

192
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"Características de la Dinámica Familiar de Niños con Encopresis Secundaria"

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

ANA MARIA MUÑOZ VELASCO



Director de Tesis: Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez
Asesor de Tesis: Mtra. Martha Cuevas Abad

Ciudad Universitaria, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259896



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Gracias a Dios. Por prestarme vida y permitir que disfrute este momento tan importante, con mi familia que tanto quiero.

ESTE TRABAJO DE TESIS LO DEDICO :

Ami esposo
Juan Antonio de quien
recibi el apoyo que ne
cesitaba para concluir
mi tesis.

Amis hijos
Erick, Yazmin y Omar
A quienes quiero tanto
y que cada uno de ellos
son la alegria de mi
corazón.

A mis Padres
Evangelina y Blas quienes
con todo su esfuerzo, cariño
y protección me dieron la
oportunidad de estudiar.

Con todo mi amor y
admiración a mi madre porque
siempre se ha preocupado por
nuestra superación impulsándonos
para ser cada día mejor.

A mis hermanos
Eva, Pilar, Rosa, Blas, Eduardo
Martin, Hugo, Gabriel, y Lucia
Con el cariño que les tengo y a
pesar de que los obstáculos de
la vida son dificiles de superar,
yo estoy a su lado para superarlos
juntos.

A mi cuñado Felix
y mi hermana Rosa por la
ayuda que me brindaron para
concluir este trabajo.

Al Dr. Jose Luis Vazquez Ramires
por ser tan buen amigo y a quien
le manifiesto mi agradecimiento
por su valiosa ayuda, cooperación
y paciencia para la realización de
este trabajo.

A mis maestros
A todos ellos de los que
ahora estoy formada con
una pequeña parte de cada
uno, gracias por permitirme
aprender de ustedes lo relativo
a esto tan hermoso que es la
Psicología.

AGRADEZCO AL INSTITUTO DE SALUD
MENTAL DEL DIF POR EL APOYO PRES
TADO PARA ESTA INVESTIGACION.

I N D I C E

Página

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MARCO CONCEPTUAL	4
1.- Conceptualización de la familia	4
1.1.- Estructura Familiar	7
1.2.- Funcionalidad de la Familia	14
1.3.- Bases culturales de la familia mexicana	20
2.- ENCOPRESIS	24
2.1.-Conceptualización de la encopresis.	24
2.2.- Etiología de la encopresis.	29
2.3.- Etiología psicodinámica	34
2.4.- Clasificación de la encopresis	41
2.5.- Encopresis secundaria	42
2.6.- Prevalencia de la encopresis	45
3.- Dinámica familiar de los niños encopréticos	46
METODO	53
RESULTADOS	58
ANALISIS Y DISCUSION	69
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	75
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXO	81

RESUMEN.

El trabajo estudia la estructura y dinámica familiar en términos de su efecto sobre la encopresis secundaria. La muestra poblacional la integraron 30 familias del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DEL DIF, a las cuales se les aplicó el Cuestionario de Estructura y Dinámica Familiar, que consta de 40 reactivos para evaluar las subescalas Autoridad, Control, Supervisión, Afecto Positivo, Apoyo, Conducta Disruptiva, Comunicación, Afecto Negativo y Recursos, con la finalidad de detectar la funcionalidad o disfuncionalidad de las familias.

Las características de la población estudiada son: familias de clase media; parejas en edad de 24 a 41 años; el 80% cuenta con estudios de bachillerato; el 83% se dedica al sector servicios; el 56.6% de las madres se dedica al hogar; el 50% vive con la familia de origen.

En lo referente a los niños la edad promedio fue de 8.5 años, el padecimiento se presentó en un porcentaje de 73.33 en niños y 26.67 en niñas, de los cuales en el momento de éste estudio el 20% cursaba preescolar y el 80% nivel primaria, siendo notoria su mayor incidencia en el primogénito (63.3%).

Los resultados señalan que las subescalas del perfil de funcionamiento familiar, en los casos estudiados son disfuncionales a excepción de la subescala Apoyo, que está por encima del límite mínimo de funcionalidad. Por lo que se sugiere una terapia familiar abordando en forma integral el problema de la encopresis e incidir sobre los aspectos de las subescalas para disminuir o inclusive desaparecer el padecimiento y mejorar la funcionalidad de la familia.

INTRODUCCION

La encopresis se puede definir como la incapacidad de un niño para controlar su esfínter anal. Esto suele presentarse de manera diferenciada en dos períodos de la infancia. Durante los primeros años de vida que comprende hasta los cuatro aproximadamente, a la que se le llama ENCOPRESIS PRIMARIA, cuya base etiológica se remite fundamentalmente dentro de un marco de referencia controlable, ya sea de base biológica o susceptible de control mediante el entrenamiento. Sin embargo, la de tipo SECUNDARIO, se fundamenta en una dificultad con una base psicodinámica de mayor complejidad, debido a que participan de manera directa factores del medio externo o circunstancias que logran alterar el equilibrio de control del niño afectado por este padecimiento.

El presente trabajo tiene la finalidad de analizar la dinámica de la familia de una muestra de niños que padecen este mal, como un intento de encontrar elementos que permitan tener relación con la psicogénesis del problema. Si bien es cierto que la mayoría de los casos de niños que presentan esta alteración no son del todo identificados se hace necesario recurrir a una muestra de aquellos que acuden a consulta a hospitales psiquiátricos para poder tener un mayor acceso a sus respectivos padres.

Este problema suele manifestarse como una forma de reacción o mecanismo de reacción de un niño cuando sufre o se ve enfrentado a una situación de conflicto que rebasa su capacidad de entendimiento y reacciona de manera angustiante. Es por ello que en el contexto de las familias mexicanas de la clase media,

donde la mujer tiene que incorporarse a la vida social y productiva, adoptando hábitos diferentes a los de la domesticidad, propicia que se dedique una menor atención al cuidado de los hijos. Ya bien sea que como parte de esta falta de atención y afecto o bien, como una manera de reacción ante la confrontación de las dificultades de pareja que perciben los niños en sus padres. En cualquier caso, al parecer, la encopresis secundaria parece mantener una base psicológica de esta naturaleza.

Desde el punto de vista metodológico, se recurrió al CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINAMICA FAMILIAR, a través del cual se obtiene información precisa y confiable sobre la dinámica familiar manifestada en el hámbito de los hogares de aquellos niños que presentan encopresis secundaria.

Se pretende hacer un análisis de los rasgos más sobresalientes de este tipo de familias, a fin de brindar a todos aquellos profesionales de la psicología clínica en el contexto Institucional algunos elementos dignos de considerar al abordar estos problemas con fines terapéuticos, lo mismo que a los padres de niños que presentan este tipo de síndrome se ofrecen algunos elementos que puedan servirles para el mejor manejo, comprensión y solución de dicho problema.

MARCO CONCEPTUAL

1.- Conceptualización de la familia

Existen muchas y variadas definiciones del concepto de familia. Según la disciplina que la aborde son los elementos que se toman en consideración para resaltar algunas de sus características, ya sea para definir su estructura, su dinámica, funcionalidad, su finalidad o destino. En este sentido se pueden encontrar quienes la ubican como el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo y comparten sus pertenencias y recursos; la unión de una mujer y un hombre con fines de procreación; la relación de dos personas (generalmente un hombre y una mujer) ligados económicamente en interdependencia para la provisión de necesidades materiales.

Lo que plantea la necesidad de cuestionarse, ¿cuándo es que comienza una familia?. Para muchas personas, es a partir del momento en que tienen un hijo, el cual cumple funciones de integralidad a la pareja; para otros desde el momento mismo en que deciden vivir juntos bajo los cánones civiles y religiosos del matrimonio.

Tales planteamientos comparten una gran variedad de contradicciones y cuestionamientos. Por ejemplo, ¿qué sucede cuando dos personas deciden vivir juntas en familia, pero son del mismo sexo; o, cuando no se encuentran unidos por un lazo conyugal civil o religioso, sino bajo unión libre; o bien, no se le llama familia si no hay hijos?. Intentar dar respuesta a estas formulaciones implicaría una árdua tarea de participación multidisciplinaria que escapa a los intentos de este trabajo, corriendo aún el riesgo de que no se llegue a un acuerdo común.

Sin embargo, se puede decir tanto del grupo familiar que cualquier disciplina que la aborde no corre mucho riesgo de aportar datos erróneos, toda vez que se trata de un grupo social inmerso en el devenir histórico de la humanidad. Así pues, la familia se puede conceptualizar como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y, como lo enfatiza Ackerman (1968), de enfermedad y salud. Es decir, de la misma manera en la que la familia se convierte en la fuente de sustento para un individuo que le permite proveer de recursos para su óptimo desarrollo se vuelve igualmente el principal obstáculo para lograrlo. Consiste en la estructura social de relación que ha sido capaz, a través del tiempo, de permanecer igual, y sin embargo nunca permanecer igual. Su constante transformación es el resultado de un incesante proceso de evolución, su esquema se amolda a las condiciones de vida predominantes en un tiempo y lugar determinados. Por un lado, hemos tenido miles de años para acomodarnos a ella, pero por el otro, cada generación en su respectivo turno ha tenido que volver a aprender cómo vivir en ella.

Diversos autores que la han estudiado, están convencidos de que ha habido a lo largo de la historia un desarrollo uniforme de la familia, desde los antropoides antecesores del hombre hasta nuestros días de manera predominante y monógama, en la que el padre ha ocupado un lugar destacado (Westermarck, 1921); Mientras que para otros autores, tales como Briffault (1945), sostienen que la organización de la familia se sostenía principalmente en una base maternal y de que el rol del padre era transitorio, superficial y de poca importancia; y, que con el tiempo fue asumiendo un lugar permanente dentro del grupo familiar. Sin embargo, desde la óptica de Klineberg (1954), es la sociedad la que impone al hombre el deber de cuidar de sus

hijos como una suerte de retribución por los derechos que tiene sobre su mujer.

Desde el punto de vista de su funcionalidad, algunos tipos o estilos de familia se ha estructurado como una unidad económica y se han ligado poco a su raíz biológica. Lo que lleva a entender que, familia no siempre se ha referido al esquema comunmente estereotipado formado por padre, madre e hijos (niño y niña). A veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, compuesta por todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de un supremo, que representaba a un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente las relaciones de la sociedad.

Los vínculos que estructuran la familia se enmarcan en factores como los a continuación señalados:

a/. de tipo biológico, en cuya área su función consiste en perpetuar la especie;

b/. en lo psicológico, para proveer a los descendientes de los lazos y fuentes de afecto y atención, como ingredientes importantes para alcanzar su óptimo desarrollo;

c/. en lo social, se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes, asegurar su crianza, educación y;

d/. en lo económico, a través del cambio progresista de la caza a la agricultura y despues industrial, como forma de vida que trajo consigo profundos cambios, sobre todo en el paso de lo matriarcal a lo patriarcal y del desarrollo del valor de la propiedad.

Finalmente, uno de los cambios más significativos registrado en la era moderna los ha conformado la Revolución Industrial como fenómeno social o de transformación, principalmente con la incorporación de la mujer al mercado laboral para ocupar los puestos que los hombres abandonaban para ir a las guerras. todo ello marcó un punto trascendental en la historia ocupacional de la humanidad.

1.1.- Estructura familiar

Una de las tendencias que nos caracteriza como seres humanos es la capacidad de socialización, de establecer relaciones con los demás, lo que nos pone en cercanía estrecha con nuestras raíces biológicas. Esta idea nos hace pensar en la necesidad que tenemos como seres vivos de la presencia de otros, para bien y para mal: para validar todo cuanto hacemos o, para desacreditar nuestros logros cuando ante los ojos ajenos no tiene validez. Nuestro comportamiento suele ser a veces más emotivo que racional. Moscovici, (1981) al estudiar el comportamiento de las masas se lo atribuye a que somos una especie de manada, de contacto como lo diría Hall (1984) en el estudio de los espacios vitales.

Este parece ser en gran parte el fundamento que da origen al surgimiento de la familia. Sobre todo si agregamos aquella condición de inmadurez que tenemos al nacer para sobrevivir en forma autónoma, lo que nos hace depender de manera estrecha y necesaria de los demás (en este caso de la madre) (Silva, 1992). Bajo este esquema se puede apreciar una tendencia a asignar a cada integrante de la familia un rol específico que ha de desempeñar para su óptimo desarrollo como individuo y como

grupo social, el padre con escasa participación, la madre engendradora y proveedora en los primeros años de vida y, los hijos, como dependientes hasta que alcanzan la madurez. Sin embargo, con el paso del tiempo y las adversidades en la sociedad este modelo de grupo social ha sufrido serias modificaciones. Sin negar que, a pesar de los intentos por romper su estructura ha perdurado a lo largo de la historia.

Existe una fuerte tendencia conceptual a suponer la estructura de la familia bajo estos principios, pero hoy en día podemos ver que tienden a predominar otros modelos de familia que no por ello dejan de serlo, sobre todo en cuanto a sus funciones, independientemente de los cambios sufridos en su estructura. Ya que si bien es cierto, al modelo de familia más esquemático es el que se encuentra constituido por el papá, la mamá y dos hijos, lo que se entendería por la familia **NEOLocal**, de la cual se desprenden otros modelos que se manejan en las Ciencias Sociales, entre los principales se encuentran los siguientes:

- **Familia compuesta.**- Que consiste en el grupo de personas unidas por lazos de consanguinidad, que viven bajo un mismo techo, que acompañan a los papás y a los hijos. Tal es el caso de otros parientes: abuelos, tíos, primos, etc.

