

# **Trabajo Integrador Final**

**Intervenciones en un proceso de duelo infantil, encopresis como síntoma.**

**Autor: Maria Candela C. Berizzo**

**Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen**

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Teoría del Apego</b>	<b>4</b>
2.2 Duelo: definición y perspectivas del proceso de duelo	7
2.2.1 Manifestaciones del duelo normal	10
2.2.2 Mediadores del Duelo	13
2.2.3 Duelo Complicado	14
2.2.4 Sistema familiar y duelo	15
2.2.5 Duelo Infantil	16
<b>2.3 Trastornos de eliminación</b>	<b>18</b>
2.3.1 Concepto de Encopresis	18
2.3.3 Desarrollo Normal	21
<b>2.4 Técnicas Cognitivas y conductuales</b>	<b>21</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
3.1 Tipo de estudio	24
3.2 Instrumentos y Procedimiento	24
3.3 Participante	25
3.3.1 Conceptualización del caso	25
3.3.2 Psicoterapia de Apoyo e intervenciones cognitivo-comportamentales vinculadas al tratamiento de los síntomas de encopresis.	28
3.3.3 Sistema familiar en Proceso de duelo: Orientación y contención al sistema familiar Duelo infantil: Intervenciones cognitivo-comportamentales	33
<b>4. DISCUSIÓN</b>	<b>40</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUCCION

El presente trabajo surge de la experiencia realizada en la práctica de Habilitación Profesional de la Universidad de Palermo llevada a cabo en un Hospital Interzonal , de la provincia de Buenos Aires. En el mismo se realiza una descripción de un caso de duelo infantil con un cuadro clínico de Encopresis Secundaria y sus intervenciones.

El Hospital cuenta con un Servicio de Psicología Pediátrica en donde se realizó la concurrencia. Este servicio se desempeña en:

### 1) Salas de internación pediátrica.

Se trabaja en respuesta a interconsultas de otros profesionales como ser pediatras, asistentes sociales, entre otros.

También se realizan recorridos diarios por las mismas recabando información de los paciente internados, como ser: su contexto familiar, socio-economico, condiciones de vivienda, etc., esta tarea se realiza con el objetivo de detectar tempranamente factores de riesgo que puedan afectar al menor tanto física como emocionalmente, se intenta trabajar en la prevención de factores de riesgo brindando psicoeducación a los familiares, prevención de accidentes y orientación familiar.

Se busca brindar contención emocional tanto al menor internado como a sus acompañantes y asesoramiento adecuado según la necesidad de cada paciente.

### 2) Consultorios externos.

Esta área evalúa un promedio de 250 consultas mensuales donde se destaca la problemática de la niñez en riesgo representada por la violencia familiar, la violencia social, disfunción familiar, el abuso y el maltrato. Generalmente como respuesta a las mismas se pueden encontrar distintas manifestaciones emocionales, sintomáticas o patológicas que se presentan como trastornos emocionales, trastornos en la educación, trastornos del apego, trastornos de la eliminación, trastornos de conducta.

Los pacientes concurren a la institución por derivación escolar, médica o por demanda espontánea de sus padres o cuidadores.

En un principio se realiza una primera entrevista o entrevista de admisión con uno o ambos padres, con el fin de recabar información relevante sobre el paciente. En este encuentro se

define el motivo de consulta, se delimitan los objetivos y la orientación del tratamiento.

Posteriormente, el paciente es asignado a alguno de los profesionales del equipo, los tratamientos se llevan a cabo con una frecuencia semanal, siendo las sesiones de aproximadamente cuarenta y cinco minutos.

A partir de los pacientes observados durante la asistencia al hospital se realizó la elección del tema que trataremos en el trabajo final de integración: Duelo infantil con un trastorno de encopresis.

Los casos de duelo no son muy frecuentes en el hospital, pero tampoco lo son los casos de encopresis, por lo general se pueden encontrar más consultas por enuresis. Es por esto que se consideró interesante desarrollar este caso, la combinación de dos problemáticas complejas y poco frecuentes generan un gran desafío a la hora de abordarlos.

### Objetivo General

Describir un caso clínico de duelo infantil con síntomas de encopresis recurrentes, su abordaje individual y familiar así como también las intervenciones cognitivo-comportamentales realizadas a lo largo del proceso.

### Objetivos Específicos

- Describir Duelo Normal y Duelo Complicado.
- Describir los criterios diagnósticos del trastorno de Encopresis.
- Describir Psicoterapia de Apoyo e Intervenciones Cognitivo-Comportamentales vinculadas al tratamiento de los síntomas de Encopresis.
- Describir el abordaje del duelo a través del sistema familiar.
- Describir las intervenciones cognitivo-comportamentales realizadas para tratar el Duelo Infantil.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 Teoría del Apego

Para poder entender plenamente el impacto de una pérdida y el comportamiento humano frente a la misma se debe entender el significado del apego. Uno de los principales pensadores de esta temática es el psiquiatra británico John Bowlby.

La Teoría del Apego de Bowlby (1989) ayuda a conceptualizar la tendencia de los seres humanos a formar lazos emocionales con otras personas y a entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. Bowlby sostuvo que la personalidad humana se desarrolla incesantemente a lo largo de una serie de caminos posibles cuya elección dependerá, en cada etapa, de la interacción entre el organismo y su entorno. De esta manera, desde el nacimiento, la elección de la vía potencial dependerá de la interacción entre la constitución biológica del neonato y su familia, más tarde, entre su estructura de personalidad y su entorno familiar y social más amplio.

Bowlby (1977) define a la *Teoría del Apego* como una forma de conceptualizar la tendencia humana a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas, y de explicar la amplia variedad de padecimientos emocionales (ansiedad, depresión, ira, alejamiento emocional) y trastornos de la personalidad que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

El modo en que se organiza la conducta de apego juega una función determinante en la elección de la vía de desarrollo.

Las experiencias reales de la infancia y la adolescencia, el trato efectivamente recibido por parte de las figuras de apego (principalmente los padres), conducen a la construcción de los *Modelos Operativos Internos* (MOI). Estos consisten en representaciones mentales que operan de modo inconsciente, determinando las expectativas respecto del comportamiento

de los otros significativos y del mundo circundante y, consecuentemente, reduciendo el número de caminos que el sujeto encontrará abiertos y disponibles para su evolución (Bowlby, 1980).

Los MOI se pueden definir como representaciones, mapas cognitivos, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno.

Los modelos pueden ser desde constructos muy elementales hasta entidades muy complejas, abarcan cualquier cosa que pueda ser objeto de conocimiento o representación psíquica. Posibilitan la organización de la experiencia subjetiva y cognitiva y la conducta adaptativa.

Una de sus funciones es la de filtrar información de uno mismo y del mundo exterior resaltándola o seleccionándola con diferentes propósitos (Marrone, 2001).

Dentro de la teoría del apego, los MOI se construyen a partir del proceso de la internalización. Sin embargo, como menciona Marrone (2001), Bowlby no solía utilizar este término para explicar la formación de los MOI. “Internalización” indica algo de naturaleza mecánica, que consiste en hacer interno algo que ha sido externo. Sin embargo, lo que se plantea en la teoría del apego es el representar en la mente de una persona algo que no le ha sido ni totalmente interno ni totalmente externo. Lo que el individuo se representa es básicamente una relación, como lo describe Stern (1995) una experiencia de *estar-con*.

Bowlby (1988) plantea que el infante irá construyendo MOI de su(s) figuras(s) de apego a partir de la comunicación e interacción con éstos, día a día, ubicados dentro de un contexto social. Los MOI serán construidos por el niño durante los primeros años de vida pero durante los años de inmadurez se seguirán construyendo, estableciéndose firmemente como estructuras cognitivas influyentes tanto a niveles conscientes como inconscientes.

Para Bowlby (1973) un punto clave dentro del modelo operativo que el individuo construye sobre el mundo, es su idea de quiénes son sus figuras de apego, dónde pueden ser encontradas y cómo se espera que respondan.

Un modelo clave dentro del MOI de sí mismo es la noción de cuan aceptable o inaceptable aparece ante los ojos de sus figuras de apego. De este modo, si se representa a la figura de apego como una persona que responderá a las solicitudes de apoyo y protección del infante, éste se concebirá a sí mismo como una persona a quien cualquiera, en especial la figura de

apego, le ofrecerá su apoyo, así ambos criterios se confirman mutuamente (Marrone, 2001). Por lo tanto, los modelos del self y del otro no pueden ser entendidos sin la referencia del uno al otro. Bretherton (1999) plantea que los individuos internalizan ambas partes de la relación y son capaces de usar ambos como modelos de su propia conducta.

Según los autores, la conducta de apego persigue el objetivo de obtener o conservar la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo y que está dispuesto a prestar su ayuda en una situación de emergencia. Saber que la figura de apego es accesible y sensible brinda al individuo un fuerte sentimiento de seguridad.

Aunque los MOI muestran una fuerte tendencia hacia la estabilidad y la autopropagación, es necesario tener en mente que no son estructuras estáticas. Tanto Bowlby (1988) como Ainsworth (1978) defendieron siempre su capacidad de cambio y la posibilidad de ser activados o desactivados en cualquier situación particular.

Bowlby (1998) expresa que el apego es una disposición preprogramada, quiere decir que es una tendencia a, no es un instinto, requiere del ambiente y de la experiencia para organizarse y desarrollarse, es preprogramada y biológica como predisposición. El modo en que se encamine y organice esta tendencia va a depender de las experiencias y podrá dar lugar a tres formas o estilos de apego.

#### Los estilos básicos de apego:

- *El estilo ansioso evitativo* (tipo A). El niño no confía en que su búsqueda de cuidados redundará en una respuesta servicial por parte de su madre sino que, por el contrario, espera ser constantemente rechazado. Así, experimenta una vida sin el amor y el apoyo de otras personas, por lo que intenta volverse emocionalmente autosuficiente y minimiza el significado de las relaciones íntimas en su pensamiento, en su mundo emocional y en su vida cotidiana.

Estos niños han sido forzados a una independencia prematura con negación de sus necesidades, se muestran arrogantes y opositoristas y, debido a la naturaleza rígida de sus defensas, suelen dar la falsa impresión de ser emocionalmente maduros y estables.

- *El estilo seguro* (tipo B). El niño confía en que sus figuras de apego serán accesibles, sensibles y colaboradoras si se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Dotado de seguridad, se atreve a explorar el mundo.

- *El estilo ansioso o ambivalente* (tipo C). Las conductas de apego se encuentran activadas en un nivel alto. Estos niños se caracterizan por un sentimiento de inseguridad acerca de la accesibilidad de sus progenitores y de su posibilidad de responder de forma sensible. Esta incertidumbre genera una tendencia a la separación ansiosa y al aferramiento, como así también un acusado temor y ansiedad ante la exploración del mundo

En este estilo el conflicto es evidente. Se ve favorecido por padres que se muestran accesibles y colaboradores solo por momentos.

