

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DEL SÍNTOMA ENCOPRESIS
EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS (ESTUDIO DE 5 CASOS ATENDIDOS EN
EL PERÍODO DE AGOSTO 2009 A MAYO DE 2010)”**

SOFÍA VASCO DÁVILA

DIRECTOR/A: Mgtr. PAULINA BARAHONA

QUITO, 2011

Dedicatoria

Dedico este trabajo de disertación a todos los niños incomprendidos del Ecuador quienes por medio de la encopresis denuncian el malestar, la angustia y todo aquello que los aqueja y que no puede ser expresado por medio de la palabra.

Así como también dedico este trabajo a todos los psicólogos clínicos quienes tienen pacientes con encopresis e intentan buscar diversas formas de trabajar este síntoma sin dejar de lado la ética, el compromiso y la confidencialidad.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios por guiar mi camino durante mi vida, mi carrera y el ejercicio de mi profesión.

En segundo lugar agradezco al CPsA (Centro de Psicología Aplicada de la PUCE) y a Proniño sede Sub Centro de Salud “La Bota” por permitirme el uso de los casos expuestos en esta disertación.

En tercer lugar agradezco a la directora de esta disertación Mgtr. Paulina Barahona por toda la enseñanza que me impartió no solo a lo largo de mi carrera sino durante la elaboración de este trabajo.

En cuarto lugar agradezco a mi familia, mi padre Carlos, mi madre Cecilia y mis hermanas María José y Clara por haberme apoyado durante mi carrera y por haber creído en mí y en mis potencialidades.

Finalmente agradezco a mi novio Ramiro quien ha sido mi compañía y mi apoyo durante la carrera, en la elaboración de este trabajo y en el ejercicio de mi profesión.

Tabla de contenidos

	Pág.
Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Tabla de contenidos.....	IV
Índice de tablas.....	VI
Índice Anexos.....	VII
Resumen.....	VIII
Introducción.....	9

Capítulo I

1 El síntoma infantil.

1.1 Definición.....	12
1.2 La formación del síntoma.....	16
1.3 El sentido de síntoma.....	21
1.4 La estructuración infantil.....	23
1.4.1 Desarrollo psicosexual infantil.....	23
1.4.2 La angustia de castración.....	31
1.5 La angustia de muerte.....	39

Capítulo II

2 La encopresis.

2.1 La encopresis desde el aspecto médico.....	43
2.2 La encopresis a causa de fallos en el aprendizaje del control de esfínteres.....	49
2.3 La encopresis desde la teoría psicoanalítica.....	52

Capítulo III

3 Análisis de casos prácticos.

3.1 Caso "Juan".....	66
3.2 Caso "José".....	66
3.3 Caso "Carlos".....	66
3.4 Caso "Andrés".....	66
3.5 Caso "Lola".....	66
Conclusiones.....	107
Bibliografía.....	110
Anexos.	113

Índice de tablas

	Pág.
Tabla No. 1 Hipótesis, variables e indicadores.....	67
Tabla No. 2 Datos generales de los casos trabajados.	68
Tabla No. 3 Proceso de los casos atendidos.	70
Tabla No. 4 Presencia de indicadores en cada uno de los casos:.....	72
Casos variable independiente:	
Tabla No. 5 Fijaciones en la etapa anal: Palabras de los padres que establezcan la importancia de la etapa anal.....	74
Tabla No. 6 Fijaciones en la etapa anal: Excesiva pulcritud en el niño o excesivo desaseo en el niño.	80
Tabla No. 7 Fijaciones en la etapa anal: Excesivo orden o desorden en el niño,.....	85
Casos variable independiente:	
Tabla No. 8 Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares: Dibujos: Presión intensidad, extensión.	89
Tabla No. 9 Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares: Violencia intrafamiliar (Física, psicológica).....	93
Tabla No. 10 Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares: Maltrato infantil (abuso sexual, abandono).	97
Tabla No. 11 Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares: Edipo no resuelto.....	100
Tabla No. 12 Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares: Dificultad en la relación con el otro.	103

Índice de anexos

		Pág.
Anexo I	Caso "Juan"	
	Síntesis del caso.....	114
	Dibujos	115
Anexo II	Caso "Carlos"	
	Síntesis del caso.....	118
	Dibujos	119
Anexo III	Caso "Lola"	
	Síntesis del caso.....	122
	Dibujos	123
Anexo IV	Caso "Andrés"	
	Síntesis del caso.....	125
Anexo V	Caso "José"	
	Síntesis del caso.....	126
	Dibujos	127

Resumen

Esta disertación es un trabajo teórico aplicado que se encuentra dividido en tres capítulos con los siguientes títulos: *El síntoma infantil*, *La encopresis* y *Análisis de casos prácticos* en ese orden en los cuales se estudió la formación del síntoma encopresis en niños de seis a once años.

En la parte teórica, el lector encontrará a más de las diferenciaciones determinadas por las contribuciones proporcionadas por la medicina, el psicoanálisis y la psicología sobre la encopresis, una base teórica fundamentada en los aportes de Sigmund Freud y apoyadas por otros autores tales como Françoise Dolto, Maud Mannoni.

Finalmente, en la parte aplicada el lector podrá constatar el análisis, cuadros con variables, indicadores, resúmenes de los procesos y dibujos de los cinco casos de niños que padecieron el síntoma encopresis y fueron atendidos por la autora siguiendo lineamientos psicoanalíticos durante el período de Agosto 2009 a Mayo 2010.

Introducción

El objeto de estudio de este trabajo es el analizar la formación del síntoma encopresis en niños de seis a once años de edad, para lo cual, no solo se ha considerado a la encopresis cómo algo infrecuente dentro de las demandas por las cuales los niños asisten a consulta; sino como un síntoma que se produce en niños que habiendo superado la etapa anal, tienen dificultades en el control del esfínter anal, debido a situaciones angustiantes relacionadas con su historia individual.

Lamentablemente la encopresis es un síntoma del cual la información teórica que contribuye a la comprensión de éste “problema” es escasa en razón de que por lo general se trabaja desde los conceptos del DSM4, el CIE10 o en clasificaciones obtenidas en el área médica (gastroenterología, pediatría, psiquiatría...) como una afección orgánica dejando de lado la parte emocional del sujeto; que en este síntoma particular, se encuentra relacionada a elementos que forman parte de su diario vivir y que, tienen una estrecha relación con un conflicto personal en el aspecto relacional con los otros tanto en lo social, como en lo individual y lo familiar.

La encopresis es una sintomatología considerada como “anormal” y se la trata de solucionar internamente en la familia y/o con la ayuda de un profesional en el área médica dando como resultado una fallida búsqueda de soluciones que no hacen más que poner en evidencia el desconocimiento, la desinformación que los padres tienen en relación con éste síntoma y con la constante influencia y creencia de los mitos sociales referentes a la encopresis sin considerar la necesidad de escuchar a ese niño que expresa su malestar en el cuerpo.

Esta disertación ha sido trabajada desde el referente de la teoría psicoanalítica, es así que su abordaje inicia con los conceptos freudianos sobre el síntoma, la angustia, las fijaciones, el desarrollo psicosexual, etc.; criterios que nos permitirán enlazar las concepciones de la escuela francesa, institución que ha profundizado su investigación sobre la teoría en el psicoanálisis infantil.

El objetivo general que guió este trabajo fue: identificar los factores que determinan la formación del síntoma encopresis en niños mayores de tres años.

La metodología con la que se realizó esta investigación de disertación se basó en la investigación cualitativa fundamentada en un método de indagación bibliográfico y análisis de casos.

En el primer capítulo el trabajo se relaciona con el concepto de síntoma, desde un punto de vista Psicoanalítico, haciendo un recorrido por su definición, sentido, formación, estructuración infantil y la relación de este con el desarrollo psicosexual. Se partió considerando las formulaciones teóricas de Sigmund Freud contenidas en sus textos como Inhibición, síntoma y angustia, Tres ensayos de la teoría sexual y sus conferencias en donde, no solo nos plantea, que la angustia es la clave principal para la producción de un síntoma; sin que la carga de un afecto se transforma en angustia, que es una señal de alarma, de que algo peligroso para el yo está pasando y, no se la puede ocultar sino que, nos permite comprender el síntoma de encopresis en niños que ya hayan superado la etapa anal; al determinar los elementos causales de angustia, a más de comprender el significado de síntoma, podremos usarlo para poder en base de la historia del paciente determinar los elementos angustiantes que han influido en la aparición de la encopresis; además, de hacer un recorrido por las concepciones freudianas se va a trabajar los conceptos de angustia de castración y angustia de muerte, apoyados en la visión de los autores de la escuela francesa como Françoise Dolto, Maud Manonni, se incluirá autores contemporáneos de la escuela francesa.

En el segundo capítulo, a manera de contextualización, se habla de los conocimientos generales y más comunes sobre esta sintomatología, como lo son; la encopresis desde el punto de vista médico, donde es tratada como una afección orgánica por pérdida de tonicidad muscular en el intestino y en el recto; también se explica sobre la encopresis a causa de fallas en el aprendizaje en el control de esfínteres producido por una educación no adecuada inculcada a los niños tanto en la limpieza que se debe realizar después de la defecación, o por la poca atención que los padres proporcionan a sus hijos, finalmente en esta segunda parte se habla sobre la encopresis desde el punto de vista psicológico y psicoanalítico.

En el tercer capítulo se realiza el análisis de cinco casos atendidos durante las prácticas pre-profesionales tanto en el CPsA como en el Sub Centro de Salud “La Bota” durante el 2010, trabajo que permitirá al lector comprender como el síntoma de encopresis se encuentra relacionado con fijaciones en la etapa anal y con elementos desencadenantes que le provocan angustia al niño; por medio del análisis de las variables e indicadores obtenidos dentro de las entrevistas realizadas a los pacientes.

Finalmente se establecen las conclusiones obtenidas como resultado de esta investigación; se adjunta además la biografía y los anexos que corresponden al capítulo III.

CAPÍTULO I

1. El síntoma infantil

El niño es un sujeto que se va estructurando a lo largo de toda su vida por medio de diversos aprendizajes y personas que contribuyen a su formación. Los niños, los padres y la enseñanza perfecta no existen, siempre habrá dificultades, a las que se deberán enfrentar y encontrar posibles soluciones, lo que muchas veces no es tan sencillo; los niños se ven afectados por esas “dificultades” hasta el punto en que, en algunos casos su comportamiento cambia; en otros, presentan síntomas, etc., lo que da cuenta de que hay algo que debe ser comprendido, es ahí cuando inicia la búsqueda de un tercero, un profesional, que venga a solucionar el malestar.

En la clínica el trabajo con los niños no es diferente al que los terapeutas aplican con sus otros pacientes jóvenes, adultos, etc. considerando que dentro del proceso varíen los tests que se aplican, la forma en la que se llevan las sesiones, el tiempo de duración de las mismas sesiones, las palabras utilizadas, entre otros pero, hay algo que no cambia y es la escucha del malestar que el paciente trae a consulta, que se encuentra intrincado con el síntoma y que será expresado por medio de la palabra.

Para entender al síntoma infantil y en particular a la encopresis se iniciará revisando al síntoma y la diferencia de éste con el síndrome y el signo, para lo cual, se partirá desde la definición general de síntoma, haciendo un recorrido por los conceptos obtenidos desde el área médica, enciclopedias, diccionarios (lenguaje y psicoanálisis) hasta llegar al criterio emitido por a varios autores quienes desde una posición psicoanalítica nos proveen en sus textos el concepto de síntoma.

1.1 Definición

La definición del síntoma, tiene diversas interpretaciones que han sido obtenidas a lo largo de la historia dependiendo de la ciencia (medicina, psicología, teoría psicoanalítica) a la que pertenecieron los tratantes ya sean

médicos generales, médicos especialistas, psicoanalistas, psicólogos, entre otros, esto es lo que va a marcar la posición teórica con la que se va a trabajar e interpretar al síntoma que aqueja al paciente que asiste a consulta buscando una “solución” pronta y ágil a su “problema”.

El síntoma por lo general es definido como:

Cada uno de los indicios, señales o manifestaciones que sirven para denotar el estado en que se encuentra un individuo. Comúnmente sirven para identificar a las enfermedades, o para tener idea del curso que estas siguen. En medicina el síntoma es distinto del signo. Los signos son objetivos, reales, sensibles, mientras que los síntomas son subjetivos, susceptibles de interpretación. El dolor es un síntoma, que el médico interpreta a través de la descripción del enfermo, mientras que la inflamación de la cara es un signo.¹

Sin embargo existen otras conceptualizaciones obtenidas tanto de enciclopedias como de diccionarios que explican al síntoma como “Fenómeno propio y característico de una enfermedad. Señal, indicio de una cosa”², lo que nos permite distinguir las diversas formas en las que un especialista trata al síntoma desde la ciencia a la que pertenezca, para lo cual debemos distinguir las concepciones consideradas por la medicina y las meditadas por la teoría psicoanalítica y la psicología.

Partiendo del discurso médico, en el área de medicina general, podríamos decir que el síntoma es: “Manifestación de una alteración orgánica o

¹Cfr. Enciclopedia Ilustrada CUMBRE. Tomo XI, impreso en México, Editorial Grafica Impresora Mexicana S.A. 11^{va} Edición, letra S; Pág. 219.

²Cfr. Diccionario Ilustrado de la Lengua Española ARISTOS 3. Barcelona, Editorial Ramón Sopena S.A. 1991, letra S. Pág. 568.

funcional apreciable por el médico o el enfermo”³, por lo que, diríamos que el síntoma es un elemento subjetivo. Las concepciones de la medicina general son interpretadas y traspasadas a todas las especialidades médicas en donde obtienen nombres específicos de acuerdo a la locación en la que se encuentran; por ejemplo, si buscamos el concepto de síntoma dentro del área de la gastroenterología podemos decir que son manifestaciones orgánicas o funcionales estimables por el médico por el paciente en los órganos que se encuentran dentro de la cavidad abdominal, etc.

Siendo que la medicina influenció en todas las especialidades cercanas a ella, vemos que tanto en la teoría psicoanalítica como en la psicología en general tienen una gran influencia las palabras que han venido del discurso médico, sin embargo se las concibe de diferente manera en cada una de las áreas, es así que, para la teoría psicoanalítica el síntoma es concebido por Sigmund Freud como un “fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, no es el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente”⁴, “equivale a indicio de un proceso patológico”⁵; en otras palabras, él síntoma es la expresión de lo reprimido que se da en el inconsciente de cada sujeto; tiene un sentido y se encuentra ligado a la vida psíquica del sujeto, por lo tanto, se encuentra enlazado con la historia individual y se expresa por medio del lenguaje del cuerpo, en consecuencia es también una defensa ante los conflictos psíquicos.

Por otro lado Françoise Dolto, en su texto psicoanálisis y pediatría plantea “el síntoma responde a una necesidad inconsciente, deriva de una pulsión bloqueada o reprimida cuya energía necesita, cueste lo que le cueste

³Cfr. Masson, Estanislao, Navarro-Beltral Iracet; Diccionario terminológico de ciencias médicas. México DF, Editorial Masson S.A, 1992. Pág. 634.

⁴Cfr. AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 2^{da} Edición, 2004; letra S; Pág. 637.

⁵Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004; Pág. 83.

encontrar un medio de expresión”⁶, que el síntoma es la liberación de la angustia que tiene un sujeto; este se forma por un conflicto interno producido, el desconocimiento de las causas del malestar y un conflicto entre las pulsiones libidinales y las prohibiciones sociales.

Desde el punto de vista de Maud Manoni en su texto *El niño, su "enfermedad" y los otros*, el síntoma es una forma de ocultar algo que está originalmente sucediendo con otra manifestación, no necesariamente a través de las palabras ya que usa cualquier forma de lenguaje “El síntoma se convierte en un lenguaje cifrado cuyo secreto es guardado por el niño”⁷, el síntoma está ahí en vez de las palabras, tiene un código o varios que deben ser descubiertos por el analista; “El síntoma viene como máscara o palabra cifrada”⁸.

Para la brasileña Marcia Porto quien tiene un planteamiento similar al de Maud Mannoni el síntoma aparece en vez de palabras y para esta autora quien realiza varias investigaciones sobre la encopresis el síntoma se encuentra como un reemplazo “Recalca que el síntoma está en lugar de una palabra que falta y que da lugar a una brusca pérdida de una marca identificadora”⁹¹⁰.

Por otro lado Catherine Mathelin en su texto *Clínica Psicoanalítica con niños en el análisis del caso Samira* nos plantea que es importante comprender el entorno del niño y la relación de este con el síntoma “sería tan ridículo concentrarse en el síntoma sin intentar comprender lo que sucede en la

⁶Cfr. Dolto, Françoise; *Psicoanálisis y Pediatría*. Madrid. Siglo veintiuno Editores, SE, 11^{va} reimpresión. Pág. 140.

⁷Cfr. Mannoni, Maud; *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1982. Pág. 19.

⁸Cfr. Idem. Pág. 27.

⁹Cfr. Porto Ferreira, Marcia; *Transtornos da excreção, Clínica psicoanalítica*. 1^{ra} Edição, Casa do psicologo, Livraria, e Editora, Ltda. 2004. Pág. 90.

¹⁰Original: “Remarca que o sintoma vem no lugar de uma palavra que falta e que dá lugar a brusca perda de toda marca identifica tória”

constelación familiar, como no aceptar preguntarse por lo que corresponde propiamente al niño”¹¹.

Estas definiciones, expuestas anteriormente desde el punto de vista de diferentes autores no solo nos permiten comprender que el síntoma es una manifestación subjetiva que da a conocer el paciente de acuerdo a lo que siente; sino que, éste se diferencia de forma clara del síndrome y del signo en las enfermedades que se pueden dar en cualquier sujeto (sin importar la edad) ya que por un lado el síndrome es un grupo de síntomas que se define como “Cuadro o conjunto sintomático, serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinando”¹² y por otro lado el signo es lo palpable, lo que se puede ver, es lo que uno se da cuenta fácilmente.

Por todo lo antes dicho, considero que el síntoma es la expresión subjetiva de un conflicto inconsciente que tiene un sujeto sin importar su edad o condición social; este da cuenta de un elemento reprimido, producido por eventos que le han generado angustia al sujeto y, que han sido denunciados a través de una sensación física que debe ser descifrada desde la ciencia a la que el tratante pertenece.

1.2 La formación del síntoma.

Dentro de la práctica clínica, siempre encontramos pacientes que dan cuenta de encontrarse cansados anímicamente debido a que, padecen síntomas que no solo se encuentran constantemente presentes en su vida sino que, no cuentan con una explicación médica, lo que les ha generado una desmotivación y, una dificultad en el ejercicio de su vida diaria; por el desconocimiento de las causas de su malestar.

¹¹Cfr. Mathelin, Catherine; Clínica psicoanalítica con niños uvas verdes y dentera. Buenos Aires, Ediciones nueva Visión, 1994. Pág. 57.

¹²Cfr. Masson, Estanislao, Navarro-Beltral Iracet; Diccionario terminológico de ciencias médicas. Op. Cit. Pág. 629.

Comprender el cómo se forma un síntoma y las diversas formas de manifestación, sean estas enuresis, encopresis, alergias, entre otras en las que este puede darse a conocer ante la persona misma y los que lo rodean nos permitirá entender una de las causas por las que los pacientes asisten a consulta.

Al hablar de formación del síntoma psíquico, encontramos que existen varios aportes conceptuales realizados desde diversas escuelas y corrientes relacionadas tanto con la psicología como con la teoría psicoanalítica; sin embargo estos, se han dado gracias a los lineamientos generales obtenidos desde el inicio del apareamiento de la teoría psicoanalítica y que Sigmund Freud agrupado en sus textos en los cuales plantea que el síntoma se forma como resultado de un proceso represivo dado en el yo del sujeto. “El yo consigue coartar el devenir consciente de la represión que era la portadora de la moción desagradable”¹³ y que a continuación especificaremos.

Para Sigmund Freud, la formación del síntoma es el resultado de un proceso producido por una insatisfacción pulsional, que al no poder ser satisfecha, inicia su formación a raíz de las dificultades generadas dentro del intercambio producido en el aparato psíquico. El aparato psíquico para Freud es una estructura en la cual se produce el desarrollo de los procesos inconscientes en la psiquis de los sujetos, “donde los procesos inconscientes son expuestos en su función simbólica”¹⁴; su teoría se desarrolló en dos momentos conocidos como tópicos, la primera tópica en la cual Freud plantea que el aparato psíquico está compuesto por tres partes a las que denominó el inconsciente (IC) que se encuentra conformado por elementos reprimidos que no tienen acceso a lo consciente y al preconscious, el preconscious (Pcc) que es el lugar intermedio entre lo inconsciente y lo consciente, en donde se encuentran las huellas mnémicas que pueden volver a la conciencia y el consciente (Cc) que es el lugar del psiquismo que recibe la información que se

¹³Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág. 87.

¹⁴Cfr. AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Op. Cit. letra A; Pág. 47.

consigue del mundo exterior; posteriormente se expone una segunda tópica que al igual que la primera está conformada por tres instancias psíquicas (ello, yo y superyó) que se encuentran conformadas por nuevas connotaciones y son el ello que tiene la propiedad inconsciente “Lo inconsciente es la única cualidad dominante en el interior del ello”¹⁵ además es el lugar donde se albergan las herencias filogenéticas y se encuentran las pulsiones; el yo es el lugar propio de la conciencia donde se media entre el ello y, el superyó para llegar a un consenso entre las instancias y se localizan los mecanismos de defensa, y finalmente se encuentra el superyó “El superyó, que inhibe nuestros actos o que produce el remordimiento”¹⁶, que es la instancia psíquica que juzga los actos y cuestionan las acciones que se deben tomar en situaciones del diario vivir.

Las dificultades que se generan dentro del aparato psíquico tienen que ver con el proceso represivo que se da en el yo, esta represión eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello, para comprender esto es necesario saber que la represión “proceso de apartamiento de las pulsiones que ven negado su acceso a la conciencia”¹⁷ es un proceso inconsciente que se da en todos los sujetos y tiene dos momentos uno conocido como represión originaria que es una primera fase donde la represión niega la asunción de algún evento consciente produciendo una fijación “apartamiento de una significación que, en virtud de la castración, ve negada su asunción por lo consciente: la significación simbólica soportada por el falo, objeto imaginario”¹⁸ y un segundo momento que es la represión propiamente dicha que es un segundo estadio que concierne a la cadena de sucesos que se van adquiriendo previamente y no necesariamente tienen sentido, en ese momento, sino después de algún tiempo desde su primera inscripción en la psiquis del sujeto y que pueden o no iniciar con la represión

¹⁵Cfr. AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Op. Cit. letra E; Pág. 190.

¹⁶Cfr. Idem. Pág. 654.

¹⁷Cfr. Idem. Pág.600.

¹⁸Cfr. Idem. Pág. 600.

originaria; “represión de las pulsiones oral, anal, escópica e involuntarias, es decir de todas las pulsiones ligadas a los orificios reales del cuerpo”¹⁹.

Comprendiendo el aparato psíquico y el concepto de represión podremos decir que la formación del síntoma inicia desde el yo cuando en este se da la represión; “Éste se engendra a partir de la moción pulsional afectada por la represión”²⁰, ya que, es en esta instancia psíquica (yo) por un encargo del superyó el lugar en el cual se ataca a una investidura pulsional incitada por el ello, que a causa de la represión, es inhibida por el yo; este accionar, se produce debido a que este tiene una estrecha vinculación con el preconscious que recibe excitaciones, sensaciones etc., internas y externas tanto placenteras como displacenteras que son seguidas en la psiquis del sujeto por medio del principio del placer.

Debemos saber que para el yo la represión es una huida, una defensa frente a un estímulo exterior, un peligro en donde este huir equivale a la represión; para que el yo realice este proceso, debe quitar la investidura de percepción de lo peligroso, luego determinará que se debe reprimir produciendo angustia o displacer como un estado afectivo dado por el elemento (imagen mnémica) que existió previamente ya que los estados afectivos son incorporados y están relacionados con las antiguas experiencias de vida desde que nacemos si se quisiera delimitar momentos (represivos primordiales) es por medio de esta, que el yo impide que sobrevengan de una forma consciente cualquier representación desagradable donde el yo no ataca a una investidura pulsional incitada desde el ello debido a que no tiene una orden del superyó de no atacar al yo por lo que el surgimiento del síntoma tiene lugar en el intercambio existente entre el yo, ello y el superyó.