- **Familia extensa.**- Es aquella donde conviven bajo el mismo techo y comparten víveres dos o más familias. Tal es el caso de los hijos que se casan y siguen viviendo con sus padres, o las parejas de abuelos. (En esta categoría queda la duda de inclusión de los sirvientes).

- **Familia de un solo padre.**- Modelo representado en el contexto mexicano generalmente por la madre, el cual puede encontrarse en

cualquiera de las categorías anteriores y, en el menor de los casos en forma aislada.

Otros modelos más explicativos que permiten describir la ESTRUCTURA de las familias de acuerdo a los cambios y modificaciones experimentadas son los que a continuación se señalan:

- FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR.- Este tipo de familia se encuentra integrada por el padre, la madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas donde haya habido hijos.
- FAMILIA PRIMARIA SEMIEXTENSA.- Se trata de una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- FAMILIA PRIMARIA EXTENSA.- Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.
- FAMILIA REESTRUCTURADA NUCLEAR.- Es una familia formada por una pareja, en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
- FAMILIA REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA.- Es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

- FAMILIA REESTRUCTURADA EXTENSA.- Es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o de ella.

- FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR.- Corresponde a aquel tipo de familias integrada por el padre o la madre con uno o más hijos.

- FAMILIA UNIPARENTAL SEMIEXTENSA.- Una familia integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, y que reciben en su hogar a uno o más miembros de la familia de origen.

- FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA.- Se trata de una familia integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, que viven con su familia de origen.

Este esquema permite cambiar el concepto general que se tiene de la familia desde una perspectiva conceptual "ideal", como el de un padre, una madre y dos hijos, preferentemente de cada sexo. La dinámica de la sociedad actual en casi cualquier cultura permite observar grandes cambios estructurales de la familia, llegando incluso, a cuestionarla en cuanto la célula de la sociedad.

En lo relativo a su DINAMICA, los modelos mayormente conocidos son los que se manejan de acuerdo a los procesos de toma de decisiones asociados con las funciones de liderazgo. De acuerdo a ello, se pueden encontrar los siguientes modelos:

- Familia democráticas.- Donde las decisiones las realiza el grupo de manera conjunta. El rol del líder es sólo de guía, no de imposición. Este sistema suele operar en familias donde los

miembros son adultos en su mayoría. Suelen propiciar la discusión y tomar en cuenta todas las aportaciones de sus miembros.

- Familias autoritarias.- Se encuentran fuertemente apegadas a esquemas de mando tradicional, donde las decisiones recaen por lo general, en una sólo figura: el padre, la madre, la abuela, etc. La participación de sus miembros es limitada y los roles sexuales y de edad son marcados.

- Familias amalgamadas.- Su integración llega a niveles de cohesión, no se asume ninguna tarea o empresa sino se encuentran todos reunidos. Es difícil la incorporación de un nuevo miembro: nuera, yerno, etc.

- Familias "del dejar hacer" (Laissez faire).- Es similar a la democrática, donde cada uno de los miembros asume su propia responsabilidad de su rol y tarea. Hay confianza y libertad abiertas para cada uno.

De estos modelos básicos se desprenden muchas modificaciones que pueden ser mejor comprendidas desde sus funciones y su dinámica. En el caso del contexto de la cultura mexicana el concepto de familia cobra gran importancia toda vez que representa el núcleo base de referencia del individuo. Bajo una perspectiva psicológica Laing (1969), la conceptualiza como un sistema cuyos elementos se presentan para sus miembros no de manera aislada sino que sus relaciones y operaciones constituyen, por ejemplo para el niño, el engranaje sobre el cual finca su desarrollo. Los padres son internalizados, ya sea como unidos o distanciados, próximos o alejados entre si, sin que por ello pierdan su rol en cuanto al significado que

representan. Estas características le dan a la familia la posibilidad de ser interiorizada como un sistema de relaciones espacio-temporales. La familia es para nosotros la representación que brinda sosten e identificación para sus miembros. A pesar de que por su dinamismo se diferencian los roles para cada miembro y, de que se manifiestan la divisiones del yo como individuo de perspectiva, el tu como contraparte, el nosotros como grupo o asociación de alianza y, el ustedes como el grupo antagónico u opuesto, toda en su conjunto mantiene lazos indisolubles que la hacen ser vista como unidad que rebasa los límites del hogar. Ante la sociedad significa una célula de representación independientemente de su estructura interna.

La familia a su interior brinda a cada miembro elementos para la consolidación donde su respectivo "yo" depende de la integridad familiar, depende de que la conciba como una estructura compartida por otros, donde cada uno se siente seguro y es capaz de imaginar la integridad estructural de la familia aún en los grupos del "ustedes". Cada miembro personifica una estructura derivada de relaciones entre sus miembros; dicha presencia grupal compartida existe a condición de que cada uno de los miembros la sienta dentro de sí mismo. De ahí que como lo enfatiza Laig (1969): "Integrar una familia es sentir la misma "familia" dentro de sí" (p. 27).

De ahí que gran parte de las funciones que cada miembro realiza encaminadas a su preservación, modificación o bien para su disolución no pueden ser elementos aislados ni individualizados, sino que involucra la imagen y estructura que otros miembros tienen de ella, lo que provoca reacciones no siempre aceptadas, ya que involucra simbrar sus propios

esquemas de referencia. Es por ello que la disgregación o pérdida de un miembro puede resultar menos peligrosa que la incorporación de un extraño al núcleo privado e íntimo de lo que representa la familia.

Toda acción encaminada a la preservación de la familia es equiparada a la preservación y fortalecimiento del "yo"; y como contraparte cualquier intento de ruptura o disociación en los "otros" significa la pérdida de la identidad, semejante a la destrucción del yo. Es por ello que cuando algún factor atenta contra su estructura cualquiera de sus miembros se siente obligado a salir a su defensa. Esto no significa que se salga triunfante en todas los intentos por rescatarla, no son raros los casos donde cualquiera de sus miembros llega a percibir que la estructura y funcionalidad de la familia se encamina hacia una dirección diferente a la que como individuo se ha trazado. Es entonces cuando, a pesar de atentar con su integridad se recurre a fortalecer los mecanismos psicológicos personales de defensa, ya sea por que se cuenta con el apoyo emocional de otra persona o por el afán de trascender en otras actividades, se comienza a disgregarse del resto de la familia, sin que esto ocasione mayor preocupación, pero sí para el núcleo familiar que se siente desbalanceado.

1.2.- Funcionalidad de la familia

Desde el punto de vista de las funciones que debe desempeñar la familia en la sociedad, éstas se enmarcan en dos categorías básicas:

- i/. la de asegurar la supervivencia física del individuo y,
- ii/. la de construir lo esencialmente humano del hombre (Ackerman, 1986).

Resulta ampliamente conocido que la función principal se enmarca la posibilidad de satisfacción de las necesidades biológicas básicas de cada uno de sus miembros, lo cual es esencial para su sobrevivencia. Sin embargo, la sola función de saciarlas no garantiza que se desplieguen otro tipo de potencialidades que tiene que desarrollar cada individuo de manera personal.

Concretamente, los fines sociales que como expectativas se le atribuyen a la familia, pueden enmarcarse de la siguiente forma:

a).-La capacidad de proveer de alimento, abrigo y de satisfacer otras necesidades materiales que mantienen la vida y dan protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad, cooperación e integralidad social.

b).-Proveer igualmente de la relación entre sus miembros en comunión y unidad social, lo que constituye la matriz de los

lazos afectivos entre todos sus miembros.

c).-Brindar las oportunidades necesarias para el desarrollo personal en el contexto individual, de manera estrecha a la identidad de la familia como grupo social de referencia. Este vínculo de identidad es capaz de proporcionar la integralidad y fuerza psíquicas para enfrentar nuevas experiencias.

d).-En ella se moldean los roles genéricos relativos a cada sexo, lo que propicia preparar el camino para la maduración y la realización en lo sexual y de acuerdo a su rol de género.

e).-A través de su dinámica se permite la práctica para la integración de los roles sociales y su respectiva responsabilidad en el contexto de la expectativa de la sociedad.

f).-Propicia el fomento del aprendizaje y el apoyo para impulsar la creatividad e iniciativa como individuo, que le permitirá buscar otras alternativas ante la confrontación de problemas.

g).-Se convierte en el principal refugio afectivo, de referencia y recursos (sobre todo en el contexto de la cultura mexicana) ante las adversidades y dificultades del medio exterior.

A la familia se le puede considerar como un sistema vivo de tipo abierto, tal como lo describe Bertalanffy (1968). Al conceptualizarlo así se puede ver que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas o

ámbitos, tales como el biológico, psicológico, social y ecológico en los que mantiene un compromiso específico. Además, cabe señalar que la familia pasa una serie de cambios estructurales y procesos que no siempre son negativos o atentatorios contra su integridad, sino que por el contrario, le van permitiendo fortalecerse y adaptarse a los nuevos requerimientos que la sociedad vive y le va exigiendo. Todo ello no significa que se menosprecie el hecho de que también, a veces, estos cambios merman en ella lo suficiente como para desintegrarla. Lo cual no significa que le reste importancia ni le quite su papel principal en la sociedad; sino que fortalece y afianza sus funciones que son las de: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad, o bien, adquirir un cariz de desviaciones o patologías.

Para poder comprender estos cambios dentro de la estructura y dinámica familiar así como su capacidad de adaptación, es importante conocer los elementos esenciales del funcionamiento de la familia, el período o etapa en la que se encuentra viviendo, así como el número de miembros que la componen y su estructura funcional en relación a la ocupación de los padres y el tiempo y calidad de atención que le brindan a sus hijos. Sobre todo cuando entre sus miembros se encuentra uno que demanda atención especializada o presenta alguna alteración conductual.

En cuanto a su funcionalidad, resulta claro que cada familia tiene su propia organización de acuerdo a las normas establecidas por sus miembros, normas a las cuales se les conoce como estructura familiar; y existen varias características dentro de ella que permiten identificar el

grado de funcionalidad, de acuerdo a ciertos parámetros establecidos. Uno de ellos es la jerarquía de cada uno de los miembros, lo mismo que el manejo de la autoridad, el cual no siempre recae en el padre varón, como es el caso en que éste se encuentra imposibilitado y es la madre o un hijo mayor quienes asumen este rol.

Otro de los parámetros consiste en la identificación de los límites entre los subsistemas de funcionalidad, los cuales deben encontrarse claramente establecidos para un adecuado funcionamiento. Los subsistemas son las reglas que definen quiénes y cómo han de participar en las transacciones interpersonales. Los límites intergeneracionales son las fronteras imaginarias que dividen los roles de padres e hijos, son reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones de cada miembro. Su función consiste en marcar una diferenciación entre los individuos y entre los subsistemas. Su claridad es indispensable para el buen funcionamiento de la familia en el ámbito social. De ahí que toda vez que tales subsistemas sean definidos claramente se facilita la valoración del funcionamiento de la familia.

Contrariamente puede afirmarse que los límites son difusos cuando existe una excesiva intromisión entre los diferentes subsistemas en relación al contexto externo, y son rígidos cuando no permiten el intercambio de manera equilibrada. De ahí que los límites externos son los que delimitan el contacto de la familia con todos los agentes a su alrededor y, no obstante, la contraparte de los límites internos equivalen a las normas establecidas dentro del grupo familiar.

Otro parámetro importante son las alianzas establecidas entre

los miembros, éstas consisten en las asociaciones que llevan a cabo de manera abierta o encubierta. Las alianzas funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación, cuando éstas son rígidas o se dan entre miembros de diferente generación pueden llegar a ser disfuncionales, en tal caso se les conoce como coaliciones. Esta disfuncionalidad consiste en que la familia presenta síntomas de alteración en su nivel de adaptabilidad, tanto a nivel grupal como para el desarrollo íntegro de cada miembro.

El territorio o centralidad de la familia consisten en el lugar y espacio (como lo señala Laing, 1969), que cada miembro ocupa dentro de la familia, cuando la interacción de un miembro con todo el grupo familiar es limitada. Se dice que el territorio es poco o que se encuentra centralizado.

Todos estos conceptos tienen diferente nivel de aplicación, según el subsistema en los que utilice, sin embargo, tienen un papel destacado toda vez que se pretende estudiar la estructura de la familia. Los subsistemas a los que se hacer referencia son los que señala Minuchin (1994) y corresponden a las siguientes categorías:

a).- Subsistema individual.-

Está formado por un sólo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo en los diferentes subsistemas, lo que hace que tenga que éste tenga que adaptarse a diferentes situaciones.

b).- Subsistema conyugal.-

El inicio de la familia se da en el momento en que dos adultos se unen, con el propósito de formarla, cada uno trae un conjunto de expectativas y valores tanto explícitas como implícitas. Para que la vida en común sea posible, es necesario que ambos conjuntos de valores se complementen. Cada cónyuge debe estar dispuesto a perder individualidad a fin de poder tener pertenencia. Una habilidad que se espera sea desarrollada por la pareja es la complementariedad y la acomodación mutua, por lo tanto debe desarrollar patrones en los cuales se apoyen mutuamente.

c).- Subsistema parental o de padres.-

Este holón (como lo identifica Minuchin) se inicia con la llegada del primer hijo. Sus funciones son la crianza y la socialización de los hijos. Aquí el niño aprende lo que es la autoridad y a vivenciar cómo es que la familia enfrenta los conflictos y establece negociaciones. En esta categoría se incluyen a los abuelos, tíos o a un hijo parental (el que asume las responsabilidades de los padres). Este subsistema debe ser modificado continuamente en la medida en que el niño va creciendo.

d).- Subsistema fraterno o de hermanos.-

Los hermanos constituyen el primer grupo de iguales con los que el niño participa. Aprende en él unos de otros a apoyarse, lo cual promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo, así mismo se aprenden a resolver conflictos.

