



# **Protocolo de actuación en la Enuresis**

**Máster oficial de Psicología de la Salud de la UAM**

Autor: José Santacreu Mas, UAM

Asesores: Carmen Bragado Álvarez, UCM  
José Antonio Carrobes, UAM

## INDICE

- 1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL.**
  - 1.1. ¿Qué es la enuresis?
  - 1.2. Tipos de enuresis e incidencia
  - 1.3. El control del reflejo de micción
  - 1.4. Como se facilita o dificulta el aprendizaje del control de la micción por parte de los padres
  - 1.5. Recomendaciones a los padres que consideran que su hijo ya debería controlar la micción nocturna.
  - 1.6. Algunas teorías de la enuresis.
  - 1.7. El tratamiento de la enuresis.
- 2. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y ÁRBOL DE DECISIONES**
  - 2.1. Los instrumentos de la evaluación de la enuresis:
  - 2.2. Análisis funcional del caso e informe a los padres, al niño (según la edad) o a otros profesionales.
  - 2.3. Sistema de toma de decisiones en el plan de tratamiento.
- 3. EL TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS**
  - 3.1. Listado de objetivos y técnicas apropiadas de tratamiento.
  - 3.2. Listado de posibles errores/desajustes detectables en los registros en función de la evolución del aprendizaje y sugerencia de soluciones.
- 4. EL PLAN DE GENERALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO.**
  - 4.1. El programa de generalización y autocontrol.
  - 4.2. El alta, recomendaciones a los padres ante las recaídas.
- 5. COMENTARIOS FINALES SOBRE IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA AL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA.**

## BIBLIOGRAFIA

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL.

### 1.1. ¿Qué es la enuresis?

La enuresis es un problema evolutivo de la micción. La definición más aceptada por la comunidad científica a efectos diagnósticos y como criterio a efectos epidemiológicos establece que la enuresis consiste en la “emisión involuntaria y persistente de orina durante el día o la noche, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (5 años) y no existen indicios de patología. Se manifiesta si el niño no ha aprendido a evacuar voluntariamente la orina en los lugares adecuados, es decir, si la micción no se realiza bajo control del individuo.

Desde el punto de vista del niño consiste en hacerse pis encima, en la ropa o en la cama o en lugares inadecuados, cuando ya *debería* tener control.

Decimos que es un problema evolutivo porque todos nacemos con el reflejo de micción, de forma que cuando la vejiga está llena se relajan los esfínteres y se libera la orina, pero en el curso del desarrollo aprendemos a controlar el reflejo y a orinar en el lugar apropiado. El momento a partir del cual controlamos la micción es muy variable y por tanto el diagnóstico de enuresis se establece *arbitrariamente* a partir de los cinco años (aunque como en otros ámbitos del desarrollo, las niñas adquieran la habilidad de controlar la micción antes que los niños). El problema de fijar el diagnóstico de enuresis en una edad arbitraria conlleva dudas sobre cuando iniciar el tratamiento, tanto a los padres como a los profesionales psicólogos. Del mismo modo resulta problemático establecer el diagnóstico con base a la frecuencia (número de veces por semana o mes) con la que el niño padece incontinencia urinaria (se orina encima de día o moja la cama por la noche). Se supone que la habilidad de orinar de manera controlada se aprende y, como en otros aprendizajes, aparecen avances y retrocesos antes de que definitivamente se tenga control. De todos modos, pueden aparecer fallos esporádicos en el control diurno o nocturno, incluso en adultos, debidos a falta de precaución, cansancio o al consumo de drogas o fármacos.

Algunos autores han definido la enuresis como la “persistencia de la micción involuntaria en ausencia de patologías urológicas, neurológicas o infecciones”. Esta definición se ajusta más al caso de las enuresis primarias que a las secundarias. En las enuresis primarias los niños no han llegado a controlar la micción en ningún momento de su vida, mientras que en el caso de las secundarias, habiendo controlado de manera estable su micción reaparece la enuresis. Se considera que en este caso la enuresis es secundaria a otros problemas de adaptación del niño.

### 1.2. Tipos de enuresis e incidencia

La enuresis se ha clasificado de diferentes maneras. La **enuresis funcional** es el tipo más común (más del 90% de los casos) y es aquella en la que los niños no presentan ningún otro problema bien sea de origen congénito orgánico, infeccioso o traumático. El niño no ha alcanzado todavía control sobre la micción pero este problema no puede ser achacable a ninguna otra causa. Su desarrollo general (motor y verbal) es normal y aparentemente sólo muestra dificultades en el aprendizaje del control de la micción. En los otros casos se habla de **enuresis orgánica** bien sea de tipo congénito o traumática.

También se distingue entre **enuresis primaria y secundaria**. En el primer caso, el niño no ha logrado control suficiente y puede encontrarse en cualquier estadio del aprendizaje del control voluntario de la micción. En el segundo, se trata de casos en los que después de un amplio periodo de control (más de 6 meses) el niño recae, en ocasiones, asociado a un accidente, a periodos de hospitalización largos, a nacimiento de hermanos o a pérdidas familiares. El nacimiento de un hermano en el momento en que el niño acaba de adquirir el control voluntario es una de las razones más comúnmente aducidas.

La distinción entre enuresis **diurna y nocturna** es obvia, sin embargo, su tratamiento plantea problemas diferentes. Aunque en términos generales aprendemos el control diurno antes que el nocturno, la enuresis diurna está asociada a la urgencia urinaria y se hipotetiza como posibles causas, la imposibilidad de inhibir el detrusor, de controlar la tensión de los esfínteres o a la falta de reconocimiento del llenado de la vejiga y de las contracciones del detrusor como indicador de tal llenado. En general, se admite que la enuresis diurna comporta más problemas médicos que la nocturna, lo que lleva a algunos autores a identificar la enuresis nocturna con la “auténtica enuresis”. La nocturna está relacionada con que las contracciones vesicales sean suficientes como para despertar al niño en mitad de la noche o bien con que la capacidad funcional de la vejiga sea suficiente para poder aguantar toda la noche sin orinar. El aprendizaje del control diurno y nocturno sigue procedimientos diferentes y normalmente se establece siempre primero el diurno. También cabe mencionar la distinción entre enuresis nocturna monosintomática (el tipo más frecuente) y polisintomática (se acompaña de numerosos síntomas miccionales). Esta última presenta, obviamente, complicaciones durante el proceso de tratamiento y, en general, tiene un peor pronóstico.

Los datos epidemiológicos, aunque varían de unos países a otros, son coincidentes en señalar que aproximadamente a los 3 años un 25% de los niños todavía se mean en la cama; el 15% todavía lo hacen a los 5 años, un 8 % a los 7 años y sólo un 2% a los 14 años, mientras que de día, a partir de los 3 años, el 100% de los niños controlan, salvo errores esporádicos inferiores a uno por semana. En todos aquellos casos en que se han realizado estudios de prevalencia de la enuresis, aprovechando la estancia de niños en clínicas y hospitales, los porcentajes obtenidos son superiores a los anteriormente mencionados. [Datos epidemiológicos.](#)

### **1.3. El control del reflejo de micción**

Al nacer, la micción se produce de manera refleja cuando la vejiga está llena. Al filtrarse la sangre en los riñones, la orina pasa a través de los uréteres a la vejiga. Ésta se va llenando y, cuando alcanza un determinado nivel, el músculo detrusor que la envuelve se contrae, aumentando la presión intravesical. El aumento de la presión inicia la relajación de los esfínteres (interno y externo) de la vejiga, lo que permite la salida de la orina por la uretra. Así pues, el reflejo de la micción permite que cuando la vejiga está llena, automáticamente, se expulse la orina sin necesidad de control. Con el desarrollo biológico y psicológico se alcanza el control de la micción. [Proceso evolutivo](#)

Para controlar la micción, cuando estamos despiertos, hemos de tener conciencia del deseo de orinar, percibiendo las contracciones del detrusor cuando la vejiga está llena. Esto implica aprender a controlar el esfínter externo de la vejiga para mantenerlo cerrado si deseamos postergar la micción. Posteriormente, para poder orinar en el lugar y momento adecuado, debemos aumentar la presión intravesical mediante la contracción de los músculos pélvicos y provocar a voluntad la relajación del esfínter externo, logrando evacuar incluso cuando la vejiga está medio llena [Croquis de la vejiga](#)

Normalmente se aprende a controlar de día el momento y lugar de la micción mediante las instrucciones adecuadas y el entrenamiento que usan los padres habitualmente. Si los padres elogian a los niños por hacer pis en el orinal y los regañan cuando lo hacen en otro lugar, señalándoles el lugar adecuado, los niños, cada vez controlan mejor el momento y lugar de la micción. En los programas de entrenamiento que se llevan a cabo en pre-escolar se establecen 3 objetivos diferenciados: usar el baño a petición de los adultos; por si mismos bajándose la ropa; pidiendo por si mismos ir al baño.

