

## ENCOPRESIS Y TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Martín Martínez S \*, Palazón Azorín I \*\*, Couceiro Rosillo S \*\*\* y van-der Hofstadt Román CJ\*\*

*\*Máster en Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.*

*\*\*Hospital General Universitario de Alicante. Conselleria de Sanitat*

*\*\*\*Hospital Marina Baixa. Conselleria de Sanitat.*

### RESUMEN

Muchos niños que son diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA) presentan dificultades con el control de la defecación.

El objetivo ha sido intervenir para incorporar un adecuado patrón de defecación, que suprimiera los episodios de encopresis y no provocara estreñimiento, en niños con TEA mediante el empleo de técnicas conductuales.

La muestra estuvo compuesta por cuatro pacientes que presentaban encopresis con antecedentes de estreñimiento, y a los que la evaluación clínica realizada identificó como pacientes con TEA.

Los resultados mostraron que, tras la intervención propuesta de forma individualizada para cada caso, uno de ellos obtuvo resultados positivos, para los otros tres pacientes los resultados no fueron significativos, en el momento de análisis de los datos.

Debe tenerse en cuenta que la muestra utilizada es limitada y que es necesaria una más amplia para poder generar conclusiones más significativas.

**Palabras clave:** encopresis, trastorno del espectro autista, tratamientos psicológicos, técnicas conductuales.

## **ABSTRACT**

Many children are diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) have difficulties with bowel control, called encopresis.

The aim has been to intervene to bring an appropriate pattern of defecation, to delete the episodes of encopresis and not cause constipation in children with ASD and that used behavioral techniques.

The sample consisted of four patients who had difficulties with bladder control specifically with a history of constipation, encopresis, and conducted the clinical assessment identified as patient with ASD.

The results showed that after the proposed intervention individually for each case, one of them, scored positive, while in the remaining patients the results were not significant at the time of data analysis.

It should be noted that the sample used is limited and is needed to generate larger more significant conclusions.

**Keywords:** encopresis, autism spectrum disorder, psychological treatments.

## **INTRODUCCIÓN**

La encopresis, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), consiste en “la emisión repetida de heces en lugares inadecuados, por ejemplo la ropa o el suelo. En la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. Se considera que el hecho debe ocurrir por lo menos una vez al mes, durante 3 meses como mínimo y la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años. La incontinencia fecal no puede deberse exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni de una enfermedad médica, excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento” (APA, 2000).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la encopresis, además de ser un trastorno por sí mismo, puede ser un síntoma que acompaña a otros trastornos psiquiátricos que hay que tener presentes cuando se realiza la historia clínica (Hernández y Rodrigo, 2005).

En este sentido, en el cuadro nº 1 se presentan los trastornos asociados a encopresis, según Hernández y Rodrigo (2005)

**Tabla 1.- Trastornos psiquiátricos asociados a encopresis:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos del desarrollo:<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastornos específicos del lenguaje/comunicación</li><li>- Trastornos del aprendizaje</li><li>- Trastornos generalizados del desarrollo</li></ul></li><li>• Trastorno obsesivo compulsivo</li><li>• Trastorno negativista desafiante</li><li>• Trastorno por déficit de atención</li><li>• Trastorno disocial</li><li>• Fobia simple</li><li>• Enuresis</li><li>• Reacción por estrés</li><li>• Negligencia (ausencia de entrenamiento de la defecación)</li></ul> |
|--|

Entre los posibles tratamientos de la encopresis no existe ninguno bien establecido, aunque los expertos señalan como componentes fundamentales en el tratamiento el entrenamiento en hábitos de defecación y la terapia con laxantes. Brazzelli y Griffith (2008) llevaron a cabo una revisión sobre diferentes estudios de intervenciones para la encopresis. Encontraron, por un lado, intervenciones conductuales, (programas de contingencias -refuerzo e incentivo-, métodos de desensibilización para la fobia al wc, imposición de rutinas para el uso del sanitario, biorretroalimentación y tratamiento ambiental), por otro, intervenciones no conductuales, (el ofrecimiento de instrucciones por parte de los padres sobre el control intestinal, asesoramiento, psicoterapia, terapias cognitivas y familiares) y también, intervenciones médicas, a través del uso de laxantes.

