

## ***Encopresis: un análisis conceptual dirigido a la prevención y el tratamiento***

***M<sup>a</sup> Carmen LUCIANO SORIANO  
Inmaculada GOMEZ BECERRA  
Universidad de Granada***

### ***Resumen***

La encopresis es analizada comenzando por las definiciones, los sistemas de evaluación y clasificación, y continuando por las aproximaciones etiológicas que conducen a programas preventivos y de tratamiento. El análisis que se presenta implica la reconceptualización de los puntos anteriores, presentando los criterios más comunes para la identificación de la encopresis, discutiendo las técnicas directas e indirectas de evaluación, a la par que la necesidad y utilidad de la clasificación. Son discutidas las diversas etiologías, desde organicistas a psicodinámicas, y se amplían las etiologías denominadas conductuales. Por último, se presentan brevemente las directrices o técnicas de intervención más frecuentes con énfasis en el mantenimiento y generalización del cambio.

***Palabras clave:*** Control de esfínteres, encopresis, evaluación, etiología, tratamiento, prevención.

### ***Abstract***

Encopresis is analyzed considering, in first place, its definitions and assessment and classification systems, and continuing with etiological approaches which lead to prevention and treatment programmes. This study involves reconceptualizing these aspects. Thus, the most common criteria for the identification of encopresis are presented, and direct and indirect assessment devices, as well as the need and usefulness of classification, are discussed. The different conceptual viewpoints explaining the causes of this phenomenon are presented and discussed, from those of a more organic nature to more dynamic views, including an extension of the behavioural hypothesis. Finally, a brief description of most used treatment procedures and guidelines is provided, with emphasis on maintenance and generalization of change.

***Key words:*** Sphincter control, encopresis, assessment, etiology, treatment, prevention.

La literatura sobre encopresis no es de las más abundantes en psicopatología. Quizás porque su incidencia es menor que en otros trastornos, o bien por

las incomodidades asociadas a su investigación. Aunque ello no debería justificar el abandono en su investigación (Anthony, 1957; Ross, 1981; Schaefer,

---

***Dirección de las autoras:*** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Campus de Cartuja. 18071 Granada.

1979; Walker, 1978). La gran mayoría de la investigación se encuentra ligada a la de enuresis. De ahí se deriva que, frecuentemente, enuresis y encopresis sean englobados como trastornos de control de esfínteres, aunque autores como Neale (1963) consideren que la incontinencia de orina o de heces son fisiológica y conductualmente diferentes.

A la escasez de estudios hay que unir el inconveniente de que la mayoría de trabajos no discuten aspectos definitorios, ni de evaluación, a la par que tampoco analizan los modos de diagnosticar, ni la etiología; son los tratamientos estandarizados el objetivo de trabajo más frecuente. A este último nivel hallamos tratamientos que escasamente funcionan, probablemente porque se estandarizan tratamientos que proceden de datos dispersos sobre individuos particulares. Precisamente la estandarización, la generalización de un fenómeno clínico desde un sujeto a todos los demás, como si hubiese un sujeto ideal «promedio», es criticado desde hace mucho tiempo (Johnston y Pennypacker, 1980), son planteamientos incorrectos ya que las características individuales halladas en diversos individuos no se pueden mezclar para crear un formato encopréptico generalizable, que jamás se produce en la realidad de un caso individual.

Por otro lado, la confusión que se observa entre encopresis, estreñimiento, y diarrea es una de las facetas que enreda y oscurece los hechos a los que se refieren los tratamientos, y las aproximaciones explicativas; por ejemplo, tratamientos similares sea encopresis o encopresis más estreñimiento y diarrea (Bakwin y Bakwin, 1972). Véase la relación que autores como Ajuriguerra (1973)

establecen; por ejemplo, entre la constipación o retención fecal (estreñimiento) señala que tras un aprendizaje esfinteriano severo el niño puede reaccionar durante un «período propio» con una constipación que más tarde desemboca en una encopresis (obstinación paradójica). Es decir, se establecen relaciones entre encopresis y estreñimiento que no necesariamente tienen que producirse; se menciona un período propio sin especificar cuál es; no se aísla la evacuación en otro lugar al socialmente establecido, del tipo y cantidad de materia fecal.

Diferenciaremos en este trabajo la encopresis de la constipación y diarrea a pesar de que la asociación sigue vigente (Bakwin y Bakwin, 1972). La asociación no siempre es un hecho, lo que justifica su análisis separado.

A continuación, presentamos un resumen del problema comenzando por las definiciones que se han dado, los sistemas de evaluación y clasificación utilizados y las aproximaciones etiológicas que deben, consecuentemente, conducir a programas preventivos y de tratamiento eficaces. Donde sea preciso reconceptualizaremos, ya que no es nuestro objetivo uno expositivo de lo ya escrito, sino crítico y constructivo.

### **Definición**

Un buen grupo de las definiciones revisadas se focalizan en la edad y/o estadios de desarrollo como el factor definitorio y clasificatorio de la encopresis. Por ejemplo, un niño puede ser considerado encopréptico cuando el problema ocurre a una edad en la que ya debería poseer control intestinal; la edad en que un niño adquiere dicho control se ha

estipulado entre uno y dos años y medio coincidiendo con el momento en el que comienza a caminar (Jonhson y Van Bourgondien, 1977; Walker, 1978).

Las definiciones basadas en la edad a la que se «debe controlar» la defecación son muy dispares en el establecimiento de dicha edad. Unos autores optan por el rango entre uno o dos años y medio, otros por los dos años, otros por los tres años, otros por encima de tres años (Doleys, 1983; Jonhson y Van Bourgondien, 1977; Walker, 1978). En definitiva, no existe acuerdo sobre la edad a partir de la cual clasificar a un niño como encopréptico o no. Resulta escasamente definitorio el factor edad considerado como un estadio de desarrollo estático y normativo; al contrario, sería preciso especificar los criterios que utilizan para determinar cada estadio y de qué dependen tales estadios si con ellos se pretende explicar la presencia o ausencia de control de esfínteres.

