

UN CASO DE ENURESIS PRIMARIA EN UN NIÑO DIAGNOSTICADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Paz López Herrero

Licenciada en Psicología,
Directora de Gabinete de Psicología Clínica en Melilla
y Funcionaria del Ministerio de Educación y Cultura
(Educación Especial)

RESUMEN

En el trabajo se expone el caso de un alumno de seis años con necesidades educativas especiales que presenta enuresis primaria, tanto diurna como nocturna, de supuesta etiología conductual. El entrenamiento realizado con el niño se basa en el método de condicionamiento operante de Azrin y Foxx (1979). Se cree que este modelo es el más adecuado porque es uno de los que más agradan a los niños (se da mucha importancia al elogio y a la aprobación), introduce pequeños pasos para que la conducta completa de eliminación se vaya asimilando fácilmente y es muy eficaz cuando se usa con poblaciones de deficientes mentales.

Palabras clave: *NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. ENURESIS PRIMARIA. CONDICIONAMIENTO OPERANTE.*

SUMMARY

The article presents a six years old pupil's case with special needs. This child has primary enuresis, nocturnal and diurnal. The etiology is probably behavioural (without evidence of organic pathology). The training made with the child is based on the Azrin and Foxx's instrumental conditioning method.(1979). This method is suitable, because children like it very much (with the method the verbal reinforcement is very important), it introduces small steps with the aim of assimilating the whole behaviour of micturition and it is very effective with mental retarded children.

Key words: SPECIAL NEEDS. PRIMARY ENURESIS. INSTRUMENTAL CONDITIONING.

I.- INTRODUCCIÓN

Enuresis significa incontinencia urinaria. Existen varios tipos de enuresis (Bragado, 1991; Doleys, 1986): a) *Funcional u orgánica*: en relación a la ausencia o presencia de trastornos neurológicos o urológicos. b) *Diurna o nocturna*: dependiendo del momento en el cual se produce (durante el día o la noche). c) *Primaria o secundaria*: sin o con período continente previo de al menos seis meses.

Aunque la definición de enuresis plantea algunas discusiones debido a que se trata de un problema evolutivo que se modifica con la edad, de modo que al nacer todos tenemos incontinencia urinaria, se ha convenido internacionalmente en que se puede comenzar el tratamiento de enuresis diurna a partir de los tres años y medio (Bragado, 1980; Llavona, 1990; Santacreu, 1985). Incluso puede ser necesario que haya que esperar hasta los cinco años en caso de niños retrasados profundos (Azrin y Foxx, 1979). De todas maneras los profesionales clínicos admiten que se puede hablar de enuresis cuando el problema aparece al menos dos veces por semana, en ausencia de patología orgánica y que persiste más allá de los tres o cuatro años de edad (O'Leary y Wilson, 1975; Baller, 1975; Bragado, 1980; Walker, 1978).

Durante las primeros años de la infancia, la micción se produce cuando la vejiga está llena; esto es así porque la contracción del

músculo detrusor no es voluntaria inicialmente. Sin embargo, con el desarrollo se puede lograr inhibir parte de esas contracciones a través del esfínter externo, que sí puede ser controlado a voluntad y cuya función es la de reforzar la acción de retención del esfínter interno (Cáceres, 1987; Doleys, 1977).

Para que un niño controle el reflejo de la micción ha de adquirir una serie de habilidades (Muellner, 1960):

- 1- Ha de poder inducir la micción voluntariamente incluso con presiones de orina baja.
- 2- Inhibir la actividad detrusora con la vejiga llena.
- 3- Transferir el control diurno a las situaciones de sueño.
- 4- Unir las señales situacionales (Ejemplo: ver el W.C.) con las señales internas de comienzo de la secuencia de la micción.

Entre otros muchos factores etiológicos, la enuresis también ha sido descrita desde el modelo conductual como un hábito deficiente que resulta de un aprendizaje incorrecto y de unas contingencias inapropiadas de reforzamiento (Atthowe, 1973; Lovibond y Coote, 1970; Young, 1965a).

En cuanto al tratamiento, se suelen plantear entre otros:

A- Farmacológico: Se parte de que: 1) Los niños con estos trastornos padecen un sueño profundo que les impide despertarse por la noche cuando la vejiga está llena. 2) La vejiga es funcionalmente pequeña y la actividad del detrusor comienza incluso con niveles muy bajos de orina.

