

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

**EL TRATAMIENTO CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA  
ENURESIS INFANTIL**

Trabajo Final de Integración

Tutora: Lic. Gabriela Ramos Mejía

Autor: Rosalía Carrillo

Buenos Aires, Mayo 2007

## INDICE GENERAL

	Pág.
<b>Introducción</b>	3
Presentación del tema	3
Objetivos	4
Metodología	5
<b>Marco teórico</b>	6
Concepto de enuresis	6
Tipos de enuresis	8
Estadísticas en enuresis	9
Etiología de la enuresis infantil	10
Diagnóstico de la enuresis infantil	13
Evaluación diagnóstica	14
Tratamiento de la enuresis	15
El enfoque conductista	15
El enfoque cognitivista	16
<b>Tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales</b>	19
La psicoterapia conductual	19
La psicoterapia cognitiva	21
La psicoterapia conductual y cognitivo-conductual en la enuresis infantil	24
Otras formas de tratamiento	31
Viñetas clínicas	32
<b>Conclusiones</b>	41
<b>Anexo</b>	43
<b>Referencias bibliograficas</b>	46

## Introducción

### *Presentación del tema*

La temática elegida para la presente tesina surgió a propósito de la práctica profesional propia.

Dicha práctica se llevó a cabo en una institución, con orientación clínica sistémica-cognitiva-conductual que ofreció la posibilidad de realizar cursos de capacitación teórico-prácticos (role-playing, dramatización, cámara Gesell, etc.) y la posibilidad de trabajar junto a terapeutas en un hospital público, con niños y familias.

Las actividades realizadas en un Hospital Interzonal General de Agudos, en el servicio de Psicología (dentro del servicio de Pediatría) fueron las siguientes:

- Atención en consultorios externos: entrevistas a niños, adolescentes, familias. Estas actividades fueron modeladas por un/a terapeuta de dicho servicio. Se llevaron a cabo procesos de confección de psicodiagnósticos y tratamientos supervisados.
- Implementación de talleres para padres a cargo de dos residentes, orientados a brindar conocimientos sobre diferentes temas. En este caso, la práctica se desarrolló respecto al tema "Estimulación Temprana" (subtemas: lactancia, crecimiento, sueño, etc).
- Asistencia a cursos teórico-prácticos de perfeccionamiento, dictados en el mismo Hospital (sobre estrategias para el entrenamiento de cuidadores de niños orgánicamente enfermos) y en la Fundación (sobre modelos de estrategias de intervención en crisis y emergencias, primera entrevista, uso clínico de técnicas activas y habilidades de interacción social en niños).

En el transcurso de dichas actividades, se presentaron diversos casos de enuresis en niños; llamando la atención no solamente su frecuencia, relativamente alta (entre 20 casos derivados por los Pediatras, en un mes, 9 –45%- presentaban

este problema), sino también la forma en que afectaba al entorno familiar, produciendo dudas, desconcierto, asignaciones de culpas y responsabilidades, etc.

La incontinencia urinaria (enuresis) es la denominación médica de la incontinencia nocturna, o la micción accidental en niños que, en su etapa de desarrollo, deberían ser capaces de controlar la vejiga. Las niñas normalmente controlan la vejiga antes que los niños. El diagnóstico de la enuresis es para las niñas mayores de 5 años de edad y para los niños mayores de 6 años de edad, que tienen todavía problemas para controlar la orina (Gomar, 2003).

Otros autores ofrecen definiciones parecidas, por ejemplo, para Greene: “Es la micción involuntaria en los niños mayores de 4 ó 5 años de edad que generalmente se presenta durante la noche” (Greene, 2003, pp 30). Este trastorno afecta al 20 por ciento de los niños de cinco años de edad (Gomar, op.cit.).

Resulta importante para el tratamiento de esta temática, cubrir la necesidad de contar con información actualizada acerca de los diversos enfoques psicoterapéuticos que permitan un eficaz abordaje del trastorno, dado que presenta altos índices de incidencia en la población infantil.

### *Objetivos del Trabajo*

*Objetivo general:* Identificar y analizar los principales enfoques psicoterapéuticos cognitivo-conductuales e investigaciones realizadas sobre el tratamiento de la enuresis infantil a fin de estimar cuál resulta –hasta el momento- el método más efectivo en el tratamiento de este trastorno.

### *Objetivos específicos*

- Describir los marcos teóricos del conductismo y el cognitismo.
- Sistematizar las diferentes propuestas psicoterapéuticas de orientación conductual y cognitiva.
- Analizar los alcances y limitaciones de la psicoterapia de la enuresis infantil.
- Exponer algunas viñetas clínicas ilustrativas de los procedimientos terapéuticos para tratar la enuresis infantil.
- Presentar una conclusión personal que sintetice una propuesta de abordaje a la problemática orientada al tratamiento y eventual solución de la misma.

### *Metodología*

El trabajo a realizar sigue los patrones de una investigación científica. La investigación científica “es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y los fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad” (Ander-Egg, 1987 pp 57).

Más específicamente, se trata de una investigación teórica y bibliográfica, donde se seleccionará, en primer lugar, la información relevante existente en bibliotecas y redes informáticas, atendiendo especialmente al contenido de libros y publicaciones en revistas que tienen reconocimiento científico.

El material se centrará en las diversas investigaciones y enfoques teóricos que, dentro del conductismo y el cognitismo, se han referido a procedimientos psicoterapéuticos para tratar la enuresis infantil. En un segundo momento, se establecerán comparaciones entre los diversos resultados obtenidos y, finalmente, se ofrecerán algunas viñetas clínicas ilustrativas de procedimientos terapéuticos.

En la conclusión se expondrá, en base a lo analizado anteriormente, una propuesta de cómo trabajar con niños, incluyendo los enfoques conductuales y

cognitivo-conductuales de la enuresis, así como de la importancia de un enfoque interdisciplinario de este trastorno.

### **Marco teórico**

El marco teórico “se integra con las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refieran al problema de investigación” (Hernández Sampieri y otros, 1996, pp 23).

En la presente sección se definirán, entonces, las principales características de la enuresis infantil describiéndose, de un modo general, los fundamentos teóricos de la psicoterapia conductual y cognitivo-conductual para su tratamiento.

#### *Concepto de enuresis*

Se define como **enuresis** al trastorno que tiene lugar cuando, pasados los cinco años y no existiendo patología orgánica (en cuyo caso se habla de incontinencia urinaria), el niño no controla su esfínter vesical. Se denomina enuresis primaria al retraso en manifestarse el control vesical y secundaria cuando el descontrol reaparece luego de un año o más de control sin interrupción.

Según datos estadísticos, antes del año y medio controlan del 7 al 8% de los niños, y a los cinco años lo hace el 70% (Burrone y Capelluto, 1987 ).

El **control esfinteriano** tiene un tiempo de evolución en el ser humano, ligado a la maduración del sistema nervioso, a la disposición individual del niño frente a la ejercitación de ese control y a la actitud del medio familiar y social. Tanto en psiquiatría infantil como en pediatría, se considera que el control esfinteriano de la

micción se adquiere en el lapso comprendido entre los dos años de edad (etapa donde el niño comienza a estar neurofisiológicamente preparado) y, aproximadamente, los cinco años de edad (Burrone y Capelluto, op.cit.).

El DSM-IV define la enuresis funcional como una emisión involuntaria o inintencional de orina durante el día o por la noche, en la cama o en la ropa, a una edad en la que se espera que haya continencia. Cabe señalar que otros autores consideran a la enuresis, nocturna por definición, reservando el nombre de incontinencia para la emisión de orina durante el día. De todas maneras también es correcto considerar que en la incontinencia urinaria hay emisión de orina durante el día y la noche.

Otros criterios del DSM-IV son: frecuencia de al menos 2 episodios al mes en niños entre 5 y 6 años, ó 1 episodio al mes en niños mayores; edad cronológica de 5 años y edad mental de 4 años. Lógicamente, deben excluirse las incontinencias debidas a problemas orgánicos (diabetes, infecciones urinarias, epilepsia) o a las coincidentes con potomanía. La enuresis es secundaria si viene precedida de un período de continencia de al menos 1 año, y primaria en caso contrario. También la clasifica en regular o esporádica.

El control del esfínter vesical acontece en forma evolutiva. Entre los 15-18 meses de edad, el niño puede anunciar que está mojado y puede anticipar que tiene "pipí". Empieza a identificar las señales que advierten de la necesidad de controlar (vejiga, ano). Ya entre los 18-24 meses, advierte con el suficiente tiempo como para llevarlo al orinal o al inodoro. Alrededor de los 2 años y medio aprende a obrar por sí mismo y se inicia el control nocturno. Este se conseguirá alrededor de los 4-5 años.

Se aceptan, como factores predisponentes de enuresis, el retraso de desarrollo en la musculatura vesical, la incapacidad vesical para adaptarse al contenido de orina sin cambios en la presión intravesical (lo que da lugar a un bajo

umbral de vaciamiento involuntario), el retraso en la implantación de hábitos higiénicos y el estrés psicosocial (ejemplos: nacimiento de un hermano, inicio de la escolaridad). También se han invocado: conflictos dinámicos, factores genéticos (elevado porcentaje de antecedentes directos), trastornos del sueño y otros trastornos psíquicos (depresión por ejemplo).

Al parecer, se trata de un problema que evoluciona favorablemente con el paso del tiempo. Los datos del DSM-IV citan un 7 % en niños y un 3 % en niñas, hacia los 5 años, en tanto que a los 18 años solamente queda el 1 % de varones y es prácticamente inexistente en mujeres.

### *Tipos de enuresis*

Pueden observarse diferentes tipos; Gomar (op. cit.) los clasifica en:

Enuresis diurna - incontinencia durante el día.

Enuresis nocturna - incontinencia durante la noche.

Enuresis primaria - ocurre cuando el niño no ha aprendido aún a controlar sus esfínteres; es la forma más común de incontinencia entre los niños.

Enuresis secundaria - ocurre cuando el niño tuvo un período de control, pero luego volvió a tener incontinencia.

Otros autores han abordado más sistemáticamente los diferentes tipos de enuresis.

El DSM-IV clasifica la enuresis según el curso que adopta, en “enuresis primaria” y “secundaria”. La primaria es aquella en la que nunca se alcanzó el control y, por definición, se inicia a los 5 años. La secundaria es la que se inicia después de un periodo de continencia establecida. Ese periodo suele ser considerado de 6 meses, aunque dicho lapso no es explicitado en el DSM-IV.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 proponen un umbral de frecuencia distinto: al menos dos veces al mes en niños de menos de 7 años y al menos una vez al mes en niños de 7 años o más. Además incluye un criterio de exclusión muy estricto que descarta el diagnóstico de enuresis, si existe cualquier prueba de que hay otro trastorno mental. Según la CIE-10, este trastorno se denomina enuresis no orgánica.