El énfasis en el control o regulación intestinal, como función biológica es otro de los aspectos definitorios. Por ejemplo, cuando se define la encopresis como el fracaso en mantener un adecuado control intestinal (Jonhson y Van Bourgondien, 1977); o como un trastorno en la regulación de la evacuación intestinal (Warson, Caldewell, Warrimer, Kirk, y Jensen, 1954; Yates, 1970). Sin embargo, no especifican qué elementos definen el control «adecuado», ni señalan el parámetro de frecuencia que convierte un hecho en un problema o en una conducta aceptada socialmente.

Otras definiciones añaden el carácter «involuntario» del problema. Por ejemplo, cuando el acto de defecación involuntaria no se puede atribuir directamente a ninguna enfermedad física (Crowley y Armstrong, 1977; Kanner, 1935; Ross, 1981; Walker, 1978; Young, 1973).

Otras definiciones más completas pueden agruparse por sus intentos integradores. Así, por la presencia de materia fecal en los vestidos o en un lugar inadecuado, en ausencia de patología orgánica y más allá de los tres años de edad (Doleys, 1983). Encopresis definida como incontinencia fecal involuntaria, después de una edad en la que está típicamente aprendido dicho control, e incluyendo la encopresis funcional como aquella con una patología intestinal neurológica (Adams y Sutker, 1984). Estas como las anteriores muestran gran ambigüedad, ya que no especifican el significado de la edad, o el control fisiológico, o la voluntariedad.

De lo anterior, los criterios definitorios mayormente aceptados serían los siguientes: *a)* descontrol intestinal<sup>1</sup> que supone la identificación de los contextos adecuados *versus* no adecuados, delimitados socialmente; *b)* edad aproximada a los cuatro años; y *c)* no existencia de déficit biológico o patología orgánica.

Desde nuestro punto de vista, un intento de definición del problema supondría la presencia de *todos* los elementos indicados. Por ejemplo, *encopresis definida socialmente como conducta desadaptativa supone descontrol intes-*

<sup>1</sup> Una descripción amplia de la fisiología intestinal que contempla aspectos contextuales se haya descrita en Gil Roales-Nieto, J. (1980). *Trastornos del Análisis Funcional*. Cuadro 16.3, 356. Mimeografiado. Universidad de Granada.

*atina*<sup>2</sup>; sin alteración biológica de los órganos implicados e independientemente de la cantidad y tipo de materia fecal, con una frecuencia por encima del mes, y a partir de 4 años, con independencia de periodos de control previos. Tales limitaciones en la definición de un problema no presupone que no sea necesario introducir los medios apropiados para solucionar un problema de descontrol intestinal, por debajo de los 4 años. Ello depende de los criterios de las personas más cercanas al niño: su familia y su escuela (véanse criterios de definición de anormalidad en Luciano, 1989).

### **Epidemiología de la encopresis**

La incidencia de la encopresis es en general baja, no obstante los datos que muestra la literatura son poco concluyentes, el rango de incidencia lo podemos establecer entre el 1'5 al 7'5 % de los niños (Bellman, 1966; Levine, 1975; Yates, 1970). Con respecto a la edad los estudios epidemiológicos muestran un amplio rango, pero el de mayor porcentaje es de 4 a 5 años, aunque también aparece de 5 a 8 años y casos extremos de 11 años (Bellman, 1966; Doleys, 1983; Levine, 1975; Schaefer, 1979). Los datos respecto al sexo muestran, en general, mayor incidencia en varones que en hembras (Bellman, 1966; Levine, 1975; Steing y Susser, 1967). En cuanto a antecedentes familiares la mayoría de autores no ad-

vierten encopresis en los padres ni hermanos de niños calificados como encopréticos. Aunque existen ciertas excepciones como el estudio de Bellman (1966), que apunta tal problema en algunos padres y hermanos. Por otro lado, Levine (1975) indica una mayor relación de problemas familiares, conyugales y psicológicos en encopresis que en enuresis. Aparece la encopresis conjuntamente con otros trastornos conductuales como enuresis, retraso en el desarrollo, coprofagia, fobia al inodoro, estreñimiento y diarrea (Doleys, 1983; Levine, 1975; Steing y Susser, 1967).

Es importante señalar que esta información procede de escasos estudios y con problemas metodológicos, como no especificar el tipo de estudio, no describir las muestras, ni definir las categorías utilizadas en la medición de la encopresis.

### **Evaluación**

Analizaremos este apartado teniendo como meta una evaluación completa, precisa y de bajo costo, que responda cuestiones tan básicas como las indicadas más arriba definitorias de la encopresis. En este punto, la forma de obtener tal información es uno de los aspectos clave.

Encontramos, en primer lugar, unos objetivos de predicción sesgados hacia el análisis de datos fisiológicos y/o médicos, escasamente explícitos, ya que las formas

---

<sup>2</sup> En síntesis, se define el control de esfínteres a nivel intestinal cuando, a) ante un contexto adecuado socialmente (retrete, por ejemplo) se produce la relajación del esfínter anal interno y la relajación del esfínter anal externo, consecuentemente excreción; y, cuando *además b)* ante un contexto no adecuado, si existe relajación del esfínter interno no se produce relajación del esfínter externo, es decir, se contrae éste último impidiendo la expulsión. El descontrol intestinal sería, por tanto, relajar el esfínter externo en situaciones diferentes a las socialmente establecidas como apropiadas para ello.

de evaluar hay que intuir las a partir de las descripciones de los casos que exponen, se utilizan técnicas alejadas del objeto de evaluación. Ejemplo de ello es la evaluación a través de un exámen radiológico del colon con enema, unido a la realización de informes con los padres sobre la personalidad del niño, exámen psiquiátrico, test de personalidad y de inteligencia, exámen rectal, conversaciones con los padres sobre afectividad y relaciones padres-hijos (Ajuriaguerra, 1973; Bakwin y Bakwin, 1972; Bellman, 1966; Kanner, 1935).

