La encopresis como manifestación de trastornos psíquicos en el niño

DRS.: CARLOS ALMONTE V.*, EVA RONA R.*, MARIO PEREZ U.* y MARIO SEPULVEDA G.*.

La encopresis no ha sido claramente delimitada en su acepción nosográfica a pesar de la profusa literatura científica. Algunos autores la aceptan como síntoma dentro de cuadros clínicos con categoría propia, al punto de señalar características de la personalidad del encopretico a determinada edad (3), otros la incluyen en síndromes en los cuales la encopresis aparece como síntoma eje alrededor del cual se organizan los demás síntomas, adquiriendo éstos consideración de epifenómeno, y por último algunos se preguntan si esta manifestación podría considerarse un síndrome psicósomático sin llegar a una postura definitiva (9).

Este desacuerdo en la consideración de la encopresis nos hizo revisar nuestro material clínico, llegando así a la posición actual en el sentido de considerarla un síntoma que se puede insertar de diferentes modos en las distintas categorías psiquiátricas.

Con el objeto de clarificar la exposición creemos necesario definir primero algunos conceptos, ya que éstos han sido usados con una connotación diferente de acuerdo a las diversas escuelas de pensamiento psiquiátrico.

La definición de encopresis utilizada por la mayoría, es la que diera Weissemberg en 1926 al introducir el término; según él. "Encopresis es la defecación involuntaria que sobreviene en niños mayores de 2 años, que no presentan ningún compromiso evidente del sistema nervioso u otra afección orgánica". (1).

De acuerdo a una consideración temporal del síntoma, se advierten dos modalidades: encopresis primaria y secundaria. Este factor determina

ría también, una diferencia en cuanto al curso evolutivo, tratamiento y pronóstico, porque además de presentarse en pacientes con rasgos caracteriales diferentes, contribuye a organizar un modo de ser peculiar.

Se llama encopresis primaria, aquella en la cual no se ha logrado un control esfinteriano anal eficiente y prolongado después de la edad estipulada, y secundaria cuando se pierde el control logrado y mantenido por un período de más o menos un año persistiendo el síntoma por un tiempo prolongado. Esto la diferencia de la pseudoencopresis episódica que se presenta en niños neuropáticos en forma aislada y frente a situaciones ansiógenas.

Estas dos modalidades tendrían diferente significación psicopatológica por cuanto se engarzan en una mayor o menor disposición constitucional, actuando los factores ambientales como mantenedores del síntoma en la primaria y como desencadenantes y mantenedores en la secundaria. Para nosotros la disposición constitucional no apunta sólo al grado de inmadurez funcional excretora, sino a la estructura psíquica general.

Los factores disposición-ambiente se organizan de modo diferente, según predomine uno u otro, determinando diversos modos de expresión nosológica. Estos modos de expresión los categorizaremos siguiendo a Binder para distinguir reacciones y desarrollos psíquicos anormales.

1) Reacción psíquica anormal es una respuesta de intensidad patológica frente a un hecho desencadenante y cuya mantención está en dependencia de la persistencia del factor desencadenante o de la respuesta del medio.

2) Desarrollo psíquico anormal:

* Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Roberto del Río. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Stgo. Norte, U. de Chile.

a) Simple: es una respuesta patológica mantenida que altera la estructuración de la personalidad, desencadenada por factores psicotraumáticos persistentes o repetidos y cuya modificación no es contemporánea con la desaparición del estímulo.

b) Neurótico: Es una perturbación en la integración de la personalidad que se diferencia del anterior por la presencia de impulsos que se oponen en el interior surgiendo así conflictos intrapsíquicos que no se resuelven por mecanismos normales.

MATERIAL. Este se compone de 36 casos extraídos de los Hospitales Félix Bulnes y Roberto del Río. Su distribución en cuanto a sexo y edad es semejante a las casuísticas de otros autores. Es decir notable predominio del sexo masculino (28 a 8) y de la edad escolar.

A pesar de no tener estadística completa de la frecuencia en relación a la población podemos decir que corresponde aproximadamente al 10% de los niños hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil.

La selección del material se hizo de acuerdo a los conceptos definidos en la introducción, pero se excluyeron los pacientes psicóticos por considerar diferente la dinámica de estos cuadros.

