

# ■ Encopresis en los Trastornos del Espectro Autista: análisis de un caso clínico

Pilar Rascón Guijarro, R. Del Corral Carrasco e I. Palazón Azorín  
*Hospital General Universitario de Alicante*

## Resumen

Existe un perfil de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) en el cual los síntomas asociados enmascaran el trastorno. Dentro de estos síntomas se encuentran las alteraciones sensoriales de tipo propioceptivo que dificultan la identificación de necesidades corporales, entre ellas la defecación. El presente trabajo aborda la encopresis que además de ser un trastorno en sí mismo puede ser un síntoma que acompaña a otros trastornos, por ejemplo, TEA. El objetivo es dar a conocer a través de la presentación de un caso clínico como esta sintomatología asociada puede ser demanda de atención clínica como un trastorno en sí, cuando realmente el trastorno nuclear es un TEA, retrasando el diagnóstico de TEA y dificultando el tratamiento de la encopresis. La metodología utilizada para analizar el caso ha consistido en una evaluación exhaustiva del paciente, una intervención conductual sobre el control de esfínteres adaptada a las características del paciente con TEA y el seguimiento de ésta. Los resultados muestran una lenta pero progresiva mejoría en los hábitos de defecación, lo que concuerda con otros estudios que estiman una media de entrenamiento en control de esfínteres en niños con TEA de 2 años. A pesar de llevar a cabo una intervención conductual dirigida a mejorar el control de la defecación, el diagnóstico demorado junto a ciertas características inherentes a los TEA, dificulta y retrasa la adquisición del hábito de controlar la defecación en comparación con otros pacientes cuya encopresis no va ligada a un TEA.

*Palabras clave:* trastornos del espectro del autismo, encopresis, detección precoz, tratamiento.

## Abstract

*Encopresis in Autism Spectrum Disorders: analysis of a clinical case.* There is a profile of Autism Spectrum Disorder (ASD) in which the associated symptoms cover up the disorder. Within these symptoms there are proprioceptive sensory alterations, which complicate the identification of physical needs, among them, defecation. This study deals with encopresis that besides being a disorder in itself, can also be a symptom that accompanies other disorders, such as ASD. The aim is to show, by presenting a clinical case, that these associated symptoms might be undertaken in clinical care as a disorder in itself, when actually the principal disorder is an ASD, delaying the diagnosis of ASD and hindering the treatment of encopresis. The methods used to analyze the case consisted of a complete evaluation of the patient, a behavioral intervention on toilet training adapted to the characteristics of patients with ASD and its monitoring. The results show a gradual but progressive improvement in bowel habits, consistent with other studies that estimate an average training time of 2 years of toilet training in children with ASD. Despite having completed a behavioral intervention to improve the control of defecation, delayed diagnosis along with several features inherent to ASD, complicates and delays the acquirement of the habit of controlling defecation compared to other patients whose encopresis is not linked to ASD.

*Keywords:* autism spectrum disorders, encopresis, early diagnosis, treatment.

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, que comienza antes de los tres años de edad y persiste durante toda la vida del individuo, ocasionando notables limitaciones en la autonomía personal y siendo una importante causa de estrés en la familia (Weiss, Wingsong y Lunsky, 2013). Su prevalencia, aunque varía en diferentes estudios, se ha llegado a estimar por algunos autores del orden de 1 cada 50 (Blumberg, Bramlett, Kogan, Schieve, Jones y Lu 2013), lo que hace al TEA más común de lo que originalmente se pensaba (Bertrand, Mars, Boyle, Bove, Yeargin-Allsopp y Decoufle, 2001; Croen, Grether, Hoogstrate

y Selvin, 2002; Yeargin-Allsopp, Rice, Karapurkar, Doernberg, Boyle y Murphy, 2003; Larsson et al., 2005). Hasta el momento actual no disponemos de marcadores biológicos de los TEA, por lo que el diagnóstico de este grupo nosológico descansa, fundamentalmente, en sus manifestaciones clínicas. La actual edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, (APA, 2013) ha reorganizado en dos los dominios en los que se deben observar déficits a la hora de identificar TEA. Por un lado, agrupa las limitaciones sociales y de la comunicación como un único conjunto de dificultades y, por otro, los patrones de comportamientos, intereses y/o actividades

---

## Correspondencia:

Pilar Rascón Guijarro.