Estos niños son más proclives a la victimización y a la falta de estabilidad afectiva, mostrándose irritables y perdiendo fácilmente el control de sus emociones. Los define su disposición a establecer relaciones ansiosas y ambivalentes: esperan amor y cuidados y, al mismo tiempo, temen ser rechazados, por lo que aumentan sus reclamos de atención y se niegan a que se los deje solos.

## **2.2 Duelo: definición y diferentes perspectivas del proceso de duelo.**

La mayoría de los autores e investigadores acerca de la temática de duelo, coinciden en que ésta remite a la pérdida de un ser querido y que en general constituye una situación traumática (Yoffe, 2007).

El dolor del duelo no se parece a ningún otro y no hay forma de evadirlo: ni al dolor ni al duelo. Esta inexorabilidad es, precisamente, el punto de partida de cualquier elaboración funcional y posterior recuperación (Lieberman, 2007).

Se considera que es un proceso psicosocial variado, cuyas complejidades se derivan en el hecho de que la muerte de un individuo se refleja a diversos niveles en la vida de un superviviente (Walsh, McGoldrick, 1991).

Podría definirse como la experiencia de una persona tras una pérdida o como el proceso de adaptación a la misma (Worden, 2004).

En base a este proceso de adaptación podemos encontrar diferentes enfoques o maneras de plantearlo.

Mullan (2005) explica que existen tres componentes estrechamente interrelacionados que conforman el proceso de duelo: pérdida, aflicción y resolución.

La pérdida se refiere a la separación de una parte de la propia vida con la cual se tiene un vínculo emocional.

La aflicción alude a las complejas reacciones emocionales, cognitivas y preceptuales que acompañan a la pérdida.

La resolución es el componente final en sobrevivir la muerte de un ser amado.

Por otro lado Elisabeth Kubler Ross, (1969) psiquiatra especializada en ayudar a las personas a morir dignamente, se centra en la transición emocional. Si bien ella trata de describir cómo son las etapas de transición en un paciente moribundo, utiliza ésta misma clasificación para describir las etapas por las que atraviesa una persona luego de haber sufrido una pérdida significativa, éstas son: shock, negación, ira, resignación, depresión, y por último aceptación.

1) Shock: Es de breve duración, minutos, horas, y quizás un día, pero no mucho más. La persona, que en un primer momento esta sujeta a la pérdida, intenta que no penetre en sí la noticia dolorosa.

La primera reacción sería expresarse en términos como: “No puede ser”, “No es cierto”, “No lo creo”, esto podría entenderse como un breve periodo de anestesia para evitar el dolor.

2) Negación: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

3) Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar, esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente.

Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza.

La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

4) Resignación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

5) Depresión: cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza.

Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo, sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste.

Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo.

6) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor.

La esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

Para Bowlby (1997) el trabajo del duelo consiste en un intento de recuperar la persona perdida. Postula que el duelo comprende todos los deseos de búsqueda y de recuperación de la misma.

En este proceso la realidad aparece en última instancia, cuando se han agotado todos los intentos, cuando ya no existen más esperanzas.

Es el apego el que da la orden de recuperar la persona perdida, y la realidad tiene muy poca importancia en primera instancia, la realidad es aquello en lo cual uno cae, porque finalmente hay que aceptarla; se impone porque fracasa el intento de recuperación, pero no porque de la realidad emane.

Worden (2004) sostiene que la persona en duelo debe completar cuatro tareas para poder acabar el mismo. Aunque dichas tareas no suponen un cierto orden específico, en las definiciones se sugiere un cierto ordenamiento.

Tarea Uno: aceptar la realidad de la pérdida.

Esta primera tarea supone afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta,

que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida (Worden, 2004).

Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados en la primera tarea. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida (Worden, 2004).

Llegar a aceptar esta realidad lleva tiempo, porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional.

Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación.

Tarea Dos: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor (Worden, 2004).

La negación de esta segunda tarea sería no sentir. La manera más común de evitar el sentir es bloquear los sentimientos y negar el dolor que se está presente; y muchas veces se estimulan pensamientos agradables para evitar los desagradables (Worden, 2004).

El dolor del duelo está asociado a la tristeza y la disforia, sin embargo hay otros sentimientos asociados a la pérdida que se deben procesar: la ira, la angustia, la culpa y la soledad son sentimientos comunes que se experimentan durante el duelo (Worden, 2004).

Tarea Tres: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Existen tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido:

1) Las adaptaciones externas consisten en entender cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona. El superviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de la pérdida (Worden, 2004).

2) Las adaptaciones internas se refieren a cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma (Worden, 2004).

3) Las adaptaciones espirituales serían las influencias de la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que tiene la persona.

La muerte puede sacudir los cimientos del mundo de supuestos de la persona. Esta puede cuestionar los valores fundamentales de la vida, sus creencias filosóficas, creencias

influidas por la familia, sus pares, la educación y la religión, así como por las experiencias vitales. No es extraño sentir que se ha perdido la dirección en la vida. La persona busca significado, y su vida cambia para darle sentido a esta pérdida y para recuperar cierto control (Neimeyer, 1999).

Tarea Cuatro: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

La cuarta tarea del duelo apunta a que el superviviente pueda encontrar un lugar para el difunto que le permita estar vinculado con él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo y que le permita establecer nuevos vínculos de amor (Worden, 2004).

Como se puede observar el proceso de adaptación a la pérdida puede enfocarse de diferentes maneras, como tareas, fases, búsqueda o etapas. Lo importante es que la persona en duelo logre atravesar ese proceso de una manera sana, para alcanzar aceptar que la persona ya no está y continuar viviendo. Si esto se consigue se considera que la persona ha vivenciado un duelo normal.

### **2.2.1 Manifestaciones del duelo normal**

Muchas de las conductas normales de un duelo pueden parecer iguales a las manifestaciones de la depresión clínica.

Una de las maneras de lograr hacer un diagnóstico diferencial entre los mismos es tomar como síntoma a la autoestima, ya que en el duelo no hay pérdida de la misma, pero si la podemos encontrar en la mayoría de las depresiones clínicas (Worden, 2004).

Los comportamientos normales frente a un duelo pueden dividirse en cuatro categorías, Worden (2004) define las siguientes:

- Primer Categoría: Sentimientos
- Segunda Categoría: Sensaciones físicas
- Tercer Categoría: Cogniciones
- Cuarta Categoría: Conductas.

#### **Primer Categoría: Sentimientos:**

Tristeza: es el sentimiento más común que se ha encontrado en la persona en duelo. A menudo se manifiesta en la conducta de llorar.

Enojo: se experimenta con mucha frecuencia y puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes.

El enojo proviene de dos fuentes, de una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte y de una sensación de enfado con la persona fallecida por haberlo abandonado.

Culpa y autorreproche: normalmente la culpa se manifiesta respecto de algo que ocurrió, o algo que se pasó por alto en el momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad (Worden, 2004).

Ansiedad: la ansiedad proviene normalmente de dos fuentes. La primera es que los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido (Worden, 2004).

Soledad: existe una distinción entre la soledad emocional y la soledad social. El apoyo social puede ser útil para la soledad social pero no mitiga la soledad emocional que provoca la ruptura de una relación, sobre todo en el caso de la pérdida del cónyuge (Stroebe;1996).

Fatiga: puede experimentarse como apatía o indiferencia. Niveles altos suelen ser muy restrictivos de la actividad de una persona (Worden, 2004).

Impotencia: este factor hace que el acontecimiento de la muerte sea muy estresante. Este correlato cercano a la ansiedad se presenta a menudo en los primeros momentos luego de acontecida de la pérdida.

Shock: se produce a menudo en el caso de las muertes repentinas, aunque a veces puede suceder a pesar de que la muerte era esperada.

Anhelo: Parkes (2001) ha observado que es una experiencia normal entre los supervivientes, particularmente ante la pérdida del cónyuge. Cuando la respuesta de anhelo disminuye puede ser señal de que el duelo se está acabando. Si no es así, puede ser un síntoma clínico que indica un “duelo traumático”.

Emancipación: la emancipación puede ser un sentimiento positivo en aquellos casos donde el superviviente se sentía oprimido por la persona que falleció (Worden, 2004).

Alivio: muchas personas sienten alivio después de la muerte de un ser querido, sobre todo si ese ser sufrió una enfermedad larga o particularmente dolorosa.

Insensibilidad: algunas personas presentan ausencia de sentimientos. Esta insensibilidad se suele experimentar al tomar conocimiento de la muerte. Probablemente ocurre porque hay

demasiados sentimientos que afrontar, y permitir que todos se hagan concientes sería muy desbordante.

Parkes y Weiss (1983) sostienen que el bloqueo de sensaciones como defensa frente a lo que de otra manera sería un dolor desbordante, parece ser extremadamente normal.

### **Segunda categoría: Sensaciones físicas:**

Las sensaciones que con más frecuencia experimentan las personas en procesos de duelo varían desde sensaciones de vacío en el estómago y opresiones en el pecho y garganta, hasta sensaciones de despersonalización, debilidad muscular y falta de energía (Worden, 2004).

### **Tercer categoría: Cogniciones:**

Incredulidad: éste suele ser el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente si la muerte es súbita (Worden, 2004).

Confusión: muchas personas que sufren un duelo reciente expresan que su pensamiento es muy confuso, que parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentrar o que se olvidan las cosas (Worden, 2004).

Preocupación: se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo éstos incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo (Worden, 2004).

Sentido de presencia: éste es el equivalente cognitivo de la experiencia de anhelo. La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos (Worden, 2004).

Alucinaciones: tanto las alucinaciones visuales como las auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son una experiencia normal de las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras que, aunque desconciertan a algunos, muchos otros las consideran útiles (Worden, 2004).

### **Cuarta categoría: Conductas:**

Existen una gran cantidad conductas específicas que se asocian a los duelos normales. Pueden variar desde trastornos del sueño y del apetito, pasando por visitas a lugares o atesoramiento de objetos que recuerdan o pertenecían al fallecido, hasta distracciones y aislamiento social (Worden, 2004).

En un proceso de duelo normal una persona puede vivenciar, como se ha visto hasta el momento, distintos pensamientos, sensaciones, cogniciones y conductas consideradas normales. Para entender que es lo que hace que cada persona sienta y afronte el duelo de manera diferente debemos comprender los mediadores del duelo.

### **2.2.2 Mediadores del Duelo.**

Mediador Uno: cómo era la persona.

Quién era la persona fallecida y que relación se tenía con la misma. Estos factores nos permiten predecir cómo responderá la persona ante la pérdida (Worden, 2004).

Mediador Dos: la naturaleza del apego.

Tener información acerca de la fuerza del apego, la intensidad afectiva de la relación y la seguridad del apego nos va a ayudar a darnos cuenta cuán necesario era el fallecido para el bienestar del superviviente.

Mediador Tres: manera de morir.

