

143



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

DESARROLLO Y EVALUACION DE UN PROTOCOLO DE
TRATAMIENTO CONDUCTUAL PARA NIÑOS DE 3 AÑOS
6/12, A 12 AÑOS 11/12, CON ENCOPRESIS Y/O
CONSTIPACION PSICOGENA, QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

298199

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MIGUEL ISRAEL MARIN TEJEDA

DIRECTORA: PSIC. MA. MARTHA GONZALEZ BAIZABAL
REVISORA: PSIC. ANNE-MARIE BRUGMANN
AUTONOMA DE MEXICO

MEXICO, D.F.



OCTUBRE 2001

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Con toda mi admiración, cariño y respeto....

A MIS PADRES: EMMA Y MIGUEL

Me siento extraordinariamente afortunado por haberlos tenido siempre conmigo. Gracias porque cuando más los he necesitado, siempre he contado con ustedes...incondicionalmente. Por ser un gran ejemplo de trabajo y fortaleza. Porque ustedes son y siempre serán mis héroes y mi más grande orgullo. Y porque este logro es también suyo.

GRACIAS!!!!

A MIS HERMANOS:

MARCO, MAURICIO Y CLAUDIA

Ustedes, junto con mis padres son lo más importante que tengo. Sin ustedes yo no sería nada. Gracias por enriquecer mi vida. LQM

GRACIAS!!!!

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis:

PSIC. MA. MARTINA JURADO BAIZABAL

Por ser un gran estímulo de trabajo duro y responsable. Profesores como usted engrandecen a nuestra Universidad y enorgullecen a los educandos. Gracias por su tiempo y apoyo.

Al Hospital Infantil de México:

Al dr. SERGIO MUÑOZ FERNANDEZ y a la dra. MERCEDEZ LUQUE COQUI del departamento de psiquiatría; por las facilidades prestadas y sus contribuciones. Al dr. MANUEL TOVILLA MERCADO del Departamento de cirugía por sus valiosas aportaciones. A todo el personal en general del Departamento de PSIQUIATRÍA. Y sobre todo, a mis mejores maestros: mis pacientes. Porque conocerlos e interactuar con ustedes me ha enriquecido; como persona y como profesionalista.

GRACIAS:

A mis sinodales:

ANNE MARIE BRUGMANN
MARIANA GUTIERREZ LARA
LUZ MARIA SOLLOA
RAMON ESTEBAN JIMENEZ

Por su tiempo y aportaciones

GRACIAS!!!!

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos de siempre:

(No es por orden de importancia):

Dan, Joaquín, Eloisa, Esther (Teté), Joel (Launge), Adriana, David (Cepi), Israel (Kaliman), Teresa (Tere), Erika (Kika), Ulises, Israel (Isra), Alberto (Beto Magic), Arturo (Ray: ¡Gracias brother!), Iliana, Carlos (Vampiro), Raúl (Rulo), Roberto (Robert), César (Taka), Miguel (Picas), David, Mónica, Martha, Edna, Diana, Gabriela (Gaby), Elizabeth (Liz), Esther (Esthersita), Carmen, Denise, Vania, Sais, Maribel.... -y los que se me olvidaron; perdón, pero saben que son también importantes- .

Por ser un gran estímulo positivo de trabajo y sano esparcimiento. Con ustedes nunca me he sentido solo. LQM.

= *CIHULHU AS JESARI VASIS* = :

" Ph' ngui ngiw'nañ Cihulhu K'iyah wagh' nag' Otago!!!! "

INDICE

<i>RESUMEN</i>	1
<i>INTRODUCCION</i>	2
<i>CAPITULO I: Encopresis y contipación</i>	4
1.- Definición de encopresis y pautas diagnósticas	4
2.- Definición de constipación	4
3.- Incidencia de la encopresis/ constipación	5
4.- Fisiología de la defecación y la continencia	6
5.- Clasificación de la encopresis/ constipación	6
<i>CAPITULO II: Enfoque médico de la encopresis/ constipación</i>	8
1.- Definición y conceptualización de la encopresis/ constipación	8
2.- Evaluación médica	8
3.- Tratamiento médico	12
<i>CAPITULO III: Enfoque conductual</i>	14
1.- Definición y conceptualización de la encopresis/ constipación	14
2.- Evaluación conductual	15
3.- Tratamiento conductual	17
<i>CAPITULO IV: Enfoque integral de la encopresis/ constipación</i>	19
1.- Enfoque médico/ conductual	19
2.- Antecedentes	19
3.- Comorbilidad psiquiátrica y encopresis/ constipación	21
<i>CAPITULO V: Metodología</i>	22
1.- Planteamiento del problema	22
2.- Justificación	22
3.- Objetivo general	22
4.-Hipótesis	22
5.- Diseño y tipo de estudio	22
6.-Definición de variables	22
7.-Definición de términos	23
8.- Muestra	23
9.-Sujetos	23
10.- Materiales	24
11.-Guía semiestructurada propuesta para el tratamiento de la encopresis	24
12.- Procedimiento	30
13.- Analisis estadístico	31
14.-Criterios de mejoría	31
<i>CAPITULO VI Resultados</i>	33
<i>CAPITULO VII: Discusión y conclusiones</i>	41
<i>CAPITULO VIII: Limitaciones y sugerencias</i>	45
<i>REFERENCIAS</i>	47
<i>ANEXOS</i>	49

RESUMEN

Se desarrolló y evaluó la efectividad de un protocolo de tratamiento conductual en 20 niños, 17 niños y 3 niñas, con diagnóstico de encopresis/ constipación; con edades comprendidas entre 3 años 6/12 y 12 años 11/12; los cuales asistieron a consulta externa en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infantil de México. El tratamiento tuvo una duración de 6 meses, más uno previo de valoración. Al final del tratamiento, sólo se obtuvieron los datos completos de 17 pacientes. Inicialmente se obtuvo una línea base de las conductas meta definidas como: 1) frecuencia de la incontinencia; y 2) frecuencia de la defecación apropiada (en el inodoro); a través de calendarios de seguimiento pre - postest. Se realizó concurrentemente una entrevista semiestructurada que guió el tratamiento. El programa conductual incluyó reforzamiento con fichas, reforzamiento diferencial de otras conductas, castigo, costo de respuesta, entrenamiento en hábitos higiénicos y rutina evacuatoria. Se emplearon laxantes, enemas y supositorios prescritos por los médicos y fueron administrados por los padres. Se realizó un monitoreo de las conductas meta a lo largo del tratamiento, así como de los problemas conductuales anexos. De los 17 pacientes que completaron el tratamiento, 12 de ellos mostraron alivio completo de su síntoma sin recaídas; 2 mostraron marcada mejoría, con raros episodios de recaídas; otros 2 mostraron alguna mejoría y 1 de ellos se mantuvo sin cambio. Se observó un cambio grupal estadísticamente significativo para las 2 series de datos, definido a través de la prueba estadística no paramétrica de Mc Nemar ($p < 0.05$). Los resultados apoyan la efectividad del tratamiento conductual en el alivio del síntoma de encopresis/ constipación.

INTRODUCCION

En el Hospital Infantil de México (HIM), se recibieron y atendieron 42 casos de encopresis (EC) durante el año de 1999, 19 niñas y 23 niños, en los cuales no se encontró causa física para su trastorno. En seis niños(varones) no hubo evidencia de estreñimiento. En el resto de los casos la EC era secundaria a un problema de constipación (CN) crónica. La media de edad de estos niños es de 5 años 11 meses (Departamento de Bioestadística del HIM, 2000).

La EC es un trastorno relativamente común de la infancia. Independientemente del dato anterior, en nuestro país(México) no existen estadísticas al respecto. Los estimados de su incidencia varían ampliamente entre un autor y otro. Por ejemplo, Wicks- Nelsen e Israel(1997), estiman la incidencia de la EC en Norteamérica entre un 0.3 y un 8% en los niños.

Como se revisará, se ha escrito relativamente poco respecto a la conceptualización de la EC. Las aproximaciones que intentan dar cuenta de la misma se agrupan en 1: médica, 2) psicodinámica, 3) conductual y 4) mixta(médico- conductual). A pesar de ello aun quedan muchas dudas en relación al trastorno; su definición, criterios clínicos, evaluación, tratamiento, comorbilidad, etc.

El HIM es un hospital médico de tercer nivel, el manejo de estos pacientes se realiza en un 100% a través del tratamiento médico estándar: con dieta, laxantes orales y enemas. En ocasiones el tratamiento puede ser efectivo, en otras de eficacia intermitente; y en otras totalmente nulo. La terapéutica se basa en la idea de vaciar el intestino considerando que la EC se asocia con frecuencia a la constipación severa. Puede producirse alivio momentáneo, pero el riesgo de una nueva impactación está siempre latente.

Los casos atendidos por el Servicio de Psiquiatría de este mismo hospital –departamento donde realicé mi servicio social- presentan generalmente como características: historia de constipación severa, poco o nulo alivio del síntoma encoprectico; uso crónico de enemas y una gran aversión a los mismos, además de nula respuesta a la modificación dietética. Generalmente tanto los padres como el niño se observan desesperados y con poca esperanza de alivio. En algunos casos no hay evidencia aparente de estreñimiento. Si el tratamiento ha fallado, el Servicio de Psiquiatría se enfrenta a la tarea de ofrecer a estos pacientes una alternativa con perspectivas de éxito. De aquí parte la idea de crear esa alternativa “psicológica”.

Se establece el hecho de que la valoración médica es imprescindible, a la vez que su conceptualización y tratamiento(atacando al estreñimiento), en la gran mayoría de los casos. No obstante el manejo conductual viene a complementar la efectividad terapéutica, manteniendo la remisión del manchado de ropa, síntoma principal de la EC.

La propuesta de este proyecto intenta no solo dar respuesta a la necesidad de crear a corto plazo una alternativa exitosa; sino por el contrario intenta crear a largo plazo una modalidad mixta estándar para el manejo de todos los pacientes con el síntoma, en coordinación entre los servicios de Cirugía y de Psiquiatría y Medicina del Adolescente.

El tratamiento propuesto es el médico-conductual; su importancia radica en que permite:
 1) establecer sesiones definidas; 2) especificidad en el manejo; 3) replicación del mismo; 4) rápida remisión del síntoma; 5) rápido uso discontinuado de enemas y otras

terapéuticas altamente aversivas para los niños; 6) ajuste al tratamiento de ambiente hospitalario; puesto que gran parte de los pacientes son foráneos, evita las visitas frecuentes; 7) en general, una alta efectividad reportada en la literatura al respecto.

El objetivo de este estudio será el desarrollo y evaluación de un protocolo semiestructurado de tratamiento de pacientes pediátricos recibidos en consulta externa en el HIM, todos ellos con diagnóstico de encopresis/ constipación; y para los cuales se haya descartado una base orgánica. El tratamiento incluirá una combinación de valoración y tratamiento médico; con valoración y manejo conductual, ya que como se revisará, ésta aproximación es la que reporta mayor grado de éxito en el alivio del síntoma encopréptico.

El presente trabajo incluye 4 capítulos teóricos; el primero de ellos especifica lo que se entenderá por EC/CN, sus pautas diagnósticas y prevalencia común reportada; las clasificaciones clínicas y gnosológicas usuales, así como aquella que guiará la intervención propuesta. Se incluye en este capítulo un apartado sobre la fisiología que interviene en el proceso de defecación y continencia “normales”, ya que tal información resulta imprescindible al momento de interpretar los síntomas clínicos del paciente.

En los capítulos 2 y 3 se describen las aproximaciones médica y conductual respectivamente; abarcando la definición y conceptualización de los trastorno(s), su evaluación y el tratamiento que cada enfoque prescribe.

El capítulo 4 describe la aproximación mixta o integral (médico- conductual) al trastorno. Se fundamenta en este mediante el reporte de estudios su mayor efectividad. Se incluye un apartado en el cual se especifica los trastornos psiquiátricos que comúnmente acompañan al síntoma de EC/CN, así como las pautas de abordaje.

El capítulo 5 describe la metodología empleada, la descripción de la muestra, así como el procedimiento seguido. Se especifica en un apartado la guía de tratamiento estándar médico-conductual propuesta.

Finalmente los capítulos 6 y 7 presentan respectivamente los resultados y las conclusiones a las que se arribaron. Se incluye una lista de las referencias consultadas, así como un apartado de anexos como parte del material necesario para llevar a cabo el tratamiento.

CAPITULO I: ENCOPRESIS(EC) Y CONSTIPACION(CN)

1. DEFINICIÓN DE ENCOPRESIS Y PAUTAS DIAGNÓSTICAS

Las primeras descripciones del síntoma fueron hechas por G.B Fowler en 1882, y por E. Henoeh en 1889, quienes se limitaron al señalamiento de los síntomas clínicos. En 1926 S. Weissenberg acuña por primera vez el término de "encopresis" a semejanza del de enuresis, a fin de describir a los niños con expulsión involuntaria de todo contenido del recto, de origen psicógeno, en la ropa íntima o en un sitio anormal: "Toda defecación involuntaria de un niño de más de 2 años cuando no tiene lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna" (Weissenberg S., 1926; citado por Ajuriaguerra J., 1985).

E. Glanzman en 1934, señala a la EC como el hecho de ensuciarse por la expulsión más o menos involuntaria de materias fecales. En 1934. A.B Morfan describe la "defecación involuntaria de los escolares". La sitúa entre los 7 y los 8 años, sin relación alguna con lesiones del estómago, distinta de la exoneración fecal por emociones y que desaparece con la pubertad (Ajuriaguerra y Marcelli, 1984). Mas tarde el término se ha utilizado como sinónimo más amplio de incontinencia fecal.

Se entiende por EC funcional como la emisión de heces en la ropa o en otros lugares no apropiados para tal propósito. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) requiere de los siguientes criterios diagnósticos: 1) La deposición repetida voluntaria, o involuntaria de heces en lugares no apropiados para tal propósito; 2) como mínimo una deposición inadecuada de heces al mes durante por lo menos 3 meses; 3) edad cronológica y mental de al menos 4 años, y 4) No se debe solo a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.e. laxantes), ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento (APA, 1994).

La CIE-10 define a la EC como un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no apropiados para tal propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar.

La OMS(1995) establece las siguientes pautas diagnósticas: 1) la emisión inadecuada de heces, manifiesta en formas diversas; 2) puede ser expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o una falla en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de fracasos continuos al respecto; 3) También puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay control fisiológico normal de la función. 4) O bien puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de heces, en cuyo caso se trataría de una incontinencia por rebosamiento (no controlable). La retención puede deber su causa a tensiones, defecación dolorosa (fisiológica) o por otras razones.

2. DEFINICION DE CONSTIPACION

El trastorno encoprectico en sí es designado con nombres diversos. Entre los más comunes se encuentran los de incontinencia fecal y megacolon psicogénico (o megacolon funcional). Este último término designaría a los casos en los que el ensuciarse es, al menos en parte, el resultado de una retención excesiva (constipación), que produce una dilatación del colon.

El diagnóstico de EC excluye la presencia de cualquier afección física, excepto cuando se encuentra como diagnóstico de base el estreñimiento o constipación. Por constipación (CN) se entiende la evacuación infrecuente o difícil de las heces, cuadro que puede deberse a causas diversas, ya sea de naturaleza fisiológica (hipotiroidismo, fisuras anales, alteraciones de la motilidad intestinal, etc); o bien a una retención propositiva de naturaleza psicológica (Howe y Walker, 1992).

La retención fecal prolongada tras un cuadro de estreñimiento crónico, puede generar en casos extremos el cuadro denominado megacolon funcional. En este no se producen defecaciones por días e incluso semanas. El recto se impacta de heces duras, provocando su sobrecarga, distensión abdominal, dolor, así como pérdida de la motilidad y sensibilidad intestinal.

El manchado de ropa es producto así de una incontinencia por rebosamiento. En tal caso las heces impactadas (fecalomas), de gran calibre y de consistencia similar a rocas, obstruyen el recto, obstaculizan los movimientos intestinales necesarios para la defecación adecuada. Ello conlleva la flacidez de la paredes del recto, la ampolla rectal se dilata, con lo que las heces son todavía más retenidas, reabsorbiéndose agua y endureciéndose éstas cada vez. En tales circunstancias se deteriora el funcionamiento de los receptores sensoriales. Intermitentemente se produce el desbordamiento de heces blandas y moco, Cuando esto sucede constituye un episodio encopréptico que, dados los fallos en los receptores, suele sobrevenir sin que el niño experimente la necesidad de defecar(Rodríguez, 1995).