Si se consideran las clasificaciones propuestas actualmente por los textos médicos, se verá que hay una cierta modificación en las definiciones. Medel(2000) desde su perspectiva de Urologo Infantil define los siguientes subtipos:

- Enuresis primaria no complicada: la presentan aquellos pacientes que nunca controlaron; mojan únicamente por la noche y no presentan otra patología capaz de producirla o favorecerla (escapes diurnos, infección urinaria, anomalías urológicas o neuroquirúrgicas, disfunción vesical o alteración psicológica evidente).

- Enuresis primaria complicada: la presentan pacientes que nunca controlaron, mojan la cama durante la noche y presentan además, invariablemente, síntomas diurnos. Se asocia habitualmente con disfunción vesical, anomalías urinarias o neurocirugías, infección urinaria, etc.

- Enuresis secundaria no complicada: la presentan pacientes que controlaron durante un lapso de por lo menos 6 meses, mojan la cama durante la noche y no presentan otra patología capaz de producirla, ni síntomas diurnos de ningún tipo. Suele estar asociada en su inicio, con alguna forma de estrés psicosocial al que se atribuye su etiología (nacimiento de un hermano, mudanza, separación de los padres, etc.).

- Enuresis secundaria complicada: la presentan los pacientes que, luego de haber alcanzado un control efectivo (diurno y nocturno), comienzan a mojarse. La aparición de síntomas diurnos y nocturnos debe ser un alerta de probables alteraciones urológicas o neuroquirúrgicas potencialmente graves. Por lo tanto, estos pacientes deben ser sometidos a una evaluación urológica y neuroquirúrgica

completa.

“Faltaría incluir aquí la enuresis diurna pura, que de hecho es menos frecuente -como se verá más adelante- y menos estudiada. A su vez podría ser primaria y secundaria, pero en ambos casos podría darse una etiología vinculada a disfunción del aparato urinario o trastornos del comportamiento”. (García, 2006 pp.30).

### *Estadísticas en Enuresis:*

Aproximadamente, el 60% de la población afectada por enuresis nocturnas, son varones, constituyendo las primarias el 75% de los casos y las secundarias, el 25%.

El trastorno afecta al 20% de los niños de 5 años. Esta frecuencia va bajando, espontáneamente, un 15%. Luego, cada año, cede espontáneamente en el 15% de los niños afectados. Su frecuencia en adultos es inferior al 1%. (Elder, 2004)

### *Etiología de la enuresis infantil*

Este problema requiere un enfoque biopsicosocial, aludiendo a un mismo objeto de estudio, pero enfocado desde diferentes perspectivas. Dado que no se considera que exista superioridad alguna de una explicación sobre la otra, no se habla solamente de etiología psicológica, biológica o social. También es probable que exista una sucesión de factores y así se podría hablar de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores del trastorno. Según se desprende de los múltiples estudios realizados, la realidad es que no existe “la causa” de la enuresis, sino una mezcla, una imbricación de factores que actúan de

una manera temporal a lo largo de la evolución sintomática del trastorno. Por ejemplo, un niño con predisposición genética, cuyo desencadenante es la llegada de un hermanito y el factor mantenedor del trastorno son las desavenencias parentales. Este podría haber sido un niño asintomático aún teniendo factores genéticos predominantes, si no hubieran interactuado otras situaciones desencadenantes.

En García, Vega y Pagés (2002) se describe la vinculación de la etiología de la enuresis, con uno o más de los siguientes factores, que son explicados a continuación del listado:

*A) Factores Biológicos:*

- Factores genéticos.
- Disfunción vesical o factores urodinámicos.
- Trastornos del sueño.
- Disfunción endocrina: déficit en la producción nocturna de hormona antidiurética.
- Constipación.
- Alteraciones en el desarrollo.

*B) Factores Psicológicos y Sociales*

- Entorno socioeconómico familiar.
- Estrés psicosocial.
- Entrenamiento en el control de esfínteres.
- Estrés psicosocial.
- Personalidad.
- Trastornos emocionales.

*A) Factores biológicos:*

*Factores genéticos:* los antecedentes familiares son importantes y están

presentes en el 50% de los casos. Si uno de los padres fue enurético, cada hijo tiene un riesgo de enuresis del 44%. Si ambos padres lo fueron, la probabilidad de enuresis es del 77%. Si bien se han identificado algunos genes compatibles con la enuresis, la conclusión de muchos autores es que éste es un trastorno con cierta determinación genética sobre el cual actúan diferentes factores multicausales. Por lo tanto, no se podría sostener firmemente la hipótesis de la herencia genética, ya que el fenómeno bien podría ser explicado por pautas de aprendizaje dentro de la cultura familiar.

*Factores urodinámicos:* los enuréticos podrían tener una vejiga pequeña que determinara su incapacidad de retener orina por la noche, pero no hay ningún trabajo concluyente en ese sentido; muchos niños con vejiga pequeña no padecen enuresis.

*Trastornos del sueño:* los niños enuréticos se han descrito clásicamente como que tienen alteraciones del sueño, fundamentalmente, sueño profundo. La enuresis puede producirse en cualquier fase del sueño pero los niños enuréticos suelen ser más difíciles de despertar que los que no la padecen. Sin embargo, algunos autores tales como Norgaard et. al. 1989 han demostrado que los enuréticos tienen un sueño normal desde el punto de vista clínico y encefalográfico y los episodios enuréticos se producen de una manera totalmente aleatoria aún cuando existen evidencias de que la mayoría de los episodios se producen en la primera hora de sueño.

*Disfunción endócrina:* la secreción de orina está determinada por la hormona vasopresina o antidiurética. Su aumento en sangre disminuye la producción de orina y alcanza los niveles más altos por la noche. Ciertos estudios (Puri, 1980) determinaron que los enuréticos excretaban menos vasopresina durante la noche y -junto con estudios posteriores- fueron el origen de la utilización de esta hormona en el tratamiento del trastorno. No obstante, no existirían evidencias sólidas que confirmen un déficit de hormona antidiurética, por la noche, en los

pacientes.

*Constipación:* la experiencia clínica demuestra que existe una relación entre enuresis e incontinencia fecal. Sin embargo, O'Regan et al (1986; en García 2006) encontraron una fuerte asociación entre enuresis y constipación, atendiendo que existe una disfunción entre ambos esfínteres. Los pacientes descritos en este trabajo habían tenido que someterse a tratamientos agresivos para la constipación, como enemas diarios, lo cual podría dar cuenta o explicar la presencia de otros factores condicionantes psicológicos.

*Alteraciones del desarrollo:* el desarrollo es un proceso determinado genéticamente, que puede ser retrasado por distintos factores que afecten al cerebro. Se encontró (Järvelin et al, 1990) una relación entre enuresis nocturna y trastornos madurativos. Los niños observados mostraban, además, alteraciones perceptivas, defectos del habla y trastornos motores. Sin embargo, esto no explica la incontinencia nocturna en su totalidad; muchos enuréticos dejan de serlo fuera de sus casas o en vacaciones. Y además ¿por qué un niño puede controlar su esfínter en algunas ocasiones y en otras no? Tampoco explicaría el éxito de los tratamientos farmacológicos o conductuales. En definitiva, no existen hasta el momento, pruebas que demuestren una relación causal entre la inmadurez y este trastorno.

#### B) *Factores Psicológicos y Sociales:*

*Entorno socioeconómico familiar:* se ha encontrado que la enuresis es más común en los bajos niveles socioeconómicos, en las familias numerosas, entre los hijos de madres jóvenes y entre los hijos de madres que trabajan fuera de su casa.

*Entrenamiento en el control de esfínteres:* siempre se ha enfatizado sobre el tipo de entrenamiento en el control de esfínteres como una causa fundamental de la enuresis, aún cuando existen varias posturas al respecto. Algunos opinan que la

enseñanza tardía sería el origen de las dificultades nocturnas; otros, por el contrario, piensan que el aprendizaje precoz es el que lo origina. Y finalmente, otros sostienen que no existe ninguna relación entre entrenamiento en el control de esfínteres y enuresis. Los estudios más importantes al respecto: Toro y Nina (1991) y Rahim y Cederblad (1986), con más de 9.000 niños estudiados, demostraron que no existe relación entre las pautas de control de esfínteres y este trastorno, lo cual tiene cierta razonabilidad, dado que la enseñanza es de control diurno, mientras que esta enuresis es nocturna.

*Estrés psicosocial:* pareciera haber cierta relación entre estrés y enuresis. Los acontecimientos más vinculados al respecto son enumerados por García (2006), quien lista los estresores padecidos por niños en sus primeros 4 años de vida y que podrían tener influencia al respecto: ruptura familiar por fallecimiento, divorcio o separación de los padres; separación transitoria de la madre; nacimiento de un hermano, mudanza, hospitalización, accidentes, cirugía. En un trabajo reciente (Järvelin et al, op cit), se encontró que el divorcio o la separación de los padres era la situación más importante de estrés que aumentaba el riesgo de enuresis. Otros factores detectados fueron: la entrada al jardín de infantes, conflictos parentales, alteraciones psiquiátricas de los padres.

*Personalidad:* no existe una “personalidad del enurético”. Pueden ser tanto tímidos como extrovertidos; tener o no problemas de conducta, de aprendizaje o ser excelentes alumnos; sus familias pueden ser funcionales o disfuncionales (García y Vega, 1989 y Moffat, 1989).

*Trastornos emocionales:* los niños enuréticos presentan trastornos psiquiátricos con más frecuencia que los no enuréticos, especialmente las niñas. Pero no se ha podido demostrar la asociación específica entre enuresis y algún trastorno emocional. Esto puede ser interpretado de dos maneras: que el trastorno emocional es la causa de la enuresis o por el contrario, es consecuencia del mismo. (García, 2006).

### *Diagnóstico de la enuresis infantil*

Para efectuar un correcto diagnóstico de enuresis se requiere, en primer lugar, efectuar una historia médica completa y un examen físico del niño. Es imprescindible que el médico (clínico, pediatra, de cabecera familiar) hable con los padres y con el niño, además de realizar lo siguiente para ayudar a descartar otras causas del trastorno (Gomar, ,op cit):

- Exámenes de orina (para asegurarse de que no haya una infección o condición subyacente, como la diabetes).
- Medición de la presión sanguínea.
- Análisis de sangre.

En caso de considerarlo necesario, requerirá la opinión del urólogo y el apoyo psicológico para la familia, efectuando las derivaciones oportunas.