Borowitz (2002) que comparó las intervenciones conductuales más laxantes, con sólo el uso de laxantes, señala que el uso de técnicas conductuales más el uso de laxantes puede mejorar los síntomas de los niños con encopresis retentiva, lo que coincide con las recomendaciones clínicas actuales para el tratamiento de la encopresis asociada a estreñimiento.

Según Bragado (1998), las técnicas conductuales aplicadas a casos de encopresis, incluyen principalmente: el reforzamiento positivo que es el método más extendido para abordar el problema de la encopresis. El castigo, que según algunos autores produce efectos indeseables y repercute en el proceso terapéutico. El reforzamiento negativo, el entrenamiento en hábitos de defecación y técnicas de biofeedback.

El Trastorno Generalizado del desarrollo (TGD) o TEA, según la nomenclatura propuesta para la próxima edición del DSM V, es una alteración del desarrollo que afecta principalmente a tres áreas de comportamiento: la interacción social, la

comunicación y al patrón de intereses y actividades. Las manifestaciones en estas tres áreas consideradas nucleares y, por tanto, presentes en mayor o menor medida en todos los sujetos, suelen ir acompañadas de los denominados síntomas asociados. Entre estos síntomas asociados se encuentra el que tiene que ver con problemas en el control de esfínteres.

Desde un punto de vista clínico los TGD/TEA se definen como una disfunción neurológica crónica que se manifiesta desde edades tempranas en una serie de síntomas basados en la tríada de trastornos en la interacción social, en la comunicación y en la falta de flexibilidad en el razonamiento y el comportamiento. La gravedad, forma y edad de aparición de cada una de las manifestaciones va a variar de un individuo a otro. A pesar de las clasificaciones, ninguna persona que presenta un TEA es igual a otro en cuanto a características observables (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Entre la comorbilidad asociada al diagnóstico de TEA/TGD se encuentra la encopresis (Javaloyes, 2004).

Los niños con TGD/TEA presentan alteraciones sensoriales significativas, mostrando tanto hipo como hiperreactividad a estímulos sensoriales concretos y particulares. Desde esta perspectiva cabe plantearse que la presencia de alteraciones propioceptivas en estos niños limitarían su capacidad para responder adecuadamente a las “señales de su cuerpo”, previas a producirse la evacuación, favoreciéndose así la retención de heces con el consiguiente estreñimiento y/o rebosamiento.

En relación al desarrollo normativo del control de esfínteres referido a la defecación, se considera que entre los 18 meses y 3 años se produce la maduración de los centros nerviosos cerebrales, de manera que entre los 2 y 4 años la mayoría de niños puede controlar adecuadamente los esfínteres, por lo que puede mostrar su deseo de ir al baño y hacerlo en el momento y lugar apropiado. Previo a este momento la defecación se produce de manera involuntaria, es decir, de manera automática y refleja (Gutiérrez, 2005). Las niñas adquieren esta habilidad antes que los niños (Bragado, 1998).

Para que se lleve a cabo el control de esfínteres el niño debe alcanzar cierto nivel de desarrollo psicológico al igual que fisiológico. El desarrollo psicológico debe incluir tanto desarrollo cognitivo como motivación, ya que el niño debe estar deseoso de aplicar las habilidades que ha aprendido para controlar sus esfínteres (Howe y Walker, 1992).

El control de esfínteres está basado en dos procesos: las pautas educativas de los padres, quienes enseñan al niño dónde y cómo defecar, y que el propio niño disponga del repertorio apropiado, que tenga las destrezas adecuadas y que sepa reconocer las señales de su cuerpo para controlar la liberación y la retención (Mota y Barros, 2008).

Entre los signos o conductas que han de observarse en el niño para iniciar el entrenamiento en el uso del baño la Canadian Paediatric Society Statement, señala los siguientes:

- Ser capaz de desplazarse, caminar, hasta el wc u orinal.
- Poder permanecer estable mientras está sentando sobre el orinal.
- Disponer de habilidades de lenguaje receptivo que le permita seguir órdenes simples.
- Contar con habilidades de lenguaje expresivo para comunicar la necesidad de usar el orinal con palabras o reproducirlo con gestos.