1.3.- Bases culturales de la familia mexicana

A pesar de la diversidad de culturas predominantes en nuestro país manifestadas a través de diferentes medios, parecen predominar algunos principios generalizados que suelen ser comunes en casi todo el territorio nacional. Uno de los de mayor arraigo lo constituye justamente la familia en el sentido global, mientras que en lo particular lo sería la madre (Díaz-Guerrero, 1960, Ramírez (1962) y González Pineda (1973). Esto guarda una relación muy importante toda vez que es a la familia al grupo social que se le atribuye una mayor participación en la sociedad, en comparación con los esquemas referenciales predominantes en otras culturas, como es el caso de la norteamericana, donde no es la familia sino el individuo quien adquiere un mayor valor.

En nuestro país, los contextos de urbanización y ruralidad se reflejan de manera clara en los grupos familiares. Si bien es cierto que en el medio rural existe un apego mayor a los valores de la familia tradicional como punto de referencia y apoyo emocional a todos sus miembros, también lo es el hecho de que a nivel urbano el panorama cambia de manera dramática. Lo mismo que los grandes cambios sociales derivados de la Revolución Industrial a nivel mundial, en el caso mexicano la Revolución mexicana de 1910 marcó un punto importante respecto al concepto de la familia (Gómezjara, 1978). A partir de tal acontecimiento se incrementa la migración a las grandes ciudades, con sus respectivos desajustes en la dinámica de la familia. Se tiene la pretensión de mantener los vínculos antaño florecientes, pero que comienzan a chocar con otros que son reflejo de los estilos de vida urbano.

No es de sorprender el panorama descrito por Santiago Ramirez (1975) y Lewis (1962) respecto a la Psicología de la familia en México. Mientras que el primero enfatiza el simbolismo y representación que tiene la madre para el mexicano, el segundo describe el poco contacto afectivo y la falta de alegría predominantes entre estas familias; particularmente en cuanto a la participación del padre. Elemento que pocas veces ha sido incorporado en los estudios de investigación y en los esquemas referenciales como proveedores del afecto primario, como componente fundamental para el óptimo desarrollo del niño. González Nuñez y cols. (1996) han sido de los pocos investigadores que han resaltado la importancia del padre masculino como eje impostergable en el moldeamiento de las características básicas en la formación de la identidad. Por tal motivo, muchos de los modelos de estudio de la dinámica y funcionalidad de la familia consideran a este personaje como elemento indispensable para partir de la base integral de ambos padres con relación a un hijo determinado.

El estudio de la familia puede hacerse desde diferentes perspectivas, ya sea desde algún problema que atenta contra su estructura o dinámica, como lo podría ser el divorcio, la infidelidad o la delimitación de las responsabilidades en la educación de los hijos; o bien cuando se analiza desde un fenómeno que afectó de manera parcial a uno de sus miembros. El presente trabajo rescata este último punto de abordaje toda vez que se trata de conocer de qué manera puede influir el tipo de funcionalidad de la familia en uno de sus miembros que manifiesta una patología determinada en una etapa y proceso del desarrollo en que se pone de manifiesto la participación de ambos: el padre y la madre. Ambos como fuentes proveedoras de apoyo, afecto y sustento constituyen para el hijo el recurso

principal de sostén para el pronóstico y evolución de toda estrategia terapéutica. Lo mismo que la causa posible de su génesis, cuando la relación entre ambos padres no es favorable para el hijo.

Resulta evidente que para estudiar al grupo familiar, se deben tomar como condicionantes fundamentales la estructura y la dinámica prevaleciente. Por ejemplo, en el caso de las familias mexicanas, de acuerdo a los modelos estructurales de familia señalados anteriormente, no es de sorprender el predominio de los modelos que hacen referencia a las familias extensas y compuestas, más que la de tipo nuclear o neolocal. Grupos a los que se les ha identificado como familias tradicionales, y a estas últimas como modernas. Sin embargo, lo parece predominar en el fondo son los referentes socioeconómicos a los que cada una de ellas responde. Dichos modelos tradicionales tienen un mayor predominio en los medios rurales y suburbanos, donde las dificultades para instalarse en forma separada se ve más difícil, en comparación con lo que pudiera pensarse en los medios urbanos, donde, más que la residencia son las ocupaciones y el nivel de ingreso lo que determina la estructura y funcionalidad del predominio de un tipo determinado de familia (Nájera y cols., 1995).

Por ejemplo, hoy en día, con la fuerte tendencia de la incorporación de la mujer a la vida social productiva, como el trabajo y el estudio, se han manifestado una serie de cambios en la familia que se reflejan en su estructura y dinámica. Lo que ha creado la necesidad de incorporar en el seno del hogar a otros elementos que se encarguen de realizar las labores domésticas y el cuidado de los hijos. Tal es el caso de la participación de las abuelas, otros parientes o bien, de la

contratación de sirvientas. Y corresponde justamente en este fenómeno social donde se fincan las bases en las que se desencadenan algunos problemas de los hijos, como es el caso del tema que se aborda en este trabajo.

Las tendencias actuales que favorecen la incorporación de la mujer al mercado laboral tienden a menospreciar la participación del padre-varón como fuente de apoyo útil en el proceso formativo de la estructura de personalidad. Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica las funciones principales del padre consisten en ayudar a los hijos y a todos los miembros de la familia que la integran en representar la normatividad y los esquemas de referencia como figura de autoridad. A pesar de que dicho concepto ha sido estigmatizado de manera negativa, se han soslayado las funciones de asociación con el orden y la disciplina, lo mismo que con el autocontrol. La participación del padre-varón resulta fundamental en la formación de la estructura yoica, en relación con los tres grupos de factores:

- las características de los impulsos instintivos heredados
- la influencia de los factores externos
- la influencia de la realidad interior

González Nuñez destaca la participación del padre-varón afirmando que la figura paterna fortalece las funciones yoicas, entre las que se pueden señalar:

- . la internalización de las reglas
- . el autoaprecio
- . las funciones de castigo y culpa

Por tal motivo y sin pretender restar importancia a ninguno de los padres, pero por otro lado, tampoco negando la influencia de los roles estereotipados que han marcado una brecha importante entre el papá y la mamá en cuanto a la educación de los hijos. El modelo de estudio abordado en esta investigación toma como condicionante de incorporación aquel tipo de familias cuya base estructural contenga a ambos miembros, padre y madre, en la estructura familiar.

2.- Encopresis

2.1.- Conceptualización de la encopresis

El término "encopresis" aparece por primera vez en la literatura psicológica introducido por Weissenberg (1926) como un equivalente fecal de la enuresis. Lo cual puede apreciarse en la deficiencia que da este autor para recordar la definición que se ha dado a la enuresis: "toda defecación involuntaria del niño de más de doce años, cuando no tiene una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna". Lo cual no comprende de ninguna manera la encopresis.

Son muchos los autores y tratados sobre la materia que definen la encopresis, desde los que la consideran como un fracaso en el mantenimiento adecuado del control intestinal, hasta quienes la consideran como un trastorno en la regulación de la evacuación instestinal, haciendo referencia en esta última

Por tal motivo y sin pretender restar importancia a ninguno de los padres, pero por otro lado, tampoco negando la influencia de los roles estereotipados que han marcado una brecha importante entre el papá y la mamá en cuanto a la educación de los hijos. El modelo de estudio abordado en esta investigación toma como condicionante de incorporación aquel tipo de familias cuya base estructural contenga a ambos miembros, padre y madre, en la estructura familiar.

2.- Encopresis

2.1.- Conceptualización de la encopresis

El término "encopresis" aparece por primera vez en la literatura psicológica introducido por Weissenberg (1926) como un equivalente fecal de la enuresis. Lo cual puede apreciarse en la deficiencia que da este autor para recordar la definición que se ha dado a la enuresis: "toda defecación involuntaria del niño de más de doce años, cuando no tiene una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna". Lo cual no comprende de ninguna manera la encopresis.

Son muchos los autores y tratados sobre la materia que definen la encopresis, desde los que la consideran como un fracaso en el mantenimiento adecuado del control intestinal, hasta quienes la consideran como un trastorno en la regulación de la evacuación instestinal, haciendo referencia en esta última

forma a la defecación como retención o estreñimiento. Sin embargo, ambas condiciones, defecación involuntaria y estreñimiento no son excluyentes entre si (Neale, 1978). Ahora bien, la defecación involuntaria y el estreñimiento no serían mutuamente excluyentes dada la relación encontrada entre ambas (Bragado, 1984), puesto que la relación no necesariamente tiene que darse, lo que justifica un análisis diferenciado.

La encopresis se aplica de manera general a la defecación involuntaria, normalmente en la propia ropa, en niños que sobrepasan los 3 años de edad, cuando el problema tiene una duración superior a un mes y no se encuentra una causa orgánica que lo explique.

Kaplan (1982), la define como la evacuación repetida e involuntaria de heces fecales en la ropa, sin la presencia de una causa orgánica que explique el síntoma. Denota una defecación incontrolada de origen emocional. Mientras que otros autores opinan que un componente esencial de la encopresis es su impropiedad. Es decir, el hecho de que se produzca en momentos y lugares inadecuados. En esta definición, un niño que expulsa habitualmente sus excrementos en lugares como un armario o junto a una puerta puede ser considerado dentro de esta categoría.

Por su parte, Ajuriaguerra, (1977), una autora que cuenta con un amplio reconocimiento sobre el estudio de las alteraciones psicológicas en los infantes, al respecto propone que, la encopresis es un síntoma caracterizado por la incontinencia fecal una vez que debe alcanzarse la posibilidad fisiológica del control intestinal, esto ocurre alrededor de los cuatro años de edad.

Ahora bien, en lo referente a los manuales de la clasificación de enfermedades, el DSM-III, define la encopresis funcional como aquella alteración del control esfinteriano que tiene su comienzo antes de los cuatro años; mientras que la encopresis de tipo SECUNDARIO es aquella que aparece entre los cuatro y ocho años. En este último caso, el niño ha tenido control intestinal durante al menos un año, pero posteriormente aparecen los síntomas.

En la versión revisada, el DSM-III-R dice que, este trastorno consiste en la evacuación repetida i involuntaria (raramente intencional) de las heces fecales en lugares inadecuados, para este propósito (por ejemplo, en armarios o en el suelo). Para llevar a cabo un diagnóstico de este padecimiento, este hecho debe tener lugar por lo menos una vez al mes durante seis meses. La edad cronológica y mental del niño debe ser de cuatro años por lo menos y deberán descartarse todo aquel tipo de trastornos físicos que puedan causar incontinencia fecal.

Finalmente, la Última versión del DSM-IV dice que, la característica esencial de la encopresis es la emisión repetida de heces fecales en lugares inadecuados (tales como en la ropa o en el suelo). En la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. Uno de los criterios para su identificación consiste en que debe ocurrir por lo menos una vez al mes durante tres meses como mínimo, y además, la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años. Al respecto se han descrito dos tipos de curso: un tipo primario, donde el sujeto nunca ha adquirido la continencia fecal y, el otro de tipo secundario, en que la alteración se desarrolla tras un período de continencia fecal. Se han descrito dos tipos de curso:

i./ uno de tipo primario, en que el sujeto nunca ha adquirido la continencia fecal; y

ii/. el otro de tipo secundario, donde la alteración se desarrolla tras un período de continencia fecal.

Por su parte Fisher (1979), conceptualiza la encopresis como una incontrolada defecación que se sustenta en una alteración emocional, que involucra repetidas e involuntarias evacuaciones de las heces fecales dentro de la ropa, sin que exista una causa orgánica de consideración, después de los 4 años de edad del sujeto, independientemente de que se presente con o sin constipación. El ensuciamiento puede ser que se presente todos los días, o bien, presentarse de manera ocasional. Existen algunos casos en los que puede haber una causa orgánica presente, inicialmente con conflictos que sirvieron de base para la presentación de este problema.

Un criterio diferente es el sustentado por Bakwin (1974) y De la Torre (1972), quienes ponen como condición su presentación después del segundo año de vida del niño, sin que esta se deba a un padecimiento neuromuscular. A diferencia de la encopresis generalmente presentada durante la noche, a la que hacen referencia estos autores es a la que ocurre durante el día y consiste en una afección adquirida que amenaza después de un período de haberse establecido el control de los esfínteres.

Otros autores, como es el caso de Solvit (1971), dice que la encopresis es el paso de heces de consistencia normal bajo circunstancias inapropiadas. Las heces pueden ser depositadas en la ropa, dejadas en algún lugar de la casa, o bien, escondidas. Aunque los padres pueden asegurar que el niño no se

da cuenta de las evacuaciones, se trata de un hecho no sólo reconocido por el niño, sino que además le es preocupante.

Por su parte Kolb (1973) hace una diferenciación entre la encopresis y la incontinencia fecal, o sea la salida de las heces debido a un trastorno físico, como es el caso de la enfermedad de Hirschsprung, donde los defectos del recto o del esfínter anal o bien, en que las alteraciones son debidas a una falta en el control neurológico, por enfermedades cerebrales, espinales o de la neurona motora baja. Mientras que el término encopresis denota una incontinencia con constipación. Como se puede ver, se trata de un diagnóstico que ha de reservarse para cualquier niño que continúe ensuciándose con frecuencia más allá del 4o. año de edad, en ausencia de un defecto físico demostrable.

Arevalo y Trallero (1993) sostienen que la encopresis suele asociarse con la enuresis, la cual presenta una mayor frecuencia de casos; aunque en ningún caso existen diferencias significativas por sexos, aunque sí en lo relativo a la encopresis secundaria que se presenta entre los 5 o 6 años de edad, respecto a la primaria que se generaliza en las edades previas.

