

## TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA ENCOPIRESIS PARA DEFICIENTES MENTALES INSTITUCIONALIZADOS (1)

Javier Moltó

*Colegio Universitario Castellón  
Universidad de Valencia*

### RESUMEN

*El objetivo del presente trabajo fue examinar la eficacia de un paquete comportamental combinado para la encopresis con niños deficientes mentales institucionalizados. Con este método se trató a 3 niños deficientes, utilizándose un diseño AB para evaluar la efectividad del tratamiento. Las medidas dependientes incluían el registro diario de todos los incidentes de defecación, apropiados e inapropiados. Los resultados son una clara demostración del control funcional y mejoría consistente de la encopresis. Estos datos se mantuvieron durante el período de seguimiento (2 años).*

**PALABRAS CLAVES:** *Encopresis, defecación, incontinencia, hábitos de limpieza, tratamiento conductual, niños deficientes mentales, instituciones para deficientes.*

### SUMMARY

*The purpose of the present investigation was to examine the efficacy of a combined reinforcement-punishment package in the treatment of the encopresis in the institutionalized mentally retarded children. 3 retarded children were treated with this method. An AB design was used as a means of evaluating treatment effectiveness. Dependent measures included daily record of soiling and appropriate bowel movements. Results indi-*

cated a clear demonstration of functional control and consistent improvement in the encopretic disturbance. These findings were maintained at 2-y<sub>r</sub> follow-up.

*KEY WORDS:* Soiling, bowel movement, fecal incontinence, toileting, behavioral treatment, mentally retarded children, residential institutions.

La incontinencia fecal o encopresis funcional podría definirse en sentido amplio como la dificultad para controlar la defecación. La definición más comúnmente aceptada hace referencia a la emisión de heces de forma repetida, involuntaria o voluntaria, en lugares no apropiados para este propósito, no debida a ningún trastorno orgánico (APA, 1983; CROWLEY y ARMSTRONG, 1977; DOLEYS, 1981; ROSS, 1981; WALKER, 1978). En una revisión de la literatura FITTS y MANN (1976) indican que hay poco acuerdo definicional en torno a los criterios de edad, los patrones típicos de la conducta de defecar, y la etiología.

Por otra parte, la ausencia de hábitos de limpieza adecuados es un problema común en los deficientes mentales (AZRIN y FOX, 1971; BAUMEISTER y KLOSOWSKI, 1965; ELLIS, 1963) y representa un obstáculo a los esfuerzos de rehabilitación de los mismos, ya que estos déficits llevan a más restricciones en las oportunidades de recuperación, por la limitación de las experiencias educacionales y del tiempo libre (BETTISON y otros, 1976). Las habilidades de limpieza son un prerrequisito para el entrenamiento de habilidades más avanzadas (BAUMEISTER y KLOSOWSKI, 1965).

Otro aspecto importante relacionado con la ausencia de hábitos de limpieza es el efecto que produce en la actitud y en la moral de los padres y/o staff institucional (BETTISON y otros, 1976; ELLIS, 1963). Limpiar a los niños que se ensucian y escoltarlos hasta el baño son tareas desagradables que consumen mucho tiempo y energía y pueden conducir a sentimientos de desesperanza y a la creación de bajas expectativas de recuperación que, de seguro, interfieren con los esfuerzos rehabilitativos de los deficientes. Además, este problema es socialmente estigmatizante, al tiempo que va en detrimento de unas condiciones higiénicas mínimas (McCARTNEY y HOLDEN, 1981).

La teoría operante ha permitido el desarrollo de una amplia variedad de tratamiento conductuales para la encopresis (DOLEYS, 1978). Estas estrategias pueden dividirse en cuatro grupos según el modo de presentación de las contingencias de refuerzo y/o castigo durante el tratamiento (DOLEYS, 1981). El primer grupo inclu

ye investigaciones que simultanean el refuerzo a las defecaciones adecuadas con la no atención a las defecaciones inadecuadas (BACH y MOYLAN, 1975; NEALE, 1963; YOUNG y GOLDSMITH, 1972). En el segundo grupo, el refuerzo se administra contingentemente sólo a la conducta de no ensuciarse (AYLLON, SIMON y WILDMAN, 1975; PEDRINI y PEDRINI, 1971; ROLIDER y VAN HOUTAN, 1985), o a no ensuciarse en conjunción con movimientos intestinales adecuados (BLECHMAN, 1979). Los dos últimos grupos de procedimientos se basan casi exclusivamente en el castigo (EDELMAN, 1971; FIRENDEN y VAN HENDEL, 1970), o en un paquete combinado de refuerzo y castigo (ASHKENAZI, 1975; BORNSTEIN y otros, 1983; DOLEYS y otros, 1977; GELBER y MEYER, 1965; WRIGHT, 1975; WRIGHT y WALKER, 1978).

