

Autor:

Esperanza Dongil Collado

Universidad de Valencia

Facultad de Psicología

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

m.esperanza.dongil@uv.es

webs.ono.com/atencionpsicologica

Tratamiento psicológico de la enuresis

La enuresis es un motivo frecuente de consulta en los centros de atención primaria y uno de los problemas más habituales en la clínica psicológica infantil. Aunque su evolución natural suele ser la **remisión espontánea**, en algunos casos, las consecuencias negativas que puede producir en la vida del niño y en la familia, justifican su tratamiento. La enuresis **primaria** aparece cuando el niño no ha controlado nunca la micción. La enuresis **secundaria** se produce cuando habiendo controlado voluntariamente la micción, al menos durante seis meses, el niño vuelve a ser incontinente. Aunque los resultados de los distintos estudios epidemiológicos ofrecen grandes diferencias sobre la incidencia de la enuresis, en todos se observan tasas elevadas, pudiéndose encontrar porcentajes superiores al 3 y 4 por 100, en niños mayores de doce años, lo que explicaría el elevado número de demanda psicológica para su tratamiento.

En este trabajo se explican los tratamientos psicológicos con mayor apoyo empírico, para el tratamiento de la enuresis; la técnica de Mowrer y Mowrer, la técnica de retención de Kimmel y kimmel, la técnica de Azrin y Foxx y los programas de reforzamiento o economía de fichas. Se explica paso a paso el tratamiento completo, que incluye evaluación, explicación gráfica y funcional de la enuresis, instrucciones a los padres y al niño, cómo aplicar las técnicas, cómo elaborar un sistema de recompensas, tipos de reforzadores, el castigo y la extinción, cómo eliminar conductas problema y cómo utilizar el **pipi stop**.

Palabras clave: enuresis, pipi stop, incontinencia, técnica de Mowrer y Mowrer, técnica de retención de Kimmel y kimmel, economía de fichas.

Key words: enuresis, Bedwetting, urine-alarm, incontinence, Mowrer and Mowrer method, retention control of Kimmel and Kimmel.

TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA ENURESIS

INTRODUCCION Y CONCEPTO

Por enuresis nocturna se entiende la evacuación involuntaria de orina durante el sueño, en ausencia de patología orgánica.

Siguiendo la definición que proporciona el DSM- IV, podemos definir la enuresis como:

A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Especificar tipo: Sólo nocturna, Sólo diurna, Nocturna y diurna.

CLASIFICACION:

-Primaria: Se clasifica la enuresis como primaria cuando el niño no ha controlado nunca la micción desde el nacimiento.

-Secundaria: La enuresis secundaria se produce cuando habiendo controlado voluntariamente la micción, al menos durante seis meses, el niño vuelve a ser incontinente.

- **Según la presencia de otros síntomas acompañantes:**

- Monosintomática o no complicada: Sucede durante el sueño, en ausencia de otros síntomas relacionados.

- Polisintomática o complicada: Cuando la enuresis se asocia a síntomas urinarios durante el día, como urgencia miccional, aumento de la frecuencia o pérdidas y escapes de orina. En este caso se emplea también el término *síndrome enurético* o evacuación disfuncional.

- Enuresis asociada a encopresis/estreñimiento.

PREVALENCIA:

Aunque los resultados de los distintos estudios epidemiológicos ofrecen grandes diferencias sobre la incidencia de la enuresis, fundamentalmente por los distintos criterios que se han utilizado para su definición (edad, frecuencia, etc.), en todos se observan tasas elevadas, pudiéndose encontrar porcentajes superiores al 3 y 4 por 100, en niños mayores de doce años, lo que explicaría el elevado número de demanda psicológica para su tratamiento.

Ross (1987) establece una incidencia del 20 por 100 en niños de tres años. 15 por 100 en niños de seis y 3 por 100 a los catorce años, presentando los niños mayor dificultad para adquirir el control miccional nocturno que las niñas, con una proporción de 2 a 1 entre niños y niñas.

HIPOTESIS SOBRE SU DESARROLLO:

La enuresis se considera un problema bioconductual (Houts, 1991; Cáceres, 1982, 1993), habiéndose establecido distintas hipótesis para su desarrollo.

-Poliuria nocturna.

-Hipótesis de la disminución de la capacidad funcional de la vejiga.

-Hipótesis de la actividad del músculo detrusor alterada.

