

**Universidad de Palermo**

**Trabajo final integrador**

**Enuresis: Descripción y tratamiento**

**Autor: Policella, Florencia.**

**INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo surge de la experiencia realizada en un Hospital , en el área de psicología del servicio de Pediatría. La población que asiste al hospital en su mayoría se encuentra por debajo de la línea de la pobreza, con necesidades básicas insatisfechas.

Se toma contacto con la problemática de Enuresis, a partir de los elevados índices de casos clínicos de niños con esta patología en consultorios externos y en sala de internación.

Este trabajo está basado en la experiencia de la práctica de habilitación profesional V que se realizó en un centro de formación y asistencia psicológica con orientación sistémica.

La Práctica totalizó las 320hs, con un promedio de 20hs semanales, que se distribuyeron entre la Institución y el Hospital . En la institución se participaba de cursos tales como intervenciones en crisis, intervención en organizaciones, habilidades sociales y en el Hospital se realizaban recorridos por las salas de los pacientes internados y atención ambulatoria. A partir de la asistencia al Hospital ha surgido la elección del tema de enuresis que se tratará a continuación.

## **1 Objetivos**

El objetivo general de este trabajo es analizar las diferencias y similitudes que existen en el tratamiento pediátrico y psicológico de un niño enurético, confrontando dos historias clínicas de las respectivas especialidades. Y comparar las distintas perspectivas que se evidencian en la práctica médica y en la práctica psicológica.

Los objetivos específicos son:

- ★ Describir los diferentes tipos de enuresis.
- ★ Describir los posibles tratamientos para niños enuréticos.
- ★ Considerar los criterios de derivación a otro especialista.

Este trabajo se realizó con el fin de recopilar información bibliográfica de qué es la enuresis, de cómo debe tratarse un niño enurético y de cuándo es necesario que el médico clínico derive a un niño al psicólogo o que el psicólogo descarte afecciones físicas derivando a un médico clínico.

## **2. MÉTODO**

Este trabajo final de integración es un estudio de tipo descriptivo, en el que la técnica utilizada fue el análisis de documentos. Se basó en una historia clínica confeccionada por una psicóloga y un resumen de historia clínica realizada por una médica pediatra, ambas consignaban el tratamiento de diferentes niños que padecían enuresis.

La el resumen de la historia clínica se obtuvo de otra institución por cuestiones legales, en Cambio pudo obtenerse del Hospital la historia clínica realizada por la psicóloga, mediante una autorización de la Lic G.

En una primera etapa se realizó una revisión bibliográfica a los fines de desarrollar el marco teórico. Para luego con esta información poder realizar las comparaciones de las historias clínicas, sin dejar de lado la experiencia vivida en el Hospital.

Se eligieron las categorías para la comparación de as historias clínicas, entre ellas la frecuencia de las entrevistas, la recolección de información y la elección del tratamiento.

Fue necesario obtener más información de las historias clínicas conversando con los profesionales tratantes, es por esto que hay datos que no se podrán observar en los documentos adjuntos. A ambos profesionales se les pregunto cual fue el desenlace del tratamiento con el paciente, ya que esta información no se hallaba en las historias clínicas.

### **3. MARCO TEÓRICO: ENURESIS**

El marco teórico está desarrollado con enfoques sistémicos, cognitivo – conductual y psicoanalítico, dado que el material que se puede encontrar sobre el tema es muy acotado. La comparación de los casos se hace desde un enfoque sistémico y cognitivo – conductual.

La revisión bibliográfica realizada está centrada en la descripción de la enuresis y sus diferentes variantes: nocturna monosintomática y diurna. Se abordan sus respectivos tratamientos y su diagnóstico diferencial.

#### **3.1. Definición**

Schmit y Soulé (1988) hacen referencia a Kreisler quién en 1977, define a la enuresis como la micción incontrolada que persiste o que vuelve a aparecer después de la edad de la madurez de la función, que se produce habitualmente durante el sueño, de curso evolutivo más o menos habitual, singular por su desencadenamiento que es inopinado e involuntario, aunque normal en su desarrollo fisiológico.

Es necesario señalar tres elementos esenciales:

1. La enuresis se define en función de una edad en la que el control esfinteriano está ya normalmente adquirido.
2. La micción enurética es activa, completa, de desarrollo normal, lo que elimina cualquier mal funcionamiento urinario ligado a una enfermedad orgánica.
3. El desencadenamiento de esta micción es involuntario e inconsciente.

Estos elementos distinguen a la enuresis de otras conductas inadaptadas en las que la micción se desencadena intencionalmente o en cualquier caso, conscientemente - *acting* agresivo, pis en la cama por fobia de la oscuridad. En el enurético propiamente dicho, la micción se torna a veces consciente poco después de su inicio: el niño puede interrumpir entonces el flujo de orina.

La enuresis es por tanto una micción normal, involuntaria e inconsciente, sin lesión del aparato urinario en un niño de más de 3 años de edad. Esta definición implica que la enuresis no es un trastorno de la micción sino un trastorno de su control. Este control exige una actividad mental capaz de organizar las sensaciones

que proceden del sistema vesical, al notar el estado de tensión de la vejiga en función del desarrollo del tiempo, interrogarla sobre su contenido y así preparar a tiempo un futuro previsible, es decir la satisfacción de la necesidad en condiciones socialmente adaptadas.

Esta actividad de control, unida a la organización temporal del sujeto y a su percepción de la duración, se halla perturbada o negada en el enurético que actúa como si ignorara las manifestaciones de la necesidad o no fuera capaz de prever su aparición.

### 3.1.1. Criterios de derivación a psicología.

La enuresis es un motivo frecuente de consulta pediátrica general; el pediatra es quien habitualmente hace la entrevista clínica inicial. Entre los aspectos que se deben considerar en la confección de la historia clínica se incluye determinar el tipo de enuresis que presenta el niño, evaluar la evolución del desarrollo sensoriomotor, cognitivo, social y emocional, indagar cómo fue el proceso de aprendizaje del control esfinteriano, preguntar sobre la existencia de enuresis en otros miembros de la familia, investigar eventuales factores estresantes como nacimiento de hermanos, crisis familiares, duelos, abuso sexual y maltrato, formarse una opinión de las interacciones familiares, conocer cuál fue la respuesta del niño y la familia frente al problema y determinar si hay síntomas psicopatológicos agregados. Conjuntamente se debe realizar un examen físico, que incluya la tensión arterial, y solicitar exámenes de orina completos y un urocultivo.

Si el resultado de la evaluación indica que se trata de una enuresis funcional -la emisión no voluntaria de orina por el día o por la noche, a una edad en la que se espera que haya control al respecto- y no hay indicios de otros hallazgos nefrourológicos o psicopatológicos, el niño puede ser controlado periódicamente por el pediatra. La derivación al psicólogo estará indicada si en la evaluación clínica se concluye que hay presencia de síntomas emocionales o conductuales, si hay otro desorden mental coexistente, si se requiere apoyo en el manejo familiar, o bien si el paciente resulta refractario al tratamiento (Ajuaguerra, 1977).

### **3.2 Desarrollo del control esfinteriano:**

El control esfinteriano no es innato. Se organiza a partir del final del primer año pero no puede considerarse definitivamente adquirido hasta que sea casi automático y se vea libre de todo elemento conflictivo, hacia los 3 o 4 años. La maduración neurológica es su base orgánica, necesaria, pero no suficiente (Schmit y Soulé, 1988).

Para la mejor comprensión del desarrollo del control esfinteriano se lo separó en dos momentos: la maduración de la vejiga y la enseñanza del control de esfínteres.

#### 3.2.1. Maduración de la vejiga

Según Wahren (2004), en el recién nacido, la función vesical está coordinada por la médula espinal baja y por centros primitivos del cerebro. La micción en esta etapa es eficiente pero no controlada: el llenado progresivo de la vejiga provoca contracciones no inhibidas. La micción en el neonato también puede ser desencadenada por actividades neurológicamente estimulantes como la alimentación, el baño, las cosquillas. El neonato orina aproximadamente 20 veces por día. Durante los primeros tres años de vida, la capacidad de la vejiga aumenta mucho. A los 3 años de edad, la cantidad de micciones desciende aproximadamente a 11, mientras que el volumen orinado aumenta casi cuatro veces. A los 4 años de edad la mayor parte de los niños orinará de 5 a 7 veces por día.