3. INCIDENCIA DE LA EC/CN

La EC es un trastorno relativamente común en la infancia. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) estima que el 1% de los niños de 5 años de edad presenta EC, y que el trastorno es más común en niños que en niñas. Los estudios de población transversales son pocos. Ollendick y Hersen (1986) citan los datos siguientes, concordantes entre autores diversos: se ha advertido que la incontinencia fecal aparece en 1.3% de personas mayores de 4 años de edad y en 1 a 2% de niños de siete años. En los que acuden a la escuela primaria (6- 12 años), la frecuencia varía de 1.5 a 7.5%.

Otros autores (Wicks-Nelsen e Israel, 1997) estiman la incidencia de la EC entre un 0.3 y un 8% en los niños. Los porcentajes descienden con la edad y la adolescencia. La proporción estimada es de 4 niños por una niña.

En el año de 1999, el Hospital Infantil de México (HIM) recibió y atendió 42 casos de EC, 19 niñas y 23 niños en los cuales no se encontró causa física para su trastorno. En 6 niños (varones) no hubo evidencia de estreñimiento ni constipación. En el resto de estos casos la EC era secundaria a un problema de estreñimiento crónico. La media de edad de estos niños es de 5 años, 11 meses (Departamento de Bioestadística del Hospital Infantil de México, 2000).

Tales datos resultan centrales para la discusión del tema, ya que el común de los autores apuntan que la retención fecal voluntaria o involuntaria relacionada a un problema de CN crónica, se encuentra como factor causal primario de la EC en un 80 a 95% en todos los casos (Wicks-Nelsen e Israel, 1997; Lyman y Hembree-Kigin, 1994; Levine, 1976). O bien asociado a una historia de estreñimiento y/o retención fecal temprana ((Levine, 1982).

4. FISILOGIA DE LA DEFECACION Y LA CONTINENCIA

La fisiología que interviene en la continencia fecal y en la defecación ha sido ampliamente estudiada. En síntesis, se puede decir que se trata de un acto de naturaleza refleja que se pone en marcha por la estimulación mecánica, vía la distensión de las paredes del recto vacío. Las fibras sensitivas ascendentes permiten la percepción consciente de tal distensión (Rodríguez, 1995).

En un plano evolutivo hacia los dos años y medio de edad, la maduración (receptores sensoriales ganglionares), se acompaña de persistencia de la actividad continua tónica del Esfínter Anal Externo (EAE), medida por el reflejo espinal e intensificada por centros corticales supraespinales que permiten el reflejo normal de inflación y el control consciente de la defecación (Hatch, 1988).

La defecación generalmente ocurre como respuesta a la distensión del recto, lo cual resulta en el proceso siguiente: 1) incremento del peristaltismo del colon; 2) ganas de defecar y 3) finalmente la relajación del Esfínter Anal Interno (EAI). Tal mecanismo implica: una inicial contracción transitoria del EAE compuesto por músculo estriado voluntario, y del cabestrillo puborrectal, que es el llamado reflejo de inflación. La transmisión del impulso nervioso en sentido distal por parte del plexo mientérico en la pared de la porción inferior del recto produce la inhibición refleja del músculo liso que integra el EAI, y es el reflejo de relajación retroesfinteriano. La relajación del EAI es proporcional al volumen y rapidez de la distensión rectal, después de ello surge la inhibición del EAE que entraña la participación de las vías reflejas y corticales facilitatorias. La relajación del puborrectal permite el ensanchamiento del ángulo anorrectal, y de este modo la vía anal es continua y sin obstrucciones. La mayor presión dadas las contracciones voluntarias de los músculos del tórax y abdomen conllevan el peristaltismo en la pared del recto, permitiendo la expulsión de las heces y el vaciamiento de ese órgano (Hatch, 1988).

La continencia para la expulsión de gases y líquidos es función del conducto anal cerrado, conservado por el EAI. El EAE funciona para conservar la continencia voluntaria (Schiller, 1986).

Si la defecación es inhibida de forma voluntaria, manteniendo la presión a nivel del EAE, en ausencia de contracciones de los músculos abdominales y torácicos, los receptores rectales se adaptan a la presión existente, disminuyendo así las ganas de defecar. Consiguientemente, pueden reaparecer pasadas 24 horas, al iniciar nuevamente los movimientos peristálticos. Durante el periodo de retención puede absorberse el agua de la masa fecal, dando lugar a heces duras y defecaciones más dolorosas. Resulta fácil entender con esta descripción cómo un niño puede retener heces durante largos periodos de tiempo. La presión externa durante la defecación puede interferir este proceso por ansiedad o miedo a la contracción muscular, contribuyendo todo ello a hacerla más difícil (Ollendick y Hersen, 1986).

5. CLASIFICACION DE LA ENCOPRESIS/ CONSTIPACION

Existen gran número de esquemas para clasificar o subdividir a la EC en alguna dimensión específica (severidad, grado de CN, etc); pero ninguno ha ganado aceptación universal. Comúnmente en la literatura se utilizan las categorías: a) EC primaria versus secundaria; b) retentiva versus no retentiva; c) continua versus discontinua (Boon y Singh, 1991).

Realmente se ha escrito relativamente poco respecto a la EC, y aun restan muchas dudas en relación al trastorno. Frecuentemente se discute sobre lo esencial de contar con una clasificación consensual que facilite la comunicación entre profesionales tanto para el trabajo clínico como el de investigación.

Tenemos así que la APA(1994) clasifica en dos subtipos a la EC: 1) con estreñimiento o incontinencia por rebosamiento, y 2) sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento; en este último solo se presenta el manchado de ropa sin evidencia de CN. No obstante, aun existe gran desacuerdo en la clínica sobre las características y criterios diagnósticos de dicho trastorno. Por ejemplo, respecto a si es primariamente un trastorno médico o psicogénico; también en lo relativo a la edad en la cual la incontinencia es clasificable como enfermedad, la inclusión de organicidad en el funcionamiento intestinal en el diagnóstico, así como los patrones de conducta higiénica y las características de las heces (Lyman y Hembree-Kigin, 1994).

Los sistemas de clasificación funcionales son los más usados, dado que facilitan la comunicación entre profesionales, guían la evaluación y formulación de los planes individualizados de tratamiento; y guían el tratamiento diferencial. A pesar de ello, las clasificaciones funcionales son poco reconocidas porque se supone que parten arbitrariamente de la clínica y no de un reconocimiento riguroso del trastorno.

Boon y Singh(1991), suponen que una clasificación funcional no solo es posible, sino indispensable para el trabajo clínico y de fomento a la investigación. De esta forma, la EC puede ser clasificada ya sea como retentiva o no retentiva; donde la EC no retentiva es dividida adicionalmente entre primaria no retentiva y secundaria no retentiva. La EC retentiva es definida como incontinencia fecal con una clara evidencia de constipación. La encopresis no retentiva se define como incontinencia fecal sin evidencia de constipación. La dicotomía primaria versus secundaria alude en el primer caso a que la EC aparece sin preexistir un periodo de continencia. La EC secundaria se refiere a que la incontinencia aparece después de un periodo en que el niño fué entrenado exitosamente en el control de sus hábitos higiénicos.

Esta será la clasificación que guíe la línea de tratamiento propuesto, dado que cubre los parámetros comúnmente empleados para la investigación clínica.

CAPITULO II : ENFOQUE MEDICO DE LA ENCOPRESIS/CONSTIPACION

1. DEFINICION Y CONCEPTUALIZACION DE LA ENCOPRESIS Y LA CONSTIPACION

El estreñimiento puede definirse como un retraso en la velocidad de tránsito, la cual reside principalmente en el colon (Hatch, 1988). La definición clínica (médica) actual de estreñimiento crónico sugiere un continuum de fisiopatología donde se concibe al estreñimiento como la dificultad para evacuar el contenido del recto debido a causas diversas. Las formas mínimas o leves de estreñimiento son frecuentes; a menudo transitorias y a veces recurrentes. Los casos pueden surgir nuevamente en cualquier edad, mostrar resolución o persistir durante toda la niñez o la vida adulta. El estreñimiento no corregido ocasiona expulsión involuntaria de heces o encopresis

La EC ó incontinencia anal a una edad en que el control de esfínteres ya debió lograrse, se concibe tal como se ha indicado como una secuela del estreñimiento severo. Y aun en los casos en los que el estreñimiento no es evidente o grave, se supone la existencia de algún grado de retención fecal. Puesto que una persona es capaz de mantenerse limpia siempre y cuando el recto permanezca vacío; es común encontrar en mayor o en menor grado retención de heces; ya sea por estreñimiento o por falta de movimientos intestinales apropiados; pueden encontrarse hábitos evacuatorios ineficientes o poco consistentes y que sí pueden derivar en estreñimiento al endurecerse las heces en el intestino y provocar impactación fecal y EC.

El modelo propuesto parece sensible pero no es completo y deja muchas dudas sin resolver. Por ejemplo: ¿Siempre es normal la función del colon antes de comenzar los fenómenos desencadenantes y los síntomas del estreñimiento?, ¿El estreñimiento induce cambios permanentes en la función defecatoria?

2. EVALUACION MEDICA

Lo anterior aplica para los casos en que la evaluación médica excluye la presencia de patología orgánica, excepto el estreñimiento. Ya se ha hablado de la dificultad para conceptualizar a la EC y definir una etiología específica. Por ello para todos los casos, resulta de vital importancia una evaluación médica precisa.

Antes de poner en práctica un plan de tratamiento de la conducta para la EC, es imperativo que el niño se valore desde el punto de vista médico para descartar la presencia de causas orgánicas en su incontinencia fecal.

Comúnmente todo lo que se requiere es historia clínica y exploración rectal cuidadosas. En general se piensa en la presencia de megacolon funcional; o bien de enfermedad de Hirschprung como diagnóstico de base (Lyman y Hembree-Kigin, 1994).

A) HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION RECTAL (TACTO RECTAL)

En la Historia Clínica se intenta determinar la presencia de problemas físicos causales. Se realiza una exploración de los factores antecedentes y los factores de riesgo a fin de realizar un diagnóstico diferencial; determinar la presencia de constipación y la naturaleza de ésta.

Levine(1982), señaló factores de riesgo- potenciación en la aparición de EC en niños. Estos factores que deben ser evaluados se presentan a continuación:

ETAPA 1 Años de lactancia y preescolares

- Estreñimiento simple
- Problemas anorrectales congénitos
- Reacción excesiva de los padres
- Intervenciones médicas coercitivas

ETAPA 2 Control de esfínteres y autonomía, 2 a 5 años

- Estreses psicosociales durante el periodo de control de esfínteres
- Medidas coercitivas o permisivas extremas
- Temores idiosincráticos a la defecación y control de esfínteres
- Defecación dolorosa o difícil

ETAPA 3 Función extramural, primeros años escolares

- Evitación del uso de los retretes escolares
- Gastroenteritis prolongada o aguda
- Deficiencias en la atención con falta de continuidad en las tareas
- Intolerancia a alimentos
- Problemas conductuales
- Estreses psicosociales

Existen asimismo un número de condiciones orgánicas que pueden derivar en una constipación crónica o recurrente, la cual debe ser diferenciada como tal de la EC. Schmitt (1984, citado por Boon y Singh, 1991) ha identificado 8 condiciones que deben ser evaluadas, algunas de ellas a través de la exploración rectal:

- 1.- Medicación crónica: El niño puede desarrollar CN si es medicado con ciertas clases de drogas (p.e anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresivos, tricíclicos, simpaticomiméticos, etc.). El diagnóstico diferencial se basa en una historia positiva de CN derivada de medicación.
- 2.- Fisura anal crónica o dermatitis perianal: La evacuación resulta dolorosa en tales casos y la retención fecal puede ocurrir, resultando en una CN. Tales condiciones son establecidas a través de exploración física.
- 3.- Hipotiroidismo. Esta es una posibilidad solo en los niños con evidencia real de retraso en el crecimiento lineal. Una exploración física es necesaria para establecer esta condición. Si no resulta evidente, un estudio de laboratorio puede ser complementario.
- 4.- Ano de localización anterior. Se trata de una Malformación Anorrectal (MAR) congénita, generalmente no identificada tempranamente. El ano normal y su esfínter están en la porción anterior del perineo. En estos cuadros - que predominan en mujeres - el estreñimiento suele comenzar en el periodo neonatal. Entre los síntomas

predominantes están esfuerzo al pujar y molestias manifiestas. La exploración física encontrará al ano en posición excéntrica en la piel pigmentada del perineo.

5.- Estenosis anal o rectal: Este es un trastorno extremadamente raro. Puede ser determinado por exploración física, la cual debe revelar un canal corto que termina en un anillo apretado y fibroso, el cual no permitirá introducir un dedo en el recto.

6.- Una masa pélvica. Una masa física resultará evidente en la exploración rectal si esta condición resulta probable.

7.- MAR. Se trata en estos casos de una rigidez anal o rectal postquirúrgica. Esta condición resulta fácilmente identificable con un examen físico, en seguimiento a casos tales como una reconstrucción tras un traumatismo perianal; o de ano imperforado.

8.- Especial atención se requiere a fin de detectar la posible presencia de Enfermedad de Hirschprung.

B) ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG

La Enfermedad de Hirschprung o aganglionosis congénita afecta a un lactante de cada 5000. Se trata de una anomalía congénita rara del sistema parasimpático pélvico, en la cual faltan células ganglionares de la porción distal del recto y en un tramo variable de la porción más proximal del intestino. Su gravedad puede variar. Se observa así la aparición de un segmento aganglionar (no innervado) que permanece en un estado de contracción tónica no inhibida, no se relaja y produce obstrucción funcional (Hatch, 1988).

En los niños con la forma típica de la enfermedad y con aganglionosis total, los signos clínicos aparecen después del nacimiento. La falta de expulsión del meconio y la poca frecuencia de expulsión de heces como dato persistente anteceden a menudo al comienzo de signos de obstrucción que comprende vómito de naturaleza biliosa, y distensión abdominal notable. La diarrea puede aparecer antes de que lo haga la enterocolitis, con una enteropatía con pérdida de proteínas y toxicidad a nivel general (Boon y Singh, 1991).

En la exploración rectal se advierte dilatación transitoria del segmento angostado y después la liberación inmediata de heces y gases.

El diagnóstico comúnmente es temprano. Pero en aquellos con signos característicos (enfermedad segmentaria ultracorta de Hirschprung), puede localizarse solo en la niñez tardía. En estos con frecuencia el estreñimiento comienza en etapas posteriores de la vida. El cuadro inicial es idéntico al de estreñimiento crónico por retención con encopresis (Hatch, 1988).

Levine (1982) ha proveído los criterios clínicos a evaluar a fin de diferenciar entre la Enfermedad de Hirschprung y el estreñimiento crónico por retención y EC:

SINTOMA	ESTREÑIMIENTO CRONICO	E. HIRSCHPRUNG
Retención desde el nacimiento	Rara	Siempre
Enterocolitis	Posible	Nunca
Problemas en el control de esfínteres	Común	Rara
Incontinencia anal	Comienzo común a los 4 años	Rara

Dolor abdominal	Raro	Común
Calibre de las heces	Grande	Grande
Falta de incremento ponderal	Raro	Común
Masa fecal en abdomen	Común	Rara
Heces en ampolla rectal	Común	Raro
Tono del esfínter anal	Variable	Mayor

Al valorar niños con estreñimiento y EC a menudo se considera la posibilidad de Enfermedad de Hirschprung. La dificultad de excluir el diagnóstico se manifiesta por la frecuencia con que la Historia clínica y el tacto rectal resultan insuficientes. Incluso las biopsias y el enema de bario pueden arrojar resultados normales. El diagnóstico definitivo se corrobora sólo por manometría anorrectal(Howe y Walker, 1992).

C)MANOMETRIA ANORRECTAL Y ENEMA DE BARIO (COLON POR ENEMA).

Si se ha descartado alguna de las condiciones anteriores, excepto la Enfermedad de Hirschprung, puede realizarse el estudio llamado colon por enema. En éste se introduce en el recto un compuesto a base de bario a fin de permitir la exploración visual del recto y la condición del músculo intestinal.

En el caso de la Enfermedad de Hirschprung, el enema de bario señalará un segmento distal angostado con las características contracciones "en diente de sierra", un grado variable de obstrucción proximal, y retardo en la evacuación del bario(Hatch, 1988). Este estudio no resulta definitivo.

