintas excusas: Test de Persona Bajo la Lluvia, Test de la Familia Kinética, Test de Bender, Test de Rorschach, el juego y la palabra. A su vez, se intentó conocer el contexto del niño, con entrevistas que se tuvieron con la hermana y la madre. También, a pesar que el eje del trabajo era la evaluación se realizaron ciertas intervenciones terapéuticas cuando se consideraron necesarias.

Durante las entrevistas de evaluación e inicio de tratamiento el síntoma de encopresis se vio alterado. Luego de la primera entrevista, L pudo por primera vez retener esfínteres por un mes. No era esperable que volviese a retener esfínteres tan pronto y sin embargo lo hizo por treinta días, después de un solo contacto de las terapeutas. Puede que se haya sentido contenido por el dispositivo terapéutico. De todos modos y como era esperable, luego de esa breve remisión parcial se produjo una recidiva del síntoma por el que se realizó la consulta. En este contexto y aun dentro del período de evaluación se consideró importante brindar recursos y técnicas tendientes a favorecer la disminución del síntoma para acotar la problemática, mientras se intentaba comprender la situación. Ambas partes debían ser más comprensivas con el síntoma que estaba apareciendo en un momento determinado y dentro de una configuración familiar particular. Resultaba relevante hacerle entender al niño y su familia, que los síntomas son un modo de expresar lo que sentimos y que se podían ocupar de lo que le sucedía a L e intentar comprenderlo con ayuda profesional, ya que el problema no reside en el paciente individualizado con independencia de lo que les sucede a los demás miembros de la familia a la que pertenece.

Resulta relevante mencionar que el L tuvo una cierta mejora en la frecuencia del síntoma, que será analizado en la conclusión con el resto del material recabado.

CONCLUSIÓN.

Evaluación del niño.

Modalidad emocional.

L podría tener tendencias opositoras frente a situaciones que implican desafíos no deseados. Posiblemente el niño sienta que no puede controlar ni su vida, ni su cuerpo. Puede que se sienta desamparado, en medio de un contexto de violencia e incomprensión.

Alrededor de los siete años, el niño que centraba su afectividad sobre los complejos familiares, va a comenzar a ampliar su gama de relaciones sociales. Sin embargo a Leo se le dificulta un poco el hecho de relacionarse con sus pares, ya que manifiesta que le pegan y que lo molestan. De todos modos pudo percibir una relación especial con una de sus compañeritas del colegio a la que defiende cuando los demás compañeritos molestan (según relató en la entrevista número seis).

A pesar que presenta algunas dificultades en su modalidad interpersonal con sus pares, estos sentimientos no le quitan el deseo de relacionarse con otras personas, inclusive cuando no puede retener esfínteres, esto no constituye un impedimento para continuar jugando y relacionándose con la gente. De hecho, prefiere continuar jugando todo sucio, a tener que interrumpir su actividad lúdica en interacción con otros. De esa manera obstaculiza su deseo de relacionarse, porque el estar sucio, provoca que sea rechazado. De todos modos, L no debe advertir esta consecuencia de su síntoma.

Puede que L no sea tan estricto en la modulación de sus emociones y que las manifieste de manera más cruda o más intensamente que la mayoría de la población. Esto puede llevarlo a que la magnitud de la expresión emocional sea inapropiada para ciertas circunstancias. En la cuarta entrevista, se evidenciaron fantasías de esto último cuando refirió que quisiera acuchillar a su primo.

Resulta un buen indicador que presente un pronunciado deseo de jugar. Eso se debe a que L puede estar realizando mucho esfuerzo de su parte para salir adelante. Sin embargo, manifiesta necesidad de más apoyo emocional ya que no cuenta con una red de contención adecuada.

Modalidad cognitiva.

L se encuentra iniciando el estadio de Operaciones Concretas y habiendo concluido el estadio de Pre-operacional, tal como se encuentran la mayoría de los niños de su edad. L es capaz de razonar sobre hipótesis y no solamente sobre objetos representados inmediatamente. A su vez, se encuentra asimilando el concepto de reversibilidad y las estructuras de orden temporal y de duración. Sin embargo, las operaciones todavía no son formales sino que se encuentran ligadas a la acción. Se encuentra ubicado en el estadio en el que comienzan los procesos de descentración cognoscitiva, social y moral. Eso le permite tener la habilidad de jugar y actuar cumpliendo con reglas que hay que seguir. Asimismo no necesitó de las planillas para acordarse cuantos días a la semana pudo retener esfínteres y por ello en muchas entrevistas no se utilizó dicho registro, sino que simplemente se le preguntaba el resultado.

La forma que utiliza L para solucionar los problemas puede ser considerada ambigua. Algunas veces los sentimientos pueden afectar mucho al pensamiento y otras veces por el contrario, éste puede ser desoído durante la toma de decisiones. Eso genera que a veces los pensamientos y conductas sean regulados adecuadamente y en otras situaciones similares resulten mucho menos controlados.