Cómo murió la persona nos dirá algo sobre cómo elabora el duelo el superviviente. Tradicionalmente, las muertes se catalogaban en las categorías NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio (Worden, 2004).

Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen las siguientes:

- Proximidad: nivel geográfico dónde ocurrió, cerca o lejos.
- Si la muerte fue imprevista o esperada.
- Si la muerte fue violenta o traumática.
- Si hubo pérdidas múltiples, en este caso existe la posibilidad de una “sobrecarga de duelo” (Kastenbaum, 1969).
- Si la muerte era evitable.
- Muertes ambiguas y muertes estigmatizadas, como por ejemplo los suicidios.

Se debe destacar que hay ciertas maneras de morir y ciertas circunstancias que requieren de una comprensión adicional, como ser, las pérdidas por suicidio, muerte súbita, muerte súbita infantil, muertes perinatales y los abortos naturales.

Los abortos espontáneos no se suelen tratar como una pérdida desde el punto de vista social. Los estudios muestran que tanto los hombres como las mujeres experimentan duelo en el caso de un aborto espontáneo. En general cuanto más largo ha sido el embarazo más

intenso es el duelo. El apego también es un mediador importante del duelo en este tipo de pérdida (Robinson et al., 1999).

Otra consideración a tener en cuenta es la muerte perinatal, cuando se sufre este tipo de experiencia hay que reconocer la misma como pérdida real.

Mediador Cuatro: antecedentes históricos. Para predecir cómo va a elaborar el duelo cada persona hay que saber si ha tenido pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos. Es importante conocer la historia de salud mental previa de la persona, así como también la historia familiar con respecto a las pérdidas (Worden, 2004).

Mediador Cinco: variables de la personalidad. Bowlby (1980) sostuvo que se debía tener en cuenta la estructura de personalidad de la persona en duelo cuando se intentara entender su respuesta ante la pérdida.

Esto incluye: edad y sexo de la persona, estilo de afrontamiento, estilo de apego, estilo cognitivo, fuerza personal (autoestima y eficacia personal) y mundo de supuestos (valores y creencias).

Mediador Seis: variables sociales.

El duelo es un fenómeno social y es importante poder compartirlo. El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, es significativo en el proceso del duelo. Por ello es importante la disponibilidad de apoyo no sólo en el momento del fallecimiento sino hasta un año después (Worden, 2004).

Mediador Siete: tensiones actuales.

Otros factores que afectan al duelo son los cambios simultáneos y las crisis que surgen después de la muerte. Algunos cambios son inevitables, pero hay personas y familias que experimentan niveles altos de desorganización (Worden, 2004).

No todas las personas logran elaborar o adaptarse a las pérdidas, podemos encontrar, lo que se denominaría: reacciones anormales en el duelo o duelo complicado.

### **2.2.3 Duelo Complicado**

El duelo complicado se manifiesta de distintas maneras.

Puede hacerlo como duelo crónico, entendiéndose como aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria, es bastante fácil de diagnosticar ya que la persona que lo sufre es muy conciente de que no consigue acabarlo.

Puede manifestarse como duelo retrasado, en este caso, la persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente; en un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva, la persona generalmente tiene la impresión clara de que la respuesta que experimenta es exagerada respecto de la situación.

Otra forma de expresión de duelo complicado es el duelo exagerado, esta categoría diagnóstica tiene que ver con respuestas exageradas; en ellas la persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa; la persona es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante (Worden, 2004).

Los duelos exagerados incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida y suelen recibir un diagnóstico del DSM.

Por último, pero no menos importante, encontramos el duelo enmascarado, este puede manifestarse como síntoma físico o a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa. Las personas que no se permiten a sí mismas experimentar el duelo directamente pueden desarrollar síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática. (Worden, 2004)

#### **2.2.4 Sistema familiar y duelo**

El análisis estructural sistémico amplió el concepto de familia nuclear al plantear el de *familia extendida*. El modelo incluye los distintos niveles del ecosistema con los que esta interactúa y contempla la diversidad cultural, la multiplicidad de normas, valores y significados que enfrentan a los miembros con situaciones problemáticas (Desatnik Miechimsky, 2004).

Si bien las familias tienen preferencia por ciertos *patrones de funcionamiento* para responder a sus requerimientos habituales, su fortaleza residirá en la capacidad de movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exijan una reestructuración.

El proceso de desarrollo familiar es concebido como un desplazamiento a través de distintas etapas del ciclo vital que exigen reestructuraciones al nivel de las pautas

transaccionales y de las construcciones de realidad que se conectan con las experiencias familiares (Minuchin, 1989).

Si el sistema responde al estrés con rigidez, manifestará pautas disfuncionales, por el contrario, si es lo suficientemente flexible para permitir reestructuraciones, podrá mantener su continuidad a la vez que adaptarse. Cuando la familia no cuenta con los recursos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades y mantener la estructura del sistema. Entre estos mecanismos se destaca la emergencia de síntomas. (Desatnik Miechimsky, 2004).

Dado que la mayoría de las pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema.

Se han identificado aquellos factores específicos que afectan al proceso del duelo y que influyen en el grado de desorganización familiar. Estos incluyen las fases del ciclo vital familiar, los roles que desempeña el fallecido y los factores socioculturales. (Walsh y McGoldirick, 1991).

Un duelo inadecuado puede entorpecer la dinámica familiar, basándonos en la creencia de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí.

Worden (2004) expone que una muerte muy difícil, que afecta el equilibrio familiar y que a veces puede producir reacciones patológicas, es la muerte de un hijo y el efecto que tiene en sus hermanos.

Los hijos supervivientes se vuelven el centro de maniobras inconscientes diseñadas para aliviar los sentimientos de culpa de los padres y se usan como una manera de controlar mejor el destino.

Es frecuente que, después de una pérdida, haya un tiempo en el que se pase un poco por alto a los otros hijos. A veces se supone que los hijos son demasiado jóvenes para entender la pérdida que necesitan protección de lo que se percibe como una situación mórbida. Pero generalmente a los hijos no se les da la atención que necesitan porque sus cuidadores primarios están en un estado traumático y simplemente no pueden ofrecer ayuda.

Sin una conversación abierta y honesta, los niños buscan propias respuestas a preguntas que están por encima de su capacidad de comprensión. Es particularmente importante que los padres disipen ese pensamiento mágico y erróneo respecto a la muerte para poder

establecer un vínculo emocional entre ellos y los hijos que quedan. Este es un momento crucial que puede afectar al desarrollo de su personalidad y a su capacidad para establecer y mantener relaciones futuras.

### **2.2.5 Duelo Infantil**

Las actitudes con respecto a los niños y la muerte han experimentado cambios importantes en el último siglo, en especial en los últimos 30 años. Si se espera poder ayudar a los niños que experimentan una pérdida, es esencial comprender algunos de los cambios en cuanto a la infancia y la muerte ocurridos durante este tiempo.

Los niños de hoy e incluso los adultos jóvenes están alejados de la realidad de la muerte. La estructura familiar ha cambiado, antes los niños crecían como parte de una familia “extensa” cercana que incluía a los padres, abuelos, tíos y tías que vivían en la misma área rural y a veces incluso en la misma casa.

Actualmente, las llamadas familias nucleares viven en ciudades, alejadas a menudo de sus parientes por cientos de kilómetros. Las muertes de los familiares fueron alguna vez ocasiones para la unión familiar, hoy los decesos en la familia pasan generalmente inadvertidos.

En la actualidad, muchos padres tienen la actitud de que los niños deberían estar protegidos de la presencia de los moribundos y de los hechos relacionados con la muerte. Así que es común que los niños no asistan a los servicios funerarios (Lamers, 1986)

El duelo se trabaja de acuerdo con las posibilidades de comprensión del niño. Los niños necesitan explicaciones claras acerca de aquello que no pueden comprender. Si no las reciben, tienden a buscarla, y a encontrar sus propios argumentos que justifiquen la curiosidad que necesitan calmar, es muy importante que los chicos reciban respuestas claras y concretas a sus inquietudes con relación a la muerte, en especial, para establecer vínculos filiales sanos, y también para preservar su capacidad para establecer y mantener futuras relaciones (Lieberman, 2007).

Los cuestionamientos más habituales de los chicos se refieren a la condición irreversible de la muerte, los niños suelen preguntar si la persona fallecida va a volver, adónde está, si se la puede ver o si puede verlos a ellos (Lieberman, 2007).

La diferencia más acentuada entre el duelo de los niños y el de los adultos es que la pena de

un chico es intermitente y de corta duración, pero el proceso dura más tiempo. El crecimiento es muy dinámico, en especial, los aspectos cognitivos.

Durante el duelo, los chicos tienen menos capacidad y menos elementos que los adultos, para ordenar su situación emocional. Los niños viven el duelo sin la carga emocional que suelen tener los adultos. Sin embargo, dependerá de los padres o de los adultos responsables, la posibilidad de expresión infantil acerca de la muerte (Lieberman, 2007).

Los factores que influyen en el proceso de duelo de los niños son: la edad, la personalidad, la etapa de desarrollo, las experiencias anteriores con la muerte, el vínculo con la persona fallecida, la causa de esa muerte, el ambiente familiar, la estabilidad de la familia luego de la pérdida, el estilo del grupo para manejar las tensiones, las maneras en que se satisfacen las necesidades del niño, la posibilidad de compartir sus sentimientos y sus relaciones con otros adultos (Lieberman, 2007).

Suele suceder que ante una pérdida importante los chicos muestran actitudes inéditas en su conducta habitual: enojo, peleas frecuentes, comportamientos antisociales y también síntomas psicossomáticos (Lieberman, 2007).

Se identificaron en diferentes estudios varias necesidades que presentan los niños tras vivenciar una pérdida (Worden y Silverman, 1993).

Los niños en esta situación necesitan saber que serán atendidos, que no han provocado la muerte con su enfado o sus defectos así como también información clara sobre la muerte, sus causas y circunstancias. Precisan participar y sentirse importantes, una actividad rutinaria constante, alguien que escuche sus preguntas y que se le permitan o concedan diferentes maneras de recordar a la persona fallecida.

Las mismas tareas que se aplican a los adultos se aplican a los niños, pero estas tareas se deben entender y modificar en función del desarrollo cognitivo, personal, social y emocional de cada niño (Worden, 2004).

### **2.3 Trastornos de eliminación**

Estos trastornos, antes denominados trastornos del control esfinteriano, se refieren a patologías en las que la emisión de orina –enuresis- o deposiciones de materia fecal –encopresis-, ocurren en momentos o lugares inadecuados, en forma voluntaria o involuntaria, por sobre la edad en la que normalmente se logran controlar los mismos.

El logro del control esfinteriano depende de la maduración fisiológica, del método de enseñanza y de factores emocionales. (Correa, 2003).

Estos trastornos de eliminación tienen elementos en común, pero tanto su psicopatología, como su diagnóstico y tratamiento difieren considerablemente.