Tomando como base estas aportaciones teóricas, se puede definir la encopresis como las evacuaciones voluntarias o involuntarias de las heces fecales, de consistencia normal o cercana, en lugares no apropiados, dentro del contexto del ambiente sociocultural de la familia. Tomando como base que se descarte una causa de tipo orgánico o de retraso mental.

En tal sentido, se define la ENCOPRESIS PRIMARIA, como aquella en que las evacuaciones se presentan en circunstancias inapropiadas e inaceptables, se presentan cuando menos una vez al mes, después de que el niño ha alcanzado los 5 años. Haciendo una descripción por encima de las definiciones de los autores y manuales de clasificación, un niño con encopresis suele sentirse avergonzado y puede ser que quiera evitar las situaciones sociales que pudieran producirle una confrontación embarazosa con su problema, del cual es consciente que le sucede. La importancia de la interacción depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social determinado por los compañeros y la reacción de enojo, el castigo y el rechazo manifestados por quienes se encargan de cuidarlos.

2.2.- Etiología de la encopresis

Al tratar de encontrar los factores causales de esta enfermedad, se hace necesario distinguir dos entidades principales de clasificación: los factores de tipo orgánico y los de tipo psicodinámico.

a).- Factores orgánicos.- Remitirse a la aestructura orgánica con el fin de encontrar posibles causas de la encopresis implica abordar dos entidades básicas:

i/. La constitución genética, ya que se considera de gran relevancia en el desarrollo de la sintomatología, lo que no

implica una predisposición específica, aunque algunos casos suelen mostrar rasgos característicos de un retraso en el proceso de maduración, dificultades con el control de sus funciones corporales y en la canalización de sus impulsos agresivos, que se asocian con problemas del lenguaje y la representación simbólica. Varios autores, entre ellos Taichert (1971) han realizado investigaciones que sostienen lo contrario, en particular una baja tolerancia a la frustración, son distraídos y mantienen la atención por períodos cortos, la hiperactividad no es constante, aunque los problemas de aprendizaje son frecuentes; lo que repercute en el entrenamiento para ir al baño. Otros autores, como Bellman (1966) no están de acuerdo con lo anterior y no encuentran evidencias para sostener tales argumentos. Son de la idea más bien de que la clase de experiencia en el entrenamiento para ir al baño se encuentra en el tipo de relación establecida con la madre.

ii/. La otra es la neurología congénita; al respecto existe la idea sustentada por Neidermeyer y Parnitzke (1963) y apoyada por Bellman (1966), de que la habilidad intelectual no se relaciona de manera directa con la encopresis. En los estudios realizados al respecto los registros del EEG resultaron normales. Al grado tal de que aún con dificultades en el desarrollo neuronal, el coeficiente intelectual de los sujetos estudiados eran normales, o bien, algunos con niveles superiores, como fue el caso de lo reportado por Bemporad (1971).

b).- Factores psicodinámicos.- El desarrollo de la encopresis da razón de uno de los factores de mayor importancia, el cual se refiere al entrenamiento para su control, sin descartar que,

en la mayoría de los casos es riguroso y prematuro. El "entrenamiento coheritivo", propuesto por Huscka (1942) consiste en un enfrentamiento riguroso y agresivo, el cual se considera es la causa de la encopresis. Los niveles de clasificación son los siguientes:

- Inadecuado: Descuidado e inconsistente
- Moderado: Cooperación entre la madre y el niño
- Coheritivo: Entrenamiento con humillaciones y castigos, que incluye programas rígidos de entrenamiento.

El elemento principal del diagnóstico consiste en hacer énfasis en una situación que consiste en: la emisión inadecuada de las heces fecales, que puede ser manifestada de diferentes maneras:

a).- En primer lugar, puede tratarse de la manifestación de una enseñanza inadecuada del control de los esfínteres, o bien, de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza con antecedentes de un continuo fracaso del control de los esfínteres.

b).- En segundo lugar, puede ser la expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay control fisiológico que no es normal de la función, pero que por alguna razón hay rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados.

c).- En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de las heces en lugares no adecuados. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones registradas entre los padres con sus

hijos sobre el aprendizaje durante el control de esfínteres, la retención de heces, a causa de una defecación dolorosa (por ejemplo, sufrir una fisura anal), o bien, por otras razones no identificadas de inmediato (CIE, 10).

Otras tres categorías que aluden a la posible génesis del problema son las propuestas por Walker (1978), consistentes en:

- Encopresis manipulada.- Se refiere a los niños encopréticos que consiguen ventajas por presentar un problema, tales como no ir al colegio o la atención excesiva de sus padres. A pesar de haber conseguido el control intestinal, las contingencias de refuerzo operan manteniendo la conducta inapropiada.

- Diarrea crónica o síndrome de irritación.- La incontinencia se produce como reacción al estrés ambiental o a las dificultades emocionales. La tensión nerviosa prolongada producida por situaciones tales como el nacimiento de un hermano, disputas frecuentes, agresiones físicas y separaciones de los padres, etc, pueden ser causa de diarrea o estreñimiento (Schaefer, 1979).

- Estreñimiento crónico.- Que se lleva al ensanchamiento exagerado del colon, conocido también como "megacolon psicogénico" (Yates, 1970), consiste en la retención masiva de materia fecal, distinguible de la enfermedad de Hirschprung (megacolon neurológico) en el que la causa orgánica. Mientras que este es corregible por intervención quirúrgica, aquél no se ve afectado por este procedimiento.

Schaefer (1979) ha descrito tres tipos de estreñimiento que no mantienen una base orgánica patológica, los estreñimientos de

La encopresis provoca un estres permanente tanto en el niño como en la familia, la cual debe realizar ciertos cambios en su interior, los cuales no siempre son los adecuados para su buen funcionamiento, lo que lleva a catalogar a las familias como disfuncionales, en las que la patología del paciente hace evidente los conflictos peexistentes.

2.3.- Etiología psicodinámica

Resulta evidente para algunos autores (Bemporad, 1971) que el entrenamiento para que el niño vaya al excusado es un factor significativo en las historias de los infantes que padecen la encopresis. Una gran mayoría de los estudiados contaban con un historial de este tipo. Por lo general, la cuarta parte de los niños en tratamiento tienen antecedentes de entrenamiento temprano. Los métodos coersitivos son usados en un 30% aproximado. Este autor encontró que las madres de los niños sin este problema suelen ser más flexibles ante la forma de reacción de los niños, en tanto que las madres de los encopréticos eran más irritables e incontroladas. Esto se corroboró igualmente cuando se analizaron conductas como los accidentes del baño, ante los cuales las madres golpeaban a los encopréticos en un 24%, y en un 5% en los normales.

Como se puede observar el factor predominante es el tipo de relación establecida entre el niño y su madre. En el caso de los encopréticos, resulta por demás señalar que se presentaba una disminución en cantidad y calidad en la comunicación entre ambos. En la mayoría de los casos los intentos de entrenamiento para que el niño fuera al baño era un elemento de tensión para

el niño. La reacción estresante y a veces hasta violenta de la madre se convierten en un fuerte agravamiento del problema. Esto se manifiesta de manera preocupante en los niños con encopresis secundaria que manifiestan una madurez incipiente.

Uno de los mayores aportes teóricos al estudio del desarrollo psíquico del individuo es el realizado por Sigmund Freud, quien en 1917 en un trabajo titulado "Caracter y Erotismo Anal", manifiesta que el excremento representa el primer regalo infantil, el cual constituye una parte de su propio cuerpo. La defecación es la primera decisión entre la disposición narcisista y el amor a un objeto y durante la fase anal se exige al niño perder por vez primera un aspecto de su libertad: se espera que acceda a la exigencia de su madre de utilizar el retrete para la evacuación de heces y orina.

Karl Abraham (1921) por su parte, lo interpreta más bien como el inicio del proceso de la educación del niño en cuanto a los hábitos de limpieza. Comienza a enfrentarse ante la normatividad de un mundo que le reprime sus comportamientos abiertos y sin control. El principio de limpieza se convierte en algo muy diferente de lo que significa para la madre. Mientras que para ella es signo de higiene y agradable presentación, para él constituye sus primeros enfrentamientos con la imposición superyoica, donde se le coarta su comportamiento "natural". Herrera Vázquez, (1984) en su trabajo de tesis, apoyándose en esta teoría sostiene que, cuando el niño es capaz de incorporar tales hábitos y controles sobre sus esfínteres será entonces cuando sea capaz de mantenerse limpio, como una forma de rendir "homenaje" a una persona. Postula que, si la limpieza se le exige desde una edad demasiado temprana, puede suceder que adquiera el hábito a través del temor. Lo

que provocaría que su resistencia interior permaneciera y su libido se perpetuara en una tenaz fijación narcisista. Con lo que resultará de todo ello una perturbación permanente en la capacidad de amar (pp. 21).

La interpretación psicoanalítica de la encopresis se remite a la concepción freudiana de la sexualidad infantil. La represión de la etapa anal en relación a los rasgos de personalidad futura del niño dan cuenta de la importancia que tiene este tipo de padecimiento. Por su parte Anthony (1957), le da un significado de la "lucha por el poder", supuestamente desarrollada por los padres durante la adquisición de los hábitos higiénicos del niño. Mientras que otros consideran un mecanismo de regresión producido en algunos niños como consecuencia del nacimiento de un hermano, falta de amor de los padres o separación de estos.

Es decir, bajo la lente psicoanalítica y psicodinámica la encopresis corresponde a un síntoma de un conflicto encubierto, el cual puede deberse, además de las razones anteriores, por la culpabilidad de las heces, la ansiedad por la separación, deseos de embarazo, agresión contra el mundo hostil, como una respuesta a la disfuncionalidad de la familia, o bien, por la separación dramática de la madre en las fases oral y anal del desarrollo psicosexual.

El manejo de las madres hacia el niño encoprético que se encuentra en la fase anal, puede combinarse con otros factores de la interacción de ambos, lo que hace producir el síndrome de la encopresis. Entre tales factores se encuentran la sensibilidad del niño en relación al trauma, los padecimientos previos y las repercusiones de las relaciones familiares.

Por otra parte, Jiménez Hernández (1995) señala que las formulaciones conductuales sobre el tema lo plantean como la experiencia de un aprendizaje inadecuado como factor etiológico. En el caso de la encopresis primaria por ejemplo, se resalta la importancia de habilidades previas como el desnudarse o asearse, resaltando también la distensión del recto y la relajación del esfínter interno que no han sido discriminatorios de los movimientos intestinales en el retrete y la retención temporal. La de tipo secundario o discontinua se explica de acuerdo a las conductas de evitación, donde ciertos estímulos provocadores de miedo o dolor se asocian con el inicio del padecimiento. La retención es reforzada negativamente al retrasar el dolor. Otra explicación es por el condicionamiento inadecuado donde el niño recibe rebosamiento esporádico a través de la atención paternal por haberse ensuciado.

A pesar de que se ha manifestado de manera abierta y clara la necesidad de incorporar a la mayoría de los factores ambientales físicos y sociales del entorno de la familia para el manejo, tratamiento y control de la encopresis, Fisher sugiere que cada uno de los casos sea tratado de manera individual, ya que ello implicaría algunas situaciones dignas de mención:

- Una situación de tensión, la cual se encuentran directamente relacionada con la encopresis secundaria.
- El síntoma puede ser un factor que refleje la regresión.
- De la misma manera, se puede manifestar el temor a la castración anal.

- Puede ser un control por parte del niño para mantener contacto con la madre.

- Manifestarse una relación pasivo-agresiva hacia la autoridad a la que se le teme.

- No se descarta una posible combinación de cualquiera de estos elementos.

En lo relativo a los patrones de educación y entrenamiento de los niños en nuestra cultura occidentalizada, particularmente en cuanto al control de esfínteres y del establecimiento de hábitos de higiene en general, tienden a vincularse fuertemente con lo establecido por cierto grupo cultural de la clase media, donde cobra importancia la imagen de un cuerpo mecanizado, lo que hace suponer un reflejo de la educación o "dominación" rigurosa a edades tempranas, lo cual resulta necesario para el desarrollo del sentido del orden, la disciplina y la puntualidad.

En el caso particular de nuestro contexto socio-cultural este elemento cobra singular importancia toda vez que la educación de los hijos se finca en principios de una "adecuada" incorporación al ritmo de vida que exige la sociedad actual. Para una mujer que trabaja fuera del hogar, la experiencia de ser madre significa un compromiso serio para entrenar a su hijo a que incorpore lo más tempranamente posible los hábitos necesarios para que no altere su relación laboral. En tal sentido un niño encopretico significa la alteración del mundo de la madre, lo mismo que el del niño. Sobre todo cuando se trata de un cuadro de encopresis secundaria, en que la crítica ajena comienza a tener un efecto considerable para el desarrollo social del niño.

Este proceso de control, como lo señala Ana Freud (1975), no siempre se logra de manera adecuada y de acuerdo a las exigencias maternas. Ella describe una línea de desarrollo considerada como normal, que va de la incontinencia al control de esfínteres, el cual se divide en 4 fases:

a).- La duración de la primera fase, en que el niño es libre con respecto a la evacuación. Esto no lo determina el grado de maduración alcanzada, sino las influencias ambientales como la intervención de la madre. Este período puede durar desde unos pocos días hasta 2 o 3 años.

b).- La segunda fase se inicia con el avance de la maduración, donde la actividad de los impulsos se traslada de la zona oral a la anal, donde el niño se opone a la intervención de sus emociones. Debido a que las heces se asocian con la libido son considerados objetos preciosos y por lo tanto significan un "regalo" a la madre, el cual lleva también una carga de agresividad.

c).- En la tercera fase el niño acepta e incorpora las actitudes de la madre y el control de los esfínteres convirtiéndolas en una parte integral del yo y del super-yo.

d).- Es hasta la cuarta fase en que se asegura completamente el control de los esfínteres, cuando éste ya no depende de las relaciones objetales y alcanza la neutralización y autonomía del yo y super-yo.