ETIOLOGÍA:

- **No patológicas o funcionales:**

- *Retraso madurativo.*

- *Capacidad vesical disminuida.*

- *Incapacidad para retrasar la micción urgente.*

- *Sueño profundo.*

- *Deficiencia nocturna de hormona antidiurética (ADH).*

- *Factores genéticos.*

- **Causas patológicas:**

- *Infecciones de orina.*

- *Uréter ectópico.*

- *Diabetes insípida.*

- *Obstrucción uretral.*

- *Encopresis (estreñimiento).*

- *Vejiga neurógena o inestable.*

La enuresis también puede aparecer como consecuencia de acontecimientos que impliquen estrés emocional en la vida del niño: nacimiento de un hermano, inicio de la actividad escolar, problemas familiares significativos; divorcio de los padres, cambio de residencia, hospitalización, etc. El niño comienza a manifestar conductas

regresivas (por ejemplo, empieza a orinarse habiendo controlado ya la micción) probablemente en demanda de mayor atención o como respuesta al trauma que experimenta.

Otros factores psicológicos implicados aunque menos frecuentes, aparecen en familias muy desestructuradas, con pautas de crianza muy laxas o negligentes en las que no se ha facilitado el establecimiento de hábitos que permitan desarrollar la formación de reflejos de control vesical interno y externo.

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS CON MAYOR APOYO EMPIRICO

Los métodos más utilizados para el tratamiento de la enuresis son la **técnica de Mowrer y Mowrer**, con un aparato despertador que suena cuando el niño se orina; la **técnica de retención de Kimmel** (Kimmel y Kimmel, 1970) que consiste en ampliar la capacidad de la vejiga y que el niño aprenda a inhibir cada vez más las contracciones del músculo detrusor que conforma las paredes de la vejiga, posponiendo la micción; y la **técnica de Azrin y Foxx** (Azrin y Foxx, 1979), en la que se refuerza al niño por el uso del inodoro y la cama seca.

La técnica de Mowrer y Mowrer (1938) para el tratamiento de la enuresis es una de las que ofrece mejores resultados y está basada en el aprendizaje mediante el condicionamiento. Consiste en un aparato despertador, conocido como pipi stop, que suena cuando el niño moja la cama.

Ante las primeras gotas de orina suena la alarma que despierta inmediatamente al niño. Este al despertarse cierra automáticamente los esfínteres cortando el flujo del pis. Tras varios ensayos, la primera presión de la vejiga hará que el niño se despierte sin que se haya iniciado la micción.

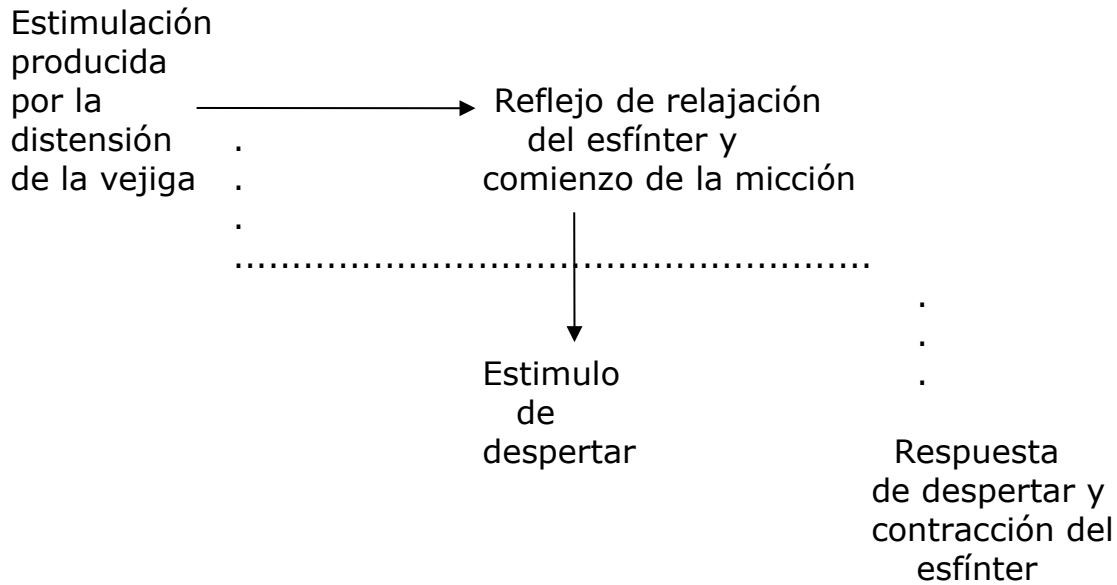
PROCESO DE LA ENURESIS:

Después de almacenarse en la vejiga, la orina pasa por un conducto denominado uretra hasta el exterior del organismo. La vejiga está rodeada por el músculo detrusor, encargado de abrirla y cerrarla. La salida de la orina se produce por la relajación involuntaria del esfínter que se encuentra entre la vejiga y la uretra (esfínter interno) y también por la apertura voluntaria del esfínter que se encuentra en la uretra (esfínter externo).

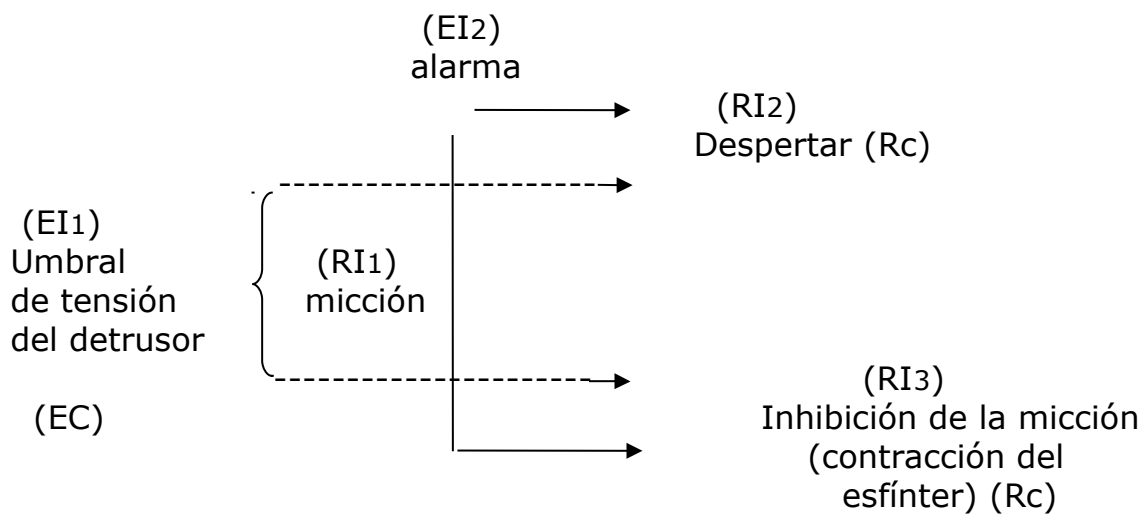
La tensión del músculo detrusor (cantidad de orina en la vejiga) es el **estimulo** que produce la micción involuntaria producida por el acto reflejo de relajación del esfínter (respuesta).

La intervención consiste en condicionar las respuestas de “**despertarse**” e “**inhibición del esfínter**”, necesarias para eliminar la enuresis.

-Explicación gráfica:



***Esquema del proceso de condicionamiento según Mowrer**



***Condicionamiento de las respuestas de despertar e inhibición según Jones.**

La línea discontinua señala la relación entre el EC y las dos respuestas condicionadas.

Cuando empieza la micción suena la alarma, que produce dos respuestas condicionadas, una la de “despertarse” y otra la de “inhibir” el flujo de la orina por cierre voluntario del esfínter.

Repetiendo esta secuencia cierto número de veces, se logrará establecer la asociación entre la distensión vesical y el acto de despertarse e inhibición de la micción. Esta conexión debe llegar a ser lo suficientemente reforzada (repetida) como para que la respuesta de despertarse y de contracción del esfínter se “adelanten” y ocurran antes de que comience la micción.

Por último, la tensión del musculo detrusor producida por el volumen de orina y la presión sobre el esfínter irán generando la respuesta de contracción de éste (RC2) y solo desencadenaran la respuesta de despertarse (RC1) ante una presión muy elevada.

El tratamiento dura aproximadamente entre 4 y 12 semanas y debe aplicarse a niños mayores de 5 años.

INTERVENCION EN CONSULTA. MODELO DE TRATAMIENTO.

Antes de iniciar el tratamiento psicológico, es necesaria una valoración médica para descartar las diversas formas no funcionales u orgánicas de la enuresis. Las manifestaciones orgánicas están relacionadas con patología genitourinaria: estructural, neurológica o infecciosa.