Además, debemos comprender que para Freud hay dos formas de expresión de la formación del síntoma: 1. “Síntomas permanentes desplazados

¹⁹Cfr. AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Op. Cit. letra R; Pág. 600.

²⁰Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág. 90.

a la motilidad”²¹ en donde el yo al parecer tiene una participación activa y 2. “Síntomas intermitentes y referidos a la esfera sensorial”²² relacionados con las sensaciones de displacer. Dentro de la formación del síntoma “El igual que el sueño, el síntoma figura algo como cumplido: una satisfacción a la manera de lo infantil; pero por medio de la más extrema condensación esa satisfacción puede cumplirse en una sensación inervación únicas, y por medio de un extremo desplazamiento puede circunscribirse a un pequeño detalle de todo complejo libidinoso”²³ también se dan los procesos inconscientes que también participan en la formación del sueño y del chiste que son la condensación y el desplazamiento.

- La condensación es un mecanismo en el cual se reúne en un significante las investiduras de varios significantes a la vez y las representa, estos se unen entre sí por medio de cadenas de significantes. Para que este mecanismo sea realizado es necesario que se dé el desplazamiento.
- El desplazamiento es un mecanismo en el cual una representación inconsciente desprende afectos de una representación a otra. En este se inviste un objeto en lugar de otro sin que le genere angustia.

Por otro lado la psicoanalista Françoise Dolto quien ha seguido los lineamientos de Freud explica que la formación del síntoma se produce:

Si la carga afectiva encuentra manera de inyectarse en otra idea, mejor tolerada por el mundo exterior, tendrá lugar la formación de un síntoma: utilización desfigurada de la pulsión reprimida. Esta

²¹Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág. 107.

²²Cfr. Idem. Pág. 107.

²³Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004. Pág. 334.

*aparición del síntoma libera al sujeto de su angustia y proporciona un sentimiento inmediato de bienestar*²⁴

Debido a que este es una forma “sobrellevada”, “disimulada” de dar cuenta al mundo exterior de que hay algo con gran carga afectiva que ha sido reprimido y ha producido angustia ya sea angustia primaria que es aquella que se da en el inconsciente como resultado de un conflicto entre las pulsiones libidinales o las prohibiciones exteriores; o angustia secundaria, que es aquella resultante de un conflicto entre las dos instancias psíquicas ello y el superyó, por lo que, el síntoma es una forma de liberación, que tiene el individuo para soltar la carga afectiva, sin importar que esta forma en la que se dé a conocer el síntoma sea o no aceptada, por su medio circundante o su consciente.

En fin, podríamos decir que la formación del síntoma psíquico es el resultado de un proceso dado dentro del aparato psíquico, que tiene una estrecha relación con la represión y, expresa un conflicto inconsciente; dentro de esta formación, también participan los procesos de formación del sueño.

1.3 El sentido del síntoma

Los sujetos, por lo general de una forma consciente, buscamos dar un sentido “lógico” a todas las cosas que pasan en nuestro diario vivir, como una forma ya sea de justificar lo que sucede o de explicar acontecimientos como muertes, enfermedades, etc.; sin embargo, en el síntoma, los sueños, los actos fallidos. etc., el sentido se encuentra entretejido con la vida del sujeto.

Freud siguiendo el trabajo de el Dr. J Breuer nos plantea que los síntomas poseen un sentido propio que es inconsciente ya que esté forma parte de la manifestación de los deseos reprimidos; por lo tanto, el sujeto no comprende su sentido.

²⁴ Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 17.

Para explicar, Freud recurre a ejemplos de la neurosis obsesiva planteándose que los pacientes que la padecen realizan actos extraños que carecen de lógica y que por lo general se trata de constantes repeticiones relacionadas con los actos comunes como caminar, levantarse, entre otros, creando así rituales que carecen de lógica para el resto de personas, pero tienen un sentido específico para ellos que se sostienen en una duda; este ejemplo tiene como fin hacernos comprender específicamente que el sentido del síntoma tiene una estrecha relación con la vida del sujeto y que puede reproducirse interminablemente “El sentido de un síntoma reside, según tenemos averiguado, en un vínculo con el vivenciar del enfermo”²⁵, en razón de que para este autor, el sentido del síntoma es adquirido, de acuerdo a los significantes proporcionados por la psiquis del paciente, influenciado por el diario vivir y por su historia individual; esto no significa que, cada síntoma solo tenga un sentido específico sino que pueden ser diversos de acuerdo a lo que se desee expresar y a la cadena o cadenas de significantes que lo rodeen lo que nos permite a nosotros, como terapeutas considerarlos como algo por descubrir y tratar por medio de la palabra, que no garantiza que pueda hacerlo desaparecer.

En síntesis, el sentido del síntoma, tiene una estrecha relación especialmente con los pensamientos inconscientes que se han dado de acuerdo al medio (lo que produce o ha producido el malestar), “el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”²⁶. Además, el síntoma posee uno o varios significados, a la vez, que pueden ir variando de acuerdo a la historia individual del sujeto.

²⁵Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Op. Cit. Pág. 247.

²⁶Cfr. Idem. Pág. 235.

1.4 La estructuración infantil.

La estructuración infantil, da cuenta de las etapas por las que un sujeto atraviesa desde el momento que nace; desde la etapa oral, hasta que se encuentra en la adolescencia y se sucinta la etapa genital, sin embargo, muchos padres y algunos profesionales en el área de la medicina consideran que el proceso de estructuración infantil no es importante o que no influencia en el resto de la vida de las personas, ellos se equivocan, ya que el entender el cómo se desarrollaron estas etapas, el momento en el que se acrecientan, etc., nos permite a los terapeutas de una o de otra forma comprender ciertos comportamientos de el sujeto que asiste a consulta.

1.4.1 Desarrollo psicosexual infantil

El desarrollo psicosexual, es un proceso dado en la infancia de los sujetos por etapas de acuerdo a la edad cronológica que éste se encuentre atravesando, lo que no significa que debe ser realizada en el tiempo exacto en que los textos lo planteen, ni ser forzada por los padres, sino que, debe darse en un tiempo aproximado, ya que, este desarrollo psicosexual tiene una estrecha relación con la localización de la energía libidinal que se sitúa en diferentes áreas erógenas del cuerpo del niño.

Hay varios autores que han trabajado sobre este tema, sin embargo, se ha recopilado los aportes de aquellos quienes teniendo una visión psicoanalítica en común, nos proveen de un claro entendimiento sobre la importancia del desarrollo psicosexual en la constitución del sujeto sin importar su condición social, económica, raza, etnia; para estos éste desarrollo se clasifica por etapas.

En el Diccionario del Psicoanálisis, escrito por Chemama con la colaboración de otros autores, encontramos que no se habla de desarrollo psicosexual sino, de estadios de la evolución libidinal que se dan de

acuerdo al desarrollo del ser humano; “tienen un carácter topográfico (zonas erógenas) y un desarrollo objetal (elección de objeto)”²⁷ y son:

- **Etapa oral:** Primer estadio del desarrollo psicosexual; ésta se da desde los 0 meses hasta más o menos un año y medio de edad. En ésta fase la energía libidinal se encuentra en las áreas referentes a la alimentación y a los órganos que estén implicados en esta acción.

Para Françoise Dolto ésta es una etapa en la cual la energía libidinal se encuentra en la zona oral (boca, encías, lengua,...) y que, inicia desde que el niño nace y aparece en él la necesidad fisiológica de succión del alimento que no solo es notoria cuando este es amamantado sino que, también la podemos ver en otros momentos ya que el bebé simula el movimiento de succión; para este, es un placer autoerótico “es el tipo de placer narcisista primario, autoerótico original, en que el sujeto no tiene todavía la noción de un mundo exterior diferenciado de él”²⁸; por lo que, todo lo que tenga relación con la acción de tener algo en la boca generará en el niño placer y le permitirá asociar esta relación (niño-biberón, niño-seno, ...) con la persona que se lo proporciona que es la madre nutricia, lo que la convierte en su primer objeto de amor, la persona con la que se identifica, su primera forma de relación, de la cual, irá adquiriendo los sonidos, palabras, entre otros; para así, conocer el mundo que dentro de esta etapa también se da por medio del introducir las cosas a su boca, antes de que el niño tenga sus dientes, será considerado un estadio oral en su forma pasiva, ya que, al darse el sufrimiento de la erosión de los dientes el niño ingresará en un periodo oral activo caracterizado por el frecuente mordisqueo de todo objeto; “ ...; y como el mordisco es su primera pulsión agresiva, la manera en que lo

²⁷Cfr. AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Op. Cit. Pág. 227.

²⁸Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 25.

permita o no el objeto de amor, es de primerísima importancia,..”²⁹, que no da cuenta de que es necesario iniciar el destete, sino que, advierte que el hacerlo produciría que se le considere a este, como un castigo y se convierta en una frustración para el niño, lo que rompería de alguna forma su interés por el mundo exterior.

Para Sigmund Freud, esta es una etapa que se encuentra caracterizada por el chupeteo, en la cual, hay una frecuente repetición de la acción de succión; que no necesariamente se da, con el fin de la nutrición y que además, puede ser realizada por cualquier objeto; en algunas ocasiones, esta acción puede que sea acompañada del frotamiento de partes sensibles del cuerpo, lo que le da al chupeteo un carácter de autoerotismo; en esta etapa, la pulsión se dirige a la satisfacción propia del niño ya que le produce placer y todas las partes que se asocien con el chupeteo (boca, dientes, entre otros) se consideran una zona erógena. Dentro del chupeteo, podemos notar que el niño pasa del sentir una satisfacción alimenticia a una necesidad de repetición, para producir una satisfacción hasta que se desprende de esta.

- **Etapa Anal:** Esta, es la segunda etapa que le sigue al estadio oral; se atraviesa durante el primer año y medio hasta aproximadamente los tres años de edad. En esta, la zona erógena se ubica alrededor de la zona anal; es aquí, en donde se concentra la organización libidinal, se dan las funciones de expulsión, retención y se constituyen las simbolizaciones alrededor de la deposición.

Dolto nos explica que en esta etapa hay un mayor desarrollo neuromuscular relacionado con los músculos del ano; además, se da el aprendizaje del control esfinteriano que al darse produce un intercambio entre el niño y la madre por medio de sus desechos

²⁹Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 26.

fisiológicos, este intercambio dependerá del cómo se produzca, ya que, el niño puede comprender que el expulsar los excrementos en un momento oportuno le produce una forma de recompensa lo que da cuenta de buen entendimiento, en caso de darse lo contrario podríamos decir que, eso daría cuenta de una forma de castigo o de desacuerdo con el adulto; lo que le permite al niño, descubrir que éste tiene poder sobre el dar o no dar sus heces y poder sobre la madre que puede o no gratificarlo por “el presente” que el niño le da y asimilará con otros objetos dados por la madre produciéndose “el descubrimiento del poder sádico”³⁰. También, en esta etapa es importante comprender que la mayor cantidad de libido se desplaza hacia el área anal del cuerpo produciendo que el niño descubra el placer autoerótico masoquista y a través de la forma de aseo que tenga la madre con el niño este descubre una situación de ambivalencia, igualmente, debemos comprender que dentro de esta etapa se produce la prohibición al niño, de jugar con los excrementos por parte de los adultos; lo que genera un renunciamiento que debe ser reemplazado por otro placer, para lo cual es necesario un sustituto simbólico como; el lodo, comida pegajosa, el césped,... que se relacionan con el excremento, no solo en la forma de ensuciarse, sino en la necesidad de limpieza de los adultos, que dependerá de cómo los padres sobrelleven la situación para que esta favorezca o dificulte el desarrollo del niño dentro de la sociedad; “... la actitud más o menos severa de los padres en cuestión de limpieza, no solo esfinteriana, sino general, favorecerá o entorpecerá el despliegue del niño y su adaptación a la vida social con soltura de cuerpo y destreza manual”³¹.

Freud denomina a esta etapa, Anal-sádica y plantea que en ésta la pulsión, se dirige hacia la zona anal ya que, es aquí, en donde se va a alojar en mayor cantidad la energía libidinal y por medio de la

³⁰Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 30.

³¹Cfr. Idem. Pág. 31.

retención y expulsión y retención de excrementos va a encontrar la satisfacción el niño; ésta etapa también es autoerótica.

Según Freud, la segunda fase de la evolución libidinal, que puede situarse aproximadamente entre dos y cuatro años; se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal; la relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas a la función de defecación (expulsión-retención) y al valor simbólico de las heces. En ella se ve afirmarse el sadomasoquismo en relación con el desarrollo del dominio muscular.³²

- **Etapa fálica:** La tercera etapa del desarrollo psicosexual, que se da aproximadamente desde los tres hasta los cinco años de edad. Estadio en el cual, las pulsiones tanto en niñas como en niños, se organizan alrededor del falo como significante y, alrededor de la región genital. Además, se da el complejo de Edipo y la angustia de castración; esta última, se especificará en el subcapítulo siguiente denominado la angustia de castración.

Françoise Dolto, nos dice que en estos años en el niño se centra la energía libidinal en mayor concentración en la zona erógena fálica, la masturbación primaria que era casi imperceptible reaparece y, se producen erecciones notorias, aparece una masturbación secundaria, que puede o no ser condenada por los padres, ya que, algunos dejan que el desarrollo continúe y, otros escarmientan a sus hijos poniendo epítetos y castigando la masturbación; además, en esta etapa se da un tipo de pensamiento, uno diferente centrado en el buscar respuestas, inician las preguntas, los porque de cada cosa, la necesidad de comprender cosas, en especial, aquellas concernientes con las diferencias existentes entre niños y niñas relacionadas con la forma

³²Cfr. Laplanche, Jean Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF, 2001. Pág. 145.

de orinar, etc., también el niño aprende la noción de tiempo, (hoy, ayer, en una semana,...), descubre la relación de los objetos y su utilidad, conoce acerca de la motivación, de la ambición y de las ganas y también descubre la relación con la muerte “El sentido de dar muerte es reducir lo que está animado al estado de cosa inanimada”³³. Dentro de esta etapa también se da el complejo de Edipo³⁴ y aparecen los rivales suplementarios para el niño, hermanos/as; si es que este los tuviera, se dan los cortes, castrantes, y angustias, además el niño con sus formas de jugar (selección de artículos), la vestimenta, actitudes se hace parte de algo social “Se trata de comportamientos sexuados conformes al genio propio de su sexo, todavía en estado intuitivo en el plano genital.”³⁵

Sigmund Freud expone que, es una etapa en la cual las pulsiones se dirigen hacia la zona genital, la satisfacción es conseguida ya sea por medio de la masturbación, o por medio del juego del niño con su pene y de la niña con su clítoris. Para Freud, en esta etapa se da el complejo de Edipo en los niños, ya que, se desentendió en lo que tiene relación con las niñas.

Para Freud, el complejo de Edipo, se da una vez que los niños han descubierto las diferencias anatómicas de los sexos que se centra en el órgano más visible, el pene; los niños interpretan esta diferencia como efecto de la castración que intentan desmentir y que, va a dar lugar a la angustia de castración y en las niñas, se da la envidia de pene que determina un cambio importante en la relación con la madre, ya que, según Freud mientras que el niño tiene una relación de amor con la madre, la niña tiene una relación de decepción de la madre, renuncia

³³Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 31.

³⁴Cfr. Idem. Pág. 68 -117.

³⁵Cfr. Idem. Pág. 43.

a la madre, y por la envidia de pene la mujer se dirige a quien podría dárselo, su padre, y aparece el amor por el padre.

El complejo de Edipo, se da en la etapa fálica, en la cual el niño se encuentra en un conflicto; ya que, por un lado demuestra sentimientos amorosos hacia su madre y por otro, hostiles hacia su padre. El Edipo, puede darse en dos formas; una positiva y una negativa, este, se resuelve cuando se da la castración por parte del padre y el niño desplaza sentimientos de amor a otros objetos y, deja de verse como un rival del padre.

- **Periodo de latencia:** Este periodo transcurre entre los cinco y diez años de edad, se ubica entre el final de la etapa fálica y el inicio de la pubertad. Para muchos autores ésta no es considerada un estadio en sí ya que, la energía libidinal se encuentra en un estado pasivo, sin embargo, existen otros como Freud y Dolto que nos proveen conceptos para comprender este periodo.

Dolto, nos dice, “normalmente muda, o casi, desde el punto de vista de las manifestaciones y curiosidades sexuales, se emplea en la adquisición...”³⁶, nos plantea que esta es una etapa en la cual hay un apaciguamiento del interés sexual; el niño consolida su sentido de pertenencia de acuerdo al grupo (niños o niñas) al que pertenece realizando actividades sociales y culturales que le identifiquen y le hagan parte de su entorno; que es por lo general, apoyado por los padres, educadores quienes dan las actividades, juegos, y más asuntos de acuerdo con el género al que el niño pertenece.

Para Freud, éste es un periodo en el cual hay disminución de las actividades sexuales.

³⁶Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 46.

- **Etapa genital:** La quinta y última etapa del desarrollo psicosexual de los niños, se materializa más o menos a los 10 años cuando inicia la pubertad. En esta fase todas las pulsiones de los estadios anteriores se unen con un fin sexual, aparece una concepción de amor genital.

Para Dolto, éste es un estadio que inicia en la pubertad en el cual la libido reaparece y consigo una masturbación terciaria que es dirigida a objetos fuera de la familia, desarrollo sexual; también se da, un desarrollo fisiológico y, se despierta el interés intelectual, se desarrolla la inteligencia (aparece la vocación), mayor interés por su medio social; el pensamiento en esta etapa, también cambia se pone al servicio de la sexualidad fundada en el amar al otro, ser amado, etc. y se caracteriza por un pensamiento racional objetivo “El pensamiento objetivo total, consciente, patrimonio del estadio genital acabado, tanto, aunque por otras razones como el pensamiento...”³⁷

Para Freud esta es la última etapa del desarrollo en la cual el deseo sexual es orientado hacia otras personas; esta se inicia en la pubertad y dura a lo largo de toda la vida.

En síntesis las etapas o estadios del desarrollo psicosexual en la etapa infantil para Freud se debe a un conocimiento hereditario que puede o no ser contribuido por nuevos aprendizajes, para lo cual nos habla acerca de las “exteriorizaciones de la sexualidad infantil”³⁸ y para Françoise Dolto, este desarrollo es un proceso en el cual él niño va insertándose en la cultura a través de la relación con los otros.

³⁷Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 51.

³⁸Cfr. Freud, Sigmund; Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual Y otras obras. (1901-1905). Tomo VII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004. Pág. 163.

1.4.2 La angustia de castración.

Cómo se estableció en el desarrollo psicosexual del niño, en la etapa fálica surge la angustia de castración; antes de pasar a explicarla considero necesario recordar los trabajos que Freud hizo sobre ella.

Iniciaremos diciendo que la angustia, es un estado afectivo que surge dentro de la instancia psíquica del yo y que, aparece como reacción ante un peligro “Angustia es la sensación producida por la acumulación de un estímulo endógeno diverso”³⁹ y puede desencadenar en un estado de malestar en el sujeto ya que, logra manifestarse por medio de diversas expresiones físicas como la enuresis, la encopresis, parálisis facial, cambios de comportamiento, entre otros. La angustia, es un concepto que ha sido trabajado por varios autores, sin embargo este tema fue mencionado en primera instancia por Sigmund Freud en 1894 en las cartas que escribió a Fliess.

Freud, en su 25ª conferencia denominada La angustia⁴⁰ establece que la angustia se diferencia del miedo y del terror por la presencia de un objeto, puesto que por un lado el miedo surge frente a la amenaza real y para que este se produzca es necesario la presencia de un objeto real, además explica que el terror es el resultado de la sobredimensión de la sensación que el objeto le provoca al sujeto, mientras que la angustia “es el estado y prescinde del objeto”⁴¹ es un estado afectivo, no placentero, difícil de probar, y no depende su manifestación de un objeto real.

Freud en esta conferencia también identifica algunas formas de angustia, las mismas que se explicarán a continuación:

³⁹Cfr. Laplanche, Jean; La angustia Problemática I. Buenos Aires, Amorrortu editores, 2001. Pág. 45.

⁴⁰Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Op. Cit. Pág. 357-374.

⁴¹Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág. 154.

- Angustia realista.
 - Angustia neurótica.
 - Angustia fóbica.
 - Angustia producida en la histeria.
 - Angustia automática.
-
- **Angustia realista:** Es aquella, que surge como respuesta comprensible a un estímulo, cuando hay una amenaza que es parte de un peligro que el sujeto pueda notar; va a variar de acuerdo al objeto, a la situación y, a los sentimientos que intervengan, “De ella diremos que es una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño previsto, esperado; va unida a la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación.”⁴², en la cual es común que la contestación del sujeto posea una mezcla de acciones y de afectos “acción de defensa y de afecto de angustia”⁴³ influenciados por el peligro que podrían generar respuestas emocionales o físicas.

 - **Angustia neurótica:** Es aquella que Freud incluyó dentro de las neurosis actuales y la denominó “angustia expectante”⁴⁴ puesto que influye en el sujeto hasta el punto de que este considera a cualquier situación accidental como una desgracia “Las personas aquejadas de esta clase de angustia, prevén entre todas las posibilidades, siempre la más terrible”⁴⁵, además, esta se da cuando hay un peligro y el sujeto no se ha advertido de éste y ésta angustia se encuentra ligada a las

⁴²Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Op. Cit. Pág. 358.

⁴³Cfr. Idem. Pág. 359.

⁴⁴Cfr. Idem. Pág. 362.

⁴⁵Cfr. Idem. Pág. 362.

pulsiones por lo que podemos decir que “es entonces una reacción afectiva del yo frente al peligro”⁴⁶.

De esta segunda forma de angustia Freud distinguió a la angustia asociada a las fobias, de la que está asociada a la histeria, las cuales se explicarán a continuación:

- **Angustia de las fobias**: Esta angustia para Freud, se encuentra supeditada a objetos o situaciones “ligada y anudada a ciertos objetos o situaciones”⁴⁷. Esta determinada de acuerdo a tres grupos; el primero da cuenta de que hay situaciones que al parecer son exageradas ya que, los objetos pueden ser temidos por cualquier persona “muchos de los objetos y situaciones temidos tiene también para nosotros, normales, algo de ominoso, una dimensión de peligro, y por eso tales fobias nos parecen inconcebibles, aunque sí muy exageradas en su fuerza.”⁴⁸; en el segundo, encontramos que los sujetos minimizan y predicen el peligro; “los casos en que sigue habiendo una dimensión de peligro, pero solemos minimizar y no anticipar ese peligro”⁴⁹ y finalmente, el tercero que da cuenta de los casos en los que, el peligro es evidente para el sujeto, pero para el resto no y, eso evita que continúe con las actividades que corresponden a su vida cotidiana, “fobias que ya están por completo fuera de nuestra comprensión”⁵⁰.

⁴⁶Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág. 154.

⁴⁷Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Op. Cit. Pág. 363.

⁴⁸Cfr. Idem. Pág. 363.

⁴⁹Cfr. Idem. Pág. 363.

⁵⁰Cfr. Idem. Pág. 364.

- **Angustia que aparece en la histeria:** En esta el sujeto pierde absolutamente la separación que se puede notar en las otras angustias entre el peligro y la angustia ya que, al parecer no hay un nexo, razón por la que se hace difícil de determinarla, sin embargo ésta acompañada de síntomas histéricos “ésta angustia aparece acompañado a los síntomas histéricos, o bien a estados emotivos en que esperaríamos, por cierto, una exteriorización de afectos, pero no justamente de angustia”⁵¹ puesto que las expresiones de angustia en general pueden ser imprecisas o pueden reducirse a un único síntoma o pueden aparecer como ataques. “La totalidad del ataque puede estar subrogada por un único síntoma, intensamente desarrollado: por un temblor, un vértigo, palpitaciones, ahogos; y el sentimiento general que individualizamos como angustia puede faltar o hacerse borroso”⁵².
- **Angustia automática:** Forma de angustia en la cual, el sujeto reacciona ante una situación traumática real vivenciada o repetitiva “la angustia es entonces, por una parte, expectativa del trauma y por otra, una repetición amenguada de él.”⁵³; al hablar de una situación repetitiva se refiere aquellas situaciones que acompañaran al sujeto a lo largo de su vida que “en esto nuestro juicio es guiado por experiencias efectivamente hechas”⁵⁴ son situaciones que representan vivencias traumáticas pasadas.

Una vez expuesto el planteamiento de Freud S. es necesario acotar que de estas formas de angustia nombradas también existen otras

⁵¹Cfr. Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Op. Cit. Pág. 365.

⁵²Cfr. Idem. Pág. 365.