Por la noche, además de lo ya mencionado para el control diurno, cuando la vejiga se llena y el músculo detrusor se contrae, el niño mantiene los esfínteres cerrados para

no mojar la cama. El problema de llenado de vejiga por la noche tiene dos soluciones: la inhibición del detrusor permitiendo la expansión de la vejiga y, aguantando toda la noche o, alternativamente, despertarse para ir al cuarto de baño y liberar la orina acumulada. ([Lo que los niños deben saber](#)).

Sin duda, todas estas acciones se van facilitando con la práctica diaria diurna y nocturna y con la adecuada actuación de los padres que facilitan el aprendizaje de ésta y otras tareas como andar, comer o hablar. Conforme el niño va aprendiendo en su desarrollo evolutivo se va facilitando el control de la micción. De ello se deriva que el entrenamiento en control de esfínteres sólo es posible cuando el niño tiene un nivel de desarrollo general en motilidad y lenguaje que permita entender las instrucciones mínimas para llevarlo a cabo.

#### **1.4. Como se facilita o dificulta el aprendizaje del control de la micción por parte de los padres**

En la mayoría de los casos lo que se hace en el seno familiar para facilitar el aprendizaje es suficiente para aprender y desarrollar todas y cada una de las sorprendentes habilidades que el niño va adquiriendo en los primeros años de su vida. Le ayudamos cuando le permitimos que nos vea usar el baño; cuando le sentamos a él después de las comidas, cuando es más probable que evacue; cuando ya sin pañal le corregimos por mearse encima y le elogiamos cuando lo hace en el baño; cuando le pedimos que aguante un poquito (minutos) antes de atender la urgencia urinaria. Sin embargo, le impedimos aprender, cuando el niño ya controla de día y le sugerimos que vaya al baño frecuentemente; o cuando le ponemos ropa que a él no le es fácil desabrochar, cuando le restringimos los líquidos por la tarde o la noche o cuando, temerosos de que se moje, por razones propias de los adultos (prisas, o no disponer de ropa de recambio) le sugerimos que vaya al baño.

En este asunto, la recomendación del psicólogo a los padres es simple y general: Estad tranquilos y confiados, vuestro hijo aprenderá con más o menos rapidez, los niños no son igual de rápidos en todo y unos son más precoces que otros. Pero es obvio que hay que ocuparse de ellos y facilitarles el aprendizaje. Lo cómodo es que aprendan rápido porque nos hacen a los adultos la vida más fácil, pero queremos hijos y criarlos, estando cerca de ellos para que logren lo que sin duda desean: **crecer**. Por tanto, desear que los niños se comporten como adultos, ponerse nervioso por los pequeños fracasos de los niños o impacientarse, no consigue más que la infelicidad propia y la de quienes nos rodean.

#### **1.5. Recomendaciones a los padres que consideran que su hijo ya debería controlar la micción nocturna.**

Hasta los 3 años no deberíamos intentar procedimientos específicos de entrenamiento para que el niño no moje la cama durante la noche y en ningún caso sin la ayuda profesional de un psicólogo. Es lógico que los padres deseen acabar con los pañales y, probablemente, a esta edad otros hijos o vecinos ya no mojaban la cama, pero si los niños manifiestan deseos de aprender y los padres están preocupados por la falta de control del niño se debería consultar a un psicólogo clínico que nos dará las pautas de comportamiento oportunas y nos ayudará a corregir, si es el caso, los procedimientos habituales que hemos realizado hasta ahora para facilitar el aprendizaje al niño.

En todo caso, si el niño se va retrasando en este aprendizaje, los padres deberían concentrarse, en primer lugar en comprobar que el niño controla perfectamente de día, reteniendo la orina en periodos superiores a dos horas; usando el inodoro cuando lo considera conveniente o pidiendo ayuda cuando siente ganas de hacer pis; pudiendo evacuar antes de ir a dormir o antes de salir de casa aún con la vejiga medio vacía.

En segundo lugar observar si hay quejas o informes de dolor al evacuar (disuria), goteo diurno, chorro débil e irregular o urgencia urinaria tan exagerada que no da

tiempo a desabrocharse para ir al baño. En estos casos, si el problema persiste, habría que consultar con el pediatra.

En tercer lugar, si el niño moja la cama entre 2 y 5 veces por semana hay que continuar con el entrenamiento habitual de los padres, recordando, que los padres sólo deben intentar facilitar el aprendizaje. De todos modos a partir de los 5 años se debe consultar con el psicólogo si persiste la falta de control o los padres están preocupados. En cualquier caso, no hay que olvidar que la enuresis remite con la edad en una proporción elevada, cerca del 16 por ciento de los niños que mojan la cama dejarán de hacerlo al año siguiente sin ningún tratamiento específico

### **1.6. Algunas teorías de la enuresis.**

Aunque la enuresis es un problema evolutivo de la infancia y, por tanto, un problema que se resuelve con el tiempo, se han formulado algunas teorías que tratan de explicar porqué en algunos casos se retrasa el control de esfínteres y la adquisición del control voluntario de la micción.

Una de ellas es, que el **sueño especialmente profundo** de los niños que mojan la cama impide que las contracciones de los músculos de la vejiga despierten al niño antes de iniciar la micción. Sin embargo, los estudios electroencefalográficos, los escáneres y termografías cerebrales no han podido constatar diferencias que pudieran justificar la enuresis de algunos casos aunque algunos resultados de investigación apuntan a que los enuréticos presentan un **umbral para despertar** más elevado que los no enuréticos. Con respecto a las fases del sueño, la investigación pone de manifiesto que los episodios de enuresis ocurren aleatoriamente en las fases de sueño profundo y ligero, y el único estímulo que desencadena el episodio enurético es el llenado vesical hasta su límite funcional. También asociado al sueño se ha señalado la posibilidad de que las contracciones vesicales fueran demasiado débiles para provocar el despertar, al mismo tiempo que se ha propuesto que durante el sueño profundo el nivel de contracción de los esfínteres era deficiente. Lo cierto es que en la mayoría de los casos de enuresis no se ha podido confirmar deficiencias en el tono o la tensión muscular con respecto a niños que controlaban aunque, de todos modos, algunos autores han propuesto tratamientos farmacológicos de relativa eficacia dirigidos a aumentar la potencia de los esfínteres.

Se ha sugerido también que los casos de enuresis presentan una **capacidad funcional de vejiga disminuida** y, por tanto, no pueden aguantar toda la noche sin evacuar la orina. Sin embargo, la mayoría de los niños enuréticos tienen una capacidad media de la vejiga (CMV) similar a la los no enuréticos. (CMV = 150ml) aunque en algunos casos la capacidad de la vejiga está claramente reducida y asociada a retenciones de día inferiores a 2 horas. En relación a la alta frecuencia de micciones (poliuria) se ha planteado como hipótesis la **deficiencia de hormona antidiurética** (vasopresina) en el caso de descartar, en primera instancia, la capacidad funcional de vejiga disminuida. Sin embargo, parece cada vez mas claro que el tratamiento farmacológico derivado de esta explicación (Minourin) no cura la enuresis. La sugerencia de que este tratamiento se combine con el método de la alarma difícilmente puede ser exitosa por cuanto que los supuestos de ambos procedimientos resultan incompatibles.

