



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

43

Características de Personalidad de un Grupo de
Niños Encopréuticos y de sus Padres

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
Leticia Ivonne Herrera Vázquez

MEXICO, D.F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



75053.08
UNAM-16
1984
ef. 2

M-23334

ape-1096a

Un agradecimiento especial a la
Mtra. Diana Ostrovsky Vinograd-
por su asesoría en esta tesis.

Agradezco a las autoridades del Instituto Nacional de Salud Mental del DIF las facilidades otorgadas para la realización de éste trabajo, así como a todas y cada una de las personas que cooperaron al logro - del mismo.

A MIS PADRES

I N D I C E

INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	
1. Encopresis	3
1.1 Definición y descripción del síndrome	
1.2 Historia del término y antecedentes	
1.3 Frecuencia, incidencia y prevalencia	
2. Etiología	13
2.1 Factores orgánicos	
2.2 Factores psicodinámicos	
3. Una Aproximación Psicodinámica sobre el tema	19
4. Características de Personalidad	28
4.1 Personalidad del niño encoprético	
4.2 Personalidad de los padres y dinámica familiar	
5. Tratamiento	
II. METODOLOGIA	
1. Sujetos	45
2. Escenario	45
3. Instrumentos	46
4. Procedimiento	49
III. RESULTADOS	
1. Análisis de los resultados	53
IV. CONCLUSIONES	74
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	77
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

La enseñanza del control de esfínteres es una experiencia de aprendizaje universal. Sobre todo en nuestra sociedad occidental donde la educación esfinteriana se ha convertido en el problema más evidentemente perturbador de la educación infantil.

El problema del no control del esfínter ya sea anal o vesical es una situación conflictiva que existe en muchas familias, y aunque la enuresis es más común que la encopresis, ésta es considerada un desorden más severo y complejo, resultado de la interacción sinérgica de una serie de variables potencialmente patogénicas. Este proceso involucra tanto al niño como a los padres, por lo que se considera importante una descripción de los rasgos de personalidad encontrados en ambos y la observación de cómo interactúan e influyen esta serie de variables en la presentación del síndrome.

Una de las razones que motivó este trabajo sobre encopresis es que a pesar de la importancia de dicho síndrome y de su alta prevalencia, ha sido poco explorado (uno a dos por ciento de la población en general, según cifras del Manual de Estadística DSM III); encontrándose escasa bibliografía en español, no habiendo ninguna investigación sobre este tema en México.

Confiamos que la presente investigación llene aunque sea en una pequeña parte el espacio que deja la falta de investigación en nuestro país sobre este tema, esperamos permita una mayor comprensión y estimule futuras investigaciones que favorezcan la búsqueda de mejores formas de tratamiento y manejo de los niños encopréticos.

MARCO TEORICO

I. MARCO TEORICO

1. Encopresis

1.1 Definición y Descripción del Síndrome.

Para Susan M. Fisher (1979), la encopresis denota una incontrolada defecación de origen emocional, que involucra repetidas e involuntarias evacuaciones de heces dentro de la ropa sin una causa orgánica gruesa, después de la edad de cuatro años, con o sin constipación. Los accidentes de ensuciamiento no se incluyen. Usualmente, la consistencia de las heces es normal. Cuando la retención de las heces está presente un líquido de olor fétido, puede ser descargado mientras que la masa fecal es difícilmente retenida, distendiendo el recto. El ensuciamiento puede ser diario o sólo ocasionalmente. En algunos casos una causa orgánica pudo haber estado presente, inicialmente con conflictos derivados que sirvieron para perpetuar la conducta.

Bakwin (1974), coincide con De la Torre (1972), en definir a la encopresis o incontinencia fecal, como la defecación involuntaria después del segundo año de vida que no se debe a un padecimiento neuromuscular. A diferencia de la enuresis que ordinariamente se produce en la noche, ocurre durante el día y generalmen-

te es una afección adquirida que amenaza después de un periodo de haberse establecido el control intestinal.

Para Jean Solvit (1971), 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 e incluso escondidas junto con ropa limpia en un cajón. Aunque los padres pueden asegurar que el niño no se da cuenta de la eliminación de las heces, éste es un hecho no sólo reconocido por el niño, sino que lleva consigo cierta carga emotiva. No se trata de una incontinencia por rebosamiento como en el megacolon psicógeno y no existe base orgánica que lo justifique.

Kolb (1973), diferencia la encopresis de la incontinencia fecal, o sea la salida de las heces debido a un trastorno físico como la enfermedad de Hirschsprung, los defectos del recto o del esfínter anal o las alteraciones en el control neurológico por enfermedades cerebrales, espinales o de la neurona motora baja. El término encopresis denota incontinencia con constipación. Este diagnóstico debe reservarse para cualquier niño que continúe ensuciándose con frecuencia más allá del cuarto año de edad, en ausencia de un defecto físico demostrable.

Para la presente investigación se tomó como base la definición sobre encopresis que nos da el Manual de Estadística DSM III, completándola como a continuación se menciona.

La manifestación esencial de la encopresis son las evacuaciones voluntarias e involuntarias de heces fecales, de consistencia normal o cercana a la normal, en lugares no apropiados para este propósito dentro del ambiente socio-cultural del individuo. Y siempre y cuando se haya descartado una causa orgánica o retraso mental. Se clasifica como encopresis primaria, cuando las evacuaciones de heces en circunstancias inapropiadas e inaceptables se dan cuando menos una vez al mes, después de que el niño ha alcanzado la edad de cinco años. Encopresis secundaria, cuando las evacuaciones de heces en circunstancias inapropiadas e inaceptables se dan cuando menos una vez al mes después de un periodo de continencia que duró por lo menos seis meses.

1.2 Historia del Término y Antecedentes.

Las primeras descripciones de la encopresis fueron las de G. B. Fowler en 1882 y de Henoch en 1889; en 1926 S. Weissemberg la define así, al introducir el término de "encopresis": "Toda defecación involuntaria de un niño de más de dos años, cuando no tiene

una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna".

Richmond y Asociados (1954), sugirieron que el término "ideopático o megacolon psicógeno" podría ser usado, ya que en muchos casos el recto y el colon están funcionalmente dilatados. Dado que el intestino recobra su anchura normal después de una evacuación apropiada, Browne (1961), propuso un término alternativo "inercia del colon", en tanto que Berg y Jones (1964), llamaron a este desorden "incontinencia fecal funcional".

Posteriormente, Anthony (1957), distingue entre:

(1) Encopresis continua - nunca adiestrado; (2) Encopresis discontinua - un entrenamiento del baño, pero más tarde se reanudan los ensuciamientos como respuesta a tensiones neuróticas; (3) Ensuciadores retentivos. Ambos tipos retentivos y discontinuos fueron sujetos a métodos coersivos de entrenamiento del baño. Easson (1960), designó el tipo continuo de Anthony como "encopresis infantil primaria" y el tipo discontinuo con episodios retentivos como "encopresis primaria reactiva"; estas distinciones resultaron muy rígidas, por lo que su validez ha sido cuestionada en varios estudios.

En general al igual que en la enuresis, la encopresis se divide en encopresis primaria y secundaria.

Encopresis primaria o continua se refiere al niño que nunca ha logrado el control de la evacuación fecal.

Encopresis secundaria, discontinua o regresiva se refiere a los niños que perdieron el control del esfínter anal previamente logrado o adquirido.

1.3 Frecuencia, Incidencia y Prevalencia.

Según datos del Manual de Estadística y Diagnóstico DSM III, existe una frecuencia estimada entre el uno y el dos por ciento de la población general. Aunque esta prevalencia disminuye con la edad.

En su completísimo estudio de la encopresis, en una población de 3,863 niños de Estocolmo, en su primer año de escuela. M. Bellman (1966), advierte un índice de frecuencia del 2.8% a los cuatro años, de 2.2% a los cinco años, de 1.9% a los seis años. En los niños de siete a ocho años el porcentaje pasa al 1.5%. La encopresis es mucho más frecuente en varones que en hembras. En las estadísticas de Bellman la proporción es de 3.4 niños frente a una niña en niños encopréticos de siete a ocho años. La mayoría de los autores no advierten encopresis alguna ni en los padres ni en los hermanos de encopréticos. Sin embargo,

Bellman encontró antecedentes de problemas en el control del esfínter anal en un 10% de los hermanos, en el 15% de los padres y en 1.3% de las madres.

Bemporad, J. R.; Pleifer, C. M.; Gibbs, L.; Cortner, P. M.; y Bloom, W.; (1971), en una investigación para ver el lugar que ocupaban los niños encopréuticos en sus familias, no encontraron ningún patrón específico. De los 14 casos que revisó, 5 eran los niños mayores, 4 los niños medianos y 4 los niños menores, 1 era hijo único. Mientras que Hoag y Asociados (1971), encontraron que de 10 niños encopréuticos, 8 eran los primeros hijos.

Wolters (1974), halló que la encopresis secundaria era más frecuente que la primaria, 31 casos de 50. Selander y Tarold (1960), y Anthony (1957), también encontraron que la encopresis primaria era mucho más rara.

Anthony halló que la encopresis primaria era más frecuente en enuréticos. Olatawura (1976), llegó a muy diferentes resultados, 17 de 24 encopréuticos secundarios eran enuréticos, mientras que sólo 2 encopréuticos primarios mojaban sus camas.

Con respecto a la clase socio-económica Anthony reportó que los ensuciadores discontinuos o secundarios

proviene en su mayor parte de la clase media o de hogares de clase trabajadora o profesionales, y que los encopréuticos primarios o continuos provienen de familias de nivel bajo.

Olatawra, Selander y Tarold, al igual que Berg y Jones encontraron que los ensuciadores discontinuos provienen de familias desorganizadas, con un medio muy conflictivo. Ellos también hallaron que los grupos de encopréuticos continuos son niños de un medio familiar más organizado y menos conflictivo donde una psicoterapia breve y más bien un reentrenamiento serían suficientes para producir la cura.

La mayoría de los estudios muestran una incidencia mayor de encopresis en la clase baja o media, sin embargo estos datos probablemente sólo reflejan la renuencia de las familias de clase alta para reconocer el síntoma y la tendencia de llevar al niño a un psicólogo privado.

1.4 Origen y Evolución.

Bemporad y Asociados (1971), encontraron que de 14 casos típicos de encopresis en 12 fue posible determinar el origen de ésta, o la edad en la que el ensuciamiento se tornó clínicamente significativo y no tan sólo la manifestación de accidentes ocasionales.

En dos de los casos el persistente ensuciamiento continuo comenzó a la edad de dos años, después de un periodo de continencia de por lo menos 5 ó 6 meses. En ambos casos, coincidió con el nacimiento de un hermano. En 3 casos el ensuciamiento comenzó entre los 3 y 4 años de edad, en estos 3 casos consistentemente se refirió la separación de la madre o el divorcio o separación entre los padres. No obstante la edad más frecuente para el desarrollo de la encopresis fue de 6 años, ya que en 5 de sus pacientes el inicio de los síntomas fue a esta edad. En estos 5 niños la encopresis comenzó poco después de haberse iniciado la escuela. Uno de los niños desarrolló la encopresis a la edad de los 9 años cuando fue cambiado a una nueva escuela. Otro chico, a la edad de 7 años, cuando fue separado de su madre por enfermedad. En 2 de los casos el inicio de la encopresis no pudo ser determinado. Por lo tanto, en la mayoría de los casos el síntoma encoprético podría relacionarse con un periodo de tensión para el niño. El stress más común pareció ser la separación de la figura materna. Sin embargo, en estos casos la encopresis no desapareció con la reunión del niño y la madre, sino que de hecho se intensificó por la reunión y paradójicamente parecía mejorar cuando subsecuentemente se separó al niño de la madre.

Los hallazgos de Bellman, también coinciden con los anteriores, él encontró que en dos terceras partes de su serie de encopréticos, el síntoma se inició a la par de una separación mayor de la madre.

Con respecto al curso de la encopresis; en 6 de los 14 casos de Bemporad, la encopresis se detuvo totalmente cuando los padres regresaban a sus casas después de una larga ausencia o cuando se logró que pasaran más tiempo con sus hijos.