Para otros autores, como es el caso de Midenet (1976), las interpretaciones psicoanalíticas se encuentran cargadas de asociaciones entre eventos desagradables como lo es la incontinencia fecal tanto para la madre como para el niño con simbolismos que tienen, al menos así parece sostenerlo la teoría psicoanalítica, una base de responsabilidad en la construcción de la estructura de personalidad que ha de troquelar el comportamiento del individuo por el resto de su vida. Para Melanie Klein por ejemplo, a la fase sadico-anal le sucede un período depresivo donde se culpabiliza el comportamiento agresivo hacia quien se ama, como es el caso del supuesto regalo fecal. Esto pone en entredicho y en circunstancias de una relativa importancia la interpretación y significado de las heces y función evacuatoria, sobre todo para los manejadores de los niños encopréticos, así como a sus padres. En el caso de los primeros resulta de gran importancia la adopción de estrategias asociadas con el apego afectivo hacia el niño a fin de fomentar igualmente este tipo de acercamiento por parte de los padres a fin de disminuir la crisis, desesperanza y angustia por parte de los padres ante la dificultad para hacer que su hijo encoprético alcance por si mismo el control requerido.

2.4.- Clasificación de la encopresis

La funcionalidad de los diferentes tipos de encopresis permitió que varios autores, entre ellos Doleys, Schwartz y Caminero (1981), intentaran una valoración correcta del problema describiendo la manera de valorarla y clasificarla de acuerdo a los factores que se han de tener en cuenta:

- el grado de inconsistencia, que puede oscilar desde poco frecuente (menos de una vez por semana), hasta muy severo (diario),
- el grado de estreñimiento, el cual varía desde la retención de un par de días (la defecación requiere cierto esfuerzo y se producirán heces duras), una retención severa, superior a catorce días (caracterizada por la distensión abdominal y un colon dilatado).

El Sistema de clasificación de la Encopresis, según Levine y Bakow, (1976), permite distinguir diferentes grados de estreñimiento e incontinencia, como se aprecia a continuación:

Grado de estreñimiento

- Tirantez, deposiciones duras (por historia o por examen), o movimientos intestinales cada dos días o menos.

- Masa fecal palpable por todo el abdomen; masa fecal visible por rayos X, movimientos intestinales cada 3-5 días.

- Deposiciones voluminosas; masa fecal visible con rayos X, movimiento intestinal cada 7-14 días.

- Dilatación abdominal con varias impactaciones fecales; colon ensanchado según rayos X, movimiento intestinal cada 14-21 días.

Grado de incontinencia

- Deposition poco frecuente (menos de una vez por semana) y pequeñas cantidades.

- Accidentes ocasionalmente voluminosos (menos de una vez por semana).

- Depositiones poco o moderadamente frecuente (una o más veces por semana), o una defecación voluminosa por semana, y/o ausencia de sensación antes del accidente.

- Depositiones diarias o casi diarias.

2.5.- Encopresis secundaria

Consiste en las evacuaciones en circunstancias igualmente inapropiadas e inaceptables y, que se presentan cuando menos una vez al mes, después de un período de continencia que duró por lo menos 6 meses.

Haciendo una descripción tomando como puntos referenciales las

definiciones de los autores y manuales de clasificación, se habla de una ENCOPRESIS PRIMARIA, cuando el niño no ha alcanzado nunca el control intestinal completo. Mientras que la ENCOPRESIS SECUNDARIA se refiere a las situaciones en que el control se ha conseguido durante algún tiempo y después se ha perdido.

Anthony (1975) distingue la encopresis de dos formas: CONTINUA y DISCONTINUA; siguiendo una cierta relación causal entre ambas, así como en su forma de entrenamiento en el control intestinal llevado a cabo por la madre. En la continua, sería el caso del niño que no controla y su familia tolera el hecho por razones sociales y de cultura. Sería consecuencia de una falta de entrenamiento o de un entrenamiento inapropiado, por lo que el acto de defecar sigue siendo agradable. Por su parte, en la discontinua, sería el caso del niño compulsivo, de familia compulsiva, que siente temor y vergüenza por la encopresis (Ajuriaguerra, 1973), sería fruto de un entrenamiento severo y coersitivo. Lo rescatable en ambas es que, en la primera no se ha aprendido el hábito, mientras que en el segundo hay un cierto nivel de desagrado y disgusto que se asocian al acto de defecar (Bragado, 1984).

Actualmente, los términos "continuo" y "discontinuos" introducidos por Anthony son utilizados como sinónimos de la encopresis primaria y secundaria, respectivamente.

Otra clasificación es la que hace Doleys (1993), relativa a la encopresis "retentiva" y la "no retentiva". En la encopresis retentiva el niño retiene, existe una historia previa de estreñimiento con movimientos intestinales infrecuentes y uso habitual de laxantes. La segunda corresponde al diagnóstico que

se da al niño cuando defeca en lugares inadecuados y no se acompaña de estreñimientos.

Este mismo autor hace otra clasificación, "incontinencia por rebosamiento", conocida también como "diarrea paradójica", que consiste en una especie de goteo de materia fecal como consecuencia de una retención intestinal o estreñimiento. Las heces endurecidas y atascadas presionan el intestino hasta producir un ensanchamiento en el colon y perder el tono muscular.

En toda circunstancia, un niño con encopresis y, sobre todo la de tipo secundario, suele sentirse avergonzado y puede ser que quiera evitar las situaciones sociales que pudieran producirle una confrontación embarazosa con su problema, del cual es consciente que le sucede. La importancia de la interacción depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social determinado por los compañeros y la reacción de enojo, el castigo y el rechazo manifestados por quienes se encargan de cuidarlos (Jiménez Hernández, 1995).

Si bien es cierto que en los últimos años existe una fuerte tendencia a aumentar la clasificación de las entidades nosológicas e incorporar nuevos comportamientos dentro de los cánones de la clasificación patológica, también lo es el hecho de que muchos padecimientos hoy en día pueden ser conceptualizados de una manera más esquemática y definida. Por ejemplo, en el caso de lo señalado anteriormente en relación a la clasificación que hace el DSM-III, define la encopresis de tipo FUNCIONAL, como aquella que comienza antes de los 4 años de edad, mientras que la de tipo SECUNDARIO consiste en su presentación entre los 4 y los 8 años. En este último caso el

niño ha tenido control intestinal durante al menos un año a los 4 años de edad; pero, posteriormente aparecen los síntomas.

2.6.- Prevalencia de la encopresis

Al estudiar la encopresis de acuerdo a su magnitud y frecuencia surgen importantes fluctuaciones como producto de distintas definiciones y condiciones en que se presenta. Se puede decir que:

- La encopresis tiene un índice de presentación que va del 0.4 % al 6.0%, aunque la cifra de 1.5 % es la que aparece con mayor frecuencia en la literatura (Jiménez H. 1995).

- En lo relativo a la variable sexo, los datos muestran que se da mayor incidencia en los niños varones que en las niñas.

- Por lo que respecta a la edad, el rango oscila desde los 3 hasta los 11 años, aunque el mayor rango se encuentra entre 4 y 5 años.

- De acuerdo a la clasificación el 95 % de los casos corresponden a la encopresis de tipo "megacolon psicogénico" (Walker, 1978), ya que la encopresis por causa orgánica es menos frecuente.

- Aparentemente no existe diferencia en otras clasificaciones tales como la encopresis diurna y nocturna (Cobos y López, 1992), primaria y secundaria (Levine, 1975).

- Los problemas familiares, conyugales y conductuales no son detectables como agentes contribuyentes de importancia, como

tampoco se ha encontrado que la presenten los hermanos o los padres (Doleys, 1993). Sin embargo, dichos problemas del ambiente familiar se pueden observar con mayor frecuencia generalmente en la encopresis que en la enuresis (Hersov, 1979; Levine, 1975).

3. Dinámica familiar de los niños encopréticos

Tal como se había señalado anteriormente, la familia es un grupo natural cuyos miembros tienen un pasado, presente y futuro. Está integrada por todos los adultos y niños vinculados de manera directa o indirecta mediante lazos de consanguinidad, y que vivan bajo un mismo techo. Se trata de un sistema que se circunscribe dentro de un contexto social más amplio, cuya finalidad biológica es la perpetuación de la especie y cuyas funciones consisten en proporcionar los medios adecuados para el desenvolvimiento físico y emocional de sus miembros. El individuo al vivir dentro de una familia influye sobre ella y a la vez, ésta influye sobre él a través de la interacción cotidiana en una secuencia entrelazada de interacciones.

Es por ello que resulta importante conocer y comprender de qué manera la presencia de un niño con encopresis es capaz de desencadenar alteraciones en la dinámica familiar que llegan a mermar en su estructura.

Algunas investigaciones al respecto, tales como las realizadas por Thapar, Davis, Jones y Rivett (1992) se refieren a la revisión de los tratamientos de los niños encopréticos, donde se enfatiza la necesidad de la incorporación de los padres,

tampoco se ha encontrado que la presenten los hermanos o los padres (Doleys, 1993). Sin embargo, dichos problemas del ambiente familiar se pueden observar con mayor frecuencia generalmente en la encopresis que en la enuresis (Hersov, 1979; Levine, 1975).

3. Dinámica familiar de los niños encopréticos

Tal como se había señalado anteriormente, la familia es un grupo natural cuyos miembros tienen un pasado, presente y futuro. Está integrada por todos los adultos y niños vinculados de manera directa o indirecta mediante lazos de consanguinidad, y que vivan bajo un mismo techo. Se trata de un sistema que se circunscribe dentro de un contexto social más amplio, cuya finalidad biológica es la perpetuación de la especie y cuyas funciones consisten en proporcionar los medios adecuados para el desenvolvimiento físico y emocional de sus miembros. El individuo al vivir dentro de una familia influye sobre ella y a la vez, ésta influye sobre él a través de la interacción cotidiana en una secuencia entrelazada de interacciones.

Es por ello que resulta importante conocer y comprender de qué manera la presencia de un niño con encopresis es capaz de desencadenar alteraciones en la dinámica familiar que llegan a mermar en su estructura.

Algunas investigaciones al respecto, tales como las realizadas por Thapar, Davis, Jones y Rivett (1992) se refieren a la revisión de los tratamientos de los niños encopréticos, donde se enfatiza la necesidad de la incorporación de los padres,

para modificar sus actitudes y promover su ingenio, por medio de asesoramientos cuando se les deja la responsabilidad de conducir un determinado tratamiento. Como fue el caso donde Bonnin, Haley, Belanger y Daneu (1993) incluyeron y tomaron en consideración la percepción de los mismos niños, sobre todo cuando éstos ya son mayores (de 8 a 9 años) quienes reportaron que el restablecimiento de las rutinas de ir al baño fueron de gran ayuda. Sin embargo, los resultados no siempre se muestra óptimos, toda vez que la división de la responsabilidad entre quienes atienden al niño suele ocasionar dificultades emocionales. O bien, cuando existe una etiología de la encopresis referida por abuso sexual, donde el papel de los padres en el grupo de terapia resulta importante, más no siempre dispuesto a cooperar; como fue lo reportado por Roesler, Savin, y Grosz (1993).

Por su parte Herrera V. (1984) al tratar de obtener un perfil de las características de personalidad de los niños con este síndrome, así como el de sus padres, encontró una inteligencia promedio o superior con la prueba de Wisc y, en el caso de la Prueba Bender todos los niños obtuvieron una edad de maduración perceptual igual o mayor a la correspondiente en los indicadores de probable daño cerebral. encontrando que este tipo de niños suelen ser de fuertes impulsos agresivos no canalizados adecuadamente, lo mismo que depresivos, aislados, con tendencias al temor y a la ansiedad, con predominio de un pobre concepto de si mismos, sentimientos de inadecuación y rechazo del medio. Hacia los padres se mostraban con enojo y hostilidad, sobre todo hacia la madre. En el caso de los padres, se les aplicó la Prueba de 16 factores de Personalidad de Catell, en éstos predominó una tendencia superyoica débil, suelen ser oportunistas, con pocas obligaciones, sobre todo

hacia el cuidado de los hijos con este problema, son impulsivos y poco disciplinados, con conflictos personales, aunque suelen ser realistas, directos y con seguridad en sí mismos. Por su parte las madres suelen ser inestables emocionalmente, reprimidas, aprehensivas, depresivas, tensas, impulsivas y frustradas.

En el caso de la dinámica familiar se encontró que, por lo general, se encontraba alterada y con el predominio de relaciones perturbadas. Dawson, Griffit y Boeke (1989) dan cuenta del tipo de dinámica familiar predominante en los niños encopreticos que estudiaron. Reportan que una alta proporción de ellos se desarrolló en ambientes de violencia familiar, donde predominaban los abusos, el divorcio y la pérdida de adultos que mantenían un gran significado para el niño. El tratamiento pone de manifiesto lo importante que es la incorporación de un trato afectivo con este tipo de pacientes, ya que por lo general el afecto suele ser un elemento ausente en sus tratos cotidianos y al ser manejado por el personal institucional se convierte en un componente efectivo para sacar adelante al niño. No es raro encontrar una alteración emocional, generalmente de irritación y desquiciamiento ante el problema de sus hijos. Es por ello que, en la medida en que los tratamientos logren incorporar una combinación médica, psicológica y de intervención directa por parte de los padres, el pronóstico se vuelve más promisorio para el niño así como para el restablecimiento de las relaciones cordiales en la pareja o en la familia en general. Mientras que en un intento por eliminar la encopresis mediante la aproximación al sistema que involucra a la familia, Wells, Hinkle y Scott (1990) basados en la hipótesis de que los problemas del sistema familiar contribuían al desarrollo de la encopresis,

encontraron que, si se incluían a todos los miembros de la familia, se lograban reestructurar los roles y asumir un compromiso para sacar adelante al niño que mostraba el problema.