Entre las edades de uno y dos años se producen dos hechos importantes: un aumento gradual de la capacidad vesical y la maduración de los lóbulos frontal y parietal. En este período el niño toma conciencia de la plenitud vesical y reconoce que la micción es inminente, pero es incapaz de controlarla; no puede iniciar el vaciamiento a menos que tenga la vejiga llena.

El desarrollo del control vesical parece seguir una maduración progresiva, en la que primero se toma conciencia del llenado vesical, para desarrollar luego la habilidad de suprimir las contracciones del detrusor -músculo de la pared vesical estable- voluntariamente y finalmente aprender a coordinar las funciones del esfínter y de este músculo. Estos logros deben ser obtenidos para la mayoría de los niños, y al menos durante el día, aproximadamente a los 4 años. El control nocturno es

logrado de meses a años luego del diurno, pero no suele ser completo hasta los 5 a 7 años de edad.

Desde lo psicológico para Schmit y Soulé (1988), en el plano libidinal, la micción se convierte en fuente de placer, tanto en la retención como en la expulsión de la orina. Se halla en el origen de fantasías de dominio, de destrucción del objeto mediante la orina y participa así en el desarrollo afectivo de niño. El aprendizaje de la limpieza implica que el niño renuncia a ciertos placeres por amor a su entorno y éste facilita la adaptación a sus posibilidades.

Las actitudes educativas juegan por tanto un papel en las etapas, en su datación y en la calidad del control de la micción. Estas actitudes son en sí mismas reveladoras del contexto social, de sus valores y de sus exigencias. De forma más sutil, pero no menos activa, la actitud afectiva profunda de la madre respecto a la limpieza, a partir del nacimiento del niño, tiene gran importancia en el aprendizaje esfinteriano, atribuyendo a las exigencias educativas una coherencia que el niño advierte, o, al contrario, emitiendo un mensaje contradictorio o inaceptable y manteniendo la fijación en conductas arcaicas.

### 3.2.2. Enseñanza del control de esfínteres

Desde la perspectiva psicológica para el niño, el control de esfínteres le da una sensación de control sobre su cuerpo y aumenta su autoestima, así como previene la aparición de dermatitis del pañal.

En los años '60 surgió el enfoque centrado en el niño desarrollado por Brazelton (1960, c.p. Wahren, 2004), quién sugiere comenzar el entrenamiento esfinteriano sólo después de que el niño haya alcanzado ciertos criterios fisiológicos y de conducta. Resalta la importancia de permitir al niño la libertad de aprender cada paso de acuerdo a su ritmo madurativo, con el menor conflicto posible.

El tiempo promedio en el que los niños adquieren el control esfinteriano desde el comienzo del entrenamiento es de 6 meses para la continencia urinaria diurna y de la materia fecal. Las niñas pueden controlar 2 ó 3 meses antes que los varones, y los hijos mayores suelen tardar más que sus hermanos en controlar. La madurez del niño para su entrenamiento de esfínteres se basa en la adquisición de pautas fisiológicas y conductas del desarrollo más que en su edad cronológica.

**Cuadro 1.** Pautas para tener en cuenta.

<b>Pautas fisiológicas</b>	<b>Pautas del desarrollo</b>	<b>Pautas conductuales</b>
<p>El niño debe tener control sobre su musculatura esfinteriana antes de poder ser entrenado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La coordinación voluntaria del control esfinteriano se logra entre los 12 y 15 meses de edad.</li><li>• La mielinización de los tractos piramidales hacia los esfínteres se completa entre los 12 y 18 meses.</li></ul>	<p>Cuando demuestra habilidad para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Caminar hasta el baño</li><li>• Para bajarse y subirse la ropa</li><li>• Para permanecer sentado en el inodoro (o pelela)</li><li>• Para mantenerse seco por varias horas</li><li>• Comprender y responder órdenes simples</li><li>• Comunicar su necesidad de ir al baño.</li></ul>	<p>El niño esta maduro cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede imitar comportamientos</li><li>• Puede colocar las cosas en el lugar que le corresponden</li><li>• Demuestra deseo de agradar</li><li>• Disminuye la frecuencia de berrinches y signos de oposición</li><li>• Expresa interés en el control de esfínter.</li></ul>

El entrenamiento debe comenzar cuando estas pautas están presentes y el niño se muestra interesado en el proceso. Estudios recientes muestran que la adquisición de estas pautas se puede dar entre los 20 y 30 meses de edad. El pediatra debe introducir el tema del control de esfínteres a partir de los 12 meses.

Los padres deben saber interpretar los signos que indican la maduración del niño para iniciar el proceso de enseñanza. Asimismo deben tener una expectativa realista de la duración del proceso de control y los contratiempos que pueden surgir durante su desarrollo. Deben entender que los accidentes son inevitables y que no hay ningún lugar para el castigo durante el proceso de aprendizaje del control de esfínteres. Los que muestran impaciencia, o frustración fácil ante la conducta del niño, deberían retrasar el inicio del control hasta los 30 meses para evitar situaciones que puedan terminar en maltrato del niño.



Las confusiones en el diagnóstico de enuresis se suelen relacionar con la incontinencia urinaria, por lo que a continuación se describen las diferencias.

### **3.3. Diferencias entre enuresis e incontinencia urinaria.**

El diagnóstico diferencial se establece ante la incontinencia urinaria, que hace suponer la existencia de una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por una inflamación. Hay enuresis cuando la emisión de orina es involuntaria e inconsciente, y hay incontinencia cuando la emisión de orina es involuntaria pero consciente, cuando todos los intentos del paciente por retener resultan inútiles y las micciones son anormales. Puede pasar por incontinencia la polaquiuria -aumento de la frecuencia miccional- si ocurre de día, confundiendo con una enuresis cuando se manifiesta por la noche. Es indispensable un profundo examen para eliminar los posibles inicios de una afección urológica.

Las causas de incontinencia son varias. Cuando aparecen sin llamar la atención pueden confundirse con la enuresis, al menos en algunos casos. Entre los cuadros que se prestan a confusión:

- Poliurias de afecciones del metabolismo, entre las que sobresale la diabetes mellitus, rara antes de los 5 años, la diabetes insípida, el síndrome poliuria – polidipsia, distinto de la potomanía, o hábito de ingerir una cantidad anormal de líquido.
- Afecciones urológicas o renales producidas por una irritación o una infección – cálculos vesicales, cistitis aguda o crónica, uretrotrigonitis crónica de la niña-, o de malformación congénita – falta de control de esfínter, provocada, por ejemplo, por abocamiento ectópico de una uretra supernumeraria, por obstáculos subvesicales causantes de retención crónica y micción al estar rebosante. Siempre es necesario que se busque sistemáticamente, con investigaciones urológicas y neurológicas, una anomalía orgánica o funcional de las vías urinarias o del niño.
- Trastornos neuromusculares relacionados con lesiones adquiridas de la médula espinal o con afecciones congénitas. En lesiones adquiridas: mielitis, traumatismos medulares, y de afecciones congénitas -espinas bífidas, aplasia sacra-.

### **3.4. El síndrome enurético**

El síndrome enurético según Schmit y Soulé (1988), se puede definir según cierto número de variables:

- La fecha de aparición distingue la enuresis primaria -es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo - y secundaria -es la que acontece tras un período de continencia previo de, al menos, seis meses de duración-: a veces es difícil que un niño crecido recuerde en qué momento preciso empezó la enuresis. En la evolución, el intervalo de limpieza nunca es largo y los recuerdos del niño o de los padres carecen a veces de claridad. Sin embargo, es importante poner en evidencia el carácter secundario de la enuresis ya que los factores desencadenantes, que aparecen frecuentemente en la enuresis secundaria, explican la génesis del síntoma;
- El ritmo nictemeral distingue las enuresis únicamente nocturnas, con mucho las más frecuentes, de las enuresis nocturnas y diurnas y de las enuresis únicamente diurnas. La excusa invocada es que el niño juega demasiado, no hace caso y se ve desbordado. En realidad, al observar el comportamiento de estos niños se advierte la función erótica de la retención: el niño se agita, aprieta los muslos, se toca el sexo. Siente perfectamente la necesidad, pero desea mantener durante todo el tiempo posible la excitación que la retención de orina provoca en la zona del triángulo y del esfínter. Esta tensión mantenida, verdadero equivalente masturbatorio, se resuelve por la emisión de orina que adquiere así un valor orgasmático. Es obvio que el niño sólo adquiere la limpieza cuando toma conciencia del significado de su enuresis y abandona esos placeres, pero es fácil imaginar a qué complicidades deberá renunciar;
- El ritmo de los incidentes es muy variable: la enuresis puede ser cotidiana, y suscita entonces la instalación de costumbres familiares que, o bien aceptan el síntoma, o emprenden una guerra de desgaste entre el niño y los padres. En otros casos, la enuresis es irregular, espaciada o intermitente, caracterizada por largos intervalos secos, o también episódica, reduciéndose a algunos raros períodos húmedos;
- La abundancia es clara en las enuresis primarias, las que de por sí no revisten gravedad. Es interesante que la madre la precise pues puede crear en ella

cierta angustia. Moviliza frecuentemente la inventiva de los padres, para los cuales el problema esencial reside en evitar la inundación.