En segundo lugar, otro grupo de información más sistematizada y centrada en el problema. Incluye exámen médico, entrevista con los padres, y registros observacionales. Todos ellos, en mayor o menor medida, contienen información sobre quién evalúa, cómo se evalúa o qué instrumentos y/o técnicas de evaluación se siguen, cómo establecer y seguir un proceso o estrategia de evaluación, cuándo y por cuánto tiempo evaluar, etcétera (Doleys, 1983; Neale, 1963; Ross, 1981; Williamson, Kelley, Cavell y Prather, 1987).

Considerando lo anterior, conviene distinguir entre: *a)* diagnosticar sobre información verbal informal relativa al problema proporcionada por padres, educadores, el propio sujeto, o por todos ellos obtenida en una entrevista; *b)* información obtenida en cuestionarios, que recojan información del problema en curso; *c)* diagnosticar en base a información obtenida en pruebas diversas (tests, cuestionarios, etc), por ejemplo, diagnosticar la encopresis a través de tests proyectivos, o a través de pruebas de personalidad, o cualesquiera otras que midan conducta verbal, más o me-

nos compleja, y que no están directamente relacionadas con los elementos del problema; y *d)* diagnosticar por la obtención de información directa sobre los episodios encopreticos a partir de la observación de una muestra de tales episodios donde se recojan los elementos actuales implicados en la conducta problema. Es decir, conviene diferenciar entre aquellos sistemas de evaluación con aspectos directamente implicados en la conducta problema de aquéllos muy alejados de la misma.

Las discrepancias sobre la medición de un fenómeno debe ser debido a la multiplicidad de modelos explicativos que dirigen la atención del evaluador hacia aspectos diferentes y en algunos casos hacia elementos que no se relacionan con el problema en curso (algo que sería justificable si se evidenciara relaciones entre los problemas y las variables que contemplan los modelos explicativos). Sin embargo, en ausencia de tales relaciones los sistemas conocidos como evaluación múltiple realzan la medición de múltiples variables cuando posiblemente no fuera necesaria tanta variedad. El uso de sistemas múltiples incrementa el costo y el tiempo de evaluación cuando parte de los elementos medidos no están relacionados con la conducta objeto de estudio.

Teniendo todo ello en consideración, resumiríamos que la información relevante para evaluar la encopresis debería contemplar:

Un exámen *biomédico* del especialista.

Información sobre las condiciones históricas y actuales del problema según *entrevista abierta* a los padres (lo que recuerden) y a través de datos recogidos

por padres y/o el propio niño por *observación* de los elementos más importantes de episodios encopréuticos.

Siguiendo a Luciano (1989), los *datos históricos* del problema se refieren a las interacciones habidas con respecto al desarrollo del control de esfínter anal: cómo se produjo el aprendizaje del control de esfínter anal, si ha existido alguna vez control, cuándo detectaron el problema, qué hacían/decían el niño y los padres ante accidentes.

Los *datos actuales* del problema van dirigidos al análisis de diferentes episodios encopréuticos y no encopréuticos. Especialmente, a la detección de los factores que controlan la respuesta de defecación, así como las interacciones consecuentes. Los factores de control incluyen los contextos y situaciones donde se dan los accidentes, las condiciones biológicas del niño cuando ocurren, el estado motivacional general y/o específico a la defecación, generado por interacciones precedentes, y los estímulos más específicos que anteceden a la evacuación. Respecto a la respuesta interesa conocer parámetros como la frecuencia, magnitud, topografía de la defecación unida a cada conjunto de factores de control. Y respecto a la última interacción es conveniente conocer los cambios sociales que ocurren cuando el niño defeca en contextos inadecuados (qué hacen los padres, profesores, cuidadores, amigos, y el niño), sean cambios que añaden elementos agradables o cambios que suponen escapar de estimulación aversiva. El mismo tipo de datos cuando se produzcan defecaciones apropiadas, si ello ocurriera. Además, sería muy útil para planificar un tratamiento mínimamente intrusivo recoger

información sobre el repertorio conductual del niño, lo que incluiría no sólo la detección de sus habilidades adaptativas en los aseos principales sino sus tendencias motivacionales y con que repertorios son cubiertas (sus actividades diarias y bajo que circunstancias se producen sus juegos, etcétera; además de una ligera noción de la existencia o no de otros problemas psicológicos acorde a la demanda social según contexto, edad, sexo, u otras variables).

La entrevista supone, por tanto, la recolección verbal de lo que los padres principalmente recuerdan. Desde la información obtenida se extraería información a partir de una muestra de episodios del comportamiento problema y de episodios adaptativos; una muestra basada en datos directos, no en cuestionarios, o tests. Nos referimos a una *observación, lo más sistemática posible* durante un breve período de tiempo, respecto a los elementos actuales indicados más arriba, realizada por alguno de los padres o por el propio niño. El período de medición dependerá de la frecuencia informada de episodios encopréuticos; por ejemplo, una muestra que pueda recoger dos episodios y que incluya actividades típicas del niño y actividades diferentes (como, por ejemplo, lo que acaece un fin de semana).

Con ello obtendríamos información sobre una pequeña muestra de la conducta: las circunstancias diferentes que hacen probable la defecación no social y qué otro conjunto de factores hacen probable la social (si la hubiere); qué consecuencias se derivan en cada caso; la variación de esas circunstancias y esas consecuencias, lo que daría una idea del programa de reforzamiento en curso y

del tipo de reforzamiento, variabilidad de topografías, etcétera. Aspectos implicados en el mantenimiento y en el gradiente máximo o mínimo de generalización de la conducta problema.