La encopresis suele producir una reacción de mayor desagrado en el medio y las consecuencias sociales son distintas, ya que la encopresis generalmente es diurna, y la enuresis, nocturna.

El tratamiento de la encopresis requiere de un enfoque más integrador y multidisciplinario y las complicaciones médicas potenciales asociadas a la constipación, son mucho más significativas que las provocadas por la enuresis.

### **2.3.1 Concepto de Encopresis**

El DSM-IV (1994) define la encopresis como la evacuación repetida e involuntaria -y raramente intencional- de las heces en lugares inadecuados para este propósito, por ejemplo, en las ropas y en el suelo.

Debe presentarse por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de tres meses.

El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, como por ejemplo laxantes, ni a una enfermedad médica, excepto a través de una mecanismo que implique estreñimiento.

Se clasifica de acuerdo al horario en que se da el trastorno, puede ser diurna, nocturna o mixta.

La encopresis es primaria cuando no se ha adquirido previamente el control de esfínteres y se clasifica como secundaria si previamente ha existido un control adecuado, de por lo menos un año. Esta última suele estar asociada a una forma de respuesta a estresores ambientales (Ollendick, 1993).

La forma de presentación más frecuente es la encopresis diurna secundaria, se presenta en forma intermitente, con días o semanas de buen control. Usualmente existe una cierta regularidad en el lugar y horario en que ocurre, lo que depende de los factores ambientales involucrados.

Generalmente la defecación ocurre en la ropa de niño, en cantidad y consistencia variables.

El niño suele ser indiferente al síntoma, con una actitud pasiva frente a este, refiriendo no

detectar la necesidad de defecar e incluso, no sentir que se ha ensuciado, lo que se acentúa cada vez más en la medida que el cuadro se prolonga.

Son frecuentes las conductas tendientes a ocultar el síntoma, para evitar la reacción parental, escondiendo la ropa interior, ocasionalmente limpiando las mismas.

La edad promedio de consulta es de 7 a 8 años, después de un promedio de dos años de sintomatología.

La encopresis puede presentarse también como síntoma de otros trastornos según la psicopatología involucrada.

Frecuentemente se asocia a constipación, un 80% de los casos.

Las consecuencias emocionales observadas son mayores cuanto más se perpetúe el trastorno, facilitadas por la reacción inadecuadas del medio y la hostilidad por parte de sus compañeros, profesores o familiares, presentándose retraimiento, aislamiento, conductas oposicionistas, alteración del autoconcepto y síntomas ansiosos o depresivos.

Correa (2003) define el concepto de encopresis como la eliminación repetida de deposiciones en lugares inapropiados para la cultura, en el día, en la noche o en ambos, con o sin el propósito de hacerlo, después de alcanzada la edad en que usualmente se controla esta función, en ausencia de patología orgánica que la explique.

La prevalencia en la población infantil es de 1% con una mayor frecuencia en el sexo masculino. El antecedente de encopresis en los padres está presente en una gran cantidad de los casos (S.A.P., 2004).

Ajuriaguerra (1996) en su manual de psicopatología del niño explica que la existencia de esta patología responde a diversos factores que interactúan entre sí.

Factores biológicos: pueden influir por un lado, a nivel constitucional presentando un retraso maduracional o labilidad neurovegetativa, y por otro a nivel constipación.

Entendiendo que este último puede ser factor predisponente o mantenedor de la patología, ya que ésta facilita la acumulación de deposiciones en el interior del colon y recto, las que se van deshidratando y distendiendo las paredes mucosas.

Al ocurrir esto, se altera la sensibilidad de los receptores que permiten reconocer y tomar conciencia de la necesidad de evacuar las heces, se acentúa la constipación, la materia fecal se solidifica y escurre agua y mucus que disuelven parte de las heces, las que filtran al exterior.

Cuando se establece este mecanismo patológico, la encopresis se perpetúa, en base a la interacción de la alteración biológica con factores psicológicos.

Factores de enseñanza: las características de los padres y la valoración que le dan éstos a la función esfinteriana, interfiere con la adecuación del control del esfínter anal.

Tanto la precocidad en el intento por enseñar, los excesos de estimulación, presión, insistencia, castigos, rechazo y hostilidad, como la sobreprotección y el exceso de cuidados facilitan la aparición de este trastorno.

El uso del castigo para suprimir la conducta ha demostrado provocar respuestas emocionales perjudiciales para el desarrollo, interacciones padres-hijo negativas y aumento de la retención de deposiciones.

Factores psicológicos: la dificultad por parte del niño en el reconocimiento y en la expresión de emociones, la tendencia a somatizar la angustia, pasividad, rasgos ansiosos y obsesivos, oposicionismo, evitación fóbica a obrar o ir al baño y funcionamiento psicótico, pueden favorecer la aparición del trastorno.

Conductas familiares como la sobreprotección, dificultando el proceso de autonomía del niño; pasividad del padre, con escasa intervención en la relación madre- hijo; ambivalencia en los padres, sobreinvolucración del niño en el conflicto conyugal tienden a favorecer la aparición del trastorno.

Las consecuencias psicológicas que tiene el método de enseñanza del control esfinteriano, y el mal manejo de la encopresis por parte de los padres, tienden a perpetuar al mismo.

Factores ambientales: la encopresis secundaria se puede presentar como respuesta a un estresor ambiental, como por ejemplo el nacimiento de un hermano, la separación de los padres, relación conflictiva parentofilial, el ingreso escolar y en especial el trauma anal.

Se asocia la presencia de encopresis a bajo nivel socioeconómico, abandono y a alteraciones precoces y severas del vínculo, observándose este trastorno, con mayor frecuencia, en niños institucionalizados, con trastornos de vinculación afectiva (Correa, 2003).

El tratamiento de la encopresis incluye psicoeducación a los padres y al niño, psicoterapia individual, terapia familiar y parental. En algunos casos es necesario un uso de fármacos, tratamientos biológicos y en casos complejos hospitalización.

### **2.3.3 Desarrollo normal**

La adquisición del control esfinteriano nocturno se da generalmente entre los 2 y 3 años de edad y el control diurno se logra entre los 3 y 4 años.

La defecación es un acto involuntario y facilitado por el reflejo gástrico. El control intestinal es una función compleja, requiere de factores madurativos que interactúan con el aprendizaje, para llegar al control voluntario y la formación del hábito de defecación.

Antes del año de edad algunos niños pueden ser condicionados a reconocer el deseo de defecación y sentarse en el baño, pero el logro será más eficiente y mantenido si se inicia su aprendizaje después del año y medio. Edad en que tienen una mayor actividad imitativa, una mayor motivación y un desarrollo del lenguaje que les permite comprender y expresar el deseo (Alconte, 1994).

Entre los 2 y 3 años comienza el control voluntario de la defecación, con una mayor sensibilidad a los movimientos intestinales y un aumento de la habilidad para retener y posponer, completándose el control alrededor de los 4 años. (S.A.P., 2004).

### **2.4 Técnicas cognitivas y conductuales**

Ellis (1979) clasificó las intervenciones cognitivo-conductuales siguiendo las dimensiones de elegante y no elegante. Con esta distinción, hace referencia al nivel de procesamiento racional que precisa cada estrategia de tratamiento.

Las técnicas no elegantes se centran en cambiar el contenido del pensamiento a través de intervenciones basadas en las autoinstrucciones.

Las técnicas elegantes recurren a procesos más sofisticados de razonamiento para modificar el contenido, el proceso y la estructura de los pensamientos a través de un análisis racional profundo.

Las técnicas elegantes no tienen porque ser mejores que las no elegantes, más bien cada tipo de estrategia es más aconsejable en determinadas situaciones, ambas pueden dar muy buenos resultados. En el proceso terapéutico hay un lugar para cada una.

Las estrategias no elegantes suelen ser más utilizadas en las primeras etapas del tratamiento y suelen funcionar muy bien con individuos que presentan un malestar muy intenso o están en plena crisis. Estas técnicas se suelen utilizar con niños pequeños, con niños con muy poca capacidad verbal o con niños con poca sofisticación cognitiva.

Las estrategias elegantes, suelen utilizarse cuando el tratamiento ya está avanzado, después de haber aplicado con éxito las estrategias no elegantes.

Estas dan mejores resultados con los niños más grandes que tienen mayor capacidad verbal y mayor capacidad para adquirir y aplicar habilidades abstractas. Estas estrategias requieren un procesamiento cognitivo-emocional más esforzado, por lo que no deberían aplicarse a situaciones de crisis o de malestar emocional intenso. Sin embargo los procedimientos elegantes facilitan la generalización, ya que se centran en cambiar el proceso de pensamiento, aunque también intenten modificar su contenido (Friedberg; McClure, 2005).

Algunas de las herramientas conductuales básicas son:

- La técnica de entrenamiento en relajación, que puede ser aplicada a toda una serie de problemas de ansiedad y el control de la ira.
- La desensibilización sistemática es un proceso de contracondicionamiento que se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad.
- Intervenciones básicas de resolución de problemas.

Como técnicas básicas de análisis racional: cambiar el contenido y el proceso del pensamiento se pueden utilizar:

- Decatastroficación: útil para suavizar las predicciones aterradoras de los niños.
- Comprobación de evidencias: evalúa hechos que apoyan sus creencias y los hechos que las cuestionan.
- Retribución: ayuda a los niños a considerar explicaciones alternativas..

Estas son algunas de las técnicas que pueden ser utilizadas como intervenciones cognitivo-comportamentales, se puede introducir modificaciones creativas para adaptarlas a la situación del paciente y situarla dentro de tratamiento

El juego en la terapia cognitiva tiene propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales, ya que de por sí el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. El mismo puede ser estructurado, caracterizado por normas, reglas e instrucciones o no estructurado (Bunge, Gomar, Mandil, 2008).

Algunas de las intervenciones vehiculizadas a través del juego y del dibujo son:

- Entrenamiento en el reconocimiento de emociones.
- Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos.
- Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la

conducta.

- Restructuración cognitiva, en niños pueden utilizarse marionetas, historietas con globos con textos psicoeducativos o vacíos, cambio de roles en donde el niño caracterice al personaje o la situación temida.
- Modelados, juegos de rol.
- Uso de biblioterapia, cuentos e implementación de narrativas terapéuticas.

La psicoeducación es una intervención de importancia, consiste en darle al paciente y a su familia una breve explicación acerca del trastorno. Causas, características, alternativas, entre otros.

### **3. METOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio.**

Descriptivo, estudio de caso único.

#### **3.2 Instrumentos y Procedimiento.**

A lo largo del tratamiento se realizaron entrevistas de intervención, las mismas fueron orientadas dependiendo de la necesidad principal de la paciente en los diferentes momentos en los que la misma se encontraba. La terapeuta que llevo a cabo dichas intervenciones así como la totalidad del tratamiento psicoterapéutico fue la jefa del servicio del hospital. Se realizó una entrevista de admisión, de carácter semidirigido, con la madre de la menor antes de comenzar las entrevistas con la misma.