La manometría anorrectal es uno de los estudios clínicos administrados con regularidad y que suele ser definitivo al descartar la presencia de patología orgánica. La exploración consiste en la introducción en el recto de un dispositivo compuesto de tres pequeños balones sensibles a la presión ejercida por las paredes del recto y los esfínteres. El balón proximal se sitúa en la porción superior del recto y los distales junto a los esfínteres interno y externo del ano. Se realizan con ello registros de los fenómenos tensionales durante la defecación simulada. Se valora así la distensibilidad y motilidad rectales, necesarios para la defecación y control consciente de la evacuación(Schiller, 1986).

Generalmente se evalúan los puntos siguientes:

- 1.-Medida de la sensibilidad rectal, percepción consciente. El grado y volumen de distensión rectal necesarios para producir percepción consciente depende de un volumen umbral, el cual depende directamente de un volumen crítico (necesario para desencadenar la relajación del EAI). El volumen umbral siempre aumenta con la CN. En los casos de EC conjunta, a menudo la relajación del EAI aparece en volúmenes que no estimulan la percepción consciente(Hatch, 1988).
- 2.-Distensibilidad rectal: Un recto distensible en exceso altera los volúmenes crítico y umbral. Guarda relación además con el desarrollo de megacolon.
- 3.- Reflejo de relajación rectoanal. En la CN con EC o sin ella aumenta el volumen crítico. Así, la menor relajación del EAI durante la defecación podría ocasionar obstrucción del orificio anal, por la presión persistentemente alta en la porción distal del conducto anal. Este indicador puede explicar la falla en el vaciado total del recto; que junto a un volumen umbral alto provocan la incontinencia.

4.- EAE (Contracción paradójica). A través de la manometría y otros estudios, puede demostrarse la contracción inconsciente y activa del EAE durante la defecación en algunos niños estreñidos. Es más común en niños varones con CN y EC. La incapacidad para relajar el EAE interviene en la persistencia, mayor intensidad y poca mejoría en el tratamiento de algunas formas de estreñimiento (Hatch, 1988).

5.-Falta de expulsión(alteración de la motilidad). la capacidad para expulsar un balón suave y maleable de 30 a 60 ml. es un índice de la suficiencia y de la función defecatoria. En personas estreñidas no existe tal capacidad. La falta de expulsión es independiente del calibre del recto (megacolon) y de otros índices de motilidad anorrectal.

Se relaciona con la contracción paradójica del EAE, y así, con las formas más graves de CN, EC, fallas terapéuticas y una forma de estreñimiento que persiste hasta la edad adulta (Schiller, 1986).

6.-Otras mediciones incluyen: presión del EAE en reposo, tiempo de tránsito, evaluación de la función rectosigmoide, consistencia de las heces, etc. Generalmente no son determinantes o de aplicabilidad pediátrica.

D) OTROS ESTUDIOS

Adicionalmente a los estudios citados, existe un número de tests de laboratorio que pueden ser empleados para el diagnóstico diferencial de EC y las condiciones físicas a las que puede asociarse. No obstante, no consisten en evaluaciones rutinarias ni de uso imprescindible.

1.-Electromiografía (EMG) del puborrectal y el EAE. Provee información sobre la innervación y las respuestas de los músculos esqueléticos involucrados en la continencia. La EMG es útil a fin de establecer un origen neuropático de la incontinencia en pacientes sin causa obvia para su condición (Schiller, 1986).

2.-Diagnóstico de hipotiroidismo. Un estudio de laboratorio será necesario a fin de determinar esta condición. Será conveniente realizarlo cuando no ha sido posible detectarlo clínicamente, se sospecha su presencia, y la CN y EC no se deben a otras causas (Boon y Singh, 1991).

3.-Medida radiográfica del ángulo anorrectal. A través de la inserción de solución de bario se evalúa el descenso perianal y la función del puborrectal (Schiller, 1986).

En general estos y otros estudios permiten definir anomalías específicas de la anatomía del colon y la zona anorrectal, y la fisiología de la defecación. así como la identificación de patrones duplicables de disfunción.

3. *TRATAMIENTO MEDICO*

El tratamiento médico partirá del resultado de lo observado en la evaluación. Si se encontró una condición médica particular (excepto CN), que está provocando la incontinencia, la terapéutica se avocará a tratar tal condición.

Por ejemplo, si se encuentra que la CN es causada directa o indirectamente por dermatitis perianal, hipotiroidismo, diabetes, presencia de una masa pélvica, etc. El tratamiento será específico a fin de aliviar el problema de origen.

El mecanismo de continencia es ineficaz para el control de líquidos (Hatch, 1988). Si se descarta la presencia de impactación fecal; la terapia farmacológica incluye prescripción de lomotil y loperamide, medicamentos que han demostrado eficacia en el control de la diarrea.

En el caso de una fisura anal crónica; MAR congénita que incluye Enfermedad de Hirschprung, ano de localización anterior o alguna anomalía anatómica y/o funcional, puede recurrirse a la intervención quirúrgica a fin de corregir el problema de origen (Schiller, 1986).

En caso de que la valoración indique sólo la presencia de CN, impactación fecal y/o megacolon funcional, el tratamiento médico estándar para la EC de retención consiste en cambios dietéticos, prescripción de ejercicio físico, empleo de enemas, laxantes y supositorios evacuantes. El criterio para realizar estos procedimientos se basa en la necesidad de evacuar del intestino el excremento que ha experimentado impactación y en producir evacuaciones regulares. A menudo se emplea aceite mineral con esta finalidad, combinado en ocasiones con un tratamiento inicial de laxantes o enemas (Howe y Walker, 1992).

Los enemas y laxantes se interrumpen una vez que se ha evacuado el intestino. Se prosigue con la administración de aceite mineral durante varias semanas hasta que se establezcan las evacuaciones intestinales regulares. A continuación se disminuye lentamente la dosis hasta que se interrumpe por completo. Como el aceite mineral inhibe la absorción de vitaminas liposolubles, debe tomarse un complemento vitamínico múltiple como parte del tratamiento (Levine, 1976, 1982; Hatch, 1988; Boon y Singh, 1991).

CAPITULO III: ENFOQUE CONDUCTUAL

1. DEFINICION Y CONCEPTUALIZACIÓN DE ENCOPRESIS/CONSTIPACION

La EC funcional se refiere a la emisión de heces en la ropa o en otros lugares inaceptables cuando no se debe a una afección física. Este trastorno se diagnostica cuando este suceso se produce al menos una vez al mes en un niño de cuatro años de edad como mínimo (Wicks- Nelsen e Israel, 1997).

La etiología de la EC puede ser descrita eficientemente desde la perspectiva de la teoría conductual. Este modelo hace hincapié en el fracaso del aprendizaje del control de esfínteres; así como en la existencia de experiencias de aprendizaje inadecuadas o inapropiadas como factor etiológico principal en el desarrollo y mantenimiento de la EC (Akande, 1993).

La EC primaria se explica casi siempre por la incapacidad de aplicar de forma consistente los métodos de entrenamiento convenientes. La EC secundaria se explica por principios de condicionamiento de evitación. La evitación del dolor o del miedo refuerza la retención. Las consecuencias positivas también pueden mantener la falta de control de esfínteres, pudiendo existir refuerzos inadecuados a un control adecuado (Wicks-Nelsen e Israel, 1993).

Schmitt (1984; citado por Boon y Singh, 1991) encontró una incidencia menor del 1% de casos orgánicos en el origen y mantenimiento de la EC primaria no derivada de CN. De donde se conceptúa que en la etiología participan predominantemente elementos de un aprendizaje mal inducido.

En estos casos generalmente puede encontrarse:

Pautas punitivas, pautas de excesivo control e intrusión; o por el contrario, excesiva indulgencia en un entrenamiento mal inducido. Derivado de lo anterior una relación padres- hijo perturbada. No es poco común encontrar en estos niños fobia al excusado o al cuarto de baño, presentando franca conducta evitatoria. Este último elemento suele ser central en el origen y evolución del síntoma (Boon y Singh, 1991).

Desde este punto de vista, la retención o evitación voluntaria o involuntaria de la evacuación en el inodoro puede aunarse a múltiples causas en el desarrollo de estreñimiento, y secundariamente la incontinencia (EC) puede aparecer. Estas causas diversas incluyen la dieta, medicaciones, tensiones o estrés ambiental, etc.

Por otra parte, la EC secundaria o incontinencia después de un lapso en que el niño fué entrenado exitosamente en la continencia; se relaciona a un inadecuado reforzamiento para la defecación adecuada, al negativismo consciente ó manipulación, reforzamiento inadvertido de la incontinencia, así como condicionamiento aversivo (Doleys et al. 1981; citado por Lyman y Hembree- Kigin, 1994).

Esto último podría provocar la evitación de la defecación adecuada; resultado de que tal acto es apareado con eventos aversivos, que pueden variar desde temor a quedar solo en el baño, sobreexigencia parental durante el entrenamiento y defecación dolorosa que también puede asociarse al origen de la CN (Ollendick y Hersen, 1986).

Así, la retención es reforzada negativamente al retrasar el dolor. Esta conducta puede persistir a pesar de que cuando el niño finalmente experimenta un movimiento intestinal, el dolor (o cualquier otro evento aversivo) es más fuerte que si no hubiera

retención; y el niño recibe a fin de cuentas reforzamiento a través de la atención parental y otras reacciones en la presencia de un reforzamiento inadvertido (Akande, 1992).

Conductualmente este modelo conceptúa a la CN como la disminución crónica en la frecuencia de ocurrencia de la conducta evacuatoria; la cual deriva de factores diversos, entre los que se destacan los conductuales (evitación de la defecación).

Toda vez que la CN inicia, ésta tiende a hacerse crónica y puede desarrollarse una impactación fecal; en la cual la materia fecal se comprime y deshidrata en el colon. Esta masa incrementa en tamaño debido a la adición de materia fecal. Como resultado de heces de gran tamaño las paredes del colon se distienden (megacolon funcional) y el tono muscular se pierde. De esta forma el recto queda no solo parcialmente obstruido, sino que la función intestinal (evacuatoria) se ve perturbada (sensibilidad y motilidad). La obstrucción solo permite el paso a materia líquida y fragmentos pequeños, ya sea en el inodoro o en la ropa íntima; con poca o nula sensibilidad y de movimientos intestinales voluntarios.

Resulta central para el terapeuta conductual tener en mente este cuadro siempre que se disponga a evaluar y tratar a un niño ecoprético, ya que gran parte de los casos derivan de la condición descrita.

2. EVALUACION CONDUCTUAL

NOTA. Generalmente una evaluación médica debe preceder a la psicológica. O bien, pueden realizarse a la vez. Es muy importante estar al tanto de los resultados médicos, y de ser posible, mantener un contacto estrecho con el médico tratante.

No debe olvidarse que la EC/CN son problemas complejos. La visión al enfocarse al problema debe ser amplia. La evaluación conductual es de importancia crucial, ya que tiene como objetivos determinar la naturaleza actual del síntoma; su frecuencia, severidad, factores asociados, posibles factores que generaron el síntoma y aquellos que lo mantienen. Debe obtenerse como parte de esta evaluación un registro a manera de inventario (autoreporte), a fin de contar con una línea base del síntoma.

La evaluación comprende una serie de entrevistas clínicas, las cuales constituyen las bases para una evaluación global inicial. Típicamente, la entrevista clínica debe cubrir las áreas siguientes: a) Historia de la EC, incluyendo su aparición, severidad y factores que la potencian; b) historia médica y familiar; c) problemas concurrentes y derivados ((comorbilidad psiquiátrica, disfunción escolar, familiar, social, etc.); d) estresantes ambientales, tanto en casa como en la escuela; e) historia detallada del entrenamiento en el control de esfínteres; y f) historia de tratamientos previos (Boon y Singh, 1991).

Debe obtenerse asimismo una historia clínica extensa. Durante la realización de ésta, Levine (1982) recomienda la exploración de los siguientes puntos *:

- 1.- ¿En qué etapa del desarrollo se puede rastrear el origen del problema?
 - ¿El inicio se circunscribe a un evento estresante particular?
 - ¿Ha sido el menor completamente entrenado?
 - ¿El problema se asocia a factores de un entrenamiento mal inducido?
- 2.-¿Cuál es el patrón evacuatorio actual del niño
 - ¿Evita el niño la defecación en el inodoro total o solo parcialmente?
 - ¿La evitación se confina a ciertos lugares (p.e. el baño escolar)?
 - ¿Muestra el niño indiferencia o mayor interés a otras actividades al presentarse los movimientos intestinales?
 - ¿Cuál es la consistencia y el calibre de las heces?

- 3.-¿ Cual es la severidad y patrón actual de la incontinencia del menor?
- ¿La incontinencia se limita a ciertos horarios y lugares?
 - ¿Ocurre el síntoma diariamente(frecuencia) o sólo esporádicamente?
 - ¿*Los accidentes son movimientos intestinales totales(consistencia, calibre,cantidad) ?*
 - ¿*Detecta la necesidad?. ¿ Cómo reacciona?*
 - ¿ *Presenta el menor motivación para resolver el problema?*
- 4.-¿Qué condiciones psicosociales en el ambiente del niño pueden estar promoviendo o agravando el síntoma?
- ¿Existen conflictos familiares importantes?
- 5.- ¿ Existen condiciones en el niño que puedan estar agravando la EC?
- ¿ Se observa al menor significativamente deprimido?
 - ¿ Presenta el niño dificultades en su interacción social?
 - ¿ Presenta el niño déficit de atención importante?
 - ¿ Existe sospecha de abuso sexual?
 - ¿ *Se presenta: mal rendimiento escolar- alteraciones de conducta importantes?*
- 6.-¿ Cual ha sido el costo de la EC para este niño?
- ¿ Ha sido el menor segregado del círculo escolar- familiar?
 - ¿Ha habido ganancias secundarias del síntoma?
 - ¿ Ha desarrollado el menor estrategias secundarias maladaptativas?
 - ¿ Qué patrones conductuales asociados han emergido - en la familia y en el niño- en respuesta a la encopresis?
- 7.-¿ Cómo ha hecho frente el niño y la familia al síntoma?
- ¿ Han sido empleadas medidas consistentes?
 - ¿ Existe culpa y reproches asociados al problema?
 - ¿ Ha provocado el problema fricciones al interior del núcleo familiar?
- 8.- ¿Cómo entiende el niño su problema?
- ¿ *Cual es la actitud del menor ante cada accidente?*
 - ¿ Por qué cree el niño que el control (intestinal) se ha perdido?
 - ¿ Cómo puede el menor afrontar y hablar sobre su encopresis?
- 9.- ¿ Por qué consideran los padres que el menor presenta encopresis?
- ¿ Cuales creen que son las causas subyacentes?
- [* Las cursivas son preguntas mías, que he encontrado de utilidad formular]

La respuesta a estas cuestiones es de gran valía en el establecimiento de una firme alianza terapéutica, así como en el conocimiento del cuadro general del niño con EC. Concurrentemente al desarrollo de las entrevistas, será de utilidad - tal como ya se ha mencionado- la obtención de un registro de ocurrencia del síntoma (ver anexo). Existen escalas estructuradas como la de Touchette, Mc Donald y Langer (1985; citados por Boon y Singh, 1991); y otras escalas como la de Bragato(1998) para padres e hijos. Los registros conductuales son útiles en el establecimiento de los patrones defecatorios. ayudan a determinar la motivación paterna y del niño para seguir el tratamiento. la capacidad para seguir y entender las instrucciones; y cabe utilizarlos como línea base a fin de evaluar con precisión la eficacia del tratamiento (Ollendick y Hersen, 1986). Optimamente los registros deben incluir la frecuencia de los accidentes, la magnitud de cada accidente, cuándo y dónde ocurre el episodio. Debe incluir a la vez los patrones

defecatorios adecuados (en el inodoro); de ser posible se incluirán las contingencias de conducta implementadas.

La evaluación debe proveer de datos suficientes a fin de definir un diagnóstico diferencial del tipo de EC presente en el niño; ya que de tal diagnóstico partirá la elaboración del plan terapéutico. Deben definirse asimismo los elementos o estímulos principales que han generado, mantienen y potencian el síntoma; así como las conductas específicas que serán sometidas a modificación.

3. *TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA ENCOPRESIS/CONSTIPACION*

Los tratamientos conductuales han mostrado ser altamente efectivos en la reducción del síntoma encoprético; son además los más ampliamente documentados y estandarizados. Todos parten de una evaluación rigurosa tal como se ha descrito.

Este enfoque terapéutico emplea procedimientos de análisis conductual aplicado a fin de evaluar y modificar los estímulos que mantienen la conducta desadaptativa meta; en este caso la defecación inapropiada. Fiel a su adherencia científica, el tratamiento conductual implica además la realización de registros pre y postest, a fin de determinar con precisión el éxito obtenido.