En otro caso, el ensuciamiento paró cuando la madre se volvió a casar. Bemporad y Asociados concluyen que la serie de encopréticos el curso de la encopresis fue marcadamente afectado por la presencia física y emocional de la figura paterna en el hogar. Además que este efecto no pareció relacionarse con lo que aconteció en la terapia. Otros 3 niños mostraron adelantos cuando a través de la terapia, ellos fueron fuertemente estimulados en sus relaciones fuera de la familia, con compañeros o figuras masculinas adultas y a pasar poco tiempo con sus madres en la casa. Dos niños no mostraron adelantos a pesar de la intervención terapéutica y los dos restantes de la serie, tuvieron que suspender prematuramente el tratamiento cuando sus familias se cambiaron a otra área.

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que normalmente la encopresis desaparece tras un periodo de ataques de ensuciamiento cada vez menos frecuentes, y que casi siempre desaparece al llegar la pubertad.

El estudio de la evolución de la encopresis señala un declive pasados los ocho años. Ninguno de los niños estudiados por Bellman padecieron encopresis pasados los 16 años, excepción hecha en dos casos en quienes reapareció posteriormente. Sin embargo, él mostró que una alta tasa de delincuencia entre estos jóvenes reafirma la continuación de una agresión no resuelta. Bemporad; Kresch; Arnold; (1970), en dos estudios continuos también hallaron que el ensuciamiento había parado en la adolescencia, no obstante que el carácter patológico permaneció.

2. Etiología

2.1 Factores Orgánicos.

Constitución genética: Varios investigadores han encontrado una alta tasa de desórdenes del lenguaje y una presencia uniforme de inmadurez neurológica en los niños encopréticos. Esto les ha llevado a creer en factores orgánicos que son relevantes para el desarrollo del síntoma. Una predisposición específica es improbable, pero algunos niños muestran los rasgos característicos de un retraso maduracional; dificultades con el control de sus funciones corporales, dificultades en la canalización de sus impulsos agresivos y problemas en el lenguaje verbal y simbólico. Taichert (1971), también encontró una baja tolerancia a la frustración, distractibilidad, atención por periodos cortos, hiperactividad variable y problemas de aprendizaje. Ella sospecha que estas características influyen en la respuesta del niño hacia el entrenamiento del baño, contribuyendo a severos problemas de aprendizaje con fallas en la respuesta del esfínter anal.

El factor constitucional puede jugar un rol en el caso de algunos niños. Sin embargo, Bellman (1966), no halló evidencias que apoyen esa suposición y consideró la clase de experiencia en el entrenamiento des-

excusado y la relación madre-hijo como lo más importante.

Neurología congénita: Bellman no encontró más frecuencia de problemas o traumas cerebrales en las historias de niños encopréticos que en las del grupo control. Todos los EEG de los niños encopréticos estudiados eran normales.

La literatura sobre inteligencia y encopresis es extensa y variada. Niedermeyer y Parnitzke (1963), consideran que la habilidad intelectual no está relacionada con la encopresis, Bellman concuerda con esto. Taichert encontró que aún con dificultades en el desarrollo neuronal, el IQ de sus encopréticos era normal, en tanto que Bemporad y Asociados (1971) encontraron en los niños encopréticos una inteligencia normal y frecuentemente superior.

2.2 Factores Psicodinámicos.

Uno de los factores etiopatogénicos más importantes en el desarrollo de la encopresis es el entrenamiento, siendo en la mayoría de los casos prematuro y muy riguroso. Huscka (1942), en una revisión de 213 casos de encopresis infantil observó que en estos niños el acercamiento había sido en una forma demasiado rigurosa y agresiva, llamándole "entrenamiento coherativo".

Ella pensaba que este entrenamiento cohersivo era la causa suficiente de la encopresis. Clasificándolo en los siguientes niveles.

1. Inadecuado: Descuidado e inconsistente.
2. Moderado: Cooperación entre madre y niño.
3. Cohersivo: Un entrenamiento cohersivo envuelto en frecuentes e intensas humillaciones y castigos por las fallas; rígidos programas; con frecuencias las posiciones en el excusado eran indebidas; un interés desmedido en la realización perfecta; laxantes; introducción de termómetros o jabón dentro del ano; reusar a poner al niño en el excusado, esperando que la demanda del niño sea verbal; medios mecánicos tales como en
ce
rrar al niño en el baño; entrenamiento al niño antes de que tenga la habilidad para controlar su evacuación.

Bemporad y Asociados (1971), también encontraron que el entrenamiento del excusado era significativo en las historias de los niños encopréticos, 11 de los 14 pacientes habían tenido un entrenamiento antes de los 18 meses, habiendo sido reportado como difícil, cohersivo y prolongado.

Los hallazgos de Bellman en su estudio con un grupo de encopréticos y con un grupo control; fueron que un

25% de cada grupo tuvo un entrenamiento temprano, no encontrándose diferencias entre estos. Con respecto a los métodos coherivos, estos fueron usados por el 31% de las madres del grupo de encopréticos y sólo por un 5% de las madres del grupo control. El halló que la diferencia estribaba en que las madres del grupo control podían ser flexibles y hacer concesiones ante las distintas formas de reaccionar de los diferentes niños de su familia, en tanto que las madres del grupo de encopréticos, no podían hacerlo.

Otro hallazgo fue que en la fase temprana de accidentes del baño sólo un 5% de las madres del grupo control golpearon a sus hijos. Esto se debía a que ellas pensaban que los accidentes eran de esperarse y reaccionaban con ecuanimidad a diferencia de las madres del grupo de encopréticos donde el 24% golpearon a sus hijos, ellas expresaron su enorme disgusto y aversión ante tales accidentes de sus niños, incluso algunas expresaron que eran incapaces de entenderse con la ropa defecada.

Para Susan Fisher (1979), lo importante es la relación entre el niño y la madre cuando ésta es buena, el pequeño puede hacerle saber si puede satisfacer sus demandas, y ella sabrá si insistir o no. Esto es muy difícil de encontrar en la familia del niño enco-

prético. Si bien, una pobre comunicación puede surgir como resultado del síntoma, en la mayoría de los casos el entrenamiento del excusado ya ha sido estresante para el niño antes de que el síntoma comience. Parecería que la violenta respuesta de las madres hacia los accidentes del baño tienden a fijar el síntoma. Por lo tanto, a pesar de que el niño con encopresis secundaria pudo haber tenido un periodo de pseudomadurez, está constantemente propenso a una regresión.

Bellman observó que las madres que reaccionaban violentamente a los accidentes del baño terminaban sintiéndose bastante arrepentidas, y luego se volvían demasiado indulgentes y así, esto, proporciona al niño una clara ganancia secundaria. Numerosas entrevistas con las madres sugieren un patrón de manejo maternal inconsistente, alternando sobreprotección y dureza. Algunas madres tienen una fuerte necesidad de una excesiva dependencia por parte de sus hijos, lo cual tiende a fomentar la inmadurez e infantilismo de ellos.

Muy importante es la observación que hace Anthony (1957), en el sentido de que este manejo de las madres hacia el niño en la fase anal, puede combinarse con otros factores para producir el síndrome de encopresis. Estos factores pueden incluir la sensibili-

dad del niño que acompaña al trauma, su sensibilización a previos padecimientos, y el impacto de unas relaciones familiares perturbadas.

Susan Fisher concluye que habría que estudiar cada caso en forma individual ya que podría significar varias cosas, entre ellas menciona:

- Una situación de tensión - relacionada con encopresis secundaria.
 - El síntoma puede reflejar regresión.
 - Así como temor a la castración anal.
 - Puede ser un deseo de control por parte del niño para mantener contacto con la madre.
 - Una reacción pasivo-agresiva hacia una autoridad temida.
- O alguna combinación de estos factores específicos.

3. Una Aproximación Psicodinámica sobre el Tema.

Aquí se intentará mencionar las diferentes teorías psicoanalíticas y psicodinámicas que aunque no hablan de la en copresis como tal, sí nos dan una visión de aspectos muy importantes relacionados con ella.

Freud (1917), en su trabajo titulado "carácter y erotismo anal" nos dice que el excremento es en efecto, el primer regalo infantil que constituye una parte de su propio cuerpo. La defecación plantea al niño una primera decisión entre la disposición narcicista y el amor a un objeto. Expulsará dócilmente los excrementos como "sacrificio" al amor o lo retendrá para la satisfacción autoerótica y más tarde para la afirmación de su voluntad personal. La significación más inmediata que adquiere el interés por el excremento no es probablemente la de oro-dinero, sino la de regalo. El niño no conoce más dinero que el que le ha regalado. Como el excremento es su primer regalo, trasfiere fácilmente el interés de esta materia a aquella nueva que le sale al paso en la vida como el regalo más importante.

Karl Abraham (1921), nos amplía y completa un estudio de Jones acerca de las contribuciones a la teoría del carácter anal y nos habla de que "Jones distingue dos actos diferentes en el proceso que designamos generalmente como la educación del niño en los hábitos de la limpieza. Se

le enseña al niño no sólo a no ensuciar su cuerpo y las proximidades con los excrementos, sino también a efectuar las funciones excretorias en horas establecidas. En otras palabras, tiene que abandonar su coprofilia y su placer en los procesos de excreción. Por lo tanto ocurre un doble proceso de limitación de los impulsos infantiles, con consecuencias en la esfera psíquica." El primitivo método de evacuación del niño pone toda la superficie de sus nalgas y extremidades inferiores en contacto con la orina y los excrementos, el flujo de la cálida orina sobre la piel y el contacto con la tibia masa de los excrementos producen en el niño sensaciones muy agradables. El niño sólo empieza a manifestar sensaciones de incomodidad cuando los productos excretados se enfrían contra su cuerpo. El placer especial en el acto de la excreción, al que debemos diferenciar del placer de los productos de este proceso comprende aparte de las sensaciones físicas una gratificación psíquica basada en la consecución del acto. Ahora bien, en cuanto a la educación del niño exige una estricta regularidad de las excreciones, así como higiene, exponiendo su narcisismo a la primera prueba severa. La mayoría de los niños se adaptan, tarde o temprano a esas exigencias. En los casos favorables el niño se identifica con las demandas de sus educadores y se siente orgulloso de su logro. Se compensa así, la ofensa primaria contra su narcisismo, y el sentido original de la autogratiicación es reempla-

zada por la gratificación del logro, del "ser bueno" ante la estimación de sus padres.

No todos los niños tienen el mismo éxito en este aspecto, los efectos de las tempranas ofensas al narcisismo infantil, especialmente en cuanto estas ofensas son de un carácter persistente y sistemático, imponen prematuramente sobre el niño un hábito antes de que esté psíquicamente preparado para él. Esta disposición psíquica sólo aparece cuando el niño comienza a transferir a objetos (su madre, etc.) los sentimientos que tienen originalmente límites narcisistas. Una vez que el niño adquiere tal capacidad, se mantendrá limpio "en homenaje" a una persona. Si la limpieza se le exige demasiado temprano, adquirirá el hábito a través del temor. Su resistencia interior permanecerá y su lívido perpetuará una tenaz fijación narcisista, y resultará de ello una perturbación permanente de la capacidad de amar.

E. Erikson (1976), nos dice: "Puesto que crecen juntas las familias, tienden a perder una cierta regulación mutua como grupo. En consecuencia, cada miembro de la familia pierde en cierto sentido, el autocontrol adecuado a su edad y a su status dentro de la familia. En lugar de controlarse y de contribuir a la regularización mutua del grupo, cada uno de los miembros ha buscado y ha encontrado controles sustitutivos, áreas de autonomía que excluyen a

los demás: Los padres, en el trabajo febril y la vida social; los niños en la única área de autonomía aparentemente absoluta que les pertenece. El autoerotismo constituye un arma importante en esta guerra, en tanto proporciona al niño una aparente independencia con respecto a la pérdida mutualidad con los otros. Esa autonomía autocontrolada, sin embargo, encubre la verdadera situación pues al disfrutar aparentemente de los placeres de sus zonas corporales el niño utiliza modos orgánicos en fantasías hostiles de controlar a los otros mediante una usurpación total, sea el énfasis sádico o masoquista. Sólo este giro, este volverse contra sí mismo o contra los otros, hace que el órgano se convierta en un vehículo de agresión en el sentido más habitual y más hostil. Antes de que ello ocurra, los modos orgánicos son patrones ingenuos, esto es, pre-hostiles, de acercarse a las cosas, modos de buscar relaciones: esto es lo que significa la adgresión antes de convertirse en agresión".