La duración de las entrevistas fue de 45 minutos, con una frecuencia de una vez por semana en un primer momento, y cada quince días cuando se focalizó en la mantención del tratamiento. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en los consultorios externos de la institución.

Luego de la entrevista de admisión, los dos primeros encuentros fueron de carácter diagnóstico. Se tomaron como técnicas de evaluación el test de la Persona Bajo la Lluvia (Querol & Chavez Paz, 2004); el HTP (Hammer, 1969) y la Familia Kinética (Verthely, 1985), las mismas fueron administradas al inicio del tratamiento.

Se realizaron entrevistas vinculares semi-dirigidas con los distintos miembros del grupo familiar cuando el proceso psicoterapéutico lo requería.

El resto de los encuentros se encuadraron de la siguiente manera:

Para abordar la encopresis:

- Psicoterapia de apoyo para disminuir la ansiedad.
- Desde la modalidad de psicoeducación a la niña y a sus padres.
- Terapia de juego con el fin de disminuir las defensas en relación al tema y favorecer la expresión emocional.
- Terapia conductual para reinstalar el hábito de la defecación, entrenamiento del reflejo gastrointestinal y refuerzo positivo de la conducta activa de la niña.

Para abordar la elaboración del duelo:

- Se realizaron actividades del libro Cuando alguien especial muere (Heegaard, 1988).
- Se realizaron dibujos como medio de expresión, ya que la experiencia de la expresión artística puede ser gratificante y curativa por sí misma (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).
- Se trabajó con la terapia de juego.
- Intervenciones cognitivo-comportamentales para lograr el reconocimiento de emociones y sentimientos.
- Intervenciones dirigidas al vínculo con la madre y a su sistema familiar.

El objetivo de estas entrevistas y sus intervenciones fueron por un lado poder reconocer y diferenciar sentimientos y emociones. Por otro lado, poder identificar una red de contención constituida por las personas que la rodean, que la niña pueda pensar en las posibilidades de apoyo y contención real que posee, así como también de sus propios recursos. Por último poder darle un nuevo significado a la muerte.

Tal como plantean White y Epston (1997), en la terapia se busca la representación de nuevos significados que conduzcan a la reescritura de historias alternativas.

### **3.3 Participante.**

El tratamiento se llevó a cabo con Z de cinco años de edad, quien se presentó en consultorios externos por interconsulta de pediatría en compañía de su madre. El motivo de consulta: un trastorno de la eliminación, en este caso una encopresis. Este trastorno generaba conflictos en la casa y en el jardín.

#### **3.3.1 Conceptualización del Caso .**

##### **- Problemas manifiestos:**

Z es hija única tiene cinco años de edad vive con su mamá M de 22 años, quien es ama de casa; con su padrastro H de 24 años, que es enfermero y con la madre de este último.

Su madre habría perdido un embarazo hace menos de un año y actualmente se encuentra embarazada.

Aparentemente es una niña con buen comportamiento que nunca tuvo mayores inconvenientes ni en la casa, ni en el jardín, las maestras envían buenos informes y tiene buena relación con sus compañeros. Hace un tiempo comenzó a estar más miedosa y vergonzosa, se aisló de sus compañeros y le cuesta más concentrarse en las tareas escolares. Los componentes fisiológicos de los problemas de Z incluyen un trastorno de eliminación, en este caso de una encopresis secundaria ya que al año y medio de edad había logrado controlar esfínteres. Los síntomas emocionales marcan una tendencia a somatizar la angustia, dificultad en el reconocimiento y la expresión de emociones, estos síntomas son característicos de los niños con encopresis.

Respecto de su conducta se muestra tímida, retraída y vergonzosa. Sus relaciones interpersonales son más bien distantes, se la observa introvertida, tímida.

Los componentes cognitivos incluyen pensamientos automáticos como: "Me lo voy a hacer encima de nuevo y todos se van a dar cuenta y me van a mirar con asco", "si se dan cuenta me van a gritar y retar".

- Datos obtenidos a partir de los tests:

Las primeras entrevistas con la menor fueron de carácter diagnóstico.

Para determinar si la niña presentaba un trastorno de encopresis se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV, en este caso se evidenciaba lo siguiente:

- Evacuación repetida de heces tanto en su casa como en el jardín.
- Más de un episodio al mes en los últimos tres meses.
- El comportamiento no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica.
- Presenta un cuadro de encopresis mixta, ya que presenta episodios tanto en el día como en la noche (diurna-nocturna).

La niña cumple con los criterios diagnósticos de encopresis, se diagnostica encopresis secundaria dado hubo control adecuado de más de un año.

Se administraron las siguientes técnicas proyectivas:

- El test de la Persona bajo la lluvia (Querol y Chaves Paz, 2004), evalúa principalmente defensas. La interpretación de este test permite obtener una semblanza de una persona en condiciones ambientales poco agradables, en las que la lluvia es un componente alterador,

frente a esto el individuo ya no puede sostener su apariencia habitual y debe recurrir a las defensas que normalmente se mantienen ocultas, esto propicia la aparición de defensas.

- El test de la Casa Árbol Persona (Hammer, 1969), muestra aspectos de la personalidad, sobre todo en relación con lo emocional.

- El test de la Familia Kinética (Verthely, 1985), para evaluar aspectos relacionados con la percepción en torno a la familia.

De los diferentes test se desprende la siguiente información (Véase Anexo I):

### **Persona bajo la lluvia**

A partir de lo observado se encuentran indicadores de:

- pobreza en las defensas de Z para enfrentar el medio, éste se presenta como generador de presión y amenaza.
- ansiedad, temor e inseguridad.
- poder intelectual y social, capacidad para tomar el mundo y orientarse en él.

Se podría decir que la niña puede adquirir mecanismos que le permitan enfrentarse a lo adverso.

### **H.T.P Integrado**

En cuanto a los aspectos más formales del dibujo del HTP: el emplazamiento, el trazo, el tamaño y la simetría no son lo esperado se orientan hacia el lado izquierdo y hacia abajo, esto representa el pasado, miedos y timidez.

Con respecto a la casa por un lado hay indicadores de inseguridad emocional y tristeza.

Respecto del árbol y la persona se evidencian indicadores de ansiedad, inseguridad, sensación de pequeñez y dificultad para el contacto o sentimiento de culpa.

### **Familia Kinética**

Una de las características que llaman la atención en el dibujo de la familia es que ninguna de las personas tiene manos, lo que sería un indicador de sentimientos de culpa o dificultades para el contacto.

Se encuentra orientado hacia la izquierda y en el sector inferior de la hoja, esto se asocia con depresión, apatía y puede indicar tendencias regresivas

El trazo es débil que puede revelar timidez, sentimiento de fracaso, incapacidad para afirmarse e inhibición de los instintos.

- Variables del contexto cultural:

Como se dijo anteriormente la madre de Z es ama de casa y su padrastro es enfermero. Les cuesta llegar a fin de mes, pero viven por encima del umbral de la pobreza.

La madre de M vive cerca de la casa de ellos y regularmente los visita o la niña se va a su casa a dormir.

-Etapas de la historia y el desarrollo:

Z alcanzo y supero todas las etapas de su desarrollo a edades normales. Al año y medio controló esfínteres sin mayores complicaciones, hace un tiempo comenzó con evacuación repetida de heces en la casa y en el jardín, manchando sus ropas e intentando esconder las mismas. Su madre explica que este problema comenzó cuando la misma pierde un embarazo avanzado hace unos meses y se agravó cuando se entero que su madre estaba nuevamente embarazada.

Anteriormente Z no tuvo inconvenientes ni en la casa, ni en el jardín, los informes escolares son buenos, así como la relación con sus compañeros y con sus maestras. La relación con H es considerada muy buena, pero Z no sabe que esté no es su padre, Z es hija de una pareja anterior de la madre que la dejó cuando estaba embarazada. Comenzo a salir con H y él se hace cargo de ella y de su beba recién nacida. Hace años que están juntos y la niña cree que él es su padre biológico. H responde como tal, se hace cargo de Z, la lleva al jardín, la cuida e impone límites.

Los datos facilitados verbalmente por los padres, los instrumentos de evaluación diagnóstica y las impresiones clínicas conformaron la conceptualización del caso que condujo a la formulación de la siguiente hipótesis: La intensificación del síntoma de encopresis se encuentra asociado al nuevo embarazo de la madre.

**3.3.2 Psicoterapia de apoyo e intervenciones cognitivo-comportamentales vinculadas al tratamiento de los síntomas de Encopresis:**

Para lograr explicar estas temáticas y ayudar a una mayor comprensión se desarrollará por un lado lo trabajado en relación con la psicoterapia de apoyo y por el otro a las intervenciones cognitivo-comportamentales para tratar los síntomas de encopresis. No obstante las mismas son complementarias y necesarias.

### **Psicoterapia de apoyo: identificación y expresión de emociones, su relación con el síntoma.**

Los trastornos de encopresis no se pueden tratar de forma aislada, dentro del tratamiento se debe incluir psicoterapia individual con el niño.

Este tipo de psicoterapia comprende intervenciones conductuales dirigidas al síntoma, terapia del juego y psicoterapia de apoyo, el objetivo de esta última es el de disminuir la ansiedad, recepcionar y validar la expresión emocional del niño.

Debido a la poca experiencia que tienen los niños pequeños para expresar sus estados emocionales se plantea el objetivo de ayudar a Z a identificar y expresar los mismos, partiendo de la hipótesis de que intensificó su encopresis por miedo a que este nuevo embarazo terminase de la misma manera que el anterior, expresando su angustia por medio del síntoma.

La identificación de las emociones en niños pequeños suele exigir una creatividad considerable.

Una de las estrategias iniciales utilizadas con Z consistió en adoptar un sistema sencillo de clasificación de emociones, en este caso el modelo tradicional de clasificación con emociones de enfado, tristeza, alegría, miedo y preocupación por medio del *Gráfico de Caras* con espacios en blanco de Friedberg y McClure (2002).

Este gráfico presenta imágenes que muestran expresiones faciales diferentes e incluye etiquetas que dan nombre a la emoción que representa cada imagen.

Z realizó su propio Gráfico de caras. La consigna consistía en recortar de revistas distintas caras que representen las emociones que figuraban en la grilla (tristeza, alegría, enojo, miedo, preocupación) y pegar la imagen recortada en el círculo que para ella corresponda. (Véase anexo II).

Este proceso intenta normalizar la expresión emocional.

Se leyeron libros ilustrados con el mismo fin: explorar elementos emocionales. Los libros fueron seleccionados por sus ilustraciones intentando que sean lo más representativas e identificables posible.

A lo largo de la lectura se realizaban pausas para comentar los componentes emocionales que iban apareciendo.

Z identificaba principalmente el miedo y la tristeza, pero cuando se le preguntaba porque creía que estaban tristes o tenían miedo no podía responder y solo se encogía de hombros.