### **Clasificación y diagnóstico**

En general, con mayor o menor acuerdo en la literatura, se distingue la encopresis *primaria, secundaria, continua y discontinua*.

Anthony (1957) asocia el término encopresis *continua* cuando ha habido una falta de entrenamiento por la madre, o cuando éste es muy ligero o flexible. Con ello, hace que la defecación siga siendo un acto agradable para el niño. El niño suele ser encopréptico desde el nacimiento, lo cual se continúa por un entrenamiento laxo. Igualmente identifica la encopresis discontinua por un entrenamiento severo y coercitivo, lo que provoca que se asocie el acto de defecar con un alto grado de disgusto.

La encopresis *primaria* se aplica a sujetos que nunca obtuvieron el control voluntario de la defecación, y la *secundaria* cuando hubo control voluntario de la defecación pero se perdió total o parcialmente (Bellman, 1966). Doleys (1983) identifica esta última como *discontinua*, y mantiene el término encopresis *continua* cuando hay una ausencia de control intestinal, al menos durante seis meses consecutivos.

Desde nuestro punto los problemas que, a primera vista, plantean estas clasificaciones es que apelan a la presencia de control durante algún período determinado, o bien apelan a formas explicativas del fenómeno, que pueden resultar conflictivas y escasamente fun-

cionales, cuando se mezclan los términos continua y primaria. Lo relevante para el objetivo clínico es conocer el desarrollo de esta conducta, si hubo control o no alguna vez, por cuánto tiempo, y en qué condiciones, idem respecto a la ausencia de control o accidentes. El uso de clasificaciones conduce a equívocos, por ejemplo, se habla de 6 meses de control para clasificar la encopresis continua o discontinua (Doleys, 1983); ¿qué ocurriría si fueran cuatro meses; cambiarían las variables explicativas si son cuatro meses en vez de seis meses?; y ¿si la información que proporcionan los padres no se corresponde con lo que realmente pudo ocurrir al inicio del entrenamiento?

Resumiendo, clasificar la encopresis en categorías no ayuda a la identificación de los factores diferenciales implicados en cada caso particular, ni nos ayuda para la elección de un tratamiento. Quizás puede resultar más sencillo y menos estigmatizante diagnosticar genéricamente con el término encopresis (por fines administrativos y de comunicación temática general), resaltando un único punto de interés: si ha habido, o no, control de esfínter anal, añadiendo la información indicada en el párrafo anterior sobre las características particulares históricas y actuales del problema. Esto permite obviar los problemas típicos de la clasificación (Luciano, 1989) dejando que las variables relacionadas con cada problema emerjan más fácilmente que ciñendo el problema a sistemas muy generales que no pueden explicitar la casuística particular que pueda explicar el fenómeno y dirige necesariamente el tratamiento más apropiado a tal casuística.

## Etiologías: variables explicativas

Las etiologías relativas a la encopresis se presentan, en general, en la literatura agrupadas entorno a tres modelos.

Dentro del *modelo organicista* encontramos, por ejemplo, etiologías como 1) la interrupción anatómica (Goligher y Hughes, 1951) o el debilitamiento de la vía sensorial del reflejo para explicar la encopresis (ello debilitaría el entrenamiento de la asociación de la sensación de repleción, al estar el recto lleno, y la defecación); 2) la falta de integridad neurológica, alteraciones anatómicas y fisiológicas, dietas, factores constitucionales (Doleys, 1983); 3) un fallo en el sistema sensorio-perceptivo, los encopréticos no tendrían el reflejo gastrointestinal (aumento de la actividad motora del colon tras las comidas) y en consecuencia no podrían controlar voluntariamente la actividad intestinal (Young, 1973); 4) contracciones poco activas del intestino y problemas alimenticios desembocarían en estreñimiento y defecación dolorosa, con lo que se retienen las heces, se pierde el tono muscular del esfínter y la conciencia de la necesidad de defecar (Walker, 1978); 5) la adaptación o acomodación del intestino a la retención de materia fecal, con ello se ensancha el esfínter anal, pudiendo producir megacolon en casos severos (Warson y cols., 1954). Yates (1970) explica la encopresis por la 6) inexistencia de señales, o sensación de llenado, en los encopréticos ante la retención de heces (estreñimiento) lo que lleva a una imposibilidad de defecar voluntariamente. Por último, Schwartz y Johnson (1981) combinan 7) el aprendizaje del hábito y la maduración cortical, aunque el énfasis

es sobre el último aspecto, entendiendo que el retraso en el desarrollo del control cortical impide la inhibición de la defecación inapropiada.

El análisis de estas variables explicativas supone, por un lado, el uso de constructos hipotéticos de tipo neurológico, como interrupción anatómica, falta de integridad neurológica, fallo en el sistema sensorio-perceptivo, control cortical; la ausencia de definiciones operativas de tales constructos, que no incluyan las características del fenómeno encoprético convierte a tales constructos en simples reificaciones. Por otro lado, se presentan variables orgánicas referidas a alteraciones en la estructura o fisiología de los órganos implicados, que se asocian a otros problemas como el estreñimiento o la diarrea correlacionados con encopresis; sin embargo, no necesariamente siempre se producen. Consideramos que los problemas anatómicos, si los hubiere, deben ser solucionados a ese nivel, y como se mencionó en la definición no se trataría de encopresis funcional en tales casos.