Los niños que presentan un TGD/TEA no logran el control de esfínteres del mismo modo que la población general ya que tienen alteradas las capacidades de comunicación y lenguaje, las habilidades sociales y también las sensoriales. Por tanto, las pautas generales no funcionan en estos casos y es frecuente que desarrollen estreñimiento a causa de la retención de las heces. La intervención del médico generalmente resuelve el estreñimiento pero no el control de la defecación, cuestión en la que se interviene desde la consulta de Psicología Pediátrica.

Tras una revisión de las historias clínicas correspondientes al período comprendido entre 2008 y 2010, se comprobó que de 20 sujetos, remitidos desde Digestivo Infantil, ocho presentaban problemas en el control de esfínteres y de ellos seis también un Trastorno Generalizado del Desarrollo. Por tanto, el 30% de los niños remitidos tenían problemas en el control de esfínteres y presentaban, además, un TGD.

Teniendo en cuenta que la prevalencia estimada de este trastorno está entre el 0,66 y 1% (Rutter, 2005), la estimación de un 30% representa, sin duda, un porcentaje muy elevado de casos.

Este trabajo se orienta a la consecución de los siguientes objetivos: Como objetivo general se pretende instaurar un patrón de defecación adecuado que suprima los episodios de encopresis y no provoque estreñimiento. Y como objetivos específicos, se busca primeramente diseñar e implantar estrategias de intervención conductuales para niños con encopresis y diagnóstico de TGD/TEA, y en segundo lugar, evaluar la intervención realizada en función del caso.

La hipótesis a comprobar es que los problemas de encopresis que presentan los niños con TGD/TEA pueden ser tratados con técnicas conductuales específicas, a pesar de que ellos no cuenten con los requisitos de desarrollo que se estiman necesarios para el control de esfínteres en el patrón de defecación.

## **MÉTODO**

Se ha considerado como variable independiente la intervención que se lleva a cabo y como variable dependiente los cambios producidos en el patrón de defecación.

En todos los casos, en un momento previo a la intervención conductual, se consideró la evaluación de características psicológicas particulares de los niños, con el propósito de contextualizar el problema objeto de dicha intervención. Para ello se recurrió tanto a la realización de entrevista clínica semiestructurada, como a la evaluación, a través de cuestionarios e instrumentos, de las siguientes variables:

- ***Conducta social.***

Según la edad de los niños. Para los más pequeños se utilizó el M-CHAT/ES (Robins, Ferin, Barton, y Green, Bereument, Lord, y Pickles, 2003)

Tanto en el resultado de uno u otro cuestionario cuando se superan los correspondientes puntos de corte se establece la sospecha de que el niño presente un posible TEA/TGD y se requiere de la correspondiente evaluación clínica que confirme o no dicho diagnóstico.

- ***Desarrollo psicomotor y/o intelectual.***

En el caso de los niños más pequeños se procedió a través de la Escala de Desarrollo de Brunet-Lézine (Brunet y Lézine, 1980). Esta prueba evalúa el desarrollo psicomotor alcanzado por el niño respecto a su edad cronológica. Consta de cuatro áreas: motriz o postural, lenguaje, adaptación o comportamiento con los objetos y relaciones sociales. La edad de aplicación es desde el nacimiento hasta los 30 meses. Cuando el niño sobrepasa esta edad, se utiliza para la evaluación del desarrollo el Brunet- Lézine no verbal que se puede aplicar hasta los 6 años.

Para los niños de más edad de este estudio, a partir de 6 años, se utilizó el test WISC-IV (Wechsler, 2005) de la Escala de inteligencia de Wechsler para niños que ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI Total), y su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (Comprensión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento).

- ***Problemas de conducta***

Para ello se emplearon las Escalas de Conners en sus versiones para padres y maestros, respectivamente (Conners, 1989).

Los sujetos fueron seleccionados de entre los niños que acuden a la consulta de Psicología Pediátrica del Hospital General Universitario de Alicante, derivados

desde Digestivo Infantil de este Hospital, por presentar encopresis sin resolver a pesar de haber respondido favorablemente al tratamiento para el estreñimiento, por el que habían sido inicialmente atendidos en esa consulta.

Cuatro han sido los sujetos de este estudio, todos varones, y de edades comprendidas entre los nueve y tres años, (dos niños de 9 años, uno de 6 y otro de 3 años).