Otro instrumento utilizado en varias oportunidades al inicio de la sesión consistía en responder a dos preguntas: ¿Cómo me siento hoy? y ¿porque?, dibujando luego en una hoja en blanco su cara mostrando dicho sentimiento.

En distintos momentos Z respondió que se sentía con miedo, pero le costaba responder por qué. (Véase anexo III).

Se continuó trabajando con estas estrategias con el fin de que aprendiera a identificar y etiquetar sus emociones. No le requirió demasiado tiempo lograrlo. Es por esto que se comenzó a trabajar en la intensidad de estas emociones utilizando la técnica del *Termómetro Emocional* de Friedberg y McClure (2002).

Esta técnica consiste en que el niño dibuje en un círculo en blanco en medio de una hoja su cara y etiquete la emoción que está sintiendo, por ejemplo: tristeza. Debajo de esta etiqueta se encuentran cinco cajas o cuadrados que representan diversos niveles de intensidad. Las cajas van de una vacía, pasando por una medio llena, a otra completamente llena. Se le pide al niño que rodee con un círculo o que señale la caja que muestre la cantidad de emoción que siente. Esto ayuda a entender que las emociones pueden tener intensidades diferentes. Ya que los niños entienden las emociones como categorías: las tienen o no las tienen, pero les cuesta bastante determinar con que intensidad experimentan una emoción.

Luego de jugar y explicarle a Z como funcionaba esta técnica del termómetro se le pregunto como se sentía el día de la fecha, a lo que respondió:

- me siento con miedo
- ¿Por qué sentís miedo?
  - Me da miedo de que otra vez mi hermanita se valla al cielo, pero me pone contenta tener una hermanita para jugar
  - Te animas a decirme cuanto marca el miedo en el termómetro

Señala más de la mitad

- Y la alegría, ¿cuánto marca?

Señala la caja que se encuentra justo en el centro.

Z pudo identificar que de una misma situación se desprendían dos emociones opuestas y con diferente intensidad.

Se comenzó a trabajar para invertir este termómetro de intensidad e intentar que el miedo disminuyera mediante la comprobación de evidencias que consiste en un procedimiento habitual que exige un procesamiento racional profundo. Anima a los niños a evaluar los hechos que apoyan sus creencias y los hechos que las cuestionan. Es una estrategia muy útil para cuestionar las sobre generalizaciones, las conclusiones equivocadas y las inferencias mal fundamentadas. La primera tarea que se debe llevar a cabo es ayudar al niño a acceder a los motivos que le han llevado a establecer sus conclusiones.

Se comenzaron a buscar evidencias que contradigan esta creencia que tenía Z, como por ejemplo comparar el tamaño de la panza de su mamá en este embarazo con el anterior, mostrarle las ecografías que se iban realizando para que viese que el bebé estaba bien y cada vez mas grande, juegos en donde todo comenzaba de una misma manera pero había mas de un final y diferentes libros ilustrados.

Mediante estos instrumentos se ayudo a Z a reconocer sus emociones, a ponerles intensidad, a darse cuenta de que tenía miedo, que estaba bien tenerlo pero no porque su hermanita anterior estaba en el cielo le tenía que suceder lo mismo a la que estaba en la panza de su mamá.

### **Intervenciones cognitivo-comportamentales para tratar los síntomas de Encopresis**

Los objetivos del tratamiento consistieron en mejorar la sintomatología, disminuir las consecuencias emocionales y mejorar la forma de reaccionar ante situaciones estresantes.

Lo primero que se evaluó fue la respuesta de la familia frente al síntoma, la misma explicó que su reacción era de enojo, reto e imposición de castigos que luego no podían cumplir; por ejemplo: no dejarla ir a un cumpleaños o mirar la televisión.

Dado que los padres, por lo general, no saben cómo responder ante una situación de este tipo, se decidió realizar un encuentro a modo de orientación y psicoeducación.

Uno de los puntos principales se situó en la necesidad de que ellos disminuyan sus miedos y prejuicios en torno a esta problemática, se les explicó que deben mantener una actitud activa a lo largo de tratamiento.

Se les enseñaron las reacciones adecuadas ante el síntoma. El enojo y castigo no son una solución en estos casos, solo generan efectos emocionales no deseados y que la encopresis se perpetúe en el tiempo.

Se consideró importante informarles las consecuencias de la mantención del síntoma y la necesidad del tratamiento.

Es significativo resaltar los recursos que cada uno tiene, favorecer la participación activa en el tratamiento y diferenciar el trastorno a tratar de la identidad del niño (Bunge, Gomar, Mandil; 2008).

Se necesita poner cierta distancia entre la persona y el problema, cuando se ha dejado de decir que el problema le es inherente, el niño puede establecer una relación con el mismo exteriorizándolo. No es lo mismo decir “Z es encoprésica”, que “la caca traicionera esta molestando nuevamente”, ya que la primera afirmación implica algo sobre la identidad de la niña, en cambio la segunda es una forma más lúdica de describir la relación de Z con el problema de incontinencia.

Al invitar al niño a nominar al problema como una entidad externa contra la cual se ha de luchar se promueven desde el inicio del tratamiento ciertas actitudes y modos de participación claves: informando, a la vez se despatologiza favoreciendo el auto-distanciamiento, a la vez que se motiva a la acción, a la lucha. (Bunge, Gomar y Mandil, 2008).

Es por esto que se le pide a Z que le ponga un nombre al problema que tantas molestias le genera, ella lo denomina “caca mala” y se le explica que juntos trabajaremos para combatirla.

Por medio de dibujos y de distintos juegos comienza la disputa con la “caca mala”. La terapia de juego ayuda a disminuir las defensas en relación al tema y favorece la expresión emocional.

Uno de los juegos realizados en el consultorio consistió en la lucha entre muñecos, uno representa a la “caca mala” y otro a ella, juegan a pelearse, Z gana casi todas las batallas.

Se establecieron distintos diálogos en estas peleas en los cuales Z le decía a la “caca mala” que le iba a ganar, que la tenía cansada, que se valla.

Por otro lado el tratamiento se acompañó con planillas de prescripción de síntomas para la encopresis. Estas planillas tienen como objetivo crear o instalar el hábito de la defecación, como también generar el entrenamiento del reflejo gastrointestinal.

Estas fichas son una grilla en donde figuran los días de la semana y donde el niño puede elegir si utilizar figuritas, dibujar caritas, entre otras opciones para manifestar la aparición

del síntoma o el control del mismo. (Correa, 2003).

Z eligió caritas, en donde una carita feliz expresaba los días que podía detectar la necesidad de defecar y la concurrencia al baño y una carita triste en los días en que esto no había sido posible. (Véase anexo IV).

Se organizó una rutina de horarios para que Z fuera al baño aunque no tuviera ganas de evacuar por unos minutos, una vez en la mañana y otra en la tarde cuando regresaba de la escuela para ayudar a crear el hábito de la defecación

Con el tiempo Z comenzó a darse cuenta de los momentos en los que tenía ganas de ir al baño y utilizaba la palabra “alerta” saliendo corriendo al baño.

Estas intervenciones fueron acompañadas con el refuerzo positivo de la conducta activa de la niña, por parte de los padres como por la terapeuta.

Es importante remarcar que se refuerza la conducta activa más que el hecho de ensuciarse o no sus ropas.

Luego de seis meses de tratamiento la paciente no presentaba síntomas de encopresis, no manifestaba los miedos que mostraba anteriormente. Se encontraba a la espera del nacimiento de su hermana. Se la observaba contenta y se vinculaba de manera positiva con los miembros de su familia y con los otros.

Z reunía todas las condiciones para ser dada de alta, pero se acordó con la madre continuar con el tratamiento hasta el nacimiento del bebé.

Se intentó hablar con M y H de la necesidad de contarle a Z de sus orígenes. Dado que el motivo de consulta que los había acercado a los consultorios externos ya no se manifestaba, se planteó la posibilidad de comenzar con un tratamiento en donde se revelaran secretos familiares que podían generar conflictos y respuestas no adaptativas en un futuro.

Esto surgió de la preocupación y del miedo de M, dado que Z comenzaba primer grado y aprendería a leer, la niña notaría que su apellido no correspondía al de H sino al de ella y habría que explicarle el porqué.

El objetivo principal consistía en ayudar a los padres a que puedan contarle a Z que H no era en realidad su padre biológico. Asimismo, en el consultorio sostener y acompañar a la niña en el proceso de aceptación de esta realidad.

Tanto M, como H presentaban un intenso miedo frente a la respuesta de Z a una

información de este tipo, pero acceden a intentar hacerlo y comienzan a trabajar en la manera de llevarlo a cabo.

A los días de iniciado este proceso nace su hermana y a la semana fallece por presentar una enfermedad genética, Anencefalia.

La paciente vuelve a manifestar síntomas de encopresis.

Z tiene ahora seis años de edad, está cursando primer grado, ya sabe leer y escribir y suele sacar buenas notas en el colegio.

Se redirecciona el tratamiento y se plantean los nuevos objetivos e intervenciones. En el caso de los síntomas de encopresis se mantiene la misma estructura de intervenciones: terapia de juego, psicoterapia de apoyo y principalmente intervenciones conductuales como las planillas de prescripción de los síntomas que son solicitadas por Z en el primer encuentro luego de la muerte de su hermana.

### **3.3.3 Sistema Familiar en Proceso de Duelo:**

**- Orientación y contención al sistema familiar.**

**- Duelo Infantil: Intervenciones Cognitivo-comportamentales.**

La madre y el padre Z se encuentran angustiados, en shock.

No hay que olvidar que hace más de un año perdieron un embarazo de cinco meses, se encontraban atravesando esta pérdida cuando se enteran de un nuevo embarazo. Luego de nueve meses de espera nace la beba y a la semana de vida fallece. Esto concluye en que el sistema familiar se adentre en un trabajo de duelo, es por esto que se focaliza en acompañar este proceso para evitar que uno, alguno o todos los miembros de la familia no logren procesar, reacomodar la pérdida derivando así en un duelo complicado o patológico.

Se considera de suma importancia un seguimiento familiar dado que es el segundo proceso de duelo que realizan en menos de tres años, decimos que es el segundo ya que los estudios muestran que tanto los hombres como las mujeres experimentan duelo en el caso de un aborto espontáneo. En general cuanto mas largo ha sido el embarazo más intenso es el duelo (Worden, 2005).

**- Orientación y contención al sistema familiar en proceso de duelo, un acercamiento a la terapia familiar.**

Cuando un sistema familiar se encuentra vivenciando un proceso de duelo suele entorpecerse la dinámica familiar.

Dado que la mayoría de las pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, es importante considerar el impacto de la muerte en todo el sistema.

La mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa puede desequilibrar dicha homeostasis.

Se han identificado aquellos factores específicos que afectan al proceso de duelo y que influyen en el grado de desorganización familiar. Estos incluyen: las fases del ciclo vital familiar, el afecto y los patrones de comunicación, el rol del fallecido y los factores socioculturales (Worden, 2004).