### **3.5. Enuresis Nocturna monosintomática: Etiología**

La enuresis nocturna monosintomática es un problema frecuente en los niños. Está causada por un desequilibrio entre la capacidad vesical nocturna y la cantidad de orina producida de noche – ya sea que la capacidad es muy pequeña o que la diuresis nocturna muy grande – más el hecho que el paciente no responde despertándose a la sensación de la vejiga llena.

La enuresis monosintomática nocturna, según Wahren (2004), puede deberse a varios de los siguientes factores:

- Factores genéticos: la enuresis nocturna es un trastorno genéticamente complejo y heterogéneo. Los factores genéticos son de gran importancia en la etiología de la enuresis nocturna, mientras que los factores ambientales –tanto somáticos como psicosociales– ejercen un importante efecto modulador sobre el fenotipo. Dentro de las familias el fenotipo no es uniforme, pudiendo diferentes miembros presentar el mismo o diferente patrón de enuresis.
- Capacidad funcional vesical reducida: desde el punto de vista fisiológico, la capacidad vesical en determinado momento se basa en el volumen que contiene y en la presión intravesical de ese determinado volumen. Esto no es fácil de medir ya que requiere medir presión intravesical, por ello se suele utilizar la capacidad vesical funcional que equivale a la micción más abundante del día excluyendo la primera de la mañana. Existen grandes variaciones –de hasta diez veces– en los volúmenes orinados por niños sanos a lo largo del día. Una capacidad vesical funcional menor al 70 % de la correspondiente a la edad, suele acompañarse de una respuesta escasa al tratamiento con desmopresina.
- Inestabilidad del músculo detrusor: en general, los exámenes urodinámicos en niños con enuresis diurna revelan diversas anormalidades en la actividad del detrusor. En cambio, en los niños con enuresis nocturna no se ha descrito ningún patrón urodinámico típico. Es más probable hallar alteraciones

urodinámicas en los niños cuya enuresis es refractaria a los diferentes tratamientos.

- Trastornos en el sueño: cualquiera sea la causa del desequilibrio entre la capacidad nocturna de la vejiga y la diuresis nocturna, el episodio de enuresis sólo ocurrirá si el niño no es capaz de despertarse antes de comenzar la micción. Por lo tanto, un problema en el despertar es un pre-requisito para la enuresis. Los estudios del sueño muestran patrones similares en niños con o sin enuresis. Estos estudios demuestran que los episodios de enuresis ocurren al azar a lo largo de la noche y que pueden ocurrir en cualquier etapa del sueño aunque ocurren más frecuentemente en la fase del sueño no REM.
- Retraso en la maduración: en muchos de los niños con enuresis se observa una maduración progresiva de la estabilidad vesical, con cambios electroencefalográficos que sugieren un aumento en el reconocimiento por parte del sistema nervioso central del llenado vesical, y por último, la habilidad de inhibir la contracción de la vejiga. Estos hallazgos apoyan la teoría de que un retraso en la maduración juega un rol en la enuresis nocturna monosintomática.
- Poliuria nocturna: normalmente, tanto en niños como en adultos, hay un ritmo circadiano en la producción de orina, con una marcada disminución de la diuresis nocturna a aproximadamente el 50% de los niveles diurnos. Este ritmo está controlado por hormonas que regulan la excreción de agua libre – hormona antidiurética -arginina – vasopresina- o la excreción de solutos – angiotensina II y aldosterona-.

En niños enuréticos se describió tanto una respuesta reducida a la hormona antidiurética (HAD) comparada con grupos control así como una disminución en la secreción nocturna de HAD con el consiguiente aumento del volumen urinario

La relación entre la secreción de HAD y el flujo urinario nocturno es controvertida, pero se acepta que la alteración en la secreción de HAD juega un rol en algunos pacientes con enuresis nocturna.

- Alteraciones en la reabsorción del sodio e hipercalciuria:
  - ❖ Excreción aumentada de Na: se ha demostrado un aumento significativo en la excreción de sodio y potasio en niños enuréticos comparados con niños normales. Esa diferencia se correlaciona con la enuresis. Los autores especulan que una alteración en la reabsorción tubular renal y en la secreción de sodio y potasio es parte de la etiología multifactorial de la enuresis.
  - ❖ Hipercalciuria: se plantea la producción de poliuria por un efecto de la hipercalciuria sobre la HAD, disminuyendo sus niveles con la consiguiente disminución de acuaporina 2 (ARP 2). En estos casos sería útil el índice calcio/creatinina como evaluación de la calciuria.
- Factores psicológicos: la relación entre la enuresis y las alteraciones psicológicas es controvertida. La mejoría de cierta comorbilidad psicológica al mejorar la enuresis sugiere que por lo menos en algunas situaciones, estos síntomas pueden ser la consecuencia y no la causa de la enuresis.

Se pueden esquematizar las relaciones entre los problemas psicológicos y la enuresis del siguiente modo:

- ❖ Un problema de comportamiento puede ser consecuencia de la enuresis
- ❖ Un problema psicológico puede preceder e inducir una recaída cuando hay una predisposición genética para la enuresis, como con la enuresis nocturna secundaria.
- ❖ Tanto la enuresis como un problema de conducta pueden ser secundarios a una alteración neurobiológica común –enuresis nocturna y trastornos de atención- .
- ❖ Por último, dos alteraciones como estas, relativamente comunes, pueden coexistir por azar.

### 3.5.1. Factores Genéticos

Por años se ha sospechado que la enuresis nocturna tiene una base hereditaria. Estudios sobre mellizos muestran una tasa de concordancia del 43% al 68% para los mellizos monocigóticos y del 19% al 36% para los dicigóticos. El 70% de los niños

con enuresis tiene uno de los padres con antecedentes de este trastorno. Algunas investigaciones indican que la probabilidad de que un hijo tenga enuresis es de aproximadamente el 40-45% cuando uno de los padres está afectado, del 70-77% cuando ambos padres estuvieron afectados y de sólo el 15% si ninguno de los padres padeció enuresis (Lawless y McElderry, 2002).

### 3.5.2. Aspecto económico del síntoma

Schmit y Soulé (1988) explican que el síntoma es comprensible si se reconoce que bajo el manto de la inconsciencia, el sujeto alcanza satisfacciones necesarias para la permanencia de su economía libidinal momentánea. La investigación y el reconocimiento de dichas satisfacciones constituyen ya en sí un gesto terapéutico si ayudan al niño a tomar conciencia de un doble sistema de negación: en primer lugar, negación de su deseo de orinar, lo que facilita el síntoma y, a través de él, la obtención de otras satisfacciones deseadas; negación, después de esas satisfacciones, lo que le permite gozar de ella en toda inconsciencia.

Un elemento que aparece repetidamente y que el sujeto proclama con vehemencia es la ignorancia de la necesidad. En lugar de recurrir a explicaciones de intolerancia vesical, de falta de control o de trastornos de la vigilancia, el “cuando tengo necesidad no me doy cuenta” del enurético debe tomarse al pie de la letra, observando que el hecho de no tener en cuenta la necesidad puede situarse a distintos niveles de conciencia. De ese modo, en el curso de la enuresis diurna, la necesidad se suele percibir claramente, pero no se tiene en cuenta esta percepción, como si estuviera escindida del funcionamiento presente, o negada inmediatamente. La noche facilita la exclusión de esa percepción, pero de otra forma: la percepción de la necesidad puede utilizarse y eliminarse por medio del trabajo onírico, puede acentuar la regresión en el sueño, o suscitar en el sujeto, a un nivel muy cercano de la conciencia, una lucha contra el despertar, incluso provocar un despertar seguido de la decisión de volverse a dormir.