A pesar que L tuvo pequeños progresos, se encuentra en un estado cronificado de sobrecarga estimular y por lo tanto tiene una capacidad menor para afrontar estrés de forma eficaz. Se encuentra experimentando insatisfacción, que podría estar afectando levemente su rendimiento cognitivo. Por lo tanto cuando se encuentre experimentando alguna sobrecarga en su capacidad de control, su capacidad de respuesta resultará más limitada. Eso puede llevarlo a tener un pensamiento más azaroso e inconexo. Puede que tome decisiones y realice conductas sin pensarlo bien y ser proclive a cierta impulsividad. A pesar que el sujeto es más vulnerable ante los problemas de control y más susceptible de desorganizar su manera de pensar bajo condiciones de estrés, no es fácil que tales hechos se desencadenen si las situaciones están bien definidas y estructuradas.

Si bien se evidenciaron preocupaciones y conflictos emocionales en Leo, sus recursos internos permitieron que no se viera severamente afectado su rendimiento académico. Sus maestras realizan devoluciones positivas y manifiestan que se encuentran conformes con su rendimiento. Esto resulta consistente y se confirma con los datos recabados durante las entrevistas y el proceso de evaluación realizados, en los que se evidencia una modalidad cognitiva similar a los niños de su edad.

A continuación se presentará la síntesis diagnóstica, según DSM IV (1995), de la evaluación psicológica del niño efectuada:

Síntesis diagnóstica.

Eje I: F98.1 Encopresis. Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. (111).

Eje II: Aplazado. No posee edad suficiente para ser evaluada su personalidad.

Eje III: Asma.

Eje IV: Relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: Escala EEAG (70)

Análisis de la interacción familiar en relación con el síntoma del niño.

El niño estuvo siendo criticado por no retener esfínteres, por su medio social: mamá, hermana, primos y pares. El padre de Leo se encuentra prácticamente ausente en la vida de su hijo.

En la primera entrevista L refirió que quiere ser como su papá “porque es capo”. Sin embargo hasta ese momento, el padre lo había ido a visitar sólo dos veces en el año. Por otro lado, en la entrevista número cuatro refiere que no tiene papá y luego se corrige diciendo que sí tiene papá pero que él no lo quiere. Es decir, prefiere adjudicarse a él la razón por la cual siente ausente a su padre, antes que decir que su padre lo visita poco.

Parece que independientemente de cuál sea la relación que tiene con sus padres, L no deja de admirarlos y de recurrir a ellos. De hecho, el niño nunca se animó a comentar en la terapia que su mamá le pega. Solamente se animó a preguntar a las terapeutas, si les pegaban cuando eran chicas, en la entrevista número cuatro. En esa misma entrevista pudo comentar que su hermana le pega por cualquier cosa y su mamá no dice nada. En la entrevista número seis y siete la psicóloga tuvo entrevistas con la hermana, para trabajar la forma que tiene para ponerle límites a su hermano: el golpe.

En la cuarta entrevista, L comenta que, cuando sus primos lo cargan por su síntoma, el desea “acuchillarlos”. Ésta última palabra, refleja altos montos de hostilidad. Puede que perciba la agresividad como un componente natural en las relaciones interpersonales, por lo tanto puede haber circunstancias en las que reproduzca esos aprendizajes. Por eso resulta importante que el niño y su familia encuentren otros modos de relacionarse.

Asimismo, L creía que sus maestras tampoco iban a hacer o decir algo cuando lo agredían en el colegio. Sin embargo en la entrevista número cinco, contó como pudo pedir ayuda a la maestra del colegio cuando le sacaron su cartuchera, actitud que había aprendido en la entrevista anterior de terapia. Puede que en su casa haya incorporado que cuando lo molestan nadie lo defienda. Sin embargo, en la terapia se fomentó incitar el diálogo en vez de los golpes y que debe pedir ayuda si lo necesita. Puede ser que se haya generado una adecuada relación transferencial para que el niño logre producir algunos cambios en su conducta y en sus esquemas cognitivos.

De todos modos, resulta favorable la buena relación con su hermano menor. Algunas veces también puede entablar un buen vínculo con su hermana mayor, mamá, primos y en otras ocasiones hasta con su papá.

Para concluir, en estas primeras siete entrevistas se evidencian progresos y dificultades en este sistema familiar, que luego Leo lleva al resto de sus ámbitos interpersonales. Pareciera que en este caso, la encopresis se presenta como un mecanismo de defensa, para evitar la angustia de hablar cuestiones vinculares conflictivas más profundas de la familia.

Estrategias y recomendaciones para su tratamiento futuro.