El concepto de terapia familiar se basa en la creencia de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí, es por esto que no es suficiente tratar a cada persona en relación con el fallecido y trabajar su duelo sin relacionarlo con toda la red familiar.

Las familias varían en su capacidad para expresar y tolerar sentimientos. Si no se tolera que los sentimientos se expresen abiertamente, se pueden producir diferentes tipos de conductas contraproducentes para la elaboración del duelo. Ofrecer excusas y coartar la libertad de expresión de los integrantes de la familia corresponden a este tipo de conducta. Las familias funcionales procesan sus sentimientos sobre la muerte incluyendo, admitiendo y aceptando sentimientos de vulnerabilidad (Davis y otros, 1986).

El objetivo principal en este caso fue acompañar, contener y asesorar a los miembros de la familia en este proceso de duelo para que pudieran regresar a su homeostasis familiar de manera funcional.

M se encontraba muy angustiada y sentía que "no podía ni con ella", indicaba estar deprimida. Se considero importante el apoyo a la madre por parte de un profesional. Es por eso que se solicito interconsulta con salud mental para que comience un tratamiento psicológico particular, en donde pudo expresar y trabajar lo que le estaba sucediendo a ella.

Una de las cuestiones más importantes a tener en cuenta cuando un sistema familiar se encuentra en crisis, es el vínculo de los padres con los hijos. Cuando los padres se encuentran en pena les es muy difícil prestarles la atención necesaria a los mismos.

El apego del infante hacia la madre puede volverse menos seguro cuando la madre empieza

a trabajar, da luz a otro hijo, esta deprimida o en duelo.

Es por este motivo que se comenzó a tratar el vínculo de María con Zoe.

M explico que Z estaba demandante de afecto y que a ella le costaba responderle. Decía que la niña se enojaba mucho con ella que le contestaba mal y que le gritaba. También comento que Z comenzó a llorar más de la cuenta y por cualquier cosa.

Frente a estas cuestiones se le sugirió que cuando la niña se comportaba de este modo tratara de abrazarla, contenerla, preguntarle que es lo que le estaba sucediendo, respondiendo a sus preguntas y diciéndole lo mucho que la quería.

Esto se realizaba con el fin de acompañar a la niña, mostrar que se la entendía y darle seguridad.

M intentaba llevar esto a cabo pero le costaba sostenerlo. De todas maneras expresaba que cuando lo hacia se sentía mejor, con menos angustia y de algún modo se sentía acompañada en el dolor.

Se invito a la madre a participar en la terapia del consultorio de manera activa. Se realizaron intervenciones lúdicas entre ambas, compartiendo juegos, dibujando y creando juntas. Se les indico una tarea para el hogar en donde tenían que seleccionar fotos y traerlas al consultorio para realizar una lamina de ambas.

De esta manera se ayudo a M a reestablecer el vínculo con Z.

Se le indicaron diversas tareas para el hogar que consistían en ayudar a Z con los deberes, compartir juegos en la casa, ver películas juntas, así como también compartir las comidas con toda la familia.

Esto se solicita dado que los padres que dedican tiempo a estar con sus hijos les refuerzan y fortalecen el vínculo. Las interacciones cuando juegan con ellos les permiten reforzar conductas positivas y mejorar su autoestima. El niño siente que su padre lo valora, lo que suele mejorar su obediencia y esto se generaliza a otras situaciones.

Es muy importante que en todo tratamiento con niños se incluya el trabajo con la familia, dado que los esquemas cognitivos de los niños y su estilo de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias (Bunge, Gomar & Mandil; 2008).

M comento que Z ya no peleaba tanto, no presentaba las rabietas que manifestaba hace un tiempo atrás. En lo que a ella concierne refirió que se sentía un poco mejor, que la terapia la

estaba ayudando y que tenía ganas de comenzar a estudiar enfermería.

### **Intervenciones cognitivo-comportamentales dirigidas al proceso de Duelo Infantil.**

El objetivo fue planteado como un asesoramiento, a modo de orientación, espacio de expresión y prevención del duelo complicado o patológico.

El asesoramiento psicológico implica ayudar en el duelo normal o no complicado, facilitando su elaboración en un marco temporal razonable.

La elaboración de un duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo cambiado en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida (Stroebe, 1992).

Se trabajó con actividades del libro Cuando alguien especial muere (Heegaard, 1988).

Estas actividades proponen acercarse a la temática de la muerte, su significado, formas, concepciones. Este libro intenta acompañar y enseñar a los niños acerca de la muerte, reorganizar y ayudar a expresar sentimientos sobre las pérdidas, abrir a la comunicación, así como también ayudar a los adultos a descubrir conceptos ocultos que puede tener el niño.

Este es un libro diseñado para niños que tienen entre 6 y 12 años de edad, hay distintos dibujos incompletos que invitan a que ellos los terminen como lo deseen, expresando de esta manera lo que están sintiendo, contando de alguna manera su historia y su vivencia respecto a la pérdida.

A través del completamiento de figuras, frases y dibujos se le permitió a Z, poder trabajar con la temática de la muerte, desde diferentes puntos de vista y significados.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes (Véase Anexo V):

Se comenzó trabajando con las consignas “el cambio es natural” y “la gente también cambia”:

La primera consiste en dibujar y colorear los cambios que se van dando en la naturaleza constantemente, la segunda es un ejercicio en el que Z tuvo que dibujarse a ella bebé, a ella en el presente y a ella en el futuro. A la niña le gustó la actividad y no mostró dificultades para dibujarse.

La siguiente tarea consistió en dibujar algo que este vivo y algo que este muerto, bajo la consigna: vivir es crecer y cambiar. La muerte es el fin de la vida. Las plantas mueren, los

animales mueren... la gente muere. Z dibujo una flor erguida y con hojas grandes representando a lo vivo y una flor marchita en representación de lo muerto. El fin de estos ejercicios es ayudar a comprender que la muerte es una parte natural de la vida.

Se trabajó con la hoja número tres del libro que explica las etapas del proceso de duelo de una manera muy simple para los niños.

Expone como los cambios pueden causar pérdidas y estas pérdidas generan dolor. Mediante olas de distinto tamaño muestra que en este proceso puede haber tiempos de calma y tiempos de tormenta. Que es normal que una pérdida genere un momento shock y negación, seguida de confusión y sentimientos dolorosos, pero que luego se lograra la curación, cicatrización y crecimiento.

Es una manera de normalizar las emociones del niño, intenta mostrar que lo que siente esáa bien, que hay que pasar por todas estas etapas para poder llegar a estar mejor.

Se continuó trabajando con la identificación de los sentimientos, este ejercicio consiste en dibujar en los diferentes círculos caras que expresan los sentimientos escritos debajo.

Luego se intentó que Z pinte los lugares del cuerpo en donde se manifestaban esos sentimientos. Se le asigna un color diferente a cada sentimiento.

Z pintó con azul la zona del corazón, este color representaba a la tristeza. La parte de la panza la coloreo con el color negro que definía al temor y en la cabeza pintó con rojo, que representaba al enojo.

Se siguió con la consigna: Me enoja, me preocupa, me asusta: en este ejercicio, debía escribir algo que la enojara, algo que la preocupara y algo que la asustara. En el enojo, escribió que le enojaba cuando la retaban o le decían que hacer gritando. En la preocupación, escribió que le preocupaba la muerte. En cuanto al susto, escribió que le asustaba la oscuridad.

De lo expresado anteriormente, se focalizó en la preocupación de Z respecto de la muerte. Se intentó generar un clima de confianza en donde ella podía sentirse libre de preguntar lo que quisiese respecto de ese tema.

Pregunto si ella tenía la culpa de que sus hermanas se hayan muerto.

Se le explico que nadie tenía la culpa, se le mostraron y repasaron los primeros dibujos realizados en el consultorio que mostraban a la muerte como un componente natural de la vida.

Cuando se le pregunto qué le hacía pensar eso, respondió que no sabía, pero como en casa a veces la retaban y le gritaban pensaba que ella había hecho algo malo. Se le explico que así como a ella tenía días en los que estaba triste o enojada, lo mismo le pasaba a sus papás, que esto no significaba que ella haya hecho algo malo o que tenga la culpa de algo.

Se invitó a pasar a la madre y se le explico que Z tenía dudas acerca de la muerte y que sería de ayuda para ella que se le respondiese a sus preguntas de manera sencilla y sin miedo.

Otro ejercicio que se llevó a cabo con Z consistió en escribir en una escala del 1 al 8, aquellas personas que se preocupaban e interesaban por ella, siendo el 1 el más importante, y el 8 el menos.

En el número 1 escribió a su mamá, en el 2 a su papá, en el 3 a su abuela materna, en el 4 a su abuela paterna, en el 5 a su psicóloga, en el 6 a sus amigas del colegio, en el 7 a su maestra y en el 8 no supo.

En la consigna “tengo alguien especial con quien puedo hablar” realizo un dibujo de ella con su psicóloga.

Como cierre de estos encuentros se le solicito a Z que realice un dibujo libre, de lo que ella quisiese. Dibujo a una nena con alas y la encerró en varios corazones.

Se le pregunto cómo se llamaba el dibujo, a lo que respondió “Alitas”. Se comenzó a hablar sobre la muerte de su hermana y que idea se hacia ella de la misma, contó que ella creía que su hermanita era un ángel que la cuidaba desde el cielo.

El objetivo de estos ejercicios fue por un lado poder identificar y diferenciar sentimientos; como miedo, preocupación, angustia.

Por otro lado, poder armar una red de contención constituida por las personas que rodean a la niña y que pueda pensar en las posibilidades de apoyo y contención real que posee e identificar sus propios recursos.

Por último poder darle un nuevo significado a la muerte.

Durante un año se acompañó a Z en el proceso de duelo, en el último tiempo los encuentros se pautaban cada quince días. Se había logrado la aceptación de la pérdida y no se observaban episodios de encopresis. Z ya tenía siete años de edad, se encontraba cursando 2er grado con excelente rendimiento escolar, comenzó a aprender danza árabe. Las condiciones para el alta estaban dadas

En uno de los encuentros pautados se acercaron los padres de Z al consultorio para notificar que habían realizado estudios genéticos donde les informaron que tienen una incompatibilidad genética, esto significaba que tenían altas probabilidades de tener hijos con la misma patología que la beba fallecida.

Sus padres comentaron que la niña había vuelto a tener episodios de encopresis, no eran muy frecuentes, pero venían acompañados de mala conducta en la casa. Cuando se comienza a indagar el origen de los mismos, explicaron que comenzaron cuando Z empezó a preguntar sobre su nacimiento. Pregunto porque en las fotos del embarazo de su mamá que estaban en la lámina realizada en el consultorio no estaba H y porque no estaba.

Z todavía no sabía que H no era su padre biológico y aunque quizá no entendía realmente lo que sucedía se da cuenta de que algo no estaba bien y lo vuelve a manifestar de la manera que aprendió: mediante el síntoma, mas leve pero presente.