### *Evaluación diagnóstica*

La enuresis es un trastorno que puede estar determinado por múltiples factores, lo cual requiere que su evaluación diagnóstica sea lo más completa posible, o sea, considerar en ella la mayor cantidad posible de factores.

Uno de los aportes en este sentido es la llamada "Guía multimodal de la enuresis" (Ruiz Sánchez, 1998), protocolo que se presenta como anexo al final de este trabajo y está basada en un enfoque multimodal de evaluación que tiene cada vez más aceptación en campos como la psicología clínica, la psiquiatría y la enfermería psiquiátrica. Surge a partir de los trabajos del psicólogo Arnold Lazarus, uno de los autores pioneros de la terapia de conducta.

El sistema multimodal trata de evaluar la "personalidad total" del paciente

cubriendo su perfil CASICO (C: Cognición, A: Afecto, S: base Somática, I: Interpersonal y Co: Conducta). Parte de la concepción de que los seres humanos tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos, sensaciones (sobre una base somática) y conductas en contextos interpersonales. Cada caso puede ser evaluado en las anteriores dimensiones y las interacciones que se producen entre ellas, durante la toma. Se presentan una serie de fichas y escalas de evaluación, preferentemente multimodales, que pretenden ser de utilidad en la evaluación de casos.

### *Tratamiento de la enuresis*

Los tratamientos han sido clasificados en dos grandes grupos: farmacológicos y psicosociales. En el primer caso, se recurre al uso de antidepresivos, desmopresina y oxibutinina. En el segundo caso, se incluye un grupo bastante heterogéneo de tratamientos, entre los cuales se encuentran los psicodinámicos (incluyendo la modalidad de terapia familiar) y los conductuales y cognitivos, de los cuales el más difundido es la alarma, aunque existen otros como el entrenamiento en cama seca, el entrenamiento en retención voluntaria, las técnicas de autocontrol.

A continuación se refieren los enfoques conductista y cognitivista y su aplicación al tratamiento de la enuresis.

### *El enfoque conductista*

El enfoque conductista, inaugurado por J. Watson a comienzos del siglo XX, propone el estudio científico de la conducta a partir de sus manifestaciones observables, evitando invocar conceptos puramente mentalistas (conciencia, espíritu) como principios explicativos de la misma. Consiguientemente, una

psicoterapia conductista se propone la modificación de la conducta a partir de la manipulación del ambiente, mediante un proceso de condicionamiento respondiente u operante. (Beck y Freeman, 1995).

Para Watson (1878-1958), el hombre es un ser casi completamente modelable por las influencias ambientales. De ello resulta la gran importancia que tiene la educación, que puede hacer de un hombre lo que uno desee que sea. El problema general de la psicología, según lo entiende un conductista, es cómo se puede llegar a predecir y regular la conducta a través de una serie de condicionamientos.

Inicialmente, Watson experimentó con animales, pero luego estudió el condicionamiento de respuestas emocionales en los niños. Estudió el comportamiento de muchos niños en sus primeros 30 días de vida, tratando de buscar sus conductas innatas, y encontró, por ejemplo, que el miedo no era una respuesta innata, salvo que el estímulo fuese un sonido fuerte o pérdida súbita de apoyo. El miedo, junto con la ira (producida por impedimentos al movimiento corporal) y el amor (producido por caricias y el acto de mecer) eran tres reacciones innatas únicas, o sea que el bebé tiene muy poca variedad de respuestas emocionales al nacer. Vio luego que a medida que crece, el sujeto adquiere nuevas respuestas emocionales y pierde otras (explicando esto por condicionamiento y por descondicionamiento, respectivamente). A un niño se lo puede condicionar a tener miedo frente a estímulos neutros y a no tener miedo frente a estímulos considerados peligrosos por el sujeto (Marx y Hillix, 1985).

### *El enfoque cognitivista*

La psicología cognitiva nace hacia las décadas del 40-50 con la propuesta de concebir la mente como un sistema de procesamiento de información semejante a la computadora. Años más tarde comienzan los enfoques psicoterapéuticos basados en este marco teórico con la psicoterapia de Ellis (1955) y más tarde con la de Beck (1962).

La psicología cognitiva no surge de la nada; en rigor es una continuación de las pasadas investigaciones filosóficas sobre la mente, pero incluye dos novedades importantes: a) Incorpora un lenguaje nuevo, que es el lenguaje del procesamiento de la información; b) Lejos de ser especulativa, tiene una fundamentación empírica.

Respecto de los orígenes de la psicología cognitiva, puede decirse que en la década del '50 se produce un cambio de paradigmas (en el sentido de Kuhn): el paradigma conductista es reemplazado por el paradigma cognitivo fundado en el modelo del procesamiento de la información. Con este nuevo paradigma se inaugura la psicología cognitiva (De Vega, 1984).

La psicología cognitiva (considerada en forma genérica de manera de poder incluir a sus diferentes subparadigmas) explica la conducta en términos de entidades mentales consistentes; concretamente, en formas de organización funcionalmente autónomas. Se refiere al estudio psicológico del conocimiento, pero esta caracterización incluye muchos "subparadigmas", con lo cual se torna difícil dar una definición más precisa que reúna lo común a esos diversos enfoques - subparadigmas- existentes dentro de la psicología cognitiva (Rivière, 1985).

Rivière (op cit) intenta la siguiente definición: "La Psicología Cognitiva refiere la explicación de la conducta a 'entidades mentales', a estados, procesos y disposiciones de naturaleza mental, para los que reclama el 'nivel de discurso propio' correspondiente al del subparadigma del procesamiento de la información y, más concretamente, al núcleo computacional-representacional de ese paradigma. Esta definición no considera entonces otros niveles discursivos, como pueden serlo por ejemplo: a) el referido a procesos neurofisiológicos subyacentes a las funciones mentales, b) el referido a relaciones 'externas' entre eventos y respuestas (como hace el análisis experimental de la conducta), c) el que hace

referencia a una conciencia, es decir, al que utilizan las personas cuando 'dan razones' de sus propias conductas o las de los demás en términos de intenciones concientes o contenidos mentales que creen reconocer introspectivamente o atribuyen a los otros, d) el discurso que invoca factores socioculturales". (p. 20).

Para acceder a lo mental que es inobservable, la psicología cognitiva utilizó y utiliza tres métodos: la introspección, los estudios experimentales y la construcción de modelos computacionales (De Vega, 1984).

### *Orígenes del paradigma cognitivo:*

En 1936, ya Alan Turing, un matemático británico, había propuesto la idea de una máquina capaz de realizar cualquier tipo de operación similar a las realizadas por la mente humana; ésta fue la que posteriormente se denominó "máquina de Turing". Esta primera línea de trabajo, fue la línea de la matemática y la computación, que proporcionó un aporte importante a lo que después sería la ciencia cognitiva.

Una segunda línea es la representada por Mc Culloch y Pitts, quienes demostraron que las operaciones de una célula nerviosa y sus conexiones con otras (red de neuronas) podían ser representadas mediante un modelo lógico.

Un tercer aporte es el de la cibernética (teoría general de los sistemas de control). Wiener trabajó sobre estos conceptos y llegó a la conclusión de que existían paralelismos entre el funcionamiento del organismo vivo y de las nuevas máquinas de la comunicación.

Finalmente, otro aporte importante, fue el de la teoría de la información de Shannon, quien sostenía que los circuitos eléctricos del tipo de los que existen en las computadoras, podían abarcar operaciones fundamentales de pensamiento y que la información es información; no es materia ni energía. Desde su postura, puede concebirse a la teoría de la información como totalmente independiente del

contenido o la materia específica de que se trate; formula el concepto de bit como unidad básica de información y es la cantidad de información requerida para seleccionar un mensaje entre dos alternativas equiprobables. De esta forma, con una decisión singular entre dos alternativas igualmente admisibles, se puede resolver un problema de cualquier índole.

En septiembre de 1948, tuvo lugar un simposio sobre “Los mecanismos cerebrales de la conducta”, auspiciado por la Fundación Hixon, donde el matemático John Von Neumann expuso una analogía entre la computadora y el cerebro; a su vez, Mc Culloch disertó acerca de la manera en que el cerebro procesa la información. Ambos querían describir ciertos paralelismos entre el sistema nervioso y los procedimientos cibernéticos, a fin de intentar dar una explicación sobre los motivos por los cuales percibimos el mundo tal como lo hacemos. En dicho encuentro, Lashley expresó que cualquier teoría acerca de la actividad humana, debería dar cuenta de conductas organizadas complejas y que la doctrina conductista no era capaz de dar cuenta de ninguna conducta ordenada en forma secuencial; por lo tanto era necesario formular nuevas teorías explicativas.

Entre el 10 y 12 de septiembre de 1956, se realizó el simposio sobre “Teorías de la información”, en el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT). En el mismo, expusieron Allen Newell, Herbert Simon, Noam Chomsky y George Miller, figuras rectoras en las teorías de la comunicación y las ciencias humanas. Miller es quien le “puso fecha” al nacimiento de la ciencia cognitiva: el 11 de setiembre de 1956, manifestando que “me fui del simposio con la fuerte convicción de que la psicología experimental humana, la lingüística teórica y la simulación de procesos cognitivos mediante computadora, formaban parte de una totalidad mayor y de que, en el futuro, se asistiría a una progresiva elaboración y coordinación de sus comunes inquietudes”.

A partir de aquí, se produce un fuerte desarrollo en las ciencias cognitivas,

que se define como una disciplina creada a partir de una convergencia de intereses entre los que persiguen el estudio de la cognición desde distintos puntos de vista. El aspecto crítico de la ciencia cognitiva es la búsqueda de la comprensión de la cognición, ya sea real o abstracta, humana o mecánica. Su meta es comprender los principios de la conducta cognitiva e inteligente, tratar de comprender la mente humana. Enseñanza y aprendizaje de las habilidades mentales y el desarrollo de aparatos inteligentes que puedan aumentar las capacidades humanas de manera importante y constructiva.

Las ciencias cognitivas se desarrollan básicamente en seis campos: la filosofía, la lingüística, la antropología, la neurociencia, la inteligencia artificial y la psicología.

En psicología, hay básicamente dos líneas de trabajo; una de ellas es la línea computacional (Marr entre otros representantes) y la línea del procesamiento de información (Broadbent y sus seguidores). (Ramos Mejía; en Kaufmann, 1996).