Los procedimientos empleados en este trabajo se inscriben en el mismo marco teórico de los estudios que han utilizado por una parte el refuerzo positivo tanto para la conducta de no ensuciarse como para la de defecar en lugares apropiados, y por otra, el castigo para las defecaciones en lugares inapropiados. Así pues, el objetivo de este estudio es examinar la efectividad de un paquete comportamental para la encopresis con niños deficientes mentales institucionalizados, adaptado de los programas de FOXX y AZRIN (1973), DOLEYS y ARNOLD, (1975), BUTLER (1975) y WRIGHT y WALKER (1976).

## METODO

### Sujetos

Los tres niños de este estudio son alumnos en régimen de internado de un Centro de Educación Especial (2). Sus CIs van desde 45 a 64. Los tres casos fueron remitidos para tratamiento al Departamento de Psicología del Centro por sus profesoras y padres, por encopresis y estreñimiento.

Ana Belén, de 7 años de edad, no había adquirido hasta el momento un control sobre la defecación, con una conducta encopretica continua, al tiempo que mostraba períodos cada vez más largos de retención, a veces de casi una semana, que la condujeron a un estreñimiento crónico. Los padres la llevaron entonces al médico, quien recetó supositorios de glicerina que elicitan defecaciones inapropiadas. La evaluación conductual (KANFER y SASLOW, 1969 FERNANDEZ BALLESTEROS y CARROBLES, 1981) reveló que la conducta encopretica de la niña era seguida de castigos y reprimendas por parte de los padres, que propiciaban a su vez la retención y el consiguiente estreñimiento, creándose así un círculo vicioso. Ante este problema, los padres habían seguido diferentes tratamientos médicos, todos ellos infructuosos. El análisis conductual reveló además, que Ana Belén no poseía hábitos consolidados de limpieza (bajarse y subirse los pantalones...), para lo cual necesitaba la ayuda del adulto.

Manolo, de 9 años de edad, había adquirido un adecuado control sobre sus movimientos intestinales a la edad de 3 años, sin que se constataran incidentes de importancia hasta aproximadamente los 8 años. En ese momento, sin ninguna razón física aparente ni condiciones psicológicamente estresantes, las defecaciones de Manolo empezaron a ser cada vez menos frecuentes. Al poco tiempo, aparecieron las defecaciones inapropiadas y el estreñimiento. También en este caso se habían seguido diversos tratamientos medicamentosos, igualmente infructuosos.

Pepe, de 8 años de edad, tenía una historia de 4 años de encopresis retentiva. El niño había seguido un desarrollo normal en este sentido hasta que a la edad de 4 años sucedió un incidente importante, que los padres no saben precisar, que desencadenó su problemática encoprética. A partir de entonces, Pepe empezó a retener las heces y a defecar encima cuando ya no podía soportar la presión de los movimientos intestinales. Como era de esperar bajo estas condiciones (DOLEYS, 1981), apareció la encopresis y el estreñimiento. Los padres iniciaron entonces el peregrinaje a diferentes médicos sin que el problema se resolviera, aceptando finalmente que, dado que su hijo era deficiente mental, carecía de la capacidad suficiente para el control intestinal. La evaluación conductual reveló también que el comportamiento de la madre era acorde con esa actitud, llegando a la sobreprotección de su hijo en otros aspectos de su vida.

Por último, y a nivel general, importa señalar que la información recogida en las entrevistas con el diverso personal afectado del Centro, claramente indicaba que la conducta encoprética de estos niños no era seguida de una pauta coherente y sistemática por parte del staff, abundando las críticas, reprimendas y castigos.

Antes de iniciar el tratamiento conductual, se requirió un cuidadoso examen médico que descartara la posibilidad de una etiología orgánica del problema. En ningún caso se obtuvo evidencia de patología orgánica alguna.

#### **Diseño experimental y medidas dependientes**

Se utilizó un diseño AB para evaluar la eficacia de la intervención terapéutica; no fue posible el uso de un diseño de inversión porque la cercana finalización del curso escolar hacía inviable este proyecto.