Para Erikson la analidad es también una cuestión fuertemente cultural. "La analidad propiamente dicha, mucho depende de que el medio ambiente cultural desee hacer algo al respecto. Hay culturas (como la de los Sioux), donde los padres no se ocupan de la conducta anal, y donde los niños mayores se encargan de conducir al más pequeño hasta los arbustos, de modo que el deseo de este último de complacer en lo relativo a este problema va coincidiendo con su de-

seo de imitar a los niños mayores. Nuestra civilización occidental, sin embargo, ha preferido tomar el asunto más en serio, y el grado de presión depende de la difusión de las costumbres de clase media y de la imagen ideal de un cuerpo mecanizado, pues se supone que la educación temprana y rigurosa no sólo contribuye a mejorar la atmósfera hogareña sino que resulta absolutamente necesaria para el desarrollo del sentido del orden y la puntualidad. El problema de la regularización mutua enfrenta su prueba más difícil, cuando el control exterior ejercido por una educación demasiado rígida y demasiado prematura, insiste en premiar al niño de su intento de ir controlando gradualmente sus intestinos y otras funciones ambivalentes, a través de su libre elección y voluntad, aquél volverá a enfrentar una doble rebelión y una doble derrota. Impotente en su propio cuerpo (y a menudo temeroso de sus heces, como si fueran monstruos hostiles que habitan en su interior) e impotente afuera se verá obligado otra vez a buscar satisfacción y control a través de una regresión o un falso progreso. En otras palabras, retornará a un control oral previo, esto es, succionándose el pulgar y recurriendo a los lloriqueos y a las exigencias, o bien se volverá hostil e intrusivo y utilizará las heces como municiones y fingirá haber alcanzado una autonomía, una capacidad para manejarse sin ayuda de nadie, que en realidad no posee en absoluto".

Para Ana Freud (1975), es una cuestión en parte cultural y social. "En el campo de la evacuación, las inclinaciones naturales propias del niño no están en armonía con muchos de los hábitos culturales y sociales de la actualidad. Excepto en los tipos más modernos de crianza, el entrenamiento del control de esfínteres comienza demasiado pronto, es decir, cuando aún ni el primitivo control muscular, ni los progresos de la personalidad hacia el manejo corporal están preparados para ello.

Ana Freud nos describe una línea de desarrollo normal que va de la incontinencia al control de esfínteres, y que divide en cuatro fases:

I. La duración de la primera fase, durante la cual el niño tiene completa libertad con respecto a la evacuación, se determina no por el grado de maduración alcanzado, sino por las influencias ambientales, es decir por la decisión materna de interferir, también a su vez presionada por necesidades personales, familiares, sociales y médicas. En las condiciones actuales esta fase puede durar desde unos pocos días (el entrenamiento comienza inmediatamente después del nacimiento y está basado en reflejos condicionados) hasta los dos o tres años (el entrenamiento basado en la relación con los objetos y en el control del yo).

II. En contraste con la primera fase la segunda fase se inicia por un avance en la maduración, el papel dominante en la actividad de los impulsos se traslada desde la zona oral a la anal y debido a esta transición el niño aumenta su oposición a cualquier interferencia relacionada con sus emociones vitales. En esta fase, los productos de la evacuación se encuentran fuertemente catectizados con la lívido y como se consideran objetos preciosos, el niño les otorga un carácter de "regalo" que entrega a la madre como un signo de amor; puesto que reciben también una carga agresiva, constituyen instrumentos por medio de los cuales se descargan las desilusiones, la rabia y la agresión en las relaciones con los objetos. Si la madre mantiene su sensibilidad hacia las necesidades del niño, podrá mediar hábilmente entre las exigencias higiénicas del medio y las tendencias uretrales y anales opuestas de su niño; en este caso el entrenamiento del control esfinteriano progresará gradualmente y sin trastornos. Por otra parte, establecer esta empatía con el niño durante la fase anal puede ser imposible para la madre debido a su propia historia de control de esfínteres, sus formaciones reactivas de disgusto, la tendencia al orden, la minuciosidad u otros elementos obsesivos de su personalidad. Si estos elementos la dominan, la madre impon

drá las exigencias para el control esfinteriano de manera severa y sin conseciones, dando origen al comienzo de una batalla en la que el niño está tan determinado a defender su derecho a evacuar cuando lo desee, como la madre en entrenarlo para que logre la limpieza y la regularidad, es decir, los rudimentos sine qua non de la socialización.

III. En la tercera fase el niño acepta e incorpora las actitudes de la madre y el ambiente con respecto al entrenameo esfinteriano convirtiéndolas por medio de identificaciones, en una parte integral de las exigencias de su yo y super yo. Pero un niño que es tá seriamente desilusionado de su madre, o separado de ella, no sólo, o que sufre de cualquier forma de pérdida de objeto puede perder la apetencia internalizada de estar limpio, y también puede reactivar el empleo agresivo de la incontinencia. Ambas tendencias, conjuntamente pueden originar incidentes de incontinencia que se consideran en ocasiones como "accidentes".

IV. Sólo durante la cuarta fase se asegura por completo el control de los esfínteres, cuando éste ya no depende de las relaciones objetales y alcanza el estadio de interés totalmente neutralizados y autónomos del yo y del super yo.

Midenet (1976), concluye; "los psicoanalistas, en especial Abraham, han dado gran importancia al aprendizaje de la limpieza, señalando que el niño de dos años considera sus heces como regalos hechos a su madre; la adquisición de los hábitos de limpieza viene facilitada por el placer que experimenta en retener sus heces, lo cual le da sensación de fuerza: Es la fase sádico-anal, a lo largo de la cual se imagina más o menos que incorpora (introyecta) el "objeto bueno" materno, que libera cuando desea. A este periodo llamado "paranoide" por Mélanie Klein, le sucede el periodo "depresivo", en el cual se culpabiliza odiando su comportamiento agresivo o incluso sus fantasmas agresivos en relación a la persona que más ama, es decir, la madre. A lo largo del tercer año concede mucho menos importancia a su funcionamiento intestinal y traslada su interés a sus órganos genitales; sale entonces de la fase anal para pasar a la fase genital al principio del cuarto año.

4. Características de Personalidad.

4.1 Personalidad del Niño Encoprético.

La personalidad del niño encoprético ha sido abordada e investigada desde diferentes puntos de vista. Así Bemporad y Asociados (1971), observaron en la mayoría de estos niños pasividad y que eran niños poco comunicativos. Esto no es sorprendente Arjani y Hattman (1956), clasificaron la encopresis como una manifestación de depresión infantil, Bellman (1966), examinó a un grupo de encopréticos entre siete y catorce años, encontrando que estos niños eran carentes de autoafirmación y tenían una baja tolerancia a las frustraciones diarias, conductas agresivas e infantilismo. Bemporad en su estudio de catorce encopréticos también encontró agresividad, ya que estos niños se mostraban uraños, mentirosos, flojos y con una conducta característicamente oposicionista. Otro hallazgo fue que estos niños estaban tensos, se atemorizaban con facilidad y eran propensos a reacciones ansiosas, teniendo una baja autoestima. Ellos eran excesivamente controlados a pesar de ocasionales ataques de violencia, tenían problemas de relación con sus hermanos y con frecuencia eran demandantes y dependientes con ellos.

Además, Lipshitz y Chovers (1966), describen a los niños encopréuticos como rechazados por sus hermanos, por fízgonos y aislados. Bemporad encontró que durante las entrevistas clínicas estos niños se mostraron uraños y defensivos y frecuentemente se limitaban a contestar "yo no sé", a menos que sintieran tener una respuesta adecuada. Encontrándose en la mayoría de estos niños una necesidad conmovedora de espontaneidad y curiosidad que probablemente corresponde a una genuina pobreza de vida interior. En la mayoría de estos niños también contraron una tácita aceptación de deprivación y devaluación sin el esperado acompañamiento de sentimientos de enojo y resentimiento.

En la escuela reportaron a estos niños como inmaduros y con relaciones más pobres en comparación a otros niños, con una pobre coordinación motora y eran niños que no sobresalían en deportes o en alguna habilidad atlética. Para Bemporad y Asociados los niños encopréuticos desarrollan gradualmente una personalidad pasivo-agresiva con mucho enojo, el cual es expresado a través de ensuciamiento y negativismo. Esta estructura de personalidad no es el resultado de los ensuciamientos pero sí es una consecuencia de la interacción temprana entre padres-niño y la posterior relación social con otros adultos y compañeros. Los ni-

ños encopréticos más pequeños no muestran tal estructura de personalidad por lo tanto, responden más rápido al tratamiento.

Los padres describieron típicamente a estos niños como: solitarios, aislados rara vez mostraron sus sentimientos y se interesaban más en actividades donde no intervenían otros niños; durante la infancia habían sido dóciles y sólo a medida que llegaban a la infancia media se tornaban oposicionistas, aunque no de una manera abierta.

L. Mazzanti y G. Bedogni (1965), examinaron 25 niños encopréticos (22 varones y 3 niñas) de 4 a 16 años todos ellos con cambios de carácter, algunos (14 casos) con inmadurez afectiva, otros con estructuras neuróticas de tipo ansioso (6 casos), y en los restantes 5 niños un predominio de rasgos obsesivos.

O Masson y M. Pernenoud (1966), estudiaron 10 niños encopréticos, encontrando perturbaciones psicoafectivas de cierta gravedad que superan el marco de manifestaciones puramente reaccionales. En todos los casos siempre apareció en primer plano un conflicto afectivo inconsciente, ambivalente ante la figura materna.

Bemporad coincide con lo anteriormente dicho y agrega que la dependencia de estos niños hacia la madre, es característica y parecen contentos con ello. Al mismo tiempo, un sentimiento de rencor, venganza y celo se esconde bajo una fachada benigna y de resignación. Este autor también notó que una alta proporción de defecación era en la casa y en la proximidad de la madre, ella reporta que la mayoría de los niños se ensuciaba a pocos metros del baño mientras veían televisión. De 14 niños, 4 se ensuciaban en la escuela y los 10 restantes sólo se ensuciaban en sus casas y visiblemente cerca de sus madres.

Bemporad y Asociados aplicaron tests proyectivos y de inteligencia a una serie de 14 niños encopréuticos, encontrando en los protocolos un predominio de fantasías agresivas, 3 niños mostraron un pensamiento de contenido grotesco, compatible con la posibilidad de un proceso psicótico subyacente. Además temas de una inexpresada hostilidad, también dieron indicios de una privación "oral". Temas sobre la alimentación y comida fueron respuestas bastante frecuentes en el material de los tests proyectivos. De los 14 niños, 7 dibujaron figuras grotescas e inmaduras compatibles con la impresión clínica de una pobre imagen corporal. Notablemente estos dibujos de figuras pobres están en contraste con el hallazgo de por lo menos una inteligencia normal y frecuentemente una inteligencia supe-

rior obtenida en el Wisc. Además una característica de los resultados del Wisc fue que todos los niños tenían puntajes en la escala verbal por abajo de los puntajes de la escala ejecutiva. Estos resultados corresponden al hallazgo clínico de un desorden severo del lenguaje en 6 de los pacientes y en otros 3 había una historia de desarrollo tardío del habla, Fue sorprendente el alto porcentaje de problemas del lenguaje en el grupo de encopréticos. Por otro lado, el retraso en el desarrollo del lenguaje fue consistente, sobre todo con el cuadro clínico que estos niños manifestaron que frecuentemente es llamado el síndrome del "retraso maduracional". Otros síntomas asociados fueron enuresis en 8 pacientes, dolor de cabeza en 2, asma en 1 y dolores de muela nocturnos en 2.