El sujeto utiliza el mismo síntoma para conseguir otros objetivos según su evolución personal. El investimento de la disfunción en sí juega por otra parte un papel de refuerzo en la perpetuación del síntoma ya que frente al desarrollo de sus conflictos, a las modificaciones de sus intereses, el niño tiene la tentación, no de

abandonar el síntoma, sino de integrarlo en el nuevo equilibrio (Schmit y Soulé, 1988).

Es importante distinguir los beneficios primarios según Schmit y Soulé (1988), derivados directamente de las sensaciones ligadas al funcionamiento de la micción, y los beneficios secundarios, resultantes de los efectos del síntoma en el entorno y de la utilización que permite en las relaciones interpersonales. Los beneficios inmediatos comprenden distintos placeres en distintos registros. Algunos proceden de sensaciones profundamente regresivas ligadas a la pasividad y a la erotización cutánea: sentirse mojado, caliente, sentir la orina correr por la piel, evocar los placeres del baño lactante.

Otros son placeres de orden masturbatorio, testimonio de una fijación al erotismo uretral: el objeto orina excita las mucosas del trigono y de la uretra, lo que proporciona a la percepción de la necesidad un valor erótico que hay que hacer durar el mayor tiempo posible: la tensión vesical se erotiza mediante el placer del juego muscular liso y estriado entre los sistemas de retención y de expulsión, suscitando así el deseo de llevar lo más lejos posible este equilibrio retención / expulsión, hasta la sensación orgásmica creada por el paso en tromba de la orina en la uretra y el alivio producido por la depleción vesical.

El estudio de los beneficios de la enuresis debe encuadrarse en la apreciación de la economía libidinal del sujeto. A veces, sobre todo en enuresis secundarias o en episodios intermitentes, unos factores ocasionales con un papel desencadenante modifican el equilibrio anterior y favorecen la aparición del síntoma. En algunos casos, son manifiestamente dramáticos: duelo, conflicto familiar grave, separación. En otros casos parecen más anodinos, pero siempre tienen para el niño un carácter subjetivo muy desagradable: rivalidad fraterna, nacimiento de un hermano, preocupación escolar, enfermedad, intervención quirúrgica, incluso amenaza de mutilación intempestiva por chuparse el dedo o por masturbarse. El efecto traumatizante depende de la personalidad del niño y del momento evolutivo. La enuresis, como otros síntomas nocturnos, es la única salida posible para unos niños enfrentados a una situación desagradable.

### 3.5.3. Cuadros clínicos asociados a enuresis nocturna.

Los cuadros clínicos fisiológicos asociados a enuresis nocturna según Wahren (2004) son:

- Apnea del sueño: se demostró una alta prevalencia de enuresis nocturna en niños con apnea del sueño.

Las causas posibles para esta asociación incluyen dificultad para el despertar, alteraciones urodinámicas –esfuerzos respiratorios contra una vía aérea obstruida pueden transmitirse a la vejiga– y producción insuficiente de vasopresina durante el sueño.

- Transplante cardíaco en niños: esta asociación parece ser muy frecuente.

Las causas son variadas e incluyen la acción de la ciclosporina a través del sistema nervioso autónomo, la frecuente hipertensión postransplante y alteraciones en la secreción de vasopresina. A pesar de que la enuresis parece algo menor luego de un transplante cardíaco, puede afectar la autoestima del niño en un momento difícil y agregar complicaciones sociales y económicas al peso de cuidar a un niño transplantado.

- Déficit de atención (SDA): diversos estudios demostraron que la asociación entre enuresis y SDA es aproximadamente un 30% mayor que la esperable por azar. Wahren (2004) no encontró diferencia en la comorbilidad psicológica entre los niños con SDA y enuresis y aquellos con SDA sin enuresis. Por lo tanto la presencia de enuresis no aumenta los riesgos de psicopatología en niños con SDA.

- Constipación y encopresis: es una asociación frecuente. Muchos padres de niños mayores ignoran si sus hijos están constipados. La encopresis es generalmente un síntoma de constipación y puede ser una pista de la presencia de una vejiga neurogénica debido a una alteración de la médula espinal. La enuresis nocturna está presente en alrededor del 35% de niños constipados.



## **4. EVALUACIÓN**

### **4.1. Evaluación del niño enurético realizada por el pediatra.**

Wahren (2004) divide a la evaluación de un niño con enuresis nocturna monosintomática en una cuidadosa anamnesis, el examen físico, el análisis de orina completa y sólo en situaciones determinadas, otros estudios complementarios.

#### 4.1.1. Anamnesis

Se recomienda interrogar sobre:

- Presencia de síntomas diurnos: incontinencia, urgencia, características del chorro miccional –entre cortado o lento-.
- Antecedentes de períodos de control –o período seco-.
- Historia familiar de enuresis.
- Historia familiar de diabetes mellitus o insípida, enfermedad renal o neurológica.
- Signos de enfermedad sistémica –polidipsia–, enfermedad renal –edema– o alteraciones neurológicas –alteraciones en la marcha-.
- Frecuencia y tendencia de los episodios de enuresis nocturna –por ejemplo, número de episodios por semana o mes, número de episodios por noche, hora aproximada de los episodios, volumen aproximado de los mismos-.
- Ingesta diaria de los líquidos –cantidad y horario de la misma-.
- Ingesta de alimentos con cafeína –por su efecto diurético- : gaseosas, chocolate, cacao, café.
- Diario miccional –por ejemplo, número de micciones diarias, volumen usual orinado, para estimar la capacidad vesical, intervalo máximo entre micciones, dificultad para comenzar o finalizar la micción, goteo, sensación de vaciamiento incompleto-.
- Antecedentes de constipación o encopresis
- Antecedentes patológicos como diabetes, alteraciones neurológicas, apneas del sueño, déficit de atención, infección urinaria.
- Historia o antecedentes psicosociales, especialmente ante la enuresis secundaria.

- Historia de respiración bucal o somnolencia diurna, compatible con apneas del sueño.
- Evaluación de cómo afecta la enuresis al niño y a la familia.
- Tipos de tratamientos intentados por la familia.
- Cantidad de horas y características del sueño del niño. Dificultad para despertarlo.

#### 4.1.2. Examen físico

Entre los datos del examen físico que pueden sugerir enfermedad subyacente se incluyen:

- Alteraciones del meato urinario en el varón
- Adherencia de los labios mayores en niñas obesas
- Adherencia de los labios menores en las niñas
- Falta de descenso de testículos o alteraciones escrotales.
- Presencia de anomalías en la región lumbosacra –por ejemplo, presencia de pelos, angiomas o anomalías del pliegue glúteo.
- Detección de vaciamiento vesical incompleto por percusión o palpación
- Chorro miccional enlentecido o intermitente que puede corresponder a alteraciones urológicas como válvulas uretrales posteriores
- Detección de alteraciones neurológicas a nivel del periné o de los miembros inferiores que pueden corresponder a espina bífida oculta
- La detección de la ropa interior húmeda es un signo de enuresis diurna por lo que nos orienta a una enuresis complicada
- La palpación en abdomen de intestino ocupado sugiere constipación o encopresis relacionada con enuresis por varios mecanismos
- La presencia de vulvovaginitis o excoriaciones perianales puede ser signo de infección por oxiurias –parásitos-.
- Retraso de crecimiento o hipertensión arterial pueden ser signos de insuficiencia renal
- Signos de desatención –hiperactividad-, problemas de comportamiento o retraso madurativo

- El examen de la vulva puede revelar un uréter ectópico entre uretra y la vagina
- Un orificio vaginal amplio o cicatrices de laceraciones sugieren posible abuso sexual como factor relacionado con la enuresis.