Tras la evaluación correspondiente se observó, en todos ellos, que presentaban un trastorno del desarrollo cuyos síntomas correspondían a los de los TGD.

A continuación, se presenta una descripción de cada uno de los sujetos:

- **Sujeto 1:**

Varón de 9 años que vive con sus padres y con una hermana de menor edad.

Paciente que en el momento de derivación a esta consulta ya había recibido el diagnóstico de TEA en su Unidad de Salud Mental Infantil (USMI), por tanto el diagnóstico fue previo a la evaluación en esta consulta. Además, con este paciente ya se había empezado la intervención previamente debido a que acudía a la consulta desde hacía algunos meses y antes de que se planteara este estudio.

Se administraron dos subtest de la prueba WISC-IV (cubos y vocabulario) para obtener una aproximación sobre su capacidad intelectual. Los resultados observados en estas escalas (cubos: puntuación típica =13; vocabulario: puntuación típica=11) señalan una capacidad intelectual adecuada.

En el cuestionario de comunicación social (SCQ), la puntuación directa que obtuvo fue de 32, muy por encima del punto de corte de 15 puntos para esta prueba.

Los signos cualitativos que mostraba en el momento de esta intervención estaban relacionados sobre todo con el área de la interacción social recíproca.

De las Escalas de Connors, entregadas a los padres y a través de ellos al colegio, solo obtuvimos la devolución del cuestionario de los padres, quienes señalaron la presencia de frecuentes y/o intensas conductas relacionadas con problemas de hiperactividad, humor, perfeccionismo, lloros, problemas con la comida, problemas con los hermanos, pataletas y rechazo al colegio.

- **Sujeto 2:**

Varón de 9 años que vive con sus padres y con una hermana de menor edad.

Se le administró el subtest de Vocabulario del test WISC-IV para obtener una estimación de su capacidad intelectual. La puntuación típica que obtuvo fue de 10, y por lo tanto conforme a un nivel intelectual medio.

En el cuestionario SCQ su puntuación directa fue de 11 ítems significativos, bastante elevada pero sin alcanzar el punto de corte requerido en este cuestionario.

Tras realizar la evaluación clínica sobre su desarrollo evolutivo y de situación actual se concluyó que presentaba signos cualitativos de TGD/TEA. En el área de interacción social es donde presentaba más síntomas: dificultad para mantener un contacto ocular apropiado, dificultad para establecer relaciones sociales con sus iguales, falta de reciprocidad socio-emocional, dificultad para iniciar o mantener una conversación, desarrollo escaso de la realización de juego simbólico o imaginativo.

En las Escalas de Conners, los padres señalaron la presencia de frecuentes y/o intensas conductas relacionadas con problemas de hiperactividad, humor e inmadurez

Por su parte el profesor señaló frecuentes conductas de inatención e inquietud.

- **Sujeto 3:**

Varón de 6 años, que vive con sus padres y un hermano gemelo.

A este sujeto se le aplicó la escala de desarrollo Brunet-Lézine no verbal, obteniendo que su cociente de desarrollo se situaba en el promedio adecuado para su edad.

Obtuvo 9 ítems significativos en el cuestionario SCQ, siendo ésta una puntuación elevada, aunque no alcanza el punto de corte requerido de 15.

Durante el proceso de evaluación clínica, se obtuvieron datos cualitativos coincidentes con sintomatología propia de TEA/TGD. En concreto, alteraciones cualitativas leves en el área de interacción social, presencia de intereses restringidos, ausencia de juego simbólico para su edad, inadecuada regulación de la comunicación, dificultad y agobio ante situaciones nuevas.

En las Escalas de Conners, padres y profesor, advertían de frecuentes conductas de: hiperactividad, inmadurez, problemas de sueño, problemas con los hermanos y de rendimiento, respectivamente.

- **Sujeto 4:**

Varón, de 3 años, que vive con sus padres. Es hijo único.

Su nivel de desarrollo según la Escala de desarrollo Brunet-Lézine no verbal corresponde a un cociente de desarrollo de 97, presentando un perfil disociado y, por tanto, con resultados dispares en las distintas áreas evaluadas en esta prueba.

En el cuestionario de conducta social M-CHAT/ES obtuvo 4 ítems significativos lo que indicaba la necesidad de realizar una evaluación más detallada sobre TEA/TGD.