A continuación señalaremos las características más importantes de nuestro material, tomando en cuenta: edad, sexo, tipo de encopresis, disposición y ambiente a través de una aproximación diagnóstica psiquiátrica de los padres, perfil de dinámica familiar y categorías diagnósticas del paciente.

DESCRIPCION DEL MATERIAL

Casos: 36

Edad: 3 a 12 años

Sexo: 28 masc. 8 fem. (3,5 a 1)

Tipo encopresis:

a) Primaria: 9 casos < $\begin{matrix} 6 \text{ masc.} \\ 3 \text{ fem.} \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} (2 \text{ a } 1) \end{matrix} \right.$

Edad consulta: desde 5 a 10 años y medio.
Promedio 7 años.

b) Secundaria: 27 casos < $\begin{matrix} 22 \text{ masc.} \\ 5 \text{ fem.} \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} (5,4 \text{ a } 1) \end{matrix} \right.$

Edad iniciación: desde 3 años a 11 años 10 meses.
promedio: 6 años 3 meses.

Edad consulta: desde 5 a -0 años y medio.
promedio: 8 años 4 meses.

Demora en consultar: desde 1 mes a 6 años.
promedio: 2 años 1 mes.

Aproximación diagnóstica de los padres:

Madres:

- aparentemente normales: 3.
- neurosis y caracteropatías: 17
- psicópatas o rasgos psicopáticos de la personalidad: 14.
- debilidad mental psicopática: 2

Padres:

- aparentemente normales: 7
- neurosis y caracteropatías: 20
- psicópatas y rasgos psicopáticos de la personalidad: 7
- fallecidos: 2
- Conflictiva conyugal grave: 16 casos
- Ambos padres aparentemente normales: 1 caso.
- Antecedentes de familiares encoprélicos: 6 casos.

Cuadros psiquiátricos en que se manifestó la encopresis:

Reacciones: 7	}	ansiedad:	2
		oposición:	2
		conversión:	2
		fóbica:	1
Desarrollos: 29	}	simple de oposición:	19 casos
		neuróticos:	10 casos

Además, por nuestra postura, ya que consideramos dinámicamente tanto el ambiente como la disposición, hacemos hincapié en aquellas patologías que apuntan hasta una constitución predisponente tales como enuresis, síndromes dispráxicos, déficits intelectuales y neuropatías.

Otras patologías asociadas:

- Enuresis nocturna: 17 casos
- Enuresis diurna: 9 casos
- Alteraciones gnósopráxicas y/o déficits intelectuales: 14 casos.

A continuación, como ejemplificación de algunas categorías nosográficas que utilizamos y para la comprensión de la dinámica de éstas, resumimos algunas historias tipo.

Caso 1.

Renato P., niño de 4 años 8 meses, hijo único, que presenta encopresis acompañada de enuresis diurna y nocturna desde hace 2 meses. Ocurre varias veces por día, tiene temores y se niega a ir al baño. La madre se aprecia tensa, reconoce irritarse con facilidad y ser emotiva, escrupulosa, rígida y exigente en sus relaciones con el hijo, lo que justifica por sentirse sin libertad, ya que vive en casa de los suegros.

En la entrevista Renato se aprecia locuaz e hiperactivo; comunica rechazo al colegio por temor al castigo por parte de la profesora.

La resistencia a ir al baño se debería a falta de aseo de éste, temor de que hubiese arañas en el interior de la taza o de ser introducido en ella, ya que ha sido amenazado en este sentido por su actitud opositora. También por salir sin permiso de su hogar se lo amenaza con amputarle los dedos.

El tratamiento consistió principalmente en manejo ambiental y psicoterapia persuasiva y de apoyo, en un total de tres sesiones, lográndose desaparición total de los síntomas y adecuación de su comportamiento.

Diagnóstico: Encopresis secundaria en reacción psicogenética de oposición con elementos fóbicos.

Caso 2.

Mauricio, niño de 5 años y medio, tercero de tres hermanos, con antecedente de enuresis nocturna primaria.

Consulta por encopresis iniciada 9 meses antes mientras estaba separado de sus padres en casa de abuela materna, y después de relación homosexual traumática. La encopresis ocurre día y noche por lo que es castigado, reprendido y amenazado, a pesar de lo cual Mauricio no concurre al baño, apareciendo posteriormente enuresis diurna secundaria.