Bajo la *aproximación intrapsíquica* y/o *psicoanalítica* aparecen en la literatura explicaciones como 1) una manifestación de carácter neurótico muy intenso; una conducta producida por factores afectivos y procesos mentales (Kanner, 1935). Ajuriaguerra (1973) recoge tal problema 2) en la etapa de desarrollo anal relacionándolo con rasgos posteriores que producirían sadomasoquismo, homosexualidad, ... También se entiende la encopresis como 3) una relación somática mutuamente placentera entre la madre y el niño con conflictos y traumas entre las organizaciones orales y anales, y la utilización neurótica del niño

por parte de la madre para expresar sentimientos y recibir gratificaciones (Warson *et al.*, 1954). Se entiende como 4) un síntoma de un conflicto encubierto o falta de amor paterno, ansiedad por el trauma de la separación maternal entre la fase oral y anal; por 5) la lucha por el poder que se desarrolla entre los padres y el niño durante la adquisición de los hábitos higiénicos (Anthony, 1957); por un 6) mecanismo de regresión que se produce en algunos niños pequeños tras el nacimiento de un hermano; por falta de afecto de los padres o separación de la madre (Bakwin y Bakwin, 1972).

No parece que estas definiciones puedan ser valoradas con cierto rigor científico; son meras abstracciones e inferencias sin operacionalizar. No se pueden extraer variables etiológicas que permitan planificar tratamientos ni programas de prevención; a no ser bajo la libre interpretación que cada uno pueda hacer de tales términos.

Clasificadas en una *aproximación conductual* aparecen las siguientes etiologías: Quarti y Renaud (1962) señalan que 1) las distensiones en el recto, al acumularse materia fecal, pueden llegar a ser estímulos condicionados para iniciar la defecación, por lo que su inhibición se puede deber a la relajación de la pared rectal o a que no respondan los receptores de presión y tensión ante un estímulo específico. Desde nuestro punto de vista, esta hipótesis no es adecuada en tres aspectos: uno, no se explica en qué condiciones las señales del recto adquieren la capacidad funcional de estímulo condicionado; dos, se supedita la encopresis a una previa existencia de estreñimiento; tres, es incompleta al considerar que de base sólo

existe un proceso de condicionamiento clásico.

Neale (1963) indica como causas 2) un proceso de adaptación del intestino al retenerse materia fecal, lo que llevaría a que ante la sensación de llenado, el sujeto no se dé cuenta de la necesidad de defecar y así se impida que se condicionen los estímulos que alertarían al sujeto antes de ocurrir la defecación; además puede darse expulsión involuntaria por desbordamiento. Esta hipótesis implica, en primer lugar, la existencia de estreñimiento y luego diarrea que no permita asociar la defecación con ciertas señales situacionales. Pero no explica en qué circunstancias se producen estreñimiento y la ausencia de condicionamiento de los estímulos que alertan al sujeto para defecar.

Anthony (1957) diferencia etiologías para encopréticos continuos y discontinuos. Para los primeros señala 3) una falta y/o flexibilidad de entrenamiento lo que hace que las sensaciones ante estímulos olfativos y táctiles sean agradables. El nivel de aspiraciones de la madre en el aspecto sanitario sería bajo y no exigiría entrenamiento correcto. Para los encopréticos discontinuos señala 4) un entrenamiento coercitivo y severo que puede llevar a evitar la defecación. Estas hipótesis dejan a la luz la necesidad de algún entrenamiento, realzando que no sea coercitivo. Señala algunas variables (bajo nivel de aspiraciones de la madre) que correlacionan con la ausencia de entrenamiento, aunque no se explicita lo que entiende por entrenamiento flexible y coercitivo dejando que el lector interprete tales palabras.

Doleys (1983) presenta como factor etiológico 5) un aprendizaje inadecuado

por falta de reforzamiento positivo ante buenos hábitos de aseo y habilidades prerrequisitas como desvestirse; así las señales internas de acumulación de heces no se han convertido en discriminativas para que se den movimientos intestinales en el retrete ni se pueda retener la defecación temporalmente. Considera que la encopresis, especialmente la discontinua, es, por un lado, conducta de evitación, condicionada como tal porque al inicio de la encopresis se dieron evacuaciones dolorosas y consecuentemente miedo a defecar; la retención de heces evitaría el dolor y sería reforzada negativamente. Por otro lado, los accidentes serían reforzados positivamente a través de la atención de los padres. En general, todo este conjunto de indicaciones pueden considerarse como una explicación bastante más clara que las anteriores aunque considere las habilidades de autonomía como prerrequisitas para el control intestinal. Sin embargo, antes de ser independientes a nivel de autonomía los niños controlan esfínteres. No se especifica el proceso de discriminación de las señales internas, y se considera la existencia de estreñimiento como un paso previo a la encopresis.

Ross (1981) señala 6) que los niños encopréticos crónicos o continuos no han adquirido el control intestinal porque no se les ha enseñado el uso del retrete. Cuando existe buen control esfinteriano (no dándose retención de heces o constipación) el problema de la encopresis discontinua se debe a que las contingencias de reforzamiento hacen que la defecación en los pantalones (lugar inadecuado) sea más relevante que el uso del retrete; se especula que el mantenimiento de esta conducta está

relacionado con la reacción de los padres cuya simpatía, interés o enojo puede ser un reforzador positivo de los accidentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos que las variables etiológicas relevantes versan en el conocimiento del papel funcional que cumple la estimulación interoceptiva (en este caso, recto lleno) unida a otras estimulaciones de procedencia social (como el retrete); es decir, versan sobre la determinación de las variables responsables del papel funcional de esos elementos para una respuesta apropiada (defecación en el retrete) o para una inapropiada socialmente (defecación en los pantalones). Las variables responsables de uno u otro papel funcional (en ausencia de alteraciones biológicas) serían las *interacciones habidas entre sucesivas estimulaciones interoceptivas* (reflejo anal) y *sociales* (pañales, pantalones, retrete), las *respuestas de relajación/contracción* del esfínter anal, y los *cambios sociales* consecuentes ante tales respuestas. Por ejemplo, una conducta que se califica socialmente de encopresis podría haberse generado:

*Ante (a) condiciones biológicas normales (sin alteración de los órganos implicados en la defecación), (b) condición motivacional aversiva (recto lleno de materia fecal), (c) en un contexto dado (pantalones), y (d) una estimulación específica que inicia la relajación anal, con o sin la implicación de una verbalización del sujeto como «tener ganas de evacuar» (que haya sido condicionado previamente en esas condiciones para producir la relajación del esfínter anal con la consiguiente evacuación). Ante tales condiciones interaccionando, se puede producir una relajación que produce unos cambios*

*contingentes: un cambio necesario interoceptivo (al eliminar la estimulación aversiva de tener el recto lleno), y un posible cambio social que puede cumplir un papel funcional aversivo o correctivo, o que pudiera resultar reforzante (por ejemplo, porque se justifique tal hecho, por excesiva protección). Estos cambios últimos actúan para crear una función u otra a los factores (a), (b), (c), y (d), de forma que se produzca una relajación (un episodio encoprético) o una contracción del esfínter hasta que hubiera otras condiciones contextuales más apropiadas socialmente.*

Es decir, las hipótesis a la luz de la conceptualización del Análisis Funcional de la Conducta (véase Luciano, 1989), suponen la posibilidad de adquirir la encopresis (sistemáticos episodios de conducta encoprética a partir de una edad socialmente establecida, y por tanto, dependiente del criterio cultural predominante, subcultural, contextual, e individual a cada unidad familiar) principalmente por un proceso de moldeamiento, con contingencias automáticas reforzantes y/o sociales intermitentes. Un proceso de modelamiento, en ausencia de moldeamiento apropiado, parece también como otra forma probable de formación de encopresis; sin embargo, su desarrollo a través de reglas relativas a toda la secuencia encoprética parece menos probable en este trastorno. Obviamente, tanto si acudimos al moldeamiento, o al modelamiento, o a las reglas (que no es este el caso), se implican las interacciones o contingencias de reforzamiento además de interacciones de condicionamiento clásico.

El moldeamiento de tal repertorio desadaptativo supondría, de manera explícita, la ausencia de cambios sociales correctores del episodio encoprético, a

la par que la presencia de cambios automáticos reforzantes negativamente, necesariamente presentes al darse la relajación anal. Así, *cualquiera* de las siguientes posibilidades interactivas podrían llegar a formar encopresis, basándonos en la literatura señalada:

7) Ausencia de interacciones correctoras ante una respuesta encoprética; lo que supone presencia únicamente del reforzamiento negativo automático interoceptivo de las respuestas de descontrol.

8) La presencia no sistemática de interacciones sociales diferenciales que impliquen por un lado, consecuencias sociales, positivamente reforzantes (que se unirían al reforzamiento negativo automático), cuando la respuesta de evacuación se produce en el retrete, y por otro lado, consecuencias sociales correctoras si se produce la relajación en el contexto inapropiado (pudiendo contrarrestar el valor reforzante automático de la relajación del esfínter anal). Por interacciones no sistemáticas se entiende que unas veces se lleva a cabo la corrección ante episodios encopréticos (con lo que contrarrestar el valor automático de la relajación anal), y otras no (con lo que sólo habría un reforzamiento negativo de la evacuación en los pantalones). Otras se produciría la evacuación en el retrete con reforzamiento social por ello y otros episodios de defecación en el lugar apropiado no tendrían consecuencias sociales pertinentes con lo que el fortalecimiento de tal respuesta sería mermado. La asistematicidad de tales interacciones hace difícil el condicionamiento de las señales interoceptivas y de los contextos apropiados para la defecación.

9) La presencia de interacciones de castigo por defecación inapropiada pero sin posibilitar, realmente, la evacuación en el lugar apropiado socialmente; lo que conduce seguramente a problemas de estreñimiento y diarrea, como se indicó más arriba; elementos que no aparecerían asociados a encopresis si lo que ocurriese fuera 8) o 7).

10) La ausencia de las interacciones que garantizan el mantenimiento de la defecación apropiada. Esto es, el fortalecimiento de tales respuestas por reforzamiento diferencial con interacciones sociales reforzantes asociadas a la evacuación en retrete y correctoras a evacuación en pantalones.

11) La dependencia de ciertos elementos sociales (la madre, por ejemplo) a la hora de la evacuación en el retrete -dependencia existente si no se desvanece lo antes posible cualquier elemento ajeno a aquellos que realmente controlan la evacuación socialmente apropiada, que son la estimulación interoceptiva y el retrete-. Un ejemplo de ello es cuando el niño evacúa sólo si la madre está presente. Es decir, cuando no se han desvanecido las ayudas, mientras se mantiene la defecación correcta.

12) La dependencia de cambios sociales extraordinarios, ajenos a los socialmente típicos y apropiados en la defecación (como, por ejemplo, cuando se ha hecho depender la defecación apropiada de dinero u otros eventos extraños). Es decir, cuando no ha cambiado la artificialidad de las condiciones (si se han usado en el entrenamiento) hacia el tipo y frecuencia de las condiciones naturales, que serían los efectos automáticos de la evacuación y al principio del entrenamiento aprobación social intermitente.

Cada una de estas condiciones parecerían suficientes para producir encopresis.

## Tratamiento

En relación al tratamiento únicamente presentamos una breve revisión de la literatura, junto a una descripción de la prevención de tal fenómeno clínico.

Los *tratamientos médicos* como: Cambios en la dieta y uso de enemas y laxantes (aceites naturales entre ellos) son componentes utilizados. También el uso de imipramina por sus propiedades antiespasmódicas -que parecen tener un efecto inhibitor sobre el esfínter anal interno reduciendo la movilidad intestinal- se informa como muy utilizado (Doleys, 1983).