Tras la evaluación clínica, se vieron signos cualitativos durante el desarrollo evolutivo del sujeto: había mostrado un retraso en el inicio del lenguaje con un “parón” en la evolución del mismo, presencia de ecolalia directa y utilización de la tercera persona para referirse a él mismo, ausencia de juego simbólico o

imaginativo y poco interés por interactuar con su grupo de iguales. En el momento de la evaluación mantenía las dificultades referidas al área de la interacción social y la comunicación.

En las Escalas de Conners de padres se señalaron la presencia de conductas frecuentes y/o intensas de lloros y pataletas. En su versión para maestros estas Escalas señalaron problemas de rendimiento, problemas de integración en el aula y problemas de inatención e inquietud.

Cabe mencionar, para este caso, que aunque en los criterios diagnósticos para la encopresis se hace referencia a la edad de 4 años, como criterio para su diagnóstico se decidió, debido a las dificultades que presenta para controlar el esfínter y la sintomatología compatible con TGD, realizar la intervención para prevenir que en un futuro pudiera persistir en un patrón de encopresis ya que, por el trastorno que presenta, sería lo más probable. Por tanto, a pesar de que por su edad no pudiera ser diagnosticado de trastorno por encopresis, se consideró aconsejable iniciar intervención orientada a instaurar un adecuado patrón de defecación.

## **INTERVENCIÓN**

Para el establecimiento de la línea base, se elaboró una hoja de registro para los padres que recogía el patrón inicial de defecación durante una semana. El registro recogía información referida a la fecha, hora del día y circunstancias diversas de evacuación. Que el niño se hiciera encima completamente o simplemente se manchara. Que avisara de que ya estaba manchado, de que había hecho en un sitio distinto del wc, o de que tenía ganas de hacer y se le pusiera en el wc. Y por último, que él solo fuera al wc e hiciera.

Para registrar los posibles cambios durante la semana de aplicación de la pauta establecida para cada caso se entregó a los padres otro registro similar al de línea base en el que se incorporó una observación más que recogía la respuesta del niño a la pauta correspondiente.

El tiempo proporcionado a los padres para llevar a cabo la intervención y cumplimentar los dos registros fue de dos meses. Ellos elegían las semanas que consideraban mejores para llevar a término la intervención y así, introducir las pautas.

El contexto de la intervención es en el entorno familiar que rodea al niño. Al tratarse de un problema con la defecación las pautas ofrecidas se llevan a cabo en todos los casos en la vivienda habitual de los sujetos y en uno de los casos también en el contexto escolar.

Los agentes de esta intervención se dividen en profesionales, que ofrecen y explican las pautas que deben poner en marcha los padres, y en coterapeutas que

serían los propios padres que llevan a cabo esas pautas y que por tanto, son los que las ponen en funcionamiento y se encargan de observar las consecuencias y registrarlas.

Dado que el presente trabajo se desarrolla en el contexto de una consulta de asistencia sanitaria hospitalaria las garantías éticas estaban sometidas a la normativa correspondiente a estos centros. Por lo que se aseguró la confidencialidad de la información tratada en cada caso.

La intervención se plantea de forma individual y se incluye dentro de la dinámica del contexto de una Consulta de Psicología Pediátrica. La consulta recibe pacientes derivados de las distintas consultas médicas, entre ellas la consulta de Digestivo Infantil.

El diseño que sigue este trabajo es el llamado N=1. Son cuatro sujetos los que forman la muestra del estudio. La principal característica de este tipo de diseño es que tienen un grado de generalización muy bajo, por tanto, su validez externa se ve afectada (Anguera, 1998). Sin embargo, ofrece como ventajas su simplicidad, rapidez y economía (León y Montero, 1997).

#### **El contenido de la intervención.**

Para el establecimiento de las pautas que se incluyen en el programa de intervención se emplearon las técnicas siguientes: establecer una rutina, moldeamiento, refuerzo positivo, condicionamiento clásico, economía de fichas, y técnicas de control de la respiración.