4.2 Personalidad de los Padres y Dinámica Familiar.

Bemporad y Asociados (1971), consideraron a la encopresis como una parte hostil dependiente de la relación madre-hijo. Esta autora encontró que en contraste con los padres, las madres de niños encopréticos eran característicamente dominantes y demasiado involucradas en la vida diaria de sus hijos. No obstante, este sobreinvolucramiento, la mayoría se quejaba de que sentían a sus niños como una "carga" estas madres parecían vacilar entre una dominante intrusión en la

vida de sus hijos y una conducta excluyente y rechazante. Ellas permitían negligentemente, conductas infantiles en áreas importantes, mientras que inflexiblemente esperaban un desempeño perfecto en aspectos triviales de la vida diaria.

Al revisar la historia personal de estas madres se encontró que todas parecían haber sufrido decepciones en la niñez, sintiéndose después resentidas y desengañadas. Ellas se sentían devaluadas como mujeres ya que consideraban que el ser esposas las hacía inferiores, al mismo tiempo conservaban fantasías e idealización de un compañero-padre. Algunas de ellas solicitaron terapia individual, y en estos casos, el no resuelto edipo se tornó manifiesto. En su conducta diaria, estas mujeres se defendían fuertemente contra sentimientos asociados a confianza y ternura y desarrollando una fachada característicamente insensible y eficiente. La insatisfacción por sus propias vidas era evidente y la expresaban a través de una insesante crítica hacia otros, que frecuentemente terminaba con sentimientos de depresión. Siete de las 14 madres estudiadas por Bemporad resultaron clínicamente depresivas.

Lehman (1944), las define como "mujeres dictatoras que esperan que sus hijos respondan con la presteza

de soldados". Estas madres constantemente están regañando y ordenando a sus hijos, perjudicando su capacidad de iniciativa. El atribuye esto al propio perfeccionismo y ansiedad de la madre.

La mayoría de los autores coinciden en describir a las madres como envueltas en sí mismas con una marcada falta de empatía hacia otras gentes. Este fracaso de ponerse ellas mismas en lugar de otros parecía ejercer un fuerte impacto en sus niños. Frecuentemente, las madres de encopréticos ignoraban las demandas verbales de sus hijos, ignorando otras evidencias de psicopatología y siendo rígidamente controladoras y despegadas en áreas significativas de la vida. De acuerdo a los hallazgos de Bemporad, las madres de encopréticos son provocadoras de enojo e inflexibles.

En numerosos lugares de diferentes fuentes aparecen una y otra vez las mismas descripciones con respecto a estas madres; una vacilación materna entre una dominante intrusión y una rechazante exclusión. Debajo de la fachada dominante, hay una mujer deprimida que desea ser cuidada.

Con respecto a los padres Hoag (1971), halló que estos continuamente se ausentaban de sus casas. Además del alejamiento físico, los padres eran emocio-

nalmente distantes, pasando la mayor parte de su tiempo libre en ocupaciones solitarias no involucrándose en la vida familiar.

Coincidiendo con lo anterior, Bemporad encontró que el cuadro característico de la figura paterna en las 14 familias de encopréuticos que estudió, era una indiferencia a través de una ausencia concreta y un alejamiento emocional y social. Los padres se mostraban consistentemente pasivos y aislados, parecía estar intimidados por sus dominantes esposas y o se alejaban de la vida familiar, o reaccionaban de una manera hostil y altanera. Ocasionalmente algunos padres tenían ataques de mal genio, pero esto era raro.

Los ataques parecían más el resultado de una desesperación crónica que un intento de afirmación masculina. Todos los padres parecían ser depresivos y su depresión la manejaban por separación o escape a través de vías extrafamiliares. Ellos no tenían idea de cómo participar en las actividades familiares y eran completamente ajenos a su falta de involucramiento. Sentían que los niños eran dominio de sus esposas y que cualquier esfuerzo de su parte para participar en las actividades con sus hijos sería inmiscuirse en el territorio de la esposa.

Bemporad describió un dramático e inesperado hallazgo; la encopresis desaparecía por completo cuando los

padres regresaban a la casa o eran estimulados a pasar más tiempo con sus hijos. Este efecto no parecía estar relacionado con la terapia del niño. La marcada disminución de la encopresis con el retorno o presencia del padre, sugiere varias explicaciones posibles. La madre puede ser menos depresiva y menos resentida y dar más con el retorno del esposo al hogar, el padre puede actuar como protector o intermediario entre el niño y su madre. También es posible que al pasar mayor tiempo con su padre el niño desarrolle una mayor autoestima y el padre le brinde un modelo más confiable para una mayor identificación.

En cuanto a la relación de la pareja un cuidadoso escrutinio de la historia marital, mostró que muchas de las madres literalmente alejaron a sus esposos de la casa a través de rebajarlos y criticarlos constantemente. Cuando sus esposos se ausentaban ellas reaccionaban con enojo por dejarlas solas al cuidado de sus familias, no obstante las madres parecían haber relevado a sus esposos dentro de la familia. Incluso en el hogar, estos esposos rara vez aceptaban su rol masculino en el matrimonio, y parecían buscar en sus esposas a una madre substituta. Pareciendo como si los padres se sintieran amenazados por su compañera marital, quien demandaría una fuerte dependencia gratificante.

Con respecto a los hermanos de niños encopréticos Bemporad encontró una patología significativa, aun que ningún patrón específico. La mayor parte de estos niños reaccionaban al sobre control materno con conductas "acting-out", apareciendo como significativo el que ninguno de los hermanos mostrara una inmadurez significativa o algún retraso en el desarrollo.

5. Tratamiento.

El problema de la encopresis ha sido atacado desde dos puntos de vista: El primero es la terapéutica con medicamentos o simplemente física. Este tipo de tratamiento se usó desde un principio y durante mucho tiempo y se limitaba a actuar directamente sobre los intestinos y el esfínter, Lehman enumera los medicamentos que se empleaban: Ergot, belladona, atropina, estri^cnicina, vitamina B, calcio, aplicaciones locales de unguentos y supositorios, estimulación farádica y ejercicios reparadores de los músculos abdominales y pelvianos.

Con el tiempo se vio que aunque algunas veces se lograba un éxito aparente, eran ineficaces, ya que no llegaban al fondo del problema: los conflictos emocionales del niño. Esto ha sido mostrado consistentemente a través de estudios posteriores que nos hablan de que la encopresis no es un problema orgánico sino una manifestación de carácter neurótico muy intenso que requiere de intervención psicoterapéutica.

Este segundo tipo de tratamiento; el psicoterapéutico puede tener varias modalidades, psicoterapia al niño y/o a los padres, con o sin medicamentos.

Susan Fisher (1979), sugiere que sea cual fuere la modalidad de tratamiento seleccionada siempre se deberá comenzar

1. Con un adecuado examen físico que incluya la inspección del área anal para descartar un problema orgánico.
2. Se intentará reducir las presiones y coherciones de los padres.
3. Se tratará de establecer buenas relaciones con el niño y la familia.

Las aproximaciones pediátricas aconsejan a los padres que ignoren la incontinencia, ya que esto reduce la presión sobre el niño, evitando así innecesarias discusiones, también la supresión de los registros y el estar vigilando constantemente las evacuaciones del niño así como el evitar la aplicación de enemas o laxantes fuertes que no sólo son ineficaces, además perturban psicológicamente al niño.

Experiencias pediátricas reportan que cuando los padres son capaces de entender las implicaciones de la coherción en el niño y logran abandonar esta presión, los niños mejoran en pocos meses en un 10%. Pero generalmente los padres son incapaces de desistir de la coherción y los enemas, entonces la consulta psicoterapéutica es necesaria.

Varios autores, Kaner Leo (1972), Bakwin (1974), y otros coinciden en opinar que la psicoterapia en este tipo de niños es difícil ya que se muestran resistentes al trata-

miento, Kolb (1976), encontró que la dificultad estriba, en que la encopresis es un síntoma que expresa un conflicto familiar por lo que hay que involucrar a los padres tanto como al niño. Se necesita ayudarlo para que eviten las expresiones de asco o crítica hacia el niño ya que dichas expresiones le dan el poder de usar el síntoma como un acto contra-agresivo hacia los padres mismos. También hay que descubrir cuáles son los conflictos o deficiencias familiares en el entrenamiento esfinteriano, que han inducido al síntoma y hay que hacer esfuerzos para corregir en lo posible esta situación. Kolb también enfatiza el respeto a la individualidad del pequeño recomendando a los padres que lo lleven al excusado en forma regular, sin recriminaciones, ni asco, y lo dejen solo en el cuarto de baño.

Para Susan Fisher la psicoterapia con un niño encoprético está basada en el establecimiento de una buena relación con el niño y sus padres. Lehman (1944), observó que la expresión de asociaciones verbales rebelaba las actitudes inconscientes. La combinación de buenas relaciones con eventuales interpretaciones de conflictos aliviarían el stress psicológico. También sería necesario aligerar la presión del medio ambiente.

Para E. Erikson (1976), la tarea del terapeuta consistiría en restablecer una mutualidad del funcionamiento entre el paciente infantil y sus padres, a fin de que en lugar de

una serie de intentos inútiles, dolorosos y destructivos de controlarse unos a otros se establezca una regulación mutua que permita restituir el autocontrol tanto en el niño como en sus padres.

Connel (1972), emplea terapia de juego con el niño, con un énfasis en la expresión de hostilidad frustrada y de deseos de desorden. Ella combina esto con entrevistas familiares, intentos de reeducación a los padres dándoles información acerca de la dieta y laxantes ligeros. Sugi-riéndoles que abandonen los castigos estresantes y los registros. Ella usa imipramina, tomando como base que la encopresis bien puede ser un equivalente depresivo. Ella prescribe entre 30 y 75 mg. diarios. Al igual que Connel, Gavanski (1971), también reportó resultados satisfactorios en un grupo con encopresis secundaria no retentiva, con una combinación de imipramina y psicoterapia. Este grupo de encopréticos reactivos había tenido un mínimo pronóstico positivo. En estos niños el síntoma encoprético había sido parte de una mayor regresión y se requirió de un prolongado tratamiento. Se reportó que la eliminación del síntoma evitó una más baja de la autoestima y eliminó el estigma de "intocable". Gavanski usó una combinación de imipramina (10 mg. t.i.d.), terapia de juego y trabajo con padres. No obstante, él piensa que para casos de encopresis retentiva la imipramina está contraindicada.

Otro autor Woodmansey (1977), divide su tratamiento en grupos, dando recomendaciones de acuerdo a la edad del grupo de que se trate. Si una madre consulta acerca de la incontinencia de su niño con una edad por abajo de los 4 años, su opinión es que se está afectando en forma indebida la ejecución temprana de la limpieza en el niño, perturbando el fluido funcionamiento intestinal, ya que el niño aún es muy pequeño. Su sugerencia en estos casos es trabajar con los padres a fin de lograr que suspendan el entrenamiento riguroso. De 7 encopréuticos con edades por abajo de los 4 años, logró que todos adquirieran un control normal del esfínter con el método de persuasión a los padres para que abandonen la conducta de "intromisión". Cuatro de los siete niños se volvieron aseados después de la primera entrevista con la madre y los 3 restantes después de la quinta entrevista. Para los niños de edad escolar que son encopréuticos, sugiere capacitar al niño para que pueda experimentar una situación con sus padres o su terapeuta en la cual él pierda su miedo al castigo en general y a la defecación en particular, esto se busca a través de una psicoterapia directa con el niño y una modificación en las actitudes de los padres.

Anthony (1957), enfatiza la importancia de lograr una reacción moderada de disgusto. Cuando ésta es débil el niño encopréutico puede desarrollar una personalidad pasiva; cuando es exagerada como frecuentemente ocurre en la encopresis

secundaria lo principal es cambiar esta reacción a una respuesta más moderada. En dicho caso, la desaparición de una respuesta extrema de disgusto es signo alentador en la terapia.

Con respecto a la modificación de conducta encontramos que a diferencia de tratamientos conductuales para la enuresis, en la encopresis no hay una aproximación conductual sistemática, el tratamiento involucra procedimientos de condicionamiento operante en donde el niño es reforzado positivamente por haber evacuado en el tiempo adecuado y en el lugar apropiado. En la literatura referente a este tema, se dice que aproximadamente de 50 a 75% de los niños tratados con reforzamiento muestran alguna mejoría. No habiéndose reportado la substitución de síntomas asociados con un tratamiento conductual exitoso de encopresis, no obstante el hecho de que muchos autores afirman que la encopresis está más frecuentemente asociada con otras formas de psicopatología que la enuresis.