La teoría comúnmente mantenida respecto a la enuresis desde una perspectiva psicológica es que ésta es debida a un **déficit de aprendizaje**. El control de la micción diurno y, especialmente, nocturno es una habilidad compleja que comporta muchos pasos y requiere un correcto entrenamiento, lo que no quiere decir que haya que ocuparse activamente de que el niño aprenda sino que hay que permitir que se den las condiciones para el aprendizaje que ya hemos reseñado. Esta teoría en la que se basa el tratamiento conductual, parte del supuesto de la naturaleza **involuntaria** de la

enuresis, es decir de que el niño no se moja adrede y señala como elementos importantes del proceso de aprendizaje:

A) que los niños tienen que aprender a discriminar la sensación de llenado de la vejiga y cualquier acción que lo impida dificulta el aprendizaje como, por ejemplo, poner a los niños en el orinal cada poco tiempo para que no se lo hagan encima,

B) que los niños tienen que conocer las consecuencias del comportamiento adecuado (cama seca) y no adecuado (cama mojada) y que el entrenamiento laxo debido a diferencias de actuación entre los padres, mimos excesivos o la flexibilidad de padres que hayan sufrido enuresis, no facilita el aprendizaje,

C) que el entrenamiento prematuro de los niños, cuando su nivel madurativo es insuficiente para este aprendizaje, puede inducir fobia al inodoro y rechazo de todo lo relacionado con este aprendizaje,

D) que los niños que tienen alta privación de la atención de los padres tratan de llamar la atención de muchas maneras mostrando dificultades y problemas de diversa índole y también dificultades del control de la micción.

La teoría del déficit de aprendizaje plantea analizar cual es el actual nivel de adquisición respecto del control de la micción, identificar los elementos, específicos de cada caso, que pueden dificultar el aprendizaje y el control estable de la micción y plantear un procedimiento que permita el aprendizaje de la manera más rápida y estable, utilizando cuales quiera de las técnicas de aprendizaje, especialmente las basadas en el condicionamiento de la conducta de despertar e ir al inodoro.

Cada una de las teorías mencionada no dan cuenta de todos los casos pero constituyen una guía para el experto que analiza el caso. Téngase en cuenta que se considera que el tratamiento intensivo que se propone (con ayuda de los padres a partir de los 5 años o exclusivamente dirigido al niño a partir de los 7 años) logrará un completo control en unos pocos meses en la mayoría de los casos.

### **1.7. El tratamiento de la enuresis**

El tratamiento de la enuresis, que se ha de llevar a cabo con la ayuda de un psicólogo, plantea exclusivamente el problema de con cuánta intensidad y parsimonia hay que afrontar el caso de manera que no usemos procedimientos excesivos y costosos para casos que no merecen tanto trabajo, ya que se ha demostrado desde hace tiempo que el tratamiento prototípico recomendado mediante condicionamiento es eficaz, en más del 75 % de los casos de enuresis funcional (considerando todos los casos que inician el tratamiento, incluyendo abandonos), en un máximo de 6 meses aunque, en algunos casos, apenas se necesitan 4 semanas.

El psicólogo clínico toma en consideración los registros de intervalo entre micciones diurno y el registro de micciones involuntarias nocturno además de la historia de aprendizaje del caso, descartando problemas orgánicos y otros problemas clínicos.

El problema del tratamiento de la enuresis es identificar las *dificultades de aprendizaje* que finalmente impiden el control voluntario nocturno permitiendo que el niño se despierte para ir al baño o aguantando durante toda la noche. Dichas dificultades, en algún momento de la vida del niño, han impedido el normal y común aprendizaje. En todo caso existe una técnica de condicionamiento mediante un sistema de alarma ante la orina que facilita de manera definitiva tal aprendizaje ([aparato despertador, pipi-stop](#)).

Como es bien conocido, el sistema de alarma ante la orina es un procedimiento basado en el condicionamiento clásico diseñado originalmente por Mowrer cuyo objetivo es que el niño se anticipe a la micción involuntaria por activación del reflejo durante la noche. El sistema de alarma, es un dispositivo que hace sonar un timbre al

humedecerse un interruptor eléctrico. El timbre se considera el EI del esquema de condicionamiento y ha de lograr la contracción del esfínter externo de la vejiga y despertar al niño por la noche para orinar en el inodoro. El sistema de alarma permite que se condicionen las sensaciones de llenado de vejiga y la distensión del esfínter externo al timbre. El sistema de alarma por si mismo no funciona, del mismo modo que repartir buenas novelas entre los analfabetos no facilita los conocimientos básicos de lectura y escritura. Sin embargo, dicho sistema de alarma, aplicado acorde con las leyes del condicionamiento, facilita el aprendizaje de manera que, el niño que está dormido en la cama, contraiga el esfínter externo de la vejiga y se despierte justo antes de iniciar la micción. Si se produce condicionamiento el niño contrae el esfínter externo y o bien se despierta justo antes de iniciar la micción o bien, alternativamente, distiende la vejiga y permanece durmiendo.

El sistema de alarma usado en las condiciones adecuadas al caso, permite al niño anticiparse al momento de la micción, despertar para ir al baño. Sin embargo, una vez logrado éste, la conducta de levantarse de la cama e ir al cuarto de baño resulta molesta y constituye un *costo de respuesta* importante que hay que mitigar con grandes dosis de reforzamiento (atención elogios, halagos y regalos por la conducta adecuada propia de los adultos: cama seca). Por tanto, después de n sesiones seguidas de cama seca, habría que continuar el tratamiento hasta asegurar el aprendizaje, ayudando a los padres a que manejen adecuadamente las contingencias de reforzamiento apropiadas al caso. Generalmente, como consecuencia del sobre entrenamiento, aumenta el número de días en que no se despierta para ir al baño por la noche, siendo capaz de aguantar hasta que se levanta por la mañana.

El entrenamiento aplicado a niños de 5-12 años depende de la autonomía del niño, de su capacidad para entender las instrucciones del clínico y de su grado de motivación (como en todo tipo de aprendizaje). Los padres juegan uno u otro papel dependiendo de estas variables. Si el niño no está motivado, es decir, no muestra interés activo, con la ayuda de los padres hay que lograr motivación adicional (premios o ventajas por hacer el trabajo o lograr el control). El psicólogo sabedor de estas cuestiones no recomendará el entrenamiento sin motivación demostrada por no mojar la cama.

En niñas de más de 7 años y en niños de más de 8 años, se recomienda que los padres no intervengan directamente, aunque deben supervisar el tratamiento de manera que el tratamiento sea, aparentemente, una cuestión entre el psicólogo y el niño. Sin embargo resulta imprescindible que sea el niño el que informe y explique a los padres (en presencia del psicólogo) de aquello que tiene que hacer por sí mismo, siguiendo lo que le ha dicho el psicólogo, para controlar el pis por la noche. En casos de niños más pequeños, la labor de los padres es fundamental y requiere entrenamiento por parte del psicólogo para decidir cómo actuar en cada fase del proceso, al igual que una comprensión del problema y del procedimiento de entrenamiento. Ello resulta imprescindible para tener claros los objetivos de aprendizaje en cada momento y las reglas del condicionamiento para impedir una aplicación del sistema de alarma que resulte inocua o perniciosa.

Aunque tanto en el caso de niños mayores como en el de pequeños, la supervisión de los padres es imprescindible, el hecho de plantear el tratamiento directamente con el niño, en el caso de los mayores, facilita su implicación en el entrenamiento, le hace sentirse mas importante y normalmente le motiva mucho mas: él mismo es el que va a resolver su problema. Adicionalmente, podemos evitar los vicios y antiguos modos utilizados por los padres para tratar de ayudar al niño y dado que la relación terapéutica es, supuestamente con el niño, el programa a aplicar no exige un conocimiento exhaustivo previo por parte de los padres de los procedimientos de cambio de comportamiento. En el caso del tratamiento de los niños mayores, los padres aprenden y supervisan a través de lo que el propio niño les cuenta y de las preguntas que hacen al niño sobre como proceder y sobre como le pueden ayudar.