Técnicas empleadas con cada uno de los sujetos:

Para el sujeto 1: se empleó la técnica de crear una rutina. En su caso se trata de sentarlo todos los días al mediodía después de la comida. También se empleó una economía de fichas según la cual cada vez que se sentara se reflejaba de forma explícita, “una cara sonriente” y se le otorgaba un punto extra si además hacía. Con este sujeto se empleó la economía de fichas porque para él era muy significativo recibir puntos y conseguir así “premios”, por lo que resultaba idóneo instaurar este tipo de técnica.

Para el sujeto 2: Se empleó la técnica de crear una rutina. Sentarlo en el wc todos los días a la misma hora, en su caso a las 5 de la tarde, al regresar del colegio. Se empleó el uso de la alarma del teléfono móvil para avisar de la hora de acudir al baño (condicionamiento clásico), se empleó esta técnica ya que el momento de ir al baño bajo la guía de su madre entorpecía la relación entre madre e hijo, por tanto “el encargado” de avisar de la hora del baño pasaba a ser una alarma para no dificultar la relación. Refuerzo positivo cada vez que acudía al baño, defecara o no, con la intención de reforzar el hecho en sí de acudir al baño.

Para el sujeto 3: Se puso en marcha la creación de una rutina. Sentarlo después de comer todos los días a la misma hora. En este caso, esta rutina se realizaba en el colegio ya que el niño come en el comedor del colegio, bajo la indicación de la profesora acude al wc. La economía de fichas fue la técnica seleccionada, de tal manera que cuando hiciera caca en el cole se le otorgaba un punto y si además hacía también en casa se le daba otro punto más. Se optó por la economía de fichas en este caso porque, como en el anterior, resultaba ser reforzante para el sujeto.

Para el sujeto 4: Se empleó la creación de una rutina. Sentarlo después de comer todos los días a la misma hora. También se entrenó al sujeto en la relajación, ya que el hecho de acudir al baño le causaba mucho nerviosismo y tensión. Se empleó también la técnica de moldeamiento ya que siempre se defecaba completamente encima, en algún lugar de la casa que no era el baño, se trataba de que el adulto volcara las heces en el wc y que el sujeto permaneciera sentado en la taza del wc mientras buscaban ropa para cambiarlo, se pretendía una aproximación al lugar adecuado en el que defecar. También se empleaba refuerzo positivo si lograba evacuar dentro del cuarto de baño aunque no fuera en el wc.

Como se puede observar en todos los sujetos se implanta la creación de una rutina, ya que es esencial para conseguir una habituación tanto fisiológica como conductual. Según Bragado (1998) el objetivo terapéutico principal para el tratamiento de la encopresis consiste en instaurar una rutina cotidiana para ir al baño.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la intervención son los siguientes:

El caso del Sujeto 1 es diferente al resto porque él ya estaba siguiendo la intervención durante más tiempo, antes que los demás pacientes. El registro de línea base obtenido un año antes, en septiembre del año 2009, nos muestra que durante 7 días son 3 los días que llega a evacuar y 4 días en que no lo hace. En el registro en el que se recoge la intervención se observa como hace todos los días a la misma hora aproximadamente, 4 veces acude al wc él solo y hace y 3 veces acude al wc tras indicarle la pauta. Por tanto, se observa una mejora, ya que el número de deposiciones realizadas correctamente en el wc ha aumentado.

En la línea base del Sujeto 2 muestran que, 3 días se “hace encima”, 3 días no hace y 1 día hace él solo en el wc. Tras introducir las pautas, de la intervención, 2

días hace según la pauta establecida, 2 días no hace según esta pauta, 2 días se “hace encima” y 1 día hace él solo en el wc.

Conforme a la línea base del **Sujeto 3**, 2 días se mancha y no avisa de que está manchado terminando la evacuación en el wc tras la indicación de la madre, 4 días no logra hacer y 1 día hace él solo en el wc. Tras la intervención, 3 días no hizo tras indicarle la pauta, 2 días hizo él solo en el wc, 1 día avisó de que tenía ganas de hacer y se le sentó en el wc e hizo, y sólo 1 día hizo según la pauta establecida. En este caso, el número de días que se produce manchado ha disminuido, pasando de dos días en el primer registro a cero días durante la intervención.