Uno de los puntos esenciales en las técnicas conductuales es la identificación de las conductas objeto de modificación. A pesar de que los tratamientos presentan rasgos comunes, el tratamiento del niño encoprético debe ser individualizado, teniendo en cuenta los déficits conductuales específicos. Una defecación adecuada realizada en el inodoro debe ser considerada como la meta final de una larga cadena de conductas; entre las que se incluyen conductas requeridas tales como detección de la necesidad, la capacidad de localizar el lugar apropiado y el desnudarse, etc. (Ollendick y Hersen, 1986).

Estas conductas ya pueden estar presentes en los niños con excesiva retención y estreñimiento. En estos casos, el objetivo sería aumentar la regularidad de los movimientos intestinales. El clínico debe ser altamente sensible a las causas de la retención o evitación de la defecación, ya que por ejemplo en el caso de una fobia al excusado o cuarto de baño, las conductas requisitas están presentes, pero el miedo y la ansiedad interfieren en la realización correcta del acto. En tal caso, el abordaje debe adecuarse a las necesidades específicas presentes (Ollendick y Hersen, 1986).

Doleys (1985; citado por Boon y Singh, 1991) ha categorizado los programas conductuales para el tratamiento de niños con EC/CN en los siguientes cuatro grupos:

A) TIPO I : EMPLEO DE REFORZAMIENTO POSITIVO

Teóricamente, el reforzamiento debe ser superior al uso de reforzamiento negativo o castigo. Los programas que emplean esta aproximación proveen reforzadores contingentemente a la aparición de movimientos intestinales apropiados (mientras el niño está sentado en el inodoro). En la fase inicial del tratamiento pueden emplearse laxantes y enemas a fin de facilitar la conducta evacuatoria apropiada. No se emplea el castigo como procedimiento de eliminación de los accidentes.

B) TIPO II : EMPLEO DE REFORZAMIENTO POSITIVO

En esta técnica se proveen reforzadores contingentemente a la presencia de ropa limpia (ropa interior, pantalones tras un chequeo regular), en lugar de reforzar el hábito higiénico apropiado. El castigo no forma parte del programa. No obstante de arrojar ocasionalmente resultados positivos, este método tal cual no es recomendable, dado que el énfasis en la presencia de ropa limpia para obtener un reforzador, puede derivar en la retención activa de las heces.

C) TIPO II: EMPLEO DE CASTIGO

En estos programas, se presentan contingencias aversivas a la aparición de accidentes ((defecación en ropa). Son frecuentes el uso de tiempo fuera, la limpieza de la ropa sucia con jabón áspero y agua fría; así como el aseo en agua fría como procedimientos aversivos tras cada accidente.

El uso de tales procedimientos en exclusión de otros no es recomendable, a pesar de mostrarse eficaces en algunos niños, dado que resulta crucial desarrollar y mantener una relación positiva entre los padres y el hijo; así como entre el terapeuta, los padres y el hijo. Existe en efecto una alta probabilidad de que el castigo origine respuestas emocionales indeseadas y altamente contraindicadas; se desarrolle una interacción padres- hijo negativa y conduzca a una retención excesiva.

D) TIPO III : PROGRAMA COMPRENSIVO O INTEGRAL

Estos programas involucran una gama integral de varios de los componentes anteriores, en base a las necesidades específicas de cada caso. Estas técnicas son más globales y generalmente combinan reforzamiento positivo y castigo. Cuando es necesario, se utilizan enemas y laxantes.

Por ejemplo, un programa de 3 componentes se constituiría de la forma siguiente: 1) chequeo regular (cada 2 horas) de ropa interior, proveyendo reforzamiento verbal en caso de encontrarlo limpio; 2) reforzamiento positivo ante la conducta higiénica apropiada; y 3) entrenamiento en limpieza (el niño lava su ropa sucia y se baña) tras cada accidente de manchado . Los programas comprensivos o integrales han demostrado ser altamente efectivos en el alivio del síntoma encoprético.

CAPITULO IV: ENFOQUE INTEGRAL DE LA ENCOPRESIS/ CONSTIPACION

1. ENFOQUE MEDICO- CONDUCTUAL

Una tercer aproximación a la comprensión y tratamiento de la EC/CN se refiere al tratamiento mixto de los trastornos descritos. Esta aproximación concibe una etiología compleja en el origen de la EC/CN; en la cual se plantea la intervención de factores múltiples de naturaleza diversa. Por ejemplo, la dieta, aunada a factores constitucionales (extrema absorción de agua por parte del intestino), pueden conjugarse con una perturbación en el uso adecuado del inodoro (evitación), lo cual puede generar a mediano plazo CN, obstrucción del intestino .EC o incontinencia por rebosamiento.

Tal como puede notarse, se habla de factores físicos y psicológicos. Este enfoque por tanto incluye la combinación de evaluación y manejo médico- conductual.

La aproximación pediátrica estándar se basa en la evaluación que comúnmente implica tacto rectal y el colon por enema (ver capítulo II). Se administra una combinación de enemas y laxantes para una evacuación inicial del colon; puede emplearse subsecuentemente aceite mineral y algún ablandador de heces; a fin de facilitar la continuidad del funcionamiento intestinal (Withehead y Schuster. 1981). El médico generalmente recomienda también a los padres una modificación dietética a base de frutas, líquidos y fibra para prevenir la constipación.

Conjuntamente a la evaluación y tratamiento médico; debe desarrollarse una evaluación y tratamiento conductual. Esta evaluación comprende la detección de los factores desencadenantes, y de aquellos que mantienen el sintoma; estresantes ambientales y comorbilidad psiquiátrica; así como el registro calendarizado del sintoma (ver capítulo III). El tratamiento comúnmente se basa en el desarrollo de un programa del tipo integral o comprensivo (ver capítulo III). El desarrollo del programa debe individualizarse según las condiciones del caso, y de los resultados y condiciones del tratamiento médico.

El tratamiento mixto se basa en la respuesta a las preguntas siguientes: 1)¿Tiene o no el menor encopresis retentiva (derivada de CN); y 2) ¿ Se presenta comorbilidad psiquiátrica y factores psicosociales que derivan en la persistencia de la EC?

El tratamiento mixto de la EC/CN parece rendir los mejores resultados. Los estudios se dividen en tres grupos: aquellos que emplean enemas o supositorios para provocar el vaciado y movimientos intestinales; aquellos que hacen uso de laxantes; y los que consideran que la medicación es de ayuda mínima (Thapar et al, 1992).

2. ANTECEDENTES

Levine (1974, 1976, 1982), desarrolló una versión modificada del protocolo pediátrico estándar. Esto como respuesta al éxito limitado e inconsistente que el manejo médico por sí solo aporta (Lyman y Hembree-Kigin. 1994). Este autor delincó la guía específica del procedimiento de uso de enemas, laxantes, aceite mineral y modificación dietética, con indicaciones cronológicas para cada intervención.

Levine (1982) también destacó el valor de las intervenciones conductuales tales como el automonitoreo y reforzamiento; así como la necesidad de consejería para la familia y el paciente a fin de resolver las complicaciones psicosociales. Su aproximación enfatiza el factor educacional, mostrando al niño y a sus padres con diagramas y dibujos los

factores biológicos implicados en la EC. El programa de tratamiento se presenta al niño como un programa de fortalecimiento del músculo intestinal. En contraste a muchos programas conductuales, Levine no recomienda instar al niño a lavar su propia ropa sucia; no obstante, sugiere que el niño debe bañarse por sí mismo después de cada accidente.

Levine (1976) reportó en un estudio clásico la efectividad de un programa de tratamiento integral. Este incluyó la limpieza inicial del intestino, lo cual se realizó con enemas, supositorios y laxantes orales. Se realizaron placas de rayos X antes y después de este procedimiento. Se añadió el uso continuado de ablandador de heces (aceite mineral), explicación del funcionamiento intestinal normal, con énfasis en la reducción de la culpa; así como regulación de la conducta higiénica y establecimiento de hábitos. En un año de seguimiento; de 127 niños, 51 % de ellos(56) tuvo una remisión completa; y 27% (30) mostró considerable mejoría.

Nabors y Morgan (1995), describen el tratamiento de un niño de 4 años 6/12 con EC retentiva. Los autores emplearon un programa de manejo de contingencias implementadas en casa, consistentes en modificación dietética, laxantes, castigo ante accidentes de manchado, entrenamiento en control de estímulos y reforzamiento positivo para la defecación adecuada. La dieta, combinada con incremento en la práctica de defecación apropiada fué asociada con la eliminación del uso de laxantes, el decremento de accidentes; y el incremento de los movimientos intestinales apropiados. El éxito se mantuvo 1 año después del tratamiento. Los autores apoyan la evidencia de la efectividad de la modificación dietética, combinada con técnicas de manejo conductual en el tratamiento de la EC retentiva.

Cox, Sutphen, Ling, Quillian, et al (1996), compararon el factor de éxito en el tratamiento de 44 niños(con edades 6 a 15 años), quienes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: 1) médico (laxantes); 2) conductual combinado con laxantes y entrenamiento de defecación; y 3) biofeedback del esfínter anal con laxantes y manejo conductual.. Se completaron diarios de ocurrencia del síntoma 14 días antes hasta la iniciación, y 3 meses de seguimiento tras la iniciación. El manejo conductual y biofeedback fueron superiores al tratamiento de laxantes en la reducción de la EC durante los 14 días de tratamiento. La reducción de accidentes se asoció al incremento en la frecuencia de movimientos intestinales, reducción en el dolor al defecar y en la sugerencia parental para el uso del excusado. Dada su eficacia y facilidad de operación, los autores concluyen que el manejo conductual y entrenamiento en la defecación debe ser el tratamiento de elección inicial.

Stark et al(1997), describen un estudio similar de tratamiento multimodal, que emplea manejo médico(enemas, vaciado del intestino, dieta alta en fibra); rutina evacuatoria y modificación de conducta con programa operante, en 59 niños(edades 2 años 8/12 a 12 años 8/12), en los cuales el manejo médico estándar había fallado para su EC retentiva. En toda la muestra, el número de accidentes de manchado decreció 85%, mientras la frecuencia semanal de movimientos intestinales independientes incrementó 15%. En la mayoría de los sujetos(86%) se eliminó el manchado de ropa al final del tratamiento y no requirieron tratamiento adicional. Los resultados apoyan la eficacia del manejo combinado médico- conductual.

Cox, Borowitz, Kovatchev y Boris (1998) desarrollaron un modelo que incorpora parámetros fisiológicos, conductuales y psicosociales, para explicar el mantenimiento y consecuencias de la EC pediátrica. Se hipotetizó una etiología multimodal, en donde un tratamiento multimodal resultaría más efectivo. 87 niños(con edades 6 a 15 años) con

diagnóstico de EC, se asignaron al azar en 3 grupos de tratamiento: 1) cuidado médico intensivo; 2) entrenamiento en defecación adecuada y 3) biofeedback dirigido al relajamiento del esfínter anal externo durante el intento de defecación, combinado con entrenamiento en la defecación, laxantes y enemas. Tres meses posteriores al inicio del tratamiento, las condiciones 2 y 3 produjeron reducciones similares del síntoma(76% y 65%), que fué superior a la condición 1 (21%). Los resultados indican que el entrenamiento en la defecación debe ser usado rutinariamente con terapia de laxantes en el tratamiento de la EC crónica.

3. *COMORBILIDAD PSIQUIATRICA Y ENCOPRESIS/CONSTIPACION*

No debe perderse de vista la alta comorbilidad psiquiátrica asociada a la EC (Levine, 1982). Por ejemplo, Johnston y Wright(1993), encontraron en un grupo de 167 niños encopréticos(edad media de 8 años 3/12), una alta incidencia de Trastorno por Déficit de Atención(TDA). El porcentaje estimado fue de 23.4% con rasgo marcado de TDA. Tal incidencia era similar para cada género y grupo de edad.

Asimismo, se ha asociado a la EC la presencia de trastornos de aprendizaje y conductuales, depresión, ansiedad, discapacidades cognitivas, retardo mental; y en la génesis del síntoma, la presencia de abuso sexual (Boon y Singh, 1991). Si la valoración inicial indica la presencia alterna de los trastornos descritos, debe determinarse si éstos coexisten pero sin relacionarse a la EC. También si éstos precipitaron la EC o son secundarios a ésta.

Sin importar qué trastorno precipita a cual, cada uno debe ser tratado con terapia específica, añadiendo el tratamiento para la EC. Aunque puede implementarse un tratamiento integral en un intento de manejo transversal de los diferentes trastornos

Si la valoración indica que el trastorno comórbido es secundario a la EC, entonces será necesario tratar solo a la EC, dado que un tratamiento exitoso producirá una reducción concomitante del segundo(s) trastorno. Si no obstante, los trastornos comórbidos generan o derivan en la EC, siendo ahora ésta mantenida por diferentes variables, debe indicarse el tratamiento específico del trastorno involucrado(Boon y Singh, 1991).

CAPITULO V: METODOLOGIA

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la respuesta sintomática en niños de 3 años 6/12 a 12 años 11/12 de edad, con diagnóstico de encopresis/ constipación; al manejo con un protocolo de tratamiento médico- conductual?

2. JUSTIFICACIÓN

La conceptualización y el manejo de la encopresis/ constipación es diversa tal como se ha mencionado. La propuesta de este estudio es el tratamiento médico- conductual; su importancia radica en que permite: 1) establecer sesiones definidas; 2) especificidad en el manejo; 3) replicación del mismo; 4) rápida remisión del síntoma(s); 5) rápido uso discontinuado de enemas; 6) ajuste al tratamiento de ambiente hospitalario, evita las visitas frecuentes al hospital; 7) en general, una alta efectividad de acuerdo a lo reportado en la literatura.

Esta propuesta intenta dar respuesta a la necesidad de contar con un protocolo estándar de tratamiento exitoso a corto plazo de los trastornos mencionados.

3. OBJETIVO GENERAL

Este estudio replica los puntos esenciales del tratamiento estándar existentes en otros países. Se busca evaluar la respuesta sintomática en niños de 3 años 6/12 a 12 años 11/12 de edad, con diagnóstico de encopresis/ constipación; al manejo con un protocolo de tratamiento médico- conductual.

4. HIPOTESIS

Se trata de un estudio exploratorio, motivo por el cual no se plantean hipótesis. No obstante, se espera que el tratamiento propuesto médico- conductual, produzca una remisión efectiva del síntoma encoprético/ constipación; de acuerdo a la efectividad mostrada por este tratamiento en el manejo de niños encopréticos.

5. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio exploratorio, transversal, prospectivo, para el cual se plantea un diseño de series básicas de tiempo (AB) pre-postest de un solo grupo (Kratochwill, 1978).

6. DEFINICION DE VARIABLES

1.- INDEPENDIENTE: Tratamiento conductual. Variable nominal, con dos categorías posibles: presencia o ausencia; considerándose sólo la primera.

2.- DEPENDIENTE: Defecación inapropiada. Variable nominal, dividida en tres categorías:

- a) Encopresis sin constipación asociada
- b) Constipación sin encopresis asociada
- c) Encopresis con presencia de constipación

Se anotarán tanto en los padres como en los niños las variables: edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico.

NOTA: Se estudió a un solo grupo, conformado por pacientes con dos síntomas posibles: encopresis y constipación; así como la combinación de ambos. Los objetivos de la evaluación y tratamiento se centraron en el estudio de dos series de datos: 1) frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios; y 2) frecuencia de los episodios de incontinencia.

7. DEFINICION DE TERMINOS

1.-TRATAMIENTO CONDUCTUAL: Técnica formal que emplea los principios de la teoría del aprendizaje, a fin de incrementar la frecuencia de los comportamientos deseables y disminuir la incidencia de los que no lo son. Las conductas son modificadas o mantenidas por el arreglo de las consecuencias que le siguen, lo cual puede realizarse con base a programas diversos; tales como son:

- a) REFORZAMIENTO CON FICHAS: Programa en el cual la consecuencia positiva o reforzador es una ficha o punto, el cual debe cambiarse después por alguna actividad o premio reforzante.
- b) REFORZAMIENTO DIFERENCIAL DE OTRAS CONDUCTAS: Técnica en la cual se refuerzan (preman) conductas opuestas a la indeseada, a fin de decrementar su incidencia evitando el uso de castigo.
- c) CASTIGO: Procedimiento que consiste en presentar un evento aversivo ante la emisión de la conducta indeseada; tiene como finalidad decrementar la frecuencia de la conducta.
- d) COSTO DE RESPUESTA: Modalidad de castigo en el cual se retira la consecuencia positiva o reforzador, contingentemente a la emisión de la conducta indeseada.