Un dato útil es evaluar la capacidad vesical. Para ello se instruye al niño a que ingiera la mayor cantidad de líquidos posibles, que orine en un envase con medidor, una vez por día durante tres días. El mayor volumen obtenido es una estimación grosera de la capacidad vesical del niño, aunque generalmente los niños presentan una capacidad vesical normal, ocasionalmente se detectan niños con capacidad vesical disminuida.

#### 4.1.3. Exámenes complementarios

- Análisis de orina: la orina completa puede descartar diferentes situaciones como diabetes mellitus –ausencia de glucosuria y cetonuria-, diabetes insípida –densidad mayor a 1015-, intoxicación hídrica o infecciones urinarias.
- Imágenes: los estudios de imágenes del árbol urinario –ecografía renal y cistouretrografía– se reservan para niños con síntomas diurnos significativos, historia de infección urinaria y signos o síntomas de alteraciones urológicas. La ecografía vesical puede revelar la presencia de residuo postmiccional
- Estudios urodinámicos: en los niños con signos de enuresis complicada o que no responden al tratamiento, la flujometría puede identificar enlentecimiento del chorro miccional o contracciones no inhibidas.

#### **4.2. Evaluación psicológica del niño enurético.**

La evaluación del niño enurético desarrollada por Doleys (1978, c.p. Ollendick y Hersen, 1986) suele basarse en una entrevista y en unos datos conductuales. En la entrevista clínica se suele obtener:

1. una historia y descripción del problema,
2. una historia de los antecedentes familiares y médicos,
3. un conocimiento sobre la existencia de otros problemas en la familia o en el niño,

4. una impresión sobre el ambiente hogareño y familiar
5. una información sobre los tratamientos recibidos con anterioridad.

Cada una de estas áreas de información será útil para determinar qué tratamiento escoger y para anticipar ciertos problemas complementarios que ya han sido tratados en otro lugar. También se examina el patrón de conducta enurética recogiendo los datos más relevantes sobre: a) las pautas nocturnas, b) las pautas diurnas y c) la capacidad vesical. Si los padres observan al niño de una forma regular durante el día y de forma intermitente durante la noche, se puede obtener una información precisa sobre las veces que el niño se orina y la magnitud de la micción.

También es importante y recomendable una exploración médica para descartar problemas de posible naturaleza orgánica que podrían no ser tributarios de técnicas conductuales, o requerir una modificación de las técnicas habituales.

Generalmente, basta con una exploración física general, un análisis de orina y un cultivo de orina para descartar patología e infección renales.

El tiempo necesario para esta recogida de información y evaluación suele ser de una a cuatro semanas. Para algunos padres y clínicos puede ser innecesario este retraso. No obstante, durante este período de nivel basal se obtienen datos sobre el funcionamiento habitual del niño, así como de su capacidad de seguir instrucciones al tiempo que se obtiene un nivel basal respecto del que se valorarán los efectos del tratamiento.

### **4.3. Tratamiento**

#### 4.3.1. Tipos de tratamiento

La etiología multifactorial de la enuresis explica en parte la gran variedad de tratamientos existentes. La coexistencia de diversos métodos también nos habla de la falta de eficacia completa de cualquiera de ellos, aunque los avances de los últimos quince años ofrecen alternativas más eficaces y seguras (Wahren, 2004).

Para decidir el momento de inicio de un tratamiento para la enuresis nocturna es importante tener en cuenta cuando la enuresis es considerada como un problema por el niño y/o su familia. Para el niño, la enuresis suele ser problemática cuando interfiere con sus posibilidades de contacto social con sus compañeros y su familia.

El tratamiento de la enuresis puede dividirse en dos categorías amplias: no farmacológico y farmacológico (Wahren, 2004).

Tratamiento no farmacológico:

- **Terapia Motivacional:** una vez que el niño está de acuerdo en colaborar con las medidas terapéuticas, se lo puede motivar haciéndole llevar un registro de sus noches. Se puede pactar alguna recompensa como figuritas o estrellas a pegar en el calendario por cada noche seca.

El niño debe participar en la limpieza por la mañana como una consecuencia natural, no punitiva, de haber mojado la cama. El riesgo de daño psicológico secundario a la autoestima del niño se minimiza desalentando el ridículo por parte de hermanos y evitando el abordaje crítico y desmoralizante. La terapia Motivacional es un buen recurso para iniciar el tratamiento, especialmente en niños pequeños.

- **Entrenamiento de la vejiga:** muchos niños con enuresis tienen su capacidad vesical funcional disminuida. Los ejercicios de retención pueden considerarse para aumentar la capacidad vesical en estos pacientes. Este entrenamiento implica pedirle al niño que retenga la orina por intervalos progresivamente más largos a partir de la sensación de querer orinar.

Se recomienda anotar una vez por semana el volumen orinado para evaluar el progreso.

- **Alarmas:** las alarmas para enuresis funcionan a través del condicionamiento ya que el paciente aprende a despertarse o a inhibir la contracción vesical en respuesta al estímulo. La alarma debe ser usada en forma continua hasta que el niño haya tenido alrededor de quince noches secas. Esto suele llevar entre 3 y 4 meses, con un rango de 1 a 6 meses.

Debe considerarse el impacto de este tratamiento sobre otros miembros de la familia. Si la alarma interrumpiera el sueño de los hermanos podría no ser el método indicado. En algunas familias las alarmas provocan o aumentan el enojo de los padres colocando al niño en riesgo de maltrato físico y emocional. Para obtener mejores resultados es necesario contar con la motivación y el acuerdo del niño y la familia. Debe explicarse a la familia que el niño estará a cargo de la alarma. El niño deberá probar la alarma cada

noche antes de ir a dormir e imaginar la secuencia a realizar cuando ésta suene.

- Despertadores: una opción económica es el uso de un reloj despertador programado a las 2 ó 3 horas de sueño en el horario que coincida con el episodio de enuresis o con la vejiga llena pero sin orinarse.

Tratamiento farmacológico:

- Desmopresina: es un análogo de la vasopresina, cuyos cambios determinan un aumento significativo de la actividad antidiurética y una disminución de la acción vasopresora. La desmopresina se administra 45 minutos a 1 hora antes de acostarse para reducir la producción de orina durante el sueño, ya sea por vía oral o intranasal, siendo su costo elevado en comparación con otros tratamientos. Para que el niño responda en forma favorable a la desmopresina, debe tener una capacidad vesical funcional normal. La dosis es regulada para obtener el mejor efecto.

La dosis es de una tableta de 0,2 mg que puede incrementarse hasta tres tabletas o sea 0,6 mg de acuerdo a necesidad durante un período de prueba de dos o tres semanas. Si luego de tres semanas con la dosis de 0,6 mg el niño no presenta una mejoría significativa, se cambia de terapia o se indica algún tratamiento combinado. Si la respuesta es la esperada, se la deja tres meses y luego se inicia un descenso hasta la menor dosis efectiva. Si un paciente responde bien a la desmopresina, se debe suspender el tratamiento por una semana cada tres meses para ver si el problema ha desaparecido. Se debe alertar a los padres con respecto al riesgo de intoxicación hídrica en los niños recibiendo desmopresina.

La mayor parte de los niños enuréticos que presentaron hiponatremia se debió a la ingesta de una cantidad considerable de agua durante el tratamiento con desmopresina con la consiguiente intoxicación hídrica. Para prevenir este riesgo se recomienda no más de 240 ml de agua durante o después de la cena si va a recibir la desmopresina.

- Oxibutinina: es un fármaco con acción anticolinérgica y relajante del músculo liso, que es utilizada con buenos resultados en el tratamiento de la incontinencia diurna por hiperactividad del detrusor. Esta droga no debería

ser útil en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática, la cual por definición se asocia a una función vesical normal. Sin embargo, es difícil descartar signos sutiles de vejiga hiperactiva, que requiere un interrogatorio cuidadoso, y aun así, la vejiga puede comportarse normalmente durante el día y ser hiperactiva durante el sueño.

La oxibutinina está claramente indicada cuando hay síntomas diurnos y nocturnos. Es posible que pacientes que no responden a la desmopresina respondan a la oxibutinina o a la asociación de oxibutinina y desmopresina. La toxicidad de la oxibutinina es baja pero efectos colaterales como constipación, sequedad de la boca y mareos pueden limitar su indicación. La dosis de oxibutinina es de 5 mg al acostarse en niños mayores de 6 años.