Los medicamentos prescritos suelen ser (Cáceres, 1987):

- *Anticolinérgicos:* actúan disminuyendo la irritabilidad de la vejiga y aumentando la resistencia de la uretra y la capacidad de aquella.
- *Compuestos Simpato-miméticos:* por un lado activan al niño haciendo más fácil su despertar y, por otro, contraen los esfínteres vesicales impidiendo la micción involuntaria.
- *Compuestos Tricíclicos Antidepresivos:* que actúan fundamentalmente por sus efectos " anticolinérgicos" que fomentarían una relajación del músculo detrusor.

Sin embargo, la escasa efectividad del uso de drogas ha quedado patente en estudios comparativos con otros tratamientos llevados a cabo (Angulo, 1978; Schaffer, Costello y Hill, 1968; Young, 1965).

B- Conductual: 1) La Técnica de Mowrer o del aparato despertador. Se basa en el modelo de Condicionamiento Clásico a través de un aparato despertador que suena cuando el niño se orina (Bonet y Guiseris, 1991; Graña y Carrobles, 1980; Mowrer y Mowrer, 1938). El sonido de la alarma ante la micción provoca la contracción del esfínter y el despertar del niño; repitiendo este proceso se espera que la distensión de la vejiga quede asociada al despertar y a la inhibición de la orina. 2) *Modelo Orgánico o Método de Retención de Orina de Kimmel.* El objetivo es ampliar la capacidad de la vejiga y que el sujeto aprenda a inhibir las contracciones del detrusor, posponiendo la micción y reforzando al niño por ser capaz de retener (Bollard y Nettelbeck, 1982; Cáceres Carrasco, 1980; Fielding, 1980; Graña y Carrobles, 1980; Houts, Peterson, Whelan, 1986; Llavona, 1990), y 3) *Modelo Operante de Azrin y Foxx.* En este modelo se da una gran importancia a los diversos aspectos sociales que influyen en el control de la micción (Azrin, Sneed y Foxx, 1974; Cáceres Carrasco, 1980). Así se incluyen factores tales como el reforzamiento positivo, el moldeado, el entrenamiento en la discriminación de diversos estímulos internos, la práctica positiva y la autocorrección.

La eficacia de este método ha quedado plenamente demostrada, incluso con poblaciones de deficientes mentales (Azrin, Sneed y Foxx, 1973).

II.- EXPOSICIÓN DEL CASO

Y.A.H. es un niño de seis años diagnosticado con encefalopatía por sufrimiento fetal agudo con posibles secuelas neurológicas (se practicó a la madre una cesárea urgente debido a prolapso de cordón, provocando sufrimiento fetal). Presenta un retraso madurativo acusado, lo cual se refleja en :

A) *Área motora:* sin autonomía para el desplazamiento (da algún paso, pero con ayuda de otra persona, o sujetándose), control postural mesa- silla inestable y con movimientos asociados que le impiden la precisión.

B) *Área preceptivo-cognitiva:* no sabe completar un tablero con tres figuras geométricas, garabatear, agrupar colores, armar rompecabezas, apilar bloques, reconocer diez partes del cuerpo, ni contar.

C) *Área del lenguaje*: la comprensión está menos afectada que la expresión y, así, reconoce personas y objetos cotidianos, identifica acciones y trata de seguir instrucciones sencillas. En cuanto a la expresión, ésta es prácticamente facial, exceptuando la afirmación y la negación, que las realiza con movimientos de cabeza; el aparato buco-fonador está muy afectado, tanto con hipo como con hipertonía, y el babeo es continuo.

Refleja una buena disposición hacia la imitación e intenta reproducir los patrones reeducadores que se le van ofreciendo.

D) *Área Social*: precisa ayuda en aseo - con enuresis y encopresis primarias tanto diurnas como nocturnas-, vestido y alimentación; tampoco saluda, ni sigue reglas, espera su turno o juega con otros. Le cuesta adaptarse al ritmo escolar, se cansa y llora con frecuencia (es la primera vez que se separa de la familia); aunque poco a poco, tras las dos primeras semanas, se va acomodando a las demandas escolares y se va manifestando más motivado.

Por todo ello, es catalogado como alumno de necesidades educativas especiales y está escolarizado en el aula sustitutoria de educación especial del C.E.P. J.C.R. de Melilla.

La profesional, psicólogo y especialista en pedagogía terapéutica, decide comenzar un entrenamiento con el fin de controlar la enuresis primaria y diurna del alumno, dado que Y.A.H presenta: comprensión del lenguaje; imitación e identificación de acciones; edad adecuada para realizar el control de esfínteres (Azrin y Foxx, recomiendan que no se realice antes de los treinta meses (Azrin y Foxx, 1979)), está muy motivado y tiene control consciente de las sensaciones que produce la vejiga: no orina pequeñas cantidades (el pañal se mantiene seco durante 3 ó 4 horas).