En resumen podríamos decir que cualquier elección de estas técnicas terapéutas será adecuada, siempre y cuando tome como base el establecimiento de una buena relación padre-niño, la adecuada expresión de enojo y agresión en el niño y la evitación de métodos coersivos y punitivos hacia él, esto contribuirá a ir logrando la supresión del síntoma y a un desarrollo más adecuado de la personalidad.

M E T O D O L O G I A

II. METODOLOGIA

1. Sujetos

La población la integraron siete niños y sus respectivos padres (tablas I, II y III), la muestra fue tomada al azar... entre los expedientes de la población de niños encopréuticos secundarios del Instituto Nacional de Salud Mental del DIF, y que reunieron las siguientes características:

- a) El rango de edad de los niños fue entre cinco y diez años.
- b) La encopresis fue de tipo secundaria, es decir la incontinencia fecal se presentó por lo menos una vez al mes, después de un periodo de continencia que duró cuando menos seis meses.
- c) En estos niños se descartó que el padecimiento se debiera a algún problema orgánico o se deba a un retraso mental.
- d) No importaba el sexo del sujeto.
- e) El nivel socio-económico de los niños fue medio o medio bajo.
- f) Que el niño viviera con ambos padres.
- g) El C.I. de los niños, no menor de 90.

2. Escenario

Las entrevistas y la aplicación de pruebas se llevó a cabo en un cubículo del I. N. S. M. del DIF, donde los pacientes fueron citados.

3. Instrumentos

Batería utilizada con los niños:

- Escala de inteligencia de Weshler para niños Wisc y para preescolares Wpsi (tabla IV).

- Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Esta prueba se aplicó para determinar la maduración neurológica de los niños, y la probable existencia de daño cerebral, a través de su capacidad visomotora.

Para su calificación se utilizó la escala de maduración de M. Koppitz (tabla V).

- Test del Dibujo de la Figura Humana.

Se aplicó, como test proyectivo y para la evaluación se tomaron los 30 indicadores emocionales que propone M. Koppitz (tabla VI).

- Test de la Familia.

Esta prueba se aplicó con el fin de conocer la relación del niño con los padres y hermanos. Para su interpretación se tomó como base lo que Corman llama interpretación en el "plano superficial", para ello se compara el dibujo de la familia con la composición de la familia real; tomándose en consideración también las respuestas dadas por el niño a las cuatro preguntas formuladas (tabla VII y VIII).

- Test de Apercepción Infantil C.A.T.-Animales y C.A.T.-Humanos.

Se aplicó el C.A.T.-A y C.A.T.-H dependiendo de la edad del niño. Su evaluación e interpretación nos permite

obtener información sobre relaciones interpersonales, interacción social y patrones de identificación. Según Bellak también se revelan los mecanismos de defensa empleados por el niño, así como algunas de las fuentes de temor y agresión (tablas IX).

· Prueba Utilizada con los Padres:

- Prueba de 16 factores de personalidad de Catell.

El instrumento utilizado con los padres fue la prueba 16 P.F., diseñada por Raymond Catell con el objeto de conocer los rasgos fundamentales de la personalidad de cada sujeto. La prueba es aplicable a sujetos de 17 años en adelante, que tengan una escolaridad mínima de secundaria o su equivalente. Existen varias formas del 16 P.F. (A, B, C, D, y F) de las cuales la que se empleó fue la forma A por ser la más adecuada al nivel socio-cultural de la población. La prueba está compuesta por 16 factores que según Catell son componentes básicos de la personalidad; para cada factor existen de 10 a 13 reactivos que se distribuyen por toda la prueba comprendiendo un total de 187 items. Para cada reactivo se dan tres posibilidades de respuesta; tanto la primera(a) como la tercera (c) pueden ser puntuados con 2 y van a hacer que el sujeto se incline más o menos en los diferentes rasgos que se miden; la respuesta (b) indica indecisión, neutrabilidad o que la respuesta no se adapta o corresponde al sujeto (excepto en el factor B donde las respuestas siempre se les da una puntuación

de 1. Esta prueba se presenta en un cuadernillo, al cual se anexa una hoja de respuestas. En la primera página del cuadernillo se encuentran las instrucciones y cuatro ejemplos. En cuanto al tiempo, el sujeto puede disponer de todo el tiempo que desee, por lo regular se emplean de 45 a 60 minutos para resolver el cuestionario.

Los 16 factores utilizados por Catell han sido designados con letras y la calificación que obtienen va a indicar la posición del sujeto en cuanto a las características que describen cada factor. En una forma general se puede decir que los factores son los siguientes:

Factor A:	Reservado	vs.	Abierto
Factor B:	Menos Inteligente	vs.	Más inteligente
Factor C:	Afectado por sentimiento	vs.	Emocionalmente estable
Factor E:	Sumiso	vs.	Aseverativo
Factor F:	Moderado	vs.	Alegre
Factor G:	Oportunista	vs.	Conscienzudo
Factor H:	Cohibido	vs.	Atrevido
Factor I:	Carácter fuerte	vs.	Carácter débil
Factor L:	Confiado	vs.	Suspica
Factor M:	Práctico	vs.	Imaginativo
Factor N:	Directo	vs.	Sutil
Factor O:	Plácido	vs.	Aprehensivo
Factor Q ₁ :	Conservador	vs.	Experimentador
Factor Q ₂ :	Dependiente del grupo	vs.	Autosuficiente

Factor Q3: Conflictiva personal vs. Controlado

Factor Q4: Relajado vs. Tenso

4. Procedimiento

Como primer paso se hizo una exploración con los psiquiatras y psicólogos de los probables casos de encopresis que tuvieran, posteriormente se hizo una revisión de los expedientes de estos casos, de aquí se seleccionaron los que reunían las características necesarias, en un principio sólo se localizaron dos casos, por lo que se pidió al servicio de admisión que canalizara los casos de encopresis que le llegaran (con estos casos también se siguió el procedimiento anterior). Conforme se localizaban los casos se fue trabajando con ellos; primeramente se le explicaba a la madre la importancia de colaborar con el presente estudio ya que los datos que se obtuvieran se comentarían con su psiquiatra y servirían para ampliar los datos del expediente. Se les explicó que llevaría dos o tres sesiones de 60 minutos en las que tendrían que traer al niño y la importancia de que asistiera cuando menos a una sesión el esposo. Se intentó que el estudio no llevara más de cuatro o cinco sesiones de 60 minutos, aunque algunas veces se redujeron el número de sesiones y se prolongó el tiempo de cada sesión; esto varió de acuerdo a las necesidades de la familia y al rendimiento de los pacientes.

En general se siguieron los siguientes pasos.

- 1a. sesión: Entrevista a la madre, se ampliaron y corroboraron los datos de la historia clínica del niño. Se comenzó a aplicar la batería al niño.
- 2a. sesión: Aplicación de pruebas al niño y aplicación de la prueba de 16 P.F. de Catell a la madre.
- 3a. sesión: Se terminaron de aplicar las pruebas psicológicas al niño.
- 4a. sesión: Entrevista al padre y aplicación de la prueba de 16 P.F.

En un principio se pensó que la muestra estaría integrada por 15 casos pero dada la población tan escasa de encopréuticos secundarios que llegaron al I.N.S.M. en el periodo de febrero a agosto de 1983, se vio la necesidad de reducirla a 7 casos. Otro de los factores que influyeron en la reducción de la muestra fue la inconsistencia de los padres para asistir a sus citas, incluso en varios casos no se pudo concluir los estudios debido a que las familias desertaban. Durante el estudio el problema de la asistencia se hizo más patente con los padres, pues las madres nos advertían desde un principio que ellas sí colaboraban pero que sería muy difícil que el esposo colaborara, en uno de nuestros 7 casos no fue posible la aplicación de la prueba al padre ya que éste, después de una pequeña entrevista pidió se le diera otra cita a la cual nunca asistió. Por el contrario, las madres demostraron más cola-

boración, algunas se mostraban ansiosas por hablar de su niñez, su matrimonio, quejándose de su vida actual e incluso en las sesiones en las que se trabajaba sólo con el niño, ellas buscaron la oportunidad de ser escuchadas.

Durante las sesiones, los niños en general se mostraron cooperadores aunque se les observó pasivos y un tanto tristes, algunos se resistieron en un principio a colaborar expresando que se sentían cansados, tenían sueño o "flojera" pero al final se logró que trabajaran.

RESULTADOS

III. RESULTADOS

1. Análisis de los Resultados

1.1 Niños

En la presente investigación se trabajó con 7 niños encopréticos secundarios (tabla I), siendo todos varones y con un rango de edad entre 5 y 9 años. La tabla III nos muestra la posición que ocupan estos niños en la familia. Los datos más relevantes de las historias clínicas de estos niños y de las entrevistas con los padres aparecen en el Anexo Núm.1. Al analizar estos datos se encontraron ciertas características que se considera importante mencionar: Todas las madres coincidieron en expresar que fueron niños deseados.

La alimentación al pecho fue escasa; en 4 casos (de 1 a 4 meses) y en los 3 casos restantes no se dio.

El control del esfínter anal fue logrado en 5 niños a los 2 años y en 2 de los niños a los 3 años.

Seis de los 7 niños dejaron de controlar entre los 4 y 5 años.

La mayoría de las madres (5) coincidieron en que el entrenamiento del esfínter fue rígido y estricto.

Con respecto a la disciplina, 4 de las madres manifestaron que en este aspecto ellas eran muy exigentes y estrictas. Las otras 3 oscilaban entre ser muy estrictas y ser flexibles.

La disciplina de los padres fue en 3 de los casos estricta y exigente, otros 3 expresaron que a veces eran flexibles y "consentidores" y a veces exigentes.

Las relaciones madre-hijo fueron descritas en 4 casos como conflictivas, rígidas y frías. El resto de las madres la describieron en general como "buenas".

En general los padres describen a estos niños como deprimidos, aislados, desobedientes y opositoristas. 4 fueron descritos como muy agresivos, 2 como muy dependientes de la madre, otros fueron descritos como "rechazados por su problema".

A excepción de uno, todos los padres manifestaron que la relación con sus hijos eran distantes y frías.

Las madres los calificaban (a los padres) como "poco demostrativos de afecto".

Ninguno de los niños tenía buenas relaciones con los hermanos, en 4 de ellos se encontró conflicto de celos hacia un hermano(a), otros se sentían rechazados o sentían que los padres tenían preferencia por algún otro hijo.

Cuando se les preguntó a las madres si el niño tenía problemas de sueño, algunas manifestaron que eventualmente tenían pesadillas, y apareciendo en todos los casos una característica uniforme; todos durmieron por un tiempo con los padres.

Los padecimientos asociados más frecuentes en estos niños fueron: enuresis (en 3 de los 7 casos), proble

mas escolares en 3 de los niños, uno presentaba movimientos repetitivos estereotipados, otro se chupaba el dedo y uno más fue reportado como que "tomaba dinero".

Resultados de las pruebas psicológicas.

Se encontró que los puntajes obtenidos en el Wisc corresponden a niños de una inteligencia de por lo menos promedio (2 casos), normal brillante (1 caso), superior (2 casos) y en los 2 restantes una inteligencia muy superior (tabla IV).

Como se observan en los resultados del Bender (tabla V), todos los niños obtuvieron una edad de maduración perceptual igual o mayor a la que correspondería a su edad cronológica, a diferencia de esto los indicadores de probable daño cerebral aparecieron en todos los sujetos, en 5 casos como muy significativo y en 2 casos como altamente significativo.

En el test de la figura humana encontramos que los dibujos son grotescos y primitivos, y que son figuras que corresponderían a niños con una edad cronológica menor. Los indicadores emocionales encontrados se muestran en la tabla VI, los encontrados con mayor frecuencia, fueron en orden descendente:

5.- grosera asimetría de las extremidades: Se presentó en 3 de los 7 casos. Se encuentra en pacientes

clínicos, niños que presentan agresividad. Parece estar asociado con una coordinación pobre e impulsividad.