## **2. El plan de tratamiento habitual en niños de 7 - 8 años suele constar:**

*Evaluación y planteamiento del caso:* Habitualmente se llevan a cabo en 2 ó 3 semanas de evaluación inicial de micciones diurnas y nocturnas. Identificación de la enuresis funcional. Sesiones clínicas de explicación del problema, del entrenamiento y del procedimiento de uso del aparato y fijación de la secuencia de objetivos.

*El tratamiento:* Se fijan los objetivos del tratamiento en función del número de micciones nocturnas, y la comprensión del niño de cual es el problema y su tratamiento. Se suelen dedicar de 4 a 8 semanas de entrenamiento con el sistema de alarma hasta que el niño anticipe y no moje la cama durante 8 días seguidos. Por ello, si al poner el aparato de alarma el niño aguantara toda la noche, en contra del sentido común, habría que inducirle a que bebiera por la noche hasta que al menos el sistema de alarma sonara una vez cada noche. Después se prepara un plan de generalización y desvanecimiento del uso del aparato de 2 semanas de duración, volviendo atrás cada vez que haya un fallo de control. Cuando el niño no sólo no haya mojado la cama durante 2 semanas seguidas sino que además no se levanta a orinar mas de una vez por semana, se inicia el periodo de seguimiento con sesiones cada vez mas distanciadas. Se considera un indicio de aprendizaje adicional que el niño no haya tenido que levantarse a orinar mas de una vez por semana, bajo el supuesto de que levantarse a orinar resulte molesto y podría actuar como un castigo al hecho de despertarse. En estas condiciones después de 3 meses de seguimiento sin problemas, se suele dar por resuelto el caso. Algunos autores recomiendan para controlar las recaídas y empezar a tratarlas lo antes posible, un seguimiento de de 6 meses, y para determinar que el tratamiento supera la remisión espontánea, un año.

### **1.7.2 El plan de tratamiento en niños menores de 7 - 8 años:**

Se trata de un plan de tratamiento dirigido fundamentalmente a los padres que son los que van a actuar como ayudantes del psicólogo. El proceso de evaluación es idéntico al de los niños mayores que pueden hacer el tratamiento por sí mismos y, por tanto, el psicólogo ha de estimar el grado de dirección y control que ha de ceder a los padres de acuerdo a su comprensión del problema, conocimientos y aptitudes generales, disponibilidad etc. En todo caso, han de ser ampliamente formados y capacitados para tomar decisiones y en su caso consultar al psicólogo.

Aunque desde el punto de vista epidemiológico la enuresis es un problema evolutivo importante y, potencialmente, incide en otros problemas de rendimiento escolar y en la autoestima del niño, el tratamiento que actualmente aplican los psicólogos en estos casos resuelve con gran eficacia el problema permitiendo un rápido aprendizaje.

## **2. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y ÁRBOL DE DECISIONES**

### **2.1. Los instrumentos de la evaluación de la enuresis:**

Los **registros** de micciones diurnas y nocturnas durante un par de semanas para conocer de día, la frecuencia de micciones diurnas, estimar el tamaño de la vejiga, el volumen promedio de una micción, el intervalo de aguante después de una primera demanda de urgencia urinaria y de noche la frecuencia de micciones nocturnas diarias y/o el volumen de las mismas. En el curso de la evaluación el psicólogo ha de saber, antes de comenzar el tratamiento, cuantas veces se despierta espontáneamente a orinar y/o cuántas veces moja la cama cada noche). [Rejillas de registro nocturno 2 \(Bragado\)](#). [Registro nocturno 1 \(Santacreu\)](#). [Registro diurno](#)

La **entrevista** a los **padres** y al **niño** separadamente, para determinar la historia de aprendizaje, los momentos de control y su duración, los estudios biológicos previos, los anteriores tratamientos, el entrenamiento diurno si lo hubo, la motivación de los padres y el niño para seguir el tratamiento y los posibles efectos secundarios de la enuresis en el rendimiento, la autoestima o el contacto social con adultos y compañeros (véase una [guía de evaluación](#)).

## **2.2. Análisis funcional del caso e informe a los padres, al niño (según la edad) o a otros profesionales.**

Los datos actuales del caso proporcionados por los registros diurnos nos indican si hay episodios de urgencia miccional y hasta qué punto, el niño puede retener la orina manteniendo la contracción de los esfínteres y reduciendo las contracciones del detrusor. Se considera indicios de urgencia: a) los escapes de orina sin aviso previo, b) si el niño hace la demanda cuando no puede aguantar ni un minuto más y c) el grado de atención que el niño presta a las señales de plenitud vesical (contracción del detrusor). Los problemas de control diurno aquí señalados pueden ser debidos al inadecuado o insuficiente entrenamiento, debido a que los adultos no han dedicado suficiente atención y tiempo a que el niño aprenda todos los detalles del control diurno: relajar el detrusor al tiempo que se mantiene la contracción del esfínter externo. Según el nivel de aprendizaje alcanzado y el grado de complicidad de los padres se iniciará un tratamiento que consolide lo aprendido respecto al control diurno.

Los datos de los registros nocturnos nos permiten dilucidar si se ha logrado cierto grado de control (días secos). Si el informe de micciones nocturnas de la primera entrevista indica que había menos días secos que en la primera semana de registro, puede que se deba al efecto de autocontrol que produce el hecho de registrar la propia conducta. Este efecto no se produce en todos los casos pero el hecho de que se produzca suele considerarse un indicador de un buen nivel de motivación. Mediante la entrevista al niño y a los padres hay que confirmar los datos que se presentan en el registro, inquiriendo sobre los detalles de cada día registrado, así como las variaciones respecto a semanas previas. Preguntar por los posibles cambios en la conducta paterna, el interés por el control de las micciones por parte del niño, las atribuciones causales por parte de todos respecto al control de la micción y a sus posibilidades de cambio con motivo del inicio de tratamiento.

## **2.3. Sistema de toma de decisiones en el plan de tratamiento**

Vamos a considerar los datos de la evaluación relevantes en la toma de decisión sobre el tipo de tratamiento (dirigido a padres versus al niño) y sobre objetivos del tratamiento en cada caso. [Árbol de decisiones](#). Tenemos que decidir en primer lugar, sobre si hay que llevar a cabo el tratamiento nocturno y, a continuación sobre si el tratamiento estará centrado en el niño o los padres:

2.3.1. ¿Están descartados problemas biológicos: genéticos, espina bífida, glucosa en sangre, etc.?

*No, entonces debemos pedir una revisión médica exhaustiva, ajustar las expectativas de los padres y del niño y, en todo caso, seguir el procedimiento de condicionamiento para el control, ajustando las expectativas de éxito.*

2.3.2. ¿Es mayor de 5 años?

*No, entonces hay que comprobar el exhaustivo control diurno. Revisar el procedimiento de entrenamiento para el control nocturno que siguen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias y reducir su impaciencia para el logro del control.*

2.3.3. ¿Tiene control diurno suficiente y controla la micción diurna sin errores?

*No, entonces hay que llevar a cabo un tratamiento de ayuda para el control diurno (aumento de la **capacidad funcional** vejiga, relajación del detrusor y control voluntario del esfínter externo tipo **Método de Kimmel**). Revisar el procedimiento de entrenamiento para el control nocturno que siguen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias.*

- 2.3.4. ¿Tiene más de 7 años, comprensión de cuál es el problema y sobrada motivación para afrontarlo?

*No, entonces hay que iniciar tratamiento mediante el **sistema de alarma** centrado en los padres como co-terapeutas, ayudando a que éstos entiendan la lógica del tratamiento y lo apliquen correctamente, al tiempo que se hace el tratamiento con el niño.*

*Si, entonces hay que iniciar tratamiento mediante el **sistema de alarma** centrado en el niño con los padres como ayuda.*

- 2.3.5. ¿El niño ha tenido control de la micción nocturna continuada por un periodo superior a 6 meses?

