



---

# MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ENURESIS SECUNDARIA NOCTURNA

José Gonzalo Amador Salinas<sup>1</sup>, Virginia González Rivera<sup>2</sup>, Ivet Magdalena  
Jiménez Medina<sup>3</sup>.

Instituto Politécnico Nacional CICS-UST<sup>4</sup>

## Resumen

El presente artículo tuvo el objetivo de estudiar un modelo de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de enuresis secundaria nocturna monosintomática en un niño de 5 años de edad el cual presenta dificultades para dormir con la luz apagada, pues le da miedo la oscuridad. El caso fue atendido en la clínica de psicología del CICS-UST, CAPSI<sup>5</sup>, por medio del entrenamiento de la cama seca (ECS) sin la alarma, aplicando solo el despertar escalonado, sobreaprendizaje, entrenamiento en retención y el reforzamiento positivo, incorporando además autoinstrucciones, escenificaciones emotivas (juegos para la oscuridad), y economía de fichas. El diseño experimental del estudio de caso fue A-B. Los resultados mostraron que el sujeto logro ir al baño solo, durmió con la luz apagada, extinguiendo así el miedo a la oscuridad y reduciendo a tasa cero las emisiones de orina en la cama.

Palabras clave: Enuresis, Tratamiento cognitivo conductual, Sobreaprendizaje, Reforzamiento positivo, Auto instrucciones, Economía de fichas.

---

<sup>1</sup> Profesor Asociado B en el CICS UST del Instituto Politécnico Nacional (gamadors@ipn.mx.)

<sup>2</sup> Profesora Asociada B en el CICS UST del Instituto Politécnico Nacional (vgonzalezrpn.mx)

<sup>3</sup> Psicóloga egresada del CICS UST del Instituto Politécnico Nacional

<sup>4</sup> Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás

<sup>5</sup> Centro de Atención y Prevención Psicológica

#### Abstract

This article's aim was to study a model of cognitive-behavioral treatment in a case of monosymptomatic nocturnal enuresis secondary to a 5-year-old who has difficulty sleeping with the lights off, because he's afraid of darkness. The case was treated in clinical psychology CICS-UST, CAPSI, through the dry bed training (ECS) without the alarm, using only the awakening phased overlearning, retention and training in positive reinforcement, while incorporating self-instruction, emotive performances (games for darkness), and token economy. The experimental design case study was AB. The results showed that the subject potty achievement, he slept with the lights off, eliminating the fear and darkness and reducing emissions to zero rate of bed-wetting

Keywords: Enuresis, cognitive behavioral therapy, Overlearning, positive reinforcement, Auto instructions Token economy.

Es natural que durante el primer y segundo año de vida, los niños carezcan de control vesical, pero cuando los infantes siguen orinándose en la cama a la edad de 5 años de manera voluntaria o involuntaria, se convierte en una conducta problema (Bragado A. C, en Pérez A. M. y cols. 2003; DSM IV) pues implica la interrupción o desajuste en el desarrollo evolutivo del niño imposibilitándolo para crear y mantener relaciones sociales saludables, tanto con adultos como con sus pares.

Este trastorno se denomina enuresis, y aunque es un problema relativamente recurrente en la consulta infantil, cabe aclarar la idea presente en el DSM IV y el CIE 10, de que la enuresis puede ser voluntaria o involuntaria. Bragado (en Pérez A. M. y cols. 2003) hace una distinción de dicho concepto, al establecer lo siguiente:

1. En la enuresis voluntaria, se da un comportamiento muy diferente al niño que se orina sin darse cuenta, ya que lo hace de manera voluntaria, no padece un problema de eliminación teniendo lugar un exceso de conducta y estaría ligada a desobediencia u oposición.

2. Y en el segundo caso, en la enuresis involuntaria, estaríamos en un déficit de habilidades, relacionada más con factores fisiológicos y de aprendizaje.

Por tanto es importante especificar el concepto de enuresis ya como un acto voluntario o involuntario, para establecer los criterios de diagnóstico y de investigación de los trastornos mentales y de comportamiento. Además de ello, es conveniente indicar el tipo de enuresis al que nos referimos. Bragado (citado por Caballo y Simón, 2002) clasifica la enuresis en base a los factores causales, síntomas miccionales, curso y momento de ocurrencia.

Según los factores causales distingue entre enuresis funcional y enuresis orgánica.

1. El termino enuresis funcional se emplea para denominar la enuresis en cuyo origen no se aprecian alteraciones urológicas o neurológicas.
2. Mientras que el término enuresis orgánica se ha utilizado para resaltar la existencia de este tipo de anomalías.

Respecto al curso o duración del trastorno, diferencia entre enuresis primaria y enuresis secundaria.

1. En el primer caso, el problema persiste desde el nacimiento,
2. Y en el segundo aparece después de un periodo prolongado de continencia, cuya duración oscila entre los 6 y los 12 meses.

En cuanto a los síntomas miccionales, determina entre:

1. Enuresis monosintomática o simple, a la enuresis nocturna que no se acompaña de síntomas miccionales diurnos, tales como urgencias, frecuencia, infecciones urinarias, goteo o disuria (micción dolorosa o difícil).
2. Mientras que en la enuresis polisintomática, compleja o síndrome enurético, indica la presencia de alguno de estos síntomas.

Por último Bragado (en Pérez A. M. y cols. 2003) identifica 3 tipos de enuresis según el momento de ocurrencia:

1. Enuresis diurna, que puede estar más asociada a problemas médicos, y por lo tanto su etiología es diferente y se pueden identificar 3 tipos:
  - Ψ incontinencia de urgencias (episodios súbitos de urgencia miccional).
  - Ψ Vaciado disfuncional (vaciado vesical incompleto, micción fraccionada por acciones retentivas), por lo que algunos autores la llaman: incontinencia diurna o incontinencia urinaria funcional.
  - Ψ Otro grupo de niños puede presentar aplazamiento del vaciado (retraso voluntario de la evacuación hasta mojar la ropa)
2. Enuresis nocturna
3. Enuresis mixta (combinación de la enuresis diurna y nocturna).

Esta clasificación acerca de los tipos de enuresis tiene un valor descriptivo que permite ubicar un tipo de conducta presente en los niños que sufren este tipo de trastorno y en el cual nos centraremos, la denominada enuresis secundaria nocturna. El DSM-IV (2000) define este trastorno de eliminación como la “emisión de orina sólo durante el sueño nocturno, que se desarrolla después de un período de continencia urinaria establecida”. Al mismo tiempo establece los siguientes criterios para el diagnóstico. Si no se cubriera alguno de estas especificaciones no se considera enuresis.

1. La emisión repetida de la orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).
2. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose con una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos, o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
3. Una edad cronológica de 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente)
4. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej. diurético), ni a una enfermedad médica (p. ej, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

De esta manera se entiende que la enuresis es un problema bio-conductual, que implica la descarga involuntaria de orina y cuya consecuencia es el deterioro de la autoestima y capacidad de socialización, ya que genera alteraciones en las actividades sociales del niño (p. ej., imposibilitándolo a dormir fuera de casa), y además reduce su autoconfianza debido a la exclusión y burla de sus compañeros (Castro A. J.).

Estas razones justifican sobradamente las constantes preocupaciones que viven padres ante el problema de la enuresis, pues se encuentran con la dificultad de cómo actuar con este tipo de niños, o cómo incidir en su conducta para llegar a cambiarla.

Para dar respuesta a tal interrogante, se requiere de una modelo o teoría que ayude a explicar este trastorno. El presente trabajo se enfoca en los factores cognitivos-conductuales, que destacan el papel del proceso de aprendizaje sin negar la existencia de factores fisiológicos, genéticos y madurativos.

El enfoque conductual explica la causalidad de la enuresis en los procedimientos de aprendizaje o condicionamiento experimentados por el enurético, pues considera el desarrollo humano en función de la experiencia, es decir, de una cadena de aprendizajes. De manera que el control vesical y la enuresis son adquisiciones consecuencia de un proceso de aprendizaje. Sin embargo en el trastorno enurético hay un fallo o interferencia de aprendizaje. (Toro, 1992; Caballo y Simón, 2002).

Bragado (citado por Caballo y Simón, 2002) explica que en el aprendizaje de la continencia intervienen principios derivados del condicionamiento clásico y del operante, y, quizá, también del aprendizaje por observación de modelos en la adquisición de algunas conductas concretas, además de factores fisiológicos y madurativos del infante. Debido a que el aprendizaje de la continencia ocurre en el

curso del desarrollo iniciando con la adquisición del control intestinal durante el sueño, seguido del control mientras el niño está despierto; casi de inmediato emerge el control diurno de orina y, cierto tiempo después, el nocturno. El dominio de esta habilidad depende del desarrollo neuromuscular y del entrenamiento en hábitos de evacuación apropiados, dado que el niño tiene que aprender un conjunto de destrezas específicas, que incluyen:

- a) tomar conciencia de la necesidad de orinar, lo que implicar saber reconocer las señales fisiológicas,
- b) inhibir y posponer la orina hasta llegar al lugar apropiado para vaciar la vejiga, actividad que requiere, por un lado de contraer los músculos (esfínter externo y músculos pélvicos) y, por otro, saber discriminar el ambiente.
- c) Iniciar la micción voluntariamente, lo que significar ser capaz de relajar el complejo esfintérico para permitir la salida de la orina,
- d) y repetir los pasos anteriores para que el proceso se automatice y se transfiera al horario nocturno.

El aprendizaje de la secuencia anterior implica, además, el dominio de ciertas conductas de autonomía, tales, como: saber quitarse la ropa, colocarse en el retrete, limpiarse y vestirse de nuevo.

Aunque la mayoría de los niños aprenden esta secuencia conductual sin necesidad de recurrir a un entrenamiento especial, algunos otros necesitan que se les enseñe a permanecer secos durante la noche, educándolos para que aprendan a responder a sus necesidades corporales.

La teoría conductual establece que las condiciones ambientales en las que el niño aprende tienen mucho que ver con el éxito final. Bakwin (citado por Toro, 1992) encontró que ciertas condiciones ambientales como: disponibilidad del WC o similar son capaces de facilitar el aprendizaje del control vesical. Mientras que

Toro (1992) indicó que el grado de preocupación, atribuciones causales y nivel de tolerancia de los padres pueden formar parte de un contexto bio-psico-social que se asocia con el trastorno de la enuresis. Así como la culpabilización del niño y una escasa tolerancia a sus manifestaciones podía significar la existencia de unas relaciones personales conflictivas o estresantes. Y al mismo tiempo expuso que dado que en la adquisición del control esfinteriano se implican fenómenos de aprendizaje, resulta lógico que el reforzamiento positivo y el castigo, contingentes a un comportamiento dado suelen facilitar el incremento o la disminución de su frecuencia. Además varios autores (citados por Caballo y Simón, 2002) han señalado una prevalencia elevada en los grupos de menor nivel socioeconómico, entre los hijos de madres muy jóvenes, en ambientes institucionales, y en los hijos de padres divorciados o separados durante los primeros años de vida. Señalando así que las circunstancias adversas ejercen una influencia negativa sobre el proceso de adquisición del control de la micción.

Por otro lado, el influjo de un mal aprendizaje también se deja notar en la presencia de estresores. Valdés y De Flores (citado por Toro, 1992) explican que el estrés es un fenómeno que altera todo el funcionamiento del organismo. Pudiendo predisponer, precipitar y/o mantener diversas patologías. Toro (1992) coincide con ello, manifestando que “en el caso de enuresis secundaria, los acontecimientos vitales estresantes parecen jugar en muchos casos un importante papel como factores precipitantes de la recaída enurética”. Asimismo Bragado (citado por Caballo y Simón, 2002) coincide al establecer una relación existente entre los estados de estrés situacional y las funciones de eliminación a nivel individual.

Douglas en 1973 (citado por Toro, 1992) delimitó siete situaciones estresantes que, vividas durante los primeros años, son susceptibles de ser asociadas a enuresis. 1) Desmoronamiento de la familia por fallecimiento, divorcio o separación, 2) separación temporal de la madre, 3) nacimiento de un hermano, 4) cambio de residencia, 5) ingreso en un hospital, 6) accidentes, 7) intervenciones

quirúrgicas. Schwarz integró algunos otros factores como abuso sexual, el cambio de escuela, o bien por algún miedo o fobia. En una investigación de Méndez F. X. y Macia D. (1996) desarrollaron un caso de fobia a la oscuridad, usando las técnicas de escenificaciones emotivas, que consiste en una exposición en vivo al objeto temido de manera gradual, breve y repetida, por medio del juego e instrucciones, modelamiento y reforzamiento social/material en un niño de 6 años, a quien reforzaban de manera positiva y negativa las respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas de miedo, obteniendo resultados alentadores ya que el menor estuvo en exposiciones a la oscuridad más prolongadas y más frecuentes, logrando por fin, dormir solo y a oscuras. En otro estudio Amorós M. O; Méndez C. X. y Espada S. J. (2005) investigaron la participación de los padres en el tratamiento de la fobia a la oscuridad, usando las escenificaciones emotivas, reportaron que los niños a quienes sus padres les aplicaron el tratamiento, permanecían más tiempo en la oscuridad y las conductas de miedo se redujeron, por lo tanto, concluyeron que los padres entrenados pueden aplicar tratamiento eficazmente para eliminar la fobia a la oscuridad de sus hijos.

Respecto a los hogares rotos y separación de la madre, Douglas en 1973 (citado por Toro, 1992) mostró que el 55% de los niños que sufrieron el fallecimiento de la madre, separación o divorcio de los padres tuvieron una intensa potencialidad estresante, debido a la ruptura en las relaciones interpersonales y a la existencia de conflictos y complejas reorganizaciones de toda la estructura y dinámica familiar. También concluyó que la separación o ausencia de la madre aumentaba las tasas de enuresis tres veces superiores a las obtenidas en niños sin experiencia de separación materna. Por tanto se puede manifestar que la separación de los padres y específicamente la ausencia de la madre representan situaciones precipitantes y/o facilitadoras de enuresis.

En síntesis, el enfoque conductual plantea que la enuresis se debe a un fallo en ciertas circunstancias de adiestramiento esfinteriano y a la interferencia de estresores en el aprendizaje/condicionamiento del control vesical.



Estos hechos sirven para comprender que el control de esfínteres es una conducta aprendida y como tal puede modificarse. De esta manera se observa que el modelo de intervención más adecuado para la enuresis secundaria nocturna es el cognitivo-conductual pues “se concentra en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del paciente reduciendo o eliminando las conductas problemas e incrementando la frecuencia de las conductas adaptadas” (Compas y Gotlib, 2002). Además se considera este modelo como el más pertinente para el caso que exponemos, pues “asume que la conducta inadaptada es consecuencia de antecedentes y consecuencias específicos en el ambiente natural del paciente” (Compas y Gotlib, 2002). Por tanto aprueba el hecho de que el proceso de aprendizaje del control de esfínteres se produce a través del entrenamiento, reforzamiento, y factores ambientales.

Dentro de este modelo de intervención, las técnicas más utilizadas para el tratamiento de la enuresis han sido la técnica de Mowrer, que utiliza el aparato despertador que suena cuando el niño orina, la técnica de retención de Kimmel, cuyo objetivo es ampliar la capacidad de la vejiga y que el sujeto aprenda a inhibir las contracciones del detrusor posponiendo la micción, y la técnica de Azrin en la que se refuerza por el uso de inodoro y la cama seca (Alcázar, Olivares y Sánchez, 1999; Toro, 1992; Caballo y Simón, 2002; Schwarz).

Aunque se ha podido comprobar que las tres intervenciones son eficaces en el tratamiento de la enuresis, nos centraremos en la técnica de Azrin pues, Alcázar, Olivares y Sánchez (1999) afirman que hay mayor eficacia en esta técnica, aun sin la utilización del aparato despertador, llegando a concluir que es el método más efectivo de los tres.

El entrenamiento en cama seca (ECS) o técnica de Azrin, es un procedimiento acorde con un paradigma operante, y más concretamente de

reforzamiento. Sin embargo, entienden que el hecho enurético constituye un comportamiento complejo en el que intervienen fenómenos como la despertabilidad, la habilidad para inhibir la micción, la motivación social para conseguir el control y la consolidación de respuestas alternativas a la incontinencia (Toro, 1992).

El ECS fue concebido inicialmente por Azrin, Sneed y Fox para corregir la enuresis nocturna en adultos retrasados e institucionalizados. Un año más tarde, Azrin comenzó a aplicarlo a niños con enuresis nocturna, con una media de 8 años de edad, consiguiendo buenos resultados. Los componentes del entrenamiento en cama seca son los siguientes:

1. Uso del aparato de alarma
2. Despertar escalonado
3. Ingesta de líquidos la 1ª noche del entrenamiento para que la práctica sea intensiva (*sobre aprendizaje*).
4. *Entrenamiento en retención*: a diferencia del método de Kimmel, se realiza durante 1 noche completa (la 1ª noche)
5. Ejercicios de limpieza (*entrenamiento en limpieza*) que consiste en que el niño debe cambiarse la pijama y las sábanas, llevarlas al cesto de la ropa sucia, secar el aparato de alarma, ponerse otra pijama y hacer la cama con sábanas limpias; y la *práctica positiva*: que el niño se acueste con la luz apagada, cuenta en voz baja hasta 50, se dirige al baño, se sienta en la taza para orinar (puede que no orine) y se vuelva a la cama (ambas se aplican cuando el niño se ha orinado y como ensayo).
6. Consecuencias positivas por tener la cama seca: *atención social y reforzador* (social y material).

El procedimiento de aplicación del entrenamiento en cama seca, consta de 3 fases acordadas con el niño: 1ª fase: Una noche de entrenamiento intensivo:

- A. Una hora antes de ir a la cama se recuerda al niño las etapas del tratamiento, haciendo hincapié en las ventajas de no mojar la cama. Se coloca el aparato de alarma recordando otra vez su funcionamiento. El niño debe realizar 20 ensayos de práctica positiva, beber 1-2 vasos de su bebida favorita y acostarse (paso 1, 3 y 5).
- B. Cada hora se despierta al niño empleando una estimulación lo más suave posible. Las primeras veces se le puede ayudar a levantarse o incorporarse. El niño debe ir al baño. Si está adormilado, se le conduce diciéndole que tiene que ir deprisa al baño si no quiere mojar la cama. En la puerta del baño los padres se detienen y le preguntan si es capaz de aguantar 1 hora más. Si contesta que SI se le alaba y se permite que regrese a la cama. Si contesta que NO, se le intenta convencer de que aguante unos minutos más, alabándole por haber aguantado las ganas de orinar. Cuando el niño orina, se le alaba por hacerlo en el lugar apropiado. Se vuelve a la cama, se le pide que compruebe si la cama está seca, se coloca otra vez el aparato. Se le pide que repita lo que va a pasar 1 hora después, que beba otro vaso de líquido y que se acueste (paso 2 y 4).
- C. Si el niño, a pesar de todo lo anterior, se orina en la cama, como la alarma sonará, los padres la desconectarán y le despertarán reconviniéndolo verbalmente. El niño debe ir al baño a terminar de orinar, debe realizar el entrenamiento en limpieza y hacer 20 ensayos de práctica positiva (paso 5).

2ª fase: Supervisión post-entrenamiento. Esta fase se mantiene hasta que se consigue un criterio de 7 noches consecutivas secas. En esta fase el procedimiento es:

- A. Antes de que el niño se acueste se coloca la alarma. Si durante la noche anterior ha mojado la cama, tiene que realizar 20 ensayos de práctica

positiva. Se le pide que repita las instrucciones y que recuerde lo que tiene que hacer (paso 5).

B. Se despierta al niño escalonadamente: Primero se le despierta 3 horas después de que se haya acostado para que vaya al baño a orinar (pero ahora ya no se le hace retener). Si esa noche no se moja, al día siguiente se le despertará media hora antes, y si al día siguiente tampoco se orina, otra media hora antes, y así sucesivamente. Si la cama no está seca por la mañana, se mantiene la hora del despertar de la noche previa. Este procedimiento se continúa hasta que el tiempo de despertar coincida con una hora posterior al tiempo de acostarse el niño, y así se suspende el despertar escalonado. Cuando suena la alarma se hace lo mismo que en la noche de entrenamiento intensivo. Después de cada noche seca los padres deben alabar al niño. (paso 2)

C. 3ª fase: Rutina normal. Una vez superada la fase anterior el aparato se retira y ya no se despierta al niño. Si éste moja la cama debe realizar el entrenamiento en limpieza y los ensayos de práctica positiva antes de acostarse la noche siguiente. Si el niño, durante 1 semana, mojara 2 noches, se vuelve a la 2ª fase. Cuando se consiguen 7 días secos se retira el tratamiento. Los trabajos indican que de los métodos descritos, el más efectivo es este, pero tiene el índice de abandonos más elevado.

Alcázar, Olivares y Sánchez (1999) realizaron una revisión meta analítica de la efectividad diferencial de las tres principales intervenciones conductuales sobre sujetos con problemas de enuresis: las técnicas de Mowrer, Kimmel y Azrin. Se integraron un total de 14 estudios primarios independientes realizados en España entre 1980-1996. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los

diferentes tratamientos, destacando la técnica de Azrin. Aun sin la utilización del aparato despertador, junto a la técnica de Mowrer. Lo cual indica que no sólo es la alarma el componente activo único de la técnica de Azrin, sino que el resto de componentes también son eficaces en el tratamiento de la enuresis. Respecto a esto, investigaciones posteriores han encontrado que la combinación de:

***Alarma + práctica positiva + sobreaprendizaje + reforzamiento positivo***

Alcanzan la misma eficacia que el entrenamiento en cama seca, por lo que constituyen el tratamiento de elección frente al anteriormente descrito basado en el castigo, al ser su índice de abandonos menor, Schwarz. Sin embargo Butler (citado por Toro, 1992) realizó una revisión de estudios en los que el ECS se practicaba sin alarma. Observando una reducción en la frecuencia de los episodios enuréticos, pero sin la detención inicial observada cuando se utilizaba la alarma. De este modo el tratamiento resultaba mucho más largo. Asimismo las recaídas eran numerosas, situándose entre un 33% y un 100%.

Por otro lado, en un estudio realizado por Bragado (1999) en el cual se intervino con un menor de 7 años quien mostraba una enuresis nocturna monosintomática, se usaron los procedimientos de la alarma, el sobreaprendizaje y la práctica positiva, se destaca que el método de la alarma “sólo o en combinación con otras técnicas... es el tratamiento de elección para curar la enuresis monosintomática de forma definitiva”. Destaca además que otros procedimientos usados comúnmente por los padres no se mostraron efectivos (premiar las noches secas, despertarlo para orinar y limitar la ingestión de líquidos).

De lo anterior se aclara que la conducta objetivo de premiar las noches secas, es en sí una conducta final de una serie de conductas, por lo que la escasa efectividad en su uso, se debe a que no se adquieren las conductas precedentes de la cadena comportamental; en tanto que el procedimiento de despertar al

menor, solo provoca dependencia del mismo para despertar y mostrar la conducta adecuada; finalmente, la restricción de líquidos no es en sí misma un tratamiento. Por otro lado, Llavona L. M. (citado en Méndez F. X. y Macia, D. 1998) intervino en un caso de enuresis primaria nocturna, usando las técnicas de alarma, entrenamiento en limpieza y ejercicios de retención voluntaria en el día y sobreaprendizaje, el autor critica el uso de la práctica positiva, ya que la considera aversiva y no está establecida claramente su función dentro del paquete de tratamiento. Podríamos comentar, que posiblemente, sería más económico y rápido usar la imaginación del sujeto de los pasos a seguir, en vez de practicarlos 10 o 20 veces al día, lo que nos conduce a considerar el incluir procedimientos cognitivos en el tratamiento.

Esto nos lleva a considerar las características involucradas en el tratamiento, por lo que Alcázar, Olivares y Sánchez (1999) identificaron algunas variables moderadoras influyentes. La primera de ellas fue la duración del tratamiento, a mayor espaciamiento de sesiones, mejores resultados, debido, quizás, a que el tratamiento real de la enuresis se realiza en casa y, habitualmente, es llevado a cabo por los padres, los cuales practican diariamente con los niños las tareas encomendadas por los profesionales. Otra variable fue la aplicación individual del tratamiento, alcanzó un mejor desempeño. Esto puede ser debido a que esta variable está en interacción con la variable motivación, la cual aumenta y se mantiene incluso en períodos largos a través del contacto individual con el terapeuta. La tercera variable es la hipótesis referente a que la edad y el género afectan a los resultados, ha sido verificada que las niñas mejoran en mayor proporción que los niños y los sujetos de menor edad tienen mejor pronóstico de mejora que los de edad más avanzada. Por último, las hipótesis referentes a la ausencia o presencia de otro trastorno o tipo de enuresis quedan comprobadas afirmativamente, pues la gravedad de la enuresis afectará a los resultados, ya que si un niño no controla ni de noche ni de día, su tratamiento será más complejo que si sólo deja de controlar por la noche. Igualmente, un niño que padece problemas de desarrollo, de comportamiento, cognitivos, etc., necesitará mayores recursos

para solucionar el problema de enuresis, pues quizás éstos estén influyendo en el control de la micción.

Resumiendo, el ESC es el método de mayor eficacia en el tratamiento de la enuresis, aun sin la alarma, pues la combinación de técnicas es su principal ventaja. Sin embargo, se trata de una terapéutica compleja, bastante estresante para el niño y padres, requiriendo de todos ellos un alto grado de motivación. Por ello, además las técnicas conductuales ya mencionadas es importante incluir como parte del tratamiento algunas otras como el modelado, autoinstrucciones, y terapia de motivación positiva, con el objetivo crear y fortalecer las expectativas de eficacia, es decir, los juicios que el niño tiene de sus capacidades, y en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que la permitan alcanzar el rendimiento deseado (Compas y Gotlib, 2002).

La motivación positiva consiste en eliminar todas las conductas, apreciaciones y comentarios de carácter negativo, eliminando los castigos y reforzando la parte positiva, motivando al niño por medio de premios para lograr su interés en el tratamiento y su participación y constancia. Comienza en la primera consulta, quitando la culpa y los sentimientos de vergüenza e instruyendo al niño y su familia acerca del síntoma y de la frecuencia en los niños de su edad. Se le debe manifestar claramente que se le comprende y que puede superar su condición con esfuerzo y con la ayuda de sus padres. En cuanto a los padres es relevante aclarar que el niño no se orina porque quiere, y que por tanto, deben actuar de forma serena y tranquila. Además de esto le pueden ayudar al niño estimulándolo para que vaya al baño antes de acostarse, evitar los castigos y humillaciones en presencia de amigos o desconocidos, y elogiarlo en las mañanas cuando amanece seco. Por tal motivo, entre las primeras orientaciones que se les da a los padres se encuentra la de no desesperarse o hacer un drama de esta situación (Colmenar V.).

El entrenamiento en autoinstrucciones, es una técnica que sirve para modificar el diálogo interno cuando éste no resulta productivo. Es decir, se estimula al niño a que se diga a si mismo frases como “soy capaz de dejar de mojar la cama”, “lo estoy consiguiendo”, “qué bien se está así”, etc. Cuando el niño va haciendo progresos, gana confianza y se hace una idea más positiva de si mismo; por esto, puede mejorar también en otras áreas de su conducta. Además obtiene otras ventajas que refuerzan el control de la orina: ir a un campamento, un nuevo colchón, la comodidad de la cama seca, etc. (Colmenar V., Caballo 1995)

Por último el modelamiento es una técnica que se basa en el aprendizaje por observación de modelos y es necesaria en la adquisición de algunas conductas concretas para el tratamiento de la enuresis, por ejemplo, desnudarse, vestirse, orinar de pie o sentado, y cambiar la ropa mojada, a la par de que el niño adquiera responsabilidad y autonomía en la solución del problema, tendrá que cambiarse la pijama y ropa interior húmedas y ponerse ropa limpias y seca, a continuación quitara las sábanas mojadas y hará la cama con sábanas secas, y por último dejar todo lo manchado en el lugar de la ropa sucia. Lo anterior es parte del entrenamiento en cama seca que es parte del tratamiento.

## METODO

**SUJETO:** el sujeto es un niño de 5 años de edad, quien cursa el preescolar y el cual presenta enuresis secundaria nocturna monosintomática desde hace seis meses, no ha recibido terapia psicológica u otro tratamiento. Esta conducta dejo de presentarse pero a principios de enero se ha vuelto a exhibir de forma constante con una frecuencia de 1 o 2 veces por semana y solo de tipo nocturno. La madre ha recurrido a amenazarlo con ponerle pañal, explica que le ha funcionado porque ha disminuido la ocurrencia. No hace uso de castigos físicos, trata de hablar con él, no lo refuerza positivamente cuando amanece seco.



Respecto a su familia. El menor proviene de un hogar disfuncional. El padre tiene adicción a la droga y la madre trabaja todo el día. La relación entre los padres no es óptima, pues se han separado 3 veces. Actualmente viven juntos, pero cuando el niño volvió a presentar enuresis fue cuando el padre dejó de vivir en la misma casa y la madre los dejaba solos por la noche pues trabajaba, esto solo duro quince días.

En cuanto a sus hábitos de sueño, presenta dificultades para dormir con la luz apagada, pues le da miedo la oscuridad. Duerme con su hermano en camas separadas y en una recámara aparte a la de sus padres. Esta separación se dio apenas hace un año y fue difícil, pues no quería dormir con su hermano (explica que le da miedo), la adaptación tardó aproximadamente un mes. Algunas de las medidas de las que hicieron uso fueron de acostarse con ellos en sus camas y esperar hasta que se durmieran. Actualmente duermen los dos niños solos y con una lámpara encendida. El caso fue atendido en la clínica de psicología del CICS-UST, CAPSI, y el diseño experimental del estudio de caso fue A-B.

**MATERIALES:** los reforzadores que se usaron fueron los siguientes, dulces: crayones, tazos, comidas favorita, paseos, volar papalotes, ir al cine, ir al centro comercial, ir a la feria, ir al parque, juguetes.

**ESCENARIO:** el tratamiento se desarrolló en la casa del menor y en la clínica del CICS-UST, CAPSI.

## MODIFICACIÓN CONDUCTUAL

**Análisis Funcional:** la separación de los padres y la jornada laboral de la madre, provocó que cuando el menor mostraba la conducta adecuada, ésta era ignorada (extinción) y solo le ponían atención (reforzamiento positivo) cuando mojaba la cama. Debido a que permanecían solos, la asistencia del menor al baño

era difícil, ya que el lugar estaba oscuro y lejano. En cuanto a los hábitos de sueño, ambos padres refuerzan el temor a la oscuridad, ya que le hacen caso cuando muestra esa conducta (reforzamiento positivo) y le permiten dormir con la luz encendida (reforzamiento negativo). Por lo que el objetivo del tratamiento será que el menor vaya solo al baño y duerma con la luz apagada en su habitación, para disminuir la frecuencia de la incontinencia urinaria por las noches.

PROCEDIMIENTO: se llevó a cabo el siguiente tratamiento para la enuresis, *entrenamiento en cama seca* (pasos 2, 3, 4 y 6) el padre fue el encargado de aplicar éstos pasos, sobre todo el despertar escalonado, el entrenamiento en retención nocturna por una noche, en el reforzamiento social participaron ambos padres y también en la entrega de fichas. Para el miedo a la oscuridad se aplicaron las *escenificaciones emotivas* con juegos para la oscuridad: “animales en la pared” y “animales amigos”, *auto instrucciones*, *economía de fichas* y *reforzamiento social positivo*.

Los juegos en la oscuridad se realizaron dos veces por semana, en la primer semana se realizó el juego de “animales en la pared” debido a que solo implica un proceso de moldeamiento y no expone directamente al menor a la oscuridad, en la segunda semana se aplicó el juego de “animales amigos”. A continuación se expone cada uno de ellos:

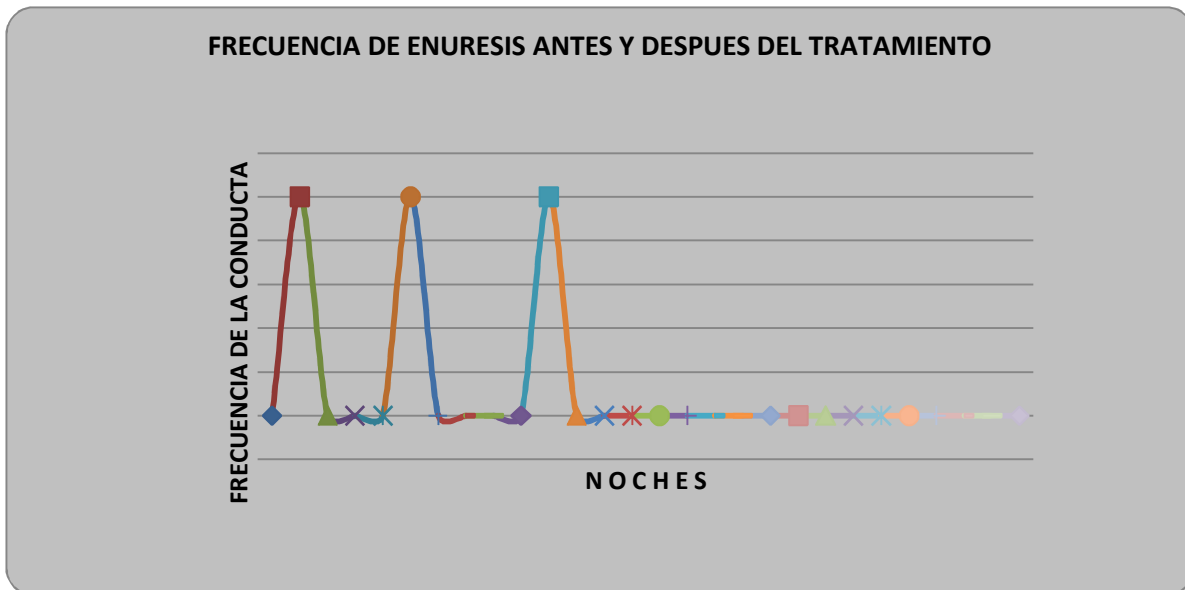
- Animales en la pared: el padre o la madre enseña a hacer sombras con las manos de diversos animales, pato, perro, pájaro, etc., también se puede hacer siluetas y recortarlas. Luego el niño y uno de los padres proyectan sombras en la pared del dormitorio infantil con el haz de una linterna.
- Los animales amigos: el niño debe adivinar en su dormitorio a oscuras el animal cuyo sonido emite el padre o la madre desde una habitación contigua. se recomienda utilizar sonidos fácilmente identificables (ladridos, cacaraqueo, etc.). Los padres alargan progresivamente el intervalo entre sonidos, de modo que el niño permanece a oscuras cada vez más tiempo.

Antes de poner en marcha la economía de fichas se le informó las condiciones de esta técnica asimismo se le dio auto instrucciones para que guié su conducta hablándose así mismo en voz alta. La consigna es la siguiente: “Soy valiente y fuerte, puedo ir al baño solo, ahora abro la puerta, prendo la luz, ¡lo estoy haciendo muy bien!, ahora camino hasta el lavabo y abro la otra puerta ¡he llegado!, ¡ahora regreso con calma... Lo he logrado! ¡Muy bien!” Se dieron las siguientes especificaciones a los padres:

- Aplicar un reforzador de forma inmediata tras la emisión de las conducta deseada (continencia, ir al baño en la noche, apagar la luz de la recámara)
- Explicarle porque se dio la ficha y aclarar su valor.

Se hicieron mediciones de línea base en 14 días, en el tratamiento se midió durante 14 días y después de éste se midió también por 14 días.

**RESULTADOS:** después del tratamiento el menor no ha presentado incontinencia urinaria en 2 semanas. En los últimos días ha recurrido a aguantarse e ir cuando ya amaneció al baño. A continuación se expone la frecuencia de la incontinencia antes y durante la intervención.



**Gráfica 1.** Frecuencia de noches con enuresis, como se puede observar, en los primeros 14 días el menor mostró 3 episodios de enuresis y después del tratamiento, en 14 días no mostró esa conducta.

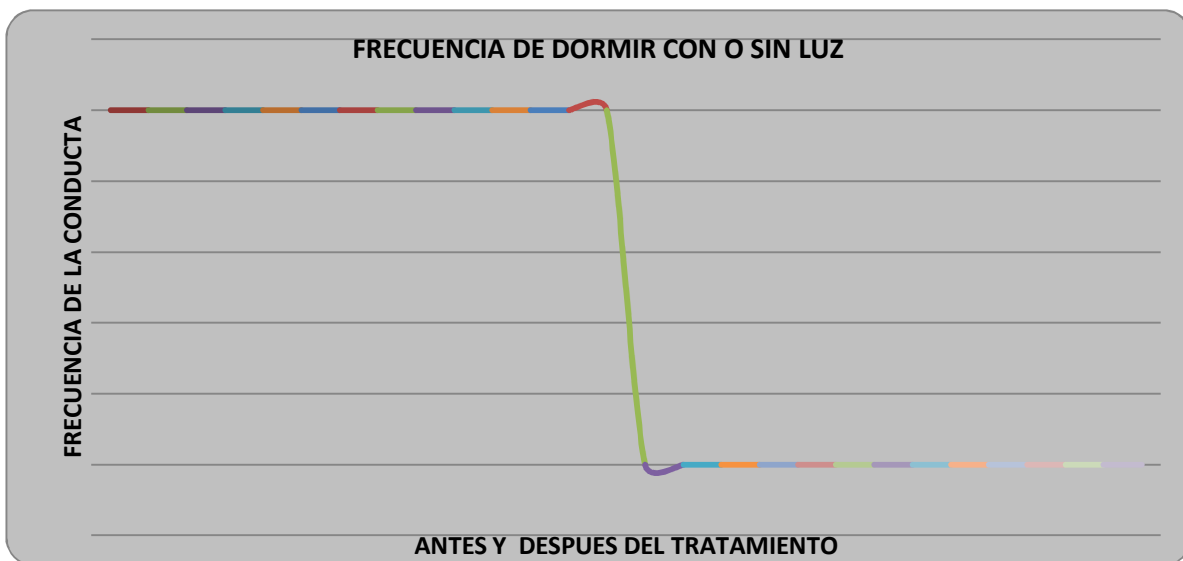
Como se puede observar, el entrenamiento en cama seca, ha sido efectivo, ya que el sobreaprendizaje, el despertar escalonado, la retención, el reforzamiento por mostrar la conducta adecuada, el ignorar la conducta de mojar la cama, así como las escenificaciones emotivas y las autoinstrucciones, lograron que el menor durmiera con la luz apagada, se despertara y fuera al baño e incluso se aguantara las ganas de orinar hasta ir al baño más tarde.

Esto muestra que en la enuresis hay procesos de aprendizaje ya que el menor aprendió las respuestas adecuadas, despertarse ante la sensación de vejiga llena, retener la micción, e ir al baño solo. Confirmándose que la presencia de estresores, separación de los padres y modificación en su organización familiar, habían interferido en este proceso (Mac Keith, Meadow y Turner, 1973 Moilanen y Rantakallio 1998; citados en Bragado 1999).

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO: a continuación se exponen los cambios obtenidos con el tratamiento:



**Gráfica 2.** En ésta gráfica se puede observar las veces que el menor asistió al baño para orinar en las noches, los primeros 7 días fue con la compañía del padre, y las 7 finales fue al baño solo, cabe aclarar que el criterio para obtener premio eran 3 noches en las que asistiera al baño para orinar.



**Gráfica 3.** En ésta gráfica se observa el que después del tratamiento el menor pudo dormir con la luz apagada, esto fue muy importante para el tratamiento ya que le dotó de una conducta necesaria para ir al baño solo.

## DISCUSIÓN

Se comprueba lo afirmado por Caballo y Simón, (2002) de que hay una prevalencia elevada en los grupos de menor nivel socioeconómico, en los hijos de padres divorciados o separados durante los primeros años de vida. Señalando así que las circunstancias adversas ejercen una influencia negativa sobre el proceso de adquisición del control de la micción, en nuestro caso, se observan principalmente la variable padres separados en los primeros años de vida.

Por otro lado se comprueba lo afirmado por Douglas en 1973 (citado por Toro, 1992, Caballo y Simón 2002; Mac Keith, Meadow y Turner, 1973 Moilanen y Rantakallio 1998; citados en Bragado 1999) de que situaciones estresantes vividas durante los primeros años, son susceptibles de ser asociadas a enuresis. 1) Desmoronamiento de la familia por fallecimiento, divorcio o separación, 2) separación temporal de la madre. Y también lo expresado por Schwarz, por algún miedo o fobia, éstos factores pudieron observarse en nuestro caso.

También pudimos corroborar las afirmaciones de Méndez F. X. y Macia D. (1996) de que para manejar la fobia a la oscuridad, la técnica de *Escenificaciones Emotivas*, es efectiva para tratar este tipo de casos ya que consiste en una exposición en vivo al objeto temido de manera gradual, breve y repetida, por medio del juego e instrucciones, modelamiento y reforzamiento social/material

Otro punto que pudimos comprobar es lo afirmado por Amorós M. O; Méndez C. X. y Espada S. J. (2005) y Olivares y Sánchez (1999) quienes afirmaron que la participación de los padres en el tratamiento de la fobia a la oscuridad, usando las *Escenificaciones Emotivas*, resulta muy efectivo ya que en su estudio los sujetos permanecían más tiempo en la oscuridad y las conductas de miedo se redujeron, por lo tanto, concluyeron que los padres entrenados pueden aplicar tratamiento eficazmente para eliminar la fobia a la oscuridad de sus hijos pudiendo ser la explicación la interacción y la variable motivación, la cual aumenta y se mantiene incluso en períodos largos a través del contacto individual con el terapeuta y los mediadores.

Finalmente pudimos verificar la afirmación de Alcázar, Olivares y Sánchez (1999) que hay mayor eficacia en la técnica ECS, aun sin la utilización del aparato despertador, llegando a concluir que es el método más efectivo de los tres, con nuestros resultados pudimos comprobar que el paquete de tratamiento, donde se incluyen estrategias cognitivas, puede ser igualmente efectivo aun sin la utilización de la alarma.

Coincidimos también con Llavona L. M. (citado en Méndez F. X. y Macia, D. 1998). En su crítica del uso de la práctica positiva, ya que la considera aversiva y no está establecida claramente su función dentro del paquete de tratamiento. Podríamos comentar, que posiblemente, sería más económico y rápido usar la imaginación del sujeto, o las autoinstrucciones de los pasos a seguir, en vez de practicarlos 10 o 20 veces al día, lo que nos conduce a considerar el incluir procedimientos cognitivos en el tratamiento.

### **CONCLUSIONES:**

El objetivo del presente trabajo fue estudiar un modelo de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de enuresis, específicamente en la enuresis secundaria nocturna monosintomática, con lo que se concluye que la combinación de procedimientos cognitivos y conductuales es altamente efectiva.

Los datos mostraron, que el factor estresante de la separación de los padres (Douglas, citado por Toro, 1991; Mac Keith, Meadow y Turner, 1973 Moilanen y Rantakallio 1998; citados en Bragado 1999) pudo facilitar la recaída enurética, debido al distanciamiento en la relación con su papá y a la reorganización de la dinámica familiar que obligó a la mamá a ausentarse durante la noche para trabajar y ganar la manutención económica necesaria. Esta situación se vio reforzada además por las condiciones ambientales, mal uso de reforzadores, malos hábitos de sueño, y el miedo a la oscuridad.

En cuanto a las condiciones ambientales, destaca la indisponibilidad del baño pues se encontraba relativamente lejos de su habitación y con las luces apagadas. Estas condiciones reforzaban la enuresis y los malos hábitos de sueño de dormir con la luz prendida en su habitación. Asimismo las constantes preocupaciones, y regaños hacia el menor cuando no había control vesical reforzaban la enuresis pues era atención dirigida hacia él. Respecto al miedo a la oscuridad, cabe la posibilidad de que pudo constituir un factor estresante más, o bien un trastorno emocional debido al estrés y desapego con sus padres (Toro, 1991). Pero los trastornos emocionales merecen investigaciones aparte.

El tratamiento que sugerimos fue el entrenamiento de la cama seca (ECS) sin la alarma, sin embargo no se siguió el procedimiento de manera rigurosa, solo se retomó el despertar escalonado, sobreaprendizaje, entrenamiento en retención y el reforzamiento positivo, incorporando además autoinstrucciones, juegos para la oscuridad.

El primer paso que se recomendó fue que el papá acompañara al menor al baño durante la noche y madrugada para implementar el despertar escalonado y la retención. Esta interacción beneficio la relación padre-hijo y el cese de la incontinencia, porque reanudo la relación interpersonal, proporcionándole seguridad y atención que la separación le generó. Esta primera intervención obtuvo cambios positivos pues la incontinencia se redujo a tasa cero, debido a que se reforzó las conductas adecuadas (despertarse, ir al baño, orinar en el wc). Pese a ello fue indispensable disminuir el miedo a la oscuridad para desarrollar en el infante la independencia de ir al baño solo. Para ello se emplearon las siguientes técnicas. 1) *Escenificaciones Emotivas* (juegos para la oscuridad: “animales en la pared” y “animales amigos”), 2) auto instrucciones, 3) economía de fichas y 4) reforzamiento positivo (tangibles y social).

El programa de modificación de conducta obtuvo cambios positivos significativos pues logro ir al baño solo, durmió con la luz apagada, extinguiendo



así el miedo a la oscuridad y reduciendo a tasa cero las emisiones de orina en la cama.

Por último se le aplicó al final de la intervención, el test del dibujo de una familia, en el cual se observaron grandes cambios en la dinámica familiar, mostrando una interacción más cercana en los integrantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcázar, Olivares y Sánchez. (1999). **Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España**. Vol. 15, (2), 157-167. Murcia (España).
- Amorós M. O; Méndez C. X. y Espada S. (2005) Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante el entrenamiento a padres. **Pisicothema**. Vol 17(1) pp 9-14.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). "**Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado**" (DSM IV TR). Ed. Masson. España. Barcelona.
- Bragado A. C. (1999) Tratamiento de un caso de enuresis nocturna mono sintomática con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva. **Clínica y salud**. Volumen 10(2). Pp 211-229
- Caballo V. (1995) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo XXI de España editores
- Caballo, V. y Simón, M. (2002). **Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente**. Trastornos específicos. Editorial Pirámide.
- Campo, J. (1990). **Psicología del niño y del adolescente**. Editorial Danae. Barcelona (España). Pp 38 y 39.
- Castro, A. Entrevista con José Antonio Castro Anguita, Psicólogo Infantil Col. n°: S-2020. Disponible en: [http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS\\_DE\\_ARTICULOS/sevilla\\_jose\\_antonio\\_castro\\_anguita\\_pueris\\_enuresis\\_nocturna.htm](http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS_DE_ARTICULOS/sevilla_jose_antonio_castro_anguita_pueris_enuresis_nocturna.htm).
- Compas, B. y Gotlib, I. (2002). **Introducción a la psicología clínica**. México, Editorial Mc Graw Hill.
- Colmenar V. (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica: E.O.E.P.) Disponible en: (<http://www.guiainfantil.com/salud/esfinteres/enuresis.htm>)

- Mendez F. X. y Macia D. (1998) **Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos.** Sexta edición. Madrid. Pirámide.
- Pérez, M., Fernández, C. y Amigo, I. (2003) **Guía de tratamientos psicológicos eficaces III.** Madrid: Pirámide.
- Schwarz. **Terapia de conducta en niños: enuresis, encopresis, trastornos de ansiedad.** Psicosociología. Señales: Hiperactividad, fobia escolar y asilamiento social. Paraprofesionales. Terapia. Micción. Encopresis. Tratamiento. Disponible en: [http://html.rincondelvago.com/terapia-de-conducta-en-ninos\\_enuresis-encopresis-trastornos-de-ansiedad.html](http://html.rincondelvago.com/terapia-de-conducta-en-ninos_enuresis-encopresis-trastornos-de-ansiedad.html).
- Toro, J. (1992). **Enuresis: causas y tratamiento.** Ediciones Martínez Roca. Barcelona.