17.- Manos seccionadas: Se presentó en 2 de los 7 casos, se encuentra en dibujos de niños tímidos con mayor frecuencia y en los psicósomáticos. Refleja sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar.

24.- Omisión de la nariz: Se encontró en 2 de los niños, y es característico de pacientes clínicos y enfermos psicósomáticos. Parece reflejar una tendencia a retraerse y a la timidez, pero a veces puede también sugerir angustia por el cuerpo y culpa por la masturbación.

27.- Omisión de los brazos: En 2 de los 7 casos, se halló significativamente más frecuente en los pacientes clínicos, niños agresivos. Refleja ansiedad y culpa por la conducta socialmente inaceptable que implica los brazos o manos.

2.- Sombreado de la cara: (Un sujeto) este ítem se observó en los dibujos de pacientes clínicos y en algunos niños manifiestamente agresivos. En este caso (sombreado de la cara), aparece en niños dominados por la ansiedad y que tienen un concepto pobre de sí mismos.

7.- Figura pequeña: (Un caso), se encontró en los pacientes clínicos. Parece reflejar extrema inseguridad, retraimiento y depresión.

18.- Piernas juntas: (Un caso), se dieron en pacientes clínicos y niños con afecciones psicósomáticas. Parece indicar tensión y un rígido intento por controlar sus propios impulsos sexuales, o su temor a sufrir un ataque sexual.

20.- Monstruos o figura grotesca: (Un sujeto), se encontraron en pacientes clínicos. Parece indicar intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo.

22.- Nubes: (Un caso), esta característica apareció en pacientes clínicos y se encontró en niños ansiosos con dolencias psicósomáticas, esto es que parece que su agresividad la dirigen contra sí mismos; se sienten amenazados por el mundo adulto.

23.- Omisión de ojos: Se encontró en pacientes clínicos; aislados socialmente, que tendían a negar sus problemas, rechazaban al mundo y escapaban a la fantasía, (un caso).

25.- Omisión de la boca: (Un sujeto), se encontró en pacientes clínicos, enfermos psicósomáticos. Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento, inclusive resistencia pasiva. Revela incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás.

En el Test de la Familia (tabla VII) encontramos una tendencia de los sujetos a excluir a sus hermanos del dibujo de la familia (4 casos), en otro (1 caso) el sujeto excluyó a ambos padres. También resultó significativo el que 5 de los niños dibujaron a la familia incompleta.

La última prueba que se les aplicó a estos niños fue el C.A.T. En la tabla IX se muestran los mecanismos adaptativos encontrados en estos niños. Encontrándose como significativos por su mayor frecuencia los siguientes: Proyección (en todos los casos), le siguen Temor y Ansiedad (4 casos) y Regresión (4 casos), también aparece como significativo el que 3 de los niños mostraron controles débiles o ausentes.

A continuación se menciona el resumen interpretativo de las historias del C.A.T. de cada niño:

Caso I: Fuertes necesidades orales no satisfechas, esta satisfacción no se da a ningún nivel. La figura materna es vista como muy agresiva al igual que la figura paterna. El niño reacciona con mucho miedo y angustia, provocándole esto fantasías.

Caso II: Hay negación ante los temas orales por lo que probablemente hay conflicto en esta área. La figura materna vista en forma ambivalente, el padre como una figura sumamente agresiva. No hay satisfacción ni respuesta a sus necesidades afectivas. Las figuras paren

tales las vive como completamente indiferentes. Se encontró celos hacia el hermano menor.

Caso III: La madre es satisfactora de las necesidades básicas (comida, vestido) pero es vista como muy distante y fría. El padre es percibido como sumamente agresivo. El niño se defiende a través de fantasías, de idealización de las relaciones familiares. Se encontró temor a fuerzas externas aunque a través del razonamiento logra en ocasiones controlarlo.

Caso IV: Fuertes impulsos agresivos dirigidos hacia él mismo y hacia la familia. La situación de enfermedad y medicinas le resulta gratificante, al igual que las fantasías regresivas de nacimiento y de ser bebé. Ya que no hay ninguna gratificación por parte de los padres, al contrario estos aparecen como abandonadores. La figura materna es percibida como muy controladora, dominante, castrante y sumamente agresiva. La figura paterna aparece sumamente devaluada. El padre en ocasiones se alía al niño para defenderse de la agresión que sufren ambos por parte de la madre pero esto al parecer produce culpa en el niño. En otras ocasiones hay fantasías de agresión en contra del padre y toma el rol del adulto masculino fuerte y agresor para poder así lograr sus fantasías edípicas. Se encontró celos hacia la hermana menor.

Caso V: Se encontró devaluación y depresión probablemente causada por la constante crítica y rechazo de los demás hacia el niño, la madre aunque satisface las necesidades básicas (alimentación, aseo, etc.) es percibida afectivamente como lejana y distante. Las figuras parentales las vive como ambivalentes, en especial la del padre, que a veces lo percibe como muy bueno, y a veces sumamente agresivo. Se encontró una fuerte agresión hacia las figuras adultas. El niño responde a la agresión del medio ambiente con mecanismos de formación reactiva y regresión. Conflictos de celos hacia la hermana menor.

Caso VI: Se encontró un niño que se siente criticado, con fuertes sentimientos de culpa y depresión, probablemente causados por las fantasías de muerte de los hermanos. También se encontró que las figuras parentales se perciben completamente alejadas y frías, no hay satisfacción ni de las necesidades básicas. Temores de abandono, muerte, temor a ser dañado por seres poderosos. En ocasiones hay temas de una situación familiar idealizada.

Caso VII: Temores de castigo (enfermedad y dolor) y sentimientos de culpa por desobedecer a la madre. Encontramos mecanismos de represión y fantasías que le permiten huir de la realidad, fantasías de omnipotencia en contra de la figura masculina adulta, probablemente la paterna.

La figura materna es vista como satisfactora de las necesidades básicas, pero no de las afectivas. El padre en ocasiones es percibido como una figura sumamente agresiva y poderosa; el niño se revela a esto a través de fantasías de omnipotencia donde gana, pero en la realidad es castigado por el padre por revelarse, sobre todo en la situación del excusado, recibiendo castigos severos (lo inyectan).

1.2 Padres

El test de 16 P.F. de Catell fue aplicado a 7 madres y a 6 de los padres, cuyas edades y ocupaciones aparecen en la tabla II.

Las puntuaciones obtenidas en la prueba de Catell aplicada al grupo de padres aparecen en la tabla X, las puntuaciones obtenidas por los sujetos del grupo de madres en la tabla XI. Estas puntuaciones nos indican que los factores que presentaron una calificación considerada como valor extremo (1 a 3 y de 8 a 10) fueron las siguientes:

Grupo de Padres

Factor G. (super yo débil) oportunista, evade las reglas, siente pocas obligaciones.

Este factor presentó una puntuación media de 3.8, en donde el 50% de los 6 padres que respondieron la prueba obtuvieron una calificación menor o igual a 3.

La persona que califica bajo en el Factor G, tiende a ser inconstante en sus propósitos, advenedizo y falto de esfuerzos para los compromisos del grupo y las demandas culturales. Su libertad de influencias del grupo puede llevar a actos antisociales, pero en momentos lo hace más efectivo. Al rehusarse a atarse a las reglas hace que tenga problemas somáticos por la tensión.

Factor H. Atrevido, socialmente audaz, desinhibido, espontáneo.

Este factor se presentó con una puntuación media de 7.2, en donde el 50% de los padres obtuvieron una calificación mayor o igual a 8.

La persona que califica alto en el Factor H es socialmente, audaz, dispuesto a probar nuevas cosas, y exuberante en las respuestas emocionales. "Su concha" (resistencia), le permite enfrentar situaciones agotadoras de relaciones personales sin fatiga. Sin embargo, puede ser descuidado en los detalles, ignorar señales de peligro, y consumir mucho tiempo hablando. Tiende a ser emprendedor y a interesarse en el sexo opuesto.

Factor I. Carácter fuerte, seguro de sí mismo, realista, directo.

Este factor presentó una media de 3.2, es decir el 67% de los sujetos obtuvieron una calificación menor o igual a 3.

La persona con bajo puntaje en el Factor I tiende a ser práctico, realista, masculino, independiente, responsable, pero desinteresado de elaboraciones subjetivas y culturales. Algunas veces es inexorable, duro, cínico y presumido. Tiende a mantener a su grupo sobre bases prácticas y realistas sin tonterías.

Factor Q₃. Conflictiva personal, sin disciplina, caren-
te de protocolo, sigue sus propios impulsos.

Este factor arrojó una puntuación media de 4.3 en donde el 50% de los padres obtuvieron un puntaje menor o igual a 3.

La persona que califica bajo en el Factor Q₃ no se preocupa de su fuerza de voluntad, ni por considerar las demandas sociales, no es muy considerado, cuidadoso o esmerado; puede sentirse desajustado.

Grupo de Madres

Factor C. Afectada por sentimientos, emocionalmente menos estable, fácilmente inquietable. Menos fuerza del yo.

La media de este factor encontrada en el grupo de madres fue de 3; es decir, un 71% de ellas obtuvo un puntaje menor o igual a 3.

Estas personas tienden a la baja tolerancia a las frustraciones en condiciones insatisfactorias, volubles y con plasticidad, evaden demandas de la realidad necesarias, fatigados neuróticamente, irritables,

se impresionan y se molestan con facilidad, activos en la insatisfacción, tienen síntomas neuróticos. (fovias, alteraciones en el sueño) "enfermedades psicósomáticas". Bajo puntaje en el Factor C es común en casi todas las formas de trastornos neuróticos y psicóticos.

Factor H. Cohibido, reprimido, apocado, tímido.

La persona con bajo puntaje en este rasgo tiende a ser tímido, retraído, recatado. Generalmente tiene sentimientos de inferioridad. Tiende a hablar y a expresarse con lentitud y dificultad, le desagradan los trabajos en que haya contactos personales, prefiere uno o dos amigos cercanos a grupos numerosos, y se mantiene desconectado de todo lo que sucede alrededor. En este factor la media fue de 3.8, en donde el 57% de las madres tuvieron una calificación menor o igual a 3.

Factor O. Aprehensivo, preocupado, depresivo, afligido.

En este factor encontramos una puntuación media de 7.5 en donde el 57% de las madres obtuvieron una calificación igual o mayor de 8.

Esta persona con este tipo de puntaje, tiende a ser deprimido, caprichoso, un preocupado, presagioso, melancólico; tiene una tendencia infantil a la ansiedad ante las dificultades. No se siente aceptado en los grupos, ni con libertad para participar.

Factor Q4. Tenso, frustrado, impulsivo, sobre-excitado.

Este factor arrojó una puntuación media de 8.1 y el porcentaje de madres que obtuvieron calificación igual o mayor de 8 fue del 71%.

La persona con puntaje alto en el Factor Q4, tiende a ser tenso, excitable, inquieto, irritable, impaciente. Frecuentemente está fatigado pero es incapaz de permanecer inactivo. En los grupos tiene una visión pobre del grado de unidad, orden y hegemonía. Su frustración representa un exceso de impulsos estimulados pero no descargados.