2.- ENCOPRESIS: La emisión de heces en la ropa o en otros lugares inadecuados cuando ya se descartó un origen orgánico.

3.-CONSTIPACIÓN(ESTREÑIMIENTO): La evacuación infrecuente o difícil de las heces; cuadro que puede derivarse de múltiples causas orgánicas.

8. MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico, ya que se incluyó a los niños que en un periodo de 6 meses acudieron a consulta al servicio de Cirugía y de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". En todos los casos se pidió el consentimiento por escrito de los padres para participar en el estudio.

9. SUJETOS

Se atendieron 20 pacientes, 3 niñas y 17 niños, con un intervalo de edad al inicio del tratamiento de 3 años 6/12 a 12 años 11/12, con una media de edad de 8 años 5/12. Todos ellos cuyo diagnóstico principal fue la encopresis (8 casos), la constipación (4 casos); o bien, ambos diagnósticos (8 casos). 3 pacientes fueron perdidos durante el seguimiento por inasistencia. Los datos de estos pacientes no se consignan en los resultados.

De los pacientes tratados, 8 habitan en el D.F. y 9 en el Estado de México. De acuerdo a la clasificación que realiza el Servicio de Trabajo Social, que considera 6 índices de nivel

socioeconómico, se registró éste del expediente, encontrándose que 10 pacientes (60 %) de la muestra se ubican en el nivel 2, correspondiente a un nivel socioeconómico medio bajo.

NOTA: Si bien los criterios de la APA(1994) marcan como criterio diagnóstico una edad mínima de 4 años, en el Hospital Infantil de México se observa el trastorno incluso a menor edad. Se partió de la edad de 3 años 6/12 porque de acuerdo a autores diversos(Ajuriaguerra, 1985; Stark et al, 1997), el control de esfínteres a esa edad ya debió lograrse. El límite de edad en 12 años 11/12, se encuentra dentro de los parámetros comúnmente empleados en la investigación, porque permite un tratamiento unívoco, puesto que los sujetos de mayor edad requieren un manejo diferente.

10. MATERIALES

El manejo médico requirió del uso de laxantes(leche de magnesia), enemas y supositorios. Todos los medicamentos fueron prescritos por los médicos del servicio de cirugía y administrados por los propios padres.

Adicionalmente, el manejo conductual requirió de:

- Hojas de registro- calendario para el paciente (anexo A)
- Hojas de consentimiento por escrito (anexo C)

11. GUIA SEMIESTRUCTURADA PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENCOPRESIS POR CLASIFICACION

NOTA: Gran parte de este protocolo fué tomado del programa desarrollado por Levine(1981, 1982) para niños con EC y CN psicógena. Se retomó la parte médica y se amplió la parte psicológica. Este protocolo intenta ser una guía del manejo de pacientes con trastornos de la eliminación. No debe tomarse con rigidez extrema lo que a continuación se presenta. Esto es porque en todo momento el tratamiento debe ajustarse a las necesidades específicas de cada paciente; y nunca a la inversa.

1.-EC RETENTIVA, DERIVADA DE ESTREÑIMIENTO/ CONSTIPACION CRONICA

1.- El primer paso incluye prescripción de DIETA señalada por el servicio de cirugía (ver anexo D). Esta se compone de:

- 1.1 Alimentos con gran cantidad de fibra(frutas, verduras, pan integral, cereales, etc.)
- 1.2 Reducción en el consumo de leche y alimentos a base de ésta.
- 1.3 Limitación en el consumo de golosinas.

2.-Proceso de DEMISTIFICACIÓN. Es un periodo de consejería y educación. Se trabaja con el niño y sus padres respecto a los puntos siguientes:

2.1 La EC se propone como un problema común de la infancia, asegurando que muchos niños la padecen. Ello reasegura al niño y a su familia contra la ansiedad que generalmente sienten, dado que por lo común desconocen a otras personas con el mismo problema. Con este mismo propósito:

2.1 Se indica que la EC no se debe a una psicopatología asociada, ni a un intento propositivo del niño.

2.3 Se emplean dibujos y diagramas para explicar el mecanismo de distensión intestinal, y la patogénesis que ha provocado la pérdida de sensibilidad y tono del músculo intestinal.

2.4 Se enfatiza la presencia de un problema físico asociado. Se puede explicar como un factor constitucional, dietético; que favorece la absorción extrema de agua de las heces en el recto, haciéndose éstas duras y generando una defecación dolorosa, la evitación al cuarto de baño y con ello la cronicidad.

2.5 Se explica que el plan de tratamiento de la EC partirá de la necesidad de evacuar totalmente el intestino de los fecalomas (formaciones duras que obstruyen el recto). Ello con el propósito de evitar la impactación crónica del intestino con heces duras y de difícil evacuación, ya que ello lleva a la obstrucción prolongada, distensión del recto, estreñimiento, defecación dolorosa; así como pérdida del tono, sensibilidad y fuerza del intestino.

2.6 Esto se manejará con la metáfora de "fortalecer el músculo intestinal", simbolizando su crecimiento, adquisición de autonomía, sensibilidad efectiva y logrando con ello el control social por parte del niño.

2.7 Se establece un contrato de trabajo, partiendo de una buena relación padres- hijo-terapeuta. Se enfatiza la importancia de su participación activa durante la administración del tratamiento, la persistencia en el seguimiento de las indicaciones y en la aportación de datos.

2.8 Es muy importante establecer aquí, qué persona se hará cargo de la administración del programa.

2.9 Se explica a ambas partes (padres- hijo) la necesidad del seguimiento riguroso de las instrucciones con el fin de lograr efectos terapéuticos rápidos. Se les indica además la necesidad de persistir en el tratamiento aún lograda la remisión del síntoma; y la importancia del seguimiento de 6 meses de duración.

2.10 Se escucharán las expectativas de ambas partes.

2.11 Se señala la necesidad de una evacuación regular (rutina evacuatoria); y que el niño acepte la responsabilidad de sus propios hábitos higiénicos; por tanto se desalentarán los procedimientos coercitivos implementados por los padres en su urgencia de que el niño acuda al baño.

3.- Proceso de CATARSIS. El siguiente paso consiste en una vigorosa evacuación de los intestinos, a través de enemas, supositorios y/o laxantes.

3.1 Levine (1982), ha recomendado el uso de hasta cuatro ciclos de 3 días; comenzando con dos enemas de fleet para adulto en el primer día, un supositorio de bisacodyl (Dulcolax) en el segundo, y una tableta de bisacodyl en el tercero. En muchos casos, cuatro o cinco de tales ciclos (12 a 15 días) serán indispensables antes de que el niño quede totalmente libre de fecalomas.

3.2 Después de 2 a 3 semanas comúnmente se requiere de un seguimiento de rayos X del abdomen; a fin de determinar el éxito o la necesidad de prolongar el proceso de catarsis. Una exploración rectal puede ser también útil.

3.3 Usualmente el proceso de catarsis no es realizado de base en pacientes externos. No obstante, la hospitalización puede ser necesaria si la constipación es extremadamente severa, si el manejo en casa es pobre, o en casos donde una relación perturbada padres-hijo, puede afectar adversamente el tratamiento.

3.4 Ingebo y Heyman(1988, citados por Boon y Singh, 1991), recomiendan la administración de solución de polietil-englicol-electrolitos(golytely), oralmente ó a través del tubo nasogástrico; lo cual puede ser efectivo en la limpieza intestinal de los niños encopréticos, los cuales no responden al manejo externo, o se muestran incapaces de cooperar por completo con el proceso de catarsis.

4.- Establecimiento de RUTINA EVACUATORIA.

4.1 Toda vez que el proceso de catarsis se ha completado, se instituye una rutina para mantener la función regular del intestino, focalizada en la defecación regular, indolora y previniendo la impactación o retención de las heces. Los puntos críticos del programa son:

4.1.1 Uso de laxante. Ello con el fin de ablandar las heces y provocar movimientos intestinales, facilitando con ello la defecación repetida e indolora. Este medicamento será prescrito en su uso específico por los médicos, y se indicará su ingestión por lo menos durante 3 meses.

4.1.2 Se insiste en el seguimiento de la dieta recomendada por el servicio de cirugía.

4.1.3 Se establece rutina de hábitos evacuatorios regulares en programación con ambas partes:

A.-Se le sienta en el inodoro dos veces al día.

B).-Se recomienda después del desayuno(antes de ir a la escuela), y después de la merienda(antes de dormir).

C) No importa si el niño siente la necesidad de defecar o no.

D) Debe permanecer en el inodoro durante por lo menos 10 minutos.

E)Nota: esta rutina es esencial en el programa de ejercitación del músculo intestinal, y no forma parte de un procedimiento de castigo por la incontinencia.

5.- PROGRAMA CONDUCTUAL para el mantenimiento funcional del intestino y prevenir la retención.

Iniciando la rutina mencionada, se incorpora inmediatamente el procedimiento de reforzamiento positivo con fichas como parte del programa de mantenimiento para la defecación regular y apropiada.

5.1 Reforzamiento con FICHAS. Se instruirá a los padres sobre la elaboración de un esquema de recompensas a partir de la conducta deseada, definida como defecación adecuada(llevada a cabo en el inodoro). Se partirá de las siguientes indicaciones:

5.1.1 Cada vez que el niño presente un movimiento intestinal(peristalsis, necesidad de evacuar), y defecue exitosamente en el retrete; ya sea ésta provocada por lo padres(como parte de la rutina, administración de laxante); o por propia iniciativa, se le otorgará un punto. Ello debe desplegarse invariablemente en el retrete, y debe producirse la defecación efectivamente. No se recompensará por solo sentarse en el inodoro.

A)Debe involucrarse activamente al niño en este procedimiento.

B)A menor edad del menor, este procedimiento debe hacerse más significativo. Pueden otorgársele estrellas; o puede manejarse un tablero en la puerta del baño donde se indique con claridad la consecuencia directa de la conducta deseada y estimule su motivación.

C) Se le refuerza verbalmente, mostrando los padres su aprobación.

5.1.2 Se establece en común acuerdo niño- padres- terapeuta la recompensa por la cual el niño trabajará. Esta recompensa se guarda donde no pueda ser vista por el niño, no debe ser costosa y debe ser lo suficientemente adecuada y estimulante para el niño. Puede tratarse de actividades compartidas con los padres, paseos, que fomentan la buena relación padres-hijo.

5.1.3 Toda vez que el niño acumule 10 puntos(la cantidad puede ser menor a menor edad del niño), se le otorgará la recompensa prometida y se crea una nueva modalidad. El tiempo transcurrido entre el logro de la cuota por recompensa, y la adquisición de ésta, no debe ser prolongado.

5.1.4 Muy importante será estimular a los padres a favorecer en todo momento la independencia del niño en cuanto a su conducta higiénica.

5.2 CASTIGO. Con objeto de reducir la presencia del manchado de ropa, se instruirá a los padres en la elaboración de un sistema de castigo en los términos siguientes:

5.2.1 Ante la presencia de ropa interior sucia como consecuencia de la no- retención, se establecerá un programa de entrenamiento en limpieza por cada accidente que incluye:

A) Los padres muestran su desagrado verbal y actitudinalmente.

B) Se le indica al niño que lave su ropa sucia durante 20 minutos.

C) Se le enseña (si es necesario) a tomar un baño para asearse durante 20 minutos aproximadamente.

D) Los padres se muestran durante el proceso poco amistosos. Muestran su desagrado y le recuerdan que lo que le ocurre no debe achacárselo a ellos (sus padres), puesto que todo está bajo su control.

5.3 Si la defecación no se produce en dos días continuos, se administra un supositorio o enema evacuante, ello con el fin de evitar la retención.

5.4 Toda vez que el paciente ha adquirido ya su primera recompensa, se instruye a los padres en el establecimiento de otro sistema en los términos siguientes:

5.4.1 Se recompensará en adelante con un punto, solo la evacuación autoinducida o la que forme parte de la rutina. La inducida por el laxante no se considerará como tal; solo la promovida por supositorio o enema.

5.4.2 Se establecerá otra recompensa estimulante para el niño.

5.4.3 Se mantiene la misma cuota de puntos por recompensa.

5.4.4 Se continúa con el entrenamiento en limpieza en casos de manchado de ropa.

5.4.5 Se continúa con el uso de laxante; supositorios o enemas en el caso indicado.

5.5 COSTO DE RESPUESTA. Conforme el niño obtiene su segunda recompensa, se establece otra, la cual se otorgará en los términos siguientes:

5.5.1 Se mantiene la misma cuota de puntos por recompensa.

5.5.2 Se continúa con entrenamiento en limpieza ante el manchado de ropa; y con ello:

5.5.3 Se restará un punto ante accesos de incontinencia y/o ausencia de defecación en dos días consecutivos.

5.5.4 Se continúa el uso de laxante; supositorios o enemas en el caso indicado.

6.- SEGUIMIENTO. Conforme los movimientos peristálticos y la defecación del niño incrementen, debe instruirse a los padres en la importancia del seguimiento en los términos siguientes:

6.1 Incremento paulatino de 2 puntos a la cuota de recompensa, conforme el niño adquiera la previa.

6.2 Uso continuado de costo de respuesta.

6.3 Se discontinuará paulatinamente el uso de laxantes, supositorios y enemas, conforme se presente mejoría en el paciente y se determine apropiado médicamente.

6.4 El sistema descrito deberá mantenerse durante 3 o 4 meses después de haber establecido la dosis adecuada de medicamentos, y regulado los hábitos evacuatorios. Se supone que éste es el tiempo necesario para que haya desaparecido la dilatación anormal del intestino, recuperado su dimensión normal y su funcionalismo.

6.5 Uso continuado del castigo descrito. Se puede añadir el privarse de privilegios ante la conducta indeseada; por ejemplo, permanecer en casa mientras la familia sale a pasear.

6.6 Conforme el niño es capaz de autoregular sus propios hábitos evacuatorios, se instruye a los padres a decrementar gradualmente la frecuencia de sus indicaciones que urgen a su hijo a que acuda al baño; principalmente cuando éste no lo desea. Ello con el propósito de desarrollar en el paciente una conducta higiénica más independiente.

6.7 La rutina evacuatoria puede flexibilizarse cuando el niño ha mostrado una mejoría palpable y no tiene deseos de defecar. Esto es con el propósito de favorecer que el niño capte y atienda a sus propias señales. La flexibilización corresponde sobre todo a la duración en que permanece en el baño y a los tiempos en que acude.

7.- A lo largo de las sesiones se evaluarán y corregirán los problemas específicos. Se le recuerda al niño que todo está bajo su control, se le ayuda a aceptar la responsabilidad de sus acciones; y que los resultados de su conducta son controlables. A los padres se les insiste en que el éxito del programa y su duración están relacionados con el rigor con que los padres lo lleven adelante y su seguimiento. Asimismo, se hacen los ajustes pertinentes al programa.

II.- ENCOPRESIS NO-RETENTIVA; NO DERIVADA DE ESTREÑIMIENTO/CONSTIPACION

Schmit(1984, citado por Boon y Singh, 1991), encontró una incidencia menor del 1% de casos orgánicos en este tipo de EC. Por tanto, resultará de importancia vital la exploración de factores psicológicos en el origen y mantenimiento de la enfermedad.

II-A.- EC PRIMARIA NO-RETENTIVA

Se le concibe como una falla en el entrenamiento primario que llevaría al control del esfínter anal(Lyman y Hembree-Kigin, 1994). Por tanto, será de importancia fundamental explorar en la entrevista semiestructurada las pautas de entrenamiento en el control de ambos esfínteres, ya que generalmente existen:

- ° Pautas punitivas.
- ° Pautas de excesivo control e intrusión.
- ° O por el contrario, excesiva indulgencia en un entrenamiento mal inducido.
- ° Derivado de lo anterior, una relación padres- hijo perturbada.

1.- Por tanto, en tales casos, será de importancia crucial:

- 1.1 Detener a los padres en la ejecución de tales procedimientos aversivos.
- 1.2 Dar consejería al respecto del entrenamiento.

1.3 Favorecer en todo momento el fomento de una relación positiva padres- hijo.

1.4 Levine(1982), recomienda la interconsulta a terapia familiar, ello con el objeto de lograr el punto anterior.

1.5 Muy importante será excluir la culpa tanto de los padres como por parte del niño; ya que ello puede influir negativamente en dos vertientes: la perpetuación de la génesis del síntoma; y/o una mala relación terapéutica padres- hijo- terapeuta.