Se recomienda tratamiento psicológico basado en un modelo de abordaje integrativo individual ya que se evidenció mucho avance en el niño trabajando de ésta manera. Puede ser que L, se haya sentido acompañado y escuchado en el dispositivo terapéutico. Este tratamiento debería combinarse con terapia familiar y se sugiere el abordaje centrado en el modelo integrativo pero haciendo énfasis en la terapia sistémica, para que puedan detectar y convertir los circuitos disfuncionales, en maneras más asertivas de actuar. Es importante que en ambas terapias se tengan en cuenta las siguientes estrategias y recomendaciones:

- Reforzar que L sea cambiado de ropa, con el mínimo de molestia. Retomar las planillas de horarios para que L pruebe ir al baño, en el cual deba quedarse sentado en el inodoro. En las primeras siete entrevistas transcurridas, no se retomó la técnica. Sin embargo puede resultar de utilidad, acostumbrar al cuerpo de L, de hacer sus necesidades en ese lugar.
- Hacer hincapié a la madre en que el niño no es culpable de no retener esfínteres y explicar lo que es un síntoma en psicología, hasta que sea comprendido. Hay que recordarle que lo acompañe, que lo escuche amorosamente, para comprenderlo y ayudarlo.
- Trabajar con los pensamientos automáticos y las creencias irracionales de la familia.
- Que continúe L con su espacio individual de psicoterapia, en el cual pueda continuar con su espacio de expresión y juego, que tanto lo necesita.
- Observar e intervenir en los modos de interaccionar de la familia, por medio de psicoterapia familiar sistémico estructural. Trabajar con la estructura actual y pasada de la familia.
- Trabajar conjuntamente con el médico que lo estuvo tratando por el asma, para ver como fue su historia médica clínica, anterior a la consulta psicológica, en detalle.

Consideraciones Generales.

Llegó una madre a la consulta, motivada por la dificultad de su hijo para retener esfínteres. El niño presenta encopresis secundaria y sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. Es decir, presenta los dos subtipos que podrían encontrarse más relacionados a cuestiones emocionales. También los médicos han descartado que el síntoma esté relacionado con cuestiones orgánicas y/o químicas de la medicación que ingiere diariamente para el asma.

El entrevistado podría estar sintiendo una profunda tristeza y enojo, por sentir que no cuenta con figuras parentales que le brinden apoyo y comprensión. De todos modos, como refiere Françoise Doltó (1981) puede afirmarse que hasta la edad de la escolaridad obligatoria, las dificultades de relación con la niñez escapan a la conciencia de los adultos. Ésta última refiere que no se debe a que los padres no

amen a sus hijos, lo que ocurre es que no los comprenden, que no saben lo que quieren. En medio de las dificultades de su propia vida, les resulta muy difícil pensar en las dificultades psíquicas de sus hijos, quienes desde las primeras horas de vida son seres de comunicación y deseos, con necesidades de seguridad, amor y alegría. Considera que los efectos de una infancia perturbada en su desarrollo se hacen sentir tardíamente, a la edad de frecuentar la escuela, tal como ha ocurrido en el presente caso. En muchos casos, sólo bastante después, cuando se presentan perturbaciones de carácter, descompensaciones psicosomáticas en cadena, síntomas diversos de angustia, entre otros, son llevados a los consultorios de especialistas. Los padres intentan “todo”, como dicen y se angustian al no obtener resultados. Al provocar la angustia de los padres, el niño se impacienta aún más. Esta autora considera que para los padres, no suele haber mayor prueba que la de comprobar su propia impotencia frente a los sufrimientos físicos o morales de su hijo, ni hay mayor prueba para un niño que la de perder el sentimiento de seguridad existencial, el sentimiento de confianza natural que le inspira el adulto. Por todo esto hay que eliminar el sentimiento de culpa de unos y otros a fin de despertar la posibilidad de reflexión, prestando apoyo a los padres y madres para que perciban de manera diferente sus papeles de auxiliares en el desarrollo perturbado de su hijo. Ayudarlos a veces a comprenderse ellos mismos, a través de las dificultades que exhibe ese hijo perturbado.

De hecho, se evidencia que este niño y su mamá que llegaron a la primera consulta el 21/09/2007 no eran los mismos en la séptima entrevista. Tal como se muestra en el cuadro de “Evolución de la retención de esfínteres de L”, se ha observado cierta mejora en el síntoma del niño. Posiblemente L haya comenzado a sentirse un poco más apoyado, comprendido y no culpabilizado por su síntoma, tanto por las terapeutas como por su propia familia.

Comentarios sobre el Trabajo Final de Integración.

Las cuatro líneas psicoterapéuticas (conductista, psicoanalista, sistémica y cognitiva) no pretenden abarcar todas las corrientes vigentes, pero si fueron consideradas de manera conjunta, para poder tener más herramientas en la comprensión e intervención, en éste caso en particular.