Un elemento importante que actúa como facilitador en el tratamiento de los niños con encopresis lo constituye, más que el nivel educativo (de escolaridad) de los padres, la sensibilidad para su abordaje, lo que se traduce en una relación de apego hacia el hijo, a pesar de que presente un problema de esta naturaleza. Esto ha sido demostrado por autores que enfocan sus tratamientos terapéuticos, tratando con parientes de enfermos terminales o de los que requieren cuidados y tratamientos especiales, como es el caso de los cancerosos, lisiados, ancianos imposibilitados, etc.

Lo anterior pone en evidencia dos circunstancias: Por un lado, el tipo de carácter que tenga, por lo general, la madre para atender, aceptar y echarse el compromiso de brindar una atención especial a su hijo. Por el otro como lo recomiendan Thapar, Davis & Jones (1992) en la revisión sobre los tratamientos existentes para el manejo de la encopresis en niños, que el tratamiento del orientador: médico pediatra, psiquiatra o psicólogo ha de tomar en consideración aspectos de tipo técnico que demanda el tratamiento recomendado, así como la capacidad que tengan para hacer sensibles y responsables a los padres o tutores para asumir una actitud empática de entrega para brindar algo más que los medicamentos o indicaciones requeridas, sino hacerlo con afecto y dedicación, que son elementos importantes para la efectividad de todo tipo de intervención.

En un intento de vincular de manera estrecha el problema de la encopresis de los niños que la padecen con la relación establecida con la madre, Bemporad (1971) considera que ésta patología es la parte hostil dependiente de dicha relación. Las madres de estos niños suelen ser dominantes y se encuentran involucradas de manera directa con la vida cotidiana de sus hijos, a pesar de coniderar a sus hijos como una carga y por lo tanto se muestran rechazantes hacia ellos. Las historias personales de estas madres se encuentran matizadas de sufrimiento y decepciones durante la niñez, sintiéndose después resentidas y desengañadas. Por lo general, se devalúan como mujeres y que el ser esposas las hacía inferiores socialmente, a la vez que mantenían fantasías de idealizar a un compañero-padre. Era evidente la insatisfacción por sus propias vidas, así como sus sentimientos depresivos. Sin embargo, por otro lado Lehman (1944), las define como mujeres con caracter de dictador que esperan que sus hijos respondan de manera inmediata a sus órdenes. Carentes de sentimientos empáticos hacia otras personas, rígidas, controladoras y desatentas de los aspectos significativos de la vida. Lo que demuestra que debajo de una actitud dominante se esconde una mujer deprimida que en el fondo desea ser cuidada.

En el caso de los padres, suelen ser ausentes de sus hogares, emocionalmente distantes y ocupados en actividades solitarias. Algunos suelen ser pasivos y aislados, parecen estar intimidados por sus dominantes esposas, lo que los hace alejarse del deseo y responsabilidad para con sus hijos con este padecimiento, éste elemento es tan importante en el pronóstico de la enfermedad que, ésta llegaba a desaparecer cuando los padres regresaban a casa o cuando eran estimulados a pasar más tiempo con sus hijos.

En cuanto a la relación de pareja, por lo general se ha observado que muchas madres se encuentran separadas de sus esposos y, por lo tanto era la madre quien asumía el rol igualmente del padre. Cuando el esposo se encontraba presente con relativa frecuencia, rara vez aceptaban el desempeño de su rol masculino; tendían a buscar en sus esposas a una madre sustituta. Lo que hacía suponer que se sintieran amenazados por su compañera marital. En el caso de los hermanos no se han encontrado relación alguna que genere algún trastorno significativo.

Las relaciones familiares se convierten en el principal sustento para la implantación de cualquier tratamiento psicoterapéutico que se desee emprender en el tratamiento de los niños con encopresis, por tal motivo es importante analizar el tipo de estructura y dinámica prevaleciente en el entorno del niño a fin de hacerlos partícipes en el tratamiento. Es por demás lógico suponer que ante la dinámica social que presenta una madre, por lo general trabajadora, en un contexto socio-cultural como el abordado en este trabajo, la presentación de la encopresis en algún hijo se convierte en un problema que difícilmente puede abordar de manera integral. El no poder brindar una mayor atención al hijo, la desesperación ante la pérdida de control de los esfínteres por parte de su hijo, la desaprobación social para el niño, aunados a la escases de recursos para la atención de especialistas, propicia una dificultad aumentada con la que muchas veces las mismas instituciones hospitalarias no pueden solucionar el problema de estos niños; sobre todo cuando existe una base etiológica de tipo psicogénica y cuyo tratamiento no se remite tan sólo a la prescripción de fármacos. Dawson, Griffth y Broeke (1990) sostienen que las recomendaciones principales para el

tratamiento de este síndrome consiste justamente en el empleo de técnicas multidisciplinarias y diferentes estrategias que involucran a pediatras, psicólogos y padres de familia.

M E T O D O

JUSTIFICACION

La encopresis secundaria es una alteración de la conducta caracterizada por la falta de control sobre las heces fecales, a diferencia de la primaria que se presenta en niños menores de 4 años, la de tipo secundario revierte una mayor importancia toda vez que se presenta en niños con un nivel de desarrollo más avanzado. A partir de los 4 años de edad se ponen en juego elementos importantes en la socialización del niño que dificultan el control voluntario de esta alteración, así como de cualquier estrategia de tratamiento.

Cualquier tratamiento requiere de la participación activa de los miembros de la familia del menor, a fin de comprender la dinámica de los factores etiológicos, como asumir la responsabilidad de manejar por si mismos cualquier tratamiento.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la estructura y dinámica de las familias con un niño que presenta encopresis de tipo secundario.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Describir como se comporta cada una de las 9 áreas que comprende la escala empleada para medir la estructura y dinámica familiar, conceptualización de las áreas, y la relación e implicaciones con la encopresis secundaria.

- Diseño del estudio:

El diseño empleado para la realización de esta investigación fue de tipo exploratorio ex-post-facto. El análisis general será de tipo descriptivo, donde se señalan las dimensiones en las que se presenta la dinámica y estructura de las familias que cuentan con un niño encopréptico.

- Sujetos:

La muestra fue intencional y estuvo integrada por 30 familias de la población que asiste a consulta al Instituto Nacional de Salud Mental del D.I.F. y que reunieron los siguientes criterios de inclusión.

a).- Encopresis de tipo senundario

b).- Rango de edad de los niños, entre 6 y 13 años

c).- Es una condicionante de inclusión establecida en el rigor metodológico del instrumento, que las familias se encuentren integradas; es decir, que vivan juntos los padres del menor.

La aceptación y voluntad de los padres para participar en el estudio.

d).- Descartar en estos niños que el padecimiento fuera de tipo orgánico, ya que fueron valorados previamente por el Psicólogo y el Psiquiatra

e).- Niños de ambos sexos

f).- El nivel socioeconómico de las familias fue medio

g).- La edad de los padres entre 24 y 41 años

h).- La escolaridad de los padres igual o superior a secundaria

- Instrumento.-

i).- Descripción:

Se aplicó el CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINAMICA FAMILIAR (Dra. Emma Espejel 1995), que tiene como OBJETIVO: Medir el grado de funcionalidad de las familias de los niños diagnosticados con encopresis secundaria.

ii).- Estructura:

El cuestionario consta de 40 reactivos que conforman 9 sub-escalas, que son:

- Autoridad y organización
- Control y orden
- Supervisión
- Afecto positivo y valores
- Apoyo
- Conducta disrruptiva
- Comunicación
- Afecto negativo, malestar, enojo
- Movilización de recursos

iii).- Calificación:

Cada reactivo (item) se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías, asignando los valores numéricos siguientes:

- 1: DISFUNCIONAL.- Cuando el aspecto evaluado es considerado de esta manera.

- 2: POCO DISFUNCIONAL.- Cuando existe sobreprotección de cualquiera de los miembros de la familia.

- 3: MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL.- Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por un familiar o no familiar.

- 4: FUNCIONAL.- Cuando el aspecto evaluado se considera de esta manera. (Todos se protegen entre sí. O bien, cuando la protección proviene de un subsistema superior o dentro del mismo).

- Escenario.-

En el cubículo número 23 del INSTITUTO MEXICANO DE SALUD MENTAL (INSAME) DEL DEPARTAMENTO DE INTEGRACION FAMILIAR (DIF), se realizaron las entrevistas y la aplicación del cuestionario a las 30 familias, que previamente fueron citadas por medio de llamada telefónica.

- Procedimiento.-

Una vez localizados los expedientes de los casos objeto de estudio, se procedió a localizar a la madre mediante una llamada telefónica, concertando una cita en el Instituto, o acudiendo a su domicilio. En la entrevista inicial se les hacía ver que se trataba de un estudio sobre la dinámica familiar en función de la patología del hijo. A continuación y a nombre de la Institución se les solicitaba asistir a una cita. Cabe señalar que se logró concertar a 22 casos para ser abordados en un cubículo del Instituto; mientras que en 8 de ellos fue necesario recurrir a sus respectivos domicilios.

- Análisis estadístico.-

Una vez aplicada la cantidad total de cuestionarios, se procedió a hacer el análisis y captura de los datos. Los cuales se presentan a nivel descriptivo, mediante frecuencias y cálculos porcentuales.

R E S U L T A D O S

Con base en el tipo de estudio realizado, a continuación se presentan los resultados generales de la investigación.

En una primera parte se hace la descripción general a nivel frecuencias de las características predominantes referentes a los datos generales de los padres y del hijo encopréutico. La segunda parte presenta la dinámica y estructura de las familias estudiadas.

1.- Datos generales de las familias.-

Tomando como base los criterios de clasificación para determinar el nivel socioeconómico, a continuación se describen los indicadores explorados:

- . La ocupación del padre
- . La ocupación de la madre
- . Sus respectivos ingresos (en el caso en que las madres reportaron trabajar fuera del hogar);
- . Las condiciones de propiedad de la casa habitación:
 - Casa o departamento propio
 - Rentada de casa o departamento
 - Estar viviendo con la familia de origen, de él o de ella

La descripción de las características de las familias entrevistadas son las que a continuación se señalan:

1.- El nivel socioeconómico al que pertenecen las familias es la Clase Media. La Tabla - I muestra dos formas de clasificación. Para calcularlo se tomaron como puntos de referencia los criterios establecidos en la Escala propuesta por el Dr. Havinghurst (1965).

Clasificación del Nivel Socioeconómico:

Categoría	No. de Familias	%
1: Media Alta	8	26.7
2: Media Baja	17	56.7
3: Alta Trabajadora	5	16.6
4: Baja Trabajadora	0	--
	-----	-----
Total:	30	100.0

Tabla - I: Nivel socioeconómico

ESCALA DE NIVEL SOCIOECONOMICO

(Del Dr. Havinghurst)

Escala de Ocupación	Escala de Educación	Puntuación del Nivel Socioeconómico	Clase Social
1	1	5	Media alta
1	2	2	y alta
2	1	8	
2	2	10	
2	3	12	
3	2	13	
2	4	14	
3	3	15	Media baja
3	5	19	
4	4	20	
4	5	22	
5	4	23	Alta trabajadora
4	6	24	
5	5	25	
6	6	26	
6	5	28	Baja trabajadora
6	6	30	

En dicha escala, las rayas horizontales de las puntuaciones que se dé a cada clase social están determinadas por el conocimiento de los científicos sociales de la estructura de las clases sociales en cada sociedad. Se analizan casos reales de personas cuyas puntuaciones de nivel socioeconómico están cerca de los puntos de división y se determinan las divisiones que darán por resultado el asignar el lugar más acertado para estos casos individuales. Las subdivisiones que vemos en la tabla fueron hechas con población mexicana para un estudio sociodemográfico que realizó Díaz-Guerrero (1975).

2.- Como se puede apreciar en la Tabla - II, se trata de parejas jóvenes, cuyas edades oscilan entre 24 y 41 años, con una media de 35 años.

TABLA - II: Edad de los padres

- Edad del padre:

Años	N	%
27	1	3.3
28	2	6.7
29	1	3.3
30	1	3.3
33	1	3.3
34	2	6.7
35	1	3.3
36	5	16.7
38	4	13.3
39	1	3.3
40	7	23.3
41	4	13.3
Total= 30 100.0		
X = 36.43 años		
Desv. St. = 4.3		

- Edad de la madre:

Años	N	%
24	1	3.3
25	1	3.3
29	3	10.0
30	4	13.3
31	1	3.3
32	2	6.7
35	3	10.0
36	3	10.0
37	2	6.7
38	3	10.0
39	6	20.0
41	1	3.3
Total: 30 100.0		
X = 34.23 años		
Desv. St. = 4.6		

3.- La escolaridad de los padres, mostrada en la tabla - III, permite ver que todos se encuentran por arriba del nivel de secundaria. En términos aproximados el 80 % de ellos cuenta con estudios de bachillerato o equivalente.

Tabla - III: Escolaridad de los padres

Grado:		Padre (%)	Madre (%)
* Secundaria	14	46.7	14 46.7
* Bachillerato	10	33.3	12 40.1
* Lic. incompleta	1	3.3	2 6.6
* Lic. completa	5	16.7	2 6.6
Total:	30	100.0	30 100.0

4.- La ocupación del padre, como se aprecia en la Tabla - IV, se ubica en términos generales (83.3%) en el sector servicios; sin dejar de lado un 16.7% de quienes se dedican a actividades profesionales.