- 2.3.6. *No, entonces consideramos que se trata enuresis primaria y proponemos iniciar tratamiento habitual.*

*Si, entonces probablemente se trata de enuresis secundaria. Hay que identificar mediante análisis funcional la pérdida de contingencias de reforzamiento específica de la micción y, en general, llevar a cabo un programa de aumento global del reforzamiento al tiempo que se lleva el programa habitual de control de la enuresis.*

### 3. EL TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

#### 3.1. Listado de objetivos y técnicas apropiadas de tratamiento.

El tratamiento exige, durante todo el proceso, una **evaluación continua semanal** de la micción nocturna: el despertar para ir al baño, los pequeños escapes o la micción completa en la cama sin despertar.

El tratamiento de la enuresis plantea los siguientes objetivos que, en todo caso, son función del análisis funcional que previamente hemos desarrollado, considerando los registros nocturnos y diurnos, los conocimientos y expectativas de los padres y la capacidad del niño de llevar a cabo por sí mismo el tratamiento.

- 3.1.1. **Explicación a los padres del posible análisis funcional**, de la diversidad del aprendizaje del control, de la necesidad de un tratamiento particular en función del momento evolutivo del niño, minimizar la importancia del problema y señalar el habitual éxito del tratamiento en el plazo de 3 meses.
- 3.1.2. **Explicar el funcionamiento del control evolutivo de la micción** y los posibles aceleradores y desaceleradores del proceso de control (p.e. haber insistido en que se siente en la taza cada poco tiempo para orinar durante un largo periodo de tiempo, frena el aprendizaje).
- 3.1.3. **Explicar el funcionamiento del sistema de alarma** a los padres y, en su caso al niño, basado en el proceso de condicionamiento. Explicar las variables de las que es función el aprendizaje en las diferentes etapas: el efecto del nº de ensayos y la ingesta de agua, el despertarse por sí solo por la noche, el posible efecto placebo inducido por el sistema de alarma y el proceso de generalización del control.

- 3.1.4. **Iniciar control diurno** hasta su completo control antes de iniciar el control nocturno. Registro de la técnica y génesis de autocontrol de la evacuación.
- 3.1.5. El **control nocturno hasta conseguir despertar antes de la micción**. Iniciar el procedimiento sin restricción de líquidos. Comprobar el buen funcionamiento del sistema de alarma. Comprobar que el niño (con ayuda o no de los padres pero con la supervisión de los mismos) se despierta, interrumpe la micción, va al cuarto de baño para terminar la micción y reinicia de nuevo el aparato correctamente. Si en esta fase, durante la noche, hubiera más de tres noches sin micciones de ninguna índole (ni moja la cama ni orina en el baño), insistir en la ingesta de líquidos adicionales para que aumente el nº de ensayos de condicionamiento, advirtiendo del objetivo que se persigue en esta fase de aprendizaje y de sus habituales efectos.
- 3.1.6. El **control nocturno hasta conseguir cama seca** durante dos semanas seguidas sin episodios de micción inadecuada durante la noche: el niño o bien duerme durante toda la noche sin necesidad de orinar durante la noche o lo hace en el cuarto de baño. Este logro supone el condicionamiento, despertarse por llenado de la vejiga y cierta habilidad para relajar el detrusor al tiempo que mantiene la contracción del esfínter externo. A partir de este momento no hay que inducir la ingesta adicional de líquidos.
- 3.1.7. El **control nocturno hasta conseguir cama seca sin despertar** durante la noche. Supone un suficiente tamaño de la vejiga para aguantar sin orinar durante la noche. Constituye la solución del problema y a partir de este momento se empieza a retirar los aparatos de control externo.
- 3.1.8. El **control nocturno sin micción durante la noche con sistema de alarma puesto desconectado** en días alternos. Generalización del control y condicionamiento de la propia micción nocturna.
- 3.1.9. El **control nocturno sin micción durante la noche sin sistema de alarma** durante dos semanas adicionales supone el control nocturno de la enuresis y, si se ha seguido el procedimiento, más de un mes seguido sin micciones inadecuadas.

### **3.2. Listado de posibles errores / desajustes detectables en los registros en función de la evolución del aprendizaje y sugerencia de soluciones.**

#### *3.2.1. El aparato falla, el niño orina y no suena.*

Puede que haya sonado y lo haya apagado y se haya vuelto a dormir sin que los padres se hayan despertado. O puede tener problemas de contacto en los dos polos del interruptor del timbre.

Un fallo de esta índole exige que se informe en el mismo día al psicólogo y que éste tome la decisión adecuada. Si el EI (el timbre) no aparece en el procedimiento de condicionamiento, se producen ensayos de aprendizaje en sentido opuesto al deseado.

#### *3.2.2. Todo el mundo en la casa se despierta pero el niño no.*

Es uno de los más graves problemas que se presentan, sobre todo, si el timbre ya suena en su máxima intensidad. Hay que tratar de que alguien en la casa se acerque al niño sin apagar el aparato y hacer que el niño siga la cadena conductual prevista. Este hecho puede indicar que hay falta de motivación y para contrarrestarlo es conveniente preparar un programa de contingencias a modo de juego (economía de fichas) que refuerce el apagar el timbre antes de

que lleguen los padres. En ningún caso culpar a nadie del problema y, en última instancia, retirar el tratamiento (aparato) ya que resultaría inútil o contraproducente dado que el EI (timbre) no logra la RI, contracción del esfínter externo y despertar.

**3.2.3. *El sistema de alarma funciona pero el niño no logra anticipar y despertarse antes de orinar.***

El niño no condiciona en el sentido de anticipar y contraer el esfínter externo. Da la impresión de que está durmiendo esperando que suene el timbre, para iniciar la contracción del esfínter externo e ir al baño. Si después de 15 ensayos seguidos el niño no condiciona, suena el timbre del sistema de alarma porque ha orinado pero no se despierta antes de que lleguen los padres (2 semanas) debemos indagar en la secuencia de acciones que ocurren desde que se acuesta hasta que se reactiva el aparato y se acuesta de nuevo. Debemos revisar la información que manejan los padres y, en todo caso, al igual que en el supuesto anterior, preparar un plan para reforzar el comportamiento de despertarse antes de que lleguen los padres.

**3.2.4. *El niño anticipa pero no logra dormir toda la noche sin despertar.***

En este caso hay que tener más paciencia. El niño ha tenido éxito, no moja la cama, pero se levanta al cuarto de baño. Dejar de insistir en que beba más líquidos de los que bebe por su propia iniciativa, con el único objetivo de permitirle que logre una noche seca sin despertar. Quizás cabría hipotetizar que está excesivamente excitado (motivado) y habría que tranquilizarle al respecto.

**3.2.5. *El niño deja de orinarse y no se despierta durante la noche desde el inicio del programa, por lo que el timbre del sistema de alarma no ha sonado y no ha podido producir condicionamiento.***

Hay ocasiones en que durante el inicio de la terapia el problema desaparece, debido, probablemente, al autocontrol provocado por el registro de micciones, a los cambios de comportamiento de los padres o debido a que justamente coincide con el momento evolutivo apropiado. El niño deja de orinarse en la cama aún induciéndole a beber líquidos (un vaso de agua antes de irse a dormir) y, por tanto, el sorprendente y rápido éxito no se puede atribuir al condicionamiento mediante el sistema de alarma.

#### **4. EL PLAN DE GENERALIZACIÓN, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO.**

El plan de generalización de un programa de tratamiento se plantea cuando se ha logrado un cambio evidente en la conducta objetivo en las condiciones artificiales del tratamiento, bien sea en sesión o en otras circunstancias. Se generaliza, en el caso de la enuresis, cuando en otros lugares y situaciones o bien bajo las condiciones habituales de la vida, el niño demuestra un control sobre la conducta problema.