Estos tratamientos están dirigidos al estreñimiento y las diarreas, pero no a la encopresis. Con ello se facilita el estreñimiento o la evacuación, pero ninguno se dirige a que tal evacuación se produzca en el lugar apropiado. Cuando tales procedimientos resultan exitosos en la encopresis parece debido, sin que se informe explícitamente de ello, a que se añaden otros componentes, por ejemplo, probabilizan que el sujeto defeque en el lugar apropiado cuando atisban que el componente farmacológico (más o menos natural) va a hacer efecto, y además añaden las contingencias diferenciales necesarias para que en el futuro cuando el producto químico vaya a tener efecto el sujeto se dirija o sea acompañado al inodoro. Con tal recomendación se incrementa la probabilidad de que la estimulación interoceptiva provocada por la droga llegue a convertirse en un elemento funcional para acercarse

al inodoro. De no añadir los componentes anteriores, que obviamente no se relacionan con un tratamiento médico, tales drogas no servirían para solucionar ningún problema de encopresis.

En la *perspectiva dinámica*, en general, el uso de la *psicoterapia* es el tratamiento por excelencia. Según esta aproximación hay que intervenir sobre los conflictos internos que son el origen de la encopresis. Cabe destacar, por ejemplo, el uso de diferentes formas de psicoterapias verbales y terapias de juego (Doleys, 1983; Schwartz y Johnson, 1981). Sin embargo, no queda claro en qué consisten esas terapias verbales, ni en qué se traducen fuera del contexto terapéutico (parece que son meras instrucciones a padres). En las terapias de juego destacan modelado de arcilla y la pintura con dedos; para que los niños exterioricen los sentimientos, según recogen los autores citados. Son terapias laxas y abstractas que no permiten saber a qué se deben los éxitos o fracasos; no existen datos sobre las muestras, su tamaño y procedencia; remisión entre niños con psicoterapia y sin ella, etc (Doleys, 1983).

Los *tratamientos* más utilizados son los denominados *conductuales*, aunque ciertamente estemos llegando a una situación en la que difícilmente se encuentra un significado común de tal término, es decir, diferentes componentes y conceptualizaciones se unen al término «conductual».

En general, en la literatura (por ejemplo, Adams y Sutker, 1984; Bragado, 1984; Doleys, 1983; Ross, 1981; Walker, 1978; Wright y Walker, 1976; Yates, 1970) aparecen :

1) reforzamiento social positivo contingente, bien a la expulsión en el sitio

adecuado, inducida por laxantes o enemas, o bien contingente a pantalones limpios, o bien a la ausencia de accidentes encopréticos durante el día;

2) procedimientos de castigo: sobrecorrección que incluye lavar la ropa con agua fría y jabón al darse accidentes; o *time-out* por episodios encopréticos;

3) combinación de reforzamiento positivo y castigo, por ejemplo, reforzamiento positivo de la defecación apropiada, y castigo sobre pantalones sucios bien en la forma de *time-out*, o sobrecorrección, o regañinas. Resaltamos, dentro de este bloque combinatorio, el señalado por Crowley y Armstrong (1977): aplicación de sobrecorrección con práctica positiva y *time-out* tras un accidente de encopresis, más el reforzamiento positivo por respuestas correctas fomentadas por el entrenamiento consistente en ir al retrete 15 minutos después de las comidas, y la realización de ejercicios de relajación-contracción del esfínter; se añaden también contratos conductuales entre padres e hijos.

La combinación expuesta en el párrafo previo es la única que contempla de manera explícita la aplicación de contingencias diferenciales, en este caso de reforzamiento positivo y castigo, por los episodios adaptativos y los encopréticos. (Combinación más eficaz que la combinación de reforzamiento positivo y extinción, ya que en este caso estaríamos hablando de extinción social, pero que no lo sería respecto a las contingencias automáticas que supondría un reforzamiento negativo a nivel interoceptivo, dejando de ser realmente contingencias de extinción las que acompañarían a los accidentes). Resaltamos también que la aplicación de castigo no sea en la forma

de aplicación de estimulación aversiva (que conlleve colaterales emocionales, formación de estímulos aversivos condicionados asociados a quien aplica el castigo, y respuestas de evitación), sino castigo en la forma de retirada de atención, privilegios, en resumidas cuentas pérdida de eventos reforzantes tras el accidente. También enfatizamos el uso en la combinación de Crowley y Armstrong (1977) de práctica positiva y contingencias sociales explícitas por la respuesta correcta. Añadiríamos a lo anterior aspectos como los siguientes 4): (a) el mínimo de artificialidad en las consecuencias aplicadas como reforzamiento positivo; (b) desvanecimiento de las ayudas introducidas para moldear el papel funcional del inodoro, (instrucciones, guías directas en momentos concretos) para facilitar la independencia de los padres o terapeutas, y así la generalización; y, (c) la sistematicidad en la aplicación de las contingencias diferenciales, el cambio gradual, pero sin lentitud de tales contingencias hacia las naturales para facilitar el mantenimiento.

Por último, los procedimientos de *biofeedback* frecuentemente considerados dentro de los tratamientos conductuales son apropiados cuando hay ciertos problemas estructurales o fisiológicos, en este caso relativos a los órganos implicados en la defecación (presentes desde el nacimiento, o que se formen, por alguna circunstancia que altere tal funcionamiento biológico). Tales procedimientos son muy diversos (una amplia revisión aparece en Whitehead y Schuster, 1987). Su característica común, a nuestro juicio, es el uso de instrumentos que evidencian al sujeto la estimulación

interoceptiva, facilitando así la discriminación siempre que tal evidencia se acompañe de eventos sociales en forma de instrucciones comprendidas y contingencias equivalentes a las indicadas, explícita o implícitamente en las instrucciones. Son por tanto técnicas que sin esos componentes sociales (descripciones verbales del funcionamiento, por ejemplo) y contingencias sociales por reacción apropiada a los estímulos pertinentes del *biofeedback* no servirían de mucho, aspecto que se olvida muy frecuentemente al considerar con mucho más énfasis la instrumentación que la información proporcionada al sujeto sobre su funcionamiento. La funcionalidad de la estimulación interoceptiva para probabilizar la contracción o dilatación del esfínter anal externo (dependiendo del contexto en el que el sujeto se encuentre), depende de que haya contingencias diferenciales según se contraiga o se dilate en cada uno de los contextos apropiados o inapropiados socialmente.