C/ Deportista Enrique Carey, nº2, 1º A, CP 03006. (Alicante) - España.

E.mail: pirasgu@hotmail.com

Tabla 1. Criterios del Trastorno del Espectro Autista según DSM-V

<p>A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.</li> <li>2. Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.</li> <li>3. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.</li> </ol> <p>B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).</li> <li>2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).</li> <li>3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).</li> <li>4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).</li> </ol> <p>C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).</p> <p>La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.</p>
--

restringidas y repetitivas (Tabla 1), estableciendo niveles de severidad (Tabla 2).

Dificultades en la comunicación e interacción social y un patrón de intereses y actividades peculiares constituyen la sintomatología nuclear requerida para el diagnóstico de TEA. Sin embargo, la práctica clínica pone de manifiesto que existe un perfil de TEA en el cual no son los síntomas nucleares sino los síntomas asociados los que dan lugar a una consulta profesional por su interferencia en la vida cotidiana del niño. Dentro de estos síntomas asociados se encuentran las alteraciones sensoriales de tipo propioceptivo que en los niños con TEA limitan la adecuada identificación de diferentes necesidades corporales, entre ellas la defecación. Por ello, entre la comorbilidad asociada al diagnóstico de TEA se encuentra la encopresis (Javaloyes, 2004; Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas y Baird, 2008).

Algunos motivos por los que la encopresis aparece comórbidamente en niños con TEA serían: dificultades de aprendizaje que hacen más difícil que aprendan las habilidades que necesitan para ir al baño de manera independiente, problemas para comunicar sus necesidades, dificultades para generalizar las tareas que han aprendido de un lugar a otro, conciencia social pobre, no entendiendo lo inadecuado de defecar en un lugar distinto al inodoro, temor o preocupación por salpicaduras de agua, por ensuciarse o por no saber limpiarse.

Según nuestra experiencia clínica, un porcentaje relevante de niños con TEA presenta dificultades en el control de esfínteres, siendo éste el problema que les lleva a consulta. Durante los años 2012 y 2013 se registraron 59 derivaciones de Digestivo Infantil a Psicología Pediátrica del Hospital General Universitario de Alicante, 27 (51,85%) presentaban encopresis y el resto fueron derivados por

otros motivos (tales como problemas con la alimentación, dolor abdominal, enfermedad inflamatoria intestinal, vómitos y problemas para tragar). De los 27 casos derivados por encopresis, se identificó TEA no diagnosticado en 14 (51,85%) de ellos.

El enmascaramiento que producen los síntomas asociados al espectro autista supone una importante limitación para establecer el diagnóstico precozmente (Cabanayes-Truffino y García-Villamizar, 2004; Limon, 2007). De hecho, la edad promedio en la que se hace el diagnóstico de TEA son los 6 años a pesar de que muchos padres expresaban preocupaciones desde que sus hijos tenían entre 18 y 24 meses (Howlin y Moore, 1997; Honda y Shimizu, 2002; Baghdadli, Picot, Pascal, Pry y Aussilloux, 2003).

El objetivo de la presentación del caso clínico es dar a conocer como esta sintomatología asociada puede ser demanda de atención clínica como un trastorno en sí, cuando realmente el trastorno nuclear es un TEA, retrasando el diagnóstico de TEA y dificultando el tratamiento de la encopresis.

## Descripción del caso

### Participante

Varón de 9 años de edad con encopresis primaria, escolarizado en tercero de primaria, convive con sus padres, un hermano mayor y un hermano gemelo.

El paciente es derivado por el especialista de Digestivo Infantil a la consulta de Psicología Pediátrica del hospital por persistir un cuadro de encopresis tras la resolución del estreñimiento por el que ha sido tratado. El motivo de consulta inicialmente es ajeno a la presencia de un posible TEA, el cual tampoco se sospechaba previamente.