El programa se llevó a cabo exclusivamente en el Centro Escolar, sin que se pudiera contar con la participación de los padres durante el fin de semana por circunstancias diversas. Antes de iniciar el programa se reunió a todo el personal que en algún momento del día tenía a su cargo a los sujetos del estudio (profe-

soras, auxiliares sanitarias y educadores) para explicarles el programa y requerir su colaboración. Se les proporcionaron hojas de registro y se les pidió que anotaran todos los incidentes de defecación apropiadas (en el WC) e inapropiadas (en la ropa) a lo largo del día. Los incidentes de defecación inapropiadas fueron definidos ampliamente como cualquier material fecal, independientemente de la cuantía, que se encontrara en la ropa interior de los sujetos. Las defecaciones apropiadas debían registrarse sólo si los sujetos estaban sentados en la taza del WC. Se pidió al personal colaborador que no confiaran exclusivamente en la información de los niños, sino que confirmaran la ocurrencia de todas las defecaciones apropiadas. Estos registros fueron cumplimentados durante todo el curso del tratamiento. Las hojas de registro fueron recogidas semanalmente y sirvieron de base para la presentación de los datos.

El estudio de fiabilidad se realizó de la siguiente manera: cada profesional encargado de los niños debía de llevar su propio registro, independientemente del de los otros y, dado que durante el día había algunos momentos de coincidencia de dos profesionales, se tomaron estos datos como base para el cálculo de la fiabilidad. La fiabilidad fue computada dividiendo el número de acuerdos por el número de acuerdos más el de desacuerdos y multiplicando el resultado por 100. En todos los casos hubo un acuerdo del 100%.

### Procedimiento

*Línea Base.* Los datos de esta fase fueron recogidos a lo largo de 5 semanas, sin que durante este tiempo se introdujera ninguna condición experimental. Al personal colaborador se le dió la instrucción de comportarse de la misma manera que venían haciendo hasta ahora cuando se ensuciaban los niños, sin aplicar contingencias especiales a estas conductas. En los dos últimos días de la quinta semana, se introdujeron 10 ensayos de Práctica Positiva a lo largo de cada día (FOXX y AZRIN, 1973). Durante cada ensayo, el niño tenía que ir al WC, bajarse los pantalones, permanecer sentado durante unos 2 segundos, limpiarse, levantarse, subirse los pantalones y volver a su sitio de origen. A diferencia de otros programas (BUTLER, 1975; CROWLEY y ARMSTROGN, 1977; FOXX y AZRIN, 1973) que utilizan estos ensayos básicamente como refuerzo negativo después de cada defecación inapropiada, aquí sólo tenían una finalidad educativa, la de fortalecer estas habilidades de limpieza en el repertorio conductual de los niños.

*Programa de Tratamiento.* Esta condición experimental constaba de 4 partes:

1. Controles periódicos de la ropa interior de los niños. Distribuidos a lo largo del día se establecieron 4 momentos en los

que el personal colaborador debía comprobar si el niño estaba sucio o limpio. Si el niño estaba limpio, inmediatamente se le daba refuerzo verbal positivo por estar limpio, y se le entregaba una tarjeta, que tenía dibujada una cara sonriente de un niño, que el niño debía conservar para posterior cambio por reforzadores primarios. Si el niño estaba sucio, se iniciaba entonces el programa de entrenamiento en limpieza.

2. Llevar a los niños a WC. Dos veces al día, algo después del desayuno y de la cena, el niño era llevado al WC para que intentara defecar allí. Si el niño defecaba en el WC en estos momentos o en cualesquiera otros a lo largo del día, sin importar la cantidad, recibía de inmediato refuerzo social positivo y una tarjeta como las anteriores. Si durante los 5 minutos que debía permanecer sentado en el WC el niño no defecaba, no se le aplicaba ninguna contingencia.

3. Si se observaba, bien en los controles periódicos, bien en cualquier otro momento del día que el niño estaba sucio, se iniciaba el entrenamiento en limpieza que consistía en: a) mostrar enfado/disgusto al niño por haberse ensuciado, b) hacer que el niño lavara con agua y jabón su ropa sucia durante 10 minutos, y c) hacer que el niño, después, tomara un baño para limpiarse él mismo durante otros 10 minutos con agua fría. al personal colaborador se le instruyó para que fuera emocionalmente aséptico respecto al entrenamiento en limpieza y verbalizara repetidamente al niño la razón del mismo y cómo podría evitarlo.