## **Tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales**

### *La psicoterapia conductual*

Los modelos conductuales de psicoterapia surgieron oponiéndose a los modelos psicodinámicos y proponiendo como objetivo central, la modificación de la conducta. Históricamente, tienen su origen en las teorías de Pavlov y de Watson y, a partir de allí, los desarrollos de Thorndike y Skinner, entre cuyos principios básicos encontramos los siguientes: 1) consideran que toda conducta (normal o anormal) es producto del aprendizaje y, por lo tanto, la psicoterapia consiste en reaprender conductas normales y desaprender conductas anormales; 2) centran la terapia en la conducta y su modificación, más que en los procesos psicodinámicos subyacentes. (Feixas y Miró, 1993).

Según Kaplan y otros (1995, 1997), el objetivo de la terapéutica de la conducta está puesto en la modificación de la conducta del paciente, atendiéndose más a lo observable que a los estados mentales del paciente que pueden inferirse. Estos autores señalan que “los terapeutas de la conducta se centran en la conducta manifiesta, destacando la eliminación de los síntomas manifiestos, sin tener en cuenta las experiencias privadas del paciente o los conflictos internos”. Por lo tanto, el objetivo del terapeuta de la conducta es directo y concreto y consiste en la extinción de hábitos o actitudes desadaptativos substituyéndolos por nuevos patrones de conducta adecuados que no provoquen ansiedad. Las terapias de conducta basan sus métodos en la creencia fundamental de que las conductas desadaptativas y ansiedades son condicionadas (o aprendidas). Por lo tanto, el tratamiento satisfactorio consiste en realizar técnicas de descondicionamiento (o reaprendizaje). Es decir que cualquier conducta mal aprendida puede reaprenderse.

En la relación terapéutica, el terapeuta cumple la función de instruir al paciente acerca de cual es la conducta apropiada para solucionar su problema y cómo llegar a aprenderla e instrumentarla. Para ello se utilizan, entre otras técnicas, la relajación progresiva, la desensibilización, el entrenamiento asertivo, las técnicas de implosión e inundación y la terapia aversiva (Feixas y Miró, op cit).

“La terapia conductual se basa en los principios de la teoría del aprendizaje; en particular, el condicionamiento operante y el clásico. A menudo se la utiliza dirigida a hábitos específicos y delimitados de reacción ansiosa hacia estimulación objetivamente no peligrosa (por ejemplo, fobias, compulsiones, reacciones psicofisiológicas y disfunciones sexuales” (Kaplan y otros, 1997 p 870).

Entre las técnicas empleadas, Feixas y Miró (op cit) incluyen el condicionamiento clásico (Pavlov), el condicionamiento operante que trabaja con premios y castigos (Skinner), el modelado o posibilidad de aprender una conducta por observación de cómo la ejecuta otra persona o modelo (aprendizaje vicario).

Otros autores (Kaplan y otros, 1995) agregan también desensibilización sistemática, desbordamiento, implosión, exposición gradual, reforzamiento positivo y extinción.

El condicionamiento clásico consiste en la substitución de un estímulo (no condicionado) por otro condicionado a través de una representación contigua.

El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje en el cual la probabilidad de aparición de una conducta se incrementa o reduce mediante el reforzamiento o castigo. La conducta operante es aquella que tiene por objeto actuar sobre el ambiente de manera que se obtenga algo deseado o que se evite algo desagradable.

### *La psicoterapia cognitiva*

Existe un amplio consenso dentro de la psicología cognitiva, en considerar el trastorno mental en términos de comportamientos determinados por distorsiones cognitivas o errores de procesamiento, que limitan -en diversos grados- las posibilidades del sujeto de desarrollar sus capacidades. La psicoterapia, por consiguiente, se orientará a corregir creencias limitativas o disfuncionales.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psicológicas. Beck explica que se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que el mismo estructura el mundo.

Entre sus principales éxitos reconocidos se han destacado los tratamientos de trastornos tales como: ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, inhibiciones, depresión, disfunciones sexuales, ira (ataques de furia), tratamiento del dolor y

conflictos de pareja (Beck y Freeman, 1995).

Las características más notorias de este modelo para los pacientes son:

- El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, sentimientos, creencias y conducta.
- Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora" y, en la gran mayoría de los casos, no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados.
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones, lo que acelera el proceso de cura.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.

El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta. A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.

La práctica casi diaria o diaria ayudará a desarrollar nuevos patrones de pensamiento y conducta que gradualmente se convertirán en automáticos. Este enfoque no sólo es aplicable a una terapia individual sino que también puede aplicarse en la asistencia familiar, de pareja y a un grupo terapéutico. En este último abordaje, el grupo brinda diversidad de creencias y visiones del mundo que posibilitan la flexibilidad adecuada para que el individuo se plantee diferentes alternativas a su problemática personal.

Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Freeman (op cit) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos y no representar el papel de experto absoluto. Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores, pues algunos pacientes experimentan una sensación de amenaza a sus relaciones interpersonales cuando se les pide que relaten sus experiencias y percepciones.

Resulta importante señalar que, mientras el enfoque conductual se centra en la modificación de la conducta, el enfoque cognitivo se centra en la modificación de la creencia disfuncional, lo cual se espera que genere una modificación consecuente en la conducta.

Se entiende por creencia disfuncional a una creencia falsa y adquirida que determina nuestra conducta. Dicha creencia produce la infelicidad o insatisfacción en el sujeto y/o aquellos que lo rodean. Por ejemplo, quien sostenga la creencia de que “nadie puede amarlo”, en el plano conductual hará que los demás se aislen; desconfiará de caricias y distintas manifestaciones de cariño. (Garnham y Oakill , 1996).

Los modelos psicoterapéuticos cognitivos asignan gran importancia a las cogniciones (ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, etc) en la génesis de los trastornos mentales así como en el proceso de cambio terapéutico. También ponen el énfasis en el método científico y la sistematización de los modelos teóricos (Feixas y Miró, op cit).

Históricamente, el modelo cognitivo surge como modificación al conductismo tradicional interponiendo, entre estímulo y respuesta, la variable organismo o individuo. Surge también por influencia del desarrollo del paradigma de la psicología cognitiva y de los trabajos pioneros de Kelly, Ellis y Bandura, entre otros (Feixas y Miró,op cit).

Entre sus principales conceptos teóricos encontramos: 1) La noción de esquema, constituido por una estructura cognitiva que organiza internamente la información y por proposiciones cognitivas que se refieren al contenido de dicha información; 2) La noción de operaciones cognitivas o procesos, en los cuales los diferentes componentes del sistema cognitivo interactúan entre sí para procesar la información. Este procesamiento implica razonar y resolver problemas, dos temas clave de los modelos cognitivos en psicoterapia. Estos entienden la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua entre paciente y terapeuta.

Como recursos técnicos se utilizan la relajación, la distracción (realizar actividades agradables en momentos de depresión o ansiedad), asignación gradual de tareas (para que el paciente advierta que sí puede realizarlas), autoobservación, autoaserciones ('puedo cambiar', etc.), desarrollo de habilidades específicas, role playing (actuar roles), identificación de errores cognitivos, análisis de costos y beneficios, biblioterapia (leer libros de autoayuda), etc. (Feixas y Miró, op cit).

La terapia cognitiva "busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal" (Caro Isabel, 1999).

En suma, los supuestos generales de la terapia cognitiva son:

- Los seres humanos organizan su percepción del mundo.
- La atención y la percepción se orientan, selectivamente, según esquemas perceptivos.
- La información obtenida es cotejada por esquemas organizadores y

codificadores adquiridos previamente.

- Los esquemas cognitivos conforman modelos para interpretar y codificar el mundo.
- Estos esquemas cognitivos se encuentran disponibles en la memoria.
- Cada individuo cuenta con un bagaje propio e idiosincrático de esquemas mentales o sistemas de creencias, que organizan el modo de verse a sí mismo y al mundo que lo rodea.

La palabra “cognición” integra lo intelectual racional, la emoción y lo evaluativo. Las intervenciones apuntan a buscar un cambio de modelo, lograr una organización diferente que apunte a una mayor funcionalidad para el paciente, que pueda tener opciones, alternativas.

### *La psicoterapia conductual y cognitivo-conductual en la enuresis infantil*

En la bibliografía investigada se han encontrado diversos métodos que consideran los enfoques conductual y cognitivo-conductual. En lo que sigue se hace una reseña de los procedimientos más frecuentemente empleados.

*Técnicas conductuales: Entrenamiento en cama seca (ECS):* los componentes del entrenamiento en cama seca (ECS) son (García, 2006):

- La alarma, pero utilizada para avisar a los padres, que puedan instrumentar el reforzamiento social.
- Despertar escalonado. Implica una primera noche de entrenamiento intensivo. Se despierta al niño una hora después de haberse dormido y se lo lleva al baño, donde practica retención voluntaria. Cuando orina se lo elogia y se lo anima a persistir. Este procedimiento se repite cada hora durante esa primera noche. En la noche siguiente se lo despierta una sola

vez, tres horas después de dormirse. Después de cada noche seca, los padres despiertan al niño media hora antes que en la noche anterior. Si se produce un episodio enurético se lo despierta a la misma hora. Cuando el intervalo entre la hora de despertarlo y la de acostarse es de media hora se suspende el despertar nocturno.

- Entrenamiento en retención voluntaria. Son ejercicios destinados a incrementar la capacidad vesical. Esto se hace sólo durante la primera noche de entrenamiento intensivo.
- Práctica positiva en despertar rápidamente y orinar. Se realiza durante una hora antes de dormir en la primera noche de tratamiento. En niño, acostado y con la luz apagada, cuenta hasta 50, se levanta, va al baño e intenta orinar, volviendo luego a la cama. Esto lo hace veinte veces. Si suena la alarma durante la noche, tras cambiarse de ropa debe practicarlo veinte veces más. A partir de la segunda noche, la práctica positiva durante una hora previa a dormirse sólo se realiza si la noche anterior hubo un episodio enurético.
- Ejercicios de limpieza. Tras cada episodio enurético el niño debe ir al baño, completar la micción (si puede), cambiar sus ropas, retirar las sábanas mojadas, ponerlas con la ropa sucia y hacer su cama.

En síntesis; el ECS es un método de probada eficacia en el tratamiento de la enuresis. Se instaura con rapidez y la mejoría es su principal ventaja sobre la alarma. Sin embargo, es un procedimiento muy difícil de implementar, fundamentalmente por una razón: la dificultad para abandonar el sueño es la principal causa de la enuresis nocturna; esto significa que despertar a un niño enurético cada hora durante la primera noche y llevar adelante la sobrecorrección en las subsiguientes es algo en extremo difícil de sostener. Especialmente este procedimiento y la práctica positiva, además, son estímulos aversivos y provocan

resistencia en los niños y sus padres, especialmente en nuestro medio. El procedimiento en su conjunto debe realizarse en condiciones tan ideales que no suelen verse en la clínica.