Respecto al **Sujeto 4**, la línea base de este niño muestra que de los 7 días, 6 de ellos se hace encima completamente y 1 día no hace. En el registro de la intervención se observa que no logra realizar la evacuación después de indicarle la pauta durante 6 días y se observa que son los mismos días en que se hace encima completamente. Lo que ocurre es que después de sentarlo en el wc con la pauta no lograba evacuar y que al poco tiempo, alrededor de diez, quince minutos o una hora más tarde se hacía encima. Hay un día en el que no se produce ningún tipo de evacuación.

En la Tabla 1 se presenta un resumen de los resultados descritos.

**Tabla 1.- Resumen de la intervención. Datos obtenidos de la línea base y del proceso de intervención de todos los sujetos.**

Nº de veces	Registro: línea base			Registro: intervención			
	Hace en el wc	Se hace encima	No hace	Hace según pauta	No hace según pauta	Hace él solo en el wc	Se hace encima
Sujeto 1	3	-	4	3	-	4	-
Sujeto 2	1	3	3	2	2	1	2
Sujeto 3	1	2	4	1	4	1	-
Sujeto 4	-	5	2	-	6	-	6

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos tras el proceso de intervención, observamos que, uno de los sujetos obtiene mejorías significativas tras la intervención, ya que consigue un control autónomo y regular de la defecación. Por otro lado, dos sujetos consiguen disminuir la frecuencia en que “se hacen encima” suponiendo una mejora mayor si el tiempo de intervención fuera más prolongado en el tiempo y que las técnicas empleadas son adecuadas para conseguir los objetivos propuestos.

El sujeto que obtiene mejorías más significativas es el paciente que más tiempo llevaba en consulta siguiendo las pautas de manejo. Se observa que tras un año aproximadamente de intervención se empiezan a obtener resultados positivos. De ello se desprende que el proceso es lento y que hasta que no transcurre un tiempo prolongado no se empieza a observar mejorías significativas en los sujetos. Este hecho se encuentra relacionado con algunos estudios previos sobre encopresis, exclusivamente, sin contemplar el diagnóstico de TEA, uno de ellos indica que “son necesarios varios meses de tratamiento y en los casos más crónicos o difíciles, con frecuencia años. Las tasas de recurrencia a medio plazo son de más del 50%. En general, el 90% mejorará durante el primer año de tratamiento” (Hernández y Rodrigo, 2005).

En otro estudio sobre la duración del tratamiento para encopresis encontramos que “entre el 30 al 50 % de los niños con encopresis se recuperan antes del año del tratamiento y entre el 48 al 75 %, antes de los 5 años” (Fragoso, González, Llorian, Luaces, y de Armas, 2004).

La intervención supone una habituación a nuevos hábitos de higiene en los que, debe transcurrir un periodo de tiempo amplio para dar lugar a que se establezca esa habituación y que el sujeto la incorpore a su día a día. Las técnicas conductuales pueden ser útiles para facilitar la eliminación del problema de encopresis en casos de niños que presentan un trastorno generalizado del desarrollo.

Se debe tener en cuenta que el establecimiento del control de esfínteres fuera del período crítico de aprendizaje para adquirirlo juega un importante papel, ya que repercute de manera significativa en el contexto del niño, tanto escolar, como social y familiar. Además, para los niños diagnosticados de TEA/TGD esta falta de control de esfínteres no parece afectar a su día a día ya que, debido a las dificultades de empatía, falta de reciprocidad socioemocional y las dificultades en la interacción social pueden no ser capaces de advertir que el hecho de “estar manchado” puede causar en los demás reacciones negativas hacia él y pueden mostrar falta de importancia ante tal hecho.

Hay que tener en cuenta, a la hora de establecer conclusiones, que el presente trabajo está compuesto por una muestra de 4 sujetos, un número muy bajo de participantes con el que poder extrapolar los resultados obtenidos, y nos señala la

necesidad de incluir un número mayor de sujetos, así como, realizar una intervención más prologada en el tiempo para obtener resultados con los que poder obtener conclusiones más significativas.

Podría resultar de utilidad para posibles investigaciones futuras, que desde las consultas de atención primaria se realizara un registro de los pacientes con encopresis que acuden a las consultas y observar cuáles de ellos, presentan un trastorno del espectro autista. Ya que hemos podido apreciar que una proporción importante de pacientes derivados desde digestivo infantil por, en principio, un trastorno por encopresis, se les ha diagnosticado tras la evaluación correspondiente, un trastorno del espectro autista.