Tabla 2. Niveles de severidad del TEA

	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: Requiere soporte muy substancial	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente.
Nivel 2: Requiere soporte substancial	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: Requiere soporte	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

El niño nace prematuro a las 33 semanas de gestación, con un peso de 1900 gramos, presenta problemas de estreñimiento durante su primera infancia, consigue el control de la micción a los dos años y medio pero no consigue autonomía en defecación a pesar de responder favorablemente al tratamiento médico para el estreñimiento. A los 6 años acude por primera vez a la consulta de Psicología Pediátrica, siendo la principal preocupación para los padres que el niño no controla sus defecaciones. Estas ocurren en lugares inadecuados como el colegio, haciéndose “encima”.

### Instrumentos

Para valorar las diferentes áreas del desarrollo evolutivo del caso se emplearon las siguientes pruebas de evaluación.

- Cuestionario de Comunicación Social SCQ (Rutter, Bailey, Lord y Pickles, 2003; Rutter, 2005). Proporciona una puntuación total y tres puntuaciones adicionales (problemas de interacción social, dificultades de comunicación y conducta restringida, repetitiva y estereotipada). El paciente obtuvo una puntuación directa de 9, revelando alteraciones en los tres ámbitos.
- Versión no verbal de la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet – Lezine (Brunet y Lézine, 1980). Evalúa cuatro áreas evolutivas: desarrollo postural, coordinación óculo-manual, lenguaje y socialización. Los resultados obtenidos por el paciente apuntan a un cociente de desarrollo normal conforme a su edad en todas las áreas exceptuando en socialización donde se halla un cociente de desarrollo inferior al esperable según su edad.
- Escalas Connors en sus versiones para padres y maestros respectivamente (Connors, 1989). Ambas escalas valoran sintomatología compatible con TDAH y diferentes problemas de conducta. En el cuestionario para padres las escalas significativas fueron: hiperactividad, inmadurez, problemas de sueño, problemas con

los hermanos, encopresis y destrezas; y en el ámbito escolar fue significativa la escala que mide los problemas de rendimiento.

### Procedimientos de evaluación

En primer lugar se llevó a cabo una entrevista clínica para situar los síntomas en su patrón de desarrollo evolutivo y se exploraron diferentes hitos del desarrollo del niño:

- Desarrollo motor: sí hubo gateo, no se observó que caminase de puntillas y se inició en la deambulación a los 16 meses. Los padres lo identifican como temerario y que no discrimina el peligro.
- Lenguaje: a los 11 meses comienza a decir sus primeras palabras pero no es hasta los 3 años cuando comienza a elaborar frases sencillas. No se ha observado parón o retroceso en el desarrollo del lenguaje pero sí un avance lento y en el momento de la evaluación presenta dificultades a nivel gramatical y de conceptos.
- Sueño: cuando era bebé presentó insomnio agitado y despertares frecuentes que se reguló con el inicio de su asistencia al colegio.
- Alimentación: en cuanto a la cantidad no muestra problemas pero en relación con la variedad de los alimentos toma fruta sólo en potitos y pocas verduras. La masticación es normal.
- Control de esfínteres: adquisición del control de la micción a los 30 meses, nunca control de la defecación.
- Actividad frecuente: durante sus primeros tres años de vida los padres lo recuerdan nervioso, no hacía un uso funcional de los juguetes, limitándose a lanzarlos o tirarlos. En el momento de la evaluación, no le agradan los juegos físicos, sus intereses se limitan a pintar y escuchar música de moda, mostrándose muy repetitivo en estos ámbitos.
- Escolarización: en el colegio aparecen dificultades en lectoescritura, obteniendo un alto rendimiento en matemáticas.
- Socialización: tanto en el colegio como en otros contextos se observan peculiaridades en su interacción con los iguales, rela-

cionándose exclusivamente con niñas. Presenta salud indiscriminado y dificultades para interpretar el estado emocional que provocan sus conductas en los demás.

La entrevista clínica realizada a los padres y la observación de la conducta del niño en consulta reveló déficits en reciprocidad emocional, déficits en comunicación no verbal, déficits en el desarrollo de relaciones con adultos y con sus iguales, patrones de comportamiento repetitivo e hipo-reactividad a los estímulos sensoriales y propioceptivos, limitando la identificación de necesidades corporales como la defecación.