RESUMEN DE LOS DATOS MAS RELEVANTES DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS NIÑOS Y DE LAS ENTREVISTAS A LOS PADRES

	Cristian	Rafael	Irving	Andrés	Gerardo	Carlos	José Luis
Hijo deseado:	Sí, se casó embarazada.	Sí, nació después del aborto.	Sí.	Sí, programamos fecha y sexo.	Sí.	Sí, se casó embarazada.	Sí.
Alimentación al seno:	No.	Hasta 3 meses.	Hasta 4 meses.	Hasta 2 meses.	Hasta 1 mes.	No.	No.
Controló esfínter anal:	2 años.	2 años.	3 años.	2 años 2 meses.	2 años.	2 años.	3 años.
Dejó de controlar esfínter anal:	4 años 9 meses.	4 años 6 meses.	4 años.	2 años 8 meses.	5 años.	5 años.	4 años.
Cómo fue el entrenamiento del control del esfínter anal:	Rígido y estricto.	Estricto.	Alternaba explicación y castigos físicos.	Utilizaron todos los medios. En general estricto.	Estricto.	Estricto.	Alternaron explicaciones y castigos físicos.
Los padres lo describen como:	-Muy agresivo, -Desobediente, -Le gusta jugar solo.	-Solitario, -Muy serio, -Desobediente, -Dependiente de la madre.	-Dependiente, -Sensible, -Deprimido, -Tímido, -Desobediente.	-Muy agresivo, -Desobediente, -Muy infantil, -Oposicionista, -Introverso.	-Desobediente, -Deprimido, -Celoso, -Rechazado.	-Pelea mucho, -Desobediente, -Desordenado, -Ahorrador, -Resonón.	-Agresivo, -Poco cariñoso, -Depresivo, -Rechazado, -Berrinchudo, -Sensible.
Disciplina de la madre:	Madre estricta. En ocasiones gritos y golpes.	Madre vacila entre estricta y flexible.	Madre gritona, exigente y enérgica.	Madre muy estricta y controladora.	Madre muy estricta y exigente.	Vacila entre ser exigente y flexible.	Vacila entre exigente y flexible.
Disciplina del padre:	Padre indiferente.	Padre muy exigente estricto.	Vacila entre ser exigente y flexible.	Vacila entre ser exigente y flexible.	Vacila entre ser exigente y flexible.	Padre muy exigente, estricto.	Padre exigente, muy estricto.
Relaciones con la madre:	Rígidas, frías.	Buenas, aunque casi no obedece.	Buenas, aunque el niño prefiere al padre.	Malas, un mutuo rechazo entre ambos.	"No quiere a su papá; lo rechaza porque no quiere mucho a mí."	"Me irracienta y termino pegándole y gritándole."	"El niño es muy agresivo; dice que me odia."
Relaciones con el padre:	Distantes. El padre casi no se relaciona con el niño.	Distantes. "En raras ocasiones soy cariñoso."	Distantes. "El es muy fífo con los niños."	"El niño manifiesta una franca preferencia por mí y me preocupa."	Distantes. "Siento que me quiere poco; como que hay rencor."	Distantes. El Sr. nunca ha sido demostrativo de afecto.	Distantes. El padre casi no lo ve. Conflictivas.
Relaciones con los hermanos:	-	Celos, "cuando nació el hermano casi no lo atendimos."	Los hermanos lo hacen a un lado.	Muy celoso de la niña; la agrede.	Celos hacia la niña; el papá la consiente más.	Constantes peleas con las niñas. Celos a la mediana.	Constantes comparaciones con el hermano. Son el día y la noche. Celos.
Sueño:	Durmíó con la abuela y padres hasta los 5 años 2 meses.	Durmíó con los padres hasta los 3 años.	Siempre ha dormido con el padre.	Durmíó con los padres hasta los 3 años 6 meses.	Durmíó con los padres entre los 2 y 3 años.	Siempre ha pedido dormir con la mamá.	Conflictos constantes hasta los 8 años por dormir con mamá.
Padecimientos Asociados:	Enuresis, severos problemas de conducta en la escuela.	No se reportaron.	Enuresis; se chupa el dedo.	Problemas con la comida, el sueño y de conducta en la escuela.	Enuresis.	En un principio colestomía, agarra dinero; problemas escolares.	En ocasiones movimientos estereotipados y repetitivos.

T A B L A I

CASO	NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD
1	CRISTIAM	M	5a	KINDER
2	RAFAEL	M	5a 8m	KINDER
3	IRVING	M	6a 3m	1° PRIMARIA
4	ANDRES	M	7a	1° PRIMARIA
5	GERARDO	M	7a 2m	2° PRIMARIA
6	CARLOS	M	8a 8m	3° PRIMARIA
7	JOSE LUIS	M	9a 7m	3° PRIMARIA

T A B L A II

CASO	P A D R E S		M A D R E S	
	EDAD	OCUPACION	EDAD	OCUPACION
1	27a	VENDEDOR	26a	EMPLEADA
2	33a	OBRERO	28a	AMA DE CASA
3	37a	CONTADOR	33a	AMA DE CASA
4	35a	VETERINARIO	35a	L. A. E.
5	50a	ABOGADO	42a	AMA DE CASA
6	33a	ALMACENISTA	30a	AMA DE CASA
7	37a	GESTOR	42a	AMA DE CASA

T A B L A III

POSICION DE LOS SUJETOS DENTRO DE
SU FAMILIA

CASO	CATEGORIAS	No. DE HIJOS
CRISTIAN	UNICO	UNO
RAFAEL	MAYOR	DOS
IRVING	MEDIANO	TRES
ANDRES	MAYOR	DOS
GERARDO	MEDIANO	TRES
CARLOS	MAYOR	TRES
JOSE LUIS	MAYOR	TRES

T A B L A IV

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL WISC

PACIENTE	C.I. VERBAL	C.I. EJECUTIVO	C.I. TOTAL
CRISTIAN	91	91	90 PROMEDIO
RAFAEL	128	110	121 SUPERIOR
IRVING	143	114	134 MUY SUPERIOR
ANDRES	139	124	148 MUY SUPERIOR
GERARDO	108	124	117 NORMAL-BRILLANTE
CARLOS	101	99	100 PROMEDIO
JOSE LUIS	118	121	129 SUPERIOR

T A B L A V

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL BENDER

CASO	EDAD CRONOLOGICA	EDAD DE MADURACION PERCEPTUAL	INDICADORES DE PROBABLE DAÑO CEREBRAL
CRISTIAM	5 años	4 años 9 meses	* *
RAFAEL	5 años 8 meses	5 años 6 meses	*
IRVING	6 años 3 meses	7 años 6 meses	* *
ANDRES	7 años	8 años	*
GERARDO	7 años 2 meses	8 años	*
CARLOS	8 años 8 meses	8 años 3 meses	*
JOSE LUIS	9 años 7 meses	10 años 6 meses	*

* SIGNIFICATIVO:más frecuente pero no exclusivo del grupo de daño cerebral

* * ALTAMENTE SIGNIFICATIVO: ocurre casi exclusivamente en el grupo de daño cerebral

TABLA VI

INDICADORES EMOCIONALES ENCONTRADOS EN EL TEST DE LA FIGURA HUMANA

CASOS	INDICADORES EMOCIONALES																														SEXO DE LA 1a. FIG.			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
CRISTIAN	X																X						X		X									M
RAFAEL							X										X																	M
IRVING					X																			X			X							M
ANDRES					X												X																	F
GERARDO																												X						F
CARLOS																							X											F
JOSE LUIS					X															X				X										M
T O T A L	1				3		1									2	1		1		1	1	1	2	1		2							

T A B L A VII^I

OBSERVACIONES EN LOS DIBUJOS DE LAS FAMILIAS
DEL GRUPO DE NIÑOS ENCOPTICOS

CASO	COMPLETA INCOMPLETA	OBSERVACIONES
CRISTIAM	COMPLETA	SE DIBUJO JUNTO A LA MAMA, AGREGO A UN TIO.
RAFAEL	INCOMPLETA	EXCLUYO A AMBOS PADRES, AGREGO A UN TIO.
ERVING	INCOMPLETA	EXCLUYO A LOS DOS HERMANOS, SE DIBUJO JUNTO A LA MADRE.
ANDRES	INCOMPLETA	EXCLUYO A LA HERMANA MENOR, SE DIBUJO JUNTO AL PADRE
GERARDO	INCOMPLETA	EXCLUYO A LA HERMANA MENOR, AGREGO UN ANIMAL, SE PINTO JUNTO A LA MADRE.
CARLOS	INCOMPLETA	EXCLUYO A LA HERMANA MENOR, SE DIBUJO JUNTO AL PADRE.
JOSE LUIS	COMPLETA	AGREGO A DOS ANIMALES, SE PINTO JUNTO AL PADRE.

T A B L A VIII

LAS RESPUESTAS DADAS A LAS PREGUNTAS FUERON:

PREGUNTAS	ELLOS MISMOS	PADRE	MADRE	HERMANOS	OTROS
MAS BUENO	2	3	2	-	-
MEHOS BUENO	1	1	2	-	3
MAS FELIZ	2	-	2	2	1
MEHOS FELIZ	5	1	1	-	-

NOTA: Las cifras indican el número de sujetos.

TABLA IX

MECANISMOS ADAPTATIVOS ENCONTRADOS EN LAS RESPUESTAS DEL C.A.T.

MECANISMOS	C A S O S							TOTAL CASOS
	CRISTIAN	RAFAEL	IRVING	ANDRES	GERARDO	CARLOS	JOSE LUIS	
FORMACION REACTIVA					XX			1
AI SLAM IEN TO							XX	1
REPRESION Y NEGACION		XX				XX		2
SIMBOLIZACION					XX	XX		2
PROYECCION E INTROYECCION	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	7
TEMOR Y ANSIEDAD	XX		XX		XX	XX		4
REGRESION	XX			XX	XX	XX		4
CONTROLES DEBILES O AUSENTES	XX	XX					XX	3

T A B L A X

GRUPO PADRES

PUNTUACION OBTENIDA POR CADA PADRE EN LOS 16 FACTORES

CASO	F A C T O R															
	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	4	5	4	7	7	2	7	5	5	5	6	6	5	4	3	7
2	4	5	4	4	4	5	5	4	6	6	5	7	6	8	7	6
3	6	6	8	5	8	3	8	2	8	5	5	5	7	6	2	6
4	3	9	6	6	7	5	8	3	4	6	5	6	5	6	6	3
5	3	9	7	7	8	3	7	3	5	5	5	4	7	8	3	3
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	6	6	5	7	7	5	8	2	6	6	6	6	5	2	5	6
TOTAL	26	40	34	36	41	23	43	19	34	33	32	34	35	34	26	31
MEDIA	4.3	6.6	5.7	6.0	6.8	3.8	7.2	3.2	5.6	5.5	5.3	5.6	5.8	5.6	4.3	5.1

T A B L A X I

GRUPO MADRES

PUNTUACION OBTENIDA POR CADA MADRE EN LOS 16 FACTORES

CASO	F A C T O R															
	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	5	5	3	7	7	3	4	4	7	5	5	6	6	4	6	9
2	4	4	2	6	7	4	2	5	6	5	4	9	4	6	5	8
3	8	5	4	7	10	6	6	5	8	5	6	6	3	2	4	7
4	4	5	6	7	4	6	6	4	6	5	7	5	9	7	6	5
5	6	5	2	6	8	2	3	6	7	7	5	9	3	5	3	9
6	4	5	3	4	3	5	3	5	7	6	5	8	3	8	4	9
7	5	5	1	5	7	6	3	6	5	6	3	10	4	5	5	10
TOTAL	36	34	21	42	46	32	27	35	46	39	35	53	32	37	33	57
MEDIA	5.1	4.8	3.0	6.0	6.5	4.5	3.8	5.0	6.5	5.1	5.0	7.5	4.5	5.2	4.7	8.1



