

ENURESIS

1. CONCEPTO.

La palabra enuresis se deriva de un vocablo griego que más o menos significa hacer agua. El fenómeno enurético consiste en la emisión de orina, sea de día, de noche, en momentos y lugares socialmente considerados inadecuados cuando el sujeto ya cuenta con edad suficiente para haber adquirido un adecuado control sobre su vejiga urinaria y sin la existencia de una patología orgánica que lo justifique.

La enuresis se debe observar desde tres enfoques distintos:

- **Enfoque Psicodinámico:** la micción espontánea y su control individual/social constituiría una fuente de experiencias ambiguas, placenteras y dolorosas, en las que se implicaría el niño junto con las personas significativas afectivamente que le cuidan y controlan.

Según los psicoanalistas el control urinario supone una ruptura con la fase anterior en la que el niño estaba más unido a la madre, por lo que la enuresis sería una manifestación del anhelo de mantenerse o volver a la libertad del bebé, un intento de regresar a la presumida seguridad de la infancia. La enuresis sería, pues, un síntoma regresivo.

- **Enfoque Conductual:** ven en la enuresis como consecuencia de algún género de experiencia que, de un modo u otro, daría lugar a la no adquisición de unos correctos mecanismos de inhibición del reflejo de micción que permanece al margen del control voluntario.
- **Enfoque Biológico:** son muchas las teorías sobre enuresis, las más relevantes son;
 - Inmadurez del Sistema Nervioso Central.
 - Inmadurez de la Vejiga.
 - Sueño excesivamente profundo.

En la aparición de la enuresis participan;

- Factores Biológicos
 - Alteraciones neurológicas.
 - Factores genéticos.
 - Alteraciones de la maduración.
 - Capacidad vesical.
 - Disfunción sensorial.
- Factores Psicológicos y Sociales
 - Nivel socioeconómico.
 - Factores sociofamiliares.
 - Entrenamiento familiar en el control vesical.
 - Actitudes e intervenciones de los padres.
 - Personalidad.
 - Situaciones estresantes.
 - Trastornos emocionales y conductuales.

Como conclusión, siendo la enuresis una alteración aparentemente simple y de manifestación concreta y observable, lo cierto es que no hay acuerdo en su definición a lo largo de los distintos trabajos realizados, aún así, se ha llegado a conclusiones generales;

- La enuresis nocturna tiene una tasa de incidencia que va disminuyendo a medida que aumenta la edad.
- A una misma edad, existen notables diferencias entre las prevalencias obtenidas en distintas poblaciones.
- En casi cualquier edad de todas las poblaciones estudiadas el porcentaje de niñas y adolescentes enuréticas resulta inferior al de varones que también lo son.

2. TIPOS DE ENURESIS.

Se debe analizar por un lado, enuresis primaria y secundaria, y por otro lado, enuresis nocturnas y diurnas.

- Enuresis Primaria: cuando el niño se muestra incontinente desde su nacimiento, sin períodos significativos de control vesical.
- Enuresis Secundaria: cuando aparece después de una temporada suficiente de control, entre seis meses y un año.
- Enuresis Diurna: tiene menor incidencia en la población infantil y es menos estudiada. Va disminuyendo significativamente con la edad. Tiene mayor incidencia en el sexo femenino. Se asocia a psicopatología individual y familiar, acompañada de alteraciones urológicas.
- Enuresis Nocturna: tiene mayor incidencia. Entre las causas de mayor incidencia se encuentra la de una capacidad funcional de la vejiga disminuida, es notablemente inferior en los niños que se hacen pis en la cama que en aquellos que no se lo hacen, nos es que el niño enurético produzca más orina, sino que ante cantidades de orina semejantes tiene que ir al baño muchas más veces.

El control vesical nocturno no exige aprendizaje previo, el niño hasta los cinco años de edad aproximadamente, depende en exclusiva de los procesos madurativos. Este hecho supone que la enuresis nocturna propiamente dicha, es decir, la incontinencia durante el sueño transcurrido los cinco o seis años de edad, no podría explicarse en términos de aprendizaje ni, quizá en términos de maduración.

No es aconsejable restringir la ingestión de líquido ni levantar al niño por la noche para que haga pis.

Sabemos que las paredes de la vejiga van dando de sí en la medida en que la cantidad de orina que entra en ella aumenta por lo que podemos intentar provocar una mayor producción de orina mediante un método muy sencillo; animar al niño a beber mucho más de lo que habitualmente bebe y animarle a que de forma gradual y progresiva intente contener durante el día las ganas de hacer pis.

Para animarle a retener gradualmente y posponer la visita al cuarto de baño podemos establecer una serie de juegos. También es aconsejable una serie de ejercicios destinados a fortalecer los esfínteres.

Ejercicios para aumentar la capacidad de la vejiga:

- Cuando el niño tenga ganas de hacer pis irá al cuarto de baño y se sentará en la taza aguantando un rato sin hacerlo.
- Una vez que el niño empiece a orinar se le obligará a contener la orina varias veces. Al principio bastará con una vez para luego ir aumentando dos, tres o más veces.
- Una vez a la semana se medirá la capacidad máxima de la vejiga.* cuadro 1
- Diariamente se hará el control de las veces que el niño va al cuarto de baño.**cuadro 2

3. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS.