Con respecto a la encopresis asociada a TEA, el análisis topográfico del caso permite describir la conducta problema como la ausencia de habilidad en la realización de las cadenas conductuales necesarias para lograr autonomía en el hábito de la defecación.

En el análisis funcional se identifican las variables antecedentes y consecuentes que controlan la conducta y se establecen las relaciones entre estas variables y la conducta. Entre las variables antecedentes se encuentran:

- Estreñimiento desde el nacimiento que favorece la retención de las heces y su posterior expulsión por rebosamiento.
- Alteraciones sensoriales que dificultan la identificación de necesidades corporales como la defecación.
- Ausencia de rutinas en cuanto al momento de la defecación.
- Condicionamiento sensorial en episodios en los que los padres cortan el momento en el que el niño está defecando en un lugar inadecuado, de manera que finalmente el niño inhibe los reflejos de la defecación.
- Dificultad de comprensión de las instrucciones verbales acerca de cómo llevar a cabo la defecación.
- Dificultades de aprendizaje que hacen más difícil que aprenda las habilidades necesarias para ir al baño.
- Problemas para comunicar sus necesidades, no avisando cuando siente ganas de defecar.
- Déficit en reciprocidad social y emocional, no entendiendo las consecuencias de defecar en un lugar distinto al inodoro.
- Ausencia de elementos motivacionales para el control de esfínteres debido a la ausencia de experiencias de éxito en alguno de los pasos implicados en el proceso de defecación, por ejemplo estar sentado en el inodoro.

Dentro de las variables consecuentes que mantienen la conducta

inadecuada se encuentra el refuerzo sensorial asociado a la evitación de realizar deposiciones dolorosas o molestas y consecuencias emocionales a partir de la implicación emocional que los padres realizan ante estos episodios mostrando enfado y regañando o culpabilizando al niño.

El análisis funcional permitió identificar las conductas que integran el problema de control de esfínteres y comprender las variables que en el caso mantienen relaciones funcionales con la conducta.

Una vez llevaba a cabo la evaluación clínica y el análisis funcional de la conducta fue elaborado el diagnóstico de "Trastorno del Espectro del Autismo, nivel de severidad 1, sin discapacidad intelectual acompañante y sin trastorno del lenguaje asociado" y "Encopresis sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento".

### Procedimientos de intervención

Tras informar a los padres del diagnóstico se acordó iniciar el tratamiento de la encopresis teniendo en cuenta que se estaba dando en un contexto de TEA, a través de una intervención conductual en la que se utilizaron técnicas de modelamiento, aproximaciones sucesivas, práctica positiva, encadenamiento y refuerzo de conductas alternativas (Dalrymple y Ruble, 1992; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria, 2009).

En la primera fase se comprobó que se daban los requisitos necesarios para instaurar el programa, corroborando que el niño contaba con suficiente madurez fisiológica, capacidad para permanecer seco al menos 50 minutos, para permanecer sentado en el inodoro durante un par de minutos y para seguir órdenes sencillas (Dickinson, 2010; Equipo de Orientación Educativa y Psicoeducativa Específico de Autismo de la Región de Murcia, 2011). Además, se pidió a los padres que llevaran a cabo un registro acerca de las deposiciones del paciente durante 15 días para establecer la línea base.

En la fase de preparación se explicó al niño en qué iba a consistir el tratamiento. Para ello, se emplearon apoyos visuales (dibujos - pictogramas) en los que se detallaba paso a paso el proceso de defecación en el wc. Además, se instruyó a los padres para que, ante evacuaciones en lugares inadecuados, no interrumpieran el momento en el que el niño hubiera iniciado la defecación y que esperaran a que hubiese terminado para a continuación redirigirlo al baño. Una

Figura 1. Representación gráfica de los resultados del tratamiento de encopresis en casa durante las últimas sesiones de tratamiento