Iniciamos el programa de generalización cuando, en las condiciones habituales de entrenamiento, ya no se produce una respuesta de micción involuntaria en la cama y, en consecuencia, no se pueden producir ensayos de condicionamiento. Este hecho es debido a que el sistema de alarma, en ausencia de humedad, no conecta el timbre (no se presenta el EI) y el procedimiento no se activa. Durante el tratamiento, a los efectos de conseguir un número de ensayos de condicionamiento suficiente, se induce, como hemos visto, la ingesta adicional de bebidas. Después de dos semanas en estas condiciones, en las que no hay micciones inadecuadas, se debe iniciar un procedimiento de generalización que en este caso está centrado en el desvanecimiento del procedimiento del aparato de alarma.

El autocontrol, en un programa terapéutico, tiene como objetivo entrenar a la persona en la resolución de pequeñas reincidencias con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento. En el caso de la enuresis tiene como objetivo que los padres y los propios niños sepan como proceder ante un pequeño accidente, que valoren la gravedad del problema y obren en consecuencia.

El seguimiento propiamente es una etapa de control en la que no hay sesiones de tratamiento propiamente dicho y solo se toman datos de registro y autoevaluación por parte de las personas implicadas.

#### **4.1. El programa de generalización y autocontrol.**

El objetivo del plan de generalización consiste en exponer al niño a situación de acostarse sin el aparato de alarma y sin a la atención de los padres al tema de la enuresis y su tratamiento.

El objetivo del plan de autocontrol que planteamos es comprobar que el niño atribuye el control de la micción nocturna a su propia habilidad, se siente seguro de su control y ve el tema como algo ya aprendido pero en periodo de comprobación.

Este procedimiento de generalización e inducción de autocontrol están entrelazados, se lleva acabo mediante conversaciones en sesión con los padres y/o el niño y, globalmente, se parece a un proceso de desvanecimiento que en este caso es relativo a la totalidad del proceso terapéutico. Se inicia cuando, en total, el niño consigue un mes seguido sin errores. No se debe iniciar si al menos no lleva una semana seguida controlando con el aparato conectado a días alternos y 15 días consecutivos completamente secos.

Si no hay errores de control (no ha habido episodios de mojar la cama) se aplica sucesivamente un distanciamiento adicional sobre el procedimiento siguiente: Citas a los 15 días, a los 21 días, al mes y a los 2 meses. Se recomienda que si hubiera más de un error en una semana, se recupere la secuencia partiendo de una semana con conexión continuada del sistema de alarma e ingesta adicional de líquidos.

#### **4.2. El alta, recomendaciones a los padres ante las recaídas.**

No es esperable que haya recaídas, porque el procedimiento aplicado conlleva auto refuerzo por parte del niño, refuerzo externo de los padres y comodidad para todos y un amplio periodo de control de la enuresis. Si a pesar de ello las hubiera después del periodo de generalización y autocontrol, en el periodo de seguimiento, la primera hipótesis a manejar es una reducción de la tasa de refuerzos de los padres. Esto es, al acabar el tratamiento, conseguidos los objetivos paternos, sin el control del psicólogo, se reduce la atención al niño. Antes de reiniciar el tratamiento habría que, en una sesión con los padres, comprobar esta hipótesis y, consecuentemente, preparar un plan para que mantuvieran la tasa de refuerzos, identificando un amplio número de conductas por las que el niño debiera ser reforzado instruyéndoles en el uso adecuado del refuerzo.

Algunos autores consideran que las recaídas se deben a un proceso de extinción del condicionamiento. Deberíamos tener en consideración esta hipótesis en el caso de que no se tratara de accidentes esporádicos sino de una perdida del control de la micción frecuente (2 o 3 veces por semana). En este caso habría que reinstaurar el procedimiento, teniendo en cuenta de que para conseguir un buen número de ensayos de condicionamiento debemos empezar el tratamiento a partir del momento en que incorporamos la ingesta adicional de líquidos, ya que en el periodo de seguimiento los accidentes son esporádicos.

## 5. COMENTARIOS FINALES SOBRE IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA AL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA.

A pesar de que el problema de la enuresis es conocido desde hace mucho tiempo y el tratamiento planteado por Mowrer en 1938 mediante el sistema de alarma ha demostrado su eficacia desde entonces, en **medicina y pediatría no se ha incorporado como tratamiento de elección** debido a la falta de comunicación entre la psicología y la medicina. Probablemente la incomprensión aún hoy de los procesos de aprendizaje por condicionamiento, tanto en psicólogos como médicos y, la aproximación habitual en medicina desde una perspectiva bioquímica, ha impedido la incorporación de la técnica. Lo que si se ha observado es la recomendación, cada vez más usual, de que los padres compren un sistema de alarma para supuestamente, siguiendo el manual de instrucciones, como si de un medicamento se tratara, se lo instalen a los niños. En estas condiciones, la técnica no supera el 40% de éxito en los primeros 6 meses de tratamiento cuando, aplicada por psicólogos expertos en las leyes del condicionamiento, siguiendo prescripciones apropiadas como las descritas en esta guía superan el 90%.

Sin embargo la falta de comunicación entre pediatras y psicólogos, el retraso en la incorporación de la psicología clínica al sistema sanitario y la falta de protocolos de intervención clínica apropiados en este contexto, ha hecho que todavía hoy el 15% de los niños mayores de 5 años (lo que corresponde a 53 de cada 1000 niños que acuden a una consulta pediátrica) sufran las consecuencias de hacerse pis en la cama sin que se les ofrezca una ayuda rápida y eficaz. Sin duda los psicólogos, como recién incorporados al sistema de salud, debemos asumir la responsabilidad de la explicación y la propuesta de protocolos claros que ayuden a minimizar este trastorno evolutivo.

## Bibliografía

La bibliografía sobre el tema es extensísima tanto en los protocolos de intervención como en el análisis de las causas de los diferentes tipos de enuresis. La investigación sobre los fármacos utilizados en el tratamiento de la enuresis también es extensa y, en ocasiones, debido a la manera inadecuada de plantear el tratamiento psicológico sugiere que es bastante eficaz aunque hoy nadie plantea su superioridad, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios.

José Cáceres, **Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama**, Siglo XXI Editores. Madrid 1995

Como su título indica es un libro para padres. Se trata de una guía que ayuda a los padres que pudieran tener un hijo que se hace pis en la cama y que debiera haber aprendido a dejar de hacerlo. Entre sus muchas virtudes destaca un listado bastante exhaustivo de *lo que no es recomendable hacer* y lo que permite o favorece el aprendizaje del niño. Propone los tratamientos psicológicos al uso y como superar cada uno de sus posibles inconvenientes.

Carmen Bragado Álvarez (2009) **Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces**. Ed. Pirámide.

Este libro es actualmente el documento más completo y actualizado sobre la enuresis. Desde nuestro punto de vista es imprescindible su lectura para llevar a cabo el tratamiento de la enuresis por parte de cualquier psicólogo clínico, aunque también es de utilidad para pediatras con conocimientos de aprendizaje.

Revisa el concepto de enuresis, sus tipos y los estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo en distintas muestras. Se explica el funcionamiento de la micción y de la vejiga y las relaciones de la enuresis nocturna con posibles determinantes genéticos, su relación con el sueño, la capacidad de la vejiga y la maduración y desarrollo del niño.

Da cuenta de los procedimientos de evaluación de manera exhaustiva y propone una guía de actuación con distintos instrumentos de evaluación, tipos de registros diurnos y nocturnos, guías de entrevista a padres y niños. Describe los fundamentos de las distintas terapias farmacológicas y psicológicas utilizadas y plantea de modo extenso el tratamiento psicológico de la enuresis centrado en el método de la alarma junto a otros procedimientos operantes.

Sin duda su virtud más destacada, además de la revisión exhaustiva del tema son las guías y ayudas para que el clínico pueda llevar a cabo el tratamiento de manera eficaz y sencilla.

Josep Toro: (1992) **Enuresis Causas y tratamiento**. Ed. Martínez Roca.