EVALUACION INICIAL:

Debemos analizar los factores asociados al inicio del problema que nos permitan descartar la posibilidad de que exista algún mecanismo de mantenimiento operante para la conducta que queremos eliminar; (el niño moja su cama deliberadamente), especialmente si se trata de **enuresis diurna**. Tenemos que evaluar si hay presencia de procesos de reforzamiento implicados, por ejemplo, los padres podrían estar actuando como mantenedores del problema si refuerzan a su hijo prestándole mucha atención cada vez que el niño moja su cama o su ropa; (dándole muchas explicaciones, contándole un cuento para tranquilizarle, o cualquier otro refuerzo valioso para el niño).

En otras ocasiones, el castigo puede producir la no extinción de la conducta problema, al generar emociones negativas en el niño como miedo, vergüenza, ansiedad, tristeza, inseguridad, sentimiento de culpa, etc., que pueden aumentar o mantener la conducta enurética. Por esta razón, es importante que conozcamos que tipo de castigos y refuerzos aplican los padres y como los administran.

También puede ocurrir, que los patrones de reforzamiento sean intermitentes, esto sucede, cuando en ocasiones se refuerza una conducta (se permite la conducta, o se premia con atención, obsequios, sermones...) y en otras ocasiones se castiga (bien quitándole un refuerzo, por ejemplo un juguete, ver la televisión, etc. o bien enfadándose duramente con el niño).

Debemos evaluar también, otras áreas del sistema familiar que puedan tener relación con el problema del niño, por ejemplo, si ha cambiado de colegio recientemente, relaciones sociales con otros niños, nacimiento de un hermano, separación o divorcio de los padres, cambio de domicilio, celos, miedo a la oscuridad, etc.).

Una vez descartado o eliminado cualquier proceso de reforzamiento u otra circunstancia estresante en la vida del niño, que pueda interferir en el tratamiento y teniendo establecido que el problema enurético se debe exclusivamente a una respuesta fisiológica cuyo control automático todavía no ha aparecido, entenderemos las variables del organismo como responsables del mantenimiento de la conducta problema (enuresis) e iniciaremos el tratamiento.

EXPLICACION DEL PROBLEMA Y PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION

Las técnicas de intervención utilizadas frecuentemente en la clínica infantil para el tratamiento de la enuresis, con resultados muy satisfactorios, combinan el método de Mowrer y Mowrer (1938); pipi stop, con un programa de refuerzo con fichas y/o la técnica de Mowrer y Mowrer, combinada con la técnica de entrenamiento en limpieza.

También se han observado resultados positivos solo con un programa de refuerzo con fichas. Pero este método es adecuado solo en aquellos casos en los que el niño se orina dos veces por semana o menos.

Técnica de Mowrer y Mowrer combinada con el “entrenamiento en limpieza” de Azrin, Snned y Foxx, 1974):

El “entrenamiento en limpieza” consiste en acudir al aseo a terminar de orinar, lavarse, cambiar su ropa interior y la de la cama, y hacerla de nuevo. Esta secuencia parece ayudar a establecer mejor el proceso de aprendizaje que se persigue, bien porque fortalece la relación entre la presión de la orina en el esfínter y la contracción de éste (retención, y relajación del esfínter (micción) en la situación adecuada (aseo). Otra razón podría ser el aumento de la estimulación aversiva que recibe el niño tras la micción involuntaria; alarma, levantarse, lavarse, cambiar la ropa interior, cambiar las sábanas mojadas y hacer de nuevo la cama.

A continuación se explican los pasos a seguir y que pueden servir de guía para el tratamiento de la enuresis.

DAR INFORMACION:

1. Podemos empezar explicando de forma sencilla **como funciona el aparato urinario**, ayudándonos de dibujos o ilustraciones donde aparezcan los órganos implicados (riñones, uréteres, vejiga, esfínteres y uretra). Explicamos que los riñones son los encargados de limpiar los desechos líquidos del organismo, y que éstos circulan por los uréteres hasta la vejiga, donde se expulsan al exterior a través de la uretra, donde tenemos un músculo que se llama esfínter y que es como si fuera un grifo que abrimos y cerramos.

2. El siguiente paso, será la **explicación de la enuresis** adaptando el lenguaje a su nivel cultural, puntualizando la no relación entre el problema del niño y su nivel de inteligencia.