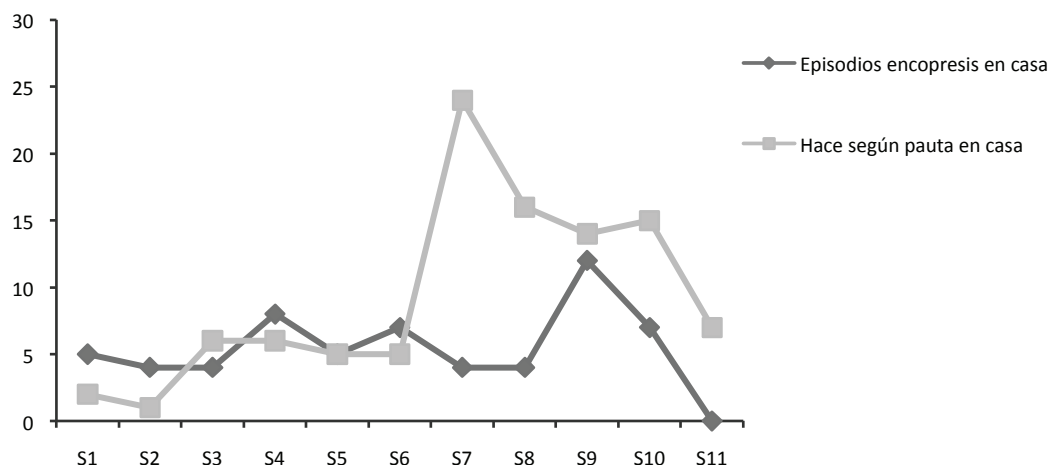


Figura 2. Representación gráfica de los resultados del tratamiento de encopresis en el colegio durante las últimas sesiones de tratamiento

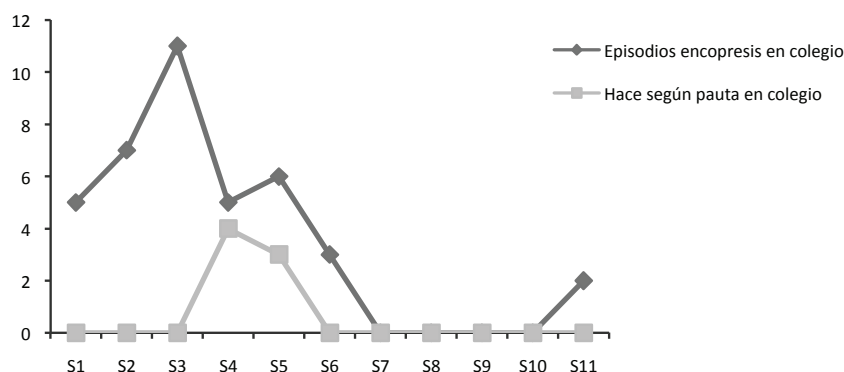


Tabla 3. Porcentaje de episodios de encopresis y de episodios en los que defeca según la pauta durante las últimas sesiones de tratamiento

Sesión	Nº días registrados	Media defecaciones	Porcentaje episodios encopresis	Porcentaje hace según pauta
1	15	0.80	0.83	0.17
2	9	1.33	0.91	0.09
3	21	1	0.79	0.21
4	14	1.64	0.56	0.44
5	14	1.36	0.58	0.42
6	22	1.68	0.67	0.33
7	30	0.93	0.14	0.86
8	28	0.71	0.20	0.80
9	30	0.87	0.46	0.54
10	30	0.73	0.32	0.68
11	9	1	0.23	0.77

vez allí, volcaran la caca del calzoncillo al wc delante del niño enseñándole que el wc es el lugar adecuado donde tiene que ir la caca.

Durante la fase de aprendizaje se instruyó a los padres para que realizaran todo el proceso organizado en rutinas estables (Chen y Ruble, 2013). Estas instrucciones incluían establecer unos momentos fijos para llevar al niño al baño, conseguir que permaneciera sentado el tiempo suficiente, utilizar un avisador del fin de la práctica y recompensarlo por realizar correctamente el ejercicio aunque no se hubiese realizado la deposición.

En la fase de consolidación, todavía por instaurar dentro del tratamiento del caso, hay que procurar saber detectar cuando tiene ganas

de defecar, pasando de preguntarle si necesita ir al baño si lleva mucho tiempo sin hacer caca a pedirle que lo diga cuando lo necesite.