- Diuréticos: entre los diversos tratamientos para la enuresis, en etapa experimental, se encuentra el de furosemida por las tardes para inducir diuresis y disminuir el contenido vesical nocturno. A pesar de no tener el riesgo de intoxicación hídrica de la desmopresina, este tratamiento puede causar alteraciones electrolíticas con su uso prolongado.
- Antidepresivos tricíclicos: los antidepresivos tricíclicos, entre los que se incluye la imipramina, han sido utilizados ampliamente en los últimos 25 años para el tratamiento de la enuresis nocturna.

El mecanismo de acción de la imipramina en el tratamiento de la enuresis no está dilucidado, pero se plantean las siguientes posibles acciones:

- Alteraciones del sueño, con disminución del sueño REM y del despertar
- Efecto anticolinérgico y relajante muscular con la consiguiente disminución de actividad del detrusor y aumento de la capacidad funcional vesical
- Efecto simpático y noradrenérgico central
- Disminución de la producción de orina a través del estímulo en la producción de vasopresina.

Los efectos colaterales de la imipramina incluyen ansiedad, insomnio, boca seca, náuseas, cambios en la personalidad y cansancio.

La mayor desventaja de la imipramina es su cardiotoxicidad, aún a dosis terapéuticas. La dosis inicial de imipramina es 25 mg una hora antes de acostarse. Si la respuesta no es satisfactoria puede aumentarse a 50 mg en niños de 7 a 12 años y a 75 mg en niños mayores. El tratamiento suele mantenerse de 3 a 6 meses, y luego comenzar a disminuir la dosis en 25 mg cada 3 a 4 semanas.

- AINES. Indometacina: los posibles mecanismos de acción incluyen anulación del efecto inhibitorio de las prostaglandinas en la respuesta a la vasopresina y mejoría en la función vesical.

Una revisión sistemática de diversas medicaciones aparte de la desmopresina y la imipramina, mostraron la eficacia tanto de la indometacina como del diclofenac superior a placebo pero inferior a la desmopresina.

#### **4.4. Enuresis Diurna**

La enuresis diurna es un problema diferente de la enuresis nocturna monosintomática y su tratamiento efectivo suele resolver simultáneamente la enuresis nocturna. La incontinencia diurna, también llamada enuresis diurna, nunca es normal.

En general, los niños adquieren el control diurno antes del nocturno. A los 5 años el 92% de los niños controlan de día completamente. Durante el período de control de esfínteres los niños tienen episodios intermitentes de enuresis diurna que no requieren tratamiento

##### **4.4.1. Etiología**

Según Wahren (2004), las causas suelen ser funcionales, pero deben descartarse patologías orgánicas. La incontinencia diurna puede deberse a anomalías congénitas poco frecuentes como uréter ectópico, epispadias, válvulas uretrales posteriores o vejiga neurogénica, aunque la mayor parte de los niños que mojan la ropa durante el día tienen su anatomía del árbol urinario y su sistema nervioso normal. La incontinencia diurna es mucho más frecuente en las niñas que en los varones, y muchas más veces se asocia a enuresis nocturna, infección urinaria recurrente o reflujo vesicoureteral.



Se pueden diferenciar tres formas de trastornos funcionales de la micción, con ciertas características en común:

- Síndrome de la vejiga perezosa: está caracterizado por una retención habitual de la orina. La paciente, en general una niña orina grandes cantidades generalmente sólo una o dos veces por día. La sensación de llenado vesical está disminuida y la capacidad vesical es generalmente muy grande. La incontinencia es causada por rebalsamiento y puede ser gatillada por la actividad física. Un reentrenamiento de la vejiga y el tratamiento de las infecciones urinarias concomitantes, suelen revertir el cuadro.
- Inestabilidad de la musculatura vesical: en esta situación las contracciones no inhibidas de la musculatura vesical producen la incontinencia diurna. Los niños con este cuadro presentan una historia de urgencia y polaquiuria. Los pacientes con este trastorno toman ciertas posturas que les permiten retener la orina con la vejiga llena, por ejemplo de cuclillas.
- Disinergia esfínter-detrusor: este trastorno se produce por la falta de coordinación entre el esfínter y la vejiga. La incontinencia diurna aparece cuando el esfínter no relaja lo suficiente durante la micción. Cuando la vejiga está llena, el detrusor se contrae y la orina es forzada a través de un esfínter cerrado, lo que provoca un chorro intermitente. Los volúmenes orinados son pequeños y el vaciado es incompleto, lo que favorece infecciones urinarias recurrentes, urgencia y polaquiuria.

Plata Rueda (1990) enumera en el área psicológica dos formas de enuresis diurna de frecuencia similar y que tienen en común que no se presentan durante el sueño –a menos que el sujeto padeciera, independientemente y de antemano, enuresis nocturna-. La primera está relacionada con estados de tensión o ansiedad. Es normal que un niño pequeño, de vejiga automática, se orine al asustarlo o molestarlo, tal como lo vemos en la consulta. Si esta respuesta persiste después de los dos años, se considera anormal y se cataloga como enuresis primaria diurna, por tensión. Existe una forma secundaria de este tipo de enuresis, como respuesta del niño ante situaciones de tensión ya no súbitas sino continuas, como el nacimiento de un hermanito o la competencia más tarde, cuando éste crece y le disputa cariño y

juguetes; también el ingreso a la escuela, una orinada accidental cuando la maestra no da permiso, o en el colectivo cuando se le olvidó orinar antes de abordarlo y el viaje es largo. La ansiedad de que le vuelva a ocurrir el chasco, reduce la capacidad funcional de la vejiga y prolonga el problema.

La mayoría se mejora espontáneamente en poco tiempo, a menos que persistan con intensidad las situaciones de tensión o que el niño tenga temperamento muy inestable y susceptible. Esto debe ser claramente explicado a los padres cuando el problema es de comienzo reciente, precisamente para evitar procedimientos contraproducentes tales como regaños, castigos, privaciones, que lo que hace es perpetuar la enuresis o hacerla evolucionar hacia la forma de resistencia. En el caso más frecuente, que es la llegada de un nuevo hermanito, hay que saber que el niño se orina en la ropa para parecerse a éste y ser objeto de las mismas atenciones que cree perdidas. Hay que evitar el error frecuente de fomentar regresiones con recursos tales como dar maderas que ya estaban abandonadas o lo que es peor, ponerle otra vez pañal para defender ropa y colchones. Hay que responsabilizar al niño de su aseo y de su ropa, pero de buena manera y sin dejarle percibir que con la enuresis recibe más atenciones.

Un niño de desarrollo motor y adaptativo normal, a los tres años ya debe ser capaz de quitarse y ponerse la ropa y hasta de abotonarse; por consiguiente, cuando se le vea mojado, se le entregará ropa para que se cambie y se le darán facilidades para que él mismo ponga la ropa mojada a enjuagar. Esto le da conciencia de la importancia de estar seco y limpio y paralelamente de atender los llamados de la vejiga para ir al baño. Pero de ninguna manera se le hará creer al niño que se trata de represalias por mojarse. En cambio se le alabará mucho y hasta se le premiará cuando permanezca seco. Cuando las tensiones son de otro orden se tratará de identificarlas y si fuera posible corregirlas o aminorarlas. La mayoría de las enuresis tensionales mejoran en una o dos semanas. Unos pocos casos muy rebeldes o con tendencia a evolucionar hacia la enuresis de resistencia, podrán beneficiarse con el uso prudente y corto de un ansiolítico del tipo de las benzodiazepinas.

La otra forma de enuresis diurna primaria psicológica, es la del niño que después de los 2 ½ años se resiste al entrenamiento y su rebeldía y negativismo lo llevan a orinarse deliberada y desafiantemente en la ropa, incluso después de que ya

controlaba su vejiga durante el sueño. Es la única enuresis diurna que es más frecuente en varones y con frecuencia se asocia también a encopresis, inapetencia, resistencia a dormirse y demás formas de rebeldía y negativismo.

Se da el caso de niños que han llegado a ser física y psicológicamente maltratados, con motivo de su rebeldía al entrenamiento. Otras veces, como fue anticipado atrás, la enuresis de resistencia es el producto del mal manejo de todos los demás, pero especialmente de la urgencia y de la tensión.