⁵³Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág.155.

⁵⁴Cfr. Idem. Pág.155.

que son la “Angustia dolor, muerte”⁵⁵ que posteriormente otros autores las nombrarán y son la angustia de muerte y la angustia de castración.

La angustia de castración para Freud, surge en la etapa fálica ya que, aparece por la separación que tiene el niño de los objetos de amor, debido a que se instauran las normas que chocan con lo que el niño quiere y por ende aparecen los castigos, así surge el miedo a la castración en el Edipo.

A partir del planteamiento de Freud, otros autores como Dolto han trabajado sobre la angustia. Dolto por su parte, ha realizado teorizaciones en las cuales nos expone específicamente sobre la angustia de muerte y la angustia de castración; esto lo podemos encontrar en su texto llamado Psicoanálisis y Pediatría, por medio del análisis del caso de Paul, en donde aunque las equipara habla de cada una de estas por separado.

Esta vinculación de la angustia de castración y de la angustia de muerte es un signo de neurosis, y yo pienso que el temor acongojador a la muerte siempre es un síntoma de angustia de castración, tal como lo es el temor acongojador a las enfermedades, cuando aparece en un ser vivo – a menos que esté objetivamente a punto de morir.⁵⁶

Para Françoise Dolto la angustia de castración, surge como una falsa e inevitable interpretación de la realidad relacionada con la amenaza de perder un objeto (pene) importante para el niño; es una emoción de frustración libidinal por un conflicto entre pulsiones agresivas y pasivas dadas por las negativas del mundo exterior. “La angustia de castración es una emoción de *frustración libidinal*. Es desencadenada por un conflicto

⁵⁵Cfr Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág.158.

⁵⁶Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 130.

entre pulsiones, agresivas y pasivas, puestas al servicio de la sexualidad prohibiciones venidas del mundo exterior”⁵⁷. Por lo tanto la angustia de castración, para esta autora, es la respuesta de un niño/a ante los cambios fisiológicos y prohibiciones por las que atraviesa.

Para hablar de angustia de castración, es necesario hablar del complejo de Edipo, ya que, es aquí donde ésta se suscita y se inscribe en el sujeto, se instaura al niño dentro de las reglas sociales, las mismas que premian unos actos y, castigan otros como la masturbación; aparece la castración cómo una búsqueda del adulto para guiar y educar al hijo, lo que produce angustia, ya que, estos son vistos como seres superiores, mágicos “Veamos pues que la angustia de castración tiene como punto de partida una falsa interpretación de la cual ningún niño puede escapar, ya que el peligro que inventa está motivado por la fuerza mágica que les atribuye a los adultos y por su inferioridad real respecto de ellos”⁵⁸.

Dolto, en su texto *Psicoanálisis y Pediatría*, “la angustia de castración (fenómeno consciente y preedípico) es rico en consecuencias felices para la sexualidad, cuyo desarrollo favorece.”⁵⁹ plantea que la angustia de castración es fruto de un conflicto preedípico consciente, que es conocido por el niño como algo exterior por lo que este encuentra una causa, la autora lo diferencia del complejo de castración que es inconsciente, tiene una relación con el complejo de Edipo y producirá sufrimiento para el niño. La angustia de castración se cumple principalmente debido a que se descubren las diferencias fisiológicas entre niños/as, aparece el adulto malo (castrador) y el adulto bueno (protector) y se puede o no dar una inferioridad del niño respecto del adulto.

⁵⁷ Cfr. Dolto, Françoise; *Psicoanálisis y Pediatría*. Op. Cit. Pág. 130.

⁵⁸ Cfr. Idem. Pág. 73.

⁵⁹ Cfr. Idem. Pág. 74.

Según Françoise Dolto “La lucha contra la angustia de castración”⁶⁰ se da tanto en el niño como en la niña debido a tres factores que se presentan de diferente forma:

- **Primer factor:** Diferencias de género, éste es inmodificable, necesario y siempre está presente dentro del desarrollo psicosexual y, se da cuando los niños notan que existen diferencias fisiológicas. “descubrimiento de la diferencia fálica según los sexos”⁶¹.
- **Segundo factor:** Presencia de un adulto, al que el niño le atribuye poderes.
- **Tercer factor:** Inferioridad real que tiene el niño, debido a las diferencias reales que tiene con relación al adulto.

La presencia de la angustia de castración y, la lucha contra ella en el niño tiene relación, con la evidencia de la diferencia anatómica de los sexos, ya que, él niño es quien posee el falo y en él existe la idea de que al tenerlo su cuerpo es completo y al observar la imagen de la niña percibe a ese cuerpo como incompleto y surge en él, el temor de perder esto “tan valioso” que no todos tienen; Esta angustia se hace evidente en sus juegos que tratan de tener aventuras, conflictos y están rodeados de agresividad; la relación con su madre quien siempre fue vista como su único objeto de amor se intensifica, el niño trata de ser único, admirado y amado por su madre, quien ahora trata de que su hijo socialice, que busque otros apegos (intelectuales, sociales ...), otros intereses; además se le forma su sentido común práctico. Todo para el niño es maravilloso, se va educando y va aceptando poco a poco las nuevas formas de intervención con su familia y, con el resto de personas hasta que se instaura el Edipo que es cuando el niño se da cuenta de que existe un

⁶⁰Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 74.

⁶¹Cfr. Idem. Pág. 74.

rival, su padre “la competencia con el padre no puede más que despertar angustia de castración”⁶², con el que va a competir en todos los sentidos y, se darán las fantasías edípicas que serán enfrentadas a la realidad contraria en la cual el objeto que da afecto al niño(madre) no le pertenece; es ahí, cuando se dan los cortes castrantes por parte del padre quien generaría si este es sano (justo, aunque severo, etc..) la resolución adecuada de un Edipo, caso contrario un padre demasiado estricto o consentidor, generaría un más largo y complejo desarrollo del Edipo.

En la niña, aunque los cambios que ésta atraviesa también son evidentes en los juegos, el arreglo personal, etcétera, la lucha contra la angustia de castración se da en un inicio igual a la del niño, ya que, ella cree ser completa hasta que percibe el cuerpo del varón y observa que algo le falta, y que los hombres si lo tienen, esta ausencia produce en la niña la necesidad de asemejarse a la madre quién será a más de ser su primer objeto de amor, su rival en cuanto a que es la madre quien tiene el amor del padre y la culpable de que esta no sea completa; por lo que, se aleja de la madre y busca al padre, para ser completa a través de un falo que deviene en la fantasía de un hijo del padre.

Como se puede ver, aunque la angustia de castración sigue diferentes caminos, en los dos casos, se instaura ante la evidencia real de diferencias anatómicas que tienen entre ellos y además se desencadena por un conflicto entre pulsiones pasivas y agresivas, que se generan debido a las oposiciones que los padres dan a las acciones de sus hijos, cuando los van insertando en la sociedad por medio de reglas.

⁶²Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 82.

1.5 La angustia de muerte

Cómo ya se mencionó antes, para Sigmund Freud hay una forma de angustia designada como “Angustia dolor, muerte”⁶³; la cual es definida como el estado por el que atraviesan los sujetos cuando han sentido la pérdida de un objeto “la angustia nace como reacción frente al peligro de la pérdida de un objeto”⁶⁴ por un dolor o un duelo. Por lo tanto para Freud esta angustia surge frente a la vivencia de la muerte real.

Al referirse Freud al dolor, nos plantea que este es una reacción que tiene una persona ante la pérdida de un objeto y, produce angustia por lo que esta pérdida conlleva. “El dolor, es por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva”⁶⁵; y respecto del duelo expone que este, es producto de una separación real del objeto, ya que, éste desaparece “el duelo se genera bajo el influjo del examen de realidad, que exige categóricamente separarse de un objeto porque él ya no existe más”⁶⁶.

Para Françoise Dolto la angustia de muerte, es la que surge a partir de una pérdida real que tiene el niño como: la muerte de alguna mascota, la muerte de un ser querido y enfermedades a lo largo de su infancia; además, está se modifica de acuerdo a la percepción que el niño tenga acerca de la muerte y de lo que haya escuchado de los otros, en especial de sus padres.

⁶³Cfr. Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Op. Cit. Pág.158.

⁶⁴Cfr. Idem. Pág.158.

⁶⁵Cfr. Idem. Pág. 159.

⁶⁶Cfr. Idem. Pág. 160.

Dolto en su texto *Psicoanálisis y Pediatría* nos plantea que esta es algo “normal” que sucede en todo niño y que la idea de la muerte no es concebida de la misma forma en la que lo hacen los adultos, ya que, al referirse a la muerte los niños piensan “en el nivel de su comprensión: inmovilidad forzada, mágicamente muy muy muy larga, y ausencia del ser amado (por lo tanto, castración afectiva), muy muy muy larga.”⁶⁷, no representa el fin de su existencia, para ellos es inimaginable y su sentido es comprendido progresivamente a medida que van creciendo y van adquiriendo conciencia sobre ésta de acuerdo al como haya sido manejada por sus padres y a la cantidad de pérdidas que haya tenido a lo largo de su vida.

Para esta autora la angustia de muerte es un significante de la angustia de castración, ya que, está relacionada con los deseos imaginarios del niño que se activa cuando ésta se enfrenta a sentimientos que están en desacuerdo con lo que desea, por lo tanto, con el castigo edípico y por ende, con la culpa que siente el niño cuando al atravesar por el complejo de Edipo en la etapa fálica éste se rodea de prohibiciones por parte de los padres, las mismas que, chocan con las fantasías infantiles y le generan culpa por tenerlas, lo que produce un conflicto interno; en especial, cuando en el Edipo el niño se ubica en una especie de triángulo afectivo, en el cual, éste se siente atraído por los deseos amoroso por el padre del sexo opuesto y desea la desaparición del padre del mismo sexo, ya que, le considera un rival.

Por lo explicado, podemos decir que la angustia de muerte es inconsciente y, se encuentra ligada a las fantasías infantiles del niño y por ende al paso, por el complejo de Edipo en la etapa fálica del desarrollo psicosexual; a los castigos y, a la angustia de castración, y además, podemos expresar que esta angustia, permite al niño con el pasar del tiempo y de acuerdo a la cantidad y forma, de cómo se llevaron las pérdidas que haya tenido, adquirir

⁶⁷Cfr. Dolto, Françoise; *Psicoanálisis y Pediatría*. Op. Cit. Pág. 124.

paulatinamente la conciencia de la muerte que tenemos los adultos; que es diferente a la que tiene el niño, quien la ve con naturalidad.

CAPÍTULO II

“La incontinencia esfinteriana de los seres humanos es ya un lenguaje”

(Françoise Dolto)

2. La encopresis.

En la consulta clínica constantemente asisten niños que presentan varios síntomas; uno de estos es la encopresis, la cual, tiene una relación con la evacuación de heces en sitios considerados inapropiados dentro del medio socio-cultural en el que, los niños se desenvuelven.

Existen varias posiciones respecto de este síntoma, en razón de que, algunos individuos como: padres, familiares y personas allegadas a los niños que sufren de éste malestar; (amigos, vecinos, compañeros de clase) lo consideran como si fuese una “enfermedad” que debe ser tratada medicamente y, debido a las consecuencias producidas por la acumulación de heces en la ropa interior, se alejan y rechazan a los niños que la sufren. Otros, como: educadores, médicos generales, nutriólogos, psiquiatras, etcétera consideran a la encopresis como parte de los trastornos alimenticios, por lo que creen que, cambiando los hábitos en la alimentación, construyendo rutinas relacionadas con los horarios para eliminar las heces, realizando operaciones, entre otras actividades, éste síntoma va a ser modificado; existen también algunos sujetos para los cuales los niños que tiene encopresis deben ser referidos a un psicólogo, ya que, existe algo de este campo en el síntoma.

En nuestro país no se han realizado investigaciones relacionadas con el tema, en consecuencia no disponemos de datos estadísticos que establezcan el porcentaje

de niños que padecen este síntoma, a nivel nacional es lamentable que en nuestro país no se hayan realizado estudios desde las diversas ciencias (medicina, pedagogía, etc.) que lo traten o elaboren un tratamiento; sin embargo, podemos trabajar este síntoma, como la dificultad que tiene el niño, quien habiendo aprendido a controlar el esfínter anal, no lo puede hacer por uno de los siguientes motivos: por un padecimiento orgánico, por una falla en el aprendizaje del control esfinteriano, o por un problema emocional.

Es importante considerar que todos los profesionales de cualquier ciencia interesada en encontrar respuestas para ayudar a los niños que padecen este síntoma pudiésemos trabajar en conjunto para encontrar respuestas respecto del síntoma encopresis sin tratar de demostrar cuál es la ciencia que más aportó para resolver de la mejor manera éste asunto, simplemente encontrando las causas y propendiendo al niño a que resuelva su conflicto

2.1 La encopresis desde el aspecto médico.

La medicina es una ciencia que históricamente ha sido destinada a trabajar la salud preventiva y curativa de los pacientes por medio de la epistemología, clasificación, fisiopatología, etiología, prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades.

La medicina es una ciencia que está en permanente evolución, evoluciona por lo que está constantemente innovando las herramientas y técnicas que utiliza, para mejorar la calidad de vida de las personas; para de ésta manera acabar con los malestares que les aqueja; para lo cual trabaja con diferentes áreas, cada una de ellas es una especialidad que tiene relación con las necesidades del paciente y suspender de la enfermedad que padece.

Sobre la encopresis existen diferentes visiones, una es la que la medicina proporciona, otra es la del campo psicológico y una tercera, la del

psicoanálisis. Sin embargo, en la medicina no existe un área especializada para el tratamiento de la encopresis, ya que, estos casos son atendidos por pediatras, nutriólogos, gastroenterólogos, cirujanos, o proctólogos; es mediante un trabajo inter consulta, cómo el galeno se ocupa de ésta sintomatología, que por lo general se estudiada por la psiquiatría y, por el área de gastroenterología pediátrica, desde la cual, se la derivara a otro especialista como el cirujano; dependiendo de la causa que se encuentre, por la cual el niño no controla sus esfínteres.

Al interior de la ciencia médica existe un consenso relacionado con la definición de la encopresis, sin embargo, existen tres enunciados usados. El uno realizado por el Dr. Weissemberg: “la encopresis puede entenderse como la defecación involuntaria que sobreviene en niños mayores de 2 años, que no presentan ningún compromiso evidente del sistema nervioso u otra afección orgánica”⁶⁸, el segundo emitido por el Dr. Loening-Baucke médico que la definió cómo: “ensuciamiento fecal asociado a constipación funcional en un niño de al menos 4 años de edad o mayor. En la encopresis el niño elimina heces en lugares inapropiados como en su vestimenta, ropa interior o el suelo”⁶⁹ y la última, expresada internacionalmente por el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en el cual, se utiliza el término encopresis para referirse a la “emisión repetida de heces formadas o semiformadas, ya sea involuntaria o intencional en lugares inapropiados, en un niño de 4 o más años de edad o nivel equivalente de desarrollo”⁷⁰ y además se establece un listado de síntomas propios de la encopresis que serán presentados posteriormente.

⁶⁸Cfr. Almonte, V. Carlos; Rona, R. Eva; Pérez, U. Mario; Sepulveda, G. Mario; La encopresis como manifestación de trastornos psíquicos en el niño. Pág. 231 Disponible en: www.scielo.cl Consultado el 15 de enero de 2011.

⁶⁹Cfr. Patel, Dilip; Pratt, Helen. Symposium: Behavioural Pediatrics-I. Encopresis, Indian J Pediatr. PDF. 1999. Vol. 66. N° 3, Pág.439-446. Consultado el 15 de enero de 2011.

⁷⁰Cfr. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial MASSON; 1^{era} Edición. Barcelona – España. 1995. Trastornos de eliminación. F98.1 Encopresis (787.6) (307.7).

Con estas definiciones, podemos concluir que, para la ciencia médica la encopresis es considerada como una patología; cuando el niño, realiza la defecación de forma involuntaria en lugares que socialmente son inadecuados, como la sala de clases, la cama, etcétera., sin presentar ningún padecimiento orgánico.

Epidemiológicamente, los trastornos de la defecación, son un problema frecuente en las edades pediátricas que inician desde el nacimiento hasta aproximadamente los doce años de edad; según publicaciones internacionales, realizadas por los galenos Guiraldes, Novillo y Silva respecto de la frecuencia con la que asisten niños a consulta “representan el 3% de las consultas en pediatría general y entre un 10 a 25% de aquellas en gastroenterología infantil”⁷¹; con relación a la encopresis en “países occidentales se calcula una frecuencia del 1 al 3% en niños en edad escolar con una media 1,5%. Del total de estos niños, aproximadamente en el 80% se recuerdan antecedentes de una historia previa de constipación”⁷² y de acuerdo al género “esta patología es 2,5 a 6 veces más frecuente en niños que en niñas (2,4), la prevalencia se estima de un 3% a los 4 años de edad y de 1,6% a los 10 años, la mayor prevalencia se observa entre los 3 y 7 años, es rara después de eso”⁷³.

Este “problema” para la medicina según el artículo: Encopresis en el paciente pediátrico escrito por los doctores Guiraldes C. Ernesto, Novillo G. Daniela, Silva P. Paulina se puede clasificar a la encopresis en:

- Encopresis retentiva: “es secundaria a constipación crónica con retención fecal funcional”⁷⁴.

⁷¹Cfr. Guiraldes, C. Ernesto; Novillo, G. Daniela; Silva, P. Paulina. Encopresis en el paciente pediátrico. Pág. 2 Disponible en: www.scielo.cl Consultado el 15 de enero de 2011.

⁷²Cfr. Idem. Pág. 2.

⁷³Cfr. Patel, Dilip; Pratt, Helen. Symposium: Behavioural Pediatrics-I. Encopresis, *Indian J Pediatr*. Op. Cit. Pág.439-446.

⁷⁴Cfr. Guiraldes, C. Ernesto; Novillo, G. Daniela; Silva, P. Paulina. Encopresis en el paciente pediátrico. Op. Cit. Pág. 3.

- Encopresis no retentiva: “es la emisión inapropiada de deposiciones en cantidad habitual, en forma repetida, en cualquier lugar que no sea el baño”⁷⁵, esta se encuentra ligada a factores emocionales.
- Encopresis primaria: “aquella en la cual no se ha logrado un control esfinteriano anal eficiente y prolongado después de la edad estipulada, ocurre por lo general en niños de hogares desfavorecidos”⁷⁶.
- Encopresis secundaria: “cuando se pierde el control logrado mantenido por un periodo de más o menos un año persistiendo el síntoma por un tiempo prolongado y ocurre como parte de un trastorno emocional”⁷⁷. Lo que la diferencia de la pseudo encopresis episódica que se presenta en niños neuropáticos y en forma aislada y frente a situaciones ansiógenas.

Dentro de la fisiopatología de la encopresis podemos encontrar que existe una diferenciación entre:

- Encopresis Retentiva: En este tipo de encopresis la retención fecal inicia cuando los niños aprenden a controlar esfínteres y las deposiciones se acumulan en el colon llegando a juntarse gran cantidad de heces, con disminución de su contenido, de agua; haciéndoles de consistencia muy dura, gruesa dificultando el paso y la evacuación de las heces; razón por la que el niño por temor al dolor las retiene en forma voluntaria; esto, trae como consecuencia, que el recto se acomode al contenido y que la urgencia para defecar desaparezca, este comportamiento produce con el tiempo que cada vez sea más difícil evacuar, causando que el recto se estire por el contenido y se dilate, reduciendo así su función motriz y sensitiva; de esta forma, el recto constantemente ocupado lleva a la

⁷⁵Cfr. Cfr. Guiraldes, C. Ernesto; Novillo, G. Daniela; Silva, P. Paulina. Encopresis en el paciente pediátrico. Op. Cit. Pág. 9.

⁷⁶Cfr. Almonte, V. Carlos; Rona, R. Eva; Pérez, U. Mario; Sepulveda, G. Mario; La encopresis como manifestación de trastornos psíquicos en el niño. Op. Cit. Pág.231

⁷⁷Cfr. Idem. Pág.231

incontinencia fecal por rebalse, en consecuencia cada vez que el niño intenta eliminar gases, o cuando se fatigan los músculos contraídos éste se defeca. “El mecanismo que explica este fenómeno es el escurrimiento de deposiciones de consistencia más líquida alrededor de la gran masa fecal dura acumulada en el recto y el hecho de que el ano se encuentre entreabierto”⁷⁸.

- Encopresis no retentiva: En esta, existe una frecuencia normal de deposiciones, sin embargo, la identificación de estos niños está basada en síntomas clínicos; como frecuencia normal de defecaciones, ausencia de masa abdominal o rectal palpable, en combinación con exámenes generales normales y con la presencia de sensación de defecación en el rango fisiológico en la manometría anorectal. “De hecho, Benninga y Cols encontraron que el tiempo de tránsito colónico total y segmentario está prolongado en forma significativa en niños constipados, en comparación con niños con encopresis no retentiva”⁷⁹.

Refiriéndonos a la etiología debemos comprender que la constipación y la retención fecal en la gran mayoría de los niños, son secundarias a trastornos de la función defecatoria y, con bastante menor frecuencia, lo son a enfermedades orgánicas, como: enfermedad de Hirschsprung, hipotiroidismo, hipercalcemia, diabetes insípida o patologías neurológicas.

El diagnóstico del cuadro clínico según la clasificación del DSM-IV⁸⁰ está basado en los siguientes criterios:

⁷⁸Cfr. *Loening-Baucke V: Chronic constipation in children. Gastroenterology*. PDF. 1993. Vol. 105. Pág. 1557-1563. Consultado el 15 de Enero de 2011.

⁷⁹Cfr. *Benninga, a Ma; Buller, Ha; Heymans, Hs; Tytgat, Gn; Taminiou, Ja. Is encopresis always the result of constipation?. PDF 1994. Vol. 71. Pág. 186-93* Consultado el 15 de Enero de 2011.

⁸⁰Cfr. DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Op. Cit. Trastornos de eliminación. F98.1 Encopresis (787.6) (307.7).

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. Edad cronológica de por lo menos 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Estos criterios son aquellos que permiten completar el cuadro clínico del paciente, el mismo que se integra con algunos elementos como; estado de salud general, características de la deposición, hábitos alimenticios, entre otros; para su historia clínica y además, se toma en cuenta su peso, talla, examen rectal y abdominal, etc., exámenes físicos que permitan dar un tratamiento adecuado.

Según los doctores; Guiraldes C. Ernesto, Novillo G. Daniela y Silva P. Paulina, frecuentemente, el tratamiento con estos niños se realiza de una manera interdisciplinaria y consiste en proporcionar dosis adecuadas de: lubricantes, osmóticos, estimulantes, fibra, entre otros, además de una modificación en la educación que reciben los niños; en algunos casos, es necesario la intervención de un nutricionista, etc., sin embargo, en caso de que la encopresis no haya aparecido a causa de una enfermedad orgánica; se les referirá a una unidad de salud mental. “Varios estudios muestran que el 50 al 60% de niños logran un control intestinal aceptable en 12 meses, y más del 80% lo hará en 2 años de tratamiento. Pocos niños necesitaran tratamiento continuo por más de 2 años”⁸¹

⁸¹Cfr. Patel, Dilip; Pratt, Helen. Symposium: Behavioural Pediatrics-I. Encopresis, Indian J Pediatr. Op. Cit. Pág. 441.

Por lo general, dentro de la medicina la unidad de salud mental a la que son referidos estos niños es la psiquiatría; para la cual, ésta es estudiada desde la psiquiatría de niños, específicamente, dentro de los trastornos de la eliminación; fundamentándose en los criterios del DSM-IV. Para esta especialidad médica, las heces pueden tener forma, ser líquidas o tener semi forma y se las puede clasificar en encopresis primaria, que se da como una incontinencia que tiene el niño hasta más o menos los tres años de edad y, en encopresis secundaria, es aquella que se da después de que el niño ya aprendió a controlar los esfínteres, debido a una resistencia a las normas sociales, o una conducta tipo oposicional, como resultado de los conflictos padre-niño, o por causa fisiológica. Este trastorno de eliminación, da como resultado un efecto minusvalizante en el niño; quién al no poder controlar la defecación y, sentir vergüenza el niño refuerza el síntoma, al notar la dificultad que tiene en cuanto a las reacciones sociales; lo que le genera angustia, depresión, etc., en aquellos que tienen defecación involuntaria; caso contrario, se considera que la persona tiene rasgos psicopáticos o antisociales. Para determinar el tratamiento, la psiquiatría propone descartar enfermedades que producen incontinencia como; espina bífida, megacolon agangliónico, fisura anal, entre otras, para así poder discriminar, que tratamiento se debe usar y que trabajo clínico se debe realizar.