Finalmente, en la fase de generalización, el niño deberá comenzar a ir solo al baño, sin tener que avisar ni pedir ayuda, primero en lugares conocidos tales como la escuela o casa de familiares y posteriormente en otros contextos.

## Resultados

Tras 38 meses de intervención en pautas conductuales para encopresis adaptadas al perfil de TEA que presenta el paciente se

observa una lenta pero progresiva mejoría en los hábitos de defecación. En la figura 1 se representan los resultados obtenidos en casa en las últimas 11 sesiones de tratamiento. Los episodios de encopresis se mantienen estables, con un aumento considerable en la sesión 9 y una posterior disminución a ningún episodio encoprésico en la última sesión. Con respecto a las veces en las que el niño defeca en el inodoro se observa un aumento considerable en la sesión 7 y una posterior estabilización. En la figura 2 se muestra la gráfica con la evolución del tratamiento de encopresis en el colegio donde se observa que los episodios de encopresis disminuyen, aunque son pocas las ocasiones en las que el niño defeca en el colegio según la pauta.

El registro de las últimas 11 sesiones de tratamiento muestra que inicialmente el niño defeca en lugares diferentes al wc el 83% de las ocasiones y que lo hace según la pauta el 17% de ellas. La evolución del tratamiento revela que el porcentaje de episodios de encopresis disminuye al 23% y las ocasiones en las que el niño defeca en el inodoro aumentan al 77% (ver Tabla 3).

## Discusión

A pesar de llevar a cabo una intervención conductual dirigida a mejorar el control de la defecación, la demora del diagnóstico junto a ciertas características inherentes al trastorno, dificulta y retrasa la adquisición del hábito de controlar los esfínteres en comparación con otros pacientes cuya encopresis no va ligada a un TEA. De hecho, algunos estudios previos sobre encopresis no asociada a un diagnóstico de TEA indican que son necesarios varios meses de tratamiento para el control de la defecación, y en los casos más crónicos o difíciles, con frecuencia años (Bragado, 1998). En otro estudio sobre la duración del tratamiento para encopresis encontramos que entre el 30% y el 50% de los niños con encopresis se recuperan antes del año de tratamiento y entre el 48% al 75% antes de los cinco años (Fragoso, González, Llorian, Luaces y de Armas, 2004).

La adaptación de las típicas técnicas conductuales para el tratamiento de encopresis resultan ser efectivas en el tratamiento de los TEA pero el tiempo para conseguir los primeros logros y finalmente, para alcanzar la autonomía en el control de esfínteres, son más prolongados. El análisis que realiza Martín (2012) sobre cuatro niños con encopresis comórbida a TEA muestra que la implantación de pautas conductuales es efectiva a largo plazo, consiguiendo en todos los casos un mayor número de evacuaciones en el wc.

La intervención requiere la habituación de nuevos hábitos de higiene que deben ser explicados a través de un sistema de comunicación alternativo, como son los pictogramas, con el fin de asegurar la comprensión de estas nuevas pautas y conseguir incorporar las nuevas rutinas en el día a día (de Theije et. al., 2013).

A pesar que la experiencia clínica pone de manifiesto la utilidad de las técnicas conductuales para control de esfínteres adaptadas al niño con TEA, podría resultar útil para posibles investigaciones futuras evaluar la eficacia de estas adaptaciones empleadas.

El establecimiento del control de esfínteres fuera del período crítico de aprendizaje dificulta la adquisición de nuevos hábitos necesarios para la autonomía en control de la defecación. Estas dificultades se incrementan en niños con TEA que de por sí ya tienen retraso en la adquisición de pautas neuromadurativas.

En gran medida, el diagnóstico precoz de los TEA depende del reconocimiento de una serie de manifestaciones clínicas, muchas de las cuales son preocupaciones expresadas por los padres. En consecuencia, es fundamental que tanto desde atención primaria como

desde las diferentes especialidades de pediatría se conozcan estas manifestaciones y exista suficiente sensibilidad para recoger convenientemente las inquietudes que transmitan los padres sobre ellas. Además, han de existir equipos multidisciplinares especializados en TEA, adecuadamente coordinados que puedan llevar a cabo las últimas fases del proceso de diagnóstico, definir el perfil de cada caso y poner en marcha el programa de tratamiento específico (Charman y Baird, 2002).