2.-Adicionalmente, se instruirá a los padres en un programa de reforzamiento con fichas ante la conducta adecuada, que incluirá en su primera fase:

2.1 Los puntos descritos en el inciso 2 del apartado I de este protocolo; tendientes a tranquilizar a los padres y al niño, a fomentar una relación positiva padres- hijo- terapeuta; así como al establecimiento de un contrato terapéutico, en donde ambos padres - sobre todo quien se hará cargo de la implementación del programa- se comprometan al seguimiento estricto de las instrucciones.

2.2 Se excluyen las explicaciones pertinentes a la CN y la fase de catarsis.

3.- Se establecerá un sistema de recompensas que consistirá en los puntos siguientes:

3.1 Establecimiento de hábitos evacuatorios regulares de acuerdo a los puntos críticos del punto 4.1.3 del apartado I.

3.2 El seguimiento de dieta es esencial; mientras la prescripción de laxantes dependerá de lo que los médicos determinen.

3.3 El sistema de recompensas se establecerá de acuerdo al punto 5 del apartado I.

3.4 Los enemas o supositorios serán excluidos del manejo, a menos que los médicos del servicio de cirugía los prescriban.

3.5 En todo momento, será indispensable insistir a los padres sobre fomentar la independencia en los hábitos evacuatorios/ higiénicos de su hijo.

4.- En un primer momento, se excluirá el castigo en el manejo operativo de los niños con EC primaria. Ello con el objeto de favorecer una relación positiva padres- hijo.

4.1 En caso de falla en la remisión del síntoma, puede implementarse castigo en términos del punto 5.2 y 5.2.1 del apartado I.

5.- Conforme el niño avance en la adquisición de sus recompensas, y se presente concomitantemente la remisión del síntoma:

5.1 Se realiza el manejo del paciente en términos de los puntos 5.4, 5.5, 6 y 7 del apartado I de este protocolo.

5.2 El uso de enemas y castigo se atiene a las restricciones descritas.

II-B.- EC SECUNDARIA NO- RETENTIVA.

Generalmente la EC secundaria se ve precipitada por estresantes medioambientales(en la escuela, hogar), y mantenida por contingencias inapropiadas de reforzamiento. La entrevista clínica durante la evaluación preliminar revelará el factor desencadenante.

1.-Inicialmente en el tratamiento, se estimulará al niño a hablar de la experiencia estresante que precipitó la regresión(p.e. nacimiento de un hermano, separación parental, abuso sexual, etc.).

- 1.1 La vergüenza y culpa deben reducirse o eliminarse en el niño.
- 1.2 Se resguarda a éste asegurándole que no fue culpable por perder la continencia.
- 1.3 Se le insiste que él sigue contando con el amor incondicional de sus padres.
- 1.4 Resultará indispensable que el niño haya ganado algún control sobre esta crisis, antes de ser introducido al programa conductual de re-entrenamiento en la continencia fecal.

2.- Se inicia el manejo con el proceso de demistificación(punto 2, apartado I), con la indicaciones siguientes:

2.1 Se excluye la explicación del proceso de CN/ estreñimiento; y del proceso de catarsis(2.3-2.5, apartado I).

2.2 Se explica la necesidad recurrente del empleo de enemas, supositorios y laxantes en caso de ser necesario. Ello con el propósito de estimular la evacuación y evitar el posible desarrollo de megacolon; sobre todo si el niño tiene antecedentes de tendencia a la retención que puede llevar a la CN. La indicación específica se realizará con base en el punto 5.3 del apartado I.

3.-Se establece rutina evacuatoria de acuerdo al punto 4.1.3.

3.1 Se insiste en el seguimiento de la dieta prescrita por el servicio de cirugía.

4.-REVISION PERIODICA de ropa interior.

4.1 Se instruye a los padres a realizar un chequeo aproximadamente cada 2 horas, con ocasión de identificar accesos de incontinencia.

4.2 Se le refuerza(aprueba) verbalmente si se le encuentra limpio.

4.3 Se indica llevar un diario con precisión en el que se registra por día y en número, la ocurrencia de manchado de ropa y de "días limpios".

5.- Desde el establecimiento de la rutina evacuatoria, se instruye a los padres en la implementación de un sistema de reforzamiento con fichas en base en el punto 5.1 del apartado I.

6.- A partir de la revisión periódica de la ropa interior, se instruye a los padres en la implementación de un sistema de castigo con base en el punto 5.2 del apartado I.

7.- El seguimiento del programa se realizará con base en los puntos 5.4 a 7 del apartado I.

12. PROCEDIMIENTO

La organización secuencial de la investigación fue como sigue:

1.- El servicio de cirugía captó a los pacientes con los requisitos estipulados en este protocolo(1.- edad de 3 años 6/12 a 12 años 11/12; 2.- diagnóstico médico de encopresis/ constipación o ambos; 3.- no se encontró causa física para su trastorno).

2.- Una vez detectados, fueron canalizados al Servicio de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México, con el terapeuta que guió el tratamiento indicado en la guía descrita.

3.-En el Servicio de Psiquiatría se le explicó a la madre (o padres) del paciente en lo que consistía la investigación; y se les pidió por escrito su consentimiento para participar (ver anexo C).

- 4.- Tras la aceptación, se les programó una cita para que acudieran al Servicio de Psiquiatría. Concurrentemente se les instruyó en la elaboración del calendario (ver anexo A), a fin de iniciar la evaluación de línea base.
- 5.- Se realizaron dos consultas aproximadamente de 50 minutos de duración cada una. Durante las mismas se realizó la entrevista semiestructurada descrita (anexo B).
- 6.- A partir de la segunda consulta se inició la instrucción a los padres en la implementación del programa conductual de acuerdo al protocolo descrito en la guía de tratamiento.
- 7.- Las citas se dieron en un intervalo aproximado de 15 días y se fueron espaciando conforme se observó mejoría. En cada sesión se revisó la frecuencia de los accidentes, los errores en la administración del programa (en función del calendario), y se hicieron los cambios y ajustes pertinentes.
- 8.- En cada sesión se recogió el calendario y se entregó otro; ello con el fin de evaluar la evolución y dar seguimiento al síntoma hasta la próxima cita.
- 9.- Las sesiones se dieron cada vez más espaciadas hasta completar 6 meses de seguimiento. Se continuó en cada cita con la recopilación de los datos del registro y se trataron los problemas de ajuste al programa; o bien aquellos problemas colaterales como falta de motivación, problemas conductuales, etc. En todo momento fue imprescindible mantener alta la motivación del niño; involucrándolo activamente en todos los componentes del tratamiento, la elección de reforzadores, permitiéndole externar dudas y sugerencias, etc.
- 10.- Adicionalmente el terapeuta elaboró para sí mismo y por cada paciente un diario en el cual registró durante cada cita:
 - a) La respuesta sintomática (evolución).
 - b) El tipo especial de tratamiento médico reportado por los propios padres.
 - c) Tipo y frecuencia del procedimiento de catarsis(evacuación inducida via los enemas).
 - d) Descripción por los padres de las indicaciones conductuales prescritas la cita anterior (como han seguido y comprendido las instrucciones).
 - e) La consigna de las nuevas condiciones o ajuste al programa conductual: condiciones que serían revisadas en las sesiones subsecuentes.
- 11.- Todos los registros se acumularon para su análisis posterior.

13. ANALISIS ESTADISTICO

Todos los registros (autoreportes) se acumularon para su análisis; con el cual se evaluó cronológicamente y mediante análisis de frecuencia por caso, si la conducta meta indeseada disminuyó efectivamente. Los datos calendarizados se agruparon por casos y se analizaron estadísticamente con la prueba no paramétrica de Mc Nemar (Chi cuadrada); a fin de determinar si hubo remisión del síntoma estadísticamente significativa de acuerdo a los datos.

14. CRITERIOS DE MEJORIA

Se estudió a un solo grupo, el cual, de acuerdo a los criterios de inclusión se conformó de sujetos con las características siguientes:

- a) EC sin CN: El objetivo aquí consistió en decrementar o en eliminar los accesos de incontinencia, al mismo tiempo que incrementar la frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios apropiados (en el inodoro).

b)CN sin EC: El objetivo consistió en incrementar la frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios apropiados(en el inodoro), evitando así la cronicidad y el desarrollo de EC y/o megacolon.

c)EC con CN: El objetivo es el mismo que para el inciso a.

El criterio de éxito se evaluó en función de análisis de frecuencia, obteniéndose un promedio pretest, el cual se contrastó con el posttest para cada sujeto. Se obtuvo también un promedio global del grupo. Se definió:

- 1) El porcentaje de incremento de los movimientos intestinales voluntarios.
- 2) El porcentaje de decremento de los episodios de incontinencia.

CAPITULO VI: RESULTADOS

El cuadro 1 resume las características del grupo de 17 pacientes manejados con el protocolo guía de tratamiento conductual (ver cuadro 1).

Como puede observarse, de los 13 pacientes con incontinencia, se encontró que en 10 de ellos su encopresis era de carácter secundario; y en 3 de ellos la encopresis era primaria (sin periodo previo de continencia). En seis pacientes se encontraron diagnósticos psiquiátricos. En uno de los pacientes se encontró además un anomalía física (neuropatía del Esfínter Anal Externo), al término del tratamiento y que requirió intervención quirúrgica. En 10 pacientes se encontró además una historia recurrente de problemas en el control de esfínteres: historia de constipación temprana; continencia intermitente o tardía, procedimientos de entrenamiento inconsistente (excesiva indulgencia), etc.

En 8 de los pacientes con incontinencia, los accidentes se presentaban en sitio indistinto; ya sea en la escuela, la casa o la calle. En los 5 pacientes restantes el episodio encopréptico se circunscribía a la casa.

En 10 pacientes de toda la muestra se encontraron descripciones de intentos propositivos por evitar la defecación en el inodoro; por ejemplo, el hecho de "aguantarse las ganas" y esconderse para que no se le viera en tal intento.

10 pacientes de toda la muestra ya habían recibido tratamiento previo: 2 de ellos tanto psiquiátrico como médico; los 8 restantes sólo tratamiento médico estándar para niño estreñido.

Por su parte se clasificó a la adherencia como buena, inconsistente y pobre. Ello en función de la capacidad de los padres para seguir las instrucciones, la asistencia y la puntualidad mostrada.

Como puede observarse, sólo 5 pacientes de la muestra estudiada no requirieron tratamiento médico complementario al manejo conductual.

Completados los 6 meses de seguimiento, se realizó un análisis de frecuencia a partir de todos los registros acumulados (solo se tomaron los datos de los 17 pacientes que completaron el seguimiento). Se estudiaron dos series de datos: 1) frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios, ó defecación apropiada - realizada en el inodoro- ; y 2) frecuencia de los episodios de incontinencia ó defecación inapropiada ocurrida en la ropa- . Los objetivos clínicos para el grupo en función de su síntoma fueron en consecuencia: 1) incremento en la frecuencia de los movimientos intestinales apropiados; y 2) disminución en la frecuencia de los episodios de incontinencia o defecación inapropiada. Este punto sólo se consideró para los 13 pacientes con episodios de incontinencia.

CUADRO 1: RESUMEN DE LAS CARACTERISTICAS DEL GRUPO

PC	SX	EDAD	FED	DX	ESC	ECON	EC	OTRS. DX	E.DIF	ACC.ESC	RET	TX.PREV	ADHE	TX.M
1	M	8 ^o .2m	DF	CN	3 ^o	2	-----	Obesidad	Si	-----	Si	Si	Buena	Si
2	M	4 ^o .1m	DF	CN/EC	Preesc	2	2 ^o	-----	Si	No	Si	No	Inconst	Si
3	M	3 ^o .11m	EM	CN/EC	-----	1	1 ^a	-----	Si	Si	Si	No	Pobre	Si
4	M	3 ^o .6m	DF	CN	-----	5	-----	D.Familiar	Si	-----	Si	Si	Buena	Si
5	M	11 ^o .1m	EM	EC	6 ^o	1	2 ^a	D.Familiar	Si	Si	Si	Si	Inconst	No
6	M	8 ^o .5m	EM	EC	3 ^o	2	2 ^a	TDAH	No	Si	Si	Si	Pobre	No
7	M	4 ^o .1m	EM	CN	Preesc	3	-----	-----	Si	-----	Si	Si	Buena	Si
8	M	8 ^o .6m	EM	CN/EC	3 ^o	1	2 ^a	-----	No	Si	No	Si	Inconst	Si
9	M	8 ^o .3m	EM	CN/EC	3 ^o	1	2 ^a	Neuropatia	No	Si	No	No	Inconst	Si
10	M	6 ^o .5m	DF	EC	2 ^o	2	2 ^a	-----	No	No	No	No	Buena	Si
11	M	7 ^o .4m	EM	CN/EC	2 ^o	1	2 ^a	-----	Si	Si	No	Si	Inconst	Si
12	M	4 ^o .6m	EM	EC	Preesc	2	1 ^a	-----	Si	No	Si	No	Buena	No
13	M	8 ^o .3m	DF	EC	2 ^o	2	2 ^a	Disumia T.Aprendiza	No	No	Si	No	Buena	No
14	F	10 ^o .1m	EM	EC	5 ^o	2	2 ^a	Enuresis	No	No	No	No	Buena	No
15	F	10 ^o .8m	DF	CN	6 ^o	2	-----	-----	Si	-----	No	Si	Buena	Si
16	M	9 ^o .5m	DF	CN/EC	4 ^o	2	1 ^a	Enuresis	Si	Si	No	Si	Buena	Si
17	M	9 ^o .6m	DF	CN/EC	4 ^o	2	2 ^a	-----	No	Si	Si	No	Inconst	Si
18	M	9 ^o .9m	EM	EC	4 ^o	1	2 ^a	-----	No	Si	No	Si	Pobre	Si
19	M	12 ^o .1m	EM	CN/EC	Secun	2	2 ^a	-----	No	No	No	Si	Pobre	Si
20	F	7 ^o .6m	DF	EC	2o	1	2 ^a	Enuresis D.Familiar	No	No	No	Si	Inconst	Si

PC: Paciente

SX: Sexo

FED: Entidad federativa

ESC: Escolaridad

ECON: Nivel socioeconómico

EC: Tipo de encopresis

OTRS DX: Otros diagnósticos

E. DIFICIL: Entrenamiento difícil

ACC ESC: Accidentes en escuela

RET: Retención activa de heces

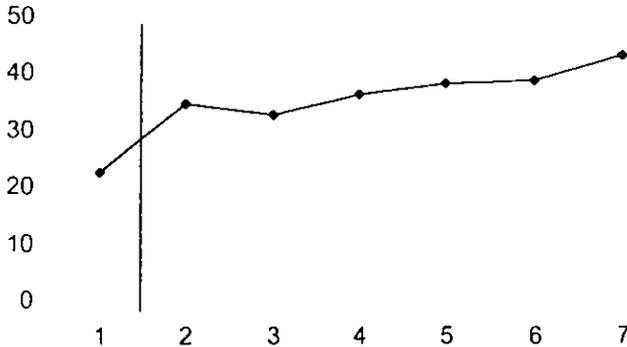
TX PREV: Tratamiento previo

ADHE: Adherencia terapéutica

TX M: Tratamiento médico complementario

GRAFICA 1: FRECUENCIA DE LOS MOVIMIENTOS INTESTINALES VOLUNTARIOS POR MES

y: Frecuencia del numero de defecaciones apropiadas por mes



x: Evolución del tratamiento por mes

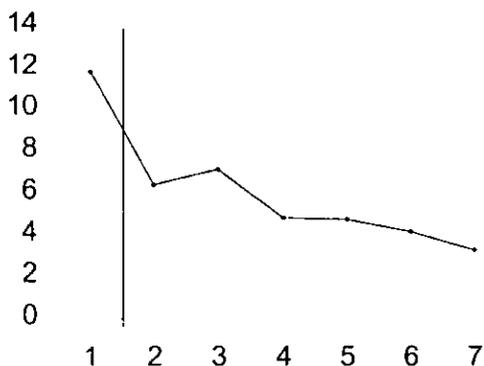
En cuanto al efecto del tratamiento, la gráfica no. 1 reporta las consecuencias de la intervención conductual para la primer serie de datos estudiada en el grupo: frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios(defecación apropiada- realizada en el inodoro).

La gráfica no. 1 consigna por mes la frecuencia promedio de los movimientos intestinales voluntarios en el grupo; ocurridos durante las sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento.