PERFIL COMPARATIVO DE LOS INDICADOS ENTRE EL GRUPO DE PADRES Y MADRES

FACTOR	Raw Score			Standard Score	LOW SCORE DESCRIPTION	STANDARD TEN SCORE (STEN)										HIGH SCORE DESCRIPTION											
	Form A/C/E	Form B/D	Total			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
A					RESERVED, DETACHED, CRITICAL, ALOOF, STIFF (Stoichthymia)																					OUTGOING, WARMHEARTED, EASY-GOING, PARTICIPATING (Affectothymia)	
B					LESS INTELLIGENT, CONCRETE THINKING (Lower scholastic mental capacity)																						MORE INTELLIGENT, ABSTRACT THINKING, BRIGHT (Higher scholastic mental capacity)
C					AFFECTED BY FEELINGS, EMOTIONALLY LESS STABLE, EASILY UPSET, CHANGEABLE (Lower ego strength)																						EMOTIONALLY STABLE, MATURE, FACES REALITY, CALM (Higher ego strength)
E					HUMBLE, MILD, EASILY LED, DOCILE, ACCOMMODATING (Submissiveness)																						ASSERTIVE, AGGRESSIVE, STUBBORN, COMPETITIVE (Dominance)
F					SOBER, TACITURN, SERIOUS (Desurgency)																						HAPPY-GO-LUCKY, ENTHUSIASTIC (Eurgency)
G					EXPEDIENT, DISREGARDS RULES (Kor superego strength)																						CONSCIENTIOUS, PERSISTENT, MORALISTIC, STAID (Stronger superego strength)
H					SHY, TIMID, THREAT-SENSITIVE (Thraxia)																						VENTURESOME, UNINHIBITED, SOCIALLY BOLD (Parrisia)
I					TOUGH-MINDED, SELF-RELIANT, REALISTIC (Harria)																						TENDER-MINDED, SENSITIVE, CLINGING, OVERPROTECTED (Premisia)
L					TRUSTING, ACCEPTING CONDITIONS (Alaxia)																						SUSPICIOUS, HARD TO FOOI (Premisia)
M					PRACTICAL, "DOWN-TO-EARTH" CONCERNS (Praxemia)																						IMAGINATIVE, BOHEMIAN, SELF-MINDED (Autia)
N					FORTHRIGHT, UNPRETENTIOUS, GENUINE BUT SOCIALLY CLUMSY (Artlessness)																						ASTUTE, POLISHED, SOCIALLY AWAKE (Stardness)
O					SELF-ASSURED, PLACID, SECURE, COMPLACENT, SERENE (Untroubled adequacy)																						APPREHENSIVE, SELF-REPROACHING, INSECURE, WORRYING, TROUBLED (Guilt proneness)
Q ₁					CONSERVATIVE, RESPECTING TRADITIONAL IDEAS (Conservatism of temperament)																						EXPERIMENTING, LIBERAL, FREE-THINKING (Radicalism)
Q ₂					GROUP-DEPENDENT, A "JOINER" AND SOUND FOLLOWER (Group adherence)																						SELF-SUFFICIENT, RESOURCEFUL, PREFERS OWN DECISIONS (Self-sufficiency)
Q ₃					UNDISCIPLINED SELF-CONFLICT, LAX, FOLLOWS OWN URGES, CARELESS OF SOCIAL RULES (Low integration)																						CONTROLLED, EXACTING WILL POWER, SOCIALLY PRECISE, COMPULSIVE (High strength of self-sentiment)
Q ₄					RELAXED, TRANQUIL, UNFRUSTRATED, COMPOSED (Low ergic tension)																						TENSE, FRUSTRATED, DRIVEN, OVERWROUGHT (High ergic tension)

Name: _____
Comments: _____

Copyright © 1956, 1973 by the Institute for Personality and Ability Testing, 1602 Coronado Drive, Champaign, Illinois. All property rights reserved. Printed in U.S.A.

A sten of 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 is obtained by about 2.3% 4.4% 9.2% 15.0% 19.1% 19.1% 15.0% 9.2% 4.4% 2.3% of adults

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos y resultados encontrados en esta investigación se concluye:

Los niños encopréticos son niños con fuertes impulsos agresivos no canalizados en forma adecuada, depresivos, aislados, con tendencias al temor y la ansiedad, con un pobre autoconcepto de sí mismos aunado a sentimientos de inadecuación y rechazo por parte del medio ambiente.

También se encontraron fuertes sentimientos de hostilidad y enojo hacia ambos padres, en especial hacia la madre.

Estos niños perciben a la madre como punitiva, dominante y que no satisface sus necesidades afectivas.

Al padre lo viven como distante, frío, rígido, exigente y en ocasiones ambivalente.

Dentro del grupo de padres estudiados se encontraron, en general, dos tendencias: Una es que presentan rasgos característicos de personas con un super yo débil, oportunistas, que sienten pocas obligaciones, sin disciplina, impulsivos y con conflictiva personal, otra en la que se halló que son sujetos con características de una fuerte seguridad de sí mismos, realistas y directos.

En las entrevistas la mayoría de los padres se describen a sí mismos como poco afectivos, distantes, exigentes, rígidos y muy preocupados por su trabajo. Las madres al igual que los niños coincidieron también en manifestar este alejamiento por parte del padre. Estas descripciones confirman los hallazgos de Bemporad y Asociados (1971), Hoag (1971), en el sentido de un alejamiento emocional y físico de los padres.

Entre los rasgos de personalidad característicos del grupo de madres, se encontró el que son personas emocionalmente inestables, reprimidas, aprehensivas, depresivas, tensas, impulsivas y frustradas.

Estos rasgos hallados en las pruebas aplicadas a las madres, coincidieron con los datos de las entrevistas; ellas manifestaron que se sentían solas, tristes, molestas por tener la "carga" de los niños sin la ayuda del esposo, y sobre todo su frustración e insatisfacción por su vida matrimonial. Esto también fue hallado por Bemporad (1971) en sus estudios a madres de niños encopréticos.

Se encontró en todos los niños la presencia de indicadores significativos de probable daño cerebral, que probablemente denotan un retraso maduracional ya que estos niños tuvieron un EEG normal, este retraso también se hizo evidente en el test de la figura humana, donde los dibujos eran grotescos y primitivos que corresponderían a niños con una edad cronológica menor. Corroborándose con esto, los hallazgos de Bemporad (1971), Taichert (1971).

En los encopréticos estudiados se encontró una inteligencia promedio (dos casos), y frecuentemente superior y muy su-

perior. Bemporad (1971), también encontró en este tipo de niños una inteligencia por lo menos promedio.

El entrenamiento aunque fue logrado entre los dos y tres años de edad, fue reportado por casi todas las madres, como rígido y coersivo, dejando de controlar la mayoría de estos niños entre los cuatro y cinco años de edad.

El que la mayoría de los niños estudiados excluyeran a sus hermanos del dibujo de la familia, confirma los datos de las historias clínicas, en el sentido de unas malas relaciones y conflictos de celos con los hermanos; ésto se corroboró aún más por el hecho de que las madres manifestaron que estos niños presentaron conductas regresivas (chuparse el dedo, pedir biberon, etc.), cuando nacía algún hermano; algunas de ellas manifestaron también que los descuidaron con la llegada de otro hijo.

A lo largo del estudio se hizo evidente un hallazgo: una dinámica familiar alterada y unas relaciones perturbadas en la familia del niño encoprético.

Este hallazgo coincide con lo expresado por psicólogos, psiquiatras y terapeutas familiares de diferentes instituciones en México, ellos también encontraron que este síntoma es en parte una manifestación de la disfunción familiar, aunque desafortunadamente no hay investigaciones al respecto.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Probablemente la principal limitación fue el no poder obtener una muestra más representativa de la población, como se había planeado, ya que no fue posible reunir más casos, debido tal vez a la especificidad de las variables que se controlaron. No obstante se espera que esta investigación estimulará posteriores estudios sobre este tema en nuestro país.

Es de esperarse que no todos los niños encopreticos se adecuarán en varios detalles a estas descripciones y que faltará por mencionar otros factores que probablemente aparecerán en posteriores investigaciones.

Sería interesante que entre esas investigaciones se hicieran estudios de seguimiento, y con una población mayor que manejara tal vez otras variables.

A nivel preventivo se sugieren pláticas de orientación sobre la educación del control de esfínteres a padres de familia.

En vista de lo concluido en la presente investigación, se sugiere además de la terapia individual con el niño, la terapia familiar como una de las técnicas que pueden abordar en una forma más integral la encopresis.

BIBLIOGRAFIA:

- Abraham, K. Psicoanálisis clínico, Ed: Horme. Buenos Aires. Segunda edición. 1980. pag. 284-300.
- Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil, Edit. Toray-Masson. Primera edición. 1973. pag. 204, 280-287.
- Anthony, E. J. An Experimental Approach to the Psychopathology of Childhood: Encopresis, British Journal of Medical Psychology, 30: 146-175, 1957.
- Bakwin. Desarrollo Psicológico del Niño Normal y Patológico, Edit: Toral-Interamericana. México. 1974. pag.488.
- Bellman, M. Studies on Encopresis, Acta Paediatrica Scandinavica, 170: 1-151, 1966.
- Bemporad, J. R., Kresch., Arnold. The Chronic Neurotic Encopresis as a Paradigm of a Multifactorial Psychiatric Disorder.
- Bemporad J. R., Pleiferd, C. M., Gibbs, L., Cortner R.M., - Bloom, W. Characteristics of encopretic patients and Their-families. Journal of academy of child psychiatry, 10: 272-297, 1971.
- De la Torre, J. Pediatría accesible. Edit. Siglo XXI, México, 1972. Pag. 230
- Corman, L. El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Edit. Kapeluz. Buenos Aires 1976
- Erikson, E. Infancia y Sociedad, Edit. Paidós. Argentina - Sexta edición. 1976. pag. 59, 70-72.
- Ey, Henry. Tratado de psiquiatría, Edit. Toray.-Masson - septima edición. Barcelona 1975.
- Freedman.-Kaplan. Compendio de psiquiatría, Edit. Toray.-Masson. 1977 Pag. 672, 222-229

- Fisher, Susan. Encopresis. Basic Handbook of Child Psychiatry. Edit. Basic Books. New York, 1979. Tomo II; pag. 556-67. Tomo III: 97-98, 592.
- Avannski, M. Treatment of Non-Retentive Secondary Encopresis With Imipramine and Psychotherapy. Canadian Medical Association Journal, 104: 46-48. 1971.
- Boag, J. M. The Encopretic Child and His Family. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 10: 242-256, 1971.
- Huschka, M. The Child's Response to Coersive Bowel Training Psychosomatic Medicine, 4: 301-308. 1942.
- Freud Anna. Normalidad y Patología en la Niñez. Edit. Paidós Buenos Aires. 1975. pag. 124-125, 62-64.
- Freud Sigmund. Obras Completas. Edit. Biblioteca Nueva. Tomo IV: pag. 1354-1357. Tomo VI: pag. 2034-2038.
- Josselyn, I. M. Desarrollo Psicosocial del Niño. Edit. Psicop. Buenos Aires. 1979. pags. 65-84.
- Kanner Leo. Psiquiatría Infantil. Edit. S. XX. Buenos Aires. 4a. Edición, 1972.
- Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Edit: La Prensa Médica-Mexicana. México. 1976. pags. 686-687.
- Kreisler., Lebovici., Soule. El Niño y su Cuerpo. Edit. Amortu. Argentina. 1977. pags. 160-182.
- Lanz, G. Revisión de la Prueba de la Figura Humana de E.Koppitz. U.N.A.M. México. 1983. Tesis.
- Lehman, E. Psychogenic Incontinence of Feces (Encopresis)-in Children. American Journal of Diseases of Children. 68: 190-199. 1944.
- Midenet, M. Manual Práctico de Psiquiatría Infantil. Edit. Toray-Masson. Barcelona. 1976. pag.71.

- Neale, D. H. Behavior Therapy and Encopresis in Children Behavior Research and Therapy. 1: 139-149, 1963.
- Olatawura, M. O. Encopresis: A review of 32 Cases. Acta - Pediatrica Scandinavica, 62: 358-364. 1973.
- Sander, L. Psicología Infantil y Psicoanálisis de Hoy. Edit: Paidós. Buenos Aires. 1971. pags. 129-130.
- Shirley, H. F. Encopresis in Children. Journal of Pediatrics 12: 367. 1938.
- Solvit, J. Trastornos de la Conducta y del Desarrollo del Niño. Edit. Pediatrica. España. 1971. pags. 176-177.
- Paz, J. Psicopatología. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires. - Tercera Edición. 1976. pags. 170, 204-205.
- Staford, D. Manual de Psiquiatría. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1976. pags. 239-249.
- Stuart, T. M. Fundamentos de Psiquiatría Infantil. Edit. Psique. Buenos Aires. 1976. pags. 141, 153.
- Taichert, L. C. Childhood Encopresis: A Neurodevelopmental. Family Approach to Management. California Medicine, 115: 11-18. 1971.
- Wolters, W. H. A Comparative Study of Behavioral Aspects in Encopretic Children. Psychotherapy and Psychosomatics. 24: 36-97. 1974.
- Woodmansey, A. C. Emotion and the Motions: An Inquiry Into the Causes and Prevention of Functional Disorder of Defecation. British Journal of Pedical Psychology, 40: 207 223. 1967.