Este libro presenta una amplia revisión de la investigación sobre la enuresis tratando de desentrañar cuáles son sus causas, revisando las numerosas y dispares hipótesis que se han planteado para explicar porque no se logra el control de la micción entre los 4 y los 5 años. Revisa también los numerosos tipos de tratamientos que, tanto desde la medicina como desde la psicología, se han desarrollado evaluando su eficacia y hace especial hincapié en el análisis de los fármacos que potencialmente se han usado dando una explicación de la lógica de la prescripción.

Desde el punto de vista de promover un plan de intervención resulta demasiado sintético aunque trata de ser integrador de los conocimientos médicos y psicológicos.

Bragado, C. (1999). Tratamiento de un caso de enuresis nocturna monosintomática con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva. *Clínica y Salud*, 10 (2), 211-229

En este artículo se puede apreciar la puesta en marcha del método de la alarma con un niño de 7 años que sufría enuresis nocturna primaria y espina bífida oculta, así como las dificultades encontradas durante la intervención y lo que se hizo para solucionarlas. El problema se solucionó en 4 meses. Los resultados obtenidos pueden atribuirse (sin riesgo de equivocarse) al efecto del tratamiento, dado que se siguió un diseño de retirada (ABAB) y un seguimiento prolongado (2 años).

Registro diurno

Nombre:

Día de la semana y fecha de inicio: [miércoles 3/03/2010](#)

HORAS	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Nº veces día
Lunes																	
Martes																	
Miércoles		*		*			*		*			*				*	6
Jueves			*				*		*			*		*		*	5
Viernes																	
Sábado																	
Domingo																	

[VOLVER ►](#)

Registro nocturno (tomado de Santacreu (1985))

Nombre:

Día de la semana y fecha de inicio: [miércoles 3/03/2010](#)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
SECO		X					X
POCO MOJADO	X		X		X	X	
MOJADO				X			
¿sonó el timbre?	si	no	si	si	si	si	no
Hora en que despertó solo		3:30					4:00

Observaciones: [El jueves sonó la alarma pero no logro despertarse hasta que llegaron los padres y estaba totalmente mojado.](#)

[VOLVER ►](#)

**Registro nocturno 2** (tomado de Bragado 2009).

**Nombre:**

FECHA	Falló SI/NO	Hora en que suena la alarma	¿Oye la alarma? SI/NO	Tamaño de la mancha: *	¿Se despertó espontáneamente para orinar? Hora:

\* P= pequeño, M = Mediano, G= grande.

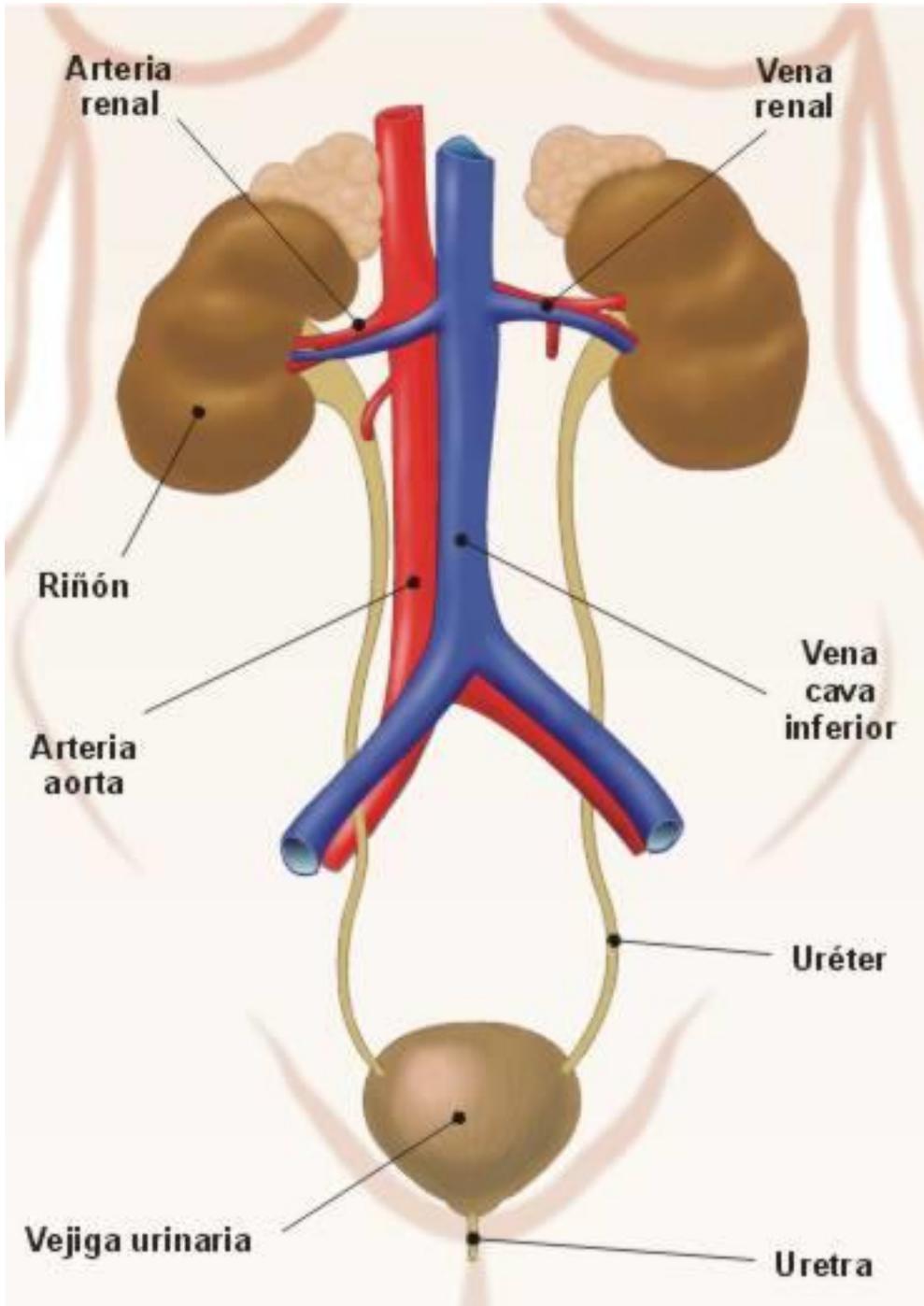
[VOLVER ►](#)

## **LO QUE LOS NIÑOS TIENEN QUE APRENDER:**

### **DURANTE LA NOCHE**

- **Si se les despierta deberían ser capaces de ir al baño o pedir ayuda a los padres para ir al baño.**  
*Aprender la secuencia de movimientos para ir al baño partiendo de tumbado en la cama con la luz apagada, orinando en el inodoro y vuelta a la cama.*
- **Despertarse cuando tienen la vejiga llena, reconocer que hay una urgencia urinaria, aguantar contrayendo los esfínteres, levantarse e ir al baño.**  
*Entrenamiento con el sistema de alarma con ingesta incrementada de líquidos.*
- **Inhibir el reflejo de micción, mediante la contracción del esfínter, para poder aguantar toda la noche.**  
*El niño entrenado con el sistema de alarma que ya no moja la cama dejará de levantarse para ir al baño al cabo de unas semanas en condiciones normales de ingesta de líquidos*

[VOLVER ►](#)



[VOLVER ►](#)