En síntesis, la medicina propone que se trabaje a la encopresis por medio de la realización de un riguroso análisis interdisciplinario, para así lograr un tratamiento adecuado, que permita obtener un diagnóstico favorable, que dé cuenta de que el niño a superado al síntoma; caso contrario se referirá al niño a una unidad de salud mental.

2.2 La encopresis a causa de fallos en el aprendizaje del control de esfínteres.

Dentro de la crianza de los niños, existen muchos aprendizajes a lo largo de su vida, en especial durante la infancia, por medio de la motivación y de la enseñanza de los padres. “Puede comprenderse el desarrollo infantil como el curso de los cambios en la conducta sensoriomotriz, la respuesta emocional, la

inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje.”⁸² A lo largo de los primeros años de vida, los niños tienen una constante y larga instrucción referente al lenguaje, reglas, entre otros y el control de los esfínteres no podía pasar desapercibido, ya que, es indispensable para la participación en ambientes sociales.

Es común escuchar a padres, planteando que sus hijos tienen mayor madurez e inteligencia, debido a la rapidez con la que estos dejaron los pañales, o dieron sus primeros pasos; así como también, es usual al momento de hacer la anamnesis de los niños que asisten a consulta, escuchar de los padres que necesitaron un tercero, ya sea un pedagogo, una niñera, una abuela, alguien quien enseñó a su hijo, acerca del control de los esfínteres utilizando como medio el consejo, otras técnicas, recomendaciones, etcétera.

Sin importar quien haya enseñado al niño, es siempre importante considerar que, para los pedagogos y para algunos psicólogos de postura conductista, éste síntoma da cuenta de conflictos en el aprendizaje del control esfinteriano; en primer lugar, las dificultades en el aprendizaje de la limpieza que deben realizarse los niños; la carencia de aseo, produciría en el niño mal olor, ropa manchada, etc., y daría como resultado un falso síntoma encopretico.

En segundo lugar, es importante mencionar que en el artículo publicado por la pagina; www.healthsystem llamado ¿Qué niños desarrollan encopresis? se nos plantea que en muchas ocasiones, los niños que ya han aprendido a controlar sus esfínteres tienen estos “accidentes” debido a que no acuden al baño cuando es necesario, ya que, no quieren dejar de jugar, o no quieren perder el juego y, debido al exceso de tiempo que transcurre es inevitable el continuar conteniendo sus heces; por lo que se las desprenden, ya que para ellos, por alguna razón, el juego o cualquier otra actividad tiene mayor importancia que el ir al baño.

⁸²Cfr. Lejarraga, Horacio; Desarrollo Del Niño En Contexto. Buenos Aires, Paidós, 1^{ra} Edición. 2004. Pág.19.

En tercer lugar, podría producirse en niños que se encontraron en frecuentes e intensas exigencias, para que dejaran de usar pañales “Es usual encontrar esta patología en niños que fueron exigidos en exceso durante el fin del uso de los pañales o a mayor edad con el fin de "regular" la evacuación del intestino en la pelela o inodoro”⁸³, y pasasen a la siguiente etapa de su desarrollo; además para muchos padres, la rapidez, es un signo de inteligencia y brinda estatus a los padres, quienes están en constante competencia por demostrar, quien posee el hijo más educado y el más diestro en todos los sentidos y actividades; sin tomar en cuenta que no se debe presionar al niño a que controle al primer intento a su intestino, debe seguir su propio aprendizaje el mismo que debe ser progresivo.

*No hay que basarse en experiencias propias, ni en consejos de terceros, para evaluar la situación del niño en relación con sus esfínteres; cada niño tiene su ritmo y su velocidad de aprendizaje, y valorar esta independencia, es clave para no ejercer presión y causar serios problemas*⁸⁴.

En cuarto lugar, según el artículo escrito por varios pedagogos en la página www.estimulosadecuados.com llamado: Encopresis. los niños que padecen este síntoma como resultado de castigos propiciados por los padres, no solo debido a la dificultad de aceptar, que éste es un proceso en el cual, se va mejorando con la práctica, sino que también se dan los castigos debido a la fricción que genera el hecho de que, el niño quiera demostrar su independencia y hacerlo solo, aunque no perfecto y se caiga dentro del escusado; se moje su ropa, no se asee adecuadamente y los padres que desean que sus hijos no cometiesen errores, sin darse cuenta que los castigos, podrían producirles una percepción diferente y una experiencia negativa. Las dificultades del control de esfínteres, casi en su totalidad se encuentran ligadas a castigos, que han sido asociados por

⁸³Cfr. AA. VV. Encopresis. Pág. 2 Disponible en: www.estimulosadecuados.com.ar/enc.htm Consultado el 15 de Enero de 2011.

⁸⁴Cfr. AA.VV. ¿Qué niños desarrollan encopresis? Pág. 2 Disponible en: www.estimulosadecuados.com.ar/enc.htm. Consultado el 15 de enero de 2011.

cualquiera de las causas nombradas anteriormente y generan que el niño perciba a la evacuación como una experiencia negativa, provocando que este retenga sus heces, hasta que al no poder más se desprendan y se ensucie produciendo una encopresis.

Entonces podemos resumir diciendo que, el controlar los esfínteres es un proceso que tiene una estrecha relación con el estadio del desarrollo psicosexual, por el que, el niño se encuentre atravesando (etapa anal) y, con la relación que este tenga con sus progenitores, quienes se encargan de la enseñanza; la misma que, al no ser adecuada da como respuesta, una supuesta encopresis debido a dificultades que se suscitan al momento del aprendizaje relacionadas con la limpieza, la forma utilizada para la enseñanza, la importancia del juego para el niño, etcétera., y que además, es importante antes que el castigo o el ocultamiento del niño; la intervención de un profesional, que proporcione herramientas para modificar el aprendizaje que es un proceso que demanda tiempo, paciencia, reglas y que, además se encuentra influenciado por el medio que circunda al niño.

2.3 La encopresis desde la teoría psicoanalítica.

La teoría psicoanalítica, nos provee un vasto conocimiento teórico y práctico referente a un sin número de padecimientos que tienen los sujetos, pero, en el caso de la encopresis el bagaje teórico no es muy extenso, debido lamentablemente a la poca afluencia de pacientes que asisten a consulta con este padecimiento. Sin embargo, existen algunos autores que han teorizado sobre este tema que van a ser revisados a continuación.

Para los Médicos D. Marcelli y J. de Ajuria Guerra, quienes tienen una formación psicoanalítica “La encopresis es la defecación en los pantalones por parte de un niño que ha sobre pasado ya la edad habitual en la adquisición del control esfinteriano (entre 2-3 años)”⁸⁵, y además, para los mismos autores la

⁸⁵Cfr. Marcelli D. y J. de Ajuria Guerra; Psicopatología del niño. Maudsley S.A., Barcelona, 3ª Edición, 1996. Pág.155.

encopresis forma parte de los trastornos esfínterianos, los cuales en general se encuentran ligados a factores neurofisiológicos (proceso biológico), culturales (formas de enseñanza) y relacionales (relación madre-hijo).

Para estos autores, la encopresis hace referencia a la evacuación del excremento que realiza un niño que ya ha aprendido a controlar los esfínteres y en el completo estudio que nos presentan, plantean los autores que a más de que podemos encontrar una encopresis primaria “sin fase anterior de control”⁸⁶ y una encopresis secundaria “después de una fase más o menos larga de control, casi exclusivamente diurna”⁸⁷ debemos realizar un estudio para comprender este síntoma, en el cual debemos considerar cuatro partes importantes:

- Estudio clínico: Primer aspecto, en el cual se analizan las heces evacuadas de acuerdo a su consistencia (blanda, dura), a la cantidad (abundante, manchas), al ritmo, el cual dependerá de la frecuencia en la que este evento sucede en el niño relacionándolo con las actividades diarias que este realiza de acuerdo a las condiciones en las que, se suscite la defecación y, finalmente se analizará de acuerdo a la relación que el niño tenga con sus heces ya que, puede ser indiferente ante su síntoma o puede desarrollar conductas de disimulo y de recolección o, puede ser un niño, que ponga a la vista de los otros su síntoma.
- Factores etiológicos: “Más aún que en el caso de la enuresis, la dimensión relacional y psicológica se halla en el primer plano de la constitución de una encopresis.”⁸⁸, segundo aspecto en el cual, los autores hacen referencia a la importancia del aspecto relacional y psicológico en la encopresis para lo cual, se debe tomar en cuenta tres elementos importante; primero las perturbaciones fisiológicas, que tienen una estrecha relación con los estudios que se realizan respecto de

⁸⁶Cfr. Marcelli D. y J. de Ajuriaguerra; Psicopatología del niño. Op. Cit. Pág. 155.

⁸⁷Cfr. Idem. Pág.155.

⁸⁸Cfr. Idem. Pág. 157.

lo orgánico en esta enfermedad; segundo, se debe tomar en cuenta la personalidad del niño y, en tercer lugar, se debe considerar el aspecto familiar proporcionando atención a la relación madre-hijo, a la relación que este tenga con su entorno, cambios en la organización familiar, etc.

- Evolución: Tercer aspecto, el cual dependerá de la profundidad del síntoma.
- Tratamiento: Cuarto aspecto, da cuenta del tipo de tratamiento que se debe seguir con el niño, el cual debe incluir a la familia.

Por otro lado, para la psicoanalista Françoise Dolto en su texto *Diálogos en Quebec*. Sobre adopción, pubertad y otros temas psicoanalíticos, la encopresis es una defensa arcaica que tiene el sujeto, que se produce debido a situaciones particulares como son el abandono, dificultades en la identificación con sus padres y a la dificultad de tener objetos y personas con los que pueda intercambiar sus emociones, además, plantea que es un síntoma que se encuentra dirigido a un otro (madre, padre, institución, etcétera).

Dolto, por medio de la interpretación de un caso, nos habla de la relación que existe entre, el abandono de la madre al niño con la encopresis ya que, este síntoma, da cuenta de la no elaboración de un duelo relacionado con la pérdida de la madre; para esta autora, la encopresis en este caso particular se da por dos razones; la primera como una forma que usa el niño para llamar la atención de una madre adoptiva, de acercarse a ella, y la segunda como una búsqueda que tiene el niño, para volver (regresión) a la madre recordada, por medio de sus excrementos.

La encopresis es un comportamiento que significa que el duelo de la madre no se efectuó. La caca representa el olor que hacía venir a la madre cuando el niño era pequeño. Derramar la caca

*alrededor es, por lo tanto, difundir un olor de él-mamá. Pone caca en todas partes para tratar de interesar a esta nueva mamá.*⁸⁹

Es por medio de este ejemplo es que Dolto nos plantea otras formas en las que la encopresis puede suscitarse ya que, el considerarse un niño abandonado no tiene que ser una condición necesaria para que se de este síntoma, puesto que, también hay que pensar que el niño se encuentra influenciado por la relación que este tiene con los otros; a medida que este va creciendo, va aprendiendo e identificándose con los adultos que lo rodean; aprende sus costumbres y una de éstas es la de usar el servicio higiénico como lugar adecuado para expulsar sus deposiciones; para Dolto, éste síntoma da cuenta de que el niño, aun no se ha identificado con los adultos que son parte de su diario vivir, que ellos contienen sus heces, por lo que, se le dificulta el control de la expulsión y retención, hasta que, el momento en el cual el niño empiece a identificarse, va a volverse continente como los adultos, por lo que, va a controlar sus esfínteres.

Además, la encopresis para Dolto, también se da cuando el niño es privado de cosas de interés (juegos) y, carece de un intercambio de palabras con otros lo que produce que éste, se dedique a jugar y a intercambiar emociones con su cuerpo, que en éste caso específicamente, el niño genera un intercambio con sus heces. Para la autora este es un comportamiento obsesivo y se encuentra ligado a las prohibiciones, ya que, los juegos se concentran en un intercambio de placeres para uno mismo; cómo podemos ver en el caso de “Juan” donde la madre le prohíbe el juego, debido a la suciedad que este genera; **“desde que nació nunca le faltó nada, siempre limpio y oloroso”**⁹⁰. “La encopresis, es un fenómeno secundario que aparece tras meses de privación de objetos que representen un interés táctil y una posibilidad de intercambio de placer”⁹¹.

⁸⁹Cfr. Dolto, Françoise; Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos. Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF, 1988. 102.

⁹⁰Cfr. Caso “Juan”, Anexo I.

⁹¹Cfr. Dolto, Françoise; Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos. Op. Cit. Pág. 103.

Para Dolto además, es importante el hacer que el niño, se dé cuenta de que, el comportamiento que tiene no es el adecuado; por lo cual, no se le debe castigar, se le debe recordar las reglas sociales acompañadas de una esperanza; “todavía no puedes conseguirlo, pero confío en que lo conseguirás pronto”⁹² para ayudar al niño y, en el caso de que los padres tengan dificultades no deben ocultar sino, buscar la intervención de un profesional en psicología y que trabaje el síntoma por medio de un proceso terapéutico.

Para la intervención terapéutica, Françoise Dolto en su texto seminario de psicoanálisis de niños; recopila parte de su trabajo, para contribuir a que otros profesionales en la psicología trabajen el área clínica con los niños, “El tomo *I de seminarios de psicoanálisis de niños* es una selección hecha por la autora entre los seminarios más adecuados para hacer aprender en vivo en qué consiste este proceso de elaboración psicoanalítica”⁹³; esta autora, tiene un método particular, que fue seguido durante el trabajo clínico de los cinco casos que se analizarán en el próximo capítulo; en el cual, la autora en base a su experiencia práctica y a sus teorizaciones, considera de suma importancia el permitir que el niño haga suyo el espacio terapéutico; forme parte de él, teniendo la libertad de seleccionar que actividades (dibujo, modelado con plastilina, cuentos, hora de juego diagnóstico, etc.) desea realizar, respetando las reglas dadas por el terapeuta, así como también, plantea que es importante hablarles con la verdad y utilizando las palabras adecuadas, entendibles para su edad, permitiendo no solo que el niño pueda hablar con naturalidad preguntándole sus opiniones sino que, este se pueda expresar libremente, para lo cual Dolto plantea la importancia de que el terapeuta se familiarice con los términos y con el lenguaje corporal que el niño emplee, debe interpretarlos adecuadamente para así encontrar la forma rápida de ayudar al niño, de manera que éste supere el síntoma que lo aqueja, a través de la comprensión del provenir de éste. “Para ella, su trabajo consiste ante todo en encontrar lo más

⁹²Cfr. Dolto, Françoise; Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos. Op. Cit. Pág. 102.

⁹³Cfr. Dolto, Françoise; Seminario de psicoanálisis de niños. México, Siglo veintiuno Editores, 3^{ra} Edición, 1987. Pág. 9.

rápido posible los medios y las palabras que lo alivien y lo desenvuelvan a la dinámica de su desarrollo”⁹⁴.

Aunque cada caso sea único ya que, cada sujeto es individual, hay algo fundamental que no cambia dentro de la clínica que sigue un lineamiento psicoanalítico, es el atravesar el síntoma cualquiera que este sea por medio de la palabra, a fin de comprender que este se encuentra dirigido a otro, situación que es difícil para los padres, puesto que, para ellos el apareamiento del síntoma es considerado como una enfermedad o una “anormalidad” nos dice Dolto en su texto *Psicoanálisis y Pediatría* “Los padres no tienen en efecto, más que dos actitudes frente a los síntomas psíquicos o nerviosos. Alegan enfermedad o “anormalidad” física o moral del niño”⁹⁵ y al tratarlo de cualesquiera de estas dos formas produce sentimientos de culpa, o sentimientos de inferioridad; mientras que, si lo vemos desde la teoría psicoanalítica éste se encuentra dirigido a otro, lo que da cuenta de que existen dificultades entre el niño y algún elemento que conforma su medio circundante; produciéndole un conflicto inconsciente, que se está mostrando por medio de un síntoma que necesariamente debe ser atravesado por medio de la palabra.

Según el psicoanalista Ricardo Rodulfo, en su texto *El niño y el significante*, al hablar de traspasar el síntoma por medio de la palabra, se refiere a que es la palabra la que nos permite conocer los significantes que la envuelven; “En otras palabras podríamos decir que se da, desde el punto de vista del psicoanálisis, el itinerario de un significante, algo significativo que se repite bajo transformaciones de generación en generación”⁹⁶, que circundan al niño y por medio de estos, buscar una forma de entender desde donde nace el malestar que aqueja al paciente.

⁹⁴Cfr. Dolto, Françoise; Seminario de psicoanálisis de niños. Op. Cit. Pág. 15.

⁹⁵Cfr. Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Op. Cit. Pág. 140.

⁹⁶Cfr. Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante. Buenos Aires, Paidós 1ª Edición, 6ª Reimpresión, 2001. Pág. 22.

Para éste autor en el psicoanálisis, para que la palabra sea un significante, ésta debe cumplir con ciertos criterios:

- Primer criterio, plantea que una palabra o palabras deben ser repetidas constantemente dentro del diario vivir del niño ya que, esta reproducción constante, es lo que produce el síntoma que puede expresarse de diferentes formas. “Para que algo, en psicoanálisis, sea considerado significante tiene que repetirse.”⁹⁷ Por ejemplo: **“además mi hijo es un inútil, nadie me ayuda”**⁹⁸ ó **“eres retardada o qué”**⁹⁹.
- Segundo criterio, se establece como condición que la producción de las palabras deben ser en un tiempo presente, “al igual que el mito, se da en un tiempo activamente presente, lo cual, le otorga una legalidad (y en ocasiones una fatalidad)”¹⁰⁰ Ejemplo: **“desde pequeña era media muda”**¹⁰¹.
- Tercer criterio, se toma en cuenta la incidencia tanto en su forma grupal como en la social e individual “Para que algo sea significante se tienen que repetir. Es más, el significante no reconoce la propiedad privada, no es que sea de alguien; cruza, circula, atraviesa generaciones, traspasa lo individual, lo grupal y los social”¹⁰².
- Finalmente, la palabra debe tener una dirección “El significante conduce siempre hacia alguna parte. Puede ser un abismo o hacia una cumbre”¹⁰³

⁹⁷ Cfr. Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante. Op. Cit. Pág. g. 23.

⁹⁸ Cfr. Caso “Carlos”, Anexo II.

⁹⁹ Cfr. Caso “Lola”, Anexo III.

¹⁰⁰ Cfr. Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante. Op. Cit. Pág. 24.

¹⁰¹ Cfr. Caso “Lola”, Anexo III.

¹⁰² Cfr. Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante. Op. Cit. Pág. 24.

¹⁰³ Cfr. Idem. Pág. 30.

A más de estos criterios enunciados anteriormente, R. Rodulfo nos explica, que los terapeutas debemos saber por medio de la palabra y del análisis del discurso del paciente, que el significante que rodea al síntoma con el que asiste a consulta, puede ser producto de varias significaciones que se van acumulando. “Existe otra forma de reconocer el significante y reside en que éste, no viene con un significado abrochado indisolublemente, sino que, arrastra afectos de significación que son imponderables”¹⁰⁴. Es esto enunciado por Rodulfo lo que sucede en el síntoma encopresis, ya que, éste es un significante en el cual la dificultad para controlar los esfínteres, es la expresión del síntoma que debe ser atravesado por la palabra; para que, por medio de ésta se elabore éste malestar que trae al paciente a consulta, ya que, solo por medio de éstas se podrá re-significar la historia, las frases, etcétera., que influenciaron en el apareamiento de este síntoma.

El Pensamiento de Françoise Dolto relacionado a la clínica con los niños y los conceptos propuestos por Rodulfo concernientes la palabra y al significante, han sido promovidos y adquiridos a lo largo de la historia por otros profesionales; en el área de la psicología y del psicoanálisis, debido a la profundización y especificidad de estos, respecto del trabajo con los niños; algunos de los profesionales como Maud Manonni, han seguido sus lineamientos.

Maud Manonni en su texto *El niño, su “enfermedad” y los otros* resalta la importancia de trabajar el síntoma por medio de la palabra “no altera el campo sobre el cual opera el analista: ese campo, es el del lenguaje (incluso cuando el niño aun no habla)”¹⁰⁵, ya que, es especialmente en el campo del lenguaje, en donde no solo opera la palabra sino que se entrelazan los discursos de los padres de los niños y del analista “se trata de un discurso colectivo constituido alrededor del síntoma que el niño presenta”¹⁰⁶ que hablan respecto del síntoma

¹⁰⁴Cfr. Rodulf, Ricardo; *El niño y el significante*. Op. Cit. Pág. 25.

¹⁰⁵Cfr. Mannoni, Maud; *El niño su “enfermedad” y los otros*. Buenos Aires, Ediciones Nueva visión; 1987. Pág. 7.

¹⁰⁶Cfr. Idem. Pág. 7.

que aqueja al niño que es traído a consulta; ya que para Manonni lo que el niño busca con el síntoma, cualesquiera que este fuese, es la palabra dada de un adulto para que, por medio de esta, pueda comprender lo que sucede; “el niño reclama el derecho de comprender lo absurdo que le sucede en determinada reacción agresiva suya”¹⁰⁷, pero lamentablemente, por lo general el adulto castiga al niño por su comportamiento, y busca educar y corregir las actitudes que considera inadecuadas o que no tengan un padecimiento orgánico, sin considerar la desesperación que siente el niño por no conocer, podría traer consigo una encopresis como forma de expresión de esa inconformidad; “Asistimos a una desesperación que se expresa a través de la incontinencia, la encopresis y el tartamudeo”¹⁰⁸, que da cuenta de la necesidad que tiene el niño, de que el adulto intervenga y así, detener al niño en un comportamiento regresivo; “cualquier intervención normalizadora del adulto no puede hacer otra cosa que paralizar al niño en un comportamiento regresivo que ha escogido para encerrarse en lo que cree que su madre desea”¹⁰⁹.

Freud, en su texto Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal nos habla acerca de las relaciones entre el niño y el otro por medio de las eses fecales que le permiten interactuar mediante este “regalo” con los padres, “En efecto, la caca es el primer regalo, una parte de su cuerpo de la que el lactante sólo se separa de la persona amada y con la que le testimonia también su ternura sin que se lo pida”¹¹⁰ sin embargo existen otros autores como Greiser y Stiglitz que concuerdan con lo propuesto por Freud y han escrito algunos artículos.

Según Irene Greiser y Gustavo Stiglitz autores del artículo “Soy el producto del gusto de mis padres por lo sucio,” para que un niño supere un

¹⁰⁷Cfr. Mannoni, Maud; El niño su “enfermedad” y los otros. Op. Cit. Pág.30.

¹⁰⁸Cfr. Idem. Pág. 31.

¹⁰⁹Cfr. Idem. Pág. 31.

¹¹⁰Cfr. Freud, Sigmund; Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. (1917). Tomo XVII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004; Pág. 120.

síntoma, que en este caso sería la encopresis; es necesario que asuma responsabilizándose de lo que está padeciendo “la superación de los síntomas de un niño –al igual que los de un adulto– implica que el sujeto logre hacerse “responsable de su propio goce”¹¹¹. Dentro del artículo, los autores a más de proporcionar pautas para el tratamiento, consideran que la encopresis es un síntoma inconsciente, que se encuentra ligado a las dificultades de la relación con el otro y, a la angustia; como por ejemplo, en el caso de “Andrés” en donde los padres plantean **“el resto de personas no va a entender nosotros sí”**¹¹².

Para comprender este pensamiento, los autores por medio del análisis del caso de un niño de siete años, quien fue diagnosticado con encopresis y enuresis, permiten que los lectores comprendan su postura teórica, ya que, se ve cómo se va articulando la teoría: “Javier tiene 7 años y medio y fue derivado por el pediatra con diagnóstico de “Enuresis y encopresis diurnas secundarias y un episodio de prolapso anal a los tres años de edad”¹¹³, nos plantean que en primer lugar, este síntoma, se encuentra relacionado no solo con el porqué el niño no se da cuenta (inconsciente) “Dice no darse cuenta de que tiene ganas de hacer caca”¹¹⁴, sino que también, tiene una correlación con las dificultades del niño en la relación con el otro; quien intervino en el aprendizaje del control de esfínteres y, quienes forman parte única proporción que el niño puede encontrar como significativa quienes, en este caso es su madre (estricta) y su padre (protector) “La madre encarna a un Otro completo, mientras que el padre es una figura frágil a quien él debe proteger”¹¹⁵.

Para hablarnos, acerca de que el niño padece éste síntoma los autores en primera instancia, por la relación que tiene con el otro, recurren a la primera

¹¹¹Cfr. Greiser, Irene; Stiglitz, Gustavo. “Soy el producto del gusto de mis padres por lo sucio”. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-29698-2003-12-31.html> Pág. 1 Consultado el 02 de Febrero de 2011.

¹¹²Cfr. Caso “Andrés”. Anexo IV.

¹¹³Cfr. Greiser, Irene; Stiglitz, Gustavo. “Soy el producto del gusto de mis padres por lo sucio”. Op. Cit. Pág. 1

¹¹⁴ Cfr. Idem. Pág. 1

¹¹⁵Cfr. Idem. Pág. 1

entrevista con la madre “En la primera entrevista, cuando la madre es interrogada, Javier se le adelanta y dice: “Me cago de día, de noche no” ”¹¹⁶, en la cual se puede notar los efectos de las intervenciones de la madre en la relación del niño con el otro y como ésta puede modificar el comportamiento del niño. “De este modo reconoce que se hace encima cuando tiene a su disposición el lugar donde el Otro espera sus excrementos, equivocando así la función biológica. Así su síntoma, en un primer momento, es situado en su decir en relación a la demanda del Otro.”¹¹⁷

Al referirse a la angustia, como causa de la encopresis; estos autores plantean que, “La encopresis entra en la serie de “los sustos”. La angustia aparece ligada al acto de la defecación”¹¹⁸ la angustia aparece por el susto repetido que siente el niño respecto de algo, en este caso particular, se refiere a varias situaciones que el niño ha vivido dentro del baño relacionadas con comportamientos de otras personas, como sus compañeros de clase, su hermana menor, etcétera.

Para intervenir terapéuticamente en este caso, los autores proponen que se debe primero; reducir la angustia y, ubicar las causas haciendo énfasis en el lugar que ocupan los padres “Como primer efecto terapéutico se reduce su angustia, y ubica a los padres en el lugar de la causa” ¹¹⁹

Otro artículo importante a considerar, es el escrito por la psicóloga psicoanalista argentina Beatriz Janin titulado Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones; en el cual no solo expone los tipos de encopresis, la organización anal y las principales causas para el apareamiento de este síntoma, sino que, plantea que la encopresis no es una patología, sino más bien, es un trastorno que puede darse en diferentes estructuras psíquicas;

¹¹⁶Cfr. Greiser, Irene; Stiglitz, Gustavo. “Soy el producto del gusto de mis padres por lo sucio”. Op. Cit. Pág. 1

¹¹⁷Cfr. Idem. Pág. 1

¹¹⁸Cfr. Idem. Pág. 2

¹¹⁹Cfr. Idem. Pág. 2

aunque se repitan características en los niños encopréticos. “Considero que la encopresis es un trastorno que, como tantos otros, puede encontrarse en diferentes estructuras psíquicas y que no define un cuadro psicopatológico”¹²⁰ y que además, este síntoma se encuentra en lugar de la palabra, “El control de esfínteres implica un pasaje del cuerpo a la palabra. Está ligado a la posibilidad de nombrar. En la encopresis, en lugar de la palabra, aparece la cosa. Y lo que se niega-destruye-expulsa-retiene es un objeto”¹²¹.

Beatriz Janin, nos plantea que existen dos tipos de encopresis una primaria y otra secundaria y las define al igual que en el discurso médico enunciado anteriormente.

Al hablar del tema, esta autora de la organización anal plantea que, la encopresis es un síntoma en el cual se ligan pulsiones, constitución del yo, constitución del objeto he introspección de normas que, forman parte de constitución psíquica del niño, que fue explicado en el capítulo I de esta disertación. “La organización anal, aparece en la teoría psicoanalítica como una encrucijada importante, como un punto crucial en la organización psíquica, en tanto liga pulsiones, narcisismo y defensas, constitución del yo, e interiorización de normas.”¹²²

Las principales causas para el apareamiento de este síntoma en este artículo tienen relación con tres situaciones que rodean al niño y son: el abandono y duelo, la violencia y, el control sádico del objeto relacionado con la retención de las heces, que a continuación se exponen.

- Abandono y duelos: Parte del artículo que la autora a nombrado como *Abandonos y duelos*: El niño que “pierde”. En el cual se plantea que una de

¹²⁰Cfr. Janin, Beatriz. Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. Pág. 1 Disponible en: www.seypna.com/articulos/ninos-encopreticos-organizacion-anal-perturbaciones/ Consultado el: 2 de Febrero de 2011.

¹²¹Cfr. Idem. Pág. 19.

¹²²Cfr. Janin, Beatriz. Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. Op. Cit. Pág. 2

las causas por las que aparece la encopresis en los niños es por el abandono de sus padres y no han podido elaborar su duelo “son niños que no pueden realizar el duelo”¹²³ por lo que la heces, se convierten en su forma de expresión, debido a la pérdida del objeto que ha dejado un estado vacío; “Quedan repitiendo compulsivamente un estado en el que el objeto se va sin que se pueda hacer nada para retenerlo”¹²⁴. Este abandono y duelo por el que los niños atraviesan, da como resultado una encopresis a causa de pérdidas anteriores; “la encopresis aparece secundariamente a situaciones de abandono y de pérdidas, que actualizan pérdidas anteriores”¹²⁵ repitiendo el malestar que estas le produjeron, ya que, no hay una elaboración del duelo “en tanto no hay duelo sino repetición de la pérdida”¹²⁶. Como lo podemos en el caso de “Juan,” un niño abandonado por su padre, a quién su madre le ha ocultado su historia de origen **“nunca le he dicho nada de su padre, no he podido porque me duele”**¹²⁷.

- **Violencia:** Segunda causa que, en el artículo lleva el nombre de: *violencias y estallidos que lo bombardean*; el cual, da cuenta de que los niños que poseen historias de violencia, van a producir en él una encopresis, como manifestación de la hostilidad que sienten y que los rodea; “Lo que va a predominar es la hostilidad, la agresión manifestada con el cuerpo.”¹²⁸ Situación que podemos notar en el caso de “José,” quién no solo, era violentado físicamente, sino que también psicológicamente, rodeado constantemente de frases como **“no seas tarado hazle caso a tu mamá”**¹²⁹.

¹²³Cfr. Janin, Beatriz. Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. Op. Cit. Pág. 11.

¹²⁴Cfr. Idem. Pág. 11.

¹²⁵Cfr. Idem. Pág. 11.

¹²⁶Cfr. Idem. Pág. 12.

¹²⁷ Cfr. Caso “Juan”, Anexo I.

¹²⁸Cfr. Janin, Beatriz. Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. Op. Cit, Pág. 13

¹²⁹ Cfr. Caso “José”, Anexo V.

- Control sádico del objeto: Tercera causa que la autora dentro del artículo llama: *Retención y control sádico del objeto: los encopréticos por rebalsamiento*, en el cual da cuenta de que el niño, siente placer en la retención de las heces; “En los niños que presentan encopresis por rebalsamiento, es decir, los que son fundamentalmente constipados y a los que “se les escapan” las heces, podemos encontrar otra conflictiva predominante: el placer en la retención”¹³⁰.

Para resumir todo lo dicho y, como se considera a la encopresis en esta disertación puedo anunciar que la encopresis desde la teoría psicoanalítica es un síntoma que da cuenta de que existe un malestar en el sujeto, que debe ser intervenido por un profesional, por medio de la palabra, ya que, es esta la que nos va a permitir entender y saber que significantes rodean a éste malestar y por ende, poder encontrar la causa por la que éste apareció en el niño, ya que, solo por medio de la verbalización se va a poder comprender, que es lo que el síntoma está cubriendo.

¹³⁰ Cfr. Janin, Beatriz. Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. Op. Cit. Pág. 17

CAPÍTULO III

3. Análisis de casos prácticos.

Para el análisis de esta disertación se consideraron todos los casos de encopresis atendidos por la autora, durante el año de prácticas pre-profesionales realizadas desde Agosto de 2009 hasta Mayo 2010; todos ellos corresponden a niños de entre seis a once años que habiendo superado la etapa anal presentaban dificultad en el control esfinteriano.

Metodología:

La metodología utilizada en este trabajo, de una parte se encuentra fundamentada en un método de investigación bibliográfico y de otra parte en el análisis de cinco casos prácticos, que fueron atendidos por la autora a través de psicoterapia, apoyada en los recursos técnicos que se encuentran enumerados posteriormente; en la parte que corresponde al proceso seguido durante la atención de los casos.

El análisis de los casos que se presentan a continuación, está basado en tres elementos: una hipótesis, las variables dependiente e independiente y los indicadores que se encuentran esquematizados y organizados en la tabla N°.1 que se expone a continuación.

Tabla N°. 1

Hipótesis, variables e indicadores

Hipótesis	Variables		Indicadores	Metodología
El síntoma de encopresis en niños que han superado la etapa anal se forma por la presencia de regresión a la etapa anal más un desencadenante actual de angustia en relación a las construcciones familiares.	Dependiente	Encopresis	<ul style="list-style-type: none"> - No controlar esfínteres al menos tres veces por semana. - No tener ningún padecimiento orgánico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños. - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños
		Fijaciones en la etapa anal	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras de los padres que establezcan la importancia de la etapa anal. - Comportamiento en el niño que den cuenta: Excesiva pulcritud o excesivo desaseo en el niño. - Comportamiento en el niño que den cuenta: Excesivo orden o desorden en el niño 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños. - Observación del comportamiento del niño. - Observación durante el juego diagnóstico. - Observación del comportamiento del niño. - Observación durante el juego diagnóstico.
	Independiente	Situaciones de angustia relacionadas a las construcciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Dibujos: Presión, Intensidad, extensión - Violencia intrafamiliar (Física, psicológica) - Maltrato infantil (abuso sexual, abandono). - Edipo no resuelto. - Dificultad en la relación con el otro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibujos realizados por el niño. - Observación del comportamiento del niño. - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños. - Dibujos realizados por el niño. - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños. - Dibujos realizados por el niño. - Entrevistas realizadas a los padres y a los niños. - Observación durante el juego diagnóstico. - Dibujos realizados por el niño.
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010				

Universo de estudio:

En este capítulo van a ser analizados todos los casos de encopresis atendidos por la autora en las practicas pre-profesionales realizadas tanto en el CPsA (Centro de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador) como en el Sub Centro de Salud de “La Bota”.

Cabe recalcar que respetando la ley de la confidencialidad y el acuerdo realizado con las instituciones en las que se realizaron las prácticas pre-profesionales no se revelarán los nombres verdaderos de los pacientes.

Tabla N°. 2

Datos generales de los casos trabajados

Nº. Caso	Nombre	Edades	Nº. De hijo	Inicio de la encopresis Aprox.	Frecuencia de la encopresis Aprox.
1	"Juan"	8	Hijo único	3 años	4 veces a la semana
2	"Carlos"	7	Primer hijo	7 meses	3 ó 4 veces a la semana
3	"Lola"	8	Primera hija	4 años	2 ó 3 veces por día
4	"Andrés"	11	Tercer hijo	6 años	3 ó 4 veces al día
5	"José"	9	Segundo hijo	1 años	3 veces a la semana

Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010

Cómo podemos ver en la tabla N° 2 se trabajaron cinco casos de niños diagnosticados clínicamente con encopresis; cuatro de ellos hombres y una mujer, las edades fluctúan entre los seis y los once años. Todos los casos, acudieron por presentar el síntoma encopresis, por el tiempo indicado en el cuadro; antes de ser atendidos por la autora. Así también, podemos notar que en los casos de “Juan”, “José” y “Carlos” este síntoma se presentaba semanalmente mientras que en los casos de “Andrés” y “Lola,” se presentaba diariamente debido a diferentes causas, que analizaremos posteriormente en este capítulo.

Proceso seguido durante la atención de los casos:

El proceso de psicoterapia seguido en los casos fue el siguiente:

- Primera sesión: Recepción y análisis de la demanda
- Segunda sesión: Entrevista con el niño
- Tercera sesión: Entrevista con los padres
- Desde la cuarta sesión en adelante se trabajó con diferentes recursos técnicos (dibujo, juguetes, plastilina, cuentos y pruebas).
- Última sesión; devolución de la información y cierre.

A continuación se presenta un cuadro donde se muestran las diferentes técnicas utilizadas en cada uno de los casos:

- Análisis y comprensión de la demanda.
- Entrevista de historia vital con los padres.
- Dibujo libre.
- La hora de juego diagnóstico.
- Aplicación de test:
 - Test de la familia.
 - CAT-A.
 - UDN.
- Utilización de materiales:
 - Cuentos.
 - Plastilina.

Tabla N°. 3

Proceso de los casos atendidos

Caso	Tiempo de atención	Técnicas usadas									Lugar de Atención	Número de anexo
		E	O	JD	TC	TF	TU	DL	MP	C		
1 "Juan"	Doce sesiones	x	x	x	x	x		x	x		CPsA	Anexo I
2 "Carlos"	Dieciséis sesiones	x	x	x		x		x			Sub Centro de Salud de "La Bota".	Anexo II
3 "Lola"	Veinte sesiones	x	x				x	x	x	x	Sub Centro de Salud de "La Bota".	Anexo III
4 "Andrés"	Veinte sesiones	x	x	x						x	Sub Centro de Salud de "La Bota".	Anexo IV
5 "José"	Doce sesiones	x	x	x	x	x		x	x		CPsA	Anexo V

Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010

Claves para reconocer las técnicas usadas en la tabla tres:

- Entrevista: E
- Observación: O
- Hora de juego diagnóstico: JD
- Test CAT-A: TC
- Test de la familia: TF
- Test UDN: TU
- Dibujo libre: DL
- Modelado con plastilina: MP
- Cuentos: C

Tanto el número de sesiones, como las técnicas usadas variaron de acuerdo a la institución en donde fue atendido el caso.

Cómo podemos notar, los casos de “Juan” y “José” fueron atendidos en CPsA y tuvieron un tiempo de atención de doce sesiones; mientras que, los otros tres casos fueron atendidos en el Sub Centro de Salud de “La Bota” durante un período de tiempo de veinte sesiones en los casos de “Andrés” y “Lola” y dieciséis sesiones en el caso de “Carlos”.

La aplicación de las técnicas utilizadas en la atención de los cinco casos estuvo determinada por cada sujeto.

En los anexos se adjuntan los resúmenes de los procesos desarrollados con cada paciente y los dibujos que ellos hicieron, de acuerdo al número de anexo que consta en la tabla N° 3.

Resultados de la investigación:

Antes de dar a conocer los resultados del análisis de los cinco casos atendidos, en los que se sustentó esta investigación he considerado importante enunciar de manera general las dos variables con sus correspondientes indicadores en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla N° 4

Presencia de indicadores en cada uno de los casos

Variables		Indicadores	Casos				
			1 "Juan"	2 "Carlos"	3 "Lola"	4 "Andrés"	5 "José"
Dependiente	Encopresis	No controlar esfínteres al menos tres veces por semana.	x	x	x	x	x
		No tener ningún padecimiento orgánico	x	x	x	x	x
Independiente	Fijaciones en la etapa anal	Palabras de los padres que establezcan la importancia de la etapa anal.	x	x	x		
		Comportamiento en el niño que den cuenta de excesiva pulcritud en el niño o excesivo desaseo en el niño	x		x	x	
		Comportamiento en el niño que den cuenta: excesivo orden o desorden en el niño	x				x
	Situaciones de angustia en relación a las construcciones familiares	Dibujos: Presión intensidad, extensión.	x		x		x
		Violencia intrafamiliar (Física, psicológica).		x	x	x	x
		Maltrato infantil (abuso sexual, abandono).	x	x	x		
		Edipo no resuelto.	x		x	x	
		Dificultad en la relación con el otro.	x		x	x	

Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010

Como podemos notar, la tabla N° 4 se encuentra dividida por las variables dependiente e independiente y cada una de ella tiene sus indicadores, los mismos que, han sido marcados por medio de una x en el caso de que el indicador se cumpla dentro de la historia del sujeto en mayor grado, frecuencia,

intensidad; dando así, como producto de esto un mayor impacto en el niño para la producción del síntoma encopresis.

Desarrollo de indicadores:

FIJACIONES EN LA ETAPA ANAL

Debemos considerar en esta disertación a la fijación, como una respuesta ante el exceso o carencia de una satisfacción.

Las fijaciones en la etapa anal, pueden darse por varias situaciones y, se pueden observar en diversas acciones, sin embargo aquí solo se han considerado tres características que determinan la presencia de fijaciones y son:

- Palabra de los padres.
- Comportamientos del niño relacionados con:
 - Pulcritud y desaseo
 - Orden y desorden.

Palabras de los padres que establezcan la importancia de la etapa anal:

Como fue enunciado en el capítulo II, de esta disertación en la cual se tomaron en cuenta los criterios del psicoanalista Ricardo Rodulfo, las palabras de los padres, son muy importantes para los niños no solo en la infancia, sino a lo largo de la vida; ya que, estas se encuentran traspasadas por los significantes que dan sentido a la palabra, que da cuenta de que, lo realizado por el niño fue acertado, inadecuado, etcétera. La palabra de los otros, es el espejo de los comportamientos que tienen los niños.

Dentro del síntoma encopresis, las palabras de los padres, establecen la importancia de la etapa anal en el desarrollo psicosexual del niño; en relación a lo que significa la acción de expulsión y, retención de las heces para los padres; debido a la importancia que estos dan a ésta etapa y, al discurso que utilizan, el mismo que puede producir una fijación, debido al exceso o carencia de

palabras relacionadas con el acto de excretar las heces, que puede producir una fijación en el niño.

Esta relación de las palabras de los padres, con el síntoma encopresis la podemos notar específicamente en la tabla N° 5 en la cual, se marcan los casos en los cuales pese a existir una enseñanza “adecuada” que no se encuentra atravesada por excesos, durante el aprendizaje del control esfinteriano y en donde los niños no tienen ningún padecimiento orgánico existieron elementos que produjeron este síntoma, de acuerdo a la dinámica familiar en la que estos niños han vivido.

Tabla N°. 5

**Casos variable independiente:
Fijaciones en la etapa anal**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Palabras de los padres que establezcan la importancia de la etapa anal.	x	x	x		
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso “Juan”

“Juan,” en un niño criado tanto por sus abuelos maternos, como por su madre, quienes, en un intento de enseñarle a controlar los esfínteres de una manera rápida, le introdujeron en una dinámica en la cual, hay una sobre educación en cuanto se relaciona con cambio del pañal al calzoncillo, la misma que se vio acompañada según la madre de frases como: “tienes que dejar rápido el pañal”, “ya eres un niño grande”, “tu primo más chiquito puede más que tú”, “a tu primo “Esteban” no le gustaría ver desde el cielo que tu no vayas solo al baño”, (haciendo en esta última frase alusión a la muerte del primo de veinte años con quien vivía en la misma casa y se suicidó, a lo que los abuelos

y la madre no dieron palabras para elaborar el duelo por el cual el niño se encontraba atravesando.)

La constante repetición de estas frases, produjo en “Juan” una fijación, lo que al parecer no tuvo implicación alguna en ese momento; sino, hasta que el niño a la edad de cinco años, en una reunión familiar no pudo retener sus heces defecándose en su ropa interior; lo que trajo como resultado un castigo, acompañado de las frases enunciadas en el párrafo anterior, produciéndole angustia y una regresión a la etapa anal; debido al recuerdo que este sentía y que volvió a sentir en ese momento, cuando quedó en ridículo frente a todos sus familiares.

Caso “Carlos”:

“Carlos” es un niño quien por un lado fue criado por sus padres y por su abuela materna; los mismos que cada uno por su lado y desde sus propias creencias, trataron de criar a “Carlos”; situación que generó una confusión para él en razón de que mientras la abuela era permisiva y planteaba que no era necesario que “Carlos” dejase el pañal, “así como dejó el seno tarde; no importa lo otro”, decía “si él se caca, yo he de esconder la ropa, como siempre he hecho, para que no le peguen, además, yo lavo la ropa, no ellos;” los padres exigían al niño, que controle sus esfínteres de una forma rápida, ya que, según la madre, que el niño los controle, le evitaría tener problemas con su esposo; “mi marido, se enoja por todo y el “Carlos” tiene la culpa de hacerse popo y pipi y no avisar”. Además, también plantea que se le dificulta la enseñanza, debido al poco tiempo que tiene para lavar la ropa y educarle, puesto que ella también trabaja; la madre decía “no tengo tiempo ni de enseñarle ni de lavar nada, yo trabajo; estoy cansada y mi marido solo duerme”, “además, mi hijo es un inútil, nadie me ayuda”.

En este caso, ambas conductas producen una fijación en el niño, debido a la constante repetición de estas expresiones y, a la frecuente confusión que

estas le produjeron al niño, ya que, mientras la abuela trata de ocultar las cosas y de “ayudarlo”, los padres debido al poco tiempo que tienen buscan un rápido aprendizaje; ubicando al niño en un discurso ambivalente en cuanto se refiere al control esfinteriano y, a los comportamientos y acciones de los adultos que crían a “Carlos” Sin embargo el niño no inicia con la encopresis hasta los seis años aproximadamente, cuando su tía, quién era la persona que mantenía un discurso no ambivalente y lo ayudaba cuando este tenía dificultades “mi tía me defendía de todo”, pero ella tenía problemas, viaja de migrante, situación que produjo angustia en “Carlos;” quien, debido a las constantes discusiones entre sus padres y él cambia su comportamiento a causa de la frecuente e intensa repetición de insultos; la situación familiar en la que él vivía, le produjo una regresión a la etapa anal, en la cual éste se sentía protegido por su tía quién lo defendía y por su quién abuela lo ayudaba.

En este caso, podemos notar como las palabras de la madre, dan cuenta de la dificultad que tenía ésta para aceptar a su hijo, lo que podría ser una causa de la encopresis de “Carlos”; debido a los significantes que las envuelven, ya que estas, afectan a la auto-valoración del niño, que se encuentra ubicado en falta; y además, podemos establecer lo que Dolto nos plantea y, se encuentra considerado en el capítulo II de este trabajo; en el cual el niño tiene una dificultad para controlar los esfínteres, a causa de presentar una dificultad en la identificación con los adultos que lo rodean.

Caso “Lola”

En este caso, “Lola” fue educada por su madre, quién expone que tuvo varias dificultades para criar a su hija, ya que según la madre, “cuando era más niña no podía hacer bien las cosas, de una parte no pudo hablar rápido y se demoró en aprender a ir al baño”, “yo traté de que haga y le decía que vaya sola”, “no habla”, “desde pequeña, era media muda”; además, según la madre “Lola” tenía dificultades para realizar cualquier actividad relacionada

con el propio desarrollo biológico de los niños, sin embargo, no existe ningún padecimiento orgánico que sustente la teoría de la progenitora

Según la madre, ella considera que educó a “Lola” respecto del aprendizaje, así como en el control de los esfínteres, cuando ésta tenía un año y medio aproximadamente; sin embargo, la manera en la que ella, se dirigía a su hija, produjo una fijación en ésta ya que, estuvo acompañada de frases de daban cuenta de la dificultad de la madre en cuanto a paciencia y a comprensión se refiere, ya que, cada vez que “Lola” tenía dificultades, la madre le respondía con palabras tales como: “eres una inútil”, “eres retardada o que”, y amenazas como: “te voy a pegar” “te voy a mandar, con el inútil de tu papa”, esta última advertencia si fue cumplida por la madre; a la edad de los cuatro años, cuando ésta se unió con otra persona, envió a su hija de vacaciones, sin notar que cuando su hija regreso, ésta no podía controlar la retención de las heces.

Los gritos y, las frases con las que su madre se dirigía la niña, y el cumplimiento de la amenaza de enviar a “Lola” donde su padre, le produjeron angustia; la misma que generó un malestar, que está siendo expresado por la niña en la encopresis. Así como, en el caso anterior podemos notar el rechazo de la madre que es verbalizado por la niña y la repercusión de los significantes que envuelven a las palabras que circundan a la niña y que, con el pasar del tiempo, forman parte del malestar que es demostrado como un síntoma, que en este caso, es la encopresis.

Una vez expuestos los tres primeros casos en los que se cumplió este indicador como característica para el apareamiento de la encopresis, explicaré otros dos casos, para que, posteriormente podamos compararlos.

Caso “Andrés”:

En este caso, la familia está marcada por el síntoma, “Andrés,” es un niño de once años, criado por su madre, quien es permisiva y no tiene reglas en cuanto al comportamiento y también por un padre, quien casi no habla con sus hijos, ya que, este plantea una teoría: “con una mano la biblia y con otra el cabo, el cable o lo que haya;” y que, prefiere golpearlos, cuando hacen algo mal. Tanto él como su familia, se encuentran marcados por el síntoma; por lo que, en lo que se refiere a la educación en cuando al esfínter anal, ninguno de sus hijos ha recibido reglas, ni castigos, puesto que, al igual que su padre y, hermanas mayores, tuvieron dificultad para controlar los esfínteres hasta aproximadamente los doce años de edad; entonces, podríamos decir que, probablemente habría existido entre los miembros de la familia una identificación, que podría ser la causa de la encopresis. Además, como podemos ver en este caso también, encontramos un discurso ambivalente, entre la forma de educar de los padres a los hijos, lo que también podría ser una causa de la encopresis.

Debido a que todos han pasado por este síntoma dentro de la familia, las palabras que acompañan la enseñanza en el control de esfínteres según la madre “yo no digo nada, algún rato va a controlar”, “Yo sé que esto va a pasar porque a todos nos paso”, “nunca le pagaría, ni le hablaría feo, a ninguno de mis hijos por esto” y no son dichas de forma frecuente o intensa.

Caso “José”:

“José”, es un niño de nueve años, quién fue educado en todos los aspectos por su madre y por su padre, además, tenía una buena relación con su abuela materna, quien, los visitaba frecuentemente, sin embargo se producen dos

eventos que influyen en el apareamiento de la encopresis, uno de estos es que, a la edad de dos años, cuando estaba aprendiendo a controlar los esfínteres fallece su abuela materna; “mi abuelita se murió y le extraño mucho” con ella tenía una estrecha relación; el otro, es el nacimiento de su hermana menor, quién debido a la falta de oxígeno, padece de una atrofia cerebral derecha; en ninguno de los dos eventos se han dado palabras, ya que, se ha dicho en casa: “tu hermana es diferente y punto;” sin embargo, el comportamiento de todos los miembros de la familia se ha modificado, situación que ha traído una confusión para “José,” debido a la inexactitud y carencia de palabras, y a la falta de palabras relacionadas con los eventos sucedidos dentro del hogar; se ha producido una dificultad con el entendimiento de las situaciones pasadas, circunstancia que ha producido en él, angustia; lo que, unido a la situación que vive, de la que se hablará posteriormente ya que se relaciona con otros indicadores se ha denunciado por medio del síntoma encopresis.

En conclusión, de este indicador podemos decir que a diferencia de los tres primeros casos explicados, con los dos últimos (“José” y “Andrés”), se produce debido a la importancia y repercusión que tiene la utilización de las palabras, que forman parte del discurso de los padres, que: desmotivan, juzgan, ridiculicen, desvaloricen o, presionen a los niños; no solamente en lo que se refiere al control de los esfínteres, sino con todas las actividades que estos realizan. También podemos decir que una de las características de estos casos es la presencia de un discurso ambivalente, que se encuentra presente, dentro de los actos de los familiares, en especial de los padres respecto de los hijos; lo que podría ser una causa de encopresis.

Comportamientos del niño:

El comportamiento de un niño, da cuenta de la exigencia o permisividad con la que éste fue educado, de acuerdo al deseo de los padres, respecto de que

quieren, o cómo quieren que sus hijos sean; circunstancias económicas, sociales, entre otros.

Al referirme en este trabajo al comportamiento el lector debe considerar que, éste se refiere a aquellos comportamientos que estén relacionados al síntoma encopresis, en el cual, hay una notoria polaridad, en cuanto a un excesivo aseo o desaseo, o un excesivo orden o desorden, que aparecen como una característica en común, que es, ocultar la ropa interior de los padres que da cuenta de desaseo, no inmutarse, con el olor ni con las manchas que produce el desprendimiento de heces, entre otros que, están relacionados a la respuesta de un sujeto, ante la angustia que le produce un estímulo externo.

Como podemos ver en la tabla N° 6, en tres de los cinco casos, existen características relacionadas con el comportamiento del niño en cuanto a la pulcritud o al desaseo en cuanto de la limpieza de de las heces se refiere; y además en la tabla N° 7, podemos notar que en dos de los cinco casos, encontramos características referentes al orden y desorden, relacionados con la encopresis.

Comportamiento que dé cuenta de excesiva pulcritud o excesivo desaseo en el niño:

Tabla N°. 6

**Casos variable independiente:
Fijaciones en la etapa anal**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Excesiva pulcritud o excesivo desaseo en el niño	x		x	x	
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso Juan”:

“Juan”, desde la primera consulta, me dio la impresión de ser pulcro, ya que pese a tener la cita después de clases, siempre estuvo con el uniforme limpio, llegaba peinado y con colonia, no tenía rayones, goma o sellos en las manos, en fin, era un niño muy pulcro, que conocía las diferencias entre limpio y sucio “los niños buenos y educados estamos limpios y, los malos no” y que además planteaba que, le gustaba estar limpio, ya que, su madre le enseñó a estar así “mi mami me peina, mi mami me limpia, me pone talco todo”, “mi mami me dice que soy bueno, cuando estoy limpio”.

Al hacer la entrevista con la madre, esta plantea lo importante que para ella es el hecho de que su hijo sea pulcro; “desde que nació nunca le faltó nada, siempre limpio y oloroso”, y además plantea la importancia que tiene que éste niño sea limpio como ella, debido a su profesión, “doy clases de baile; educación física, y nunca huelo mal y mi hijo tampoco debe ser la excepción.” Lo que nos da cuenta, es de la identificación que se ha generado con la madre, la misma que, se vio afectada cuando la progenitora presentó a su novio al hijo; acción de la que se hablará posteriormente, en el indicador del Edipo no resuelto.

En cuanto a la limpieza respecto de la encopresis, “Juan” es un niño al que no le agrada quedarse con la ropa interior, después de no haber controlado el esfínter anal, según la madre “yo le mando calzoncillos”, la forma en la que ha sobrellevado este malestar, es mediante la implementación de ropa interior, papel higiénico dentro de su mochila, al igual que fundas plásticas, para que se guarde ahí, la ropa interior sucia.

Caso “Lola”:

“Lola,” a diferencia del caso anterior, no presenta una identificación con su madre, puesto que mientras esta es una señora arreglada, maquillada, etcétera, su hija es un niña a la que no le gusta arreglarse; desde la primera sesión se presentó desarreglada, con un olor, que daba cuenta de que no se había aseado por varios días, sus manos y su cara tenían paspas, por la falta de humectante; en fin, había carencia de cuidados y de aseo personal. Lo inusual en este caso, es la poca intensidad que tenía la madre, de modificar el comportamiento de su hija, haciendo alusión a su falta de paciencia, como se nombra en el indicador anterior.

Respecto de la encopresis podemos decir que, al parecer, para la madre, éste es un síntoma que no ha sido tomado en cuenta, debido a la “poca fuerza” que ésta dice tener, sin embargo, pese a que a “Lola,” parecería no importarle su aspecto, si le importa que su madre no sepa, cuando sucede la encopresis, por lo que, la esconde; según la madre, es por el olor que se produce por la acumulación de la ropa interior que contiene materia fecal, por lo que ella sabe que su hija tiene este síntoma, encuentra la ropa interior “Porque huele feo encuentro los calzones, a veces están unidos entre tres o cuatro”, (risas) “una vez encontré algunos metidos dentro del colchón”; además de este síntoma, también podemos plantearlo como lo propone Françoise Dolto en su texto: Diálogos en Quebec; sobre, pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos; que el lector puede encontrar en el capítulo anterior de esta disertación; que, la falta de identificación de “Lola” con su madre, podría ser una causa de la encopresis.

Caso “Andrés”:

En este caso “Andrés,” se presentó durante todas las sesiones, con un comportamiento que daba cuenta, de que era un niño, que no se aseaba con frecuencia; su atuendo y su cara se encontraban sucios, sin embargo con el pasar de las sesiones y a medida que fui trabajando con sus padres y al conocer a sus hermanas, noté que este era un comportamiento, que se reproducía dentro de la familia, por medio de una identificación con sus padres, para quienes no era importante el cómo se vean sus hijos; “yo siempre me he visto así, y mi esposo me conoció así, para mí no hay nada de malo”, planteaba la madre; el padre expresaba, “yo me aseó en el trabajo”; y que “el aseo que tienen en casa,” ya que para ellos, el accionar de todos, era el adecuado; puesto que era parte de la familia.

En cuanto a la encopresis, tanto para sus padres, como para “Andrés” éste es un síntoma que pasará, y del cual no debe avergonzarse puesto que, ellos también lo padecieron, por lo que, para ellos no hay necesidad de cambiar la ropa interior si sucede, ya que, lo único que su hijo debe hacer, es ir al baño y limpiarlo con papel higiénico hasta que llegue a casa. “A todos nos pasa, solo tiene que limpiarse y ya”.

Ahora que hemos nombrado a los casos relacionados con el comportamiento que dé cuenta de excesiva pulcritud o desaseo podemos decir que en los otros casos de “Carlos” y “José”; su accionar era diferente, al de los casos antes nombrados.

Caso “Carlos”

En cuanto a este indicador, “Carlos,” dio cuenta dentro de las sesiones de mantener un adecuado aseo de su persona; según su madre “Carlos” es un niño que aprendió a ser aseado por miedo, “si no se limpia él papá le pega” y porque, es su abuela la que se encarga de ayudarlo, en cualquier cosa que él necesite; lo que da cuenta de la escasa interacción, que tiene la madre con su hijo y, de la presencia de la ambivalencia en el trato hacia el niño, que ya se enuncio en el indicador anterior.

Caso “José”:

En cuanto a la pulcritud o desaseo, “José,” es un niño que da cuenta de realizar su aseo con “normalidad”, según la madre, “a veces me da problemas, a veces no, en especial para bañarse, pero lo hace sin problema después de jugar fútbol, que le encanta”, además, plantea que es su padre quien le hace cumplir con las normas de aseo, ya que, a ella no le hacen caso. Durante el proceso terapéutico, me dio la impresión de que “José” es un niño que puede manejarse en el sentido del aseo, ya que, nunca se presentó de una forma polarizada, en cuanto al aseo se refiere.

Refiriéndome solamente a la encopresis, puedo decir que tanto en el caso de “José,” como en el de “Carlos,” ambos niños se aseaban de la misma manera, ya que, una vez que acontecía la encopresis buscaban ayuda, se aseaban y entregaba la ropa interior a su madre, en el caso de “José,” y a su abuela, en el caso de “Carlos”.

Para concluir respecto de este indicador, cómo podemos ver en los casos expuestos, al comportamiento del niño, en lo que se relaciona con la pulcritud o el desaseo, sin hacer referencia a todas las acciones, sino, al comportamiento del niño respecto del síntoma encopresis; en el cual, si se da ésta polaridad o tiene excesivo aseo evitando que el otro note lo sucedido o un excesivo desaseo en el cual no hay diferencia entre el andar con las heces dentro de su ropa interior o no; este comportamiento de la encopresis, da cuenta según Freud, de que produce una fijación en el niño, comportamiento que ya fue explicado previamente, en el capítulo anterior .

Comportamiento que dé cuenta de excesivo orden o desorden en el niño:

Tabla N°. 7

**Casos variable independiente:
Fijaciones en la etapa anal**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Excesivo orden o desorden en el niño	x				x
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso “Juan”:

“Juan,” es un niño, quien tiene un comportamiento caracterizado por un excesivo orden, en todas las actividades de su vida; esto lo pude apreciar no solo dentro de las sesiones, en las cuales al momento de realizar los dibujos, colocaba todo el material en orden sobre el escritorio; sino que, durante la hora de juego diagnostico, las actividades que realizó fueron planificadas, al concluir cada juego que realizaba, ordenaba la sala de juegos.

En el caso de la encopresis, también era un niño ordenado, ya que, éste utilizaba un sistema que le permitía asearse de forma rápida, para continuar sus actividades.

Caso “José”:

En cuanto al comportamiento relacionado con el excesivo orden o desorden, “José,” es un niño desordenado, en lo que tiene relación con sus cosas como su cuarto, su ropa, etcétera. Lo particular en este caso es que, “José,” solo ordena sus pertenencias cuando su padre quien se lo pide, caso contrario, no lo hace y continúa desordenando.

En el caso de la encopresis, “José,” tiene la particularidad de ser un niño sociable y preocupado por los efectos de la encopresis; ya que, cuando esto le sucede, cuida mucho de su aseo personal y del orden en que lo realiza; siempre y cuando esté relacionado con actividades que le gustan. “Si estoy jugando y me pasa el accidente, corro a la casa selecciono la ropa, me baño dos minutos, me cambio, pongo a lavar la ropa y regreso corriendo a jugar”

Estos dos primeros casos enunciados, son aquellos en los que, el comportamiento de los niños da cuenta de excesivo orden o desorden, sin embargo encontramos que en los otros tres casos (“Carlos”, “Lola” y “Andrés”) que se expondrán a continuación los niños tenían un comportamiento diferente.

Caso “Carlos”:

“Carlos,” es un niño que tenía un comportamiento que le modificaba de acuerdo a quien lo estaba cuidando y al humor que tenía quien lo cuidaba; ya que, debido a la relación con su abuela, quien era permisiva, para él el orden no era algo importante, sin embargo, para sus padres era primordial por lo que, siempre tenía que estar todo ordenando.

Sin embargo en la encuesta, su comportamiento era específico, no era ordenado ni desordenado debido a que su abuela, se encargaba de solucionar el conflicto, antes que alguien se diera cuenta.

Caso “Lola”:

En este caso, es complicado determinar si su comportamiento era o no ordenado, debido a que, la paciente no manifestaba predisposición para realizar las actividades dentro de las sesiones, la madre mantenía el discurso en el cual ella, se cansaba y no proporcionaba información acerca de la niña.

Caso “Andrés”:

El comportamiento de “Andrés,” en cuanto al orden o desorden, éste se encontraba supeditado al espacio en donde se encontraba, ya que, dentro del espacio terapéutico, o en la escuela, locales en los que tenía reglas que cumplir, su comportamiento era adecuado, a diferencia de cuando este se encontraba en casa con su madre; en donde, no se impartían reglas, o cuando, este estaba con

su padre, quien por medio de amenazas le hacía ordenar y cumplir con las actividades.

En cuanto a la encopresis, no se daba un estilo de comportamiento; ya que, de acuerdo con los padres, este síntoma, formaba parte de la historia familiar y el padecerlo, era algo “normal;” ya que era parte de la familia.

En conclusión en lo referente a este indicador que se relaciona con el excesivo orden o desorden, podemos decir que, este puede ser observado en las actitudes del niño, como el juego; entre otros, pero específicamente lo podemos conocer, por medio del comportamiento de los niños, en cuanto al manejo de la encopresis, sin embargo, existen algunos casos en los que este comportamiento se encuentra dado de acuerdo a la forma en la que los padres lo consideran; en cuanto a quién es la persona con la que el niño tiene confianza para que le ayude en cuanto a las actividades que se encuentre realizando.

Ahora que ya hemos desglosado las características del indicador que dan cuenta de la fijación anal, es necesario, continuar con el análisis de las características, que forman parte de las situaciones que se dan, dentro de la vida de los sujetos y que, pueden producir angustia:

SITUACIONES DE ANGUSTIA EN RELACIÓN A LAS CONSTRUCCIONES FAMILIARES

Debemos considerar en esta disertación algunas situaciones, que al darse dentro de la familia, produzcan angustia en el niño, y que además, se susciten constantemente en repetición como: violencia intrafamiliar, maltrato, Edipo no resuelto y dificultad en la relación con el otro.

Dibujo:

El dibujo es una técnica proyectiva, en la cual, el sujeto expresa sentimientos latentes; deseos, angustia, conflictos, entre otros; que no pueden ser dichos. Estos, se analizan cualitativamente, a través de algunos rasgos como: presión, intensidad y extensión.

Como podemos ver en los dibujos realizados, se puede notar en tres de los cinco niños atendidos, la existencia de elementos angustiantes, que no pueden ser dichos pero si expresados por medio del dibujo, y que, tienen una relación con las situaciones de angustia, que vivencia el niño en su diario vivir.

Antes de iniciar el análisis de los casos, es necesario recordar a los lectores que los dibujos se encontrarán ubicados en los anexos de la forma que se enuncia en la tabla N°. 3 ubicada anteriormente.

Tabla N°. 8

● **Casos variable independiente:
Situaciones de
angustia en relación a las construcciones familiares**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Dibujos: Presión intensidad, extensión.	x		x		x
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso "Juan":

Durante las doce sesiones a las cuales asistió "Juan," este realizó tres dibujos, de los cuales dos corresponden al dibujo libre y uno al test de la familia.

Como podemos ver en los dibujos, éstos se encuentran acorde con la edad del niño; se caracterizan por tener, una fuerte presión e intensidad en sus rasgos; así como también, porque son dibujos que tienen poca elaboración, en el aspecto de elementos, puesto que, los dibujos son sencillos y usuales. En estos podemos notar que, en dos de los tres se encuentran dibujos de él, con su madre, lo que da cuenta de la unión que existe en estos; y que, la presencia de un tercero, (novio de la madre) generaría el apareamiento de angustia en el niño; además, podemos notar que, siempre se encuentran ubicados en la parte superior de la hoja.

Caso “Lola”:

Durante las veinte sesiones terapéuticas, “Lola,” realizó dos dibujos, de los cuales ninguno fue ejecutado dentro del espacio terapéutico; ya que, al interior de éste ella se rehusó a realizarlos, sin embargo, trajo dos dibujos a consulta, de los cuales se puede decir que, fueron realizados con una fuerte presión; trazos fuertes, con líneas entrecortadas y seguidas, y con la presencia de varios elementos extras, dentro de los dibujos; los mismos que, a simple vista determinan la presencia de elementos angustiantes en su vida.

Caso “José”:

“José,” realizó tres dibujos durante su proceso terapéutico; de estos, uno corresponde al test de la familia, los otros a dibujo libre.

En los tres dibujos, podemos notar que estos, se encuentran acorde con la edad que este tenía, y que dan cuenta de la presencia de angustia, debido a que existe una presión fuerte, un tamaño desproporcionado en relación con el

tamaño de la hoja, además, podemos notar que todas las figuras humanas dibujadas, tienen un tamaño pequeño, lo que dificulta su comprensión; también podemos ver, los dibujos son sencillos y concretos; ya que, carecen de elementos extras y un rasgo re marcado.

Los tres casos enunciados, dan cuenta en sus dibujos de la presencia de angustia, por las características que enunciamos en cada uno de ellos; sin embargo, en dos (“Carlos” y “Andrés”) de los cinco casos, se puede notar de otra forma.

Caso “Carlos”:

En cuanto a lo que representan los dibujos de “Carlos” este realizó tres de los cuales, dos fueron realizados como dibujo libre, y uno, cuando realizó el test de la familia, lo inusual de este dibujo fue, que “Carlos” solo dibujo a su tía, en el test de la familia; y, la expresión de éste cuando lo realizaba dio cuenta de que, la falta de su tía, le produce angustia.

Los dibujos se encuentran acorde con su edad, se caracterizaron por ser diseñados con rasgos fuertes, precisos, con sombreado, y además, por tener un mayor tamaño que el de la hoja.

Caso “Andrés”:

En este caso, no fue posible la obtención de dibujos, debido a la falta de predisposición del paciente para realizarlos. Durante las sesiones a las que asistió, “Andrés,” no deseo realizar dibujos, planteando que no son de su

agrado; como es conocido, el negarse con tanta frecuencia a realizar los dibujos da cuenta de resistencia, y de que, existen elementos que el paciente no desea recordar, debido a la carga afectiva que estos le generan.

En conclusión, y de acuerdo a los dibujos obtenidos podemos decir que, el dibujo es un indicador que da cuenta de elementos inconscientes del sujeto, y que, nos permite conocer las cosas que éste no puede atravesar por la palabra y que forman parte de su historia personal; y que, deben ser atravesadas por la palabra, como explica Françoise Dolto y esta comentado en el capítulo II de este trabajo.

Violencia intrafamiliar:

Muchos niños, se encuentran constantemente rodeados de violencia intrafamiliar ya sea física o psicológica, propiciada por sus padres o familiares, como forma de dirigir o de sobrellevar la dinámica familiar, generando así, un ambiente hostil y angustiante para el niño.

Debemos entender a la violencia intrafamiliar con el siguiente concepto: "Se considera Violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar"¹³¹

Cómo es claro, en la tabla ubicada a continuación podemos notar que, en cuatro de los cinco hogares de los niños atendidos hay presencia de violencia

¹³¹Cfr. Plenario de las Comisiones Legislativas; Ley contra la violencia de la mujer y de la familia. Ley N° 130.; Artículo 2. Violencia intrafamiliar.

intrafamiliar, hechos que produce angustia en los niños y puede ser una de las principales causas por las que se genera encopresis.

Cabe recalcar que, pese a que el maltrato infantil es parte de la violencia intrafamiliar, éste está considerado como otro indicador, debido a la importancia que éste tiene, dentro de la estructuración de los niños.

Tabla N°. 9

**Casos variable independiente:
Situaciones de
angustia en relación a las construcciones familiares**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Violencia intrafamiliar (Física, psicológica)		X	X	X	X
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso "Carlos":

"Carlos," vive en un constante ambiente violento, no solo porque, sus padres se gritan e insultan con frecuencia, debido al alcoholismo del padre y a la mala relación que existe entre ellos; sino que, él también es insultado y golpeado por aquellos cuando no realiza las actividades o mandados que ellos le solicitan, lo que ha producido durante los seis meses anteriores, a que asista a consulta; y que, el comportamiento con su hermana cambie; "ahora le pega y le grita a la hermana" y se torne violento hacia ella, así como también, ha cambiado el comportamiento con sus amigos y con los otros miembros de su familia; tornándose silencioso, temeroso y mentiroso, para evitar castigos.

La angustia, que ésta dinámica familiar le produce, debido a la constante repetición con la que se da, puede ser una causa de encopresis, la misma que aumentó, desde que su tía, persona que le defendía viajó fuera del país, ésta situación incrementó el malestar, debido a la sensación de desprotección que siente; puesto que, su abuela tiene varios años y, carece de la fuerza para enfrentarse a su yerno o a su hija; ella ayuda a su nieto, con relación a la ropa interior, para evitar que la violencia física o psicológica se intensifiquen y la encopresis continúe.

Caso “Lola”:

“Lola,” es una niña quien, debido a las diversas dificultades que ha tenido, según refiere su madre, en cuanto tiene relación con el desarrollo psicomotriz; ha sido tratada con violencia, tanto física como psicológica; por parte de su progenitora aduciendo ésta que, la violencia es la única forma que tiene para controlar a su hija; quien, desde pequeña tuvo complicaciones, las mismas que han ido aumentando cada vez, a medida que va creciendo y va visitando a su padre. De las visitas sabemos poco, debido a que “Lola,” no habla acerca de ese tema, sin embargo, por medio de su expresión física, ya que empieza a tragar saliva y en algunas ocasiones le sudan las manos podemos entender que algo sucede en esos viajes, o que existe algo, que le está produciendo mucho malestar y ella no lo desea expresar verbalmente.

Las constantes palabras, con las que la madre se expresa, y las constantes agresiones de ésta, pueden ser uno de los causales para el apareamiento y mantención del síntoma encopresis; que no es manejado de la manera adecuada por su madre, ya que, ésta castiga a su hija, con insultos o golpes, cada vez que ésta no controla sus heces.

Caso “Andrés”:

Antes de analizar este caso, es necesario recordar que para ésta familia, la encopresis es un síntoma que es parte de ellos; debido a que todos la han padecido, por lo que consideran como normal, la presencia de esta.

Al hablar de violencia en este caso, debemos enunciar que, encontramos de forma marcada, la violencia física utilizada por parte del padre; ya que, es éste el que imparte las leyes y decide, que castigo imponer, puesto que, la madre no lo puede hacer; ya que, plantea que no desea que les pase a sus hijos, lo que a ella le paso; “a mí me pegaban y me insultaban mucho, yo no voy a hacerle lo mismo a mis hijos”. Para castigarlos el padre proporciona golpes con varios objetos: cabestro, cable, o con lo que esté a su alcance; encuentre “yo les pego, porque tengo que enseñarles” aduciendo que su actitud es debido a que eso los educa.

La constante violencia física, por parte del padre, podría ser una causa de encopresis, debido a la angustia que los golpes le han generado a “Andrés;” y que, a medida que ha ido creciendo, se han intensificado en cuanto a cantidad y fuerza.

Caso “José”:

En este caso, podemos notar claramente que por medio de las entrevistas con los padres y con “José;” la presencia de violencia, tanto física como psicológica por parte de sus padres, se genera por las dificultades que ellos tienen en la crianza de su hijo en relación con la educación; lo golpeaban para que realice las tareas escolares y deje de lado, un poco el juego; además, debido a la dificultad que éste tenía, para hacer caso a su madre, era constantemente insultado, por su padre con expresiones tales como “bruto”,

“no seas tarado, hazle caso a tu mamá”, “eres una bestia”, entre otras; además, es importante enunciar en este caso que “José,” era constantemente agredido por su hermano mayor, quién o lo golpeaba cuando tenía discusiones con su familia, o se iba a la casa de su abuela paterna, lo que traía consigo disputas al interior de la familia, creando un ambiente en el cual, existían constantemente gritos que lo rodeaban.

La encopresis en este caso, podría aparecer como causa de la constante violencia que rodea a “José” dentro de su hogar; ya que, el encontrarse en ese tipo de dinámicas produce angustia al sujeto.

En los cuatro casos anteriores, se puede notar claramente la presencia de angustia, debido a la constante y frecuente presencia de violencia intrafamiliar tanto física como psicológica, que podía ser uno de los principales elementos para que se produzca la encopresis, como respuesta, ante el malestar que esta situación les produce.

Sin embargo en el caso de “Juan” la situación es diferente:

Caso “Juan:

Este, es el único caso en el cual, dentro del hogar, no se presentaban frecuentemente acciones de violencia física o psicológica. La forma que la madre tenía para castigarlo se relacionaba con la eliminación, durante un periodo de tiempo, de la televisión; si el niño incurría en faltas que a criterio de la madre eran leves; ya que, cuando se daban faltas graves, la madre le castigaba, de dos maneras: no salía a pasear con él, o no le permitía que le acompañe a dar las clases de aeróbicos, pilates, etcétera, que daba en la tarde, situaciones que le producía angustia, debido al fuerte vínculo entre ellos.

En conclusión, y debido a la notoria presencia de violencia en cuatro de los cinco casos, puedo decir que, este es un factor preponderante para el

aparecimiento de la encopresis cómo se determinó en los casos analizados, debido al malestar y a la angustia, que la violencia les produce.

Maltrato infantil:

Debemos comprender como maltrato infantil a: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”¹³². El maltrato infantil puede generar angustia, la misma que, puede ser una causa de encopresis, cuando éste es frecuente, no ha sido atravesada por medio de la palabra y no puede simbolizarlo.

En tres, de los cinco casos atendidos, podemos encontrar la presencia de situaciones de maltrato infantil dentro de los hogares ejecutado por los familiares de los niños.

Tabla N°. 10

**Casos variable independiente:
Situaciones de
angustia en relación a las construcciones familiares**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Maltrato infantil (abuso sexual, abandono).	x	x	x		
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

¹³²Cfr. Definiciones en google; Disponible en: www.carm.es/ctra/contenido.asp. consultado el 28 de Marzo de 2011

Caso “Juan”:

Desde siempre, “Juan” fue maltratado por parte de su padre; ya que éste, le abandono antes de nacer, no le reconoció y desapareció de su vida; lo que ha dado como resultado, que a lo largo su vida, no solo que este se haya criado sin padre, ni que se genere un fuerte vinculo afectivo con su madre, la misma que, nunca hablo acerca de lo sucedido; “nunca le he dicho, nada de su padre, no he podido porque me duele;” sino que, ha producido que su “Juan,” se encuentre inmerso en un grupo de significantes, que este intentaba responder por medio de cuestionamientos, hacia los abuelos, o hacia la madre; los mismo que, no tenían una respuesta. El hecho de no tener respuesta, ni comprender acerca del abandono de su padre, para conocer sus orígenes, produjo en el niño un alto grado de angustia, que podría ser una causa de la encopresis.

Caso “Carlos”:

En este caso, “Carlos,” es un niño que vivió dos tipos de maltrato, uno, relacionado con el abandono sin explicación entendible para él por parte de su tía; “la protectora,” quién se fue de viaje, sin una fecha de regreso. El otro que se da constantemente por sus padres, quienes, lo maltratan al abandonarlo y no tomarlo en cuenta en casa; no tratarlo con afecto y no preocuparse por él, dejándolo a expensas de que otros familiares le alimenten, le asean y le cuiden; ya que según estos padres, sus responsabilidades en los empleos los mantienen ocupados durante casi todo el tiempo; puesto que en el tiempo que resta están ocupados discutiendo, o tratando de reconciliarse; produciendo un ambiente hostil para “Carlos,” que puede ser la causa de la encopresis.

Caso “Lola”:

Como he planteado anteriormente, muchas cosas de este caso, quedaron sin darse a conocer; ya que, “Lola,” es una niña silenciosa, a quien enunciar la

primera palabra durante las sesiones, le tomaba al menos ocho minutos por reloj; lo que dificultaba la comunicación, entre ella y la autora.

Dentro de este proceso, nunca se logró esclarecer por medio del discurso de la niña, o el pronunciado por la madre, si fue o no, víctima de abuso sexual por parte de algún familiar; sin embargo, fue abandonada por su padre, cuando ella tenía meses de nacida. Sin explicación alguna hasta aproximadamente a los cuatro años de edad, cuando su madre, para hacerle cumplir un castigo, la envía de vacaciones con su padre. También, fue abandonada por su madre, aunque vivía con ella, en el momento en el que su progenitora planteo que ya no le tenía paciencia y que, ya no sabía qué hacer con “Lola”. Por lo que consideró que, los elementos de maltrato enunciados anteriormente, pueden ser una causa de angustia, para que se produzca el síntoma encopresis.

Como pudimos notar en los casos de “Juan”, “Carlos” y “Lola” se pueden notar facialmente, la presencia del maltrato dentro de sus historias familiares, sin embargo, en los otros dos casos no es tan sencillo.

Caso “Andrés”:

Dentro de este caso, no se encontró la presencia de abandono, sin embargo considero que “Andrés,” pudo haberse sentido maltratado cuando al ser golpeado por su padre, su madre lo abandonaba y no lo defendía de los golpes.

Caso “José”:

“José”, desde el nacimiento de su hermana menor, fue, maltratado; ya que, su madre lo había abandonado por ella, volcando toda su atención para su hermana, puesto que, al no haber dado palabra de la condición biológica de la niña, ninguno de los otros hijos comprendían, que ella necesitaba una atención diferente; que ellos veían como abandono. Lo que podría haber sido una causa de encopresis.

Por todo lo antes dicho y de acuerdo al análisis realizado de los casos, puedo decir que, el maltrato, siendo parte de la violencia intrafamiliar, se encuentra relacionado con el abandono de los padres hacia los hijos; y éste puede producir angustia en los niños y es una causa del apareamiento del síntoma encopresis.

Edipo no resuelto:

Al hablar de la no resolución del Edipo dentro del desarrollo psicosexual, nos referiremos a que el niño, fue carente de una figura de autoridad; además, nos referimos a que hubo una figura de autoridad permisiva, y, a que no se dio la castración.

La dificultad con la que para el niño se ha resuelto el Edipo, ha producido en éste angustia a medida que va creciendo, y que, la dinámica familiar, a la que estaba acostumbrado, es modificada, dejándole como producto de esto un malestar que puede ser causa de encopresis; y esto, lo podemos ver, en tres de los cinco casos expuestos, en la tabla que a continuación represento.

Tabla N°. 11

**Casos variable independiente:
Situaciones de
angustia en relación a las construcciones familiares**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Edipo no resuelto.	x		x	x	
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso "Juan":

Al referirnos en este caso, que no se dio una resolución del Edipo, hacemos correlación al hecho de que, no existió una de las figuras de

autoridad (padre), tuvo un reemplazo (abuelos), permisivos y a la producción de el fuerte vínculo que hemos nombrado anteriormente entre “Juan” y su madre; ya que, desde pequeño, no solo se ha dado una identificación entre ellos, sino que existe una relación en la cual no hay espacio para otra persona; por lo que la relación se vio afectada, por el aparecimiento de un tercero; el novio de la madre, lo que generaba, que la madre reste el tiempo, que conllevaba con su hijo, dosificaba sus afectos con otra persona, lo que produjo en “Juan,” un alto nivel de angustia, que podría ser parte del aparecimiento de la encopresis.

Caso “Lola”:

En este caso, al hablar acerca de la no resolución del Edipo, nos referimos por un lado, a que, “Lola,” fue criada sin padre; por que este, estuvo ausente y, por otro a que el reemplazo de esta figura de autoridad, fue un padrastro; quién, no mantenía una buena relación con ella, y que además, está un padrastro, con quien ella, produjo una dificultad en relación a la figura de autoridad masculina; y por otro lado, nos referimos a la manera en la cual, la madre imponía las reglas; lo que producía un vínculo entre la progenitora y su hija, basado en el temor. Circunstancias que produjeron angustia en “Lola,” lo que puede ser una causa de encopresis.

Caso “Andrés”:

La falta de reglas, en cuanto a la imposición de límites entre el padre y sus hijos, dan cuenta de la una dificultad resolución del Edipo; esto lo podemos notar, cuando los hijos continúan bañándose con su padre, a pesar de tener diez años, como una ley dentro de la familia; el estar desnudos con su padre, da cuenta de que no se ha tomado en cuenta la ley del incesto, situación que puede producir angustia en los hijos; en especial en “Andrés,” quien plantea que esta actividad no es de su agrado; además, podemos notar que dentro del hogar la

madre se encontraba anulada por el padre, quien, imponía todas las reglas y castigos dentro del hogar.

En cuanto a la encopresis, consideró que la angustia que produce la presencia de esa constante imposición, de hacer lo que el padre diga y bañarse con él puede ser una causa de la encopresis, y, del mantenimiento de esta.

Ahora que hemos expuesto los asuntos relacionados con los casos en los cuales, ha sido más notorio, la no elaboración del Edipo; es necesario considerar, lo sucedido en los otros casos.

Tanto en el caso de “Carlos,” como en el de “José,” podemos notar que la forma en la que estos sobrellevaron las edades en la que se da el Edipo, desde los tres años, no existieron dificultades, que puedan dar cuenta del apareamiento del síntoma encopresis.

En conclusión que el no elaborar el Edipo, se encuentra relacionado con la dificultad que existe, en la aceptación de las figuras de autoridad, así como en la imposición de reglas y castigos que les permitan construirse, para así, ser parte de la sociedad.

Dificultad en la relación con el otro:

Los niños que tienen encopresis, tienen dificultades en la relación con las otras personas; no solo porque este sea, un síntoma que da cuenta de una defensa, que tiene el sujeto ante los otros; sino porque, por medio de las consecuencias que este síntoma tiene, como el olor, las manchas, el diferente caminado, etcétera; los que lo rodean, se separan de él, y además, critican estas acciones, que para los otros no son normales, poniendo al niño en una situación incómoda, que genera más angustia; lo que podría intensificar la encopresis, esto podemos ver, en tres de los cinco casos atendidos.

Tabla N°. 12

**Casos variable independiente:
Situaciones de
angustia en relación a las construcciones familiares**

Indicador	Caso				
	"Juan"	"Carlos"	"Lola"	"Andrés"	"José"
Dificultad en la relación con el otro	X		X	X	
Fuente: Elaborado por autora en base a los casos atendidos en las prácticas pre-profesionales en el período Agosto 2009 a Mayo 2010					

Caso "Juan":

"Juan," es un niño que tenía dificultades en la relación con los otros, cuando su madre no estaba presente; situación que le trajo complicaciones, en cuanto a establecer amistades dentro de la escuela, así como en su vecindario.

Dentro de las sesiones terapéuticas, "Juan," ingresaba con su madre, durante los primeros quince minutos de sesión, planteando que sin su madre, no se quedaría; "no me quedo, sin mi mamá" lo que daba cuenta de la dificultad que tenía "José," para socializar con otras personas; la misma que, se intensificaba cuando aparecía la encopresis.

Los efectos de la encopresis, producían mayor inseguridad y aislamiento; en "Juan," debido a que el olor, el caminado diferente, entre otros; generaban que las otras personas se separen de él y, lo conviertan en víctima de las burlas; lo que daba como resultado, en el paciente una sensación de soledad, retraimiento, intimidación y angustia.

Caso “Lola”:

“Lola,” es una niña que durante el proceso terapéutico, tuvo varias dificultades para socializar y expresarse; ya que, se mantenía en varias ocasiones en silencio, sobre todo, cuando se tocaban temas relacionados con su padre y con su madre.

Según la madre, el comportamiento de “Lola,” desde pequeña ha sido inusual; “pensaba que era autista”, ya que, plantea que a su hija, no le agradaba la compañía de otros; no se comunicaba, “muchas veces se quedó callada, yo le pegaba y ni lloraba,” y, además plantea que en algunas ocasiones, desde su regreso de la primera visita con su padre, ella mordía a quien se le acercaba.

La dificultad de relacionarse con el otro era notoria, la podíamos identificar con facilidad y esto, podría ser un efecto de la encopresis, así como, también podemos notar que, el no poder socializar, ni comunicarse con los otros le producía angustia a “Lola,” lo que sí podría ser una causa de encopresis.

Caso “Andrés”:

Durante el proceso terapéutico “Andrés,” daba cuenta de sentirse más cómodo, cuando sus padres esperaban afuera; ya que, el planteaba que podía expresarse libremente, caso contrario, debía hablar como ellos, además plantea el agrado que siente, con su situación de carencia de amigos puesto que, comprende la dificultad para los otros, de tener un amigos con encopresis y el temor que siente, al tener que socializar.

“Andrés,” durante toda su infancia tuvo dificultades, en cuanto a la socialización, debido a que por leyes familiares los hijos no pueden llevar amigos a casa, ni salir mucho puesto que, según los padres la situación socioeconómica, no es la adecuada; “no queremos que vean cómo vivimos,” y además, debido al síntoma que todos han padecido desde pequeños, se les

inculca que no deben hacer amigos; “el resto de personas, no va a entender nosotros si;” puesto que, la gente no entendería acerca de los síntomas que todos presentan, o han presentado; lo que de por si produce angustia en “Andrés,” la misma que es intensificada cuando dentro de la escuela aparece el síntoma, y, sus compañeros de clase, lo toman de una manera no adecuada; poniéndole apodos como: “olorosito”, “cacón”, entre otros; generando así más angustia y la intensificación del síntoma.

En los otros dos casos es necesario acotar que, ni “Carlos”, ni “José,” tenían dificultad en socializar con sus compañeros de clase, familiares o vecinos; sin embargo, se les dificultaba la relación con su familia nuclear, debido a las circunstancias que los rodeaban y que, además las dificultades se daban cuando el síntoma aparecía.

Caso “Carlos”:

“Carlos,” tenía varias dificultades, para socializar con su familia nuclear, debido al ambiente hostil en el que vivía; y que, le producía angustia, además tenía dificultades cuando aprecia el síntoma encopresis; ya que, caso contrario su socialización era adecuada.

Caso “José”:

“José,” pese a no tener dificultades para relacionarse con los otros como; sus primos, vecinos, etc. tenía complicaciones, en cuanto se refería a su familia, en especial con sus hermanos, quienes, debido a que el uno le golpeaba y la otra que, por su padecimiento, se llevaba la atención de su madre, le producirán angustia. Además “José,” tenía dificultades cuando aparecía la encopresis; puesto que, los otros lo juzgaban y lo molestaban, produciéndole que una mayor cantidad de angustia.

En fin, podemos decir que todos los niños en algún momento sienten dificultad al socializar; sin embargo, cuando las dificultades de socialización

con los otros se deba algún elemento como la encopresis; el niño, vive en un constante rechazo de los otros, lo que le produce angustia, la que puede ser un efecto de encopresis, y puede también producir la intensificación de este síntoma.

Antes de finalizar este capítulo, es necesario recordar a los lectores que cada caso es único, que cada sujeto da cuenta de su historia. Por lo tanto, a manera de conclusión, puedo decir que cada indicador enunciado en este capítulo, se lo puede encontrar presente en mayor o menor grado dentro de los cinco casos trabajados, en los cuales, la encopresis aparece como evidencia de un conflicto psíquico, dado por la frecuencia con la que se presentan estos.

Conclusiones

1. La encopresis, es un síntoma poco estudiado, que no puede ser tratado aisladamente desde las diferentes ciencias; este debería ser atendido, a través de un trabajo interdisciplinario; ya que, el sujeto es una unidad bio-psico-social.
2. Para considerar que un niño padece encopresis, dentro de la medicina es necesario descartar algún padecimiento orgánico; además, el síntoma debe presentarse al menos tres veces a la semana, y, el niño debe haber superado la etapa anal, en tanto que desde la concepción psicoanalítica la encopresis, es considerada un síntoma que da cuenta de la expresión, de un conflicto inconsciente.
3. El síntoma encopresis, se encuentra ligado a elementos de la historia vivida por el niño que dan cuenta, de la presencia de un conflicto psíquico, que genera angustia.
4. Se debe diferenciar a la encopresis, que es la dificultad de un niño que haya superado la etapa anal, de la pseudo encopresis; que se encuentra relacionada con la falta de hábitos de higiene del niño.
5. Cada caso es único, y a pesar de que algunos indicadores se repiten se debe atravesar, con la palabra al síntoma, para que éste adquiriera sentido, en la historia del sujeto que lo padece.
6. En todos los casos, encontramos como una característica recurrente la presencia de un discurso ambivalente; en el cual, tanto las acciones como las palabras concordaban dentro de los actos de los familiares; en especial, de los padres respecto de los hijos; lo que, podría ser una causa de encopresis.
7. En cuanto al comportamiento que tiene el niño, en lo relacionado con la pulcritud o con el desaseo, podemos ver que éste hace referencia a las actitudes del niño relacionadas con el síntoma encopresis; en las cuales se nota que, la causa de la

encopresis tanto en casa como en la escuela, el niño tiene dificultades en la socialización y en la expresión; ya que, pasa en silencio.

8. En cuanto al excesivo orden o desorden, debemos decir que, este puede ser observado en las actitudes del niño como; el juego, etc. pero, específicamente podemos decir que, ésta es una evidencia de la fijación anal.
9. El principal efecto de la encopresis es, la dificultad que tiene el niño que la padece, para relacionarse con los otros, a causa del olor, manchas, etcétera. Generando a través de este síntoma, un espacio de seguridad, como una burbuja, en la cual nadie puede entrar.
10. La violencia intrafamiliar, que se encuentra presente de forma frecuente en los hogares de los niños, es una de las causas que se encontró en los casos analizados, para el apareamiento del síntoma encopresis; debido al malestar y angustia que esta dinámica familiar, les produjo.
11. Las evidencias de maltrato infantil encontradas en los casos analizados, en esta disertación, están en relación con el abandono de los padres, hacia los hijos, con las palabras que estos escuchan de los padres; etc., lo que, debido a la constante repetición de estos, puede producir angustia en los niños, lo que puede ser una causa, para el apareamiento del síntoma encopresis.
12. La dificultad en la socialización, es una consecuencia de la encopresis, debido al constante rechazo que los otros tienen, hacia los niños que padecen éste síntoma por lo que esta puede ser una causa de que, el síntoma se intensifique.
13. Este trabajo de disertación, servirá para futuros profesionales en el área de psicología, para posteriores investigaciones, respecto de la formación del síntoma encopresis.

Recomendaciones

1. Es necesario que los psicólogos, cuando atiendan un caso de encopresis hagan un trabajo con la familia, para evitar el ocultamiento del niño que padece este síntoma encopresis.
2. Los profesionales que trabajen con pacientes que padezcan encopresis, deberían realizar un trabajo interdisciplinario, para descartar algún padecimiento orgánico, ya que, el trabajo interdisciplinario es fundamental para la atención de esta problemática, ya considerando que niño es un sujeto bio-psico-social, también debería ser la forma en la que se atienden a los niños que padecen este síntoma.
3. Sería conveniente, incluir dentro de las clases de psicopatología infantil dictadas en la universidad el análisis de esta temática, por la frecuencia con la que se presenta.
4. Debería adquirirse material bibliográfico relacionado con este síntoma, tanto para la biblioteca de la universidad, como para la biblioteca de la Facultad; solo así proporcionarán una herramienta de aprendizaje a los estudiantes.

Bibliografía

Textos:

- AA. VV. Diccionario del psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 2^{da} Edición, 2004; letra A.
- AA. VV. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Colombia, Editorial CIB, 4^{ta} Edición, 2004.
- Diccionario Ilustrado de la Lengua Española ARISTOS 3. Barcelona, editorial Ramón Sopena S.A. 1991.
- Dolto, Françoise; Psicoanálisis y Pediatría. Madrid, Siglo veintiuno Editores, SE, 11^{va} reimpresión. 1986.
- Dolto, Françoise; Seminario de psicoanálisis de niños. México, Siglo veintiuno Editores, 3^{ra} Edición, 1987.
- Dolto, Françoise; Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos. Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF, 1988.
- Dox, Ida G; Melloni, John B; El gran harper Collins Ilustrado Diccionario Médico. Madrid. España, Editorial Marbán libros S.L., 2005.
- DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial MASSON, 1^{era} Edición. Barcelona – España. 1995.
- Enciclopedia Ilustrada CUMBRE. Tomo XI, impreso en México, Editorial Grafica Impresora Mexicana S.A. 11^{ra} edición. Letra S.
- Freud, Sigmund; Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual Y otras obras. (1901-1905). Tomo VII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004.
- Freud, Sigmund; Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Tomo XVI. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004.
- Freud, Sigmund; Sobre las transposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. (1917). Tomo XVII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004.

- Freud, Sigmund; Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras. (1925-1926). Tomo XX. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2^{da} Edición. 8^{va} Reimpresión. 2004.
- Laplanche, Jean; Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF, 2001.
- Laplanche, Jean; La angustia Problemática I. Buenos Aires, Amorrortu editores, 2001.
- Lejarraga, Horacio; Desarrollo Del Niño En Contexto. Buenos Aires, Paidós, 1^{ra} Edición. 2004.
- Mannoni, Maud; El niño, su "enfermedad" y los otros. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1987.
- Marcelli D. y J. de Ajuriaguerra; Psicopatología del niño. Maussion S.A., Barcelona, 3^a Edición, 1996.
- Mathelin, Catherine; Clínica psicoanalítica con niños uvas verdes y dentera. Buenos Aires, Ediciones nueva Visión, 1994.
- Masson, Estanislao, Navarro-Beltral Iracet; Diccionario terminológico de ciencias médicas. México DF, Editorial Masson S.A, 1992.
- Porto Ferreira, Marcia; Trastornos da escresao, Clínica psicoanalítica. 1^{ra} Edicao, Casa do psicologo, Livraria, e Editora, Ltda. 2004.
- Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante. Buenos Aires, Paidós 1^a Edición, 6^{ta} Reimpresión, 2001.

Artículos en internet:

- Almonte, V. Carlos; Rona, R. Eva; Pérez, U. Mario; Sepulveda, G. Mario; La encopresis como manifestación de trastornos psíquicos en el niño. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041061973000300004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061973000300004 Consultado el 15 de enero de 2011.
- AA.VV. ¿Qué niños desarrollan encopresis? Disponible en: www.estimulosadecuados.com.ar/enc.htm Consultado el 15 de enero de 2011.
- AA. VV. Encopresis. Disponible en: www.estimulosadecuados.com.ar/enc.htm Consultado el 15 de Enero de 2011

- *Benning, a Ma; Buller, Ha; Heymans, Hs; Tytgat, Gn; Taminiou, JA.* Is encopresis always the result of constipation?. PDF 1994. Vol. 71. Consultado el 15 de Enero de 2011.
- Definiciones en google; Disponible en: www.carm.es/ctra/contenido.asp Consultado el 28 de Marzo de 2011.
- Greiser, Irene; Stiglitz, Gustavo. “Soy el producto del gusto de mis padres por lo sucio”. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-29698-2003-12-31.html>. Consultado el 02 de Febrero de 2011.
- Guiraldes, C. Ernesto; Novillo, G. Daniela; Silva, P. Paulina. Encopresis en el paciente pediátrico. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03704106200500010001&lng=es.doi: 10.4067/S0370-41062005000100010 Consultado el 15 de enero de 2011.
- Janin, Beatriz. Niños encopreticos: la organización anal y sus perturbaciones. Disponible en: www.sepyrna.com/articulos/ninos-encopreticos-organizacion-anal-perturbaciones/ Consultado el: 2 de Febrero de 2011.
- *Loening-Baucke V:* Chronic constipation in children. *Gastroenterology.* PDF 1993. Vol. 105. Pág. 1557-63. Consultado el 15 de Enero de 2011
- Patel Dilip; Pratt Helen. Symposium: Behavioural Pediatrics-I. Encopresis, Indian J Pediatr. PDF 1999. Vol. 66. N° 3. Consultado el 15 de enero de 2011.
- Plenario de las Comisiones Legislativas; Ley contra la violencia de la mujer y de la familia. Ley N° 130.; Artículo 2. Violencia intrafamiliar.