#### 4.4.2. Otras causas de incontinencia diurna

- Síndrome de Hinman, vejiga neurogénica no neurogénica: los niños con este cuadro tienen síntomas y radiografías similares a aquellos con vejiga neurogénica, con un sistema nervioso aparentemente normal. Las imágenes generalmente demuestran una pared vesical engrosada, con reflujo e hidronefrosis.

El esfínter externo se mantiene contraído durante la micción. La urodinamia confirma una falta de coordinación entre la vejiga y el esfínter.

- Incontinencia post-miccional: se presenta en niñas cuando la orina que sale de la vejiga es atrapada en la vagina, ya sea por fusión de los labios o porque orinan con los muslos muy juntos. Cuando la niña se pone de pie, la orina drena hacia la ropa interior.

Instrucciones adecuadas sobre la posición de orinar y cómo evacuar de la vagina la orina retenida, solucionan este problema.

- Incontinencia con la risa: causa infrecuente de incontinencia diurna. Son generalmente niñas que mojan sólo cuando se ríen. Sus hábitos de micción y su árbol urinario son normales. Esto es un problema autolimitado que mejora con la edad.

#### 4.4.3. Evaluación del niño

En el caso de la incontinencia diurna debe realizarse un examen físico minucioso descrito en la sección de enuresis nocturna monosintomática.

El uso de los exámenes de laboratorio también es similar, pero a diferencia de la enuresis nocturna monosintomática, la presencia de síntomas diurnos hace muchas veces necesaria la realización de imágenes (Wahren, 2004).

#### 4.4.4. Tratamiento

El primer paso para tratar la incontinencia diurna según Wahren (2004) es informar a los padres y al niño sobre las causas subyacentes, ya que el tratamiento de la incontinencia funcional sin una fuerte motivación del niño suele no ser efectivo.

Si el niño no tiene una vejiga perezosa debe establecerse un cronograma miccional, por ejemplo conectando la necesidad de ir al baño con la rutina diaria, desayuno, almuerzo, merienda y cena. Estas cuatro ocasiones aseguran cuatro micciones diarias. Durante la permanencia en la escuela, es bueno que el maestro le recuerde ir al baño durante los recreos.

Si el niño tiene aumento de la frecuencia por inestabilidad vesical, se brindan indicaciones similares con el agregado de medicación antiespasmódica como la oxibutinina.

Los niños con disinergia entre la musculatura vesical y el esfínter son un problema mayor, ya que la medicación puede ayudar o no. Las técnicas de biofeedback pueden ser necesarias para enseñar al niño a vaciar su vejiga y relajar el esfínter durante la micción. Si la incontinencia se acompaña de constipación, ésta debe ser adecuadamente tratada. De haber infecciones urinarias recurrentes, deben considerarse los pros y contras de la quimioprofilaxis antibiótica. Los casos en que se descubre maltrato deliberado, requieren no solo de la interconsulta psiquiátrica sino de las medidas legales de protección.

## **5. ANALISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Las categorías del análisis de historias clínicas no fueron escogidas a priori, sino que una vez obtenida la documentación se procedió a la construcción de las mismas para poder observar las similitudes y divergencias en el tratamiento del psicólogo y del pediatra.

Las categorías construidas son:

- ★ Frecuencia de entrevistas: la cantidad de veces que el paciente acude al consultorio.
- ★ Recolección de información: el interés y el uso que le dan a los datos extraídos en la consulta para determinar las estrategias a seguir.
- ★ Elección del tratamiento: forma en que los dos profesionales escogen una terapia adecuada, qué es lo que toman en cuenta al momento de tener que elegir un tratamiento.

La información obtenida del pediatra es limitada ya que corresponde a un resumen de historia clínica, de esta forma mucha información que el pediatra cree que no es de mucha importancia queda en la historia clínica. Esto hace que al momento del análisis a la autora de este trabajo de integración final le falten datos. El motivo se debe a que no se puede tener acceso directo a las historias clínicas del departamento de pediatría.

Algunos datos que aparecen en el análisis se obtuvieron de encuentros donde se indagó a los profesionales que trataron a los niños.

### **5.1. Características de las Historias Clínicas**

Las historias clínicas utilizadas para ejemplificar las diferencias y similitudes en los tratamientos del pediatra y del psicólogo presentan las siguientes características:

La historia clínica obtenida del departamento de psicología del Hospital , es una paciente de sexo femenino, de 8 años de edad a quien llamaremos A, que asiste a la consulta derivada por el pediatra con diagnóstico de enuresis.

La familia de la paciente está compuesta por el padre de 33 años, la madre de 32 años y dos hermanos, uno de sexo femenino de 15 años y otro de sexo masculino

de 14 años. Viven en una casa con dos habitaciones, en una duerme el matrimonio y en la otra los chicos.

Las categorías analizadas son:

- ★ Frecuencia de entrevistas: las utilizadas por el psicólogo es de una entrevista por semana, donde se habla con A y se describen los estados emocionales de ella, se realiza una historia de antecedentes familiares para conocer sobre la existencia de otros problemas en la familia o en el niño y de esta manera obtener una impresión sobre el ambiente hogareño y familiar.

Durante el tratamiento se le administraron técnicas proyectivas, entre ellas el Test de apercepción temática –CAT- y familia kinética; junto a estas también se administro el Bender. Estas técnicas tienen como objetivo revelar características de la personalidad y poder observar la cooperación del niño. El test de Bender mediante la evaluación cualitativa determina el nivel operatorio de la percepción visual que posee el individuo, aislando la estructura de razonamiento, de la percepción y de la acción de esta función psicológica. Así, manifiesta el nivel de madurez de la función perceptiva-motora del sujeto. El análisis cualitativo del proceso de copia, nos arroja indicadores de lesión cerebral e indicadores emocionales, tales como labilidad afectiva, tendencia al acting out, entre otras.

Ana realizo el test gúestático visomotor de L. Bender donde se observa perseverancia en la figura 1, graficando más de 15 puntos en una hilera; y una pequeña distorsión de la forma en la figura 3 haciendo círculos.

La falta de integración se observa en la figura 4 y 7 dónde una línea no se toca con la otra y en el otro caso superponiendo las figuras.

En algunas figuras se evidencia cierta presión en el trazo que demuestran la dificultad de ser realizadas.

Cuando existen dificultades de integración, distorsión de la forma y perseverancia en las figuras 1, 3, 4 y 7 que resultan significativas pueden determinar si existe la posibilidad de presentar lesión cerebral.

En cuanto a la maduración visomotriz de A, tiene la capacidad de percibir la gúestalt de ciertas figuras, pero otras las plasma en la hoja con dificultad y superponiendo algunas figuras.

En el dibujo de la familia kinética, describe que están posando para una foto, las mujeres con trajes de navidad y los hombres, aclara, no se disfrazan.

Le cuesta prestar atención a la consigna y se dispersa; se toma su tiempo para realizar el dibujo.

Las figuras son pequeñas, que responden a una persona retraída, vergonzosa, con sentimientos de inferioridad; con un trazo en su mayor parte recto, con ciertas líneas redondeadas asociadas a la femeneidad.

Son dibujos infantiles, parecidos a caricaturas, que difieren de la percepción real de una persona, dónde a las personas le faltan los dedos y en ciertos casos las orejas.

El test de apercepción temática – CAT – tiene como objetivo explorar los factores esenciales en la dinámica de la personalidad infantil, pero no es posible hacer un análisis de este, ya que en la historia clínica no figura su análisis.

- ★ Recolección de información: el psicólogo tiene una historia clínica preestablecida con los datos que va a solicitar para completar. De esta forma todas las historias clínicas del Hospital del Departamento de Psicología apuntan a un standard de información necesaria en la consulta, interrogando siempre cómo se compone la familia, cómo se distribuyen en la vivienda y cuáles son las características de infraestructura.
- ★ Elección del tratamiento: cada una de las áreas de información serán útil al momento de la elección del tratamiento, acompañada de las variables que presenta el síndrome enurético sobre la fecha de aparición del síndrome para distinguir la enuresis primaria y secundaria y el ritmo nictemeral para identificar si la enuresis es nocturna, diurna o combinada.

Al finalizar cada entrevista con A se le pide una planilla en donde ella al levantarse debe poner una carita feliz sino se hizo pis y una triste si mojó la cama. Esto servirá para que en la consulta se trabaje sobre los días que puso caritas tristes recorriendo que le ocurrió y que actividades realizó ese día para que se produzca dicho desenlace.