Se requeriría de mayor experiencia en intervenciones de este tipo para poder evaluar la idoneidad o no de las medidas empleadas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatric Association, (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association. (Versión española: Barcelona: Masson, 2000).
- Anguera, M. T, Arnau, J.; Ato, M.; Martínez, R.; Pascual, J., y Vallejo, G. (1998): *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Autismo en el DSM V (2012). Disponible en:  
[http://www.equipoiridia.es/web\\_ei/autismo-y-dsm5](http://www.equipoiridia.es/web_ei/autismo-y-dsm5)
- Black, D., y Cottrell, D. (1993). *Seminars in Child and Adolescent Psychiatry*. Gaskell. Londres.
- Borowitz, S. M., Cox, D. J., Sutphen, J. L., y Kovatchev, B. (2002). Tratamiento de la encopresis infantil: un ensayo aleatorizado para comparar los tres protocolos de tratamiento. *Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition*, 34(4), 378-384. Disponible en:  
[http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2002/04000/Treatment\\_of\\_Childhood\\_Encopresis\\_\\_A\\_Randomized.12.aspx](http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2002/04000/Treatment_of_Childhood_Encopresis__A_Randomized.12.aspx).
- Bragado, C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Brazzelli, M., y Griffiths, P. (2008). Intervenciones conductuales y cognitivas con o sin otros tratamientos para el tratamiento de la encopresis en niños. (Revisión Cochrane traducida) *Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Brunet, O., y Lézine, I. (1985). *El desarrollo psicológico de la primera infancia*. Madrid: Vista.

Canadian Paediatric Society Statement. (2000). Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach, *Paediatric Child Health*, 5(6), 333-335.

Conners, C. K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Fragoso, T., Díaz, T., González, J. R., Llorian, M. E., Luaces, E., y de Armas, A. (2004). Algunos aspectos fisiopatológicos, de prevención y tratamientos de la constipación en la infancia. *Revista Cubana de Medicina Genética Integral* [en línea], 20(5-6). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_5-6\\_04/mgi095\\_604.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi095_604.htm)

Gutiérrez, C. (2005). Control de esfínteres en los niños. *Sociedad de Pediatría Asturias, Cantabria y Castilla y León*. Disponible en: <http://www.sccalp.org/pages/86-control-de-esfinteres-en-los-ninos>.

Hernández, R., y Rodrigo, M. (2005). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Curso de psiquiatría Infantil. *Revista de Pediatría Integral*, 17-31.

Disponible en:

[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Ps\\_inf\\_trastornoseliminacion\\_enuresis\\_encopresis.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornoseliminacion_enuresis_encopresis.pdf).

Howe, C. A., y Walker, C. E. (1992). Tratamiento de la conducta para control de esfínteres, enuresis y encopresis. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 39(3), 421-445.

Javaloyes, M. A. (2004). Autismo: criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial. *Revista de Pediatría Integral*, 8(8), 655-662. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Autismo\\_criteriosdiagnosticos\\_diferencial\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Autismo_criteriosdiagnosticos_diferencial(1).pdf).

León, O. G., y Montero, J. (1997). *Diseño de Investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación*. En *Psicología y Educación* (II Edición) Madrid: McGraw- Hill. 233-250, 256-261.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria*.

Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_462\\_Autismo\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf)

Mota, D. M., y Barros, J. D. (2008). Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *Journal of Pediatrics*, 84(1), 9-17.

Ortiz, P. (1997). General principles in Child liaison consultation service: a literature review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 1-6

Palazón, I. (2000). Programas de enlace con pediatría. Seminario sobre Cuidado Psicosocial en pacientes hospitalizados. Alicante.

Reig, A., Rodríguez-Marín, J., y Mira J. J. (1987) Psicología de la Salud: algunas cuestiones básicas. *Información Psicológica*, 30, 5-10.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., y Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131–144.

Rutter, M., Bailey, A., y Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica*, 94 (1), 2–15.

Wechsler, D. (2005). *WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid: TEA.

### **Correspondencia**

Dra. Inmaculada Palazón Azorín.  
Consulta de Psicología Pediátrica.  
Hospital General Universitario de Alicante.  
Avda. Pintor Baeza nº 12, 03010-Alicante  
e-mail: ada.palazon@gmail.com