4. Cambio de tarjetas por reforzadores primarios. Las tarjetas podían conseguirse por estar limpios en un control periódico, o por defecar en el WC. Al final de cada semana los niños intercambiaban con el autor sus tarjetas por reforzadores primarios que ellos elegían entre una gama amplia de los mismos (caramelos, chicles, juguetes pequeños, soldaditos, cuentos...), cada uno de los cuales tenía un precio en tarjetas. Este momento era aprovechado para elogiar los esfuerzos realizados y logros conseguidos, así como para mantener su motivación en el programa.

Se estableció como criterio de éxito para la finalización del programa, la consecución de 3 semanas seguidas sin ninguna defecación inapropiada.

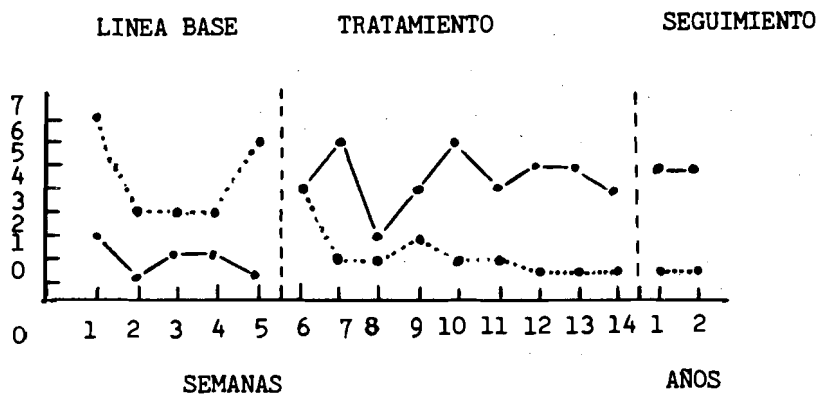
*Seguimiento.* Los datos de seguimiento se recogieron en dos períodos de una semana, al cabo de 1 año de finalizar el tratamiento, y al cabo de los 2 años.

## RESULTADOS

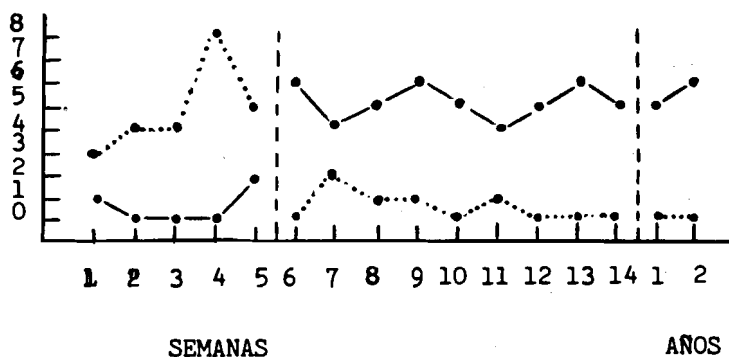
La Figura 1 refleja el número de defecaciones apropiadas e inapropiadas a través de las condiciones experimentales. Las medias

FIGURA 1: Número de defecaciones inapropiadas y apropiadas a través de cada condición experimental.

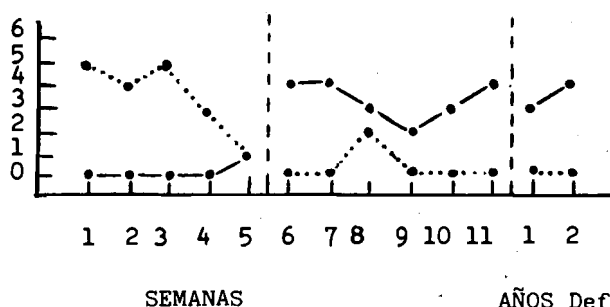
Ana Belén



Manolo



Pepe



— AÑOS Defecaciones apropiadas  
 .... Defecaciones inapropiadas



semanales de defecaciones inapropiadas y apropiadas para Ana Belén fueron: Línea Base 4.40, Tratamiento = 1.11, y Línea Base = 0.80, Tratamiento = 4.33, respectivamente. Para Manolo, los datos fueron los siguientes: defecaciones inapropiadas en Línea Base = 4.80 y en Tratamiento = 0.55, y defecaciones apropiadas en Línea Base = 0.60 y en Tratamiento = 5.33. Por último, las medias semanales de defecaciones inapropiadas para Pepe fueron: Línea Base = 3.60, Tratamiento = 0.33, y la de defecaciones apropiadas: Línea Base = 0.25, Tratamiento = 3.33. Además, en los datos recogidos durante el período de seguimiento no se observó ningún incidente de defecación inapropiada, y sí un número variable, según cada niño, de defecaciones adecuadas.