Sin embargo, tales procedimientos no son las técnicas seleccionadas cuando se presenta encopresis, es decir, incontinencia fecal sin alteración biológica. Añadir tales instrumentos para advertir al sujeto de las condiciones en las que se encuentra el esfínter según la cantidad de materia fecal y la correspondiente activación del esfínter interno, y con ello contraer o relajar el esfínter externo, no elimina la necesidad de añadir los componentes combinados, indicados más arriba (véase 3 y 4 de este apartado). El resultado sería una complicación innecesaria de su uso en tales circunstancias, que supondría un mayor costo, intrusismo, y dependencia de la intervención.

Consideraciones generales respecto a la *prevención* de la encopresis proce-

den de la descripción hecha en el apartado sobre *variables etiológicas*. Dado que ha sido extensiva, no volveremos a retomarla aquí. El entrenamiento sistemático, sin ser obsesivo, mediante las ayudas mínimas para incrementar la probabilidad de la discriminación interoceptiva (que unida a un contexto lleve a relajar, y unida a otro conduzca a contraer) y las contingencias diferenciales de reforzamiento positivo y corrección leve, sin implicar contingencias aversivas (que conviertan la defecación en algo que genere ansiedad), con un mantenimiento de tales contingencias durante un tiempo prolongado (p.e., un mes o dos), son elementos no intrusivos para los padres, por su sencillez y bajo costo, que reducirían al mínimo la problemática analizada en este trabajo.

## Referencias

- ADAMS, H.E. y SUTKER, P.B. (1984). *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum Press, VI, 13, 967-968.
- AJURIAGUERRA, J. (1973). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona-México: Masson, 1983, 9, 263-289.
- ANTHONY, E.G. (1957). An experimental approach to the psychopathology of childhood encopresis. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 146-175.
- BAKWIN, H. y BAKWIN, R.M. (1972). *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México: Interamericana, 1974, 54, 484-489.
- BELLMAN, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, supl. 170.
- BRAGADO, A.M.C. (1984). Control de esfínteres. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra, 20, 639-659.
- CROWLEY, P.C. y ARMSTRONG, M.P. (1977). Positive practice, Overcorrection and behavior rehearsal in the treatment of three cases of encopresis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 411-417.
- DOLEYS, D.M. (1983). Enuresis y encopresis. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1986, 8, 280-315.
- GIL ROALES-NIETO, J. (1980). Trastornos de la autonomía funcional. En *Psicopatología*, 14, 353-356. Mimeo-grafiado, Universidad de Granada.
- GOLIGHER, J.C. y HUGHES, E.S.R. (1951). Sensibility of the rectum and colon. *Lancet*, 1, 543-548.
- JOHNSTON, J.M. y PENNYPACKER, H.S. (1980). *Strategies and tactics of human behavioral research*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- JONHSON, J.H. y VAN BOURGONDIEN, E. M. (1977). Behavior therapy and encopresis: A selective review of the literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 6, 15-19.
- KANNER, L. (1935). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós, 1966, XXX, 417-421.
- LEVINE, M.D. (1975). Children with encopresis: A descriptive analysis. *Pediatrics*, 56, 412-416.
- LUCIANO, M.C. (1989). *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. Universidad de Granada. Granada.

- NEALE, D.H. (1963). Terapia de la conducta y encopresis en niños. En B.A. Ashen y G.E. Poser (Eds.). *Trastornos emocionales. (Modificación de conducta en la infancia, vol.2)*. Barcelona: Fontanella, 1978, 153-173.
- QUARTI, C. y RENAUD, J. (1962). Note préliminaire sur un nouveau traitement des constipations par réflexe conditionnel. *La Clinique*, 57, 577-583.
- ROSS, A. (1981). Terapia de la conducta infantil: principios, procedimientos y bases teóricas. México: Limusa, 1987, 7, 187-192.
- SCHAEFER, C.R. (1979). *Childhood encopresis and enuresis: Causes and therapy*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SCHWARTZ, S. y JOHNSON, J.H. (1981). *Psychopathology of childhood*. Nueva York: Pergamon Press.
- STEING, Z.A. y SUSSER, M. (1967). The social dimensions of a symptom: A social-medical study of enuresis. *Social Science and Medicine*, 1, 183-201.
- WALKER, C.E. (1978). Toilet training, enuresis, encopresis. En P.R. Magrad, (Ed.). *Psychological management of pediatric problems (vol.1)*. Baltimore: University Park Press.
- WARSON, S.R.; CALDWELL, M.R.; WARRIMER, A.; KIRK, A. y JENSEN, R.A. (1954). The dynamics of encopresis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 402-415.
- WHITEHEAD, W.E. y SCHUSTER, M.M. (1987). Biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. En J.P. Hatch, J.G. Fisher y J.D. Rugh, (Eds.). *Biofeedback. Studies in clinical efficacy*. Nueva York: Plenum Press, 179-210.
- WILLIAMSON, D.A.; KELLEY, M.L.; CAVELL, T.A. y PRATHER, R.C. (1987). Eating and elimination disorders. En L. Frame, y J.L. Matson, (Eds.). *Handbook of assessment in childhood psychopathology*. Nueva York: Plenum Press, 18, 481-483.
- WRIGHT, L. y WALKER, L.E. (1976). Behavioral treatment of encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 35-37.
- YATES, A.J. (1970). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas, 5, 93-126.
- YOUNG, G.C. (1973). The treatment of childhood encopresis by conditioned gastroileal reflex training. *Behaviour, Research and Therapy*, 2, 499-503.