La elección de las mismas aluden a que son abordajes que cuentan con una larga data dentro del mundo, en la terapia con niños. Sin embargo hay otros marcos teóricos que no se tuvieron en cuenta para el presente trabajo, pero que no significa que carezcan de utilidad. Todo lo contrario, se podría percibir que las combinaciones de los diversos conceptos que proponen las teorías, nos permiten enriquecernos a nosotros mismos y posiblemente permitan un acercamiento más acabado de la realidad.

Referencias Bibliográficas.

- Aberastury, A. (1983) *El niño y su juego*. Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. (1978) *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Ajuriaguerra, J. (1996) *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Averbuj, G. (2005) *Fede vs. CamaMojada*. Buenos Aires: New Print.
- Bandura, A. (1982) *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beigbeder, C., Colombo, R. I. & Barilari, Z. (2006) *Abuso y maltrato infantil. Indicadores en Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: Cauquen.
- Bemporad, J. R., Pfeifer, C. M. & Gibbs, L. (1972) *Characteristics of encopretic patients and their families. Annual progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel.
- Bender, L. (1964) *Test giestáltico visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Bohoslavsky, R. (1976) *Orientación Vocacional*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Buck, J. (1995) *H.T.P.* México D.F: Manual Moderno.
- Castorina, J.A., Ferreiro, E. & Lerner, D. (1996) *Piaget-Vigotsky: Contribuciones para replantear el debate*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (1992) *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar.
- Casullo, M. M. (1998) *El Test de Bender*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Celener G., Febbraio A. & Rosenfeld N. (2006) *Técnicas Proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral, forense*. Buenos Aires: Lugar.
- Corman, L. (1967) *El Test del Dibujo de la Familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Doltó, F. (1981) *Tener hijos/I. ¿Niños agresivos o niños agredidos?* Barcelona: Paidós.
- Exner, J.E. (2000) *Principios de interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J.E. (2003) *Sistema Comprensivo del Rorschach: Manual de Codificación*. Madrid: Psimática.
- Fayne, E. & Heredia, L. (1999) *Psicodiagnóstico clínico del niño*. Buenos Aires: Manual Moderno.
- Feixas, G (1994) *Aportaciones constructivistas a los eclecticismos y la integración en psicoterapia*. Revista Argentina de Clínica Psicológica: Fundación Aiglé, 2 (3):147-164.
- Fernández Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2009) *Fundación Aiglé*. Recuperado el 1 de septiembre de 2009. Disponible en: <http://www.aigle.org.ar/>.
- Forns I Santacana, M. (1993). *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Freud, A. (1951) *El psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Imán.

- Freud, A. (1936) *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1989) *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Gomez, B. (2007) *Psychotherapy in Argentina: A Clinical Case from an Integrative Perspective*. *Journal of clinical psychology: In session*, 63 (8), 713–723.
- Gómez, L. (2000) Encopresis. En: Meneghello, J, (Comp.) (2000) *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Guarrella, Fishman & Salvador (2008) *La Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa*. Disponible en: <http://www.integrativeassociation.com/>.
- Hammer, E. F. (1980) *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Haley, J. & Cloe Madanes (1977) *Dimensions of Family Therapy*. Citado en: Minuchin, S. & Fishman, C. H. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999) *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Koppitz, E. (1986). *El Test Guestático Visomotor de niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Klein, M. (1964) *Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1990) *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. & Fishman, C. H. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Münsterberg Koppitz, E. (2004) *El Test Guestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Nuttall, J. (2008) *The integrative attitude – a personal journey*. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10(1), 19–38
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1968) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Ollendick, T & Herse, M. (1986) *Psicología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Piaget, J. (1970) *Epistemología genética*. Barcelona: Industrias Gráficas Francisco Casamajó.
- Piaget, J. (1973) *Estudios de Psicología Genética*. Buenos Aires: Emecé.
- Piaget, J. (1973) *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Psique.
- Querol, S. M & Chaves Paz, M. I. (2000) *Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: JVE.
- Reynoso R. (1980) *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Buenos Aires: Belgrano.
- Siquier de Ocampo, M. L., García Arzeno, M. E. & col. (1976) *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sullivan H.S.(1954) *The Psychiatric Interview*. New York: Norton. Citado en: Bemporad, J. R., Pfeifer, C. M. & Gibbs, L. (1972) *Characteristics of encopretic patients and their families*. *Annual progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel.
- The United Kindom Association for Psychotherapy Integration* (2009). Recuperado el 1 de septiembre de 2009. Disponible en: www.ukapi.com/.

Umbarger, C. (1987) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

White, M. (1997) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gidesa.

Whitaker, C (1978) *The Family Crucible*. Citado en: Minuchin, S. & Fishman, C. H. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS.