



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ENCOPRESIS DE UN NIÑO DE NUEVE AÑOS**

**Línea de investigación:  
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

#### **Autora**

Molina Floriano, Mónica Edith

#### **Asesor**

Del Rosario Pacherras, Orlando  
ORCID: 0000-0003-0981-9808

#### **Jurado**

Aguirre Morales, Marivel Teresa  
Carlos Ventura, David Dionisio  
Mendoza La Rosa, Ana María

**Lima - Perú**

**2023**



## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A- Molina Floriano, Mónica Edith - <b>OFICIO N° 041-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV</b>
Fecha del Análisis:	21/03/2023
Operador del Programa Informático:	Sofia Teresa Salazar Chamba
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	4 %
Asesor:	<b>Orlando del Rosario Pacherras</b>
Título:	<b>“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ENCOPRESIS DE UN NIÑO DE NUEVE AÑOS”</b>
Enlace:	<a href="https://secure.urd.com/old/view/154365329-883844-219399#DcQxDoAgDAXQu3T+MW0pFLiKcTBEDYMujMa7yxveS/eguJlEMpsrJElcCmPY3GAZVhARGQI5A41+Pf3sbX/aQZUXDu6sOeQSIJNr/H4=">https://secure.urd.com/old/view/154365329-883844-219399#DcQxDoAgDAXQu3T+MW0pFLiKcTBEDYMujMa7yxveS/eguJlEMpsrJElcCmPY3GAZVhARGQI5A41+Pf3sbX/aQZUXDu6sOeQSIJNr/H4=</a>

Jefe de la Oficina de Grados  
y Gestión del Egresado:

  
  
Mg. JAIME DANIEL LLANCA OBISPO



# **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

## **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ENCOPRESIS DE UN NIÑO DE NUEVE AÑOS**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Molina Floriano, Mónica Edith

Asesor

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Carlos Ventura, David Dionisio

Mendoza La Rosa, Ana María

Lima- Perú

2023

## Pensamientos

“El cerebro no es un vaso por llenar,  
es una lámpara por encender”.

Plutarco

“Cuanto más te conoces a ti mismo,  
más paciencia tienes para lo que  
ves en los demás”.

Erik Erikson

**Dedicatoria**

El presente trabajo está dedicado a mis padres, por ser mi fuente de amor, fortaleza, perseverancia e inspiración para alcanzar cada una de mis metas.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi alma mater, la UNFV que brindó las mejores experiencias y conocimientos sólidos para mi formación profesional.

Agradezco a mi amiga y colega Adela, quien me motivó y apoyó para que esta meta se pueda ver realizada.

Agradezco finalmente a mi paciente y sus padres; quienes me permitieron abordar y acceder para que su caso pueda ser fuente de investigación y abordaje terapéutico bajo este enfoque.

## Índice

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción del problema .....	12
1.2. Antecedentes .....	16
1.2.1. Antecedentes Nacionales .....	16
1.2.2. Antecedentes Internacionales .....	17
1.2.3. Fundamentación Teórica.....	20
1.3. Objetivos.....	27
1.3.1. Objetivo general .....	27
1.3.2. Objetivos específicos .....	27
1.4. Justificación .....	28
1.5. Impactos esperados del trabajo académico.....	29
II. METODOLOGÍA .....	30
2.1. Tipo y diseño de Investigación .....	30
2.1.1. Tipo de investigación:.....	30
2.1.2. Línea de seguimiento:.....	31
2.2. Ámbito temporal y espacial .....	31
2.3. Variables de Investigación.....	31
2.3.1. Variable independiente .....	31
2.3.2. Variable dependiente .....	32
2.4. Participante/ Sujeto .....	32
2.5. Técnicas e instrumentos.....	33

2.5.1. Técnicas .....	33
2.5.2. Instrumentos .....	33
2.5.3. Evaluación psicológica.....	36
2.5.4. Evaluación Psicométrica .....	50
2.5.5. Informe psicológico integrador .....	53
2.6. Intervención .....	56
2.6.1. Plan de intervención y calendarización .....	56
2.6.2. Programa de intervención .....	60
2.7. Procedimiento .....	67
2.8. Consideraciones éticas .....	68
III. RESULTADOS.....	69
3.1. Análisis de Resultados .....	69
3.2. Evaluación del tratamiento .....	72
3.3. Discusión de Resultados .....	73
3.4. Seguimiento .....	75
IV. CONCLUSIONES.....	77
V. RECOMENDACIONES.....	78
VI. REFERENCIAS .....	79
VII. ANEXOS.....	84

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Subtipos de encopresis según DSM-V .....	23
Tabla 2.	Subtipos de encopresis según CIE-11 .....	24
Tabla 3.	Diseño de la Investigación .....	30
Tabla 4.	Historia personal con respecto a la instrucción.....	43
Tabla 5.	Historia Familiar con respecto a la instrucción.....	44
Tabla 6.	Análisis funcional .....	47
Tabla 7.	Análisis Cognitivo.....	48
Tabla 8.	Diagnostico Funcional .....	48
Tabla 9.	Diagnostico tradicional según DSM V .....	50
Tabla 10.	Plan de intervención y calendarización.....	57
Tabla 11.	Fase de preparación para los padres.....	60
Tabla 12.	Fase de Intervención para el paciente y los padres .....	61

**Índice de Figuras**

Figura 1.	Subtipos de encopresis .....	32
Figura 2.	Estructura Familiar.....	44
Figura 3.	Línea Base (repertorio de entrada).....	69
Figura 4.	Comparativo pre y post tratamiento de las conductas problema .....	70
Figura 5.	Comparativo pre y post tratamiento de la emoción del miedo (SUD).....	71
Figura 6.	Línea de tratamiento.....	72
Figura 7.	Línea de Seguimiento.....	75

## Resumen

El Presente estudio tiene como finalidad describir la efectividad de un programa de Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de encopresis en un niño de 9 años. El paciente de estudio es hijo único concebido por fecundación in vitro y en la actualidad vive con ambos padres. En la evaluación se utilizaron técnicas e instrumentos que permitieron confirmar el diagnóstico tales como: Entrevista, Historia psicológica, observación conductual, entrevista semi estructura y registro conductual y pruebas psicométricas como el WISC IV y el Test Gestáltico Visomotor de Bender. El diseño del programa de intervención se basó en los principios del modelo Cognitivo-Conductual para trabajar el impacto del programa de intervención en la recuperación de los síntomas del paciente. En los resultados se observa que luego de 16 sesiones el paciente ha logrado disminuir la sensación de miedo y defeca en el baño sin necesidad de retener las heces y ensuciar su ropa.

*Palabras clave:* encopresis, miedo, intervención cognitivo conductual

### **Abstract**

The purpose of this study is to describe the effectiveness of a Cognitive-Behavioral Intervention program in a case of encopresis in a 9-years-old child. The study patient is an only child conceived by in vitro fertilization and currently lives with both parents. In the evaluation, techniques and instruments were used that allowed confirming the diagnosis such as: Interview, psychological history, behavioral observation, semi-structured interview and behavioral record and psychometric tests such as WISC IV and Bender's Visomotor Gestalt Test. The design of the intervention program was based on the principles of the Cognitive-Behavioral model to work on the impact of the intervention program on the recovery of the patient's symptoms. In the results it is observed that after 16 sessions the patient has managed to reduce the feeling of fear and defecates in the bathroom without having to retain the feces and dirty his clothes.

*Keywords:* encopresis, fear, cognitive behavioral intervention

## I. INTRODUCCIÓN

La salud mental durante la infancia es trascendental en la vida del ser humano; tener un adecuado bienestar socioemocional en esta etapa permite que el niño pueda desarrollarse adecuadamente tanto física como emocionalmente, ya que en esta etapa los niños adquieren patrones conductuales y esquemas mentales que van a repercutir en sus vidas futuras, por eso es imprescindible que vivan en un ambiente familiar adecuado, que adquieran destrezas sociales saludables, así como la capacidad para poder afrontar los problemas psicosociales que se les presentan a través del reconocimiento y control de sus emociones.

Sin embargo, la experiencia profesional permite identificar que durante las atenciones psicológicas al grupo infantil, los niños evidencian dificultades para mantener un adecuado bienestar psicosocial; debido a múltiples factores, principalmente de estrés, miedos y tristeza relacionados a la dinámica familiar, tales como: conflictos parentales, inadecuados estilos de crianza, ausencia del cuidado parental, entre otros, lo que nos lleva a reconocer la importancia de mantener una adecuada funcionalidad familiar en el desarrollo de esta etapa.

Las dificultades que suelen evidenciar durante esta etapa, suelen ser problemas de conducta, problemas de aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, depresión y ansiedad infantil, esta última asociada a diversos miedos que los niños aprenden y que mantienen durante muchos años dificultando mantener una adecuada calidad de vida. Los padres de familia suelen minimizar los miedos y relacionarlos a problemas físicos, principalmente en aquellos problemas que tienen poca recurrencia psicológica, siendo uno de ellos el problema de encopresis; que por lo general se sigue guardando recelo y vergüenza de los padres para hablar de este tema frente a los profesionales de la salud física y mental.

Referirse a la encopresis, es considerar que un niño a la edad de cuatro años que ya aprendió a controlar sus esfínteres por un mínimo de seis meses comienza a retener las heces y ensuciar su ropa interior, generándole problemas para la relación con sus pares y su entorno;

para poder brindar un adecuado tratamiento al niño será importante conocer las posibles causas de este problema. Las estadísticas nos expresan que más del 90% de los estreñimientos crónicos o encopresis diagnosticados en edad infantil, se encuentran dentro de los trastornos funcionales (Mateos, 2019).

Finalmente, es importante tomar conciencia de que los problemas psicológicos surgidos en la etapa infantil tienen graves repercusiones en el niño si no son tratados debidamente; asimismo, es importante comprender que los niños que padecen un problema de encopresis requieren una intervención idónea con el fin de mantener un adecuado desarrollo personal, escolar, familiar y social.

### **1.1. Descripción del problema**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) refiere que la salud mental infantil comprende tres áreas fundamentales; la primera se refiere a los trastornos depresivos que ocurren durante la infancia y la adolescencia; debido a un importante desajuste social, el cual deriva también en la segunda área que destaca la OPS, que es el riesgo suicida, trayendo consigo la muerte en adolescentes en el mundo, siendo la tercera causa de muerte en este grupo etario. La última área está relacionada a los trastornos conductuales, teniendo como base la etapa infantil, y los cuales se mantienen en la etapa adulta de diferentes maneras, tales como: consumo de drogas, problemas interpersonales, conducta antisocial, inadecuada salud física e incluso desempleo, desmejorando su calidad de vida.

Se debe considerar además que los problemas de salud mental infantil también incluyen a los trastornos de ansiedad, los cuales pueden mantenerse durante décadas o durante toda la etapa de vida si no se lleva un adecuado tratamiento eficaz y acorde a sus necesidades; por tanto, la ansiedad puede llegar a ser uno de los desórdenes o trastornos mentales más crónicos. (Barlow, 2002).

Las investigaciones de Wang y Zhao (2015) con respecto a la intervención temprana en ansiedad en la etapa infantil, revelan que los trastornos de ansiedad comienzan en edades tempranas con una prevalencia de 9% en la población preescolar, y que estos se mantienen presentes durante la infancia media y la adolescencia y están asociados con la aparición de otros trastornos, como los de conducta y la depresión.

Al referirnos a los trastornos de eliminación, en Estocolmo se realizó una investigación sobre la incontinencia y la encopresis; haciendo referencia a la edad cronológica el estudio indica que la incontinencia y la encopresis disminuye con la edad y que el diagnóstico de encopresis será significativo a partir de los cuatro años. Los datos epidemiológicos, obtenidos en 8683 niños expresan que el 1.5% pasa por esta problemática y que solo el 3% acude a atención médica. (Biyong et al., 2022).

Para Drossman (2016) el niño no es consciente de lo que le sucede hasta que se desbordan las heces y que además en algunas situaciones esta manifestación conductual puede realizarse de manera consciente para obtener atención. Refiere además que la incidencia es mayor en niños varones y que suele ocurrir a los tres años, el 16 % de los niños de esta edad evidencian todavía signos de incontinencia fecal una vez a la semana o más, a los cuatro años se presenta en 3 % de los pequeños, mientras que por encima de los siete años afecta a menos de un 1 % de los niños. Finalmente, un tercio de los niños que presentan encopresis también sufren de enuresis.

Según investigaciones realizadas a nivel de Latinoamérica, se considera que la ansiedad es una de las patologías más extensas y presentes en la mayoría de los trastornos psicológicos y psicosomáticos, señalando que los miedos, las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada son fenómenos comunes en la etapa infantil y adolescencia, llegando a presentar indicadores que superan cada uno el 5% de la población

infantojuvenil (Sandín et al., 2012). Además, se considera que la ansiedad es uno de los trastornos más agotadores y con mayores indicadores en la etapa infantil.

En Madrid, España, un estudio realizado por Bezos y Escribano (2012); refiere lo siguiente:

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. 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 alteraciones de conducta e interacciones disfuncionales en la relación padres-hijo. (p. 319-320)

Es importante considerar que el Instituto Nacional de Salud (INS, 2016) mediante el documento de Aprobación y publicación de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2016 – 2021, incluye la promoción de las investigaciones de la ansiedad como: Factores de riesgo y protectores para ansiedad y depresión en las diferentes etapas de vida.

Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD - HN, 2013), refieren que, entre los años 2003 y 2012, el 20,7% de la población mayor de doce años presentó algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios las prevalencias anuales más altas se encuentran entre las poblaciones de

las zonas urbanas de las ciudades. Y los departamentos que evidencian mayores prevalencias a comparación del promedio son: Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa.

De acuerdo con los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao (INSM HD - HN, 2007) los grupos de edad de 1,6 a 6 años, 6 a 10 años y 11 a 14 años presentan algún problema de salud mental en un 20,3%, 18,7% y 14,7%, respectivamente. Además, alrededor del 11% de estos mismos grupos está en riesgo de padecerlos.

Las investigaciones centradas en Lima, Callao y provincias ratifican que se debe dar relevancia a los problemas de ansiedad infantil respecto a los problemas de depresión, porque los indicadores de ansiedad son mayores a los de depresión con un 6% (OPS, 2013). De esta manera, en Lima Metropolitana y el Callao, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general en adultos es de 25.3% (INSM HD- HN, 2013). Estas investigaciones muestran que el 21,1% de la población limeña tuvo en algún momento de su vida algún trastorno de ansiedad.

Según el compendio estadístico del año 2019 del INSM HD – HN, 1461 niños y adolescentes se atendieron por consulta externa en dicho nosocomio, representando el 15,35 % del total de la población atendida; de este total, 469 fueron atendidos con el diagnóstico F.41 (Otros trastornos de ansiedad) y 17 fueron atendidos con el diagnóstico F.98 (Otros trastornos de conducta y emociones cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia), Finalmente, solo se tiene un caso atendido por encopresis secundaria.

Por otro lado, Borges (2022) realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cualitativo en una muestra de 26 niños entre las edades de 4 a 9 años, quienes acudieron a consulta externa en psicología en un hospital en Cuba para recibir tratamiento del área, ya que presentaron un diagnóstico de encopresis no orgánica; se observó que las áreas de conflictos fundamentales para el niño con encopresis fueron la familiar, la individual y la

escolar. Destacan como conflictos primordiales, el divorcio mal manejado por los padres en un 38,4 % de los niños, la demanda de afecto de la figura materna en un 30,7 % y las dificultades con los estudios en un 26,9 % de los menores. Se emplearon acciones terapéuticas para desarrollar el hábito eliminatorio en el niño e intervenciones con los padres para el tratamiento adecuado de la separación, comunicación positiva con el niño y fomento de su independencia según la etapa de la vida. Se enfatizó en la búsqueda de estilos educativos adecuados y atención a las dificultades escolares.

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

En la ciudad de Jaén, Cano (2021) realizó una investigación respecto a miedos y temores en la infancia en una niña de doce años, el objetivo era que la paciente logre superar el temor desadaptativo a la oscuridad, el cual iba acompañado de pensamientos negativos recurrentes de “ no voy a poder dormir esta noche”, “ me puedo morir esta noche y nadie se va a dar cuenta”, basándose para ello en la terapia cognitivo conductual a través de técnicas de reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, modelado, entrenamiento en autoinstrucciones, entre otros. Para la evaluación de la paciente se utilizaron la entrevista, cuestionarios, escalas subjetivas del miedo, cuestionarios, entre otros; con preguntas relacionadas a los pensamientos intrusivos que aparecen cuando se presenta el estímulo aversivo (la oscuridad) y otros que le causen miedo y el grado de malestar que presenta. También se realizó la observación conductual para observar la reacción ante el estímulo aversivo y una escala breve de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30). El tratamiento hasta la fecha de la publicación de la investigación tuvo una duración de once sesiones con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de hasta dos horas cada sesión. Cano realizó el comparativo pre y post tratamiento de la escala de RCADS-30, de los autorregistros

y la escala de medición subjetiva, registrando una disminución de los indicadores de miedo a la oscuridad y las conductas de escape o evitación en la etapa post evaluación.

Ayala (2014) llevó a cabo un estudio en Lima sobre un caso clínico en una niña de cinco años con trastorno de ansiedad por separación y déficit de atención; los indicadores más resaltantes fueron: problemas visomotores, de atención, memoria y lenguaje, y problemas de conducta y ansiedad cuando su cuidadora la dejaba en cualquier lugar fuera de la vista de ella. Para disminuir estas últimas sintomatologías se trabajó bajo el enfoque cognitivo conductual, utilizando técnicas tales como el refuerzo positivo, economía de fichas, moldeamiento, extinción, el entrenamiento asertivo y técnicas de relajación. De manera general, se establecieron 4 áreas de intervención: social, emocional, atención y concentración y memoria.

Para el área emocional, que es el área donde se trabajó el manejo de la ansiedad por separación, se estableció un plan de intervención dividido en 3 trimestres, realizando actividades de técnicas de relajación, aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para vencer la timidez y baja autoestima, para controlar el miedo, ansiedad, impulsividad y sentimientos de culpa. En total se realizaron 32 sesiones para esta área, logrando que la niña sea más independiente emocionalmente; pudiendo permanecer sola con la terapeuta durante las sesiones, quedarse en algún lugar sin compañía de su tía y observándose mejores a nivel de adaptación al colegio (Ayala, 2014).

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

Díaz (2021) realizó un estudio de caso clínico de un niño de diez años con diagnóstico de ansiedad generalizada, su objetivo principal era describir diez sesiones del proceso terapéutico y evidenciar los resultados obtenidos en la implementación de las técnicas cognitivo conductuales; para ello, realizó la evaluación e intervención bajo el enfoque cognitivo conductual, utilizando instrumentos de evaluación como autorregistros, entrevistas, lista de chequeos de síntomas DSM-V, escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS). El

proceso de intervención se basó en los libros *Tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños de los protocolos Kendall* y el *Clinical handbook of psychological disorders in children and adolescents. a step by step treatment manual* (Diaz, 2021); estos le permitieron obtener herramientas prácticas y científicamente validadas para ayudar a los niños a superar miedos y preocupaciones intensas, teniendo una duración de seis sesiones.

Los resultados arrojaron que el niño logró adquirir estrategias para disminuir la sintomatología física, nuevas formas de pensar de manera objetiva, capacidad para identificar y debatir pensamientos catastróficos. Asimismo, el estudio tomó en consideración el apoyo de los padres en el cambio de sus estilos de crianza (Diaz, 2021).

En Madrid, Bezos y Escribano (2021) realizaron un estudio sobre un niño de cuatro años concebido por fecundación *in vitro*, que presentaba rechazo a sentarse en el wáter y retención de heces y orina. El objetivo de este estudio fue reconocer la necesidad de contar con diferentes abordajes terapéuticos y prestar atención a los diversos contextos que rodeaban 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 precisa y global. La intervención psicológica consistió en exposiciones diarias y sistemáticas reforzando la conducta de aproximación del niño al wáter, se trabajó con los padres para que el niño colaborara en la limpieza tras las deposiciones en lugares inadecuados, así como la disminución de las interacciones negativas entre ambos y establecer hábitos de eliminación adecuados. Este caso nos permite conocer que la manifestación de este diagnóstico requiere diversos abordajes: desde una encopresis con estreñimiento y dolor al defecar que impide que el niño adquiriera 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 adquiriera control sobre su entorno mediante el síntoma.

Son (2006) realizó una investigación en la ciudad de Guatemala de la Asunción, con un niño de nueve años, con encopresis secundaria, que evidenciaba temor al padrastro y recibía regaños constantes por parte de la madre. Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar si existía relación alguna entre la tristeza y la encopresis. Para ello utilizaron diversos instrumentos de medición como el DMS IV, la entrevista conductual a los padres del niño para identificar y conocer sobre la problemática y otras pruebas cualitativas para evaluar sentimientos, características de la personalidad, miedos, ansiedad y estrés. Los resultados permitieron observar que el niño evidenciaba rasgos de depresión y que los síntomas de la encopresis iniciaron cuando fallece su padre biológico y su madre decide unirse a una nueva pareja. Se le recomendó llevar tratamiento cognitivo conductual para la reducción de la encopresis y terapia familiar para mejorar la interacción entre madre e hijo principalmente. En cuanto a la terapia cognitivo conductual, se observó que la conducta de defecar en su ropa disminuyó, utilizando para ello la técnica de refuerzo positivo, manteniendo buenos resultados por casi tres meses de tratamiento. Sin embargo, no se demostró compromiso con la terapia familiar por parte de la madre, lo que limitó el proceso de mejora del niño.

Redondo y Calderón (2004), presentaron una investigación usando técnicas de modificación de conducta como refuerzo positivo, en un caso de un niño de seis años, en España. El objetivo de este estudio fue disminuir la sintomatología de la encopresis concomitante con problemas de aprendizaje (trastorno de lectoescritura). Para la evaluación utilizaron el WISC – R, Test de Integración Visomotora de Bender, Test de Illinois, vocabulario del test de Boston y el DSM IV. La terapia tuvo una duración de 6 meses y los resultados mostraron que el tratamiento conductual (refuerzo positivo) y el tratamiento logopédico permitieron una mejora respecto a la encopresis (deposición a días alternos y asistencia sin compañía al baño) y la lectoescritura, respectivamente; aun cuando los padres se encontraban en proceso de separación.

Por otro lado, López de la Llave et al. (1999) desarrollaron una investigación en España, haciendo uso de técnicas conductuales tales como: moldeado, sobre corrección y refuerzo positivo. El objetivo de esta investigación fue ejecutar un plan de tratamiento individualizado a una paciente de siete años, y tenía como objetivos específicos: identificar el tipo de encopresis, delimitar la conducta problema (frecuencia de ensuciamiento y periodo horario de ocurrencia) y determinar hábitos higiénicos (evitación total o parcial del uso del retrete, rutinas matinales antes de entrar en el colegio y autonomía en el aseo personal). Las técnicas usadas fueron la evaluación conductual a la niña, entrevista conductual y registro de la observación conductual a la madre y a la profesora. El programa de tratamiento tuvo una duración de 19 semanas, y un seguimiento de 4 semanas. Los resultados mostraron que entre la semana 15 – 19 los episodios de encopresis se redujeron a 1 episodio y entre la semana 20 – 24 quedaron reducidos a cero, concluyendo que se alcanzó el criterio de éxito (4 semanas sin encopresis); después de 6 meses de seguimiento se registró un suceso de ensuciamiento al mes durante los dos primeros meses y luego se redujo a cero en los cuatro meses siguientes. Finalmente, la niña logró mejorar sus conductas de limpieza, tales como: usar correctamente el baño, lavarse las manos, mantener la ropa limpia, usar colonia y mantenerse peinada; asimismo, se observó una reducción de conductas desadaptativas dentro del aula; solicitando prestado algún material y permaneciendo sentada.

### ***1.2.3. Fundamentación Teórica***

#### **1.2.3.1. Variable dependiente.**

**A. Ansiedad.** Para Miguel-Tobal (1990), citado en Sierra et al. (2003), la ansiedad es: Una respuesta o patrón emocional, que entrelaza aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, determinados por un grado de activación del sistema nervioso autónomo y motores que implican comportamientos desadaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada ya sea por estímulos externos

o situaciones, por estímulos internos a la persona, tales como pensamientos, ideas, imágenes que se percibe como peligroso y amenazante (p.22).

Además, Sierra et al. (2003), refiere que cuando una persona manifiesta tener ansiedad, suceden diversas variables, las cuales en su totalidad tienen el mismo valor de significancia, tales como las variables cognitivas (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la expresión de la conducta). Por tanto, la ansiedad es considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad.

**B. Encopresis.** Los trastornos de eliminación se caracterizan por la emisión de heces o de orina en lugares inadecuados por un niño, cuyo nivel de desarrollo implica la capacidad de tener el control sobre las mismas. El control del intestino y la vejiga se desarrolla gradualmente durante un tiempo determinado. Esta adquisición de hábitos higiénicos está afectada por varios factores, tales como la capacidad intelectual, la madurez social del niño y las interacciones psicológicas entre el niño y sus padres. (Feria et al., 2010).

El término encopresis se emplea para hacer referencia a una pauta de defecación inadecuada, que consiste en que el niño evacua el intestino en un lugar socialmente inapropiado cuando ya tiene edad para defecar en el sitio correcto, y no padece una enfermedad orgánica que pueda explicar su conducta. (Jiménez et al., 2006).

La encopresis se define como un patrón de evacuación de heces en lugares inapropiados, tanto si es involuntario, como intencionado. El patrón debe de estar presente durante por lo menos 3 meses y la edad cronológica y evolutiva del niño debe ser de al menos 4 años. (Feria et al., 2010).

El tratamiento de la encopresis es más complejo, porque suele ser resultado de un estreñimiento crónico con retención de heces, que provoca problemas fisiológicos que

requieren tratamiento médico. Además, los niños con encopresis presentan más trastornos psiquiátricos asociados que los niños con enuresis. (Castillo et al., 2012).

#### **Tipos de encopresis** (Jiménez et al., 2006)

– **Primaria (continua) / secundaria (discontinua):** En la primaria el niño nunca ha manifestado control intestinal adecuado, en la secundaria su aparición va precedida de un periodo de continencia de, al menos, 6 meses.

– **Retentiva / no retentiva:** Esta distinción se establece en función de la presencia o ausencia de estreñimiento. En la retentiva aparece estreñimiento crónico, deposiciones poco frecuentes, retención fecal y múltiples episodios de ensuciamiento con heces pobremente estructuradas. El ensuciamiento se encuentra determinado por las alteraciones fisiológicas que provoca el estreñimiento en el funcionamiento ano-rectal: el recto se dilata, pierde tono muscular, se deteriora la sensación de distensión rectal por la presencia de heces continuadas y se disminuye la contractibilidad para conseguir una evacuación eficaz. El 85% de los niños encoprétricos son retentivos. En la encopresis no retentiva no hay evidencia de estreñimiento y está mucho menos definida clínicamente, encontrándose asociada a un entrenamiento inadecuado, a una reacción fisiológica ante el estrés ambiental o dentro de conductas de oposición ante normas establecidas. Es más frecuente en varones y suele ser primaria.

#### **Criterios diagnósticos**

A continuación, se presentan los criterios bajo los cuales se puede realizar el diagnóstico de la encopresis, la primera corresponde a la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), esta clasificación nos permite definir un criterio diagnóstico, además estos criterios se utilizan para realizar estudios e investigaciones.

– **DSM- V.** Trastornos de la excreción

Criterios para el diagnóstico de encopresis (F98.1)

a. Excreción repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, ropa o el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.

b. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses.

c. La edad cronológica es de por lo menos de 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).

d. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento).

Especificar si:

- **Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento:** Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

- **Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento:** No existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

### Tabla 1

*Subtipos de encopresis según DSM-V*

TIPO DE ENCOPRESIS, SEGÚN DSM-V	
<i>Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento</i>	Están característicamente (aunque no invariablemente) poco formadas y la pérdida puede ser de frecuente a continua, produciéndose sobre todo durante el día y raramente durante el sueño. Sólo parte de las heces se eliminan al ir al baño y la incontinencia se soluciona después de tratar el estreñimiento.
<i>Sin estreñimiento ni incontinencia por desbordamiento</i>	Suelen ser de forma y consistencia normales, y la deposición es intermitente. Las heces se pueden depositar en un lugar visible. Este hecho se asocia normalmente al trastorno negativista desafiante o a un trastorno de conducta, o puede ser consecuencia de una masturbación anal. La deposición sin estreñimiento parece ser menos frecuente que la deposición con estreñimiento.

La segunda clasificación que se presenta es la de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (2019), que en la sección de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, incluye a la encopresis.

– **CIE – 11.** Trastorno de la eliminación

### Criterios para el diagnóstico de encopresis (6C01)

La encopresis es la defecación repetida en lugares inapropiados y debe ser diagnosticada si la defecación en un lugar inapropiado ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control intestinal adquirido. La encopresis no debe diagnosticarse si la incontinencia fecal es atribuible totalmente a otra condición de salud (por ejemplo, megacolon aganglionar, espina bífida, demencia), anomalías congénitas o adquiridas del intestino, infección gastrointestinal o uso excesivo de laxantes.

**Tabla 2**

*Subtipos de encopresis según CIE-11*

TIPO DE ENCOPRESIS, SEGÚN CIE -11	
<i>Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (6C01.0)</i>	La encopresis es la defecación en lugares inapropiados que ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control intestinal adquirido. La encopresis con constipación e incontinencia por rebosamiento es la forma más común de ensuciamiento fecal y consiste en la retención de heces. Normalmente las heces están mal formadas (sueltas o líquidas), aunque no siempre, y el derrame puede variar de lo ocasional a lo continuo. A menudo hay una evitación del cuarto de baño que conduce al estreñimiento.
<i>Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (6C01.1)</i>	La encopresis es la defecación en lugares inapropiados que ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control intestinal adquirido. La encopresis sin constipación ni incontinencia por rebosamiento no se asocia con la retención de heces, pero refleja rechazo, resistencia o falta de conformidad con las normas sociales de defecar en lugares aceptables en el contexto del control fisiológico normal de la defecación. Suelen

---

ser heces de consistencia normal y la defecación inapropiada es probable que sea intermitente.

---

**1.2.3.2. Variable independiente.** Intervención cognitivo conductual. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada, La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.). El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento (Díaz y Villalobos, 2012).

**A. Técnicas en reestructuración cognitiva.** Están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Díaz y Villalobos, 2012).

**B. Desensibilización sistemática.** Procedimiento desarrollado por J. Wolpe para el tratamiento de las fobias, temores y ansiedades. Se basa en el contra condicionamiento o inhibición recíproca. (Castillo et al.,2012).

**C. Psicoeducación.** Es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida. (Bulacio et al., 2004).

**D. Técnicas de relajación Progresiva.** Pueden aplicarse cuatro procedimientos de relajación a niños y adolescentes: relajación muscular progresiva, respiración con meditación, técnica autógena (repetición silenciosa de órdenes o afirmaciones) y técnicas basadas en la imaginación. La elección estará determinada por las características del niño o el adolescente y las del trastorno objeto del tratamiento. Las técnicas basadas en la imaginación pueden ser particularmente adecuadas debido al interés que en la mayoría de los niños despierta la fantasía. (Castillo et al.,2012).

**E. Técnicas conductuales.** Los métodos conductuales pueden utilizarse como útil herramienta para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera, teniendo en cuenta que los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos, por lo que hay que explicar con sumo cuidado el tipo de intervención que se propone para así lograr una mejor interacción de los procesos psicológicos. (Castillo et al.,2012).

**Principio de reforzamiento positivo:** El reforzamiento aplicado contingentemente a un comportamiento determinado, aumenta la probabilidad de ocurrencia de este. (Castillo et al.,2012).

**Moldeamiento:** Consiste en la aplicación de manera selectiva y planificada del principio del reforzamiento positivo, esto es, se comienza estimulando aquellas conductas que

guardan cierta relación con la conducta deseada, hasta que solamente se refuerza la presencia de la conducta en cuestión. (Castillo et al.,2012).

**Economía de fichas:** Se aplican los principios del reforzamiento positivo y del moldeamiento, el sujeto recibe reforzadores como fichas, puntos, estampillas, etc., que después puede cambiar por otros estímulos. (Castillo et al.,2012).

### 1.3. Objetivos

#### 1.3.1. *Objetivo general*

Disminuir la sensación de miedo y defecar en el baño sin necesidad de retener las heces y ensuciar su ropa.