Tabla - IV: Ocupación del padre:		
Actividad	N	(%)
* Sector servicios	25	83.3
* Maestros y profesionistas	5	16.7
Total:	30	100.0

5.- Por su parte, la ocupación de las madres (ver Tabla - V), se ubica por encima de la mitad (56.6%) en las actividades exclusivas del hogar.

Tabla - V: Ocupación de la madre:

Actividad	N	(%)
* Sólo al hogar	17	56.6
* Trabaja (Sector Servicios)	10	33.3
* Maestra o profesionista	3	10.0
Total:	30	100.0

6.- De manera casual se observó que la mitad de las familias (Tabla - VI), se encontraban viviendo, al momento de ser abordadas con la familia de origen y la otra mitad de manera independiente.

Tabla VI: Condiciones de residencia familiar

Condición	N	(%)
. Viven con la familia de origen (paterna o materna)	15	50.0
. Familia independiente	15	50.0
Total:	30	100.0

7.- Por su parte el hijo que presenta el problema de la encopresis, cuenta con una edad promedio de 8.5 años de edad, (ver Tabla - VII). Cabe destacar también que conforme aumenta la edad disminuyen los casos.

Tabla -VII: Edad del hijo.

Años	N	%
6	7	23.3
7	3	10.0
8	6	20.0
10	5	16.7
11	2	6.7
12	2	6.7
13	1	3.3
Total:	30	100.0
X=	8.5	años
D e s v . S t . = 2 . 0		

8.- La Tabla - VIII muestra la escolaridad del menor, la cual no se relaciona de manera directa con los resultados de la Tabla - VII (Edad del hijo), debido a que la distribución en cada grado escolar es muy dispersa. Si bien estamos hablando de niños con edad promedio de 8.5 años, la media aritmética (8 casos) recae en el grado correspondiente a la edad. El resto de los casos se distribuye de manera general.

Tabla - VIII: Escolaridad del hijo:

Grado escolar	N	(%)
* Pre-primaria	6	20.0
* Primaria, 1o.	3	10.0
* Primaria, 2o.	2	6.7
* Primaria, 3o.	8	26.7
* Primaria, 4o.	4	13.3
* Primaria, 5o.	3	10.0
* Primaria, 6o.	4	13.3
Total:	30	100.0

9.- La Tabla IX, relativa al sexo del hijo, como se aprecia predomina de manera contundente la inclinación hacia los varones (73.3%).

Tabla IX.- Sexo del hijo:

	N	%
Niño	22	73.3
Niña	8	26.7
Total	30	100.0

10.- La Tabla - X muestra el orden de nacimiento, lo cual es digno de resaltar debido a que el 63.3% de ellos son primogénitos.

Tabla - X: Orden de nacimiento del hijo

Orden	N	(%)
* Primogénito	19	63.3
* 2o. lugar	8	26.8
* 3er. lugar	1	3.3
* 4o. lugar	1	3.3
* 5o. lugar	1	3.3
Total:	30	100.0

11.- Finalmente, en la Tabla - XI se pueden ver los puntajes generales de todo el grupo de familias. Como se puede apreciar, el promedio mayor se registró en la sub-escala de Autoridad (29.1) y el menor en la de Afectos negativos (12.0).

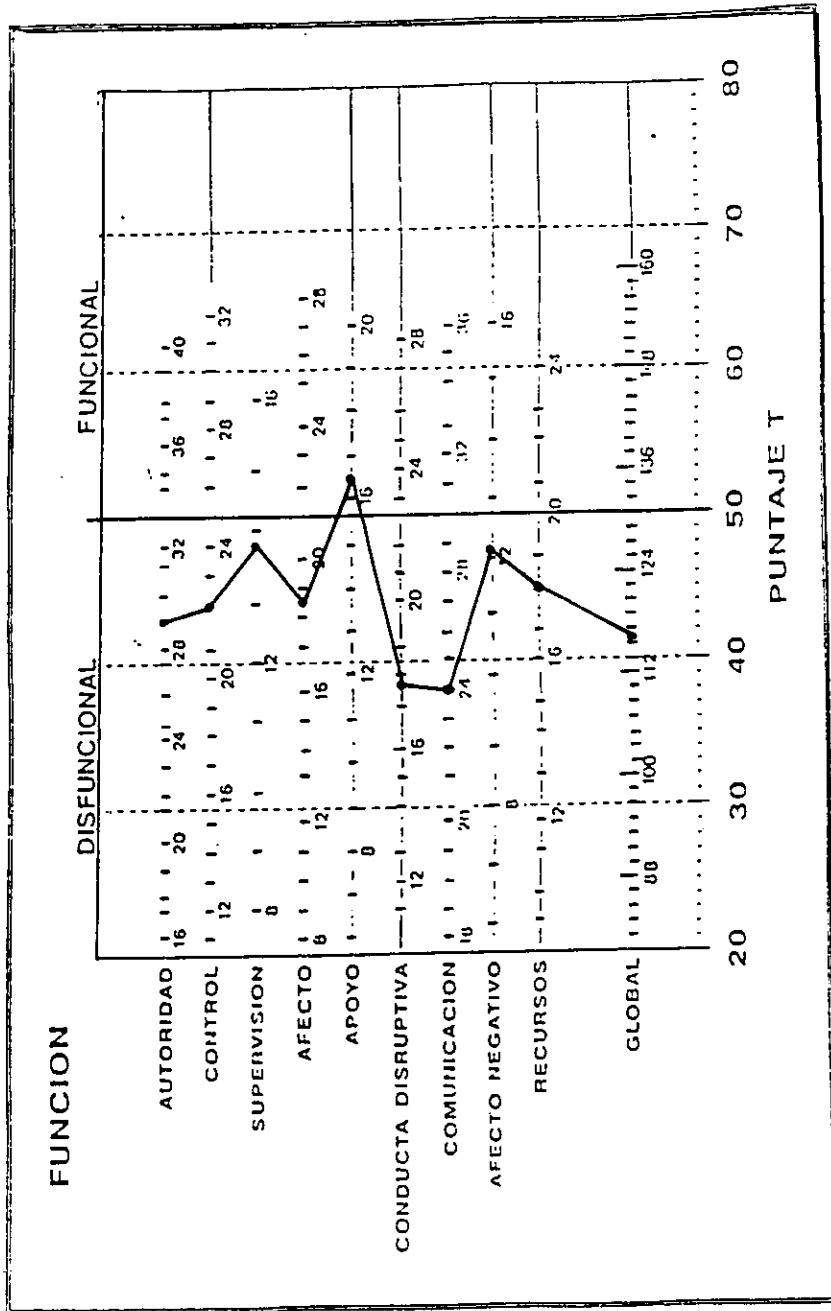
Tabla - XI: Puntaje total, según sub-escala

SUB-ESCALA	X	Desv. St.
* AUTORIDAD	29.1	2.9
* CONTROL	21.9	2.8
* SUPERVISION	13.8	1.9
* AFECTO	18.9	3.3
* APOYO	16.4	2.1
* DISRUPTIVA	17.9	2.6
* COMUNICACIÓN	24.1	2.8
* AFECTO NEG.	12.0	1.9
* RECURSOS	18.1	2.3

3.- Perfil gráfico del funcionamiento familiar.-

Como se puede observar en la gráfica anexa, se muestra de manera evidente el perfil promedio de funcionalidad de las familias estudiadas. A excepción de la subescala de APOYO, la cual se encuentra por encima del nivel límite positivo de funcionalidad, el resto de ellas oscila en la DISFUNCIONALIDAD.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



ANALISIS Y DISCUSION

Los aspectos más sobresalientes dignos de analizar son los que a continuación se describen:

1.- Como se puede observar se trata de un estudio donde la muestra tomada es un grupo de familias, cuya característica que mantienen en común es la de tener un hijo que presenta alteraciones de conducta, como lo es la ENCOPRESIS SECUNDARIA. Cabe señalar que este problema reviste mayor importancia y muestra una gravedad mayor toda vez que los pacientes que la presentan corresponden a edades avanzadas de la infancia. Lo cual pone de manifiesto implicaciones en las relaciones sociales de los niños. Se exponen a la crítica y desaprobación de los demás, lo cual agrava el problema de manera considerable.

2.- Las familias abordadas correspondían, como se pudo observar en el perfil socioeconómico, al nivel de clase media trabajadora, donde una proporción importante de ellas la madre está incorporada al trabajo remunerado fuera del hogar (13 de ellas). Este es un elemento digno de análisis toda vez que, como lo menciona González Nuñez (1996), en nuestro país la responsabilidad del cuidado de los hijos recae de manera preponderante sobre la madre. A pesar de que la participación del padre varón es un elemento sobresaliente en el desarrollo integral del hijo, independientemente de su género. El grupo de familias analizadas representan hasta cierto punto un reflejo de la clase media trabajadora, dedicada al sector servicios, cuyos hijos asisten a planteles oficiales de educación.

3.- Otro elemento por considerar consiste en la variable sexo de los hijos que mostraban la encopresis secundaria, 22 de ellos, que representan el 73.3 % corresponden al sexo masculino, lo cual confirman Kaplan (1982), Jimenez(1995), el manual DSM-IV, que este problema es de mayor incidencia en niños que niñas.

Un estudio realizado por Arevalo y Trallero(1993) sobre la incidencia y tipos de enuresis en niños encopréticos encontraron que en cuanto a sexo, se han hallado las diferencias habituales entre varones y hembras en cuanto a la proporción de encopresis. Sin embargo, el conjunto de encopréticos enuréticos no muestra diferencias significativas entre sexos.

4.- El orden al nacimiento del hijo que presentaba la encopresis secundaria, mantuvo un predominio importante en el primogénito. Como se puede ver, 63.3 % de ellos, es decir 19 de los 30 estudiados estaban en esta situación. Existen algunos estudios de problemas en los niños que han reportado que quienes presentan con mayor frecuencia algún problema son los primogénitos. Autores como Barrio, Frías, Mestre (1992) con respecto al lugar de nacimiento la mayor parte de los niños son los primogénitos u ocupan la última posición, mientras que los niños que ocupan la posición intermedia son los menos afectados.

5.- Con respecto a la edad promedio del niño la mayor frecuencia de casos se encontro a la edad de 8 años y tuvo una media de 8.5 y conforme aumentaba su edad disminuyeron éstos. Esto mismo es reportado por Jimenez(1995), con respecto a la

edad el rango oscila de 3 a 11 años y declina con la edad. Del Barrio(1984) dice que no se conoce su presencia después de los 16 años , salvo en sujetos con retraso mental.

6.- Es relevante mencionar que de las 30 familias, se detectó la encopresis en tres miembros de una misma familia, dos niños y una niña. Es digno de mencionar ya que la mayoría de los autores no encuentran encopresis en los padres ni hermanos de los niños encopréticos (Doleys,1993). Por lo que se podría pensar que esto es aprendido o por imitación los niños presentan el síntoma para llamar la atención de las personas que los rodean o sus propios padres.

7.-Dentro del perfil de funcionamiento familiar, se encontraron dos subescalas más disfuncionales, que son: Conducta Disruptiva y Comunicación. La primera evalúa la presencia de conductas no aceptadas socialmente como el alcoholismo siendo más frecuente en la figura paterna y problemas asociados con la autoridad, la segunda se refiere a la relación verbal y no verbal dentro de la familia, presentandose exclusión de algunos miembros de la familia, escasa convivencia .

En el área de Autoridad su eficacia dentro de la familia, mostrandose disfuncional debido a la lucha de los padres por adquirir el poder y cuando sólo reside en uno de los padres que no es funcional debido a los desacuerdos en la pareja.

El área de Control que valora los límites, que en este caso son difusos, siendo la autoridad ejercida con mayor frecuencia por la madre con intromisión de los familiares ligado a la inconsistencia del padre.

Afecto se refiere a la muestra de sentimientos y emociones en la familia. Como es de esperarse al ser disfuncional, la familia no se reúne para divertirse y los hijos reciben pocos estímulos.

Recursos son la potencialidad instrumental, afectiva y de capacidad que la familia utiliza y desarrolla. En este aspecto se tiende a la desorganización y el caos.

Por lo que respecta al Afecto Negativo se permite más la expresión de afectos negativos que positivos.

Una función más es Supervisión la que se encarga de vigilar la normas y comportamiento, es de suponerse que si los límites son difusos, las normas generalmente no se cumplen y existe mal comportamiento por falta de atención a los hijos.

Por último el área de Apoyo es la forma en que la familia se proporciona soporte social, dentro y fuera de la misma. Este aspecto como se mencionó anteriormente está por encima del límite mínimo de funcionalidad, sobresale debido a la facilidad de contar con alguien (familia extensa) de quien reciben ayuda y compañía facilitándoles el desarrollo social. Sin embargo repercute de manera negativa en la funcionalidad de las demás áreas, debido a la intromisión de los familiares en la relación de la pareja en cuanto a la toma de decisiones.

Una vez analizados los datos y resultados de esta investigación se concluye lo siguiente.

La existencia de un niño encopretico está asociada a la estructura y funcionalidad de la familia que en este caso es la manifestación de disfunción familiar mostrada en el perfil de funcionamiento familiar.

Un gran número de investigaciones han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos (Emery, 1982) tales como la baja autoestima y problemas de conducta (Rosenberg 1965, Gwynn y Brantley 1987, Musitu y Cols, 1988).

Los problemas familiares asociados se pueden observar con mayor frecuencia a pesar de todo en los casos de encopresis (Herzov 1977, Levine 1975, Ajuriaguerra 1977, Arevalo y Trallero 1993). A su vez Well, Hinkley y Scott (1989), mencionan que los problemas del sistema familiar contribuyen al desarrollo de la encopresis.