Como puede observarse, durante las sesiones de evaluación (2) se encontró un uso irregular del inodoro. Se registró un promedio de 23.41 evacuaciones durante el mes de evaluación para todo el grupo; con una frecuencia de 1.22 evacuaciones promedio por día. Estos datos cambiaron notoriamente tras el primer mes de tratamiento y tendieron a estabilizarse en los meses siguientes con ligera tendencia al incremento hasta completar 6 meses de seguimiento. El promedio para el 6° y último mes de defecaciones apropiadas fue de 43.82 con una frecuencia promedio de 1.59 defecaciones por día; para un incremento neto de 87.18% y 30.32% respectivamente.

GRAFICA 2: AUSENCIA DE DEFECACION POR MES

y: Número de días en ausencia de defecación apropiada por mes



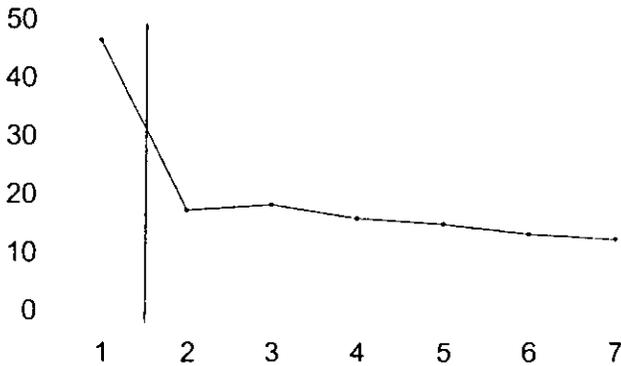
x: Evolución del tratamiento por mes

El uso irregular del inodoro se consignó también en la gráfica no. 2. En ésta se registra el promedio del número de días por mes en ausencia de defecación apropiada para todo el grupo.

Como puede observarse, se encontró un promedio inicial de 11.82 días al mes en que el grupo no defecó en el inodoro; con un promedio de 1.83 días continuos sin defecación apropiada. Al igual que en la gráfica anterior, se observa tras el inicio del tratamiento una regularización notable en el uso del inodoro, ubicada en la reducción de la evitación o ausencia de la defecación. Los datos tienden a partir del tercer mes a estabilizarse con ligera mejora hasta la finalización del seguimiento. En el 6° mes de tratamiento se registró un promedio grupal de 3.29 días sin defecación por mes, con un promedio de 0.57 días continuos sin defecación; para una disminución neta de 72.16% y 68.85% respectivamente.

GRAFICA NO. 3: NUMERO DE ACCIDENTES POR MES

y: Promedio de accidentes por mes para el grupo con encopresis



x: Evolución del tratamiento por mes

La evolución sintomática para los 13 pacientes con encopresis durante todo el transcurso del tratamiento se muestra en la gráfica no. 3. En esta se observa el promedio de accidentes o eventos de incontinencia por mes; a lo largo de las sesiones de evaluación, al inicio del tratamiento, y hasta la terminación del mismo.

Como puede observarse, se encontró un promedio de 47.23 accidentes en el primer mes de evaluación para el grupo con encopresis; con un promedio de 1.57 accidentes por día. Se observó una disminución notable tras el primer mes de tratamiento (61.88% de reducción), con una tendencia a la reducción progresiva más discreta hasta la conclusión del tratamiento.

El promedio del número de accidentes para el 6º y último mes de tratamiento se registró en 13.23, y 0.44 por día; con una disminución neta de 71.98% y 71.97% respectivamente.

Cuadro 2: Resumen de las series de datos estudiadas

DATO	INICIO	FINAL	DIFERENCIA (%)	RESULTADO
Defecaciones apropiadas por mes	23.41	43.82	87.18	Incremento
Defecaciones apropiadas por día	1.22	1.59	30.32	Incremento
Días sin defecación por mes	11.82	3.29	72.16	Decremento
Días continuos sin defecación por mes	1.83	0.57	68.85	Decremento
Accidentes por mes	47.23	13.23	71.98	Decremento
Accidentes diarios por mes	1.57	0.44	71.97	Decremento

El cuadro no. 2 presenta un resumen de las series de datos estudiados, comparando los promedios de la evaluación inicial con los de la evaluación final; se consigna además el porcentaje de diferencia entre estas dos medidas.

CUADRO 3: PROMEDIOS DE MEJORA PARA CADA SERIE DE DATOS

PACIENTE	DEFECACIONES APR. POR MES	DEFECACIONES APR POR DIA	DIAS SIN DEFECAR POR MES	DIAS CONTINUOS SIN DEFECAR	ACCIDENTES POR MES	ACC DIARIOS POR MES	EVOLUCION
1	275	IGUAL	42.30	79.33	SIN EC	SIN EC	Remisión
2	350	56	73.91	68.66	100	100	Remisión
3	83.33	22	27.77	14.5	24.69	24.81	Alguna mejoría
4	220	28	75	62.12	SIN EC	SIN EC	Remisión
5	187.5	IGUAL	100	100	100	100	Remisión
6	6.89	3	IGUAL	IGUAL	66.66	67.14	Marcada mejoría
7	154.54	-20*	100	71	SIN EC	SIN EC	Remisión
8	152.63	77	100	100	100	100	Remisión
9	-23.52*	-21*	-6.25*	11.87	28.96	28.98	Sin cambio
10	57.89	IGUAL	100	100	100	100	Remisión
11	51.66	51.5	IGUAL	IGUAL	97.61	97.85	Marcada mejoría
12	131.57	46	100	100	100	100	Remisión
13	25	20.83	IGUAL	IGUAL	100	100	Remisión
14	53.33	48	IGUAL	IGUAL	100	100	Remisión
15	57.14	51	50	IGUAL	SIN EC	SIN EC	Alguna mejoría
16	282.35	116	100	100	100	100	Remisión
17	326.66	85.21	100	100	100	100	Remisión
PACIENTE	% INCREMENTO	% INCREMENTO	% DECREMENTO	% DECREMENTO	% DECREM.	% DECREM	EVOLUCION

El cuadro no. 3 presenta un resumen de los resultados observados por paciente, para cada serie de datos estudiada. En ésta se consigna el porcentaje de diferencia entre la medida inicial y la final

* : Los números negativos indican un cambio adverso a los objetivos clínicos (decremento en el número de defecaciones apropiadas, e incremento en la retención- no defecación).

Como puede observarse en el cuadro no. 3, los pacientes de la muestra se ubicaron en 4 diferentes grupos de acuerdo al grado de mejoría o remisión observada en su síntoma hacia la finalización del tratamiento conductual (comparación pre-postest). De los 17 sujetos, 12 (70%) de ellos se ubicaron en el grupo de remisión; 2 (12%) de ellos mostraron marcada mejoría; 2 (12%) mostraron alguna mejoría; y 1 de ellos (6%) se observó esencialmente sin cambio.

Los 12 pacientes del grupo de remisión fueron dados de alta y no requirieron tratamiento adicional, ni médico ni psicológico. Los pacientes del grupo con marcada mejoría requirieron supervisión esporádica con arreglos al programa conductual, sin tratamiento médico. Los 2 pacientes que mostraron alguna mejoría requirieron tanto de evaluación y tratamiento médico y psicológico. El paciente cuyo síntoma se observó sin modificación o mejora, requirió evaluación y tratamiento médico precisos, sin manejo psicológico.

Tomando en cuenta estos datos de evolución, se evaluó estadísticamente el cambio grupal con la prueba no paramétrica de Mc Nemar, encontrándose un cambio estadísticamente significativo para ambas series de datos estudiadas: 1) incremento en la frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios ($\chi^2=13.06$, $p < 0.05$); y 2) decremento en el número promedio de eventos de incontinencia ($\chi^2=12.1$, $p < 0.05$).

CAPITULO VII: DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se observó un cambio grupal estadísticamente significativo en ambas series de datos estudiadas: 1) incremento en la frecuencia de la defecación apropiada; y 2) decremento en la frecuencia de eventos de incontinencia; lo cual permitió cubrir los objetivos clínicos. Los resultados apoyan la efectividad del tratamiento conductual en el alivio del síntoma de encopresis/ constipación.

Resultados similares han sido descritos por autores diversos. Levine(1976), encontró porcentajes de alivio muy aproximados a los hallados en este estudio. Este autor asoció tales porcentajes a variables diversas; pero encontró una alta correlación entre adherencia terapéutica y alivio del síntoma.

En este estudio se encontró que las variables Diagnóstico principal, Edad, Tipo de encopresis, Diagnósticos anexos, Presencia o no de accidentes en la escuela, adherencia terapéutica, así como retención activa de las evacuaciones; permitían explicar la presentación del síntoma, así como formular un pronóstico aproximado de la evolución.

En todos los casos en que existió constipación con retención activa de las heces; y más aun cuando existiese encopresis asociada; el cuadro se asoció a una incontinencia por rebosamiento. El trabajo debía enfocarse a incrementar la frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios, permitiendo pronosticar una evolución favorable; a expensas de la adherencia y otros factores condicionantes.

Si no se encuentra retención activa evidente, y el estreñimiento persiste; así como la incontinencia, debe pensarse en la presencia de organicidad asociada. Si al cuadro anterior se añaden otros diagnósticos, debe pensarse en la presencia de factores emocionales involucrados; sobre todo si son de tipo psiquiátrico. Entre estos destacan la enuresis, la disfunción familiar, etc. ; pues nos hablan de la posible presencia de ansiedad o eventos estresantes.

El hecho de que el menor presente accidentes en la escuela es un factor importante a considerar. El sitio indistinto para manchar la ropa nos sugiere: un grado de constipación importante (impactación del recto). La organicidad puede estar presente si ocurren muchos accidentes sin evidencia alguna de control. Si los accidentes ocurren solo en casa nos habla de cierta capacidad de control, y por tanto descarta la organicidad; puede existir en estos casos constipación con retención activa, agravada por factores emocionales a explorar.

La encopresis primaria suele asociarse a problemas de constipación, lo cual favorece un entrenamiento en el control de esfínteres poco eficiente; el problema puede perdurar incluso varios años, con presentaciones particulares del síntoma y algunas veces sensible a factores estresantes. En los niños pequeños el problema se resuelve favorablemente en la medida que se instituyan los hábitos evacuatorios apropiados y los padres contribuyan a ello. El trabajo será poco eficiente en los casos en que los padres no sigan las instrucciones prescritas.

Los casos de encopresis primaria tardía se asocian a una historia de constipación crónica; aunada a factores familiares agravantes como suele ser la indiferencia hacia el síntoma o problemas de relación intrafamiliar. Como en todos los casos de constipación, deben ser valorados por un médico. Los hábitos evacuatorios suelen ser irregulares, y el trabajo debe enfocarse a regularizar tales hábitos aliviando la constipación; debe ponerse especial énfasis en establecer una firme alianza terapéutica.

La edad fue importante predictor asociada a otras variables. Por sí misma no fue factor predictor del éxito.

Los casos de encopresis sin constipación asociada suelen ser indicadores de la presencia de factores emocionales desencadenantes o agravantes. Esto se hace más evidente si los accidentes no ocurren en la escuela. El hecho de que exista retención activa de las evacuaciones suele ser una presentación particular del síntoma. De cualquier modo se encontrará un uso irregular del inodoro; siendo éste uno de los puntos en que se centrará el trabajo.

En aquellos casos en que el número de accidentes por día se mantenga elevado; se presenten en sitio indistinto; con poca o nula mejoría tras iniciar el tratamiento conductual y médico, nos hablarán con gran certeza de organicidad. Si ésta no resultó evidente en la evaluación médica y el síntoma persiste en las mismas condiciones, debe solicitarse una reevaluación con mediciones más precisas y específicas.

Si la organicidad no resulta evidente y se presentan recaídas constantes o esporádicas, será importante identificar los factores que impiden la remisión y que hasta ahora han pasado desapercibidos. En tales casos, Levine(1982) recomienda la persistencia. Resultará crucial verificar la forma en que los padres implementan el programa conductual, ya que puede haber una mala comprensión de las instrucciones. Si se presentan dificultades en la escuela, puede ser de utilidad comunicarse con el profesor a fin de que permita al paciente el acceso al baño escolar en hora de clases.

Se encontró por otra parte una mayor incidencia del trastorno en pacientes de 8 y 9 años, lo cual contrasta con lo reportado por Boon y Singh(1991), así como por Levine(1974); quienes asumen que el trastorno se encuentra en mayor proporción en los niños de menor edad. Este hallazgo puede ser efecto sobre todo del periodo limitado de muestreo.

No obstante, se corroboró la mayor incidencia del trastorno en niños respecto a las niñas en proporción 3 a 4 (Lyman y Hembree-Kigin,1994; Rodríguez, 1995).

Levine(1982) señaló la importancia de la presencia de fobias al cuarto de baño como factor etiológico en la retención de las heces. Akande(1992), a su vez apuntó que las fobias podían estar relacionadas al dolor ante una evacuación difícil. En 6 de los pacientes de la muestra se encontró retención activa de las heces con evitación al cuarto de baño asociado a una defecación dolorosa; lo cual confirmó las afirmaciones anteriores. 2 pacientes mostraron síntomas fóbicos: temor, ansiedad y evitación. Akande(1992) señala que en tales

casos las técnicas de desensibilización sistemática pueden ser una opción terapéutica eficiente.

Se encontró no obstante que en la medida en que el dolor se alivia con modificación dietética y el posible consumo prescrito de laxantes; aunados a la regularización de los hábitos higiénicos con prescripción de rutina evacuatoria y técnicas de reforzamiento; no solo el dolor se alivia, sino que la respuesta fóbica desaparece dando paso a una evolución general favorable de los síntomas.

Debe destacarse que la lógica del tratamiento descansa en la idea de que existen hábitos evacuatorios deficientes (Boon y Singh, 1991; Rodríguez, 1995); como es el uso irregular del inodoro. Se busca reforzar las conductas opuestas a la indeseada: la defecación apropiada y la limpieza; así como extinguir la evitación de la defecación y la ocurrencia de accidentes. Ello explica la estrecha relación observada en las dos series de datos estudiadas, evidente en las gráficas 2 y 3. Se observa una relación de correspondencia: a medida que disminuye la evitación del uso del inodoro y se incrementa con ello la frecuencia de los movimientos intestinales voluntarios (ver gráfica 1), el síntoma encoprético disminuye en frecuencia hasta la extinción en la mayoría de los casos.

Como puede observarse en las gráficas mencionadas, cabe esperar una rápida respuesta sintomática tras el inicio del tratamiento. En adelante, mucho dependerá de la eficacia de la supervisión efectuada por el terapeuta, así como de la adherencia terapéutica por parte de los padres.

Puede notarse un ligero "rebote" hacia el 2º mes de tratamiento (ver gráficas). Este puede deberse a múltiples causas; entre ellas un posible efecto de "estabilización". Efectivamente, un niño con su intestino impactado, quien ha perdido mucho de la regularidad del funcionamiento intestinal, producirá inicialmente un incremento significativo en la frecuencia de sus evacuaciones. Ello como consecuencia tanto del alivio en la evacuación difícil, como de la reinstauración de los hábitos higiénicos apropiados. Limpio el intestino de su sobrecarga, se producirá una disminución en la frecuencia inicial de respuesta. En adelante se producirá un efecto de estabilización.

Lo anterior también dependerá de la respuesta de los padres. Ocurrirá que éstos tienden a flexibilizar inmediatamente la implementación de las instrucciones que les fueron prescritas, al observar una mejora importante. Mucha de la labor del terapeuta se enfocará en éstas sesiones a explicar a los padres la importancia del apego estricto al programa durante todo el transcurso de éste.

Al hablar de la estabilización en la respuesta sintomática debe pensarse en dos cuestiones importantes: a) No debe esperarse que todos los niños respondan a un patrón de defecación similar. Se espera que la frecuencia por mes incremente si se ha encontrado un uso irregular inicial. No así necesariamente en la frecuencia en la defecación por día, ni en el uso del inodoro. Todo niño tiene su ritmo personal (Ollendick y Hersen, 1986), propio de las diferencias individuales. A lo largo de las sesiones, sobre todo a partir del 3º - 4º mes de tratamiento tal ritmo se hará evidente y será importante respetarlo.

b) Por otra parte, se piensa en que el tratamiento tiene un ciclo vital que depende no solo de la respuesta sintomática, sino de la etiología de base al trastorno. Cuando la encopresis deviene de una constipación severa sin patología asociada, el alivio de la constipación y la restitución de los hábitos evacuatorios producirá una respuesta rápida. Puede esperarse una estabilización con pocas o nulas recaídas. En tales casos la supervisión será más esporádica después del primer mes y se flexibilizará según las necesidades tanto del niño como de los padres (Ollendick y Hersen, 1986). Generalmente el tratamiento se suspenderá por sí mismo cuando el niño considere no necesitarlo más; esto implica que demuestra ser autosuficiente en su conducta higiénica sin necesidad de reforzamiento.