*Entrenamiento en la retención voluntaria:* Kimmel y Kimmel (citado en García, 2006) introdujeron un procedimiento que consiste en ejercicios para incrementar la capacidad funcional de la vejiga. Se instruye al niño para que, cuando sienta deseos de orinar, espere unos minutos antes de ir al baño. Se comienza por 5 minutos y se va extendiendo ese lapso hasta llegar a los 45 minutos de demora a los 20 días.

Estudios controlados no mostraron la eficacia de esta técnica; Harris y Purohit (1977; en García 2006), hallaron que el procedimiento consiguió aumentar la capacidad vesical de los sujetos, pero sin reducir la frecuencia de los episodios enuréticos. Esto es esperable en función de nuestros conocimientos actuales, ya que la disfunción vesical es solo en algunos casos condición necesaria, pero nunca suficiente para la enuresis nocturna. En la experiencia de los últimos 16 años, este procedimiento mostró ser totalmente inocuo.

*Tratamiento de alarma:* la alarma es el tratamiento desde el punto de vista conductual, más utilizado para resolver este trastorno. Su objetivo fundamental es que el niño aprenda a responder al estímulo de vejiga llena, despertándose e inhibiendo la emisión de orina antes de que se dispare el reflejo de micción (Bragado Alvarez, 2002).

Los modelos conductuales para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos se basan en que existe algún tipo de alteración en los procesos de aprendizaje, sobre el cual intervienen. La enuresis nocturna es el prototipo de la aplicación de un modelo conductual en una patología infantil.

Existen diferentes tipos de alarma, todos basados en que, al emitirse la orina,

se pone en marcha el mecanismo que despierta al niño mediante sonidos. Los sistemas más utilizados son los que llevan el detector incorporado en las sábanas o sus ropas.

Los mecanismos de acción puestos en marcha, se explican por la existencia de dos reflejos incondicionados: el de micción, producido por la distensión de la vejiga y el de despertar al emitir sonido la alarma. Los dos estímulos se asocian, produciéndose el estímulo condicionado que provoca la respuesta de inhibición de la micción ante la distensión vesical.

Este método ha recibido diversas críticas por parte de teóricos del aprendizaje. Sin embargo, sigue siendo el método por excelencia, por alcanzar mayores remisiones.

El sistema de alarma permite amplificar una señal que, en los niños no afectados por este problema, es percibida inconscientemente y que permite el control (distensión vesical).

Lovinbond (1964; en García 2006) propone una explicación basada en el condicionamiento operante, es decir que el control se adquiere por una respuesta de evitación al sonido aversivo de la alarma. Azrin (1974; en García 2006), desde el mismo paradigma, refiere que es el reforzamiento social lo que sostiene el resultado (elogios y estímulos positivos de los padres). Esta última explicación contiene elementos motivacionales y cognitivos.

*Técnicas cognitivo conductuales: Técnicas de autocontrol: según García (2006), no hay muchos trabajos registrados en los que se apliquen técnicas cognitivas para el tratamiento de la enuresis; una excepción es el realizado en la Universidad de Tel-Aviv por Ronen et al (1995), en técnicas de autocontrol.*

En dicho trabajo, se describe el tratamiento cognitivo que consistió en

entrenamiento para incrementar la percepción interoceptiva de la distensión vesical y estímulos relacionados con ella y para aumentar la motivación para resolver el problema de la enuresis. Una muestra de 77 niños enuréticos de entre 7 y 14 años de edad fueron asignados aleatoriamente a cuatro condiciones de tratamiento: alarma, economía de fichas, terapia cognitiva y grupo de control sin tratamiento. Los resultados mostraron mejoras en los tres grupos con tratamiento con respecto a los controles, aunque no pudieron hallarse diferencias significativas entre ellos. A los seis meses de tratamiento, sin embargo, el grupo atendido mediante terapia cognitiva mantuvo y aun mejoró los resultados, mientras que los otros dos declinaron respecto al post-test. Las habilidades de autocontrol fueron medidas a través de la Childrens Self-Control Scale (CSC) antes y después del tratamiento.

Estos resultados son muy estimulantes, pero habría que tomarlos con cautela porque son disonantes con la mayor parte de la literatura mundial. Existe acuerdo en que el aumento de la motivación es condición necesaria para cualquier tipo de intervención. No es claro, sin embargo, cómo el tomar conciencia de las sensaciones interoceptivas durante la vigilia puede ayudar a resolver el problema durante el sueño (García, 2006).

*Tratamientos grupales:* Para el abordaje terapéutico de la enuresis infantil, se han mencionado los tratamientos grupales.

García, Vega y Pagés (2002) han propuesto una psicoterapia de grupo para el tratamiento de la enuresis nocturna, en el cual las sesiones se desarrollan en tres etapas: inicio, desarrollo y cierre. Los primeros minutos del inicio incluyen caldeoamiento e intercambio de informaciones generales entre los miembros y la tarea específica consiste en revisar las planillas de autorregistro de tratamiento con alarma o de línea de base, cuando éste aun no se inició. Los miembros proponen estrategias cuando surgen dificultades y ofrecen refuerzos para los logros.

El desarrollo incluye, en casi todos los casos, un espacio lúdico que dependerá de las preferencias y edades de los miembros. Se promueven actividades placenteras para aumentar la cohesión grupal y la adhesión al tratamiento así como para favorecer las expectativas de autoeficacia de los miembros.

Los últimos diez minutos comprenden el cierre, donde se repasan las metas a alcanzar para el próximo encuentro y se recapitulan las estrategias que permitan afrontar las dificultades planteadas.

Una investigación realizada por los autores, implementando procedimientos grupales, les permitió concluir que la participación en el grupo terapéutico contribuye a la eficacia del tratamiento, por cuanto seis de los siete participantes obtuvieron una remisión completa del trastorno, confirmada mediante seguimiento durante los tres meses posteriores.

Una finalidad de incluir a los niños en estos grupos, sería la de demostrarles que no son los únicos en padecer este tipo de trastorno y –a través del aprendizaje vicario- dotarlos de herramientas con las cuales enfrentar el problema, con un nivel menor de angustia. Al no “estar solos” ante la problemática y la exigencia social, se podían construir dentro del grupo, estrategias o posibles soluciones que a cada uno les serían de utilidad según sus propios rasgos, para enfrentar la situación.

*Eficacia de los distintos tipos de tratamiento: Tratamientos conductuales:* Según Bragado Alvarez (op cit), hay dos formas clásicas de abordar la enuresis nocturna: el tratamiento farmacológico y el conductual. Entre todos, el fármaco más utilizado en la actualidad es la desmopresina. Su uso se fundamenta en la creencia de que la enuresis nocturna se debe fundamentalmente a una sobreproducción de orina nocturna, atribuida a una secreción insuficiente de la hormona antidiurética. Según

esta hipótesis, el factor que desencadena el episodio enurético es un desajuste entre la capacidad funcional de la vejiga y el volumen de la orina nocturna.

Los datos acumulados hasta el momento indican que los fármacos tienen la misma tasa final de cura, porcentaje similar al esperado por la remisión espontánea; sin embargo, se siguen empleando con inusitada frecuencia, quizás porque sus efectos sobre la enuresis se aprecian bastante antes que con la alarma.

A fin de demostrar la utilidad clínica de la alarma, se menciona uno de los estudios realizados (Monda y Husmann 1995; en Medel y col. 1997) no aleatorizado, dado que fueron los padres los que eligieron entre las cuatro formas de tratamiento ofrecidas por los investigadores: observación – lista de espera, 50 sujetos; imipramina, 44 sujetos; desmopresina, 88 sujetos; alarma, 79 sujetos. Al final del tratamiento (6 meses) el 6% de los niños que permanecieron en observación, habían dejado de orinarse, cifra que aumentó al 16% a los 12 meses. Entre los que recibieron imipramina, el 36% logró la continencia a los 6 meses (aún con medicación), pero sólo el 16% permanecía continente a los 12 meses (una vez retirado el fármaco). De manera similar, el 68% de los tratados con desmopresina, estaba sin enuresis a los 6 meses, pero este porcentaje decreció hasta el 10% a los 12 meses. En cuanto al grupo de alarma, el 63% estaba seco a los 6 meses y el 56% a los 12.

La alarma ante la orina es, sin duda, el tratamiento conductual más utilizado, lleva muchos años funcionando, ha ayudado a miles de enuréticos y los resultados acumulados hasta el momento, lo convierten en el tratamiento de elección para corregir la enuresis nocturna. Aparte de la mencionada, hay numerosas y excelentes revisiones que avalan su eficacia, por ejemplo Butler (1987) y Yates (1975), tomando estos datos en su conjunto (62 estudios en total). Se observa que alrededor del 71% de los enuréticos tratados (un total de 3.905) obtiene el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas) en un tiempo medio de 8 semanas. Cerca del 32% recae en los 6 meses posteriores a la retirada del tratamiento, aunque responden generalmente bien a un segundo entrenamiento.

García (2006) enumera los motivos por los cuales puede fracasar este método: falta de motivación del niño y su familia; que no se despierte ante el sonido; ciertas dificultades técnicas para implementar el procedimiento. Además menciona el hacinamiento, la falta de una adecuada supervisión y el rechazo por parte del niño o su familia. Otro aspecto considerado por García, son las recaídas, cuyos principales condicionantes serían: niños de edad más avanzada; situaciones familiares conflictiva, enuresis diurna, etc.

*Tratamiento conductual combinado con terapia de grupo:* El tratamiento de grupo es el dispositivo más indicado para la aplicación del tratamiento de alarma. Es decir que ambos tratamientos se complementan y refuerzan. Esto se debe a que el grupo permite sostener los tratamientos en un grado mucho mayor que la terapia individual, disminuye los fracasos y aumenta el porcentaje de mejorías parciales. Su objetivo fundamental es que los miembros integrantes dejen de mojarse en la cama durante las noches, lo cual es un medio para mejorar su calidad de vida. Los pacientes mejoran claramente sus relaciones interpersonales y con respecto a otros síntomas, tales como temores o problemas de aprendizaje (Moffat, op cit).

#### *Otras formas de tratamiento*

El psicoanálisis y la terapia familiar sistémica también se han ocupado de este problema.