La enuresis consiste en la incapacidad de inhibir (mantener cerrado) el esfínter externo, bien porque la vejiga no tiene suficiente capacidad, o porque no se posee la suficiente maduración para mantener la asociación adecuada entre la distensión vesical (vejiga llena) y el acto de despertarse e inhibición de la micción (cierre del esfínter). Este proceso se produce de una manera natural con la maduración del sistema nervioso de los individuos, pero a veces se retrasa, y en este caso podemos instaurarlo mediante la utilización de diferentes procedimientos psicológicos.

3. **Explicamos a los padres la lógica de la técnica de Mowrer y Mowrer**, expuesta anteriormente, se puede utilizar el esquema gráfico para que entiendan mejor el proceso de condicionamiento que vamos a introducir para eliminar la enuresis, si el nivel cultural lo permite, si no fuera así, lo aconsejable es dar simplemente instrucciones claras y explicaciones sencillas.

4. Explicación al niño y a los padres, del funcionamiento del aparato de alarma, introduciendo en la explicación la técnica de entrenamiento en limpieza. En este momento, los padres adoptarán un papel secundario, el niño debe convertirse en el protagonista implicado.

5. Realizamos un ensayo de conducta de la colocación del aparato de alarma con el niño. Es conveniente que conozcamos previamente el manejo del aparato y dispongamos de uno en nuestra consulta. Tranquilizamos a la familia sobre la seguridad del Pipi stop.

6. Preguntaremos al niño si lo ha entendido bien, si tiene alguna duda. Reforzaremos todo lo positivo que veamos en su actitud; capacidad para entender instrucciones, hacer preguntas, motivación, etc., y le animaremos a conseguirlo como otros niños que han tenido su mismo problema, intentando establecer una buena relación con él.

Le damos la hoja de registro (que se adjunta) y le explicamos que sirve para que pueda ir viendo sus avances y como va logrando controlar la orina. Le pedimos que sea él mismo quien lo cumplimente cada día.

Debemos tener en cuenta la edad del niño, si es menor de siete años, los padres pueden ayudar al niño con la tarea, pero no hacer el trabajo por él. Hay que adaptar el lenguaje que utilizamos a la edad del niño y la explicación del tratamiento al nivel cultural de los padres.

Es importante concienciar a los padres de las dificultades que entraña el tratamiento de la enuresis mediante este procedimiento. Hay que realizarlo diariamente, de lo contrario, no será efectivo. Se les recuerda que para que el tratamiento funcione es

necesario que se produzca la asociación en repetidas ocasiones de la micción y despertarse, lo que supone que en los primeros 10-15 días el niño seguirá con la misma frecuencia de camas mojadas.

Es posible que los padres tengan que levantarse varias veces por la noche, dependiendo de la edad del niño, con la molestia que eso conlleva, es necesario también que comprendan la importancia del refuerzo y la consistencia de la conducta. Por otro lado, debemos crear expectativas de éxito y enfatizar las ventajas que la solución del problema tendrá para el niño y para toda la familia (dormir sin interrupciones, eliminación de cubiertas impermeables, cambio de sábanas, lavado de ropa, posibilidad de asistencia a acampadas y excursiones, dormir fuera del hogar, viajar, autoestima y tranquilidad del niño, etc.).

Una de las características más habituales en la clínica infantil, es la prisa inicial de los padres por resolver el problema que traen a consulta, mostrándose muy acelerados y ansiosos, contagiando muchas veces al terapeuta, especialmente si es un terapeuta novel, que se estresa excesivamente ante la demanda inminente de los padres, que en la mayoría de los casos abandona prematuramente el tratamiento, cuando se les informa de que su colaboración es imprescindible en el tratamiento del problema de su hijo, y que deben poner en práctica fuera de la consulta, las indicaciones que se les da.

Por esta razón, el profesional debe mostrarse firme, insistiendo en la necesidad del compromiso del niño y de los padres si desean dar solución al problema, resaltando que todo tratamiento lleva un proceso, y ese proceso llevará un tiempo.

En el tratamiento de la enuresis, el niño debe tener voluntad de dejar de orinarse, de no ser así, es mejor no iniciarlo.