En otros casos menos afortunados existirá patología anexa o limitaciones por una adherencia terapéutica deficiente. Tal es el caso de las recaídas. En éstos el terapeuta debe ser sensible a las necesidades particulares del caso; proporcionar supervisión continua del tratamiento, y de ser preciso, atender los síntomas secundarios o agravantes.

Boon y Singh(1991); y Levine(1982), destacan la importancia de interconsultar a otros profesionistas, a fin de implementar un tratamiento conjunto exitoso, para aquellos casos en que los síntomas anexos potencian la encopresis. De la muestra estudiada, dos casos requirieron interconsulta psiquiátrica; uno a terapia familiar; y uno de ambas especialidades; todos hacia el final del tratamiento.

Debe destacarse la importancia de que el terapeuta detecte las necesidades especiales de cada caso. Ello porque tal como se ha mencionado, se presenta con el síntoma encopréptico en gran frecuencia comorbilidad psiquiátrica. Prevalecen los síntomas de disrupción conductual (Boon y Singh,1991). No obstante, tales problemas suelen ser secundarios al síntoma encopréptico, dado lo desorganizante del mismo. Por tanto, el alivio de la encopresis, producirá en consecuencia una remisión de los problemas conductuales anexos (Akande, 1992; Thapar et al, 1992).

En suma, debe insistirse en el hecho de que la encopresis/ constipación son problemas complejos, ya sean de naturaleza orgánica, psicológica o de ambas. En todos los casos, debe haberse descartado la organicidad por el médico especialista, antes de iniciar el tratamiento conductual. Tal como se ha descrito, este tipo de tratamiento se observa muy efectivo en el alivio de los síntomas. Presenta además la particularidad de ser replicable, y por ello es de naturaleza confiable y científica.

Concluyendo; será crucial tener una visión amplia del trastorno, ubicando los factores que potencian el síntoma y eliminándolos con rapidez. En todos los casos será importante individualizar el tratamiento de acuerdo a las necesidades especiales del caso. Como en mucho del trabajo psicológico, el terapeuta debe acudir a su insustituible sensibilidad y pericia en la evaluación y manejo de los pacientes con encopresis y constipación; que son finalmente sus herramientas más importantes para el éxito o fracaso del tratamiento.

CAPITULO VIII: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Deben señalarse algunas cuestiones importantes: tal como ha intentado mostrarse, la EC no es un problema poco común.. No obstante, dada su condición o presentación de enfermedad física, tales pacientes generalmente acuden en primer instancia con el médico. De ahí la impresión errónea de su poca frecuencia para el profesional de la salud mental. Se encontró que aún existe un gran desconocimiento en la práctica médica común respecto al trastorno, hecho que puede agravar o prolongar la condición. Generalmente tales pacientes acuden al psicólogo o psiquiatra vía la interconsulta médica por los trastornos que acompañan al sintoma.

Considero lo anterior derivado de un rezago importante no solo de la conceptualización general del trastorno; sino en especial respecto a lo que en el aspecto psicológico se refiere . El psicólogo debe preocuparse por aprehender lo más fielmente posible lo relativo a la EC (y en general). Pero sobre todo, por evitar un rezago tal en la práctica de intervención para tales síntomas.

Tal rezago es real, y se advierte en el ámbito de práctica multidisciplinaria en escenarios médicos. El clínico se ve en la necesidad de demostrar la eficacia y precisión de su intervención; a fin de ganar un espacio imprescindible, necesario a fin de enriquecer tanto su teoría como su técnica.

El valor que el clínico otorga a su práctica corresponderá al valor que el resto de los profesionistas percibirá en consecuencia de ésta. El valor se demuestra con resultados. De ahí la necesidad de estructurar y definir programas de tratamiento efectivos. El psicólogo puede así verse obstaculizado en su labor cotidiana –como en el caso presente –; pues ¿Qué importancia pueden otorgar los médicos a un nuevo tratamiento propuesto cuando éstos ya cuentan con uno propio?

O bien, su trabajo eficiente puede llevarlo a ganarse el mencionado espacio.

En este estudio, la medición continua ayudó a controlar los efectos de maduración, prueba y cierto grado de historia (Kratochwill, 1978). El presente diseño se ha usado con éxito en investigación psicoterapéutica. No obstante, la desventaja de este estudio es la falta de un grupo control, que impide comparar la efectividad precisa del tratamiento, sobre todo en su combinación con el tratamiento médico. Debe considerarse además que solo existe una línea base, lo cual hace vulnerables los resultados, dados los posibles efectos de la historia; y que los datos de la condición experimental son comparados sólo con la medición inicial, sin llevar a cabo más fases de línea base.

Debe argumentarse que se trata de un estudio exploratorio que pretende ser base para futura investigación en esta línea terapéutica . La investigación al respecto debe afinar el muestreo (aleatorizarlo), crear más grupos o condiciones experimentales, incrementar la duración del periodo de seguimiento; así como correlacionar estadísticamente el gran número de variables involucradas durante las sesiones de tratamiento.

Esto es importante porque si bien el clínico se encuentra en el dilema de objetivar lo subjetivo, observamos que tal mediación puede realizarse; sin perder la riqueza de lo estudiado, y sin innecesarios rodeos que poco hablan de la técnica específica en la obtención de resultados.

Aportaría mucho trabajar con una población mayor, incluyendo la de otros hospitales. Esto permitiría también observar diferencias de respuesta por edad y demás variables anotadas a fin de objetivizar en lo posible.

Finalmente debe insistirse: la EC/CN es un problema complejo. Su etiología puede ser tanto de naturaleza unívoca como multimodal. El clínico no debe cerrarse a evaluar los síntomas evidentes (incontinencia y estreñimiento) desde el plano puramente médico y de conducta disruptiva.

Es común hallar síntomas evidentes de psicopatología familiar; sobre todo de agresión intrafamiliar. También se encuentran problemas de tipo psiquiátrico en los padres. Desde una perspectiva analítica, el síntoma se considera una defensa contra algún afecto desorganizante. El síntoma encopréptico y de constipación en particular se inscribe en el marco de una relación ambivalente en el plano madre-hijo, rastreable mucho antes del periodo de entrenamiento en el control de esfínteres. Incluso antes del nacimiento del niño: en el origen mismo de la familia.

Analíticamente; si el síntoma encopréptico es una respuesta agresiva ante una agresión vivida, ¿Cómo puede esperarse una eliminación rápida de tal respuesta?. Esto sería pedirle al niño quedar indefenso ante una angustia desorganizante.

Debe pensarse que el programa propuesto incide positivamente en algunos casos no solo desde la perspectiva de la ley del efecto; sino en una modificación de la relación padre-hijo, modificación que en el plano afectivo puede ser crucial a fin de modificar no solo una dinámica familiar patológica, una modificación o cambio de la defensa misma; y más optimistamente en los motivos de la defensa.

Como en cualquier otro caso de consultoría psicológica, la relación del grupo familiar, y en especial del niño con el terapeuta se torna importante. El menor ve en el clínico a un aliado que confía en él, y que lo resguarda de un caos generador de una angustia desestructurante. Es por ello la advertencia: si no se evalúan los aspectos finos de la clínica, esto es, de los afectos poco evidentes puesto que son rastreables en la relación misma(transferencia-contratransferencia); se corre el riesgo de realizar un trabajo infructuoso, poco eficiente o de eficacia intermitente. Concluyo este trabajo con la afirmación siguiente: El psicólogo es más que un psicómetra y un modificador de conducta, es también un experto en emociones y en relaciones humanas.

REFERENCIAS

- 1.-Asociación Psiquiátrica Americana(1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Cuarta edición. 39-128
- 2.-Ajuriaguerra J(1985). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson. ; 123-134
- 3.-Ajuriaguerra J y Marcelli D(1984). *Manual de psicopatología*. Barcelona: Masson, 263-289
- 4.-Akande A (1993).Improving toilet-use(encopresis) in a nine year old male through full-cleanliness training and token reinforcement. *Early Child Development and care*; 86:123-130.
- 5.-Boon F y Singh N(1991). A model for the treatment of Encopresis.*Behaviour Modification*: 15(3): 355-371.
- 6.-Bragato A.C.(1998). Encopresis. Madrid. Ed. Pirámide; 2ª edición. Texto completo.
- 7.-Cox , Borowitz, Kovatchev, Ling (1998).Contribution of behaviour therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopretics. *Journal of Pediatric Psychology* ;20(2): 70-76.
- 8.-Cox, Ling, Sutphen, Borowitz (1996).Additive benefits of laxative, toilet training, and biofeedback to laxative therapies in the treatment of pediatric encopresis. *Journal of Pediatric Psychology* ;21(5): 659-670.
- 9.-Departamento de Bioestadística del Hospital Infantil de México(2000). *Incontinencia fecal(R15) y estreñimiento(K58.0)*[Archivo de datos para consultarse en máquina].Dr. Fernando Paz(jefe del departamento).
- 10.-Hatch T.(1988). Encopresis y estreñimiento en niños. *Clínicas pediátricas de Norteamérica*. Vol. 2; 281-305
- 11.-Howe y Walker (1992).Tratamiento de la conducta para control de esfínteres, enuresis y encopresis. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Vol 13;421-446.
- 12.-Johnston B y Wright J(1993). Attentional dysfunction in children with encopresis. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*: 14 (16) : 381-385.
- 13.-Kratowchwill T(1978) . Single subject Research: strategies for evaluating change. New York: Academic Press, 11-68.
- 14.-Levine M(1982).Encopresis: its Potentiation, evaluation, and alleviation. *Pediatrics Clinics of North America*; 29: 315-330.
- 15.-Levine M y Barkow H(1976). Children with encopresis: A study of treatment outcome.*Pediatrics*; 58: 845-852.
- 16.-Levine M.(1974).Children with encopresis: A Descriptive Analysis. *Pediatrics*; 56: 412-416
- 17.-Lyman R. y Hembree-Kigin (1994).*Mental Health Interventions with Preadolescent Children*. New York: Plenum Press; 43-64

- 18.-Ollendick T y Hersen M(1986). *Psicopatología infantil*. España: Martínez Roca; 280-315
- 19.- OMS(1995). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*(1995).
- 20.-Rodríguez J(1995).*Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla Publicaciones, 430-455.
- 21.-Schiller L.(1986). Faecal Incontinence. *Clinics in gastroenterology*. Vol 15, no.3 687-704
- 22.-Stark, Opipani, Donaldson, Donovan, Rasile, Del Santo (1992).Evaluation of a standard protocol for retentive encopresis: a replication.*Journal of Pediatric Psychology*; 22(5): 619-633.
- 23.-Thapar, davies, Jones, Rivett(1992).Treatment of childhood encopresis- a review.*Child Care,Health and Development*;18: 343 –353.
- 24.-Wicks- Nelson R e Israel A(1997).*Psicopatología del niño y del adolecente*. España: Prentice Hall; 334-362
- 25.-Whitehead y Schuster (1981). Behavioral Approaches to the Treatment of gastrointestinal Motility Disorders. *The medical Clinics of North America*; 65,(6): 1397-1411
- 26.-Nabors L y Morgan S(1995).Tretating retentive encopresis: Dietary modification and Behaviour therapy.*Child and Family Behaviour Therapy* ;17 (1): 47-68.

ANEXO B

A.- DATOS REQUISITOS PARA LA ENTREVISTA INICIAL

1.-FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Fecha y lugar de nacimiento:

Domicilio:

Escolaridad:

Nombre del padre y ocupación:

Nombre de la madre y ocupación:

Teléfono:

2.-MOTIVO DE CONSULTA (CITA LITERAL)

3.-DESCRIPCION DEL PACIENTE Y ACTITUD ANTE LA EVALUACION

4 -HISTORIA DEL SINTOMA

- ° Circunstancias de su aparición
- ° Momento exacto de aparición
- ° Evento desencadenante
- ° Severidad
- ° Factores que lo potencian
- ° Cómo describen los padres al sintoma
- ° Cómo lo describe el niño
- ° Intentos de manejo- control en casa

5.-MANEJO MEDICO IMPLEMENTADO

- ° Estudios realizados
- ° Resultados
- ° Descartar organicidad

6.- FAMILIOGRAMA(DIAGRAMA)

7.- EXPLORACION DE LAS RELACIONES FAMILIARES

- ° Número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos
- ° Relación entre los padres
- ° Relación del paciente con sus hermanos
- ° Relación del paciente con ambos padres
- ° Relación con la persona responsable de la implementación del programa

8.- *DESARROLLO PSICOMOTOR*

- ° Embarazo y parto
- ° Area psicomotriz
- ° Desarrollo del lenguaje
- ° Historia escolar
- ° Alimentación

9.- *HISTORIA DE ENTRENAMIENTO EN EL CONTROL ESFINTERIANO*

- ° Edad de inicio en el entrenamiento
- ° Persona(s) involucrada
- ° Procedimiento empleado
- ° Edad en que logró el control diurno
- ° Edad en que logró el control nocturno
- ° Actitud general de la familia ante la incontinencia

10.-*HISTORIA MEDICA Y HEREDOPATOLOGICA*

11.-*INTERESES Y TIEMPO LIBRE*

12.-*DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION ESPECIFICA DEL TIPO DE EC(Boon y Singh, 1991):*

- a)*EC retentiva*
- b)*EC primaria no retentiva*
- c) *EC secundaria no retentiva*

ANEXO C. CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL PARA NIÑOS DE 3 AÑOS 6/12, A 12 AÑOS 11/12 CON ENCOPRESIS Y/O CONSTIPACIÓN PSICÓGENA; QUE ASISTEN AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.

INSTITUCIÓN: Hospital Infantil de México
 INVESTIGADOR: Psic. Miguel Marín Tejeda

México D.F. , _____ de _____ de _____.
 Por el presente, yo _____ (padre o tutor) de: _____, confirmo que he sido informado de los objetivos del estudio "Desarrollo y evaluación de un protocolo de tratamiento conductual para niños de 3 años 6/12, a 12 años 11/12 con encopresis y/o constipación psicógena; que asisten al servicio de psiquiatría del Hospital Infantil de México"; y he decidido que mi hijo y yo participemos.

Este estudio consiste inicialmente en asistir a dos entrevistas durante las cuales un psicólogo hará algunas preguntas a fin de evaluar el problema de mi hijo; a lo cual contribuiré realizando un reporte calendarizado del mismo. El tratamiento prescrito será administrado por mí mismo(a), ateniéndome a las indicaciones que se me den durante cada consulta de seguimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivará el beneficio de mejorar la efectividad del manejo de los pacientes con estreñimiento e incontinencia.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la investigación presente en el momento que así lo desee. También que puedo solicitar información adicional sobre los beneficios y riesgos posibles de participar en este estudio. En caso que me rehusara a participar, la atención a mi hijo (a) en esta institución no se verá afectada.

 Nombre y firma del padre o tutor

 Nombre y firma del investigador

 Dirección

 Testigo 1

 Teléfono

 Testigo

ANEXO D: ALIMENTOS (DIETA) PARA EL NIÑO ESTREÑIDO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

CARNES(NO SECAS)

Res
Cerdo
Pollo
Carnero
Temera
Visceras
Pescado

VEGETALES(NO PAPA,ZANAHORIA)

Acelgas
Calabazas con pepitas
Nopales
Col
Coliflor
Chicharos
Habas verdes
Chayote
Quelites
Elote
Lechuga
Alcachofa
Verdolaga
Betabel
Ejotes
Pepino
Berenjena
Calabacitas
Espinacas

LEGUMINOSAS

Lentejas
Garbanzo
Alberjón
Habas
Maiz
Alubias
Frijol

FRUTAS (NO MANZANA,PERA, PLATANO,GUAYABA, TUNA)

Ciruela pasa
Ciruela
Mango
Sandía
Tamarindo
Mamey
Durazno
Naranja con pulpa
Melón
Papaya
Chirimoya
Jicama

MERMELADA

Naranja con corteza
Fresa
Dátil pasado
Pasas

CEREALES (NO ARROZ,PAN BLANCO SOPA DE PASTA,GALLETAS)

Bran Flakes
All Bran
Dona de avena
Avena
Salvado
Pan integral
Pan multigrano
Fibra max y fibra uno

AGUA DE FRUTAS, TODA LA POSIBLE (NO HORCHATA)

Naranja
Papaya
Jamaica
Tamarindo

LECHE: Máximo 2 raciones al día