Walker (1978), refiere un tipo de niños encopreticos que al manipular su trastorno consiguen ventajas y presentan problemas tales como no ir al colegio o la atención excesiva de sus padres.

El CIE 10, dice que por alguna razón hay rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados, o que ésta puede ser consecuencia de una retención fisiológica originada por tensiones registradas entre los padres con sus hijos sobre el aprendizaje durante el control de esfínteres.

Por su parte Anthony(1957), le da el significado de la lucha por el poder desarrollado por los padres, mientras que otros lo ven como un mecanismo de regresión como consecuencia del nacimiento de un hermano o reacción ante la falta de amor por los padres.

En lo relativo a su manejo, el trastorno de la falta de control del esfínter anal o vesical es una situación problemática en muchas familias que tienen niños con este tipo de problema, debido a que se trata de un síntoma que involucra tanto a los padres como a los mismo niños que la padecen, algunos autores como Hersov(1979),Levine(1975),dicen que los problemas familiares se pueden observar con mayor frecuencia en la encopresis que la enuresis, a su vez Dawson,Griffit y Boeke (1989), detectan una dinámica familiar alterada y con predominio de relaciones perturbadas en la encopresis.

En definitiva, las orientaciones psicoanalíticas y/o psicodinámicas explican la encopresis como un síntoma de un conflicto encubierto, que puede ser una forma de falta de amor de los padres, el valor de culpabilidad por las heces, ansiedad por separación, miedo a la pérdida de las heces, deseos de embarazo, agresión contra un mundo hostil, respuesta a una disfunción familiar y separación dramática de la madre en las fases oral y anal del desarrollo psicosexual.(Jiménez 1995).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Las principales limitantes es la dificultad para obtener una muestra con este padecimiento, además de la ausencia de estudios relativos a la encopresis que es bastante notoria, es un trastorno poco frecuente y una vez que se localizan las familias es difícil que accedan o acepten la patología del niño para asistir.

Es necesaria la aplicación de una entrevista semiestructurada o cuestionario para saber a que edad se obtuvo el control de esfínteres y a que edad se vuelve a presentar y bajo que circunstancias. No obstante se espera que la presente investigación estimule posteriores estudios sobre este tema.

A nivel preventivo se sugiere hacer más sensibles y responsables a los padres o tutores para asumir una actitud empática de entrega para brindar algo más que los medicamentos o indicaciones requeridas, sino hacerlo con afecto y dedicación, que son elementos importantes para la efectividad de tratamiento.

En vista de lo concluido en la presente investigación, se sugiere una terapia familiar como una técnica de abordar en forma integral la encopresis.

BIBLIOGRAFIA

- Akande, A.; (1993), "Improving toilet-use (encopresis) in a nine-year-old male through full-cleanliness and token reinforcement". Early Child Development and Care; Apr., Vol. 86, pp. 123-130.

- Ackerman, N. W.; (1986). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la Vida familiar. Horme, México. pp. 430.

- Ajuriaguerra, J.; (1977). Manual de Psiquiatría Infantil. Masson, Cuarta Edición. pp. 280.

- Bernard-Bonin, A.; Haley, N.; Belanger, S. & Nadeau, D.; (1993) "Parental and patient perceptions about encopresis and its treatment". Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics; Dec. Vol. 14, No. 6, pp. 397-400.

- Boon, F. & Singh, N; (1991), "A model for de treatment of encopresis. Special Issue: Current perspectives in the diagnosis, assesment, and treatment of chil and adolescent disorders"; Behavioral Modification; Jul. Vol. 15 (3), pp. 355-371.

- CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. pp. 350.

- Clavero, Arevalo, M. y Toro Trallero, J.; (1993). "Enuresis y Encopresis. Relaciones". Annual Especiality Pediatrics.; Vol. 39, No. 4, pp.320.

- Cox, D.; Sutphen, J.; Borowitz, S.; Dickens, M.: (1994) ; et. al. "Simple electromyographic biofeedback treatment for chronic pediatric constipation/encopresis: Preliminary reports". Biofeedback and self regulation; Mar, Vol.19, No. 1, pp. 41-50.
- Craine, M.; Hanks, R. & Stevens, H.: (1992). "Mapping family stress: The application of family adaptation theory to post-traumatic stress disorder". American Journal of Family Therapy; Fal., Vol. 20 (3), pp. 195-203.
- Dawson, P. M., Griffith, K, y Boike, K. M.; (1990). "Combined Medical and Psychological Treatment of Hospitalized Children with Encopresis". Child Psychiatry and Human Development, 1990 Spring, Vol. 20, No. 3, pp. 181-191.
- DSM-IV; (1996). Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Masson. Reimpresión 1996. pp. 111-113.
- Espejel Aco, E.; (1987). "Cuestionario de Evaluación Familiar". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, U.N.A.M., México. pp. 45.
- Espejel Aco, E.; (1995). "Escala de Funcionamiento Familiar". Tesis de Doctorado IFAC, pp. 43, 47-51.
- Estrada I. L.; (1996). El Ciclo Vital de la Familia. Posada, 10a. Edición. México. pp. 21, 43-124.
- Fireman, G. & Koplewicz, H.: (1992) "Short term treatment of children with encopresis". Journal of Psychotherapy Practice and Research; Win, Vol. 1(1), pp. 64-71.

- Gómez-Romero, J.; (1983). El Método Experimental. Harla, México. pp.83.

- González Nuñez, J., Cortés Dillanes, Y. E. y Padilla Velázquez, M. T.; (1996). "La imagen paterna y la salud mental en el mexicano". Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. Universidad Autónoma de Guerrero, México.

- Gray , C.; Chisholm, D.; Smith, P.; Brown, M. y et. al:(1992), "The role of the child psychiatric ward in health care: Experiences with different types of admissions over a period of twenty-one years". Irish Journal of Psychological Medicine; May, Vol. 1 (9), pp. 17-23.

- Herrera-Vazquez, L.; (1984). "Características de personalidad de un grupo de niños encopréuticos y de sus padres". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México. pp. 80.

- Jansson, L.; Diamond, O. Demb, H:(1992). "Encopresis in a multihandicaped child: Rapid multidisciplinary treatment". Journal of Developmental and Physical Disabilities; Mar., Vol. 4 (1), pp. 83-90.

- Johnston, B. & Wright, J:(1993). "Attentional dysfunction in children with encopresis". Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics; 1993, Dec. Vol. 14 No. 6, pp. 381-385.

- Jiménez Hernández, M.; (1995). Manual de psicopatología infantil. Algibe, México.

- Kaplan, H., Freedman, A. y Sadock, B: (1982). Compendio de Psiquiatría. Salvat. México, 2a. Edición. pp.871.
- Knell, S. & Moore, D: (1990) "Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of encopresis". Journal of Clinical Child Psychology; Mar., Vol. 19 (1), pp. 55-60.
- Moscovici, S. Psicología de la masas: (1981). Fondo de Cultura Económica, México.
- Minuchin, S.; (1994). Familias y Terapia Familiar. Gedisa, 4a. Edición. México. pp.165, 214-225.
- Minuchin, S. y Fishman, C.; (1994). Técnicas de Terapia Familiar. Paidós, México. pp.27-35.
- Piazza, C.; Fisher, W.; Wayne, Chinn, & Bawman, L: (1991). "Reinforcement of incontinent stools in the treatment of encopresis". Clinical Pediatrics; Jan. Vol. 30, No. 1, pp. 28-32.
- Roesler, Th.; Savin, D. & Grosz, C: (1993). "Family therapy of extrafamilial sexual abuse". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Sept. Vol. 32, No. 5, pp.967-970.
- Ronen, T: (1993). "Invention Package for treating encopresis in a 6 year old boy: A case study". Behavioral Psychotherapy; 3, Vol. 21 (2), pp. 127-135.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Shapiro, L. & Henderson, J:(1992). "Brief therapy for encopresis: a case study". Journal of Family Psychotherapy; Vol. 3 (3), pp. 1-12.

- Stark, L.; Owens-Stively, J.; Spirito, A.; Lewis, A.; et. al:(1990). "Group behavioral treatment of retentive encopresis". Journal of Pediatric Psychology; Oct., Vol. 15 (5), pp. 659-671.

- Stark, L., Spiritu, A. y Lewis, A.; (1989). "Encopresis: Behavioral parameters associated with children who fail medical management". Vol. 20, pp. 169-__.

- Steege, M.; & Harper, D:(1989). "Enhancing the management of secondary encopresis by assessing acceptability of treatment: A case study". Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry; Dec., Vol. 20 (4), pp. 333-341.

- Tylor, D:(1992). "Real life soilers: Holdinf on and giving up encopresis". European and Adolsecent Psychyatry; Aapr., Vol. 1(2), pp. 100-104.

- Thapar, A., Gillian, D., Jones, T. and Rivett, M.; (1992). "Treatment of Childhood Encopresis. A review". Child: care an development. Vol. 18, pp. 343-353.

- Wells, M. & Hinkle, J:(1990). "Elimitation of childhood encopresis: A family systems approach". Journal of Mental Health Cousenling; Oct., Vol. 12 (4), pp. 520-526.

A N E X O

CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINAMICA FAMILIAR

Espejel E, Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNION _____ EDAD DEL PRIMER HIJO(A) _____

DIRECCION _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CAPITA _____

POSICION	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTACION ECONOMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA _____

OBSERVACIONES _____

FAMILIOGRAMA

Comenzar el Diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear

Miembro de la familia al que se reitera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿ Hay en su familia algún ó algunos miembros considerados como los más trabajadores? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

2.- Quien organiza la alimentación en la familia (Ir al mercado, decidir los menús, etc.) . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

3.- En su Familia. ¿ hay algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

4.- Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quién decide el programa? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

No se reúnen

Funcionalidad...

5.- ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

6.- ¿Quién o quienes de la familia intervienen cuando los Padres discuten ó pelean entre sí? . . .

		Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: las casillas oscuras nunca deben marcarse

7.- En los problemas de los hijos, ¿quién ó quiene intervienen? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad...

9.- Si en ésta existen horarios para comer ó llegar ¿quienes respetan los horarios de llegada? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

No existen horarios Funcionalidad...

10.- Si uno de los Padres castiga a un hijo, ¿quién interviene? . . .

El otro Padre	Otras Hijas	Otros Hijos	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido Funcionalidad...

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de ésta pregunta explore todos los indicadores.

Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- ¿Cuándo alguien invita a la casa a quién se le avisa. . .

A quién avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro NO familiar							

Nunca Invitan Funcionalidad...

12.- ¿ Quienes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						
Funcionalidad..						

13.- Si cada quién tiene obligaciones definidas en ésta familia ¿Quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quién sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
No existen obligaciones definidas				Funcionalidad			

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿Quiénes participan? . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? . . .

A quien se pide permiso:

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

16.- Cuando alguien comete una falta ¿quien y como castiga? . . .

Como castiga:

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			
No se castiga		Funcionalidad . .	

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿quien o quienes las cumplen siempre? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quien ayuda?...

A quien se pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

19.- ¿Quienes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

20.- En ésta familia, ¿Quien protege a quien? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	OtroNO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

21.- Si conversan ustedes unos con otros ¿Quien con quien lo hace? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

22.- Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones.
¿Quiénes son los que lo hacen? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
No		Funcionalidad					

23.- ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

24.- Cuando entre alguno de ustedes se toma una decisión ó se llega a algún acuerdo, ¿A quiénes se les hace saber con claridad? . . .

A quién se le hace saber

Quienes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema Hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema Hijos					
Otro Familiar					
Otro NO familiar					
No hay acuerdos		Funcionalidad			

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

27.- Para transmitir los valores más importantes en ésta familia ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

28.- Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

29.- ¿Quién ó quiénes participan en la solución de un problema grave? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en éste lugar

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

31.- En ésta familia. ¿quiénes son los más alegres 'o los que se divierten más . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32.- ¿Quién en ésta familia estimula las habilidades y aptitudes? . . .

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33.- Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente ? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad

34.- Cuando se llegan a enojar en ésta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							
Funcionalidad							

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de ésta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

35.- ¿Se han llegado a golpear en ésta familia? ¿Quién con quién? . . .

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie	Frecuencia		
								Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro Familiar										
Otro NO Familiar										
Funcionalidad...										

36.- ¿ En ésta familia hay alguien que se embriague con alcohol ó tome otro tipo de estimulantes? . . .

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			
Funcionalidad . . .			

37.- ¿Quién tiene ó ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo ó con los demás? . . .

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			
Funcionalidad . . .			

38.- ¿Si en ésta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido? . . .

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			
Funcionalidad . . .			

39.- ¿Quién ha presentado algún problema emocional? . . .

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			
Funcionalidad . . .			

40.- ¿Quién en la familia se aísla? . . .

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad . . .

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FORMATO DE CALIFICACION

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (Por ejemplo el 40). Después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

FUNCION											SUMA
AUTORIDAD	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
CONTROL	8	10	17	26	31	34	35	40			
SUPERVISION	16	25	26	28							
AFECTO	22	23	24	27	31	32	33				
APOYO	7	16	18	20	39	40					
CONDUCTA DISRUPTIVA	5	9	36	37	38	39	40				
COMUNICACION	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
AFECTO NEGATIVO	6	15	29	34							
RECURSOS	2	12	13	14	17	40					

PUNTAJE GLOBAL	
-----------------------	--

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia: _____ Fecha de Aplicación: _____

Tiempo de formada: _____ años Etapa de ciclo vital: _____ Nivel socioeconómico: _____

Número de miembros: _____ adultos _____ adolescentes _____ niños Tipo de familia: _____