ANEXOS

Anexo I

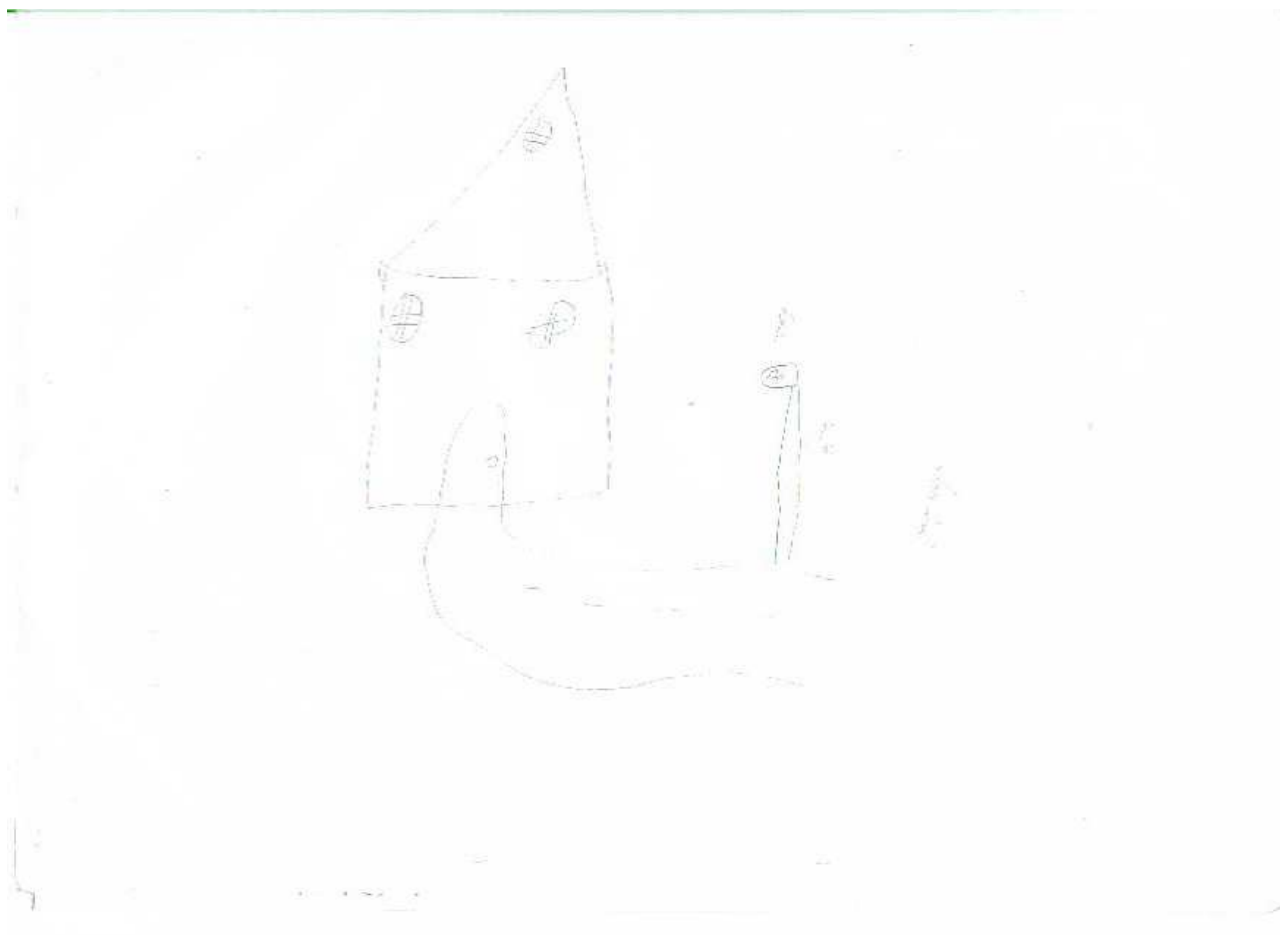
Caso “Juan”:

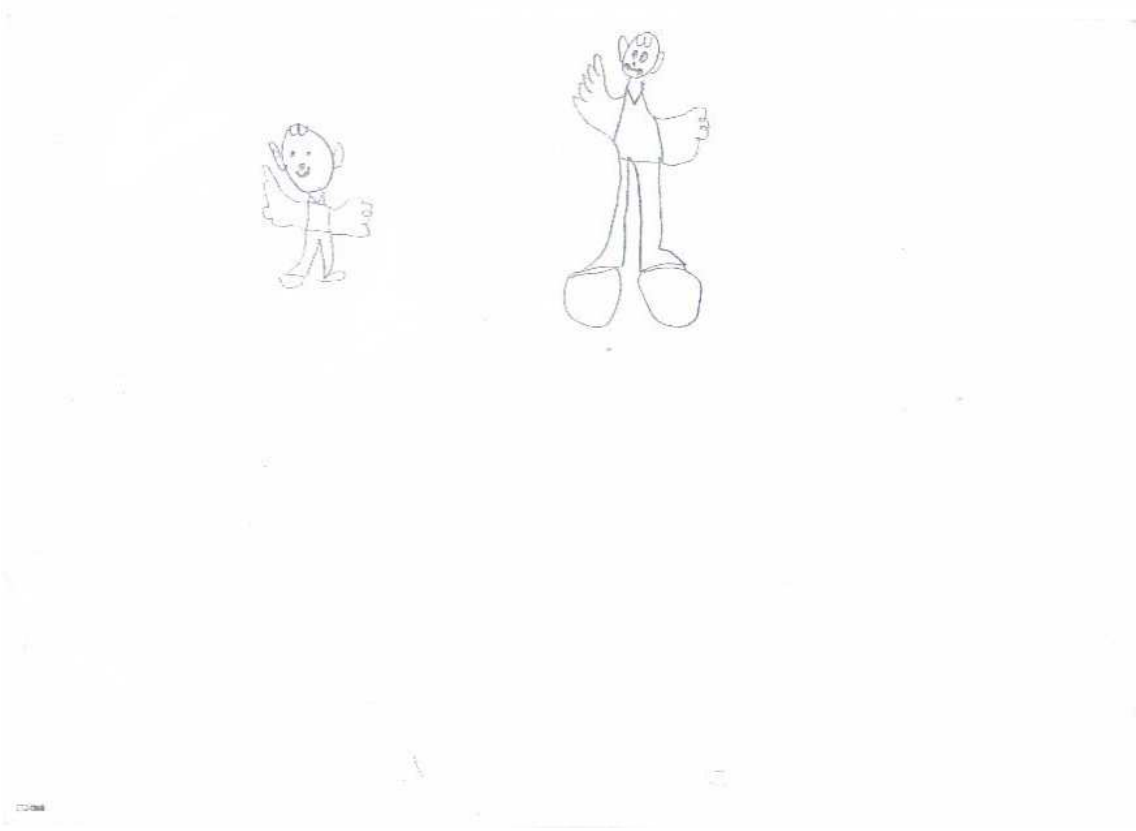
“Juan” es hijo único; tiene ocho años y asistió a consulta con su madre, la cual trajo un diagnóstico médico y un diagnóstico psicológico previos, en los que se planteaba, que el niño tenía dificultades en el control esfinteriano por un largo periodo de tiempo, sin tener ningún padecimiento orgánico y que además, tiene dificultades con la socialización.

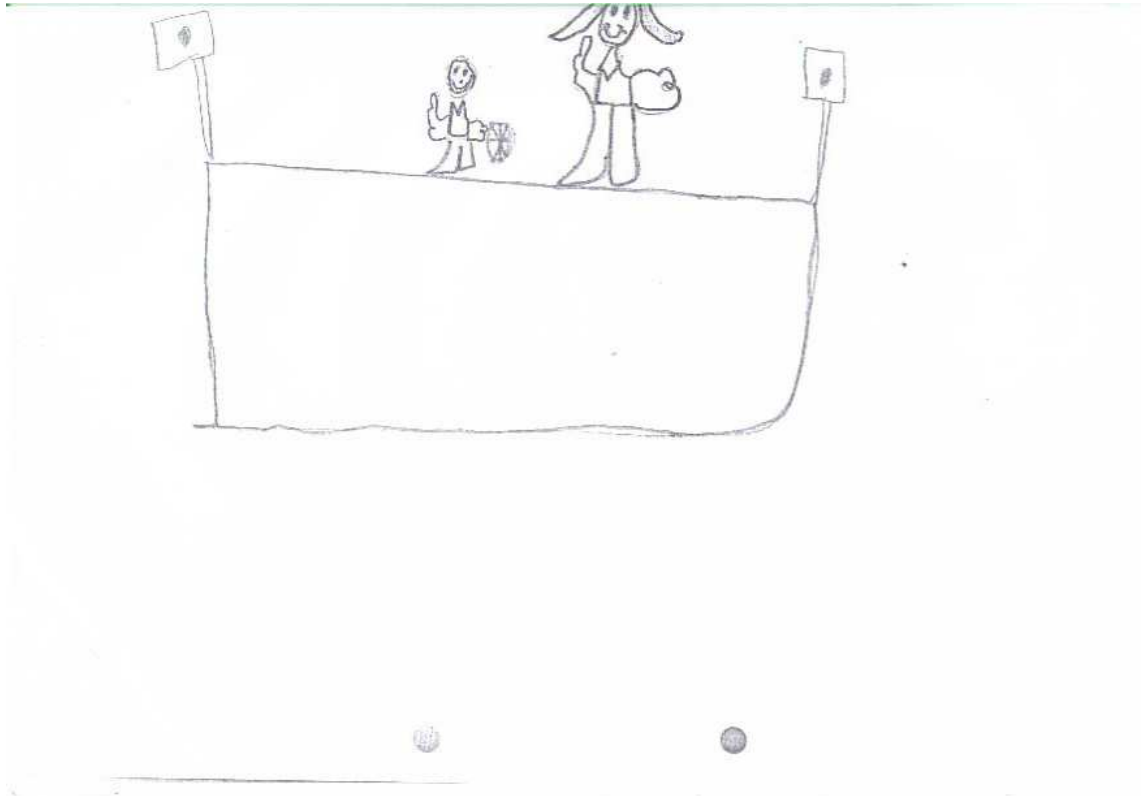
Durante el proceso terapéutico con “Juan,” se trabajaron temas referentes a su comportamiento no solo en la escuela, sino en casa, así como también, se trabajo acerca del control de esfínteres y la relación que él tiene con su madre y con la pareja de su madre; a quien, lo ve como una figura paterna; además, se ha trabajado el deseo de “Juan,” de tener un hermano y el deseo de conocer acerca del origen de su historia.

“Juan” realizó durante las sesiones actividades como dibujo libre, test de la familia, CAT-A, hora de juego, diagnóstico y modelado con plastilina.

Dibujos:







Anexo II

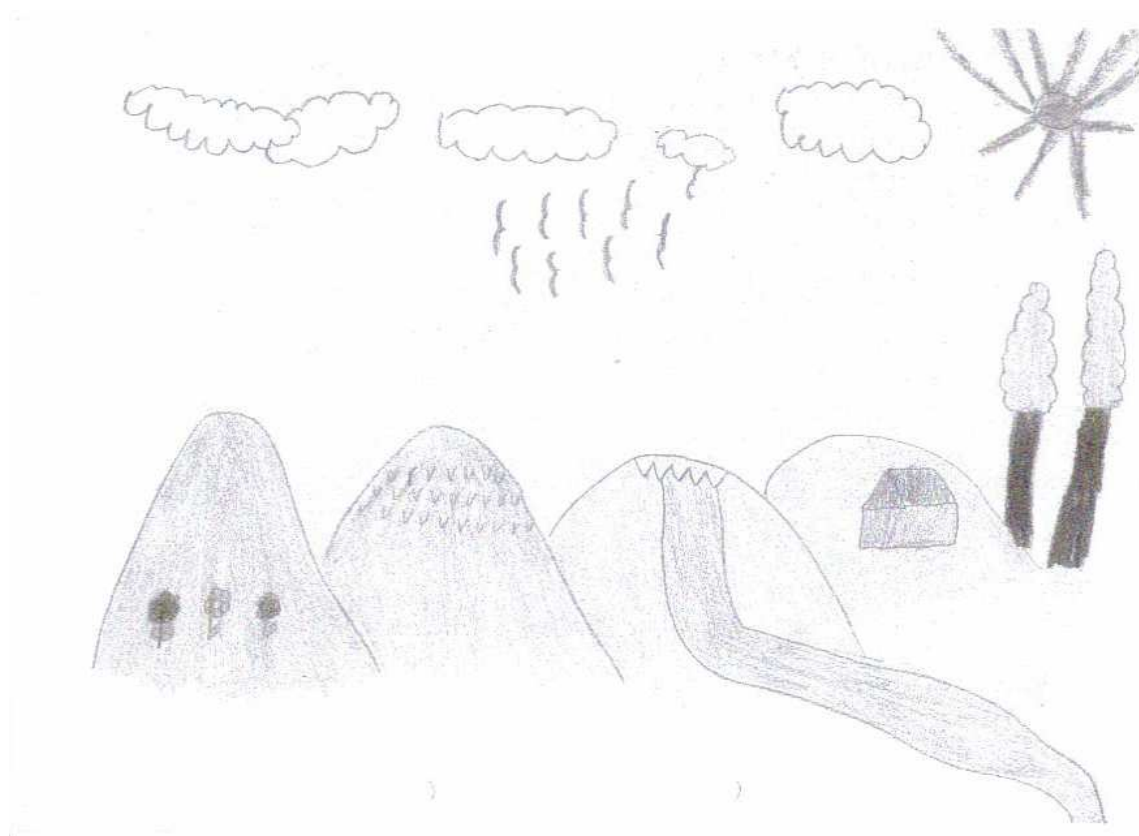
Caso “Carlos”:

“Carlos” es el mayor de dos hijos; tiene siete años y asistió al espacio psicológico con su madre, quién plantea que su hijo tiene dificultades en la retención y expulsión de las heces, y que además, tiene una mala relación con su padre.

Durante este proceso terapéutico con “Carlos,” se trabajaron aspectos relacionados con el comportamiento del niño, tanto en casa como en la escuela; los roles familiares, la importancia de poner límites, tanto en la familia nuclear, como con el resto de su familia; violencia intrafamiliar, así como también se habló, con los padres la importancia de no usar la violencia como forma de solución a los problemas familiares y sobre el maltrato infantil.

“Carlos” realizó durante las sesiones actividades como dibujo libre, test de la familia y hora de juego diagnóstico.

Dibujos:







Anexo III

Caso “Lola”:

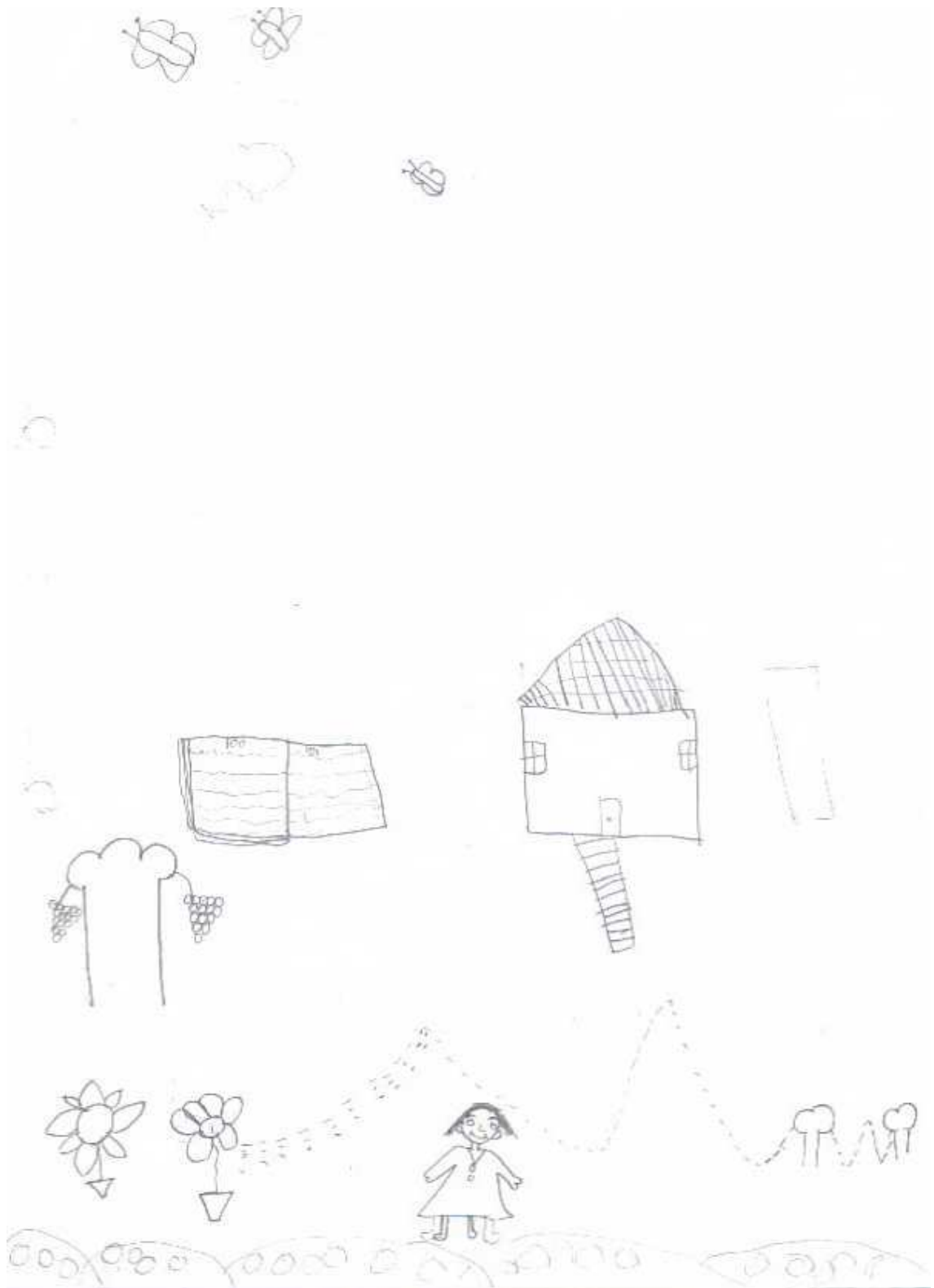
“Lola,” es la hermana mayor de dos hermanos; tiene ocho años y asistió a esta consulta con su madre, quien plantea que su hija, tiene dificultad en el control del esfínter anal y que además, de los problemas de comportamiento tanto en casa como en la escuela, tiene dificultades en la socialización; y en la expresión ya que pasa en silencio.

Durante este proceso con “Lola,” se trabajó dentro de la consulta temas referentes a los conceptos de verdad y mentira, acerca del maltrato, fortalecimiento de la relación vincular con su madre y la importancia de tener un espacio en el cual se pueda expresar todas sus emociones de cualquier manera.

“Lola” realizó durante las sesiones actividades como dibujo libre, test UDN, modelado con plastilina y cuentos.

Dibujos:





Anexo IV

Caso “Andrés”:

“Andrés,” es el tercero y único barón de tres hijos, tiene once años y llegó al espacio terapéutico con su madre y sus dos hermanas planteando que padece encopresis desde hacer varios años, y que, había relazado ya un proceso psicológico por dos años aproximadamente, y que además, de tener dificultades al relacionarse con los otros, tiene una estrecha relación con su hermana mayor.

Durante el proceso terapéutico con “Andrés,” se trabajó sobre la importancia de aceptar las reglas y límites flexibles impuestos por sus padres, en especial por su madre, además, se, fortaleció el vínculo con sus padres, y también se trabajó acerca de la diferenciación del rol de su hermana mayor, con el de su madre y la importancia de la alimentación.

“Andrés” realizó durante las sesiones actividades como cuentos y hora de juego diagnóstico.

Anexo V

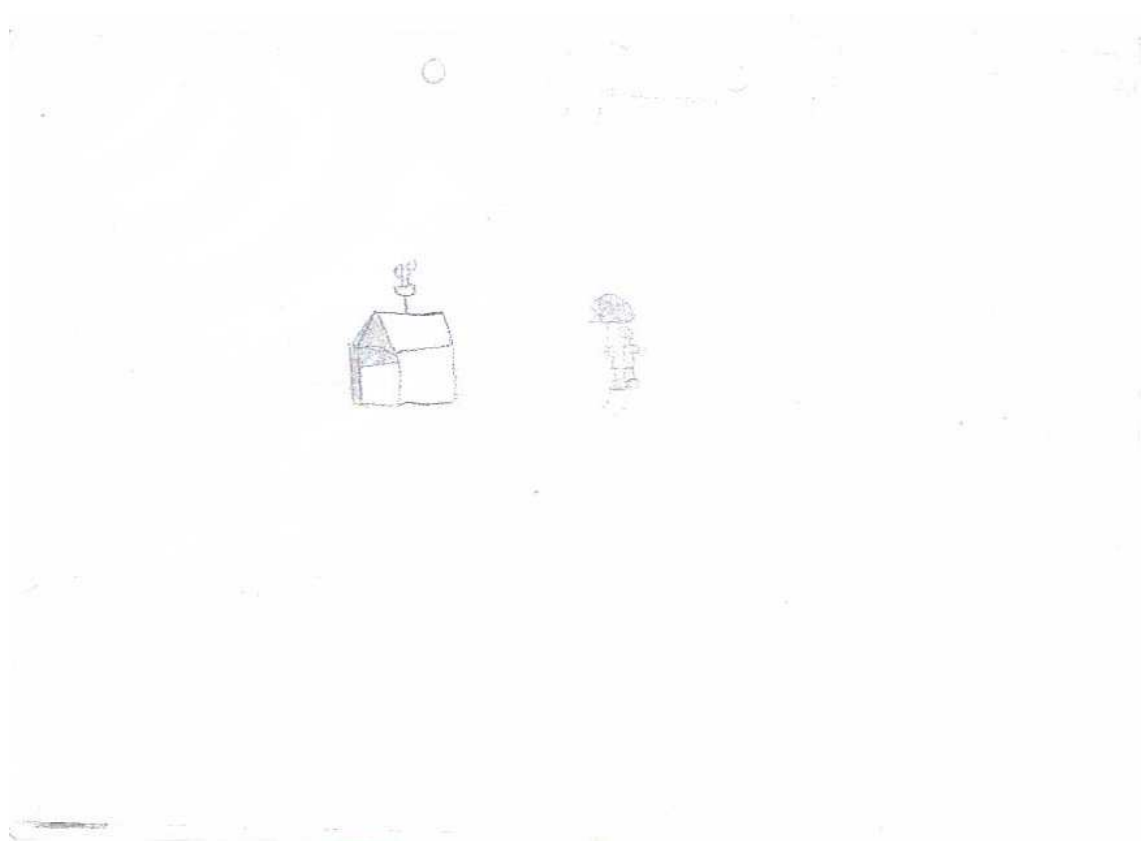
Caso “José”:

“José,” es el segundo hijo de tres hermanos; tiene nueve años; asistió a consulta con sus padres, remitido desde del área de psicología educativa, planteando que su hijo presentaba dificultades en el control del esfínter anal.

Durante el proceso terapéutico con “José,” se trabajaron temas referentes a la importancia de dormir solo, impartición de reglas por parte de los padres, su comportamiento tanto en casa como en la escuela y además se ha trabajó acerca del control de esfínteres dentro de la escuela.

“José,” realizó durante las sesiones actividades como dibujo, test de la familia, CAT-A, hora de juego diagnóstico y modelado con plastilina.

Dibujos:









**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **SOFÍA PATRICIA VASCO DÁVILA**, CI: 1711516821, autora del trabajo de graduación intitulado: **“Análisis de la formación del Síntoma Encopresis en niños de 6 a 11 años (Estudio de cinco casos atendidos en el período de agosto 2009 a mayo del 2010)”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLINICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, septiembre del 2011

Sofía Patricia Vasco Dávila

CI. 1711516821