La madre presenta desarrollo neurótico de la personalidad, apareciendo tensa, ansiosa, irritable, inestable del ánimo y humor, contradictoria, conflictiva en sus relaciones interpersonales, exigente, inconstante en cuanto a normas y valores, escrupulosa, desconfiada y vigilante. El padre es blando y conciliador.

Un hermano extremadamente pasivo, considerado de comportamiento ejemplar.

Abuela materna de mayor conflictividad que la madre.

En cuanto al comportamiento del niño, la madre comunica egocentrismo, hiperactividad motora, agresividad verbal y física, escasa tolerancia a las contrariedades, exigente, irritable, oposición activa y pasiva que se expresa en resistencia a ir al colegio, hurtos reiterados, fogatas en el interior de la casa; rivalidad fraterna acentuada.

En las entrevistas ofrece resistencia pasiva a la entrega de contenidos, y al lograr vencerla se expresa descalificativamente de la madre, identificándose con los hippies que se caracterizarían por su falta de aseo y rebeldía.

En los tests psicológicos se concluye inteligencia normal. En los proyectivos la figura materna aparece preocupada por la limpieza y el orden y él se identifica con personaje desaseado y rebelde.

Tratamiento: manejo ambiental, psicoterapia individual y de grupo, condicionamiento de la enuresis y condicionamiento operante de la encopresis.

Resultados: inmediatos satisfactorios con recaídas posteriores por inadecuación materna; buena adecuación social.

En resumen: encopresis iniciada por traumatismo anal, mantenida por inhibición del reflejo anal como respuesta evitadora a las exigencias y castigos maternos.

Diagnóstico: Encopresis secundaria en desarrollo de oposición.

Caso 3. Observación: 386898.

Agustín, niño de 8 años 4 meses, primero de cuatro hermanos, con antecedentes de enuresis diurna y nocturna. Reacciones vegetativas frente a contrariedades: empalidecimiento, cefáleas, dolores abdominales. Terrores nocturnos diarios hasta los 5 años. Hiperactividad motora, irritabilidad, emotividad, egocentrismo.

Consulta por encopresis iniciada 8 meses antes en relación a comunicación de fracaso escolar.

La madre se aprecia tensa, aprensiva, sugestionable, desconfiada. El padre introvertido, controlador y exigente. No hay desacuerdo entre los padres en cuanto a educación de los hijos.

Agustín en la entrevista se observa hiperactivo, tenso, responde al ser interrogado en cuanto a sus problemas en forma evasiva y cínica o congraciativa.

Evolución de la encopresis: Al iniciarse ocurre varias veces al día, a pesar de concurrir espontáneamente con gran frecuencia al baño, ya que llega parcialmente defecado. La consistencia es normal.

Es reprendido y castigado, por lo que oculta su ropa. Posteriormente deja de concurrir al baño e incluso ofrece resistencia al ser exigido. La encopresis ocurre a diario, tanto de día como de noche, hasta 9 veces. Las deposiciones son duras y la defecación dolorosa. Además de la encopresis se aprecia ansiedad que se expresa en inquietud motora, agresividad y masturbación iterativa.

Los estudios psicológicos concluyen en inteligencia normal. Los tests proyectivos revelan un niño ansioso, expectante, aprensivo, competitivo, desconfiado, amenazante. Conflictiva principalmente con figura materna. Búsqueda de atención y afecto de figuras parentales. Las pruebas de lectoescritura concluyeron en dislexia grado 4.

El tratamiento consistió en manejo ambiental, ansiolíticos, laxantes y condicionamiento operante, lográndose períodos asintomáticos prolongados.

Diagnóstico: Encopresis secundaria. Desarrollo neurótico. Disposición neuropática.

Caso 4.

Juan, niño de 9 años, segundo de 2 hijos, con antecedentes de constipación desde el año de edad y enuresis nocturna primaria hasta los 8½ años. Consulta por encopresis iniciada 6 meses antes. Los padres señalan como factor desencadenante el haber visto una película de educación sanitaria en que se señalaban los peligros de la constipación. Por el síntoma ha sido reprendido y avergonzado. La encopresis se exacerba en relación a períodos de rebeldía extrema en que el niño se encierra en el baño hasta por 6 horas; obligado por sus padres a abrir la puerta, manifiesta ira y agresividad, expresada en gritos, puntapiés, destrucción de objetos. Al ser enviado al baño ofrece resistencia que justifica en: temor a que explote el califón, desaseo en los baños, temor a provocarse fisuras anales por la constipación.