*Psicoanálisis:* la teoría psicoanalítica interpreta la enuresis como un síntoma de un conflicto subyacente. Dicho conflicto debería ser elaborado en primer lugar, por el sujeto, antes de suprimir la enuresis, a fin de evitar consecuencias más graves. No existe evidencia firme que respalde este supuesto; tampoco se han realizado desde esta postura terapéutica, estudios experimentales, seguimientos longitudinales ni comparaciones con grupos de control. Los tratamientos

implementados se fundan en la experiencia clínica del estudio de casos y no está corroborada en forma alguna desde otros paradigmas distintos al propio. En ningún caso registrado en la bibliografía consultada, se describe extensión de los tratamientos, tipo de enuresis, especificación de los niveles de mejoría, etc. Tampoco existe evidencia empírica que corrobore la hipótesis de la substitución de síntomas.

Con este modelo, muchos niños son sometidos a terapias con pobres resultados, que no superan la remisión espontánea del trastorno, que ronda el 15%.

Moffat (op. cit.) realizó una revisión de 7 trabajos, desde 1964 a 1987, incluyendo un estudio de su propia autoría y encontró que, al mejorarse la enuresis, los niños mejoraban otros síntomas neuróticos, autoimagen, extroversión y neurotismo, así como el autoconcepto.

*Terapia familiar:* muchos terapeutas piensan que todo síntoma de un niño debe interpretarse como una disfuncionalidad familiar y que es la familia la que debe ser objeto de la intervención. La enuresis sería considerada un síntoma de la disfuncionalidad familiar.

Se ha descrito una investigación sobre efectividad del tratamiento sistémico basada en el abordaje familiar. Sobre 40 casos tratados, se logró la desaparición del síntoma en 37, destacándose que “la estrategia utilizada focaliza la terapia en el nivel del problema real (más allá de la enuresis), abarcando los aspectos individuales y de los contextos familiar y social que mantienen la disfuncionalidad” (Burrone y Capelluto, 1987, p 9). Se considera que, si el contexto terapéutico logra fortalecer la competencia familiar, se consigue que la familia se sienta artífice de los cambios y que el niño se motive para comportarse según su edad. “Se inicia así un proceso de crecimiento familiar que favorece la resolución del síntoma” (Burrone y Capelluto, op. cit.).

Este estudio muestra una cifra muy elevada de éxitos, pero es una muestra muy reducida estadísticamente; sería necesario corroborar estos resultados mediante nuevos trabajos que pudieran confirmarlos y mostrar evaluaciones de la disfuncionalidad familiar pre y post tratamiento. Sería necesario además, hacer investigaciones con grupos de control aleatorizados, para que esta evidencia fuera más sólida.

A continuación se incluyen algunas viñetas clínicas, representativas de un conjunto de casos, con el objetivo de presentar evidencia empírica observada.

### *Viñetas clínicas*

Estas viñetas fueron recopiladas durante la práctica profesional, realizada en el Hospital al que se acudió. El Servicio de Pediatría (consultorios externos); incluye atención psicológica de niños y familias.

En primer lugar, se presenta la metodología de trabajo, para luego relatar las viñetas clínicas. Dicha metodología consistía, en primera instancia, en una evaluación por parte de Médicos Pediatras que –en caso de ser necesario- derivaban a los pacientes al equipo de Psicología; sólo en casos excepcionales, algunos pacientes se dirigían directamente a solicitar la atención de este equipo. Esta derivación por parte de los Médicos Pediatras implicaba que se había descartado ya la subyacencia de posibles componentes orgánicos.

Un admisor –integrante del equipo de psicólogos- realizaba un psicodiagnóstico en base al cual definía si el niño necesitaba psicoterapia individual, grupal o ambas o si había que derivar a otro especialista y/o entidad (neurólogo, psicopedagogo; equipo especializado en patologías graves como

trastorno generalizado del desarrollo; dar intervención a Minoridad, etc.).

La intervención terapéutica basada en el intento por lograr modificaciones cognitivas, emociones y pensamientos que afectaran el comportamiento del niño y llevaran a la solución del problema, del esclarecimiento a los padres y al niño sobre las características de la enfermedad, no son suficientes para lograr la remisión total del síntoma. Es necesario utilizar o instrumentar otros procedimientos terapéuticos como la alarma junto con los grupos terapéuticos y, en ocasiones, el tratamiento farmacológico.

Es importante destacar por qué se apela al modelo de tratamiento cognitivo conductual: este tipo de tratamiento ayuda a que el niño pueda identificar emociones y pensamientos y lograr conectarlos. Esto significa que el paciente toma conciencia de sus emociones, de lo que le pasa.

Asimismo, este tipo de terapia incluye “tareas para el hogar” que son llevadas fuera del ámbito hospitalario, que pueden ser eficientes en cualquier lugar donde el paciente se encuentre y que le resultan útiles para desarrollar habilidades a fin de reducir los síntomas y así mejorar el estado de ánimo; esto lo dota de poder frente al problema. Se lo dota de recursos ya sea para que el niño los aprenda (es psicoeducativo) pero también para que los adquiera como propios; “se lo entrena” a través del role playing, por ejemplo, para que esas habilidades sean incorporadas a su conducta y pueda apelar a ellas en todo momento y lugar; hacerlas propias.

Algunas de las técnicas implementadas en aquel momento, se detallan a continuación:

*A) Selección de algunas técnicas tradicionalmente utilizadas por la terapia cognitivo conductual:*

- Entrenamiento en habilidades sociales: se le enseña al niño la habilidad dándole instrucciones directas. Se presenta material psicoeducativo y se moldea la habilidad. Una vez adquirida, se practica (se utiliza role playing) y por último, el niño pone en práctica sus habilidades en contextos reales, recibiendo después un refuerzo positivo por sus esfuerzos.
- Proyección temporal: se le pregunta al niño qué opina que sentirá respecto de su situación actual, dentro de 5 ó 6 años, teniendo en cuenta que este problema no va a acompañarlo durante toda su vida.
- Comprobación de evidencias: contradicen las creencias que el niño tiene respecto de sí mismo. Si cree que “es un tonto” se le demuestra recurriendo a pruebas tangibles, que no lo es.
- Reatribución: cuando el niño se siente responsable único de acontecimientos que no dependen solamente de él, se recurre a la técnica del “pastel de responsabilidades” mediante la cual se le adjudica una parte de responsabilidad a distintas personas y/o hechos, evaluándose el porcentaje correspondiente a cada uno, respecto del problema.
- Ejercicio de tomar el mando o echarse la culpa: sirve para ayudar a los niños para que tomen el mando de la situación sin culpabilizarse ni evitar asumir responsabilidades.
- Técnica básica de exposición: Consiste en una teatralización desarrollada en ambiente terapéutico, donde se simulan situaciones que habitualmente mortifican al paciente –según él mismo lo refiere y relata- y que significan gran carga emocional negativa. Sirve para desarrollar confianza en sí mismo a través del logro en la ejecución y consigue minimizar las emociones negativas desmitificándolas a través de indicaciones puntuales que van proporcionando los terapeutas y que aportan opciones de

respuesta.

*B) Algunas técnicas adaptadas por el propio servicio:*

- Técnica 1. Se pide a los niños que expresen algo que ellos sienten como desventaja en sus vidas por hacerse pis encima y algo que ellos sienten o consideraran como positivo a partir de lo mismo. El niño plantea su consideración y ésto se vuelca en una cartulina que todos ven, encolumnado como (+) y (-). Se busca con esta técnica que los niños exterioricen sus creencias al respecto, por absurdas que pudieran parecerle. No se censura absolutamente ninguna y está permitido aún decir que les parece bien orinarse encima. Pueden expresarse sin sentirse juzgados.
- Técnica 2. Externalización del síntoma. El niño realiza dibujos y escribe frases en una cartulina, respecto del problema, lo que le permite manifestar sentimientos, deseos, opiniones, etc. Se busca con esta técnica que el niño modifique su creencia y que sienta que el problema es externo a él, a su persona; que él lo padece pero que no es él el problema. Algunos ejemplos aclaratorios podrían ser dibujos y frases tales como: una nena con cara de enojada, mojada de pis, acompañada de la frase “yo no soy el pis; el pis me moja”; un niño que se dibuja jugando a la pelota, yendo a la escuela, haciéndose pis, junto con la manifestación de “yo hago todo esto; no soy sólo un nene que se hace pis”. Se busca con esta técnica que el niño deje de sentirse él mismo un problema y se reconozca como afectado por el mismo, que es exterior a él.

*A) Tareas para la casa y su revisión:*

1. Caras felices y tristes. Es un sistema de planilla o calendario de control de enuresis

donde el paciente, en su casa, debe dibujar cada día, sola, “carita feliz o carita triste”, según hubiera o no mojado su cama. Debía traerla a la sesión siguiente y – junto con el terapeuta- constatar si hubo mejoras, si no las hubo o si la situación empeoró y si esto se pudiera relacionar con algún estresor y/o acontecimiento puntual.

2. Aplicación de lo que se estuvo trabajando durante los encuentros en el ámbito terapéutico, a fin de lograr el entrenamiento del paciente en un contexto real.

Se citan a continuación algunos casos observados:

*Caso M:* 7 años; enuresis nocturna primaria; todas las noches. La madre concurre a todas las consultas, puntualmente, habiendo sido derivada por el pediatra del mismo servicio. La madre era maestra y “repetía en casa” los tests que se aplicaban a la niña en consultorio, trayendo en la consulta siguiente, los resultados por ella obtenidos en su domicilio al someter a la niña a la prueba psicológica planteando que “su hija tenía algún problema”. La actitud de la madre, sugería inexistencia de problemas familiares posiblemente relacionados con la problemática de su hija. Se comienza a indagar desde el servicio de psicología, entre otras cosas, cómo dormía la familia; cómo dormía la niña y llamó la atención que, contando con habitaciones y camas suficientes en su domicilio, todos compartían la cama en algún momento “a voluntad”; ahí “cada cual dormía con quien quería”. La madre manifestaba que “contaba con pocas frazadas”, de lo cual resultaba que la niña podía llegar a compartir la cama con algún hermano, orinarse durante la noche, pasarse de cama y volver a orinarse en la siguiente.

Se comenzó por dar la recomendación (desde el servicio) de que los niños

tenían que dormir en un cuarto separado del de los padres y cada uno en su cama. La madre continuaba expresando que “no sabía ya cómo hacer para que la niña tomara cuenta de que lo que hacía era molesto, estaba mal”. M seguía mostrándose indiferente ante los requerimientos de su mamá, la que había optado –ya cansada de tanto intento frustrado- por humillarla en público, castigarla mediante prohibiciones, retarla. Desde el servicio se desaconsejó a la madre continuar con estas medidas, explicándole que las mismas podrían causar nuevas perturbaciones en M. Se le recomendó a la madre, en cambio, que buscara establecer una responsabilidad compartida por ambas, sobre todo en las tareas de limpieza de los implementos afectados por la micción (hacer que la niña le alcanzara las sábanas sucias para lavar, que fuera ella la que entregara a la madre su propia ropa orinada, que ayudara a tender la cama limpia, etc.). Este tipo de recomendación incluso, se eligió porque al haber hermanos más pequeños, al principio, la madre “no indentificaba quién se había orinado” y M no se hacía responsable.