Por ello, se hace necesario dar a conocer a los diferentes profesionales que trabajan con niños que la no visualización inicial de síntomas nucleares en los problemas de encopresis no descarta la presencia de un posible TEA.

Artículo recibido: 16/06/2014

Aceptado: 26/11/2014

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Arlington: APA (Versión española: Madrid: Panamericana, 2013).
- Baghdadli, A., Picot, M.C., Pascal, C., Pry, R. y Aussilloux, C. (2003). Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 122-127.
- Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, F., Yeargin-Allsopp, M. y Decoufle, P. (2001). Prevalence of autism in a United States population: the brick township, New Jersey, Investigation. *Pediatrics*, 108, 1155-1161.
- Blumberg, S., Bramlett, M., Kogan, M. D., Schieve, L.A., Jones, J. R. y Lu, M. C. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011-2012. *National Health Statistics Reports*, 65(20), 1-12.
- Bragado, C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide
- Brunet, O. y Lézine, I. (1985). *El desarrollo psicológico de la primera infancia*. Madrid: Vista.
- Cabanayes-Truffino, J. y García-Villamizar, D. (2004). Identification and early diagnosis of the autistic spectrum disorders. *Revista de Neurología*, 39(1), 81-90.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Croen, L., Grether, J., Hoogstrate, J. y Selvin, S. (2002). The changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 207-215.
- Charman, T. y Baird, G. (2002). Practitioner review: diagnosis of autism spectrum disorder in 2 and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 289-305.
- Chen, Y. W. y Ruble, L. A. (2013). A preliminary study on the reliability and validity of using experience sampling method in children with autism spectrum disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(4), 177-187.
- de Theije, C. G., Koelink, P. J., Korte-Bouws, G. A., Lopes da Silva, S., Korte, S. M., Olivier, B., ... y Kraneveld, A. D. (2014). Intestinal inflammation in a murine model of autism spectrum disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 240-247. doi: 10.1016/j.bbi.2013.12.004.
- Dickinson, P. (2010). Control de esfínteres. Autism 99 Internet Conference Papers (en el capítulo Familia). California. EEUU.
- Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo y otros Trastornos Graves del Desarrollo. (2011). Orientaciones para el control de esfínteres. Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia.

- 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. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252004000500009&lng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500009&lng=)
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-3.
- Honda, H. y Shimizu, Y. (2002). Early intervention system for preschool children with autism in the community. *Autism*, 6, 239-257.
- Howlin, P. y Moore, A. (1997). Diagnosis of autism: a survey of over 1200 patients in the UK. *Autism*, 1, 135-162.
- Javaloyes, M. A. (2004). Autismo: criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial. Recuperado de: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Autismo\\_criterios\\_diagnosticos\\_diferencial\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Autismo_criterios_diagnosticos_diferencial(1).pdf).
- Larsson, H. J., Eaton, W. W., Madsen, K. M., Vestergaard, M., Olesen, A. V., Agerbo, E.,... y Mortensen, P. B. (2005). Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology*, 161(10), 916-925. doi: 10.1093/aje/kwi123.
- Limon, A. (2007). Síndrome del espectro autista. Importancia del diagnóstico temprano. *Gaceta Médica Mexicana*, 143, 73-78.
- Martín, A. (2013). *DSM-V y TEA. El IMFAR – International Meeting for Autism Research* (Congreso Internacional de Investigación del Autismo). Donosita- San Sebastián, España, 2-4 mayo.
- Martín, S., Palazón, I., Couceiro, S. y van-der Hofstadt, C.J. (2008-2012). Encoyris y trastornos del espectro autista. *Revista de psicología de la salud*, 20-24(1), 7-22.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/index.html>
- 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, 2-15.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. y Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle C. y Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA*, 289, 49-55.
- Weiss, J.A., Wingsiong, A. y Lunskey, Y. (2013). Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 11(19), 134-142.