Se utiliza un tratamiento no farmacológico, ya que A no presenta ninguna alteración orgánica, con una terapia motivacional para la cual es necesaria la

colaboración del paciente para crear mayor empatía y lograr que Ana obtenga una buena motivación para la terapia.

Se aprovecha cada encuentro para que A pueda expresar lo que le pasa y trabajar sobre las fantasías que van surgiendo en el transcurso del tratamiento, siempre incentivando a realizar la tarea que se le pide, para que no sólo trabaje el problema en ese momento sino también fuera del consultorio, y así lograr una concientización de lo que le sucede.

A medida que transcurre el tiempo y se observan conductas tales como deambular dormida, orinar en medio de la habitación y los indicadores de los test administrados, se solicita la interconsulta con neurología.

El psicólogo debe estar atento a los indicios de alguna afección física y solicitar la interconsulta con la especialidad debida para descartar que el motivo de la consulta no este ligado a estos. La elección del psicólogo de solicitar una interconsulta con neurología se debe a que es posible observar en el niño síntomas de desorientación como por ejemplo orinar en medio de la habitación.

La historia clínica de Ana muestra un corte del tratamiento de aproximadamente 3 meses, que se debe al período de receso escolar de verano. Al comenzar nuevamente las clases retorna a su tratamiento psicológico dónde se cree necesaria una interconsulta con neurología. Los padres solicitan el turno en el Hospital y se lo otorga con una demora de 3 meses, y no asisten más a las consultas psicológicas.

El resumen de historia clínica del pediatra es de un paciente de sexo masculino, a quién llamaremos M de 7 años de edad.

Se presenta al consultorio con un cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por micciones nocturnas en la cama 3 veces por semana.

Las categorías analizadas son:

- ★ Recolección de información: el pediatra interroga de forma más acotada que el psicólogo si alguna vez retuvo esfínteres y lo hizo desde los 2 años de edad. Se diagnostica como un paciente con enuresis secundaria.

Se describen antecedentes personales como un niño sano, sin antecedentes patológicos de importancia pero se resalta el nacimiento de un hermano hace 1 mes y medio.



- ★ Frecuencia de entrevistas: el niño concurre al pediatra cada vez que tiene resultados de los estudios que éste le pide. Alguno de los estudios solicitados fueron de orina completo, ecografía renal y de vías urinarias y un examen físico, dando todos valores dentro de parámetros normales.
- ★ Elección del tratamiento: el pediatra indica un refuerzo positivo por parte de los padres los días donde el niño no se orina en la cama, que no tome líquidos dos horas antes de acostarse y que dibuje caritas contentas en un almanaque las noches secas y caritas tristes las noches mojadas.

Luego de 2 meses de seguimiento y sin resultados positivos se solicita la interconsulta con psicología. Aquí es donde se puede observar que al no encontrar ninguna alteración orgánica ligada a la enuresis, el pediatra decide la interconsulta con la especialidad necesaria.

La pediatra que atendió a M, le cuenta a la autora que una vez hecha la derivación al psicólogo, ella sigue realizando los controles normales del niño sin hallar patología alguna.

Es aquí donde se evidencian la falta de material del caso de M debido a que se utilizó un resumen de historias clínicas, logrando realizar de todas formas la comparación de los casos.

Las diferencias entre las dos historias clínicas se basan en la forma de abordaje de la problemática, ya que el pediatra va a hacer foco en descartar las posibilidades de que el niño tenga una afección física y el psicólogo recibe la derivación del pediatra que ya ha descartado que la enuresis no sea por causa orgánica y comienza la entrevista interrogando el entorno familiar y social del niño.

Para la autora esta es una de las mejores formas de un tratamiento efectivo; donde antes de la consulta psicológica se asiste al pediatra y este es quien lo deriva, de esta forma el paciente llega a la consulta psicológica con todos los estudios clínicos realizados que dan la seguridad al profesional para saber que la enuresis no está relacionada con una afección física.

En el caso de la historia clínica de M, el pediatra intentó, mientras descartaba que no tuviera alguna patología física, técnicas de reforzamiento y trabajar con un almanaque.

Otra diferencia es que el pediatra es más sintético en la recolección de información y el psicólogo trabaja sobre la información que obtiene del paciente.

En cuanto a los tratamientos, desde estas dos historias clínicas de pacientes sin patologías físicas, se comparten técnicas como el reforzamiento y la planilla, que corresponden a una terapia motivacional.

A opinión de la autora, el pediatra no debería ser quién administre técnicas de reforzamiento y planillas, ya que difieren de su incumbencia profesional siendo el psicólogo quien a estudiado para efectuar la efectiva administración de estas técnicas.

**Cuadro 2.** Similitudes y diferencias en el tratamiento.

	<b>Psicólogo</b>	<b>Pediatra</b>
<b>ILITUDES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilización de técnicas de la terapia motivacional, en estos casos se utilizaron planillas y reforzamiento.</li></ul>	
<b>EN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor recolección de información.</li><li>• Entrevistas semanales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultas esporádicas.</li><li>• Examen físico para</li></ul>

## 6. CONCLUSIONES

De acuerdo a lo analizado en las historias clínicas se puede llegar a observar lo beneficioso que sería trabajar en conjunto, el psicólogo con el pediatra. Esto favorecería los tiempos del tratamiento ya que mientras el pediatra se aboca a

descartar afecciones físicas el psicólogo puede comenzar a obtener información que sirva para luego escoger un tratamiento adecuado.

Los tratamientos que más se suelen utilizar en las primeras instancias son terapias motivacionales porque ayudan a que el niño acompañe al profesional en este proceso y se crean reforzadores para aquellas conductas que pueden ser útiles para lograr mejorías.

Todo tratamiento debe darse en un encuadre y si este está acompañado por la contención de la familia es mucho mejor, porque el niño se siente contenido no solo en el consultorio sino también en su casa.

En cuanto a los padres deben saber interpretar los signos que indican la maduración del niño para iniciar el proceso de enseñanza. Asimismo deben tener una expectativa realista de la duración del proceso de control y los contratiempos que pueden surgir durante su desarrollo. Ellos deben entender que los accidentes son inevitables y que no hay ningún lugar para el castigo durante el proceso de aprendizaje del control de esfínteres. Los que muestran impaciencia, o frustración fácil ante la conducta del niño, deberían retrasar el inicio del control hasta los 30 meses para evitar situaciones que puedan terminar en maltrato del niño.

En cuanto a los maestros deben tener conocimiento de lo que sucede para que no los reten si piden en reiteradas oportunidades permiso para ir al baño y puedan ayudar al progreso del tratamiento.

El psicólogo no solo se ocupa de lo que pasa dentro del consultorio, sino que debe tratar que lo que se trata allí llegue a todas las áreas de la vida del niño. Siempre debe estar atento a los síntomas del niño y descartar que la enuresis no se deba a una afección física.

En el momento de inicio de un tratamiento para la enuresis nocturna es importante tener en cuenta cuando la enuresis es considerada como un problema por el niño y/o su familia. Ésta suele ser problemática cuando interfiere con sus posibilidades de contacto social con sus compañeros y su familia.

Este trabajo brinda la oportunidad de ampliar el área teórica combinando la práctica, de esta forma se puede dar otra visión a la problemática de la enuresis y acrecentar la posibilidad de elegir un tratamiento acorde al niño.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*, (cuarta edición).  
Barcelona: Masson.
2. Grau Martinez, A. y Meneghello, J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
3. Lawless, M. y McElderry, D. (2002). Enuresis nocturna: conceptos actuales, *Pediatrics in Review*, 3(23): 83-90.
4. Levovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1988). La Expresión somática. En G. Schmit y M. Soulé. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp.233-255).  
Madrid: Biblioteca Nueva.
5. Materazzi, M. A. (2004). *Salud Mental: enfoque transdisciplinario*. Buenos Aires: Salerno.
6. Ollendick, T. y Hersen, M. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martinez Roca.
7. Plata Rueda, E. (1990). *El pediatra eficiente*. Bogota: Médica Panamericana.
8. Wahren, C. (2004). Enuresis. *Programa Nacional de Actualización Pediátrica*, 4(1): 51-85.