Cuando se logró que M reconociera que ella era quien mojaba la cama por las noches, se le dió la tarea para el hogar consistente en el dibujo de las caritas. M concurría al servicio todas las semanas y –como el dibujo era realizado con lápices de colores- resultaba notorio que había utilizado siempre el mismo y se sospechaba que completaba la planilla ayudada por su mamá, a último momento, antes de la consulta, si la traía y cuando la traía.

Nuevamente se trató de sensibilizar a ambas de la importancia de esta tarea, que debía ser diaria y matinal. De aquí surgió un hecho que llamaba la atención: le iba mejor durante los días hábiles (aparentemente más ordenados en la vida familiar) que en los días feriados (cuando eran frecuentes las visitas y reuniones en la casa).

Respecto de la forma en que la familia dormía y ocupaba las camas, la niña relataba que toda la familia dormía en el cuarto de los padres y cuando venían

familiares, amigos, etc., a pesar de contar con espacio y comodidades suficientes, tendían a compartir camas; tanto los miembros de la familia como las visitas, “donde caían, seguían durmiendo”.

La actitud de la mamá de M dejaba traslucir su deseo de dar una imagen de madre preocupada, seria, comprometida con su rol; cuidadosa del ambiente familiar; se presentaba con un buen discurso. No obstante, M, al concurrir durante un largo tiempo al tratamiento, fue de a poco comenzando a manifestar que –con mucha frecuencia- “papá solía enojarse por las visitas de los amigos de mamá que se quedaban a dormir”, que “todos tomaban alcohol” y comentarios semejantes que hacían sospechar cierto ambiente de promiscuidad alrededor de los niños. Al intentar tocar estos temas con la madre, los negaba diciendo que su hija mentía y al fin, dejó de llevarla al tratamiento, argumentando que M estaba “curada”, durante una visita a la cual la niña no concurreó.

De todos modos, M asistió al hospital durante aproximadamente 7 meses. A lo largo del tratamiento hubo una mejoría notoria durante los días hábiles, al tiempo que la niña mostraba cierta comodidad por contar con un “espacio propio” brindado por el hospital, al que llegaba contenta, en el que podía expresarse y ser escuchada. De todas maneras, solía angustiarse al terminar la sesión porque su mamá demoraba en llegar para retirarla. No se observaron signos notorios de elevación de autoestima, logros escolares ni otros cambios conductuales; sólo el haber tomado conciencia de que era un problema orinarse por las noches en la cama. Al suspenderse el tratamiento, ni se pudo efectuar un seguimiento posterior ni el servicio se encontró en condiciones de plantear una separación progresiva ni pronóstico alguno.

*Caso J:* 8 años. Enuresis nocturna primaria, esporádica (casi todas las semanas; unas 3 veces por semana). Vivía con su madre (soltera), que era docente y hablaba también del “bajo rendimiento escolar de su hijo”, en comparación con lo que ella esperaba de él, que “se encontraba debajo de la media que ella

consideraba para un niño de esa edad”. Esta mamá, reservada respecto de la vida familiar de la cual prefiere no hablar, da una marcada impresión de elevada autoexigencia.

Introverso, reticente al diálogo, se muestra con baja autoestima notoria, preocupado su enuresis y por su “bajo rendimiento escolar”, los que lo hacían “sentir tonto”, “afectado sin remedio por alguna enfermedad cerebral”; como si tuviera un problema intelectual. El rendimiento escolar manifestado desde la escuela a través de informes, evaluaciones, notas, no confirmaron nada de esto. Se podría inferir cierta sobreexigencia por parte de la mamá y de sí mismo.

Desde el servicio se implementó la técnica de las caritas que en niño y su madre cumplían estrictamente y con absoluta responsabilidad. Al implementarse la técnica 1, se sorprendió notoriamente cuando se le comentó que “hacerse pis en la cama no dura toda la vida”, ante lo cual preguntó “¿es verdad eso?” Cuando los terapeutas le aseguraron que efectivamente no duraba toda la vida, se mostró contentísimo y aliviado.

Al participar de la técnica 2, demostró un notorio alivio y logró expresar en la charla posterior compartida: “entonces ¿no soy un tonto?!!”, lo cual repitió ante su madre y frente a la terapeuta, con marcada convicción, aclarando que “el problema estaba fuera de él”.

J participó del tratamiento desde su timidez y retraimiento, no siempre activamente, aunque mostraba deseo de concurrir, notorio interés en todo lo que se realizaba y una capitalización que podía expresar posteriormente a través de la palabra y que dejaba traslucir una construcción de autoestima positiva a partir de lo elaborado.

A lo largo de tratamiento, J comenzó a mostrarse más confiado en sí mismo; dejó de creerse un tonto lo que lo alivió en relación a su rendimiento escolar que –

al no preocuparlo tanto- logró mejorar. Si bien no remitió por completo su enuresis, las mejoras fueron notorias (una vez por semana). Finalmente, progresó –aunque tímidamente- en su socialización en la escuela.

Luego de ser tratado en este servicio durante 5 meses, J continuó asistiendo, para su atención individual, a otro servicio de psicología, en una unidad sanitaria más cercana a su domicilio.

*Caso P:* 9 años. Enuresis diurna, todos los días en horario determinado (entre 20 y 20:30hs; antes de la cena). Se indagó qué hacía la madre en esos momentos; qué pasaba a las 20 horas en esa casa. La madre de P, soltera, hacía un año y medio que había fallecido su padre y todas las noches, a esa hora, tomaba la foto de su padre, encendía una vela y lloraba. P se orinaba encima.

P era muy inteligente; también lo parecía su madre. Se comenzó a ver cuáles eran sus creencias y se descubrió que el niño se sentía responsable de todo; de que su madre se mostrara depresiva, tanto por la pérdida de su papá como por su enuresis. Este niño, además, no quería que su enuresis fuera conocida en la escuela, cosa que no logró. Cuando esto trascendió en el ámbito escolar, su rendimiento que siempre había sido muy bueno, se vió algo afectado y comenzó a sufrir la burla de sus compañeros, con el resultado de un aislamiento creciente, que angustiaba también a su mamá, aumentando la culpabilidad de P. Esta culpa era reforzada a su vez, por comentarios de la madre como: “Yo, que todo lo hice por vos...”; “Pensar que te crié sola...”; “Te doy todo...”, que P relataba en las sesiones.

La madre nunca podía concurrir al servicio cuando era citada, por razones laborales (P era acompañado por su tía o por su vecina).

Si bien P por momentos se resistía a comunicarse mediante la palabra, su falta de inhibición le permitió aprovechar su participación en los juegos propuestos.

Se implementaron para este tratamiento: técnica del pastel de responsabilidades para que pudiera darse cuenta de que no era responsable de lo que le sucedía ni de la depresión de su madre; ejercicio de tomar el mando versus echarse la culpa, para que pudiera buscar el modo de solucionar el problema sin sentirse culpable; técnica básica de exposición que sirvió para soportar los insultos y provocaciones de sus compañeros en la escuela; programación de acontecimientos agradables para que no se sentara a padecer durante los rezos y lloros de su madre sino que se centrara en lo grato que sería luego comer juntos, elabora la comida, etc.

P logró importantes mejoras en cuanto a la enuresis, aunque no la eliminó completamente. Al comienzo era reticente a expresar sus emociones, a lo largo de la terapia logró expresarlas de alguna manera y esto le sirvió para soportar mejor las situaciones molestas que padecía en la escuela (ser “el bicho raro” a causa de su inteligencia; ser el burlado a causa de la enuresis). A pesar de que su madre no concurrió a las convocatorias, P logró interactuar en forma distinta con ella y comenzó a comprender que no era el responsable de todo lo malo que a ella le pasaba, que muchas cosas no dependían de él. Disminuyó así su nivel de tensión que esta relación madre - hijo le había ocasionado hasta ese momento, con lo cual pudo disfrutar más, tanto de su mamá como de su vida en general.

Estas experiencias observadas en el hospital, con 14 pacientes tratados del mismo modo que se acaba de ejemplificar, confirma que ninguno de estos niños presentó remisión total de los síntomas enuréticos, no obstante haberse mejorado. Las mejorías contempladas serían: aumento de la autoestima, menos número de episodios de enuresis, fortalecimiento y mejora de vínculos familiares positivos, modificaciones a nivel cognitivo, de creencias, de posición frente al problema. Mejora la situación general; sin embargo, la enuresis no desaparece. Necesitan un tratamiento conductual y/o farmacológico.

## Conclusiones

No hay una terapia única sino que depende de cada caso. El tratamiento más eficaz sería el conductual, junto con un tratamiento cognitivo grupal y, de ser necesario, farmacológico. No existe “el” tratamiento, sino que hay diferentes tratamientos para enfocar esta patología tan compleja y multifactorial. Hay que adaptarse no sólo a cada paciente sino a la evolución de la enfermedad a través del tiempo; no es lo mismo un niño que ha sido tratado y ha fracasado en su tratamiento, que el que nunca ha realizado tratamiento alguno. Además, este trastorno, que tiene factores biopsicosociales, debe ser encarado en cada uno de estos tres aspectos, a fin de ver cuál es la mejor forma de abordarlo. Así por ejemplo, si un paciente tiene ambos padres que padecieron enuresis, la estrategia se encaminaría a buscar la carga genética de la enfermedad o simplemente a buscar en el entorno familiar qué tipos de conducta tienen frente a la enuresis (coercitivas, castigos, etc.).

Este es un trastorno con un altísimo grado de fracasos terapéuticos y a su vez, los éxitos son difíciles de medir, dado que la enuresis tiene naturalmente una curación espontánea a lo largo de los años (el 15% anual). De tal manera ¿cómo se puede medir con certeza cuál es el método terapéutico más eficaz en una enfermedad tan compleja y heterogénea?

Dado que en la actualidad, el tratamiento de la enuresis se realiza de manera aislada, por diferentes profesionales de la Medicina y la Psicología, a partir de la bibliografía consultada y de la experiencia propia, se considera el mejor criterio, cumplir con dos condiciones: trabajo interdisciplinario y seguimiento a largo plazo.

El trabajo interdisciplinario involucraría al Psicoterapeuta, Pediatra y Urólogo

infantil. El rol del Pediatra en las patologías infantiles es fundamental para formular el diagnóstico, evaluar la madurez psicomotora del niño; descartar diabetes, diabetes insípida e infección urinaria. También descartar carga genética y trastorno del sueño. Mediar en casos necesarios. Como derivador y contenedor de la familia, es responsable del seguimiento a largo plazo, cumpliendo un rol fundamental para lograr el éxito terapéutico.

El Urólogo Infantil es quien va a dar la precisión sobre la normalidad o anormalidad de la función urinaria, evaluando la posibilidad de trastornos urodinámicos en aquellos pacientes que presentan signos y síntomas diurnos, malformaciones en las vías urinarias, poliuria nocturna. Proporcionará tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de ser necesario.

Finalmente, el Psicoterapeuta es quien lleva adelante las psicoterapias. Actualmente, los tratamientos más eficaces para la enuresis son los psicosociales, especialmente aquellos de tipo conductual, que incluyen el uso de alarma en la mayoría de las ocasiones. La alarma se considera especialmente exitosa dado que interrumpe el sueño del niño, siendo el trastorno del sueño, en casi todas las enuresis, condición necesaria y suficiente de esta patología.

Para el tratamiento psicoterapéutico se puede recurrir a distintos dispositivos: intervenciones individuales y de grupo, tanto naturales (familiares) como artificiales (grupos terapéuticos homogéneos). El uso de fármacos debería realizarse en los casos en que el tratamiento de primera elección fracasa. El tratamiento de grupo es el dispositivo más indicado para la aplicación del tratamiento de alarma. La participación del niño en grupos terapéuticos, se considera especialmente eficiente, dado que le permite compartir su problemática, aprender a partir de la observación de sus pares, del aprendizaje vicario y de los incentivos proporcionados. Así se logra sostener los tratamientos en un grado mucho mayor que el individual; disminuye el nivel de fracasos y aumenta el de las mejorías parciales.

Como conclusión se podría expresar que toda enuresis debe ser tratada. El tratamiento debe tener como objetivo alcanzar la remisión total del trastorno y además el terapeuta debe contribuir a evitar la prolongación del sufrimiento del niño y su familia hasta alcanzar dicho objetivo.

## **Anexo**

### **Guía Multimodal para la Enuresis Ruiz Sánchez 1998**

Este protocolo considera las siguientes dimensiones:

#### **1. AREA COGNITIVA**

(1) Los objetivos en esta área son evaluar las creencias parentales sobre la etiología de la enuresis y la motivación del niño para el tratamiento.

(2) Es útil preguntar a los padres: ¿A qué atribuyen ustedes este problema? ¿Qué les hace creer eso? Y al niño: ¿Cómo te molesta este problema?

#### **2. AREA AFECTIVA**

(1) Los objetivos en esta área son evaluar las ansiedades parentales por la enuresis y el nivel emocional del niño.

(2) Se pueden realizar las siguientes preguntas: ¿Cómo se siente usted con este problema? ¿Qué importancia tiene para usted? ¿Es impresionable su hijo? Si es así, ¿por qué? ¿Siente el niño miedo con frecuencia? ¿De la oscuridad, de las tormentas, de ser atacado por animales, personas o monstruos? ¿Siente el niño pánico ante la idea de ser separado de sus padres o de su familia? ¿Se pone ansioso ante posibles fracasos escolares? ¿Está su hijo últimamente menos activo, iracundo, lloroso o con menor interés por los juegos y otras actividades?

#### **3. AREA SOMATICA**

(1) Los objetivos de esta área son descartar posibles causas orgánicas para la enuresis

(2) Las exploraciones físicas deben incluir: Exploración de la columna,

exploración neurológica, exploración genital, y análisis de orina (más un urocultivo en niñas).

(3) Es importante también contar con índices pediátricos/psicológicos para evaluar el nivel madurativo del niño, y su posible retraso.

(4) Varios signos/síntomas pueden alertar al clínico respecto de la posibilidad de organicidad: Micción dolorosa (disuria), micción frecuente (poliuria), urgencia desmedida en orinar, chorro de orina débil o irregular, y goteo urinario diurno.

#### *4. AREA INTERPERSONAL*

(1) En esta área se evalúa la presencia de trastornos emocionales en la familia y estresores /conflictos en la convivencia de la misma, donde el niño/enurético puede estar jugando un papel (por ejemplo desviar un mayor conflicto conyugal, o estar estresado por la posibilidad de separación de los padres).

(2) Evaluación de trastornos emocionales en los padres /niño: ¿Padece alguno de ustedes de algún trastorno emocional? ("nervios", "depresión") ¿Le notan al niño algún problema emocional aparte del de la orina?

(3) Evaluar posibles conflictos relacionales en la familia (suele ser mejor a solas con los padres): ¿Tienen problemas en su convivencia familiar/pareja? ¿Cómo afecta el tema de la orina a esos problemas? ¿Cómo notan ustedes que esto afecta al niño? ¿Cómo se lleva el niño con cada padre y hermanos? Si es posible con el niño a solas: ¿Que te gustaría que cambiara en tu casa, de tu familia?

#### *5. AREA CONDUCTUAL*

(1) Los objetivos en este área se centran en evaluar la enuresis y los factores inmediatos que pueden estar manteniéndola (análisis funcional).

(2) Una entrevista de análisis funcional suele recoger las siguientes cuestiones: ¿Desde cuándo presenta el niño el problema? ¿Se ha mantenido

alguna vez seco? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Ha tenido el niño emisiones tanto de día como de noche o solo por la noche? ¿Ha habido en la familia alguien con este problema? ¿Que han intentado para resolver este problema? ¿Se va a dormir sobre la misma hora? ¿Suele ir al servicio antes de acostarse? ¿Bebe cantidades exageradas durante la noche? ¿Es sensible a los halagos de los padres? ¿Ha sido castigado o pegado por su trastorno? ¿Se levantan los padres por la noche para hacerle orinar? ¿Le ponen pañales? ¿Cuántas veces se suele orinar por la noche en la cama? ¿Se han intentado otros tratamientos que han fracasado? Si es así, ¿Cuáles? ¿Tiene un sueño ligero muy profundo? ¿Se despierta con despertador?

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ander-Egg E (1987) Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Humanitas.

Beck A y Freeman A (1995) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Buenos Aires: Paidós.

Bragado Alvarez, C. (2002) Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III (Infancia y Adolescencia). Madrid.

Burrone T y Capelluto D (1987) Terapia familiar y enuresis. Buenos Aires: Revista Sistemas familiares. Páginas 9-15.

Butler, R.J.(1987). Nocturnal enuresis:psychological perspectivas. Bristol:Wright.

Caro Isabel (1999) Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos, incluido en Caro Isabel (comp), Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.

Chazenbalk, L.B. y otros (1988): Psicología Cognitiva, Enfoque teórico práctico; Ediciones Culturales Universitarias Argentinas; Buenos Aires.

De Vega M (1984) Introducción a la psicología cognitiva. Madrid: Alianza.

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Elder J.(2004)Trastornos Urologicos en lactantes y niños.Nelson:Tratado de Pediatría.Edicion XVIII, tomoll editorial Elseuier

Feixas G y Miró M (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Friedberg, R y McClure,J.(2002) Practica Clinica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Ed.Paidos.

García F, Vega E y Pagés P (2002) Psicoterapia de grupo para la enuresis nocturna: procesos y resultados. Buenos Aires: Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XI, Nº1 35-47.

García F (2006) Enuresis nocturna. Causas y tratamientos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

García F y Vega E (1989) Consideraciones acerca del tratamiento por alarma en la enuresis nocturna. SAP Archivo Argentino de Pediatría .Vol 87, Nº 3/411-14.

Garnham A y Oakill J (1996) Manual de psicología del pensamiento. Barcelona: Paidós.

Gomar M (2003) La incontinencia urinaria. Disponible en <http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/>

Greene A (2003) Enuresis infantil. Disponible en Medline Plus / Actualizado 10-24-2003:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Lucio P (1996) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.

Jarvelin, M.R.; Moilanen, Y.; Vikevainen-Tervonen, L. y Huttunen, N.P. (1990). Life changes and protective capacities in enuretic and non enuretic children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 31, 5. 763-774.

Kaplan H y Sadock B (1995) Compendio de psiquiatría. México: Salvat.

Kaplan H, Sadock B y Grebb J (1997) Sinopsis de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Kaufmann, F.D. (Compilador) (1996). Psicología General. Elementos para una introducción. Fundación Editorial de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

Marx M y Hillix W (1985) Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. México: Paidós, 3ª edición.

Medel R. y col. Enuresis Nocturna. CONARPE 24-27 Set. Mendoza(1997)

Medel R y col. Enuresis Primaria Monosintomatica. CONARPE.26-30.Salta(2000)

Moffat, K (1989). Nocturnal enuresis: psychologic implications of treatment and non treatment. Journal of Pediatrics.114.4,2,697-704.

Norgaard y col.(1985)Nocturnal enuresis. Journal of Urology. 134:1029

Norgaard,J.P.;Rittings,S. y Djurhuns, J.C(1989).Nocturnal enuresis: an approach treatment based on pathogenesis. Journal of Pediatrics.114,4,2.705-710.

Puri, V.N. (1980). Urinary levels of antidiuretic hormone in nocturnal enuresis. Indian Journal of Pediatrics, 17, 675 – 676.

Rahim, S.I.A. y Cederblad, M. (1986). Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum Sudan: I. Extensive study. Acta Paediatrica Scandinavica, 75, 1017-1020

Riviere A (1985) El sujeto de la psicología cognitiva. Alianza Editorial. Madrid.

Robins A y Hayes A (1997). Una valoración de la terapia cognitiva, incluido en Mahoney M , Psicoterapias cognitivistas y constructivistas. Bilbao: Desclée de Brower.

Ronen, T.; Rahav, G. y Wozner, Y. (1995) Self Control and Enuresis. Journal of Cognitive Psychotherapy. Vol. 9, N° 4. 249-258.

Ruiz (1995) Guía de orientación para padres sobre la enuresis. ESMD-Ubeda.

Ruiz Sánchez J (1998) Guía multimodal de 2º orden de la enuresis. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Multimodal/enuresis2.htm>

Sperling,M.(1980). Psicoterapia del niño neurotico y psicotico.Buenos Aires:Homé.

Toro J (1992) Enuresis: Causa y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J y Nina, I (1991). Adiestramiento familiar vesical y enuresis. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 18, 2, 78 – 88.

Vázquez, L.(2007). Enuresis nocturna primaria monosintomática. Archivos Argentinos de Pediatría. Vol 110,31-32

Vega, E. (2006) El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Watson, J. (1985) El conductismo. Buenos Aires: Paidós.

Yates, A.J. (1975). Terapia del comportamiento. México DC: Trillas.