



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Bezos Saldaña, L.; Escribano Ceruelo, E.

¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un caso
Pediatría Atención Primaria, vol. XIV, núm. 56, octubre-diciembre, 2012, pp. 317-321

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638750005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un caso

L. Bezos Saldaña^a, E. Escribano Ceruelo^b

Publicado en Internet:
7-noviembre-2012

Eva Escribano Ceruelo:
escribae@gmail.com

^aPsicóloga Interna Residente. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid. España

• ^bPediatra de Atención Primaria. CS Barcelona. Móstoles, Madrid. España.

Resumen

Los trastornos del control de esfínteres son uno de los problemas más comunes en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Se expone un caso clínico de un niño de cuatro años que presenta encopresis funcional por rechazo a utilizar el inodoro, así como la intervención llevada a cabo en conjunto por Pediatría y Psicología Clínica. La exposición de este caso muestra cómo la misma manifestación puede esconder distintos problemas que requerirán diferentes abordajes terapéuticos. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de prestar atención a los diversos contextos que rodean al niño (familia, escuela, profesionales), así como valorar la interacción y la influencia mutua de los síntomas de este con la actitud de los padres y con otros factores externos para entender y abordar el problema de forma más precisa y global.

Palabras clave:

- Trastornos de la eliminación
- Encopresis
- Control de esfínteres

Abstract

Toilet training disorders are common in the Primary Health Care Pediatrician's practice. A case report of a four year-old boy with functional encopresis and stool toileting refusal is presented; the interdisciplinary intervention conducted by the Pediatrics and Clinical Psychology is also discussed. This clinical case presentation shows that the same symptoms may underlie different problems which would require different therapeutic interventions. The need of paying attention to the context surrounding the child (family, school, professionals) is also highlighted; as well as assessing the interaction and reciprocal influence between the child's symptoms, the parents' attitudes and other external factors, in order to understand and approach the problem in a more comprehensive way.

INTRODUCCIÓN

Los hitos evolutivos relacionados con la adquisición del control de esfínteres son procesos complejos que tienen lugar durante el periodo entre los 18 y los 36 meses de edad en un niño normal. Generalmente, la secuencia de adquisición de la continencia sigue el patrón siguiente: fecal nocturna → fecal diurna → urinaria diurna → urinaria nocturna; aunque muchos niños adquieren el control fecal y vesical de forma simultánea^{1,2}. Es a partir de los 12 meses cuando el niño comienza a desarrollar las habilidades motoras necesarias y existe un

acuerdo generalizado de que hasta el año y medio no se logra la madurez biológica que permite ejercer un control voluntario sobre los músculos que controlan la micción y la defecación^{3,4}.

Además de la maduración biológica como requisito para el control de esfínteres, existen múltiples factores que influyen en esta adquisición: la madurez socioemocional del niño, su capacidad intelectual, los determinantes culturales y las interacciones psicológicas entre el niño y sus padres. En cuanto a esta última variable, uno de los aspectos más estudiados en la literatura médica está relacionado con el entrenamiento en el uso del inodo-

ro y la dificultad de los padres y los profesionales para juzgar el momento adecuado para comenzar y establecer qué prácticas facilitan esta adquisición^{2,3}.

A pesar de que la mayoría de los niños están entrenados en el uso del inodoro a los 30 meses, los estudios muestran que entre el 2 y el 10% de los niños no lo está a los cuatro años¹. Durante el proceso de entrenamiento, un 20% de los niños desarrolla rechazo a usar el retrete. Este comportamiento está asociado a consecuencias negativas como retención de heces y orina, riesgo de desarrollar trastornos de la eliminación como enuresis y encopresis, y otras dificultades psicológicas y fisiológicas derivadas. En caso de producirse, todas ellas pueden llegar a requerir la intervención profesional del pediatra o incluso la derivación al psicólogo clínico del Equipo de Salud Mental.

En todos los casos es imprescindible explorar los distintos factores que influyen en la aparición de este problema y ajustar la intervención según las características de cada paciente. Se presenta un caso clínico que permite una mayor reflexión acerca de estos trastornos, comunes en la consulta de Atención Primaria (AP), y la idoneidad de una intervención individualizada y un abordaje interdisciplinar con el objetivo de lograr la mejoría del paciente⁵.

CASO CLÍNICO

Niño varón de cuatro años que presenta problemas relacionados con el control de esfínteres. La madre consulta porque el niño muestra retención voluntaria de heces y orina y rechazo total a sentarse en el retrete. Refiere que el niño solicita y exige a los padres que le pongan el pañal, y solo entonces lleva a cabo las deposiciones.

Origen e historia del problema

Mediante la entrevista se manifiesta que el control de esfínteres está adquirido desde los dos años y medio, ya que el niño no ha presentado ningún episodio de micción o deposición involuntaria so-

bre la cama o la ropa desde ese momento. Hubo un intento de los padres de retirarle el pañal e iniciar el uso del inodoro a los 22 meses de edad, pero el niño no fue capaz de aprender a retener y vivió este fracaso muy negativamente (negándose a hablar del episodio, mostrando vergüenza, etc.).

Actualidad: secuencia habitual del problema y factores de mantenimiento

Habitualmente, el niño no lleva puesto el pañal pero, en el momento en que detecta deseos de orinar o defecar, le pide a su madre que se lo ponga. Si ella consiente, el niño lleva a cabo las evacuaciones y la madre posteriormente le limpia y le cambia. Ocasionalmente se presentan dificultades, porque el niño se niega a desprenderse del pañal. En caso de que la madre se niegue a ponerle el pañal, el niño retiene voluntariamente la orina y las heces, incluso durante horas, y muestra un comportamiento perturbador con manifestaciones de enfado intenso, llanto y rabietas. Ante la preocupación de los padres por el posible malestar del niño derivado de la retención, y por la incapacidad para tolerar y manejar sus alteraciones de conducta, estos ceden y aceptan ponerle el pañal, momento en el que el niño realiza las deposiciones.

En la actualidad, el problema tiene una frecuencia diaria e interfiere en muchos ámbitos de la vida del niño: en el contexto escolar es el único niño de la clase que no se sienta en el váter a realizar deposiciones y todavía lleva pañal, lo que comienza a generar rechazo por parte de sus compañeros y aislamiento. Las rutinas familiares también se ven alteradas por este problema, de forma que han dejado de realizar algunas actividades y el malestar en los padres es significativo.

Desarrollo evolutivo

El embarazo de la madre fue resultado de una fecundación *in vitro* (FIV); el niño era muy deseado y ambos progenitores manifestaron mucho miedo a perderlo. Tras su nacimiento, la madre manifiesta el “deseo de darle un hermano”, pero existe la imposibilidad de una nueva fecundación por motivos

médicos. Ella refiere sentirse culpable por esta situación y también manifiesta miedo a cometer errores en la educación del niño.

El paciente presenta ligeros retrasos en el inicio de la marcha y en el desarrollo del lenguaje. Presenta deambulación con apoyo a los 19 meses y la madre refiere que las primeras frases que el niño emitió fueron a los tres años, dos semanas después del inicio de la escolarización. Antes de este momento, solamente empleaba tres palabras y gestos para comunicarse, lo que conllevó valoración en Atención Temprana.

En cuanto a las autonomías y otros comportamientos, a través del discurso de la madre se constatan elementos significativos en el temperamento temprano del niño. Existe mucha dificultad por parte de este para tolerar los cambios y la novedad; puede llegar incluso a negarse a participar en actividades lúdicas y placenteras si estas no estaban previstas o no se realizan de la manera que él desea. Se resiste activamente a las actividades fuera de la rutina y muestra una actitud de rigidez. Lleva a cabo una serie de "rituales precoces" que podrían considerarse normales en cualquier niño de su edad, pero que sobrepasan la frecuencia e intensidad habituales. Por ejemplo, poner un juguete cada noche en la silla de su habitación y presentar incapacidad para conciliar el sueño si esto no se hace. Solo puede permanecer sentado viendo la televisión si ambos padres se sientan con él en el sofá, uno a cada lado, dándole la mano. La madre describe comportamientos de comprobación constante, como preguntar 20 o 30 veces al día a su madre si le quiere. También refiere actitud negativista ante los viajes o cualquier situación que altere su rutina, con grandes dificultades para dormir si no es en su cama y protestas continuas con deseos de regresar a casa.

Intervención desde Atención Primaria

La madre y el niño acuden a la consulta de la pediatra, quien lleva a cabo la primera detección del problema. Tras descartar la presencia de estreñimiento, molestias abdominales, dolor al defecar y otros

factores que podrían señalar organicidad, se lleva a cabo una exploración de otros factores que aparecen circunscritos a la sintomatología manifiesta. Al detectar la presencia de factores psicológicos (conductuales, familiares y personales) que pueden estar influyendo en el problema, se inicia la colaboración con la residente de Psicología Clínica (PIR) que rotaba en ese momento por AP. A partir de entonces, el caso se abordó de manera conjunta: la PIR llevó a cabo algunas sesiones individuales con los padres y el niño para el manejo del problema, y la pediatra continuó el seguimiento del niño incorporando la intervención llevada a cabo por Psicología e integrándola en el abordaje global del caso.

DISCUSIÓN

El control de esfínteres y los trastornos de la eliminación son algunos de los motivos de consulta más comunes para el pediatra de AP. La encopresis es un trastorno del comportamiento en la edad infantil que puede acarrear disfunciones fisiológicas y psicológicas, y que requiere una intervención individualizada, según los factores específicos que inciden y mantienen el problema en cada caso concreto. Los estudios muestran que la prevalencia de la encopresis es del 1-3%, con mayor presencia en niños que en niñas. El estreñimiento y la retención suelen ser factores contribuyentes, pero existe alrededor de un 20% de los casos en los que la encopresis se considera no retentiva y otros factores funcionales determinan la aparición de este problema^{2,4,5}.

En los casos de encopresis no retentiva, el niño suele presentar rechazo a sentarse y usar el inodoro. Se han sugerido diversos factores que pueden estar relacionados con este rechazo: un entrenamiento demasiado precoz, exigente o coercitivo, conflictos entre los padres y el niño, miedo irracional o fobia al retrete o temperamento temprano difícil. Aunque, hoy por hoy, la evidencia empírica disponible no es concluyente, existe una percepción generalizada entre los clínicos de que los niños con este rechazo suelen presentar más altera-

ciones de conducta e interacciones disfuncionales en la relación padres-hijo^{1,6,7}.

En el marco de la teoría psicosexual del desarrollo, autores del psicoanálisis como Freud y Abraham⁸ relacionan los conflictos del entrenamiento fecal entre los padres y el niño con el desarrollo en la edad adulta de una personalidad obsesiva, con tendencia al orden y tenacidad u obstinación. Según esta teoría, entre los dos y los tres años, el niño ha de afrontar la exigencia del control y comienza a desarrollar la autonomía. Una fijación en la etapa anal puede tener lugar por un entrenamiento demasiado precoz o tardío, o por experiencias muy frustrantes o gratificantes relacionadas con la continencia. La teoría psicoanalítica ha recibido escaso apoyo empírico en las revisiones realizadas, pero es posible relacionar la tendencia a retener las heces con la resistencia a las exigencias y deseos de control sobre los padres y el entorno. También se han descrito ciertas características familiares relacionadas con este trastorno: padres sobreprotectores y ansiosos, con dificultades para gestionar las conductas de oposición y que pueden presentar una excesiva preocupación por las evacuaciones del niño, así como acontecimientos que pueden desencadenar este problema: el nacimiento de un nuevo hermano, la incorporación de la figura que ejerce funciones maternas al mundo laboral o el inicio de la escolarización⁹.

Desde AP, la intervención puede ser muy beneficiosa siempre y cuando se preste atención a los factores concretos que inciden en el problema. De forma general, la investigación muestra que el entrenamiento en el uso del inodoro no debe iniciarse antes de los 18 meses de edad. A partir de esa edad, existe mucha variabilidad a la hora de determinar el momento adecuado en el que el niño se encuentra preparado para comenzar este aprendizaje. La decisión de los padres de iniciar el entrenamiento ha de basarse en la madurez socioemocional y psicológica del niño. No existen evidencias de que comenzar antes de los 27 meses aporte ningún beneficio, los estudios muestran que cuanto más temprano sea el entrenamiento intensivo en el uso del inodoro, a menor edad ad-

quirirán los niños este aprendizaje, pero también tardarán más tiempo en completar el entrenamiento^{2,6}.

En este caso, la intervención psicológica consistió en exposiciones diarias y sistemáticas reforzando la conducta de aproximación del niño al retrete, trabajar con los padres para que este colaborara en la limpieza tras las deposiciones en lugares inadecuados, así como disminuir las interacciones negativas entre ambos y, en definitiva, establecer hábitos de eliminación adecuados.

El pediatra tiene un papel fundamental, ya que será el primero en detectar el problema y evaluar la existencia de otros comportamientos alterados: en caso de presencia de incumplimiento de normas, rabietas o conductas de desobediencia, o en caso de que el niño muestre micciones o deposiciones voluntarias, esto puede indicar la presencia de conductas oposicionistas y de desafío a los adultos y puede ser pertinente la derivación a Salud Mental o al psicólogo clínico de AP, en caso de existir esta figura en el centro de salud. Un trabajo interdisciplinar y coordinado aumentará la probabilidad de éxito terapéutico⁵.

La exposición de este caso clínico muestra cómo la misma manifestación puede esconder distintos problemas que requerirán diferentes abordajes: desde una encopresis con estreñimiento y dolor al defecar que impide que el niño adquiera este hábito de forma natural, hasta un rechazo a sentarse en el retrete por fobia, o unas interacciones entre los padres y el hijo que resultan en que el niño adquiere control sobre su entorno mediante el síntoma. Sin olvidar los trastornos de control de esfínteres asociados a causas orgánicas, que siempre habrá que descartar antes de cualquier intervención. Para finalizar, nos gustaría resaltar la importancia que tiene en estos casos la exploración de las condiciones que mantienen el problema en el presente (cómo se manifiesta el problema y qué respuestas han puesto en marcha la familia y el contexto escolar, qué se ha hecho para intentar solucionar el problema y por qué estos intentos han fracasado), más que la búsqueda del origen del problema (muchas veces difícil de identificar y mo-

dificar), así como la determinación de otras variables más allá del síntoma y del niño que puedan estar influyendo en el problema y que el pediatra puede conocer mejor que cualquier otro profesional, gracias a su amplio seguimiento del paciente y todo lo que le rodea a lo largo del tiempo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **FIV:** fecundación *in vitro* • **PIR:** residente de Psicología Clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blum NJ, Taubman B, Osborne ML. Behavioral characteristics of children with stool toileting refusal. Pediatrics. 1997;99:50-3.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos de la eliminación. En: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta/Psiquiatría Clínica, 10.^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1245-9.
3. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. Pediatrics. 2003; 111:810-4.
4. Berger KS. Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
5. Kuhn BR, Marcus BA, Pitner SL. Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. Am Fam Physician. 1999;59:2171-8.
6. Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Stool toileting refusal: a prospective intervention targeting parental behavior. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:1193-6.
7. Richman N, Stevenson JE, Graham PJ. Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: an epidemiological study in a London borough. J Child Psychol Psychiatry. 1975;16:277-87.
8. Pollack JM. Obsessive-compulsive personality: a review. Psychol Bull. 1979;86:225-41.
9. De Ajuriaguerra J, Marcelli D. Trastornos esfinterianos. En: de Ajuriaguerra J, Marcelli D. Manual de Psicopatología del Niño, 2.^a ed. Barcelona: Masson; 1987. p. 128-39.