Una vez finalizada la sesión informativa, la familia se va a casa con toda la información e intentará ponerlo en práctica. En las sesiones posteriores, (una por semana), repasaremos dudas y dificultades, evaluaremos progresos, reforzaremos al niño por sus logros, aunque sean pocos, con el fin de mantener su motivación.

Tras 20-30 días de cama seca, se puede retirar el aparato de alarma y establecemos sesiones de seguimiento. Una visita cada 15 días aproximadamente puede estar bien.

Advertiremos a los padres que podría producirse algún incidente de cama mojada. En ese caso, debe considerarse como un hecho aislado, ante el que deben actuar con normalidad y no dar importancia.

Para el tratamiento de la **enuresis diurna**, se recomienda el "Entrenamiento en ejercicios de retención voluntaria" de la orina, basado en la técnica de retención de Kimmel (Kimmel y Kimmel, 1970), intentando retrasar el momento de ir al aseo y cortando el flujo durante la micción. Estos ejercicios no se prescriben para controlar

la micción nocturna, puesto que diferentes investigaciones han concluido que el control voluntario diurno no se generaliza al control automático nocturno (Doleys y otros, 1977; Fielding, 1980; Graña y Carrobles, 1980; Bragado, 1982).

Las instrucciones para el entrenamiento en retención son:

- Beber gran cantidad de líquido durante el día.
- Retener la orina durante unos minutos, al menos una vez al día.
- Anotar la cantidad de orina evacuada después de la retención (con la ayuda de un vaso medidor).
- Ejercitar muscularmente la contracción voluntaria del esfínter, interrumpiendo la micción varias veces mientras los niños orinan.

Técnica de Mowrer y Mowrer combinada con el “entrenamiento en limpieza” de Azrin, Snned y Foxx, 1974), junto a un programa de reforzamiento o economía de fichas.

Consiste en introducir un “sistema de recompensas” que ayude a motivar al niño para realizar la tarea y a potenciar el tratamiento propuesto. Con este sistema se intenta premiar al niño cada vez que no moja la cama, incrementando el número de noches secas para la obtención de premios de forma progresiva y a criterio de los padres.

Podemos elaborar diferentes diseños, dependiendo de la edad del niño, por ejemplo si es muy pequeño, un diseño clásico, es dibujar un registro calendario de 30 días, en una cartulina grande, donde cada día debe anotar o pegar un adhesivo si la cama está seca y poner una cruz si la cama está húmeda. Cada vez que pegue un adhesivo, el niño será premiado con elogios, alabanzas y muestras de afecto de los padres y de otros miembros de la familia, y por cada tres o cuatro adhesivos pegados, podrá obtener algún refuerzo especial; un juguete, un tebeo, ver un programa de televisión, etc.).

Los premios o gratificaciones deben ser razonables y muy atractivos para el niño, pero no deben convertirse en un gasto excesivo ni en darle todo lo que pida.

Es mejor acordar con él las recompensas que podrá recibir. El acuerdo debe ser equilibrado, no debe conseguir grandes premios con un mínimo esfuerzo. Es conveniente cumplir con lo estipulado en el contrato o acuerdo, revisándolo cada cierto tiempo, exigiéndole poco al principio, para que le resulte más fácil conseguir los premios e ir progresivamente aumentando la exigencia. Los premios se deben administrar a corto plazo, pues si se produce mucha distancia entre la conducta que queremos reforzar (no hacerse pis) y la gratificación por haberlo conseguido, no se produce la asociación adecuada entre conducta deseable-recompensa, especialmente si el niño es muy pequeño. Cuanto más pequeño es un niño, menor tiempo debe transcurrir entre la conducta adecuada y el refuerzo.

Referencias:

- Méndez, F. J. y Macià, D. (2002): "*Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*". Madrid: Pirámide.
- Macià, D. (2002): "*Problemas cotidianos de conducta en la infancia*". Madrid: Pirámide.
- Bragado Álvarez, M.C. (1994): "*Enuresis Infantil. Un problema con solución*". Madrid: Eudema.
- Larroy, C. y Lapuente, M.L. (2002): "*El niño desobediente. Estrategias para su control*". Madrid: Pirámide.
- Garber, S. (2001): "*Portarse bien*". Madrid: Medici.
- Cáceres, J. (1982): "*Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*". Madrid: Siglo XXI.
- Costa, M., y López, E. (1981): "*Si nuestro hijo moja todavía la cama*" Cuadernos de Educación para la Salud. Ayuntamiento de Madrid.