La madre de 43 años, presenta rasgos de personalidad insegura con síntomas angustiosos. El padre, personalidad insegura de sí misma con sintomatología angustiosa antigua, mantiene relación ambivalente con Juan, rechazándolo o consintiendo, posterga las peticiones del niño y reconoce estar desorientado en sus relaciones con él.

En cuanto al comportamiento de Juan se señalan relaciones conflictivas con padres, hermana y compañeros de colegio. Es exigente, caprichoso, rechaza regalos costosos, expectación frente a separación breve de la madre, temor a ser raptado o a sufrir accidentes del tránsito, escasa tolerancia a las frustraciones, tendencia al humor bajo, llanto fácil, comete hurtos en la escuela y el hogar, los que niega. Es inapetente, por lo que es exigido por los padres.

En la entrevista se aprecia tenso, con tics palpebral frecuente, evasivo, ambiguo, sin embargo es posible que entregue contenidos en relación a sus principales problemas en la escuela y hogar.

Los test proyectivos confirman mal manejo de la frustración y de la agresividad, como relaciones conflictivas con compañeros, padres y hermana, sentimientos de culpa e inseguridad, dificultad en identificar el sexo de los personajes, temor a la enfermedad y a la muerte, los adultos aparecen como desvalidos y poco capaces de prestarle ayuda. Elude referirse a su problema esfinteriano.

Durante los primeros 5 días de hospitalización rehusó todo tipo de alimentos, aunque se mantuvo activo. Después de su alta sólo presentó encopresis en una oportunidad y desapareció el tic.

El tratamiento consistió en manejo ambiental, psicoterapia enfrentadora y persuasiva.

Diagnóstico: Encopresis secundaria.

Desarrollo neurótico de la personalidad.

TRATAMIENTO. En todos los casos se realizó manejo ambiental, derivándose a algunos padres a tratamientos psiquiátricos individuales. En la ma-

yoría de los niños se practicó psicoterapia y se usaron psicofármacos, e inhibidores para-simpáticos. En los casos en que existía inhibición del reflejo anal con constipación secundaria, se usó laxantes y condicionamiento operante.

En 26 casos fue necesaria la hospitalización para facilitar el tratamiento.

EVOLUCIÓN. Llamaremos *curación* cuando se asiste a la desaparición total del síntoma y a la adecuación del comportamiento del niño.

Mejoría, cuando hay reducción en la frecuencia y cantidad de la encopresis (encopresis parcial, semanal o quincenal), y atenuación de las otras manifestaciones patológicas (ansiedad, oposición, egocentrismo).

Fracaso, cuando no ocurre modificación del síntoma aunque se logren algunas adecuaciones del comportamiento.

RESULTADOS. De acuerdo a las definiciones anteriormente dadas, se obtuvieron 17 curaciones, 13 mejorías y 6 fracasos. En los casos en que fracasó el tratamiento 2 niños eran hijos de madres débiles mentales psicopáticas que no siguieron las indicaciones dadas; en 3 hubo abandono precoz del tratamiento y de los controles y en 1 había factores constitucionales acentuados.

Resumen psicodinámico de la encopresis

Factores dispositionales:

- Inmadurez del control esfinteriano (frecuente asociación a enuresis).
- Labilidad neurovegetativa.
- Distractibilidad (postergación del deseo)

Factores precipitantes: (provocan ansiedad que se manifiesta por encopresis):

- Nacimiento de un hermano.
- Ingreso a la escuela o incapacidad de cumplir exigencias escolares.
- Separación de los padres.
- Conflictiva familiar grave.
- Trauma anal (relación homosexual, eliminación de ascaris).

Factores mantenedores y configuradores:

1. Falta de entrenamiento adecuado.
2. Manejo inadecuado en individuos predispuestos a diversos tipos de reacciones: exigencias, castigos, amenazas, descalificación o comparaciones desventajosas provocan ansiedad, oposición, temores fóbicos o afán de notoriedad.