#### 1.3.2. *Objetivos específicos*

- Reestructurar las cogniciones de “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.
- Disminuir la sensación de miedo cuando se le indica que se siente en el wáter para defecar (9).
- Evitar dirigirse a la esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces en lugar de dirigirse al baño.
- Decir la verdad, que no ha hecho sus deposiciones cuando su madre le indica que acuda al baño y él le responde: “no, porque ya fui”.
- Decir la verdad, que no ha hecho sus deposiciones a su madre cuando ingresa al baño, cierra la puerta y baja la palanca antes que ella pueda verificar que realmente ha defecado.
- Obedecer inmediatamente la indicación de sus padres para asearse y cambiarse la ropa que ha ensuciado al retener las heces.
- Ingresar al baño y sentarse inmediatamente en el wáter sin cruzar las piernas para retener las heces.

- Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.
- Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.

#### **1.4. Justificación**

Desde la práctica profesional se observa que día a día se ven casos de diversa índole en la consulta psicológica infantil, generando dificultades e incertidumbres en los padres de familia, al no poder contar con estrategias o herramientas que le permitan a manejar situaciones críticas tales como la ansiedad, los miedos y temores, problemas de conducta, entre otros.

Hoy en día se tiene conocimiento de que la psicoterapia cognitivo conductual, viene generando buenos resultados en diversas sintomatologías psicológicas; tanto en adultos como en niños, entre ellas los generados por miedos y temores que limitan el desarrollo normal de los niños y mantener buenas relaciones interpersonales; la encopresis es un tema que generalmente no es abordado en la práctica psicológica debido al hermetismo de los padres al hablar del tema, lo que ha generado baja autoestima, rechazo y vergüenza entre los niños que lo padecen y su entorno más cercano. Por medio de este estudio de caso se busca contribuir al mejoramiento del estado físico, psicológico y social de los pacientes con este diagnóstico, y tener una herramienta de abordaje basada en la intervención cognitivo conductual en casos similares.

Dentro del ejercicio profesional se ha llegado a concluir que la encopresis es un tema poco profundizado en el Perú, encontrando escasas investigaciones a nivel nacional frente a esta problemática y por tanto es de poco conocimiento de los padres de familia y de los mismos pacientes, con este trabajo académico se espera dejar un precedente para próximas investigaciones a nivel nacional.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

Con la Intervención cognitivo conductual se espera que el paciente pueda extinguir conductas evitativas de ir al baño, y obtener resultados eficaces tales como: defecar en el wáter cuando tenga la necesidad de hacerlo sin temores que lo detengan y por tanto generar en el paciente una mayor estabilidad, tanto en su salud física como psicológica, además de considerar la importancia de la prevención de recaídas para que pueda manejar y controlar sus esfínteres, llevando una calidad de vida acorde a su propio desarrollo.

Se quiere lograr que los padres adquieran herramientas para un adecuado manejo emocional y conductual; tales como: control de las conductas evitativas de su hijo, de retener las heces y ensuciar su ropa, que evite mentir diciendo que ya fue a defecar para que no le exijan entrar al baño, darle soporte emocional cuando presente miedo y temor de defecar en el wáter y finalmente mejorar la comunicación y los estilos de crianza entre ellos.

Finalmente, al lograr el objetivo planteado en esta intervención, el paciente podrá adquirir mejores relaciones sociales con sus pares, podrá participar de actividades recreativas con otros niños de su edad sin temor al rechazo y la vergüenza, los padres también podrán participar de actividades sociales sin observar alguna muestra de rechazo hacia su hijo y sin escuchar comentarios sobre olores desagradables respecto al niño cuando ensucia la ropa con heces.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

#### 2.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación del presente trabajo es aplicada, también conocida como investigación práctica o empírica, nos permite la aplicación de los conocimientos existentes o adquiridos mediante la práctica. El uso del conocimiento de este tipo de investigación nos permite obtener como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad (Vargas, 2009).

Por otro lado, el presente trabajo se trata de una investigación experimental con diseño de caso único, el cual hace referencia a “un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador”. (Hernández et al., 2014). Y es de caso único, ya que un solo individuo es su propio control. (Montero y León, 2005).

Además, de acuerdo con Montero y León (2005), se trata de un trabajo de Diseño univariable Bicondicional AB, con seguimiento, ya que un diseño AB es un plan en el que primero se establece la línea base (sin tratamiento) y una vez estabilizada, se produce la intervención y la medida de la nueva serie. A continuación, se describen las siguientes fases:

**Tabla 3**

*Diseño de la Investigación*

FASE A	FASE B
Línea base Encopresis	Línea de tratamiento basado en la terapia Cognitivo Conductual utilizando técnicas de afrontamiento como reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y técnicas de modificación de conducta

### **2.1.2. Línea de seguimiento**

Finalmente, se propone realizar una línea de seguimiento del tratamiento con el fin de tener una adecuada recogida de información sobre los avances y cambios clínicos sobre los objetivos establecidos.

## **2.2. Ámbito temporal y espacial**

La intervención fue realizada en el periodo de octubre a diciembre del año 2019, el tratamiento tuvo una duración de 12 semanas, con una frecuencia de dos veces por semana, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos. Finalmente, se realizó el seguimiento después de una semana de concluida la intervención, para luego continuarlo cada quince días por dos sesiones más. Todas las sesiones fueron realizadas en un consultorio privado ubicado en el distrito de Carabayllo, Lima – Perú.

## **2.3. Variables de investigación**

### **2.3.1. Variable independiente**

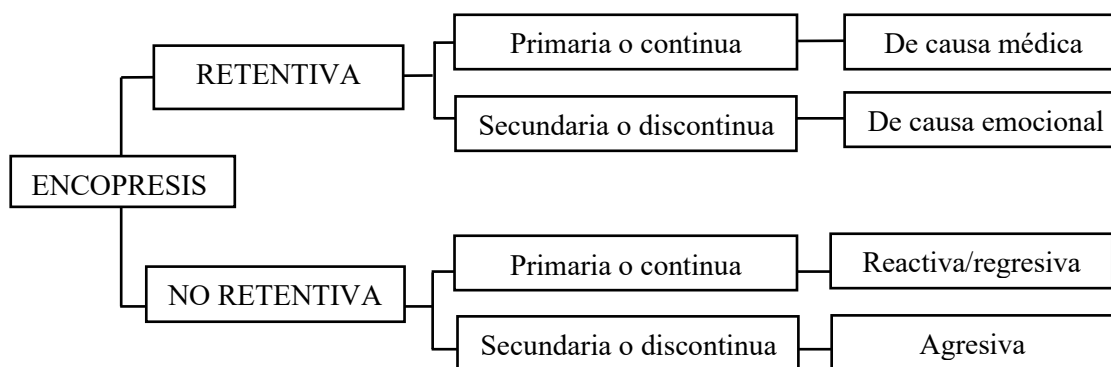
Intervención Cognitivo – conductual: La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada, La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.). El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento (Díaz y Villalobos, 2012).

### 2.3.2. Variable dependiente

Encopresis Secundaria: El término encopresis hace énfasis en una forma de defecación inadecuada, que consiste en que el niño evacua el intestino en un lugar socialmente inapropiado cuando ya tiene edad para defecar en el sitio correcto, y no padece una enfermedad orgánica que pueda explicar su conducta, y al referirse al término Secundaria, hace referencia cuando el niño ha logrado tener control intestinal adecuado, de por lo menos seis meses continuos. (Jiménez et al., 2006). Así mismo, Hernández y Rodrigo (s/f), hacen referencia a que la encopresis puede ser continua desde el nacimiento (llamado como encopresis primaria o continua) o también a que puede surgir después de un tiempo de continencia (llamado como encopresis secundaria o discontinua); por lo general estos casos suelen aparecer a los 5 años y pueden estar asociados a estreñimiento (encopresis retentiva) y en el caso de que no estén asociados a estreñimiento, se denomina encopresis no retentiva (figura 1).

**Figura 1**

*Subtipos de encopresis*



*Nota.* Tomado de *Subtipos de encopresis*, por Hernández y Rodrigo, s/f.

### 2.4. Participante/ sujeto

Se trata de un niño de 9 años que cursaba el 4to grado de primaria en una institución educativa privada. Es hijo único, fue concebido por fecundación *in vitro*, con adecuado crecimiento y desarrollo para su edad cronológica. Actualmente vive con ambos padres en el distrito de Los Olivos, Lima – Perú.

## **2.5. Técnicas e instrumentos**

### **2.5.1. Técnicas**

**2.5.1.1. Observación conductual.** Dirigido a obtener información más detallada acerca de las conductas problemas identificadas. Puede ser usado como un método fundamental de evaluación, cuando no es posible o es difícil la aplicación de otros métodos (personas con discapacidad, niños pequeños, entre otros). (Díaz y Villalobos, 2012).

**2.5.1.2. Entrevista conductual.** Tiene como objetivo identificar conductas objetivo y la selección de los métodos de evaluación más adecuados. La entrevista conductual incluye elementos tales como: desarrollar un clima empático, establecer objetivo general de la entrevista y una revisión no tan extensa de la historia del entrevistado. (Díaz y Villalobos, 2012).

**2.5.1.3. Evaluación conductual.** La evaluación conductual se apoya en muy diversos métodos y modalidades de evaluación para la detección de la existencia de una conducta problemas y sus parámetros. De hecho, una de las formas de reducir las fuentes de error durante la evaluación conductual es el uso múltiples fuentes de información (padres, pareja, profesores, compañeros, etc.) e instrumentos de evaluación (entrevistas, auto registros, cuestionarios, etc.) para minimizar así el sesgo que pueda existir en una única fuente de información (Díaz y Villalobos, 2012).

### **2.5.2. Instrumentos**

**2.5.2.1. Escala de Inteligencia de Weschler para niños – WISC IV.** Tiene como objetivo medir el cociente general de inteligencia, Cocientes de: Comprensión verbal, de Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento. Se aplica de forma individual y el rango de edad de aplicación es de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses. Consta de 10 test principales y 5 optativos. Semejanzas, Vocabulario y Comprensión que forman el índice de Comprensión verbal.

Las tres pruebas de Razonamiento perceptivo son: Cubos, Conceptos y Matrices. Memoria de trabajo se forma a partir de dos pruebas: Dígitos y Letras y números, y otros dos dan lugar a Velocidad de Procesamiento: Claves y Búsqueda de símbolos. Existen dos test adicionales para comprensión Verbal (Información y Adivinanzas), uno para Razonamiento perceptivo (Figuras incompletas), uno para Memoria de trabajo (Aritmética) y otro para Velocidad de procesamiento (Animales) Además de las puntuaciones de cada test y de las compuestas que contribuyen a la formación de CI Total (CIT), puede calcularse varias puntuaciones de procesamiento adicionales que permiten obtener una información más detallada sobre los resultados del niño sin que sea necesario aplicar nuevas pruebas. Tipificación con una muestra representativa de la población infantil española compuesta por 1590 niños procedentes de diversas regiones. La duración de aplicación de la prueba en su totalidad es de una hora con cincuenta minutos (15 test) y entre 60 y 75 minutos si se evalúan solo los 10 test principales.

**2.5.2.2. Test Gestáltico Visomotor De Bender.** La prueba de Bender se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños como en adultos. Mediante esta prueba se puede detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental. En niños y adultos se pueden evaluar algunos aspectos emocionales. La prueba pertenece a dos grupos de pruebas: visomotoras (el sujeto tiene que copiar los modelos que se le presentan) y gestálticas (basado en la psicología de la forma). La Prueba de Bender consiste en 9 tarjetas blancas, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en negro en el centro, éstos se numeran de la siguiente manera: A para el primer estímulo y numerados del 1 al 8 para los restantes

La validez del Bender se obtuvo correlacionándolo con diferentes pruebas como: Escala de Randall, Test de Goodenough, Escala de Pinter-Patterson; los resultados fueron satisfactorios. Y la estandarización del Bender en niños, fue realizada por Lauretta Bender, con

una muestra de 800 niños, que cubrían un rango de edad de los tres a los once años, los resultados refieren que los niños de tres años realizaban solo garabatos, y a los once años ya eran capaces de reproducir correctamente las figuras. Con base en los resultados de sus investigaciones se elaboró una Tabla Evolutiva en la que resumía los cambios genéticos en la capacidad de reproducir las figuras de la prueba desde los 4 años (edad en que el esquema visomotor se organiza en torno a la primitiva espiral cerrada, con tendencia a perseverar en ella, privilegiando los planos horizontales) y hasta la edad adulta (Heredia et al.,2012).

**2.5.2.3. Escala de Maduración Social de Vineland.** Esta prueba tiene por objetivo medir el grado de madurez de independencia social a través de 8 subescalas: Ayuda de sí mismo, Ayuda de sí mismo alimentación, Ayuda de sí mismo vestido, Dirección de sí mismo, Locomoción, Ocupación, Comunicación y Socialización. Presenta dos adaptaciones, la primera realizada por Adriana Otero y la segunda por Noemí Morales. No se han encontrado mayores diferencias en los baremos, por lo cual su principal diferencia está en la redacción de los reactivos. La aplicación es de tipo individual con una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente. El rango de edad de aplicación va desde los cero años hasta los 25 años. Esta escala puede aplicarse directamente a personas muy cercanas al niño. Para calcular el cociente social, se divide la edad social equivalente entre la edad cronológica y se multiplica por 100. En consecuencia, de la ejecución del sujeto en toda la escala, se puede inferir una edad y un cociente social (C.S.).

#### **2.5.2.4. Cuestionarios.**

**A. Guía de entrevista infantil para la encopresis (Jiménez et al., 2006).** Consta de 4 áreas de preguntas para el niño que presenta la sintomatología de encopresis; la primera está relacionada a la concientización del problema que presenta el niño y especificación del tipo de problema que presenta. La segunda, tiene que ver con la actitud que presenta el niño hacia el problema de encopresis. La tercera etapa nos permite conocer el grado de perturbación que

viene presentando el niño debido a este problema. Y finalmente la cuarta área, nos permite conocer las motivaciones que presenta el niño para promover el cambio y por tanto disminución del problema. La entrevista tiene una duración de aproximadamente treinta minutos, se realiza de manera directa con el niño que evidencia el problema, teniendo en cuenta que previo a ello se ha tenido que establecer un buen *rapport* y confianza entre el entrevistador y entrevistado.

**B. Entrevista general para encopresis (Morales et al., 2015).** Esta entrevista estructurada para pacientes encopréticos y/o padres de familia de pacientes encopréticos, la primera parte permite conocer la historia de la encopresis ( tipo de encopresis y delimitación de la conducta problema), la segunda parte tiene que ver con los hábitos de higiene ( repertorio conductual y condiciones ambientales), la tercera parte tiene que ver con los problemas recurrentes relacionados al problema y la cuarta parte tiene que ver con el impacto familiar, personal y escolar ( modos de afrontamiento). La entrevista tiene una duración de aproximadamente treinta minutos, se realiza de manera directa principalmente a los padres del niño para lograr obtener más información.

**C. Registro de encopresis (Morales, et al., 2015).** Este registro dirigido a los padres de niños encopréticos, permite obtener datos específicos sobre la conducta problema; nos permite tomar datos del día y hora en que ocurre el problema, lugar donde ocurre, espacio donde se da el problema (ropa, baño, otros), tipo de heces que hace, cantidad y tamaño, reacción del niño y reacción de los padres cuando ocurre el problema. Por lo general, se le pide que anoten en registro durante la primera semana antes de la intervención, luego durante y al culminar la intervención, el cual nos permitirá realizar comparaciones de los logros obtenidos.

### **2.5.3. Evaluación psicológica**

#### **2.5.3.1. Historia psicológica.**

##### **A. Datos de Filiación**

- Nombre y Apellidos : Mateo S.C.

- Edad : 9 años, 4 meses.
- Lugar y fecha de nac. : Lima, 11 de junio del 2010
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : Estudiante
- Derivado por : Servicio de Neurología
- Dirección : Los Olivos, Lima – Perú.
- Fecha de entrevista : 12 de octubre 2019
- Lugar de entrevista : Carabayllo, Lima – Perú.
- Psicóloga : Mónica E. Molina Floriano.

**B. Observaciones.** Paciente es derivado por el servicio de Neurología debido a los constantes estreñimientos y manchas de heces en su ropa interior. El paciente ya fue atendido también por otros especialistas como gastroenterología, psicología, psiquiatría. Ha llevado terapia psicológica, terapia neurosensorial, talleres de habilidades sociales, entre otros.

**C. Descripción del examinado.** Paciente varón de 9 años, de contextura gruesa, tez clara de 1.40 metros de estatura aproximadamente, presenta vestimenta con colores claros, adecuados para la ocasión, buena higiene, mantiene una postura suelta, realiza continuamente movimientos de piernas y pies. Mantiene un lenguaje fluido y responde a las preguntas solicitadas.

**D. Motivo de Consulta.** El Paciente refiere “no sé por qué he venido, mi mamá dice que no hago la tarea y que no hago caso, seguro por eso me han traído”. Al ser consultados los padres el motivo de la consulta, la madre refiere que casi todos los días hace sus deposiciones en su ropa, aguanta la expulsión normal de sus heces y no quiere ir al baño. Además de que no obedece, no hace las tareas y contesta de mala manera cuando se le pide que haga algo.

**E. Problema actual.** Cuando Mateo está en casa con su papá, cada vez que tiene sensación de expulsión de sus heces, se retira a una esquina de la habitación donde se encuentra y cruza las piernas para retener las heces. Piensa *“me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”*, experimentando miedo (9), evitando así ir al baño. Esta conducta ocurre todos los días de la semana.

Cuando la mamá de Mateo está en casa; se percata que su hijo está en una esquina con las piernas cruzadas, aguantando la necesidad de defecar, se acerca a Mateo y lo coge del brazo y lo lleva al baño diciendo: *“seguro que ya te estas orinando otra vez, ya te he dicho que tienes que ir al baño”*. Mateo ingresa al baño solo, cierra la puerta, pero no se sienta en el wáter del baño y cruza las piernas para seguir reteniendo las heces, y mientras hace esto, piensa *“no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”* experimentando miedo (9). La madre desde afuera le toca la puerta y le dice que *“hasta que hora te voy a esperar para que salgas”*, Mateo responde diciendo que ya no tiene ganas de hacer del baño, sale y se va a seguir haciendo lo que había dejado de hacer antes de la sensación de ir al baño, su mamá ya no le insiste y se dirige a hacer sus actividades también. Esta conducta ocurre de cinco a seis veces por semana.

Cuando la mamá observa que Mateo tiene necesidad de defecar le insiste varias veces diciéndole molesta que tiene que ir al baño si quiere seguir jugando en la computadora, entonces Mateo se encierra en el baño y le dice a su mamá que ya hizo la deposición haciendo sonar la palanca del baño para que hacerle creer ello y antes de que la mamá ingrese a verificar. La mamá le dice que no le mienta, pero Mateo le asegura que ya hizo y la mamá solo hace gestos de fastidio y deja que Mateo vuelva a la computadora. Esto ocurre de tres a cuatro veces por la semana.

En casa cuando Mateo está oliendo mal, por haber retenido las heces y ensuciarse en la ropa, sus papás le dicen que se bañe y se cambie la ropa porque está oliendo mal, Mateo se

molesta y responde gritando (8) *“no me fastidien, después me voy a cambiar, es mi privacidad”*, los papás al notar su reacción solo hacen gestos de incomodidad y ya no le insisten y dejan que siga jugando. Esto ocurre cuatro o cinco veces por semana.

Ambos padres refieren que, cuando Mateo está mirando televisión o está jugando y está solo con su padre, aguanta la necesidad de defecar hasta que ensucia su ropa interior, el papá al observar ello, con aparente tranquilidad le dice a Mateo: *“ya te ensuciaste otra vez, está oliendo mal, ve al baño y cámbiate la ropa”*, Mateo se cambia la ropa sucia de heces, se lava el cuerpo con jabón y deja la ropa en el lavadero hasta que su mamá llega del trabajo, y se pone a lavar la ropa sucia de Mateo, mientras verbaliza: *“ya estoy cansada ya, hasta cuando vas a seguir así, esto es una cruz para mí”*, esto lo hace por aproximadamente unos 15 minutos, con una frecuencia de seis a siete veces por semana.

Cuando Mateo y sus padres salen de visita a sus familiares y amistades, Mateo mientras juega con su primo o su amigo y tiene sensación de defecar, se aguanta para no ir al baño, cruzando sus rodillas y seguir jugando, ocasionando que se manche la ropa y huela mal, esto genera que su primo o su amigo hagan comentarios como: *“huele a caca, has pisado caca de perro, huele feo”* y gestos de asco, Mateo trata de ignorar los comentarios, sin embargo los papás de Mateo al notar esta situación vergonzosa para ellos, deciden irse rápidamente a casa y Mateo accede sin refunfuñar. Esto ocurre todas las veces que salen, que es con una frecuencia de una vez a la semana o cada quince días.

**F. Desarrollo cronológico del problema.** A la edad de 1 año y 8 meses, la mamá de Mateo intentó que su hijo deje el pañal a la fuerza, sentándolo en la bacinica por prolongados minutos. Mateo lloraba y no le gustaba estar sentado, pero la mamá lo presionaba para mantenerlo sentado, a las pocas semanas Mateo logró hacer sus deposiciones en la bacinica, pero en todo momento mostraba rechazo, haciendo que la madre desista de ello y en las siguientes semanas, los padres decidieron volver a colocarle el pañal.

A los 2 años, los padres de Mateo deciden enviarlo a estimulación temprana para promover un adecuado desarrollo y crecimiento de su hijo, asiste por casi un año sin dejar el pañal.

Cuando tenía 3 años, Mateo asiste al nido y la miss de su aula les menciona a los padres que Mateo hace abundantes heces en el pañal desbordando varias veces el mismo, ensuciándose la ropa y tienen que lavarlo en el baño del nido. La madre le enviaba cambio de ropa y pañales adicionales, ya que la hora de su defecación era en las horas de la mañana.

A los pocos meses, es decir a la edad de 3 años y 4 meses sus padres refieren que Mateo aprendió a avisar cuando tenía necesidad de ir al baño tanto para orinar como defecar y logra dejar el pañal.

A la edad de 4 años y 10 meses, mientras estaba en el baño del nido, un día defecando se embarró la ropa y las manos con sus propias heces, ocasionando que las profesoras lo metan a la ducha para bañarlo con todo y ropa, Mateo se asusta y llora y no quiso ir al nido por este evento suscitado por varias semanas, sin embargo, los padres lo seguían llevando ya que ellos se encontraban trabajando durante el día.

Un año después, la madre refiere que Mateo se cayó jugando de las escaleras cuando estaba jugando, se hizo una herida en el rostro y lo llevaron al médico inmediatamente quien mencionó que no tenía golpes de gravedad y que desde ese episodio Mateo inicia con la encopresis, se empezó a aguantar para no ir al baño a defecar.

Cuando tenía 6 años, la madre lleva al niño al servicio de gastroenterología debido a los constantes estreñimientos que Mateo presenta. El doctor de la especialidad realiza los exámenes correspondientes y no encuentra factores físicos que ocasionen el estreñimiento, le recomienda dietas balanceadas y lo deriva al servicio de psicología. El especialista de psicología refiere a sus padres que Mateo presenta diagnóstico de encopresis y le recomienda terapia infantil y terapia neurosensorial. Los padres refieren que no lo llevaron porque

consideraron que lo podían manejar con algunas recomendaciones y sugerencias de familiares y amistades.

A la edad de 7 años, los padres de Mateo acuden por primera vez a terapia de pareja y familia, debido a los constantes conflictos de pareja y a las dificultades para educar a su hijo y consideraron que ese era el motivo principal de la encopresis que presentaba Mateo. La Madre refiere en la terapia que el papá era consentidor, pero también drástico, llegando incluso a castigarlo físicamente cuando se portaba mal, y que ella era quien trataba de ponerse firme con su educación, pero el padre no lo apoyaba. El padre en la terapia manifestó que la madre era un poco exagerada y que el problema de encopresis pronto le pasaría sin necesidad de terapia psicológica. Acuden a 4 sesiones de terapia y lo dejan por motivos laborales.

Ese mismo año, el padre de Mateo pierde el trabajo y se queda en casa asumiendo el cuidado del niño durante el día mientras la madre trabaja, ocasionado mayores conflictos en la crianza del niño. En el colegio la profesora informa a los padres de Mateo que el niño debe de asistir más aseado puesto que evidencia mal olor debido a la encopresis y que esta situación podría afectar su relación con sus compañeros.

Al poco tiempo de ingresar a tercer grado de primaria, cuando Mateo tenía 8 años, la profesora de aula menciona a los padres que Mateo está bajando sus notas, no copia las clases, sale del aula diciendo que le duele la barriga y necesita ir al baño y lo encuentran jugando en el patio.

A los pocos meses la madre de Mateo asume el cargo de jefatura en su trabajo y tiene más horas laborales. Y es el padre quien asume la responsabilidad en el cuidado durante todo el día. A las pocas semanas Mateo comienza con los problemas de conducta; no obedece las órdenes dadas durante el día, le gusta jugar en la computadora, contesta de mala manera y llora cuando le dicen que ya tiene que dejar de jugar, y dice a la madre “te odio”, “no te quiero”,

“vete” pero cuando está calmado le dice a su mamá que quiere que este más tiempo en la casa con él.

A la edad de 9 años, Mateo continúa con su problema de encopresis, ya no acude al baño durante semanas, causando preocupación en sus padres, quienes han probado diversos métodos naturales y jarabes recetados por familiares y médicos sin éxito. Y cuando juega con sus amigos, los niños suelen decir que huele feo y la madre ya evita sacarlo por la vergüenza que podrían pasar. Debido a estos motivos la madre lo lleva al Neurólogo para buscar ayuda profesional. El especialista le realiza los exámenes respectivos y le menciona que tiene encopresis secundaria y debe de asistir a terapia psicológica. La madre comenta la situación de su hijo con su colega, quien es enfermera y ella le recomienda que acuda a terapia cognitivo conductual.

### **2.5.3.2. Historia Personal.**

**A. Desarrollo Inicial.** Los padres de Mateo se casaron jóvenes y decidieron tener hijos pronto pero no lograban procrear, por tanto, luego de varios años de embarazos interrumpidos debido a los abortos espontáneos, en total 9, lo que generó frustración y tristeza en los padres y peleas matrimoniales; Mateo es procreado por fecundación *in vitro*.

El embarazo fue llevado con mucho cuidado y dedicación, lo que se llevó sin contratiempos, los padres estaban contentos y felices por el embarazo planificado y esperado. El parto de Mateo se dio de manera natural y su alimentación luego de los seis meses fue de manera mixta. La madre refiere que cuando inicio la lactancia y los dos primeros meses; tuvo una actitud de rechazo a la hora de dar lactancia a su bebé, no le agradaba; le generaba dolor y fastidio.

Durante su infancia y su niñez; padres refieren que tuvo un crecimiento y desarrollo acorde a su edad, no evidenció dificultades en su lenguaje, era un niño juguetón, exigente y demandante de atención e inquieto dentro de los parámetros normales.

**B. Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia.** Los padres de Mateo refieren que siempre ha sido un niño juguetón y dejaba sus actividades escolares por estar jugando, también refieren que ha sido exigente y demandante de atención y cuando no accedían solía hacer sus berrinches y pataletas. En ocasiones lograba persuadir a sus padres para que le puedan comprar dulces y juguetes.

**C. Historia personal con respecto a la instrucción.** En el nivel inicial, presentó dificultad en adaptación y conducta; padres refieren que presentó rechazo de asistir cuando ensució sus pantalones con sus heces y fue bañado en el baño del aula.

En el nivel primaria, presenta dificultad en su rendimiento escolar; padres manifiestan que evidencia desmotivación para copiar la clase y hacer las tareas en casa y también algunos problemas de conducta, tales como: no quiere copiar la clase, sale del aula, no acata algunas órdenes que indica la profesora.

**Tabla 4**

*Historia personal con respecto a la instrucción*

ESTUDIOS	CONCLUYÓ		PRESENTÓ PROBLEMAS DE			RENDIMIENTO		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	x		x		x		x	
Primaria					x	x		

**D. Actitudes de la familia frente al niño.** Padres refieren ser consentidores y sobreprotectores con su hijo Mateo, principalmente la madre quien ha manifestado estar pendiente de su hijo en todo momento; con su salud, su educación, vestido, alimentación, recreación entre otros; ambos padres refieren que su hijo ha llevado estimulación temprana, talleres de habilidades sociales, cursos de ajedrez, natación, matemáticas, inglés y diversos talleres que han considerado necesarios para que su hijo pueda desarrollar sus habilidades y

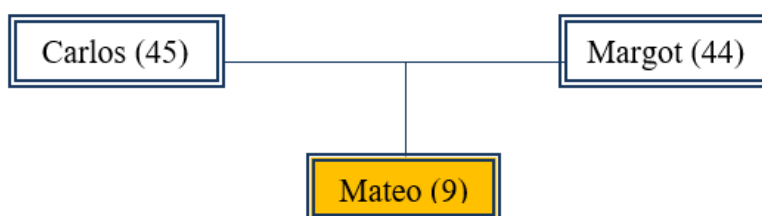
pueda ser competitivo y destacado entre sus pares, ahora con el tema de la encopresis secundaria que presenta, se encuentran preocupados, ya que su mayor temor es que su hijo se enferme del colón, o pueda contraer alguna enfermedad crónica y por consecuencia tratamientos médicos fuertes y dolorosos.

### 2.5.3.3. Historia Familiar.

**A. Estructura Familiar.** Mateo es hijo único y vive con su padre y su madre, quienes son profesionales y tienen 45 y 44 respectivamente.

**Figura 2**

*Estructura Familiar*



**Tabla 5**

*Historia Familiar con respecto a la instrucción*

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	GRADO INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
Padre	Carlos	45	Superior	Contador
Madre	Margot	44	Superior	Enfermera

**B. Relaciones familiares.** Relación entre padres: se evidencian dificultades en la relación entre los padres de Mateo; se muestran poco afectuosos entre ellos y con su hijo, suelen mantener discusiones con frecuencia de 4 a 5 veces por semana, basándose principalmente en que no existe acuerdos en la crianza de su hijo y en la encopresis que presenta actualmente.

Margot por lo general es exigente con su esposo y suele decirle: “tú no te preocupas”, “no me ayudas con el problema de Mateo”, “ya estoy cansada, esto es un martirio para mi” “si no trabajas, al menos cuida bien a mi hijo”.

Por otro lado, Carlos expresa que también se preocupa por su hijo pero que está cansado de la situación de encopresis que viene presentando Mateo desde hace varios años: “yo la verdad estoy cansado, ya tiré la toalla, ya pronto le pasará”, “tanto lo cuidas y peor es”.

Relación con la madre: Margot, refiere que fue educada con disciplina y que, gracias a ello, es una profesional que ha logrado obtener un buen crecimiento laboral. En casa es quien intenta poner orden y disciplina a Mateo y esto genera que el niño se moleste con ella, haciéndole pataletas cuando la madre le dice que deje de jugar, entonces tira su cartera al piso le dice: “te odio”, “no te quiero”, “por qué no te vas”, la madre se molesta y le llama la atención y alguna vez llegó a castigarlo físicamente cuando era más pequeño. Por otro lado, se preocupa por la salud de su hijo y cuando tiene molestias físicas inmediatamente lo lleva al médico, actualmente está bastante preocupada por la encopresis que presenta desde hace varios años atrás, llegando a tener miedo de que su hijo contraiga una enfermedad grave o esto le genere secuelas en su salud cuando sea adulto. Es quien más regaña a Mateo cuando ensucia sus pantalones y está pendiente de él cada vez que quiere ir al baño.

Relación con el padre: Carlos manifiesta que tuvo una educación rígida en casa, y que en algún momento también castigó físicamente a Mateo, pero que ya no lo hace ya que refiere que no es bueno hacerlo. Como es él quien pasa más tiempo con su hijo y lo lleva a la escuela, revisa las tareas, lo lleva a los cursos y talleres, lo atiende en casa, lo engríe y no le brinda mayor disciplina. Suele tomar el problema de encopresis de Mateo como algo pasajero, sin mayor preocupación y cuando ensucia sus pantalones solo le suele decir que se cambie de manera tranquila porque está oliendo feo.

**C. Antecedentes familiares.** Los padres de Mateo refieren que no existen antecedentes familiares que hayan tenido encopresis y tampoco que hayan llevado algún tratamiento psiquiátrico.

### **Listado de conductas problema**

- Piensa “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir a un tiburón o un monstruo y me va a comer”,
- Evitar sentarse al wáter por la sensación de miedo que presenta (9).
- Mateo se retira a una esquina de la habitación donde se encuentra y cruza las piernas para retener las heces.
- Mateo miente a su madre diciéndole que ya hizo sus deposiciones para que no lo envíe al baño cuando ella observa que está cruzando las piernas.
- Mateo miente a su madre cuando es ingresado a la fuerza al baño, cierra la puerta y baja la palanca antes que su madre pueda verificar que realmente ha defecado.
- Mateo se molesta y responde gritando (8) “no me fastidien, después me voy a cambiar, es mi privacidad”, cuando sus padres le dicen que se bañe y se cambie la ropa cada vez que ensucia su ropa con heces.
- Mateo a pesar de ingresar al baño no se sienta en el wáter del baño y cruza las piernas para poder retener las heces.
- Mateo aguanta la necesidad de defecar hasta que ensucia su ropa interior con heces mientras mira televisión.
- Mateo aguanta la necesidad de defecar hasta que ensucia su ropa interior con heces mientras juega solo o con sus amigos.

## 1. Análisis Funcional, análisis cognitivo y diagnóstico funcional.

**Tabla 6**

*Análisis funcional*

Ed	C	Er
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En casa en presencia de su padre.</li> <li>▪ Mateo cada vez que tiene sensación de expulsión de sus heces.</li> <li>▪ La mamá de Mateo se percata que su hijo está en una esquina con las piernas cruzadas, aguantando la necesidad de defecar, se acerca a Mateo y lo coge del brazo y lo lleva al baño diciendo “ya te estas orinando otra vez, tienes que ir al baño”.</li> <li>▪ La mamá de Mateo le dice que tiene que ir al baño si quiere seguir jugando en la computadora.</li> <li>▪ En casa cuando Mateo está oliendo mal, por haber retenido las heces y ensuciarse en la ropa, los papás le dicen que se cambie, que se bañe porque está oliendo mal.</li> <li>▪ Mientras mateo juega en casa de su primo o su amigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mateo se cambia la ropa sucia de heces, se lava y deja la ropa sucia en el lavadero.</li> <li>▪ Se retira a una esquina de la habitación donde se encuentra y cruza las piernas para retener las heces.</li> <li>▪ Mateo a pesar de que ingresa al baño no se sienta en el wáter del baño y cruza las piernas para poder retener las heces.</li> <li>▪ Mateo miente a su madre diciéndole que ya hizo sus deposiciones y baja la palanca antes que su madre ingrese al baño y así no pueda verificar.</li> <li>▪ Mateo responde gritando (8) “no me fastidien, después me voy a cambiar, es mi privacidad”.</li> <li>▪ Se aguanta para no ir al baño y seguir jugando, ocasionando que se manche la ropa y huela mal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su mamá llega del trabajo, y lava su ropa sucia mientras verbaliza: “ya estoy cansada ya, hasta cuando vas a seguir así, esto es una cruz para mí”.</li> <li>▪ Evita ir al baño.</li> <li>▪ La madre desde afuera le toca la puerta y le dice que “hasta que hora va a esperar para que salgas”, Mateo le dice que ya no tiene ganas de hacer, sale del baño y su mamá ya no le insiste.</li> <li>▪ la mamá solo hace gestos de fastidio y deja que Mateo vuelva a la computadora.</li> <li>▪ los papás al notar su reacción ya no le insisten.</li> <li>▪ Los papás de Mateo al notar esta situación rápidamente deciden regresar a casa con Mateo para evitar pasar vergüenza.</li> </ul>

**Tabla 7***Análisis Cognitivo*

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mateo cada vez que tiene sensación de expulsión de sus heces.</li> <li>▪ Mateo ingresa al baño, cierra la puerta, pero no se sienta en el wáter del baño y cruza las piernas para seguir reteniendo las heces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piensa: “Me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”.</li> <li>▪ Piensa: “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de miedo (9).</li> </ul>

**Tabla 8***Diagnostico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<p>Niño</p> <p>Aguanta la necesidad de defecar hasta que ensucia su ropa interior, mientras mira televisión.</p> <p>Retirarse a una esquina cada vez tiene sensación de expulsión de sus heces, cruzando las piernas para retener las heces y piensa “<i>me va a doler y me va a salir mi caca con sangre</i>”.</p> <p>Evita sentarse en el wáter del baño y cruza las piernas para seguir reteniendo las heces, y mientras hace esto, piensa “<i>no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer</i>”.</p> <p>Miedo (9).</p> <p>Miente a su madre diciéndole que ya hizo la deposición haciendo sonar la palanca del baño para que hacerle creer</p>		

---

ello y antes de que la mamá ingrese a verificar.

Grita *“no me fastidien, después me voy a cambiar, es mi privacidad”*, cada vez que sus padres le dicen que está oliendo mal por haber retenido las heces y ensuciar la ropa.

Aguantarse para no ir al baño, cruzando sus rodillas y seguir jugando con sus primo o amigo. ocasionando que se manche la ropa y huela mal, esto genera que su primo o su amigo hagan comentarios como: *“huele a caca, has pisado caca de perro, huele feo”* y gestos de asco.

#### Familia

Los padres llevan a Mateo rápidamente a casa, al notar que Mateo ha ensuciado su ropa estando de visita y escuchar comentarios de *“huele a caca, has pisado caca de perro, huele feo”* y gestos de asco.

El padre al observar que Mateo se aguanta la necesidad de ir al baño a defecar, con aparente tranquilidad le dice a Mateo: *“ya te ensuciaste otra vez, está oliendo mal, ve al baño y cámbiate la ropa”* (no existe una sanción)

Su madre ya no le insiste cuando Mateo manifiesta que ya no tiene ganas de hacer del baño y se dirige a hacer sus actividades.

La madre cada vez que Mateo le miente diciéndole que ya hizo las deposiciones en el baño, solo hace gestos de fastidio y deja que Mateo vuelva a la computadora.

Los padres al notar a la reacción de Mateo, cuando le dicen que huele mal por haber retenido las heces y ensuciar la ropa, solo hacen gestos de incomodidad y ya no le insisten y dejan que siga jugando.

---

**Tabla 9***Diagnostico tradicional según DSM V (2014)***Trastornos de la excreción**

Criterios para el diagnóstico de encopresis (F98.1)	Descripción de la conducta problema de Mateo para el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM- V
<p>A. Excreción repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, ropa o el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.</p> <p>B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses.</p> <p>C. La edad cronológica es de por lo menos de 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).</p> <p>D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento).</p> <p><i>Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento</i></p>	<p>Mateo durante la semana realiza sus heces en lugares inadecuados tales como su ropa interior y sus pantalones de manera voluntaria.</p> <p>En el caso de Mateo ocurre con una frecuencia de 6 a 7 veces por semana, todos los meses durante 4 años continuos.</p> <p>Mateo evidencia el problema de encopresis desde los 4 años.</p> <p>En la actualidad, Mateo no ha recibido tratamiento médico para para el problema de la encopresis, no se la ha diagnosticado infección estomacal, colon irritable, entre otros relacionados.</p> <p>Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.</p>

**ii. Evaluación Psicométrica****1. Informe del Test de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC – IV.****A. Datos de Filiación**

- Nombre y Apellidos : Mateo S.C.
- Edad : 9 años, 4 meses.
- Lugar y fecha de nac. : Lima, 11 de junio del 2010
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : Estudiante
- Derivado por : Servicio de Neurología
- Dirección : Los Olivos, Lima –Perú.

- Fecha de entrevista : 12 de octubre 2019
- Lugar de entrevista : Carabaylo, Lima - Perú
- Psicóloga : Ps. Mónica Edith Molina Floriano.

**B. Instrumento Aplicado.** Test de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC – IV.

**C. Resultados.** Mateo presenta un coeficiente intelectual de 87 ubicándolo en la categoría de “Promedio Bajo” y una edad mental de 8 años, 1 mes.

**D. Interpretación de los resultados**

– En el área de Comprensión verbal obtiene un CI de 89, el cual corresponde una categoría de “Promedio Bajo.

– En el área de Análisis perceptual, obtiene un CI de 102, correspondiente a la categoría “Normal Promedio”.

– En el área de Memoria operante, obtiene un CI de 80 ubicándolo en la categoría “Promedio Bajo.

– En el área de Velocidad de procesamiento, obtiene un CI de 97, correspondiente a la categoría “Normal Promedio.

Por tanto, no evidencia dificultades cognitivas significativas.

**E. Recomendaciones y/o sugerencias**

Se sugiere reforzar y afianzar las áreas evaluadas, principalmente las áreas de Comprensión verbal y Memoria operante, las cuales se encuentran con indicador “Promedio Bajo”.

Ps. Mónica E. Molina Floriano

CPSP 23030

## 2. Informe del Test gestáltico Visomotor de Bender.

### A. Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : Mateo S.C.
- Edad : 9 años, 4 meses
- Lugar y fecha de nac. : Lima, 11 de junio del 2010
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : Estudiante
- Derivado por : Servicio de Neurología
- Dirección : Los Olivos, Lima –Perú.
- Fecha de entrevista : 19 de octubre 2019
- Lugar de entrevista : Carabayllo, Lima - Perú
- Psicóloga : Ps. Mónica Edith Molina Floriano.

### B. Instrumento Aplicado. Test Gestáltico Vismotor de Bender.

### C. Resultados

- Madurez de la percepción visomotora: Número total de errores :1
- Indicadores de lesión cerebral: Errores altamente significativos: 0%
- Indicadores emocionales: Evidencia segunda tentativa de dibujo.

**D. Interpretación de los resultados.** Mateo presenta una madurez de la percepción visomotora acorde a su edad cronológica. No evidencia indicadores de lesión cerebral. Y presenta indicadores emocionales de impulsividad y ansiedad. Finalmente se concluye que no evidencia indicadores de posible lesión cerebral.

**E. Recomendaciones y/o sugerencias.** Se sugiere trabajar terapéuticamente en cuanto a su impulsividad y ansiedad.

Ps. Mónica E. Molina Floriano

CPSP 23030

### 3. Informe de Escala de Madurez Social de Vineland.

#### *A. Datos de Filiación*

- Nombre y Apellidos : Mateo S.C.
- Edad : 9 años, 4 meses
- Lugar y fecha de nac. : Lima, 11 de junio del 2010
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : Estudiante
- Derivado por : Servicio de Neurología
- Dirección : Los Olivos, Lima –Perú.
- Fecha de entrevista : 19 de octubre 2019
- Lugar de entrevista : Carabayllo, Lima - Perú
- Psicóloga : Ps. Mónica Edith Molina Floriano.

#### *B. Instrumento Aplicado.* Escala de Madurez Social de Vineland.

*C. Resultados.* Presenta una puntuación de 74 ½ puntos, correspondiente a una edad de madurez social de 9 años, 2 meses.

*D. Interpretación de los resultados.* Mateo se encuentra con una madurez social dentro del promedio esperado para su edad cronológica, evidenciando desarrollo normal en las áreas evaluadas como: Locomoción, Socialización, Ayuda de sí mismo, Ocupación y Comunicación.

*E. Recomendaciones y/o sugerencias.* Se sugiere continuar afianzando su seguridad y autonomía personal.

Ps. Mónica E. Molina Floriano

CPSP 23030

### *iii. Informe psicológico integrador*

#### *1. Datos de Filiación.*

- Nombre y Apellidos : Mateo S.C.

- Edad : 9 años, 4 meses.
- Lugar y fecha de nac. : Lima, 11 de junio del 2010
- Grado de instrucción : 4to de primaria
- Ocupación : Estudiante
- Derivado por : Servicio de Neurología
- Dirección : Los Olivos, Lima –Perú.
- Fecha de entrevista : 12 y 19 de octubre 2019
- Lugar de entrevista : Carabayllo, Lima - Perú
- Psicóloga : Ps. Mónica Edith Molina Floriano.

## **2. Técnicas e Instrumentos aplicados.**

- Observación y entrevista psicológica
- Registros conductuales
- Test de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC – IV.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Escala de Madurez Social de Vineland.

**3. Resultados.** En el test de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC – IV, Mateo presenta un coeficiente intelectual de 87 ubicándolo en la categoría de “Promedio Bajo” y una edad mental de 8 años, 1 mes.

En el Test Gestáltico Vismotor de Bender, obtuvo 0 de errores altamente significativos.

Escala de Madurez Social de Vineland presenta una puntuación de 74 ½ puntos, correspondiente a una edad de madurez social de 9 años, 2 meses.

**4. Interpretación de los resultados.** En el área cognitiva, no evidencia dificultades significativas. En el área visomotora no evidencia indicadores de posible lesión cerebral y en el área de madurez social se encuentra en un desarrollo dentro de lo esperado para su edad.

Según el Diagnóstico Funcional, se encuentran las siguientes conductas en alta frecuencia: retener las heces mientras está haciendo actividades de su agrado como ver televisión y jugar llegando a ensuciar su ropa interior, cruzar las piernas cuando tiene la sensación de defecar para evitar sentarse en el wáter, manifiesta miedo y temor para sentarse en el wáter, piensa *“me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”* y evidencia dificultades en sus relaciones interpersonales debido al mal olor de sus ropas por retener las heces.

Según el diagnóstico tradicional, cumple con los criterios diagnósticos del DSM – V; Mateo durante la semana realiza sus heces en lugares inadecuados tales como su ropa interior y sus pantalones de manera voluntaria. Ocurre con una frecuencia de 6 a 7 veces por semana, todos los meses durante 4 años continuos. Evidencia el problema de encopresis desde los 4 años. En la actualidad, Mateo no ha recibido tratamiento médico para para el problema de la encopresis, no se la ha diagnosticado infección estomacal, colon irritable, entre otros relacionados.

**5. Presunción diagnóstica.** Según la evaluación psicológica aplicada, Mateo presenta conductas relacionadas a los criterios diagnósticos de encopresis.

**6. Conclusiones.** Se observa que Mateo no evidencia dificultades cognitivas por tanto presenta un aprendizaje dentro de lo esperado para su edad, pudiendo continuar en educación básica regular.

Se descarta algún tipo de lesión cerebral orgánica, que le pueda generar alguna alteración a nivel física o psicológica, pudiendo adquirir aprendizaje adecuado.

Finalmente, se concluye que Mateo evidencia encopresis, según su diagnóstico funcional y diagnóstico tradicional del DSM – V.

## **7. Recomendaciones.**

– Realizar Tratamiento Cognitivo Conductual con énfasis en modificación de conducta con la intención de disminuir las conductas de retener las heces y defecar en su ropa y pueda usar de manera adecuada el baño, también es importante realizar la reestructuración cognitiva en Mateo para modificar pensamientos negativos que le causan ansiedad y miedo cuando tiene la necesidad de defecar y usar el baño.

– Psicoeducar a los padres de Mateo y a Mateo, con el fin de que pueda conocer y comprender el problema que viene presentando Mateo a través de la información científica actual y ayudar a responder preguntas.

– Brindar orientación y consejería a los padres referente a los estilos de crianza de su hijo Mateo y por tanto mejorar la interacción familiar.