## DISCUSION

Los resultados de la presente investigación revelan con claridad la efectividad del tratamiento conductual utilizando en la eliminación de la encopresis funcional. El promedio de semanas requerido para alcanzar el criterio de éxito previamente establecido ha sido, para todos los sujetos, de 13, valor ligeramente inferior al intervalo de 15-20 semanas presentado por WRIGHT y WALKER (1976) para su programa. Las pequeñas fluctuaciones que se observan en los gráficos no parecen constituir una "tendencia" en los datos (HERSEN y BARLOW, 1976; KRATOCHWILL, 1978), ni restan valor a la suficiente estabilidad de la línea base, ni a los efectos de tratamiento alcanzados. Además, los resultados positivos se mantuvieron al año y a los dos años de seguimiento.

Aunque, como se ha podido comprobar, los niños encopréticos primarios y secundarios responden igualmente bien al tratamiento conductual, parece importante hacer la distinción entre los dos tipos de encopresis, ya que con los encopréticos primarios debería ponerse mayor énfasis en la adquisición de hábitos básicos de limpieza.

El paquete comportamental empleado se basa en la utilización de refuerzos positivos y castigos; sin embargo, hay que significar que el refuerzo positivo no sólo se ha aplicado contingentemente a la conducta de estar limpio, que podría incrementar la retención intestinal de los sujetos (PEDRINI y PEDRINI, 1971), sino también a la conducta de defecar adecuadamente. Por otra parte, no fue necesario el uso de laxantes o supositorios, a diferencia de otros programas (GELBER y MEYER, 1965; WRIGHT y WALKER, 1976), a pesar de que los tres casos presentaban una encopresis retentiva.

La aproximación tradicional psicodinámica a la encopresis ha consistido fundamentalmente en "counseling" familiar y/o psicoterapia intensiva (BEMPORAD, 1978). Tales tratamientos han mostrado ser excesivamente largos, arduos y, a menudo, proporcionan pocos

resultados positivos (YATES, 1973). Por contra, el tratamiento conductual utilizado en esta investigación ha sido más fácil en su aplicación, más breve en su duración, con más resultados positivos, y no ha requerido sino un breve entrenamiento para el personal colaborador.

Aunque los resultados de este trabajo son prometedores, se necesita más investigación para determinar los efectos individuales y combinados de los diferentes componentes utilizados en el programa. Por ello, sería importante la replicación sistemática con diseños individuales más complejos y con diseños grupales.

## NOTAS

- (1) El autor quiere expresar su agradecimiento al Dr. H. Carpintero por sus sugerencias, comentarios y apoyo en todo momento, que fueron de gran ayuda en la elaboración de este trabajo.
- (2) El autor quiere también agradecer al Colegio de Educación Especial de Penyeta Roja, especialmente a las profesoras, auxiliares y educadores que participaron en el proyecto, su colaboración en la realización del mismo.

## BIBLIOGRAFIA

- APA: **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III.** Masson, 1983.
- ASHKENAZI, Z.: The treatment of encopresis using a discriminative stimulus and positive reinforcement. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry** 1975, 6, 151-157.
- AYLLON, T.; SIMON, S.J. y WILDMAN, R.W.: Instructions and reinforcement in the elimination of encopresis: A case study. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 1975, 6, 235-238.
- AZRIN, N. y FOXX, R.: A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. **Journal of Applied Behavioral Analysis**, 1971, 4, 89-99.
- BACH, R. y MOYLAN, J.J.: Parents administered behavior therapy for inappropriate urination and encopresis: A case study. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, 1975, 5, 239-241.
- BAUMEISTER, A. y KLOSOWSKI, R.: An attempt to group toilet train severely retarded patients. **Mental Retardation**, 1965, 3, 24-26.

- BEMPORAD, J.R.: Encopresis, En WOLMAN, B.B., EGAN, J.E. y ROSS, A.O. **Handbook of treatment of mental disorders in childhood and adolescence.** Prentice-Hall, 1978.
- BETTISON, S.; DAIVSON, D.; TAYLOR, P. Y FOX, B.: The long-term effects of a toilet training programme for the retarded: A pitlot study. **Australian Journal of Mental Retardation**, 1976, 4, 18-35.
- BLECHMAN, E.A.: Short-and long-term results of positive home-based treatment of childhood chronic constipation and encopresis. **Child Behavior Therapy**, 1979, 1, 237-247.
- BORNSTEIN, Ph. H.; BALLEWEG, B.H.; McLELLARN, R.W.; WILSON, G.L.; STURM, C.A.; ANDRE, J.C. y VAN DEN POL, R.A.: The "Bathroom game": A systematic program for the elimination of encopretic behavior. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, 1983, 14, 67-71.
- BUTLER, J.F.: The treatment of encopresis by overcorrection. Unpublished manuscript. Lackland Air Force Base, Texas, 1975.
- CROWLEY, C.P. y ARMSTRONG, P.M.: Positive practice, overcorrection, and behavior rearsal en the treatment of three cases of encopresis. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, 1977, 8, 411-416.
- DOLEYS, D.M. y ARNOLD, A.: Treatment of childhood encopresis: Full cleanliness training. **Mental Retardation**, 1975, 13, 14-16.
- DOLEYS, D.M.; McWHORTER, A.Q.; WILLIAMS, S.C. y GENTRY, R.: Encopresis: Its treatmenta and relation to nocturnal enuresis. **Behavior Therapy**, 1977, 8, 77-82.
- DOLEYS, D.M.: Assessment and treatment of enuresis and encopresis in children. En HERSEN, M.; EISLER, R. y MILLER, P.M. **Progress in Behavior Modification**, 1978 Vol. 6, Academic Press.
- DOLEYS, D.M.: Encopresis. En FERGUSON, M. y TAYLOR, B.: **The Comprehensive handbook of behavioral medicine**, 1981, Spectrum Publications.
- EDELMAN, R.F.: Operant conditioning treatment of encopresis. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, 1971, 2, 71-73.
- ELLIS, N.R.: Toilet training the severely defective patient: An S-R reinforcement analysis. **American Journal of Mental Deficiency**, 1963, 68, 99-103.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.A.I.: **Evaluación conductual.** Pirámide, 1981.
- FIERENDEN, W. y VAN HENDEL, D.: Elimination of soiling in an elementary school child through application of aversive technique. **Journal of School Psychology** 1970, 8, 267-269.

- FITTS, M.d. y MANN, R.A.: Encopresis: An historical and behavioral perspective of definition. *Journal of Pediatric Psychology*, 1976, 4, 31-33.
- FOXX, R.M. y AZRIN, N.H.: Toilet training the retarded: A rapid program for day and night-time independent toileting. Research Press, 1973.
- GELBER, H. y MEYER, V.: Behaviour therapy and encopresis: The complexities involved in treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 1965, 2, 227-231.
- HERSEN, M. y BARLOW, D.H.: Single-case experimental designs: strategies for studying behavior change. Pergamon Press, 1976.
- KANFER, F.H. y SASLOW, G.: Behavioral diagnosis. En FRANKS, C.M. *Behavior Therapy: appraisal and status*. McGraw Hill, 1969.
- KRATOCHWILL, T.R.: Single subject research. *Strategies for evaluating change*. Academic Press, 1978.
- MCCARTNEY, J.R. y HOLDEN, J.C.: Toilet training for the mentally retarded. En MATSON, J.L. y MCCARTNEY, J.R. *Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded*, Plenum Press, 1981.
- NEALE, D.H.: Behavior Therapy and encopresis in children. *Behaviour Therapy & Research*, 1963, 1, 139-139.
- PEDRINI, B.C. y PEDRINI, D.T.: Reinforcement procedures in the control of encopresis: A case study. *Psychological Reports*, 1971, 28, 937-938.
- ROLIDER, A. y VAN HOUTEN, R.: Treatment of constipation-caused encopresis by a negative reinforcement procedure. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 1985, 16, 67-70.
- ROSS, A.O.: *Child Behavior Therapy*, Wiley, 1981.
- WALKER, C.E.: Toilet training, enuresis and encopresis. En MAGRAB, P.R. *Psychological Management of Pediatric Problems*, Vol. 1, University Park Press, 1978.
- WRIGHT, L.: Outcome of a standardized program for treating psychogenic encopresis. *Professional Psychologist*, 1975, 6, 453-456.
- WRIGHT, L. y WALKER, C.E.: Behavioral treatment of encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 1976, 4, 35-37.
- WRIGHT, L. y WALKER, C.E.: A simple behavioral treatment program for psychogenic encopresis. *Behaviour Research & Therapy*, 1978, 16, 209-212.
- YATES, A.: *Terapia del Comportamiento*, Trillas, 1973.
- YOUNG, I.L. y GOLDSMITH, A.D.: Treatment of encopresis in a day treatment program. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1972, 9, 231-235