En cuanto a la incidencia, depende del tipo de enuresis, la diurna es más común en el sexo femenino, y la nocturna en el masculino. Aunque se puede decir de forma global que la enuresis es más común en niños que en niñas, según estudios de algunos autores como *Rutter y cols.*, *Verhulst y cols.*, etc.

Rutter y cols. (1973) hallaron que la prevalencia de enuresis en varones y hembras de cinco a siete años de edad pasaba, respectivamente, de 13'4% a 21'9% en los chicos y de 13'9% a 15'5% en las niñas. Estos incrementos se explican por la aparición alrededor de los siete años de un cierto número de recaídas, es decir de enuresis secundaria.

Verhulst y cols., estudió específicamente la relevancia de edad y sexo. El descenso de la prevalencia entre el cuarto y sexto año de vida es mucho mayor en las niñas que en los niños. La disminución experimentada entre los cuatro y seis años es de un 71% en las niñas y tan sólo del 16% en niños, además, hasta los ocho años los varones no alcanzan el nivel aproximado que ostentan las niñas a los cinco años.

Frecuencia de episodios enuréticos por sexo.

FRECUENCIA	VARONES	HEMBRAS
1/mes	26%	19%
2-4/mes	12%	18%
1 o más semanas	62%	63%

Otro punto donde se pueden observar diferencias entre sexo es en los trastornos del tracto urinario o infecciones, según *Dodge y cols.* (1970) en una exploración a 1436 sujetos de seis a diez años, hallaron un 18% de las niñas y un 24% de los niños mojaban la cama, de éstos, pocos varones presentaban infecciones urinarias, en cambio, un 5'6% de niñas si sufrían infecciones.

Butler (1987), resume quienes son los niños más susceptibles a las infecciones urinarias;

- Las niñas.
- Los niños en general que empiezan a mojar su cama tras un período prolongado de continencia.
- Los que sufren episodios de incontinencia con alta frecuencia.
- Los niños que son incontinentes de día y de noche.

Al hablar de enuresis también hay que tener en cuenta factores psicológicos y sociales. Estos factores también reflejan diferencias entre sexo femenino y masculino.

En cuanto a relación entre enuresis y clase social, aunque sin absoluta seguridad, puede decirse que cuanto más baja es la clase social tanto más fácil es encontrar enuresis en edades avanzadas, especialmente en el sexo femenino.

Referente al aspecto de trastornos emocionales y conductuales, los autores concluyen que existe una estrecha y consistente asociación entre enuresis y anomalías conductuales/emocionales en las niñas, observadas tanto en la escuela, como en el hogar, y presente en todas las edades. Es pues, más frecuente en niñas que en niños el trastorno emocional, además, los autores sugieren que la enuresis de los varones es básicamente un trastorno del desarrollo, mientras la de las niñas está más frecuentemente asociada a un trastorno psiquiátrico.

4. TRATAMIENTO.

El tratamiento incluye;

- Modificación de las relaciones intrafamiliares.
- Asesoramiento motivacional.

- Evitar las recriminaciones y malos tratos.
- Técnicas de biofeed-back.
- Utilización de aparatos de pipí-stop.

Hay distintos tipos de tratamientos.

- Psicoterapias de orientación psicodinámica.

Las teorías psicodinámicas conciben la enuresis como un síntoma de un conflicto subyacente. En consecuencia su tratamiento debe ir dirigido a la solución de este conflicto.

Ocasionalmente se ha dicho que el tratamiento sintomático de la enuresis pudiera ser útil en los enuréticos puros, por lo que en tales casos se aceptaría la organicidad del trastorno o una moderada intensidad del supuesto conflicto.

- Tratamientos farmacológicos.

Se utilizan fármacos antidepresivos, estimulantes, desmopresina, oxibutinina, terodilina e indometacina.

- Tratamientos conductuales.

La explicación conductual de la génesis de cualquier trastorno reside en la ausencia, interferencia o alteración de algún proceso de aprendizaje. En el caso de la enuresis, en fin de cuentas una no adquisición de una habilidad o su pérdida, su tratamiento debiera consistir simplemente en la puesta en marcha de una técnica que permitiera al niño enurético aprender el control vesical.

La alarma es el tratamiento conductual más significativo, relevante y eficaz. En este tratamiento el niño es despertado inmediatamente después del inicio de la micción y sólo en ese momento, así se consigue asociar la distensión de la vejiga con la respuesta de despertar e inhibir la micción ulterior.

Otros tratamientos conductuales son;

- Entrenamiento de la cama seca.
- Entrenamiento en retención voluntaria.
- Retroalimentación (biofeed-back).
- Reforzamiento positivo.
- Gratificación tangible con atenuación.
- Hipnoterapia, desestimada durante mucho tiempo.
- Despertar nocturno.
- Dietas.
- Restricción de líquidos.
- Entrenamiento del control del esfínter.
- Tratamiento del estreñimiento.
- Aconsejamiento.

TRABAJO REALIZADO POR:

Psicodiagnóstico

18 de Abril de 2001

* cuadro 1

****cuadro 2**