COMENTARIO. Del análisis de nuestro material es posible destacar algunas consideraciones que ya señalábamos en la introducción y que nos parecen confirmadas en los resultados expuestos. En primer término destacaremos el juego dinámico entre la disposición y el ambiente que intervienen tanto en la organización de las alteraciones psiquiátricas como en la aparición del síntoma. Hemos dicho que el ambiente sería un factor desencadenante y/o mantenedor de la encopresis, según sea ésta primaria o secundaria, pero para que el síntoma se presente es necesario una *predisposición constitucional* que estaría dada no sólo por una falta de control esfinteriano eficiente, sino también por una hiperreactividad a la distensión rectal mínima (numerosos niños comunican imperiosidad anal); esto, más la frecuente asociación con enuresis diurna, dolores abdominales, el efecto favorable del uso de drogas vagolíticas, nos hace sugerir la presencia de una marcada labilidad neurovegetativa como factor que facilita la expresión sintomatológica del conflicto. El síntoma parece en aquel sector madurativo funcional más retardado y por lo tanto más difícil de controlar conscientemente.

La alta frecuencia con que se encuentra asociada a perturbaciones gnosopráxicas y a déficit intelectuales especialmente en las de tipo secundario, nos hace postular que si bien los factores dispositionales aparecen como predisponentes, el ambiente se constituye como factor desencadenante y mantenedor, ya que muchos de estos cuadros se inician con el ingreso a la escuela (etapa de exigencias tanto a nivel de rendimiento intelectual como de control afectivo y socialización). El niño percibe estas dificultades y se angustia al no poder cumplir con las exigencias.

Es por ello que el tratamiento deberá atender estos factores para la repercusión integral del paciente.

Siendo el niño un ser pático que depende de los adultos, el ambiente familiar es de importancia primordial para el buen desarrollo y una adecuada adaptación. El niño se resiente al punto de perturbar su madurez en un ambiente familiar conflictivo. No es por lo tanto coincidencia que en nuestra casuística un elevado número de casos se dé en hogares con grave conflictiva conyugal o familiar. Esta conflictiva se da algunas veces preferentemente en la perturbación de la relación de pareja que trasciende al niño como situación angustiante, ya sea por presencia de reyertas o por sufrir las alteraciones del humor consecuenciales a estas desavenencias. Otras veces el niño es utilizado como elemento dinámico conflictual por uno o ambos padres a fin de culpar, perturbar, amenazar y extorsionar al otro miembro de la pareja.

Por último la relación puede hacerse conflic-

tiva por relación anormal directa del niño con sus padres u otra autoridad de la familia.

Vaughan y Cashmore plantean que según la relación del niño y el ambiente se presentarían tres formas de iniciación: 1. Encopresis por falta de entrenamiento o entrenamiento defectuoso que impide la formación del hábito. 2. Encopresis por sobreestimulación: el niño responde frente a la exigencia con oposición que se manifiesta en evitar el uso del baño, produciéndose sucesivamente retención, constipación, luego el niño obra por rebalse o fuera de lugar y tiempo. 3. Encopresis como respuesta psicológica a las tensiones ambientales. El síntoma se produce cuando aumentan las tensiones en el lugar y desaparece al reducirse éstas. Esta concepción de los autores enunciados nos parece operativa ya que tiene aplicación terapéutica. La hemos visto confirmada en nuestros casos e incluso en el caso 3 hemos observado que el síntoma iniciado como respuesta a tensiones ambientales se ha mantenido por oposición; es decir, se ha asistido a la transformación de la tercera en segunda forma.

El destacar este factor patogenético nos compromete en un adecuado manejo ambiental que considere las posibles anormalidades caracteriales y de la personalidad de ambos padres, no sólo adecuándolos en el manejo del niño, sino también derivándolos para un tratamiento psiquiátrico individual en los casos que lo requieran.

Sin embargo, cuando la patología de uno o ambos padres es grave, aunque los tratamientos utilizados hayan logrado el control del síntoma durante la hospitalización, los niños recaen al volver a un hogar inmodificable y permanentemente perturbador.

La conflictiva familiar o conyugal señalada es más frecuente o importante como factor responsable en la organización de los desarrollos psicógenos que en las reacciones. En estas últimas nos es posible detectar un factor desencadenante con cierta precisión, y la conflictiva aparece sólo coadyuvando a la mantención del síntoma, por lo que el tratamiento es de mejor pronóstico.

Como síntesis de este estudio queremos destacar finalmente los siguientes hechos:

—La encopresis es un síntoma que se presenta en diferentes perturbaciones psíquicas del niño, facilitada en su aparición por una predisposición constitucional, fundamentalmente una labilidad neurovegetativa.