Ps. Mónica E. Molina Floriano

CPSP 23030

### **b. Intervención**

#### ***i. Plan de intervención y calendarización***

**Tabla 10***Plan de intervención y calendarización*

SESIÓN	FECHA	DURACIÓN / PERIODICIDAD	OBJETIVO	TÉCNICAS	PARTICIPANTES
1	02/11/2019	50 min.	Psicoeducar sobre la encopresis, posibles causas, consecuencias y el tratamiento cognitivo conductual que se llevó a cabo.	Exposición y uso de imágenes para explicar el diagnóstico y las actividades a trabajar.	Mateo / padres de Mateo
2	06/11/2019	50 min.	Psicoeducar en Estilos de Crianza	Exposición de los estilos de crianza, visualización de videos y ficha de autoevaluación	Padres de Mateo
3	09/11/2019	50 min.	Psicoeducar en Técnicas de modificación de conducta	Exposición de las técnicas de modificación de conducta que se usaran durante la terapia. Uso de casuística.	Padres de Mateo
4	13/11/2019	50 min.	O1: Reestructurar las cogniciones de “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.	Presentación y exposición de imágenes, sobre nuestros pensamientos positivos y negativos. Registro de pensamientos y emociones.	Mateo
5	16/11/2019	50 min.	O1: Reestructurar las cogniciones de “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, piensa “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.	Esquema A B C (pensamientos positivos que me hacen sentir mejor). Practica de auto instrucciones verbales por imágenes.	Mateo
6	20/11/2019	50 min.	O2: Disminuir la sensación de miedo cuando se le indica que se siente en el wáter para defecar (9).	Historietas sobre las emociones. Actividades lúdicas de preparación para la relajación: respiración, juego del robot y del globo.	Mateo

7	23/11/2019	50 min.	O2: Disminuir la sensación de miedo cuando se le indica que se siente en el wáter para defecar (9).	Lectura de cuentos sobre los miedos. Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Mateo
8	27/11/2019	50 min.	O3: Evitar dirigirse a la esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces en lugar de dirigirse al baño.	Desensibilización sistemática para acudir al baño y sentarse en el wáter (imaginal).	Mateo
9	30/11/2019	50 min.	O3: Evitar dirigirse a la esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces en lugar de dirigirse al baño.	Desensibilización sistemática para acudir al baño y sentarse en el wáter (exposición en vivo).	Mateo
10	04/12/2019	50 min.	O4: Decir la verdad que no ha hecho sus deposiciones cuando su madre le indica que acuda al baño y él le responde: “no, porque ya fui”.	Cuentos sobre el valor de la verdad. Refuerzo Positivo (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Mateo
11	07/12/2019	50 min.	O5: Decir la verdad que no ha hecho sus deposiciones a su madre cuando ingresa al baño, cierra la puerta y baja la palanca antes que ella pueda verificar que realmente ha defecado.	Cuentos sobre el valor de la verdad. Refuerzo Positivo (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Mateo
12	11/12/2019	50 min.	O6: Obedecer inmediatamente la indicación de sus padres para asearse y cambiarse la ropa que ha ensuciado al retener las heces.	Moldeamiento para el aseo personal cuando acuda al baño. Refuerzo positivo. (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Mateo
13	14/12/2019	50 min.	O6: Obedecer inmediatamente la indicación de sus padres para asearse y cambiarse la ropa que ha ensuciado al retener las heces.	Entrenamiento en economía de fichas para los padres Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.	Mateo / padres de Mateo
14	18/12/2019	50 min.	O7: Ingresar al baño y sentarse inmediatamente en el wáter sin cruzar	Entrenamiento en economía de fichas para los padres	Mateo / padres de Mateo

			las piernas para retener las heces.	Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.		
15	21/12/2019	50 min.	O7: Ingresar al baño y sentarse inmediatamente en el wáter sin cruzar las piernas para retener las heces.	Entrenamiento en economía de fichas para los padres Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.	Mateo / padres de Mateo	
16	26/12/2019	50 min.	O8: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.	Desensibilización sistemática (imaginal).	Mateo	
17	28/12/2019	50 min.	O8: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.	Desensibilización sistemática (vivencial). Refuerzo positivo.	Mateo	
18	04/01/2020	50 min.	O9: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.	Desensibilización sistemática (imaginal).	Mateo	
19	08/01/2020		O9: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.	Desensibilización sistemática (vivencial). Refuerzo positivo.		
20	22/01/2020	50 min.	Seguimiento	Evaluación y Registro conductual Uso de la técnica de economía de fichas.	Mateo / padres de Mateo	
21	05/02/2020	50 min.	Seguimiento	Uso de la técnica de economía de fichas.	Mateo / padres de Mateo	
22	19/02/2020	50 min.	Seguimiento	Evaluación y Registro conductual	Mateo / padres de Mateo	

*ii. Programa de intervención*

**1. FASE 1. Preparación**

**Tabla 11**

*Fase de preparación para los padres*

Nº DE SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICAS	PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES (PARA LA CASA)
1	Psicoeducar sobre la encopresis, posibles causas, consecuencias y el tratamiento cognitivo conductual que se llevó a cabo.	Exposición y uso de imágenes para explicar el diagnóstico y las actividades a trabajar. Hoja de registro conductuales sobre la encopresis.	Explicar a los padres la problemática que viene presentado Mateo explicándole además a través del uso de diapositivas y entrega de folletos. Explicar Mateo sobre la problemática que viene presentado a través del uso de láminas para colorear y pegar. Se hizo uso de láminas y uso de hojas de actividad con plastilina y otros materiales para reconocer el funcionamiento del sistema digestivo y además uso de dibujos para expresar la sensación de expulsión de heces.	- Leer los folletos en casa para afianzar el aprendizaje. - Completar la hoja de registro de conductas problemas que presenta Mateo.
2	Psicoeducar en Estilos de Crianza	Exposición de los estilos de crianza, visualización de videos y ficha de autoevaluación	Explicar a los padres sobre la importancia de mantener acuerdos en el estilo de crianza para Mateo, a través del uso de diapositivas, videos y fichas de autoevaluación.	- Revisar el video y leer los folletos para afianzar el aprendizaje
3	Psicoeducar en Técnicas de modificación de conducta	Exposición de los objetivos terapéuticos a trabajar. Exposición de las técnicas de modificación de conducta que se usaran durante la terapia. Uso de casuística.	Elaborar y exponer los objetivos terapéuticos a trabajar por medio de la hoja de registro de conductas problemas. Explicar a los padres la importancia del manejo conductual de Mateo y su modificación para lograr conductas esperadas, a través del uso de diapositivas, exposición de casos y entrega de folletos.	- Leer los folletos en casa para afianzar el aprendizaje.

## 2. FASE 2. Intervención

**Tabla 12**

*Fase de Intervención para el paciente y los padres*

Nº DE SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICAS	PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES (PARA LA CASA)
1	O1: Reestructurar las cogniciones de “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.	Presentación y exposición de imágenes, sobre nuestros pensamientos positivos y negativos. Registro de pensamientos y emociones.	Presentación y exposición de imágenes, sobre nuestros pensamientos positivos y negativos. Elaborar registros de los miedos que siente cuando tiene que sentarse en el Wáter del baño (láminas representativas)	<u>Para Mateo:</u> Dibujar, leer cuentos. <u>Para los padres:</u> registros.
2	O1: Reestructurar las cogniciones de “me va a doler y me va a salir mi caca con sangre”, piensa “no me pienso sentar ahí, si me siento puede a salir un tiburón o un monstruo y me va a comer”.	Esquema A B C (pensamientos positivos que me hacen sentir mejor). Practica de auto instrucciones verbales por imágenes.	Se explicó a Mateo sobre los pensamientos positivos y negativos a través del esquema A –B-C de Albert Ellis (uso de imágenes y láminas). Mateo reconoció los pensamientos distorsionados, se le ayudó a promover pensamientos saludables para que puedan reemplazar a los pensamientos distorsionados y por tanto lograr minimizar o eliminar pensamientos que le generen miedo para defecar en el wáter. Uso de imágenes para generar sus auto instrucciones verbales: “todo va a estar bien”, “Mateo tú puedes”, y otros.	<u>Para Mateo:</u> Reforzar los pasos de las autoinstrucciones verbales. <u>Para los padres:</u> Ayudar a reforzar los pasos de las autoinstrucciones verbales.
3	O2: Disminuir la sensación de miedo	Historietas sobre las emociones.	Lectura del monstruo de colores que le ayudó a reconocer sus propias emociones (miedo).	<u>Para Mateo:</u>

	cuando se le indica que se siente en el wáter para defecar (9).	Actividades lúdicas de preparación para la relajación: respiración, juego del robot y del globo.	Se le brindó una lectura sobre los miedos y técnicas de afrontamiento.	Volver a leer cuento trabajado en la sesión y se le pide que realice un dibujo sobre ello. <u>Para los padres:</u> Apoyar a su hijo a realizar la actividad dada.
4	O2: Disminuir la sensación de miedo cuando se le indica que se siente en el wáter para defecar (9).	Lectura de cuentos sobre los miedos. Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Se realizó un recuento de la sesión anterior. Se le aplicó la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Se realizan ejercicios con técnicas de relajación (música relajante y modelamiento).	<u>Para Mateo:</u> Reforzar los pasos de la relajación progresiva de Jacobson. <u>Para los padres:</u> Practicar junto con su hijo los pasos de la relajación progresiva de Jacobson.
5	O3: Evitar dirigirse a la esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces en lugar de dirigirse al baño.	Desensibilización sistemática para acudir al baño y sentarse en el wáter (imaginal).	Se realizó entrenamiento en el uso de la imaginación, usando recursos como colchonetas, música relajante. Se le explicó los pasos que se realizan cuando se tiene la necesidad de acudir al baño y sentarse en el wáter. (se hace uno de imágenes para ayudar con la imaginación). Se realizó desensibilización sistemática imaginal, sobre los pasos a seguir cuando se tiene necesidad de defecar.	<u>Para los padres:</u> Practicar junto con su hijo la imaginación.
6	O3: Evitar dirigirse a la esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces en	Desensibilización sistemática para acudir al baño y sentarse en el	Se realizó desensibilización sistemática con exposición en vivo sobre los pasos a seguir cuando se tiene necesidad de defecar.	<u>Para Mateo:</u> Reforzar los pasos de la de la desensibilización

	lugar de dirigirse al baño.	wáter (exposición en vivo).		sistemática exposición en vivo. <u>Para los padres:</u> Guiar al niño cuando realiza la actividad de la desensibilización sistemática.
7	O4: Decir la verdad que no ha hecho sus deposiciones cuando su madre le indica que acuda al baño y él le responde: “no, porque ya fui”.	Cuentos sobre el valor de la verdad. Refuerzo Positivo (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Entrenamiento a los padres para actuar de manera asertiva cuando el niño miente. Lectura del cuento sobre el valor de la verdad, y los beneficios que este trae. Se le aplicó refuerzo positivo al decir la verdad.	<u>Para los padres:</u> Brindar refuerzos positivos cuando su hijo dice la verdad.
8	O5: Decir la verdad que no ha hecho sus deposiciones a su madre cuando ingresa al baño, cierra la puerta y baja la palanca antes que su ella pueda verificar que realmente ha defecado.	Cuentos sobre el valor de la verdad. Refuerzo Positivo (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Entrenamiento a los padres para actuar de manera asertiva cuando el niño miente. Lectura del cuento sobre el valor de la verdad, y los beneficios que este trae. Se le aplicó refuerzo positivo al decir la verdad. Registro del mantenimiento de las conductas problema.	<u>Para los padres:</u> Brindar refuerzos positivos cuando su hijo dice la verdad. Registro de la cantidad de veces de las conductas problema.
9	O6: Obedecer inmediatamente la indicación de sus padres para asearse y cambiarse la ropa que ha ensuciado al retener las heces.	Moldeamiento para el aseo personal cuando acuda al baño. Refuerzo positivo. (Conducta de reforzar que diga la verdad).	Se le explica a través de pictogramas el uso correcto del baño y el aseo personal al acudir al baño a defecar, lavado de manos, uso correcto del papel al momento de limpiarse cuando termina de defecar y otros. Entrenamiento y guía para el aseo correcto cuando acude al baño.	<u>Para Mateo:</u> Pegar los pictogramas en un lugar visible dentro del baño. <u>Para los padres:</u> Guiar al niño cuando realiza su aseo personal cuando sale del baño y brindarle un

---

10	O6: Obedecer inmediatamente la indicación de sus padres para asearse y cambiarse la ropa que ha ensuciado al retener las heces.	Entrenamiento en economía de fichas para los padres Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.	Los padres realizaron una lista de posibles reforzadores para Mateo y se elabora junto con ellos y el niño, su cuadro para trabajar economía de fichas. Se les explicó la consigna a los padres y al niño para la obtención de puntos. Se le pidió que sumen puntos durante toda la semana para obtener el premio solicitado por Mateo.	refuerzo positivo cuando lo hace bien. <u>Para Mateo:</u> Realizar la actividad y pedir que le coloquen el punto ganado <u>Para los padres:</u> Colocar los puntos obtenidos por Mateo y brindarle los refuerzos positivos.
11	O7: Ingresar al baño y sentarse inmediatamente en el wáter sin cruzar las piernas para retener las heces.	Entrenamiento en economía de fichas para los padres Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.	Se les pide a los padres que en su cuadro elaborado anteriormente se agregue este objetivo a trabajar. Se le explicó la nueva consigna al niño para la obtención de puntos. Se le pidió que sumen puntos durante toda la semana para obtener el premio solicitado por Mateo.	<u>Para Mateo:</u> Realizar la actividad y pedir que le coloquen el punto ganado <u>Para los padres:</u> Colocar los puntos obtenidos por Mateo y brindarle los refuerzos positivos.
12	O7: Ingresar al baño y sentarse inmediatamente en el wáter sin cruzar las piernas para retener las heces.	Economía de fichas para los padres Lista de posibles reforzadores. Uso de imágenes y refuerzos positivos.	Se realizó el seguimiento en la misma semana y se le refuerzan las pautas y los premios que va a recibir al culminar la semana. Se le preguntó al niño sobre la experiencia de ganar puntos y se le motivó para ganar el premio. Registro del mantenimiento de las conductas problema.	<u>Para Mateo:</u> Realizar la actividad y pedir que le coloquen el punto ganado <u>Para los padres:</u> Colocar los puntos obtenidos por Mateo y brindarle los refuerzos positivos. Registro de la cantidad de veces de las conductas problema.

---

---

13	O8: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.	Desensibilización sistemática (imaginal).	Se realizó entrenamiento en el uso de la imaginación, usando recursos como colchonetas, música relajante. Se le explicó los pasos que se realizan cuando se tiene la necesidad de acudir al baño y sentarse en el wáter. (se hace uno de imágenes para ayudar con la imaginación). Se realizó desensibilización sistemática imaginal, sobre los pasos a seguir cuando se tiene necesidad de defecar mientras está mirando televisión.	<u>Para Mateo:</u> Poner en práctica sus autoinstrucciones verbales y tener espacios para la relajación. <u>Para los padres:</u> Guiar a Mateo para que realice sus autoinstrucciones verbales y sus espacios para la relajación
14	O8: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.	Desensibilización sistemática (vivencial). Refuerzo positivo. Economía de Fichas	Se realizó desensibilización sistemática con exposición en vivo sobre los pasos a seguir cuando se tiene necesidad de defecar. Se realizó un nuevo cuadro para trabajar economía de fichas para reforzar el objetivo planteado, siguiendo los mismos pasos de las sesiones anteriores. Registro de la cantidad de veces de las conductas problema.	<u>Para Mateo:</u> Realizar la actividad y pedir que le coloquen el punto ganado <u>Para los padres:</u> Colocar los puntos obtenidos por Mateo y brindarle los refuerzos positivos. Registro de la cantidad de veces de las conductas problema.
15	O9: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.	Desensibilización sistemática (imaginal).	Se realizó entrenamiento en el uso de la imaginación, usando recursos como colchonetas, música relajante. Se le explicó los pasos que se realizan cuando se tiene la necesidad de acudir al baño y sentarse en el wáter. (se hace uno de imágenes para ayudar con la imaginación).	<u>Para Mateo:</u> Poner en práctica sus autoinstrucciones verbales y tener espacios para la relajación. <u>Para los padres:</u>

---

---

16	O9: Defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.	Desensibilización sistemática (vivencial). Refuerzo positivo. Economía de Fichas	<p>Se realizó desensibilización sistemática imaginal, sobre los pasos a seguir cuando se tiene necesidad de defecar mientras está jugando solo o con sus amigos.</p> <p>Se les pide a los padres que en su cuadro elaborado anteriormente se agregue este objetivo a trabajar.</p> <p>Se le explicó la nueva consigna al niño para la obtención de puntos.</p> <p>Se le pidió que sumen puntos durante toda la semana para obtener el premio solicitado por Mateo.</p> <p>Registro de la cantidad de veces de las conductas problema.</p>	<p>Guiar a Mateo para que realice sus autoinstrucciones verbales y sus espacios para la relajación</p> <p><u>Para Mateo:</u> Realizar la actividad y pedir que le coloquen el punto ganado</p> <p><u>Para los padres:</u> Colocar los puntos obtenidos por Mateo y brindarle los refuerzos positivos. Registro de la cantidad de veces de la conducta problema.</p>
----	---	--	---	---

---

### **c. Procedimiento**

El proceso terapéutico se llevó a cabo con un total de 25 sesiones de 50 minutos cada una, la intervención tuvo una frecuencia de dos veces por semana. Para lograr los objetivos establecidos se utilizaron diversas técnicas cognitivo-conductuales apropiadas para el niño.

En las tres primeras semanas, se realizó la entrevista y evaluación para conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificación del problema, antecedentes familiares y se estableció la alianza terapéutica

La siguiente semana, se llevó a cabo el proceso de intervención, el cual tuvo una duración de 19 sesiones en total, de las cuales 3 sesiones fueron de preparación y 16 sesiones de intervención. Cada sesión tuvo una duración de 50 minutos y una frecuencia de dos veces por semana (miércoles y sábados) durante la fase de preparación e intervención.

En la fase de preparación se realizó la psicoeducación a los padres y a Mateo; se le explicó la problemática que presenta el niño, establecimiento de los objetivos terapéuticos a trabajar y la elaboración de la línea base de las conductas a modificar apoyados del registro conductual pretratamiento que realizaron los padres. Además de la psicoeducación en temas de estilos de crianza y técnicas de modificación de conducta.

En la fase de intervención, se aplicaron diversas técnicas cognitivas conductuales con el fin de lograr los objetivos establecidos. Las técnicas usadas fueron: reestructuración cognitiva, técnica de relajación progresiva de Jacobson, técnica de desensibilización sistemática, refuerzo positivo, moldeamiento y exposición en vivo y técnica de economía de fichas.

Finalmente, en la fase de seguimiento, se continuó con la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales a modo de reforzamiento y mantenimiento de las conductas esperadas, tales como: técnicas de relajación de Jacobson, economía de fichas y reforzamiento positivo. Se logra cumplir con la mayoría de los objetivos establecidos de manera satisfactoria

observados a través del registro conductual post tratamiento, el cual nos permite evaluar los resultados de la terapia cognitivo conductual en la eliminación de la encopresis.

**d. Consideraciones éticas**

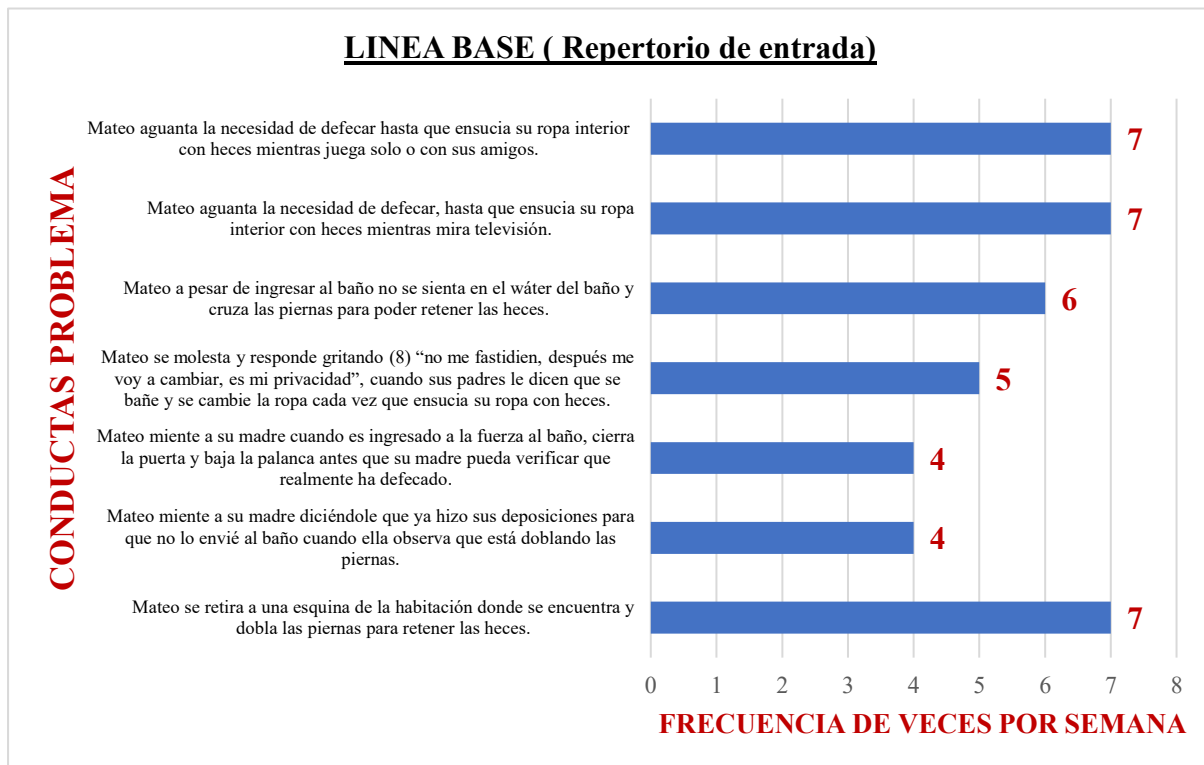
Se solicitó a los padres del niño la autorización correspondiente para hacer uso de la información del caso clínico, expresándoles que esto no alterará el tratamiento que se llevará a cabo, además de la confidencialidad de sus datos personales. También se le expresó a los padres que no existe ni existirá algún interés económico. Y finalmente, se le manifestó la importancia y la sensibilidad para la aceptación de su participación voluntaria el cual contribuirá al estudio de otros casos similares y la aportación académica para otros profesionales de la salud.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de Resultados

**Figura 3**

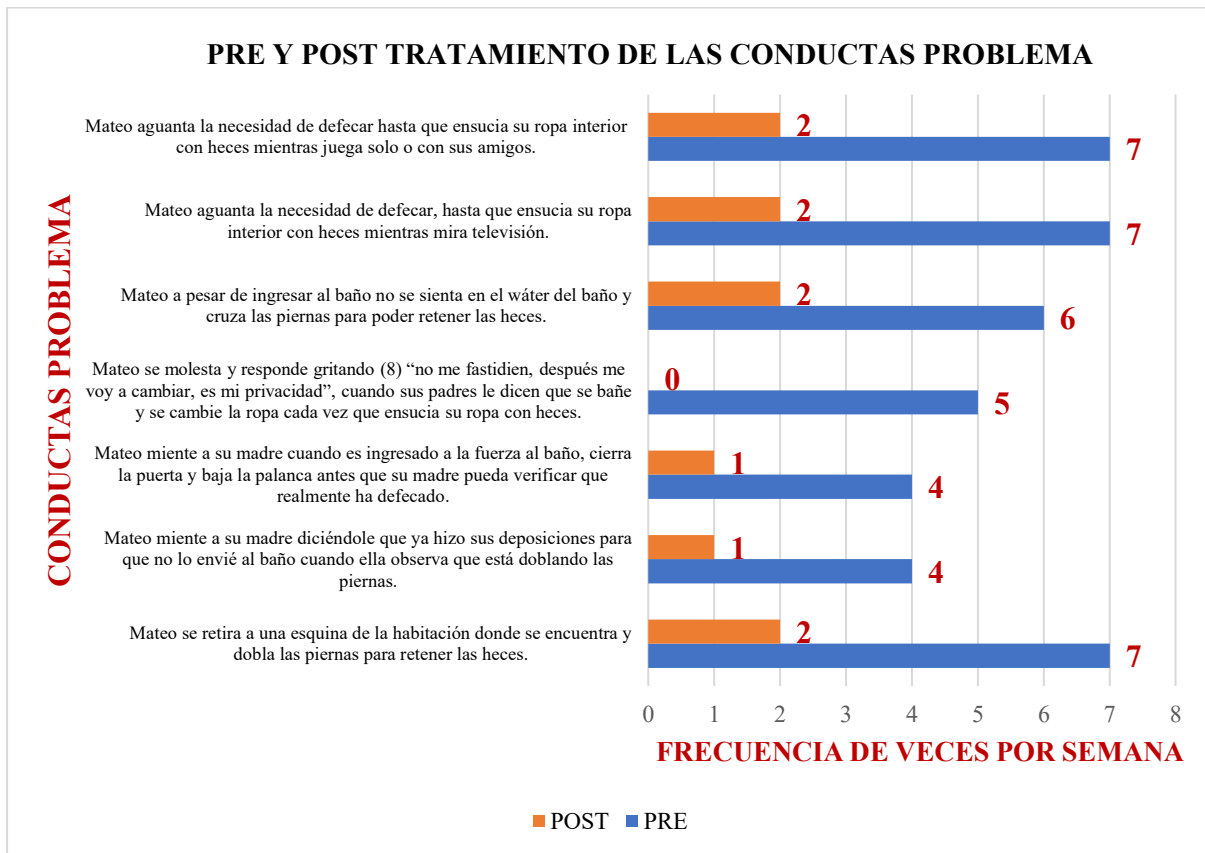
*Línea Base (repertorio de entrada)*



En la figura 3 se puede observar la línea base de las conductas problemas al inicio del tratamiento y la cantidad de veces por semana que se presenta cada una de ellas. Este repertorio de entrada permitió plantear los objetivos específicos mencionados en el plan de tratamiento.

**Figura 4**

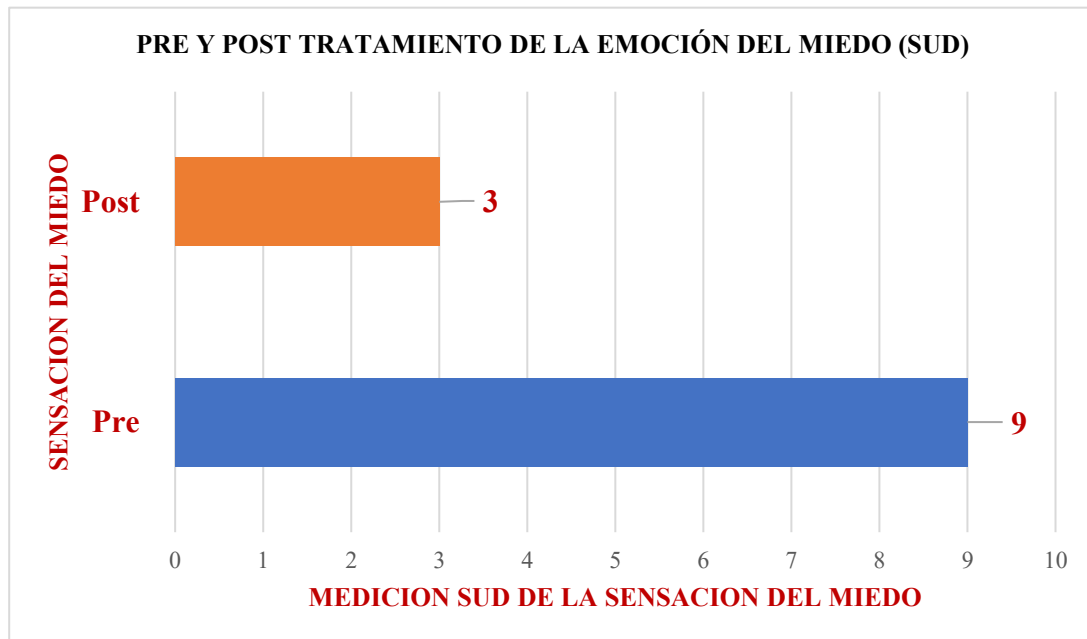
*Comparativo pre y post tratamiento de las conductas problema*



En la figura 4 se muestra la frecuencia de veces por semana de las conductas problema que presenta Mateo al iniciar el tratamiento en comparación con la culminación de este, se puede observar que la intervención ha logrado un impacto positivo en el paciente, ya que se han reducido significativamente las conductas problemas relacionadas a la encopresis.

**Figura 5**

*Comparativo pre y post tratamiento de la emoción del miedo (SUD)*

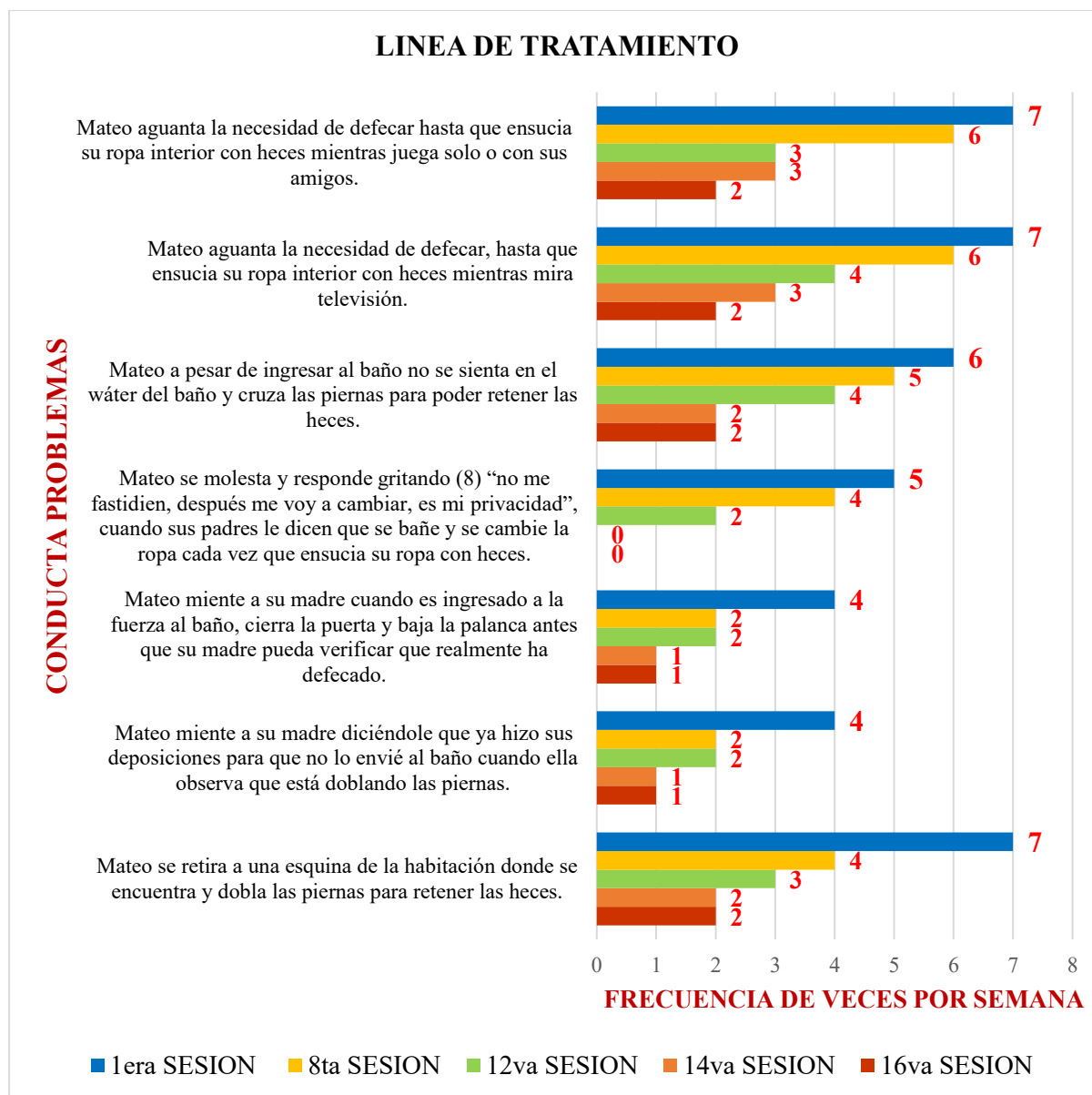


En la figura 5 se observa la medición del miedo en escala SUD que presenta Mateo cuando se le indica que tiene que sentarse en el wáter para defecar. Al inicio del tratamiento presentó una escala de 9, interpretado como extremadamente miedoso e incapaz de controlarlo, al culminar el tratamiento presentó una escala de 3, el cual indica que aún siente temor; sin embargo, ya es consciente del miedo y tiene control de este.

### 3.2. Evaluación del tratamiento

**Figura 6**

*Línea de tratamiento*



En la figura 6 se presenta la línea de tratamiento que se abordó con Mateo, utilizando la herramienta de medición de las conductas problema, en la 8va sesión se observa que las conductas problema comenzaron a disminuir con las técnicas trabajadas como la desensibilización sistemática y refuerzo positivo, en la 12va sesión de tratamiento se percibe que las conductas problema siguen disminuyendo en comparación a la 8va sesión, puesto que se le brindaron más técnicas como el entrenamiento en economía de fichas y moldeamiento.

Durante la última sesión, se observa una mejora significativa en las conductas problema observadas inicialmente en Mateo.

### **3.3. Discusión de Resultados**

El término encopresis se emplea para hacer referencia a una pauta de defecación inadecuada, que consiste en que el niño evacua el intestino en un lugar socialmente inapropiado cuando ya tiene edad para defecar en el sitio correcto, y no padece una enfermedad orgánica que pueda explicar su conducta. (Jiménez et.al. 2006).

El presente trabajo tuvo como objetivo principal que Mateo al culminar la intervención cognitiva conductual, logre disminuir la sensación de miedo y pueda defecar en el baño sin necesidad de retener las heces y ensuciar su ropa, utilizando diversas técnicas cognitivas conductuales como reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, psicoeducación, economía de fichas, refuerzo positivo y moldeamiento, alcanzando un 80% de eficacia durante las 16 sesiones de tratamiento. Estos resultados obtenidos coinciden con los de Redondo y Calderón (2004), quienes presentaron una investigación con el objetivo de disminuir la sintomatología de la encopresis concomitante con problemas de aprendizaje, logrando mejorar la encopresis con tratamiento conductual, principalmente con el refuerzo positivo en un lapso de seis meses. También es importante considerar el estudio de caso clínico realizado por López de la Llave et al. (1999), quienes haciendo uso de las técnicas conductuales tales como: moldeado, sobre corrección y refuerzo positivo lograron alcanzar el objetivo planteado que fue delimitar la conducta problema ( frecuencia de ensuciamiento y periodo horario de ocurrencia), disminuir la evitación total o parcial del uso del wáter y mejorar sus hábitos higiénicos, El programa de tratamiento tuvo una duración de 19 semanas, y un seguimiento de 4 semanas y los resultados evidenciaron que entre la semana 15 y 19 los episodios de encopresis se redujeron a 1 episodio y entre la semana 20 y 24 quedaron reducidos a cero. Y la niña logró mejorar sus conductas de limpieza tales como usar correctamente el baño, lavarse las manos,

mantener la ropa limpia, usa colonia y mejor peinada y redujo también sus conductas desadaptativas dentro del aula; pedir prestado el material y permanecer sentada.

Por otro lado, es importante considerar el trabajo de investigación que realizó Son (2006), quien abordó el caso de un niño de nueve años con encopresis secundaria y tuvo como objetivo determinar la relación entre las disfunciones emocionales y la encopresis, encontrando que efectivamente se encontró relación entre la tristeza y los síntomas de la encopresis que presentaba el niño a causa al fallecimiento de su padre biológico y la unión de su madre con una nueva pareja. Se realizó técnicas conductuales para mejorar la encopresis utilizando refuerzo positivo en tres meses de tratamiento los cuales dieron buenos resultados, pero que evidencian limitación debido al poco compromiso de la madre.

Es importante considerar la investigación de Bezos y Escribano (2012), quienes trabajaron un caso único de un niño de cuatro años quien fue concebido por fecundación in vitro, quien presentaba retención de heces y rechazo a sentarse en el wáter y utilizaron para ello las exposiciones diarias, reforzamiento positivo y el trabajo con los padres para mejorar la interacción entre ellos. El objetivo de este estudio fue reconocer la necesidad de contar con diferentes abordajes terapéuticos y prestar atención a los diversos contextos que rodean al niño (familia, escuela, profesionales), y la valoración de 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.

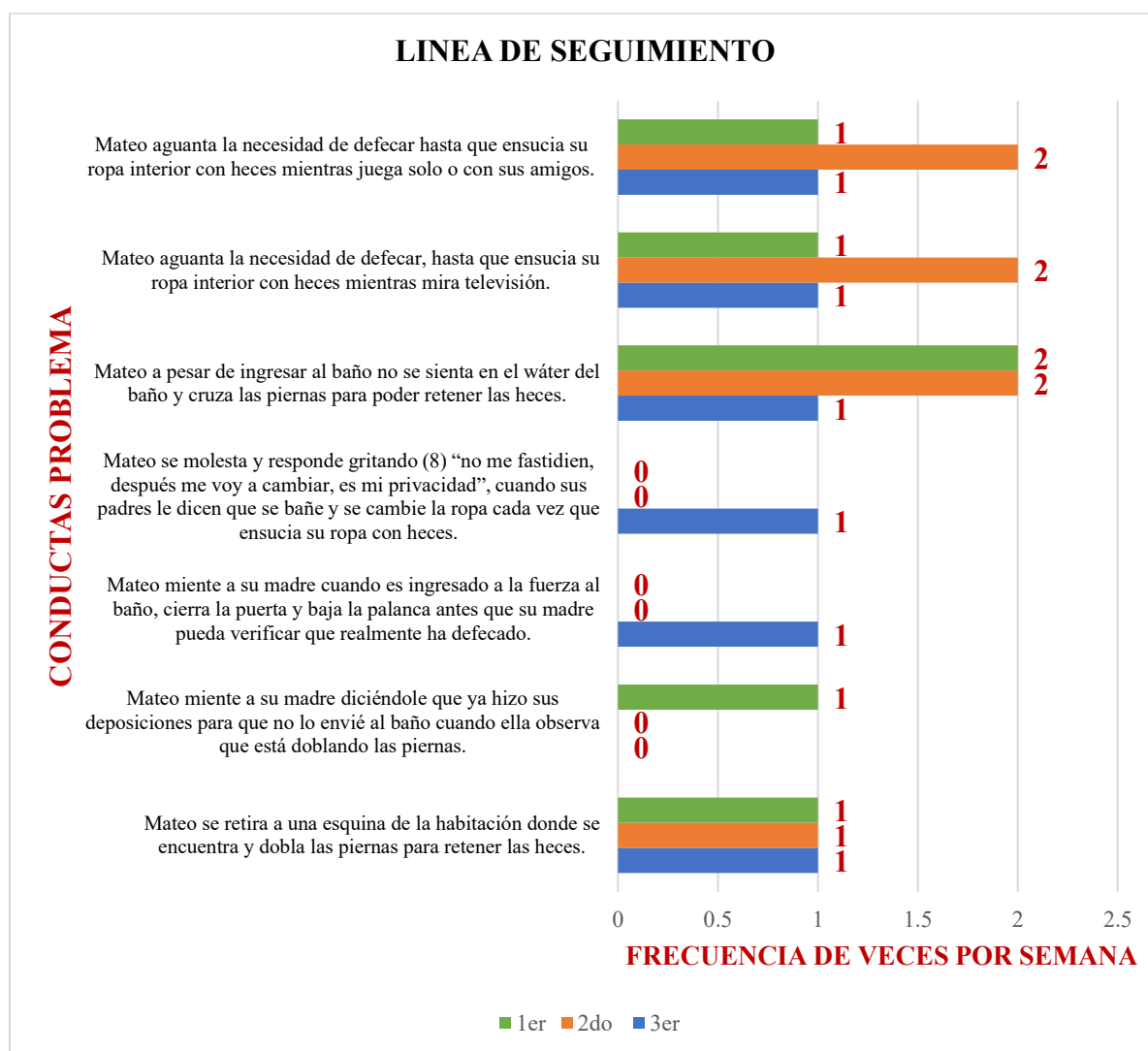
Con los resultados obtenidos en este programa de intervención, se pone en evidencia la eficacia del tratamiento cognitivo conductual aplicado a un caso único de encopresis secundaria, usando para ello técnicas cognitivas y conductuales, tal como lo refieren Díaz y Villalobos (2012), que la Terapia cognitiva conductual asume un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptada, y que si bien sus técnicas y procedimientos cuentan con base científica o experimental, los procedimientos utilizados surgen

principalmente de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, relajación, técnicas paradójicas, entre otros). Finalmente, la intervención cognitiva conductual permitió el cambio conductual, cognitivo y emocional de Mateo modificando las conductas desadaptadas de defecarse en la ropa por temor a defecar en el wáter.

### 3.4. Seguimiento

**Figura 7**

*Línea de Seguimiento*



En la figura 7 se observa el seguimiento realizado post tratamiento luego de los 15 días de haber culminado el tratamiento, para ello se realiza la evaluación respectiva con la hoja de registro de conductas problema usados durante la etapa de tratamiento, el 2do y el 3er

seguimiento se realizó cada quince días usando la misma hoja de registro. Se logra visualizar que si bien las conductas problemas disminuyeron significativamente algunas de ellas se mantienen.

#### IV. CONCLUSIONES

- Mateo logró disminuir la sensación de miedo y defeca en el baño sin necesidad de retener las heces y ensuciar su ropa, mediante las técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, psicoeducación, economía de fichas, entre otros.
- Mateo modificó sus pensamientos distorsionados de miedo y angustia, con la aplicación de la técnica de Reestructuración Cognitiva, adquiriendo pensamientos más objetivos y reales.
- Mateo disminuyó la sensación de miedo y fortaleció sus recursos de afronte y minimizó sus temores cada vez que debe ir al baño a defecar en el wáter.
- Mateo disminuyó la conducta de dirigirse a una esquina de la habitación para cruzar las piernas y retener las heces, evidenciando logros para dirigirse al baño.
- Mateo eliminó la conducta de mentir a su madre, cuando ella le indica que acuda al baño y ya no le responde “no, porque ya fui”.
- Mateo eliminó la conducta de mentir a su madre cuando ingresa al baño, cierra la puerta y baja la palanca antes que su madre pueda verificar que realmente ha defecado.
- Mateo acata la orden que le indican sus padres para asearse y cambiarse la ropa inmediatamente al ensuciarse al retener las heces.
- Mateo logra ingresar al baño y se sienta en el wáter sin cruzar las piernas para retener las heces.
- Mateo logra defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está viendo televisión.
- Mateo logra defecar en el wáter cuando tiene la necesidad de hacerlo mientras está jugando solo o con sus amigos.

## V. RECOMENDACIONES

- Fortalecer las pautas de crianza a los padres de Mateo con la finalidad de mantener las normas positivas en el hogar.
- Fortalecer las técnicas cognitivas conductuales para Mateo y sus padres con el fin de mantener las conductas adecuadas aprendidas durante el tratamiento.
- Promover la aplicación de técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y economía de fichas, las cuales son favorables para conductas desadaptativas.
- Se debe considerar que, en la atención psicológica infantil es primordial el trabajo con los padres y/o su entorno más cercano, para que el niño continúe aplicando las técnicas aprendidas en la terapia en su día a día y lograr un adecuado desarrollo, evitando así posibles recaídas.
- Fomentar la replicación de la presente investigación con personas de características similares al paciente, para alcanzar un enfoque más amplio en tratamiento de casos similares y acrecentar la información.
- Promover actividades de promoción primaria sobre la encopresis para que sea visualizada como un problema no solo médico sino con un enfoque multidimensional.
- Aplicar técnicas conductuales permite obtener resultados favorables y esperados para la modificación de conductas problema.

## VI. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Editorial Médica Panamericana.
- Ayala, R. (2014). *Caso clínico de una niña de 5 años de edad con trastorno de ansiedad por separación y déficit de atención*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/3998>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Bezoz, L. y Escribano, E. (2012) ¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres?: A propósito de un caso. *Pediatría Atención Primaria*, 14(56), 317-321. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000500006>
- Biyong,I., Traube, R., Stachh, M., Coretta, I., Boafó, A. y Kounou. (2022). Hypno-behavioral Therapy, Systemic, and Institutional Management of Encopresis in Childhood and Adolescence. *Acta Scientific Medical Sciences* 6(8), 43-55. <https://doi.org/10.31080/ASMS.2022.06.1343>
- Borges, O. (2022). Tratamiento psicológico aplicado a niños con encopresis. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(1), 1-10. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312022000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000100004)
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, C. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>

- Cano, M. (2021). *Miedo y temores en la infancia. A propósito de un caso de miedo a la oscuridad*. [Tesis de pregrado, Universidad de Jaén]. Repositorio de la Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/17114>
- Castillo, I., González, H. y Ramos, A. (2012). Psicoterapia conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, 10(43), 30-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3969924>
- De La Torre, M. y Pardo, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee De Brouwer.
- Díaz, P. (2021). *Evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual del trastorno de ansiedad generalizada en un niño de 10 años: estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio de la UN. <http://hdl.handle.net/10584/9659>
- Drossman, D. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Feria, M., Cárdenas, M., Vásquez, J., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el manejo de los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis)*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Heredia, C., Santaella, G. y Somarriba, L. (2012). Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender Sistema de puntuación de Koppitz. *Textos de Apoyo didáctico*. UNAM.

Hernández, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.

Hernández, R. y Rodrigo, M. (s/f). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. *Unidad de Psiquiatría Infantil*.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2007). *Compendio Estadístico 2007*. Oficina de Estadística e Informática. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2013). Anales de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012*, 29(1). <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20asm%20-eesm%20-lm.pdf>

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2019). *Compendio Estadístico 2019*. Oficina de Estadística e Informática. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>

Instituto Nacional de Salud – INS (2016). *Aprobación y publicación de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2016-2021*. <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/ogitt/prioridades/5a%20Prioridades%20Nacionales%20de%20Investigación.pdf>

Jiménez, C., García, M., Moreno, C., Sánchez, M., De Cos, A. y Sala, R. (2006). *Evaluación cognitivo conductual de la encopresis*. [Conferencia]. *Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis) VII Edición*. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/evaluacion-cognitivo-conductual-de-la-encopresis>

- López de la Llave, J., Pérez-Llantada, C., López de la Llave, A. y López de la Llave L. (1999). Intervención en un caso de encopresis secundaria en el contexto educativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(1), 49-60. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.4.num.1.1999.3873>
- Mateos, M. (2019). Estreñimiento y encopresis. *Pediatría Integral*, 23(8), 417 – 425. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-12/estreñimiento-y-encopresis-2/>
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1083852>
- Morales, C., Álvarez, C., García, M., Gervás, M., Pardo, R., Pérez, O., De la Torre, M. y Santacreu, M. (2015). *Guía de intervención clínica Infantil*. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación internacional de enfermedades – Estadísticas de morbilidad y mortalidad*.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS (2013). *Salud en las Américas: Perú*. Última actualización jueves 11 de abril de 2013. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-americas>
- Redondo, M. y Calderón, A. (2004). Encopresis y trastorno del aprendizaje en dos niños con inteligencia normal. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 6(22), 209-219. <https://pap.es/articulo/368/encopresis-y-trastorno-del-aprendizaje-en-dos-ninos-con-inteligencia-normal>
- Sandín, B., Valiente, R., & Chorot, P. (2012). El miedo en niños y adolescentes. *Crítica*, 62 (977), 23-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3838044>

- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Son, B. (2006). *¿Las disfunciones emocionales producen encopresis?* [Tesis de maestría] Universidad Rafael Landívar.
- Vargas, Z. (2009). La Investigación Aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Educación*, 33(1), 155-165.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9619421>
- Wang, M., & Zhao, J. (2015). Anxiety Disorder Symptoms in Chinese Preschool Children. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 158–166.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0461-7>

## VII. ANEXOS



## CONTRATO TERAPÉUTICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este es un documento confidencial entre la especialista y el/los consultantes, donde se comprometen las dos partes a trabajar en beneficio del paciente, con propósitos exclusivamente terapéuticos y solo válido para dicho contexto.

En este proceso participa el/los consultantes:

[Redacted area for names of consultants]

En un periodo de atención (tiempo, frecuencia y hora):

Este contrato se desarrollará mediante las siguientes cláusulas:

- **Primera:** El especialista se compromete a mostrar y mantener una actitud de respeto, responsabilidad y ética con el consultante, así como mantener en confidencialidad la información recibida.
- **Segunda:** El especialista, se compromete a orientar y facilitar las herramientas que permitan su desenvolvimiento y funcionamiento eficaz, mediante el uso de técnicas y estrategias que considere pertinentes para la solución y bienestar de su situación actual.
- **Tercera:** El especialista, se compromete a comunicarse y avisar con anticipación ante algún imprevisto que impida la atención en la fecha acordada, así como hacer la entrega de los **resultados del proceso psicoterapéutico**.
- **Cuarta:** El consultante, al aceptar el plan terapéutico, respeta el profesionalismo y lo que corresponde al rol psicológico, cumpliendo con las tareas y actividades sugeridas durante el proceso terapéutico, realizadas para el bienestar del consultante.
- **Quinta:** El consultante se compromete a mantener la comunicación saludable y un comportamiento de respeto antes y durante el proceso terapéutico.
- **Sexta:** El consultante se compromete a asistir a las sesiones programadas, en caso de no asistir deberá comunicarse en un tiempo no mayor de 12 horas de anticipación.
- **Séptima:** El consultante se compromete a que, en caso de no asistir a 2 sesiones consecutivas sin previo aviso, se revisará y reevaluará el contrato original, así como la continuidad del proceso terapéutico; en caso contrario se dará por finalizado el tratamiento, y el profesional se encontrará exento de toda responsabilidad terapéutica y legal en relación al consultante.

Yo [Redacted], identificado con DNI [Redacted] padre del paciente [Redacted] afirmo haber leído estar de acuerdo con el contrato terapéutico y doy mi consentimiento para empezar el proceso terapéutico.

Yo [Redacted], identificado con DNI [Redacted] madre del paciente [Redacted] afirmo haber leído estar de acuerdo con el contrato terapéutico y doy mi consentimiento para empezar el proceso terapéutico.

Yo, **Mónica Molina Floriano**, psicóloga especialista afirmo haber explicado las cláusulas mencionadas y estar a disposición de la mejoría y bienestar del consultante.

En Carabaylo a los 02 días del mes de noviembre del 2019; se firma el presente contrato terapéutico.

## MEDICIÓN DEL MIEDO EN LA ESCALA SUD

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En la escala del 01 al 10, encierra en un círculo el número que más te identifique cuando piensas que:



