

INSTRUCTIVO PARA ELIMINAR LA ENURESIS INFANTIL: LOS PADRES COMO TERAPEUTAS CONDUCTUALES.¹
GUIDE FOR ELIMINATING ENURESIS IN CHILDREN. PARENTS AS BEHAVIOR THERAPISTS.

Jorge Everardo Aguilar- Morales², Jaime Ernesto Vargas-Mendoza y Carmen González-Zaizar

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.
Centro Regional de Investigación en Psicología
México

Resumen: La efectividad de tratamientos conductuales para la enuresis se ha estudiado ampliamente. Su inclusión en la lista de tratamientos validados empíricamente de la APA, aumento su reconocimiento y divulgación. Desprofesionalizar la tecnología conductual resulta prioritario si aumentan los problemas de conducta y disminuyen los recursos para solucionarlos. Utilizando un diseño de dos grupos aleatorizados, este estudio buscó determinar la utilidad de un tratamiento conductual para la enuresis no orgánica, administrado sin la intervención de un profesional a padres de 15 niños entre 5 y 12 años de edad. En 30 días se eliminó la enuresis en 81% de los casos y se redujo la frecuencia en todos. Estos resultados alientan desarrollo de materiales con efectos similares en otras problemáticas conductuales.

Palabras Clave: Enuresis, desprofesionalización, tratamientos con evidencia empírica.

Abstract: The behavioral treatments efficiency for the enuresis has been studied widely. After his incorporation in the list of Empirically Supported Psychological Interventions of the APA, his recognition and diffusion increased. The divulgation of the behavioral technology turns out to be prior if the behavioral problems increases and the resources to solve them decreases. Using an A-B design, this study sought to determine the efficiency of a behavioral treatment for the not organic enuresis, administered without the intervention of a professional to parents of 15 children between 5 and 12 years of age. In 30 days, the treatment eliminated the enuresis in 81 % of the cases and the frequency diminished in all. These results encourage development of materials with similar effects in others behavioral problematic

Keywords: Enuresis, Empirically Supported Psychological Interventions.

¹ Recibido el 10 de agosto del 2010 y aceptado 13 de agosto del 2010. Este trabajo fue presentado en el durante el XVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta realizado en San Luis Potosí, México en el año 2005.

² Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: jorgeever@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

La efectividad de los tratamientos conductuales para el manejo de la enuresis ha sido estudiada ampliamente (Azrin, Sneed y Foxx, 1974; Kimmel y Kimmel, 1970; Mowrer y Mowrer, 1938). Su éxito ha tenido un reconocimiento aun mayor tras su inclusión en la lista de tratamientos validados empíricamente de la APA. La desprofesionalización del conocimiento y la difusión de la tecnología conductual, como la destinada a la solución de este tipo de problemas conductuales, resulta ahora prioritaria ante los cada vez menores recursos destinados a la salud. A pesar de su efectividad aún no se ha evaluado si este tratamiento puede ser eficaz sin la intervención de un profesional. Es este estudio nos propusimos evaluar la utilidad del tratamiento presentado por medio de textos ilustrados y sin la intervención de un psicólogo.

La enuresis no orgánica (F98.0) es un problema que se caracteriza por la emisión involuntaria de orina durante la horas diurnas o durante la noche, que es anormal para la edad mental del niño y no es consecuencia de la falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario. Esta puede estar presente desde el nacimiento o bien aparecer después de un periodo de control vesical adecuado, enuresis secundaria. (OMS, 1992). Son cuatro los criterios que usualmente se consideran para su diagnóstico estructural: A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada). B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por 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. C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente) y D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (APA, 1994).

Se calcula que un 85% de los niños de 2 años de edad mojan la cama; la cifra disminuye al 49% a la edad de 3; al 26% a la edad de 4; al 20% a la edad de 5; y 10% entre edades de 6 y 10 años y aproximadamente el 3% en los adolescentes.

Desde hace muchos años se ha demostrado que el principal origen de la enuresis no orgánica es básicamente un problema de entrenamiento, el niño con este problema no puede ser considerado anormal o señalado como un menor que presenta un mayor número de problemas emocionales en relación con el niño no enurético, la evidencia actual demuestra que la enuresis puede ser tratada de manera directa sin que se desarrolle la famosa "sustitución de síntomas" freudiana, de hecho una vez que se resuelve el problema el niño desarrolla un mayor número de conductas positivas y se ha resaltado que el simple paso del tiempo no resolverá el problema. (Baker, 1969).

Aunque existen tratamientos farmacológicos que utilizan sobre todo antidepressivos tricíclicos como la imipramina y anticolinérgicos como la hioscamina y oxibutina, las intervenciones en la mayor parte de los casos de enuresis son de tipo no farmacológico (Gera, Seth y Mathew, 2001). En el caso de los tratamientos psicológicos son tres las técnicas que han sido utilizadas con mayor frecuencia: la de Mowrer en la que una alarma reacciona cuando el niño se moja en las noches, la técnica de retención de Kimmel en la que se entrena al niño para ampliar la capacidad de su vejiga e inhibir las contracciones del detrusor posponiendo la micción y la técnica de Azrin en el que se hace un manejo de contingencias (Azrin, Sneed y Foxx, 1974; Kimmel y Kimmel, 1970; Mowrer y Mowrer, 1938).

La efectividad de los tratamientos conductuales para el manejo de la enuresis ha sido estudiada ampliamente. Aunque los tres generan resultados positivos el tratamiento de Azrin suele ser más eficaz que los otros dos, de la misma manera existen algunas variables

que al parecer influyen de manera positiva en el tratamiento como el espaciamento de las sesiones, probablemente debido a que son los padres los que ejecutan el tratamiento en el escenario real, la administración individual del mismo, una edad menor en que se identifica el problema y el género del paciente, las niñas mejoran más rápido. La presencia de otros problemas conductuales y la gravedad del problema hacen más lenta la mejora (Rosa-Alcazar et al., 1999; Cáceres, 1983).

De la misma manera algunos estudios recientes han demostrado que tratamientos con una mínima intervención profesional pueden ser útiles y de mayor efectividad que la aplicación ortodoxa de los tratamientos convencionales (Nawaz, S., Griffiths, P., y Tappin, D. 2002) . Otros estudios han retomado los elementos de los tratamientos conductuales para desarrollar un tratamiento conocido como de amplio espectro y cuyo éxito también ha sido validado (Houts, Berman y Abramson, 1994).

La popularidad de los tratamientos conductuales se ha incrementado debido a la importancia que ha cobrado recientemente la aplicación de tratamientos empíricamente validados (Chambless y Ollendick, 2001). La inclusión que estos tratamientos conductuales, sobre todo el de Azrin, han tenido en las listas de tratamientos con evidencia que ha publicado en diversos artículos la APA (Woody y Sanders, 1998) y la posibilidad de acceder a manuales estandarizados han facilitado su difusión (Azrin y Besalel 1979, Houts, 1996). Sin embargo a pesar de los datos con que se cuentan, la gran parte del personal relacionado con la salud y muchos padres de familia continúan teniendo información inadecuada sobre el problema y en consecuencia hacen un manejo inapropiado de este. No es extraño que el personal de la salud explique la enuresis a partir de un enfoque psicodinámico y haga referencias a causa internas de la conducta (pulsiones, deseos, etc) como tampoco es extraño en nuestro medio escuchar que los padres explican el problema a partir de concepciones muy arraigadas y tradicionales como decir que se trata de un problema de enfriamiento. Lo anterior solo

podría mencionarse como algo anecdótico, desafortunadamente existen evidencias de que muchos padres tienen información inadecuada, que implica un mal manejo y que puede haber problemas yatrogénicos cuando se tienen estas concepciones erróneas, por ejemplo se ha descubierto que muchos padres esperan el control del esfínter vesical a una edad mucho menor, en un estudio realizado con madres aproximadamente el 50% de ellas esperaba que sus hijos logran en control de la enuresis antes de 16 meses de edad. La enuresis puede ser asociada con facilidad a maltrato infantil, quemaduras, golpes e insultos pueden ser comunes en el manejo de este problema, otros estudios también se han referido al hecho de que muchos padres evitan pedir consejo médico al desconocer que pueden recibir ayuda (Shelov, Gundy, y Weiss, 1981; Sánchez, Reyes, Aguilar-Morales, y otros 2005; Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, y Martínez-Vélez, 2002) .

Una dificultad adicional para atender a que quienes tienen problemas de conducta es que estos a menudo se presentan con otros profesionales médicos y no con el psicólogo (Costello, 1986). Por esa razón en los últimos años se han aumentado los esfuerzos para poner al alcance del médico familiar y sobre todo del pediatra tratamientos conductuales con evidencia empírica en los que se abordan problemas tales como déficit atencional, enuresis, encopresis, dolor y conducta disruptiva (Christophersen y Mortweet, 2001). Al mismo tiempo en este tipo de acercamientos con otros profesionales y la comunidad se hace cada vez más énfasis en la importancia de ser precisos en la información que se proporciona a otros sobre cómo manejar dichos problemas conductuales (Allen y Poloha, 2003) y en la necesidad de generar tecnologías de intervención con un costo bajo y que puedan ser utilizadas aun en ausencia de un profesional (Werner y Sanders, 2000)

Es muy probable que los tratamientos con evidencia empírica puedan funcionar sin la intervención de un profesional. En este estudio nosotros quisimos determinar de manera específica la utilidad de un tratamiento conductual para la enuresis no orgánica proporcionado a través de textos ilustrados y sin la intervención de un profesional.

Método

Participantes

ABV, escolar de sexo femenino con 12 años. Se trabajó con 15 padres de igual número de niños que presentaban enuresis nocturna. 11 se sometieron al tratamiento experimental y 4 fueron asignados como grupo control. En todos los casos se tomó como criterio de inclusión el tener una edad mental y cronológica de entre 5 a 12 años y el que solo presentará la conducta problema únicamente un menor en la familia.

Materiales

Se utilizaron dos textos ilustrados uno que incluía recomendaciones generales sobre cómo prevenir problemas de conducta en niños y otro que contenía el tratamiento de la enuresis. Ambos se pueden descargar en la sección de psicología clínica y de la salud del portal www.conductitlan.net.

Diseño

Se utilizó un Diseño de tipo A-B con el grupo experimental.

Procedimiento

1. Se solicitó a padres de familia de niños con enuresis a que participaran de manera voluntaria en el estudio.
2. A todos los padres con los que se trabajó se les pidió que registraran por una semana la frecuencia de la micción nocturna.

3. Al grupo control se le pidió que continuara con el registro por cuatro semanas más.

4. Al grupo experimental se le solicitó que realizará la lectura en voz alta de los dos textos, posterior a la lectura se le proporcionó la indicación que siguiera las instrucciones leídas. No hubo mayor información adicional por parte de los investigadores.

5. A todos los padres se les solicitó la entrega semanal de los registros correspondientes.

6. Se proporcionó retroalimentación positiva en caso de avances.

Resultados

En la figura 1 se pueden observar el comparativo entre los sujetos que se sometieron a la condición experimental y los sujetos controles y entre la fase A-y B de la condición experimental.

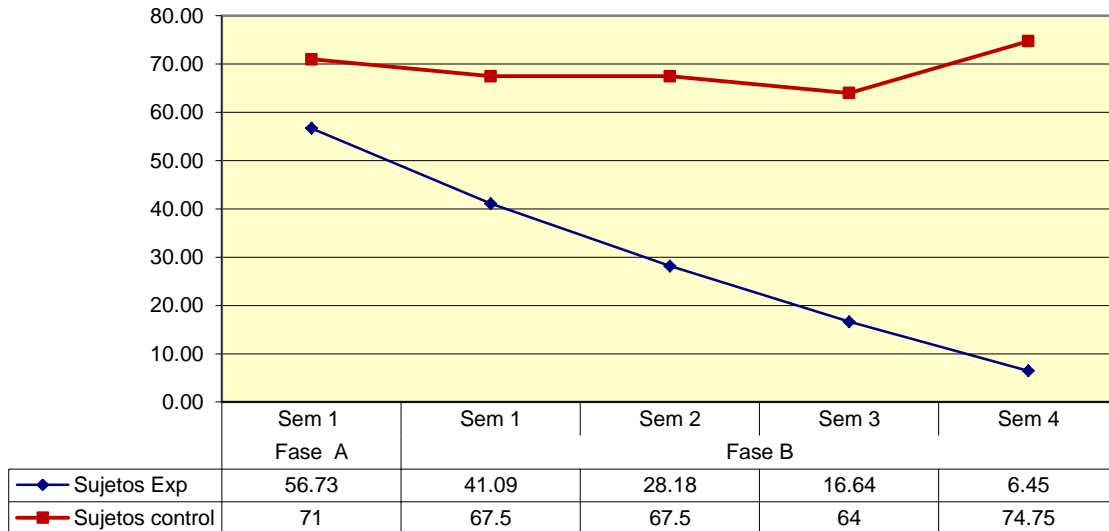
En el estudio también se encontró que en el 81% de los casos el problema de la enuresis se resolvió al cabo de 4 semanas de tratamiento.