Se cito a los padres y se insistió en la importancia de hablar con la niña sobre su origen, se les propuso realizar encuentros de orientación con ambos para elaborar los miedos y las fantasías que les generaba el tener que comunicarle a la niña que en verdad su papá biológico no era H.

Luego de dos semanas H habla con Z.

La niña concurre a sesión junto con su mamá. Z comenzó a contar que su “mamá tenía novio antes de conocerlo a mi papá y que había quedado embarazada y se habían peleado, después mamá y papá se conocieron en la escuela y se pusieron de novios y se casaron, él me puso el apellido y antes tenía el apellido de mi mamá y ahora me puso el de mi papá”.

Se le preguntó qué es lo que estaba sintiendo, que es lo que pensaba de lo que le habían contado, comenzó a llorar, su madre también, una vez más tranquila explico que “le parecía que estaba bien” y abraza a su madre.

A la semana siguiente se trabajó con Z lo hablado en la sesión anterior “lo que le parecía que estaba bien”, ingresan H y M al consultorio y se da lugar a que la niña obtenga las respuestas que necesita, una vez concluida la sesión se la observa más tranquila. La niña no presento más síntomas de encopresis. Su madre expuso que desde que Z había hablado con H y con ella estaba mejor, que en su casa estaba todo más tranquilo. Se da el alta.

La abuela materna de Z es enfermera del hospital en donde fue atendida, se acerca al servicio y comenta que M, está embarazada que se atiende en un hospital en Capital Federal

con un especialista de embarazo de riesgo que realizaron la pruebas genéticas de la beba y no tiene ningún problema genético.

Meses después Z concurre al servicio con su mamá y su hermanita recién nacida.

Como exponen Montt y Almonte (2003) las perturbaciones en el funcionamiento familiar generalmente se expresan a través de síntomas psicológicos en algún miembro del sistema, el cual, a su vez tiene un papel activo en su medio. Este, a través de sus mismos síntomas, contribuye a ajustar más la espiral transaccional disfuncional, hasta que se produce una crisis que representa un motor para el cambio.

#### **4. DISCUSIÓN**

A lo largo de este trabajo se ha realizado una descripción de un caso de duelo infantil con un trastorno de encopresis, desde el modelo cognitivo-conductual.

La terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. Los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Pero no hay que olvidar que forman parte de sistemas familiares y escolares, es por esto que se centra el tratamiento dentro de su propio entorno natural, ya sea este la familia, la escuela o el grupo de pares.

Los terapeutas deben tener en cuenta los complejos aspectos sistémicos que rodean los problemas del niño y diseñar planes de tratamiento que los tengan en cuenta.

Dado que los sistemas a los que los niños pertenecen pueden exigir habilidades de afrontamiento adaptativos es fundamental implicar a la familia para implantar, mantener y generalizar los logros terapéuticos, como se observó a lo largo del caso descripto.

La terapia cognitiva con niños se apoya en habilidades verbales y cognitivas, es imprescindible tener en cuenta la edad del mismo, así como sus habilidades. Adaptar el nivel de las intervenciones a la edad y a las capacidades correspondientes al nivel del desarrollo.

En este caso se fueron modificando las intervenciones acorde a la edad de la niña, Z comenzó el tratamiento con cinco años de edad, se utilizaban dibujos, cuentos y ejercicios acordes al desarrollo de la niña, se luchó contra la “caca mala” vencéndola en varias oportunidades.

Finalizo el tratamiento con siete años sabiendo leer y escribir, y con un alto nivel de

asociación, que se pudo observar cuando la misma comenzó a demandar respuestas en base a su origen. En este periodo se incluyeron intervenciones de análisis racional, principalmente cuando se abordaba la temática del duelo.

A medida que los niños van creciendo, se espera que controlen sus esfínteres y que aprendan que sus padres siempre regresan y dejen de llorar cuando se marchan, así como que aumente gradualmente su capacidad de autocontrol, que desarrollen su asertividad y sus capacidades de autoevaluación, que aprendan a comunicarse y a negociar verbalmente en vez de llorar cuando quieren algo.

Cuando la conducta de los niños se desvía de manera significativa de aquello que correspondería esperar, los profesionales trabajan para corregir esa desviación.

Esto es lo que se realizó en este caso que resulto bastante complejo, no por una actitud pasiva de la niña, ni por un desinterés en la familia, sino por los factores ambientales que se desencadenaban, que generaban la mantención del síntoma y la necesidad de redireccionar y redefinir el tratamiento. Este es un claro ejemplo de la flexibilidad que debe tener el profesional cuando está llevando a cabo un tratamiento psicológico.

Por lo general los tratamientos cognitivos no duran tanto tiempo. En cada oportunidad que Z estaba en condiciones de ser dada de alta se tenía que volver a empezar. Es por esto que se seleccionaron y describieron las intervenciones más significativas para el caso.

Este trabajo intento mostrar una forma de trabajar con los niños en la que jueguen y a la vez se diviertan. Aunque muchas de las dificultades psicológicas y vivenciales a las que la niña tuvo que enfrentarse fueron dolorosas y estresantes, los temas más incómodos se trataron de un modo imaginativo, creativo que promovieron a la participación.

La intención de este trabajo fue la de ilustrar los conceptos y las intervenciones de manera clara y sencilla, pero cabe aclarar que el caso no se presentó de esa manera.

Ahora bien, la terapia cognitiva con niños en situación de duelo y de encopresis no cuentan con la misma difusión y desarrollo que, por ejemplo, los trastornos de ansiedad o la enuresis. Salvo contadas excepciones, no suelen encontrarse referentes teóricos y se genera una gran dificultad para conseguir bibliografía infantil sobre estas situaciones. Esto constituye un desafío para los profesionales de la salud en el acompañamiento terapéutico de estos casos. En donde la pregunta fundamental es: ¿Qué se debe hacer y cómo debe hacerse? uno de los objetivos de este trabajo consistió en ayudar a responder estas

preguntas.

Teniendo en cuenta que durante el duelo, los chicos tienen menos capacidad y menos elementos que los adultos, para ordenar su situación emocional. Los niños viven el duelo sin la carga emocional que suelen tener los adultos. Sin embargo, dependerá de los padres o de los adultos responsables, la posibilidad de expresión infantil acerca de la muerte (Lieberman, 2007).

No se debe obligar a un niño asustado a ir a un velorio o entierro de un ser querido, sin embargo, el honrar o recordar a la persona de alguna manera, como por ejemplo, encender una velita, decir plegarias, preparar un álbum de fotos o contarle historias, puede ser de mucha ayuda. Los padres deben estar conscientes de cuáles son las reacciones normales de los niños ante la muerte de un familiar, así como las señales que indican que el niño está teniendo dificultad al enfrentarse a la pena, como se observó a lo largo de este trabajo. El terapeuta se convierte en guía y apoyo, ayudando al consultante a reconocer y desarrollar sus propios recursos, pero también estimulando nuevos. En general todos los niños necesitan que se les participe del problema brindándoles información correcta y sencilla, que deberá ser acompañada de apoyo emocional, tal como seguridad y comprensión para afrontar la pérdida.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Association.
- Alconte, C. (1994). *La encopresis como manifestación de trastornos psiquiátricos del niño*. Rev. Chilena de Pediatría, 44: 231
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. New York: Lawrence Erlbaum.

- Bowlby, J. (1977). *The making and breaking of affectional bonds*: Tavistock. Citado en: Marrone, M. (2005). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss; Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1997).
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. (1999). *Updating the Ainternal working model construct: Some reflections*. *Attachment and Human Development*, 1, 343-357.
- Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Correa A. (2003). *Trastornos de la Eliminación. Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterraneo.
- Desatnik Miechimsky, O. (2004). *El modelo estructural de Salvador Minuchin*. En *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Luz de Lourdes Eguiluz, compiladora. México D. F.: Pax México.
- Ellis, A. (1979). *Razón y emoción en psicoterapia: Desclée de Brouwer*. Citado en: Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Catrec.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Hammer, E. (1969). *Tests proyectivos gráficos*. Barcelona: Paidós.
- Heegaard, M. (1988). *When Someone Very Special Dies: Children Can Learn To Cope With Grief*. United States: Woodland Press.
- Kastenbaum, R. (1969). *Death and bereavement in later life*. En Kutscher, A. (comp.). *Death and bereavement*. Springfield: Thomas.
- Kubler Ross, E. (1969), *Sobre la Muerte y el Morir*, Nueva York, Norton

- Lamers, T. (1986). *El duelo infantil*. Barcelona: Paidós.
- Liberman, D. (2007). *Es hora de hablar de duelo*. Buenos Aires: Atlántida.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México D. F.: Gedisa.
- Montt M. E. & Almonte C. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Chile: Mediterraneo.
- Mullan, M. (2005). *Proceso de duelo*. Buenos Aires: iMedPub.
- Neimeyer, R. (1999). *Aprender de la pérdida*. Buenos Aires: Paidós.
- Ollendick, T. H. (1993). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Parkes, C.M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (2001), Muerte y creencias a través de las culturas. Barcelona: Paidós.
- Querol, S. & Chávez Paz, M. I. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar.
- Robinson, M., Baker, L. & Nackerud, L. (1999), *The relationship of attachment and perinatal loss*, *Death Studies*, n°23, págs. 257-270
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996), The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory, *revista de personalidad y psicología social*, N°70.
- Verthely, F. & Méndez, R. (1985). *Interacción y proyecto familiar en el test kinético de al Familia Actual y prospectiva*. Barcelona: Paidós.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1991), *Living beyond loss: Death in the family*, Nueva York, Norton
- Worden, W. & Silverman, P.R. (1993). Grief and depression in newly widowed parents with school – age children. *Omega*, 27, 251 – 260.
- Worden, W. (2004), *El tratamiento del Duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2° ed.), Barcelona, Paidós.
- Yoffe, L (2007). *El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales*. *Psicodebate*, 3, 131 – 136.

- 

[www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2004/pedamb/ponencias/s099.htm](http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2004/pedamb/ponencias/s099.htm) -

# ANEXO

## **BATERÍA PSOCODIAGNÓSTICA: Anexo I**

- PERSONA BAJO LA LLUVIA
- H.T.P INTEGRADO
- FAMILIA KINÉTICA

## **PSICOTERAPIA DE APOYO: Anexo II y Anexo III**

- GRAFICO DE CARAS, RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES
- COMO ME SIENTO HOY? y PORQUE?

## **INTERVENCIONES COGNITIVO COMPORTAMENTALES PARA TRATAR LA ENCOPRESIS: Anexo VI**

- PLANILLAS DE PRESCIPCION DE SINTOMAS PARA LA ENCOPRESIS (distintos momentos).

## **INTERVENCIONES COGNITIVO COMPORTAMENTALES DIRIGIDAS AL PROCESO DE DUELO: Anexo V**

- DEL LIBRO: “cuando alguien importante muere”.