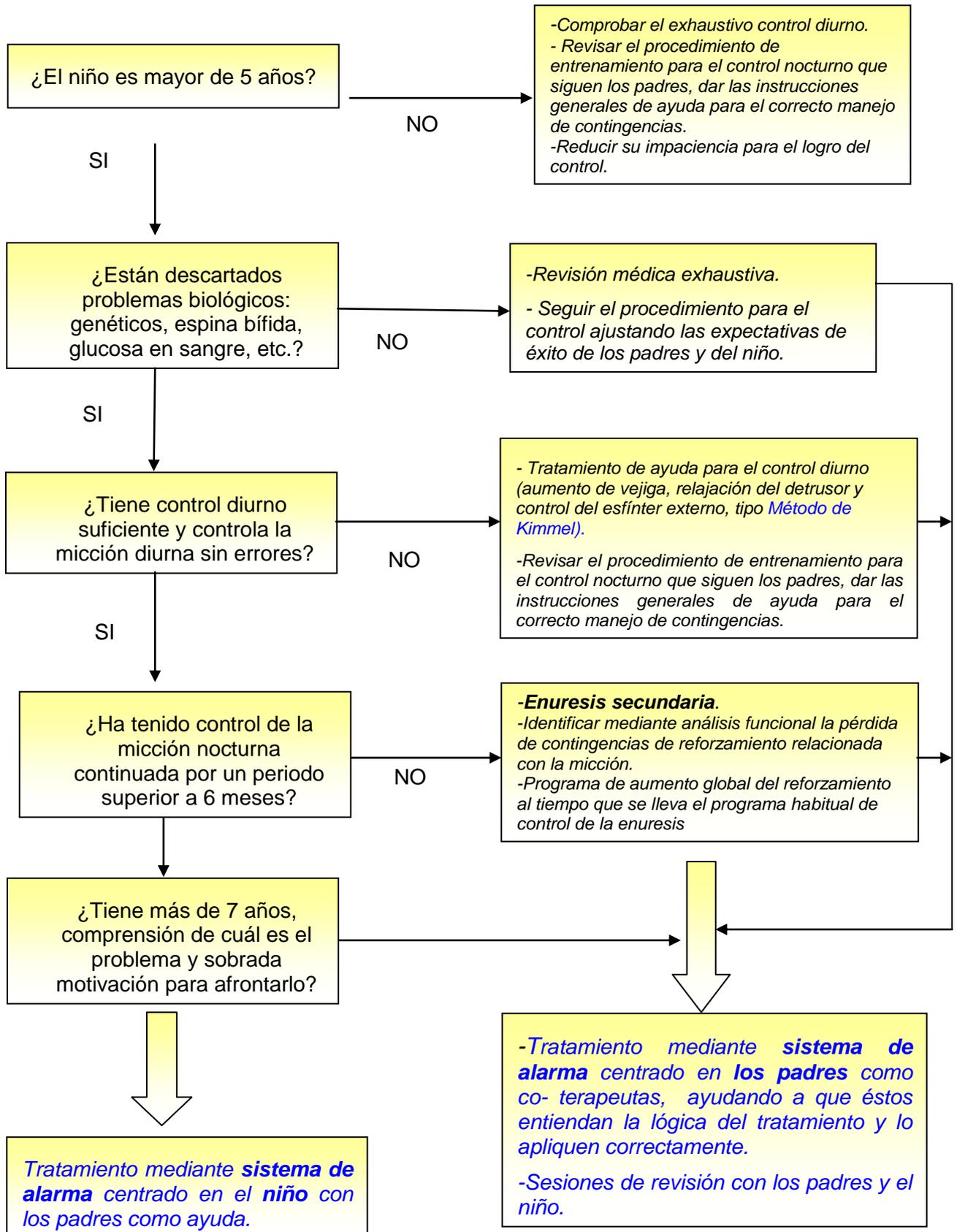
[VOLVER ►](#)

- **Proceso evolutivo del control de la Micción**

- **Nacimiento:** Reflejo de micción.
- **1-2 años:** Maduración del S.N. Consciencia de la necesidad de orinar.
- **3 años:** Incremento capacidad vejiga. Inicio del control diurno.
- **4 años:** Control diurno. Trasmisión del proceso al control nocturno.

[VOLVER ►](#)

## ÁRBOL DE DECISIONES DE TRATAMIENTO



[VOLVER ►](#)

## EL PROCEDIMIENTO DE KIMMEL

### Remodelado por diversos autores

El procedimiento ideado por Kimmel y Kimmel (1970) es un **entrenamiento diurno en retención de la orina**, aplazando la evacuación por un tiempo cada vez mayor cuando el deseo de orinar resulta inminente, lo que conlleva ejercitar el control voluntario del esfínter externo.

Las explicaciones de por qué funciona o podría funcionar este método no son compartidas por todos los autores. Subyace la idea de que las dificultades de aprendizaje del control nocturno están relacionadas con:

- una reducida capacidad de la vejiga,
- una dificultad para inhibir el músculo detrusor cuando se plantea la urgencia urinaria y
- un déficit en el control de esfínter externo de la vejiga para impedir la micción o
- cualquiera de las posibles combinaciones de estas tres variables.

Como consecuencia de ello se propone un tratamiento diurno cuyo objetivo es incrementar la capacidad **funcional** de la vejiga, fortaleciendo el esfínter externo de la vejiga.

Se propone llevarlo a cabo en momentos en los que no haya restricciones de tiempo o de tareas que impidan que se pueda llevar a cabo el tratamiento en casa sin temor a que puedan ocurrir errores (al niño se le escape la orina).

- Vestido en la parte inferior con ropa fácil de quitar, se le sugiere al niño que beba regularmente para que tenga ganas de orinar frecuentemente y se concentre el entrenamiento, pidiendo que demore la micción. Se le explica cómo funciona la micción y la sensación de llenado de la vejiga. El objetivo es que el niño aguante y distienda la vejiga tanto como pueda, registrando en una sesión cuantas veces queriendo orinar se aguanta y retiene y,
- Cuando definitivamente va al baño y orina, se le sugiere que interrumpa la micción en dos o tres ocasiones mientras realiza la descarga. (Starfield y Mellits 1968) Cada avance se refuerza positivamente (moldeamiento).

Véase con más detalle el procedimiento en:

- Kimmel H D y Kimmel E (1970) Instrumental conditioning for de the treatment o enuresis *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1, 121-123
- Bragado Álvarez, C, (2009) *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces*. Ed. Pirámide.

[VOLVER ►](#)

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS							
AUTOR	Muestra	% de casos	Razón Niño / niñas	Mayores de 5 años		Mayores de 13 años	
				Niños	Niñas	Niños	Niñas
Bragado (1980)	1.062 Pobl. Clínica	18.36	1.3	34.8	23.5	9.2	0
Sánchez Chapado et al. (1983)	4.335 Pobl. General (	9.37	1.3	21.1	13.6	2.4	0.4
Del Pozo (SPEH) (1998)	29.793 Pobl. General	10.6	1.4	8.5	3.6	-	-

Véase una amplia revisión en Bragado (2009)

[VOLVER ►](#)

## Guía de evaluación de la enuresis

### GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA ENURESIS.

#### PROCEDIMIENTOS:

1. Entrevista a los padres
2. Entrevista al niño, especialmente, si tiene más de 7 años.
3. Registros de micción diurna y nocturna.
4. Examen médico

#### OBJETIVOS:

##### Examen médico:

Descartar cualquier anomalía que pudiera afectar al buen funcionamiento de la vejiga y al sistema de evacuación de la orina o al volumen y frecuencia urinaria, infecciones, dolor en la micción, diabetes, malformaciones, etc.

##### Entrevista a los padres y/o al niño:

**El comportamiento urinario diurno y nocturno:** frecuencia y capacidad de retención. Nivel actual de habilidades de control.

**Historia del problema enurético:** Dificultades del control diurno y nocturno, el procedimiento seguido por los padres. Periodos de continencia, capacidad y motivación del niño para afrontarlo.

**Intentos previos de tratamiento:** Evaluar si ha habido tratamientos previos, tipos de terapias aplicadas y logros alcanzados.

**Enuresis en la familia:** La enuresis en otros miembros de la familia y la actitud de los padres hacia el problema.

**Problemas adicionales que dificulten el aprendizaje:** miedo a la oscuridad, terrores nocturnos, bajo rendimiento escolar, problemas de control paterno del comportamiento del niño u otros problemas psicológicos.

**Estudio del contexto familiar:** facilidades para el tratamiento, condiciones de la vivienda y de la habitación en la que duerme el niño (si duerme solo), problemas maritales, acuerdo de los padres respecto al tratamiento del problema del niño.

##### Análisis funcional:

Identificar las contingencias que dificulten el aprendizaje actualmente y obtener una explicación de las dificultades de control que ha tenido el niño.

[VOLVER ►](#)