Discusión

Los resultados son alentadores para el diseño de otros instructivos que puedan tener un efecto similar en su aplicación. La efectividad de los tratamientos conductuales es muy probable que dependan, como en este caso, de la estructura del tratamiento y no de la relación con el terapeuta.

Dado el aumento de los problemas conductuales entre la población y la carencia de recursos para su atención, así como la ausencia personal capacitado en el manejo de técnicas conductuales, resulta primordial diseñar y evaluar instrumentos tecnológicos que puedan ser utilizados sin la intervención profesional.

Figura 1. Promedio de micción nocturna en sujetos control y experimentales



Existe una gran cantidad de tratamientos con evidencia sobre su utilidad los cuales sin olvidar la importancia de un diagnóstico funcional, deben ser difundidos como materiales de autoayuda para generar una cultura psicológica alternativa, a la todavía concepción metalista de los problemas conductuales.

Se debe estimular el desarrollo y evaluación sistemática de este tipo de aproximaciones no invasivas y económicas para su reproducción masiva.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. USA: APA

- Azrin, N.H., Sneed, T.J. y Foxx, R.M. (1974). Dry bed Training: Rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research & Therapy*, 12, 147-156.
- Azrin, N. H. & Besalel, V. B. (1979). *A parents guide to bedwetting control*. New York: Pocket Books.
- Allen K. y Polaha J. (2003) Bridging the disconnection between applied research and practice: a review of Treatments That Work: empirically supported strategies for managing child behavior problems by Ed Christophersen and Susan Mortweet. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1(36), 141–146
- Baker, B.L (1969) Tratamiento de síntomas y sustitución de síntomas en la enuresis. *Journal of Abnormal Psychology*. 74(1) 42-49

- Cáceres, J. (1993). Tratamiento comunitario de la enuresis. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados*. Madrid: Pirámide. (pp. 173-202)
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N. (2002) Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 44(6), 492-498.
- Costello, E. J. (1986). Primary care pediatrics and child psychopathology: A review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics*, 78, 1044–1051.
- Christophersen, E. R., & Mortweet, S. L. (2001). *Treatments that work: Empirically supported strategies for managing child behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless D.L. y Ollendick (2001) Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology* ,52, 685-716.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B.,McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T.,Williams, D.A., & Woody, S.R. (in press). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Cristoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams,D.A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Gera, T. Seth, A. y MathewJ. (2001) Nocturnal Enuresis In Children. *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology*. 2 (1)
- Houts, A.C., Berman, J.S., y Abramson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745
- Houts, A.C. (1996). Behavioral treatment of enuresis. *The Clinical Psychologist*, 49(1), 5-6.
- Mowrer, O. H., and Mowrer, W. M. (1938)"Enuresis: A Method for Its Study and Treatment." *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- Nawaz, S., Griffiths, P., Tappin, D. (2002) Parent-administered modified dry-bed training for childhood nocturnal enuresis: evidence for superiority over urine-alarm conditioning when delivery factors are controlled. *Behavioral Interventions*, 17(4),247-260
- OMS (1992) *The ICD 10 Classification of Mental and Behavior Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra, Suiza: OMS
- Rosa-Alcazar, A.I., Olivares-Rodríguez, J., Sánchez-Meca, J. (1999) Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España. *Anales de psicología*, 15(2), 157-167
- Sánchez C. N., Reyes G., U. , Aguilar-Morales, J. Méndez M. L. y Canseco, S. Y, (2005) *Enuresis y maltrato infantil*. En prensa.
- Sanderson, W.C., & Woody, S. (1995). Manuals for Empirically Validated Treatments: A Project of the Task Force on Psychological Interventions. *The Clinical Psychologist*,48(4), 7-11.
- Shelov, S. P., Gundy, J., and Weiss, J.C.(1981) Enuresis: A contrast of attitudes of parents and physicians. *Pediatrics*, 67, 707-710.
- Verner, D. y Sanders, D. (1997) *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. USA: Healthwrights.
- Woody, S.R. y Sanderson, W.C. (1998) Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *The Clinical Psychologist*. 51(1) , 17-21.