—La estructuración de estas diversas entidades patológicas no es responsabilidad del síntoma, sino del juego conflictivo entre el niño con esta disposición y el ambiente perturbador en que vive.

—El desencadenamiento y la mantención tanto del síntoma como de los otros elementos cons-

titutivos de los cuadros patológicos, son responsabilidad de la perturbación ambiental.

—La configuración de estas entidades se da en terrenos psíquicos constitucionalmente predispuestos y la encopresis es un epifenómeno en ellos.

—Los cuadros en sí se organizan como reacciones o desarrollos dependiendo de la cuantía y perduración de los factores desencadenantes.

—El tratamiento y el pronóstico dependerá del cuadro en que se engarza la encopresis y no de la encopresis en sí.

—El tratamiento deberá considerar todos estos aspectos y no sólo abocarse al síntoma para que el resultado sea exitoso.

—Por último, el pronóstico dependerá de la reversibilidad y/o la adaptabilidad de los factores en juego.

RESUMEN

Los autores revisan la consideración nosológica de encopresis en los diversos trabajos publicados en la literatura mundial, sin encontrar acuerdo entre ellos.

En relación a ciertas consideraciones generales, estudian en 36 fichas tanto la significación psicopatológica del síntoma, como el valor de los factores, disposición constitucional y ambiente, llegando a las siguientes conclusiones: La encopresis es un síntoma que forma parte de la estructuración de cuadros patológicos más complejos, producto del juego conflictivo entre predisposición constitucional y ambiente.

El tratamiento y pronóstico dependen del trastorno en que la encopresia se inserta.

SUMMARY

The authors review different nosological considerations about encopresis published in world literature, finding no agreement in them.

In relation to certain general considerations, they study in 36 cases the psychopathological significance of the symptom, as well as the value of constitutional or dispositional factors versus environment; arriving to the following conclusions: Encopresis is a symptom forming part of more complex structural syndroms product of the conflictive interaction between constitution and environment.

Treatment and prognosis depend upon the basic alteration in which encopresis is inserted.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— *Ajuriauerre J. de.* Manuel de Psychiatrie de l'enfant. 322-329. Masson, 1971. Paris.
- 2.— *Backwin H. and Backwin R. M.* Clinical Management of Behavior Disorders in Children. 394-494. Saunders. Philadelphia and London, 1966.
- 3.— *Bellman M.* Studies on Encopresis. Acta Paedistr. Scand. Supl. 170, 1966.
- 4.— *Beneditti P. Grimaldi, S. Zappella M.* Aspetti Psicopatologici dell'encopresi nel bambino. Inf. anormale 83-84, 1967.
- 5.— *Berg I. Jones K. V.* Functional faecal incontinence in children. Arch. Dis. Child. 39: 465-472, 1964.
- 6.— *Brazelton T. B. A.* A child oriented approach to toilet training. Pediatrics 29: 121, 1962.
- 7.— *Gelber H. Meyer V.* Behavior Therapy and Encopresis. The complexities involved in treatment. Behav. Res. Ther. 2: 1965.
- 8.— *Kanner Lec.* Psiquiatría Infantil. 416-421. Paidós 1966. Buenos Aires.
- 9.— *Köhler C. Aimard P.* L'Encopresis syndrome psychosomatique. (A propos de 24 observations) Pédiatrie 18: 909, 1963.
- 10.— *Lutz J.* Psiquiatría Infantil. 319-320. Gredos, Madrid, 1968.
- 11.— *Mayer Gross, Slater and Roth.* Clinical Psychiatry. 648. Bailliere, Tindall and Cassell, 1970. London.
- 12.— *Neale D. H.* Behavior Therapy and Encopresis in Children. Behav. Res. Ther. 1: 139-149, 1963.
- 13.— *Reichardt M. y colab.* Psiquiatría general y especial. 234-283. Gredos, Madrid, 1958.
- 14.— *Richmond J., Eddy E., Garrard S. D.* The Syndrome of faecal soiling and megacolon. Amer. J. Orthopsychiat. 27: 823, 1957.
- 15.— *Valenti C. Bernabei P.* Considerazioni a proposito dell'encopresi. Neuropsichiatria Infantile. 132, 331, 1972.