Para solventar los problemas motores de Y.A.H., la fisioterapeuta del centro le introduce en el uso del andador y la profesora de pedagogía terapéutica recomienda la utilización del moldeado en tareas como bajarse y subirse la ropa.

El control de esfínteres que se lleva a cabo se basa en el método de condicionamiento operante desarrollado por Azrin y Foxx, recogido en su trabajo de 1979. No se realiza una intervención de la función intestinal dado que la defecación no aparece sin orina y que el aprendizaje de la micción se generaliza posteriormente a la defecación.

Siguiendo tal método, se hace especial hincapié en la capacidad verbal, en la imaginación, la imitación, las instrucciones y las enseñanzas verbales, además de hacerlo también en el aprendizaje por asociación y a través de la recompensa (Azrin y Foxx, 1979).

Se pensó que éste sería el método más adecuado por ser uno de los que más agradan a los niños, habida cuenta de que se basa en el elogio, la aprobación y en la introducción de pequeños pasos para que se vaya asimilando fácilmente la conducta completa de evacuación. La desaprobación, en cambio, queda circunscrita a los "accidentes".

El procedimiento se da por finalizado una vez que el alumno aprendió a eliminar espontáneamente en el orinal y sin necesidad de recordatorios, elogios o ayuda alguna por parte del profesor de pedagogía terapéutica en el colegio o de los padres en casa.

III.- INTERVENCIÓN

A- Familia

Los padres cumplimentan un cuestionario (ver Apéndice) de enuresis (Bonet Camañes, 1991), cuyo fin es obtener mayor información sobre la conducta de micción del niño y descartar las posibles causas orgánicas de aquella.

Asimismo, y en una reunión posterior, se les presenta tanto la técnica de control de esfínteres, como el procedimiento que se debe seguir. Se recomienda a la familia que en casa actúe igual que se hace en el centro educativo. Por tanto, se conviene en la retirada del pañal en casa (a la par que en el colegio) y en el envío de una muda al centro para los casos de "accidente".

B- Colegio

Una vez excluida cualquier patología orgánica se realiza una observación previa de la conducta enurética durante una semana para establecer la línea base, constatando que cada día el niño se orina tras permanecer seco durante 3 ó 4 horas (cuando se le cambia antes de tal lapso de tiempo, el pañal aparece seco).

Se le da al alumno de beber todo cuanto quiere (agua o zumo, bebidas a las que es muy aficionado) con el fin de aumentar sus ganas de orinar.

Posteriormente se evitan todas aquellas distracciones que pueden impedir la asimilación de toda la conducta de eliminación y así se determina que el niño desocupe en el orinal situado en el cuarto de baño próximo al aula.

Se le enseña la conducta completa de evacuación: reconocimiento de las señales corporales, petición del "pis" (señalándose el pantalón y diciendo "pis"), encaminarse al baño, colaboración a la hora de desvestirse y vestirse, evacuación en el orinal, lavarse las manos y volver a su sitio en la clase. Todo ello se lleva a cabo por medio de la utilización de instrucciones muy simples que el profesor de pedagogía terapéutica va proporcionando al alumno y que éste debe seguir. Así, se decide llevar al niño de la mano cuando no responda a una orden; dicha instigación física o guía manual se irá reduciendo progresivamente hasta eliminarse una vez se haya demostrado que se dirige al baño y usa el orinal sin recordatorio alguno.

Se utiliza el aprendizaje a través de la imitación:

1º) Por medio de un muñeco al que el profesor de pedagogía terapéutica da agua y pone posteriormente a hacer pis.

2º) Gracias a otro compañero que se dirige al muñeco mostrándole de nuevo las acciones que debe seguir aquel para eliminar correctamente en el orinal.

3º) Y.A.H. somete al muñeco, mediante guía manual y/o instrucciones a toda la secuencia de la conducta de eliminación.

La motivación del alumno ocupa un lugar preferente en el programa de entrenamiento por lo que se le refuerza con abrazos, elogios del tipo "qué mayor" (tanto en privado como en público delante de los compañeros), actividades extra como: disfrutar de tiempo libre para jugar, ser el ayudante del aula. Estos premios se administran de un modo contingente inmediatamente después de cada acción relacionada con la conducta de hacer "pis" en el orinal. En resumen, se le comunica continuamente la satisfacción al ver cómo va dando cada paso que conforma la micción.

En caso de "accidente" se determina que después del mismo se muestre al niño desaprobación y contrariedad, a la par que se le

exige que se cambie de ropa y que acabe de orinar en el bacín. Todo ello ayuda a fomentar su educación y a incrementar su responsabilidad.

En concreto, con los “accidentes” se actúa del siguiente modo (Graña y Carroble, 1980):

- Se le reprende por haberse mojado
- Se le acompaña hasta el baño para que acabe de orinar
- Se le facilita el entrenamiento en limpieza:
 - Se cambia de ropa
 - Guarda la ropa sucia
 - Limpia la silla
 - Se lava
- Realiza diez ensayos de práctica positiva en utilización del orinal:
 - Se levanta de su silla para ir a evacuar
 - Se dirige al servicio
 - Intenta orinar
 - Vuelve a su sitio

El entrenamiento se desarrolla del siguiente modo:

- Se dedican dos sesiones de 30 min. a la presentación y repetición de enseñar -por medio del muñeco- la secuencia completa de la conducta de eliminación.

- Cada 5 min. se pregunta al alumno si desea ir al baño y se le inspecciona la ropa. Todo ello para infundirle la conducta de aseo personal. Esta frecuencia se va alargando y posteriormente solo se le interroga cuando se dan señales de querer orinar (mano en genitales, ...)

- Las prácticas de la conducta de eliminación se comienzan haciendo cada 15 min.; luego, dicho tiempo se va aumentando conforme el programa avanza.

- En el bacín el niño permanece unos 10 min., lo que facilita el que orine en el lugar adecuado.

IV.- RESULTADOS

- La conducta completa de orinar con indicaciones y guía manual por parte del profesor de pedagogía terapéutica se logra en dos

semanas. Durante tal período, el niño se moja los pantalones en cuatro ocasiones en las que se actúa de acuerdo con las pautas comentadas para los casos de "accidente".

- A lo largo de dos semanas más se continúa observando la conducta de Y.A.H. y se van disminuyendo paulatinamente tanto las inspecciones como las alabanzas por pedir pis y evacuar en el lugar correcto.

- Al mes de haber comenzado la instrucción se considera que Y.A.H. está instruido porque:

A) Pide pis sin que medie ninguna indicación.

B) Se dirige al baño y realiza toda la secuencia relacionada con la eliminación, sin explicaciones ni orientaciones.

- El seguimiento se lleva a cabo durante el resto del curso escolar (8 meses), dándose un solo caso de accidente en una ocasión en la que el niño acude al centro enfermo

- Los padres comunican que en casa el niño les pide que le pongan el pañal, pero que ante su negativa, Y.A.H. acaba realizando la conducta de eliminación igual que en el centro. La familia registra tres accidentes a lo largo del período de entrenamiento (durante las dos primeras semanas), en el que el hijo orinaba con indicaciones y guía manual por parte de los progenitores.

V.- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se cree que la conducta enurética de Y.A.H. se debía a un aprendizaje incorrecto y a unas contingencias de reforzamiento inadecuadas.

El tratamiento conductual basado en el modelo operante de Azrin y Foxx ha demostrado plenamente su eficacia en la intervención realizada con el alumno.

Los resultados fueron muy rápidos ya que:

A.- El niño presentaba adecuada:

- Comprensión del lenguaje
- Imitación e identificación de acciones
- Edad
- Motivación
- Control consciente de las sensaciones de la vejiga

B.- El método comprendía un gran número de factores que aceleraron el aprendizaje:

- Evitación de distracciones
- Aumento de oportunidades de orinar
- Práctica de ir al baño, desvestirse y vestirse (tanto en la fase de entrenamiento como en las sesiones dedicadas a la práctica positiva)
- Aprendizaje por imitación
- Aprendizaje a través de la instrucción
- Orientación manual
- Aumento de la motivación
- División en fases de la conducta de eliminación, lo que fomentó una mayor asimilación de lo enseñado.

APÉNDICE

Cuestionario de Enuresis (Bonet Camañes, 1991):

Características del niño:

- *¿Posee hábitos de limpieza?:* no en cuanto a control de esfínteres se refiere.
- *Responsabilidades básicas:* no
- *Vago, cómodo:* sí, muy consentido y mimado
- *Miedos, fobias, pesadillas:* no
- *¿Tiene conductas inadecuadas y actualmente reforzadas?* sí, con sus rabietas consigue lo que quiere.
- *Abierto, extravertido, seguro o inhibido:* es el menor de una familia de 14 hermanos, acude por vez primera al colegio y al principio muestra rechazo (llantos) al colegio.
- *¿Hay alguna situación especial de estrés, ansiedad?:* ninguna, aparte de la anterior.
- *Espina bífida:* no.
- *Otras complicaciones (infección, cistitis):* no.
- *Desarrollo madurativo general:* encefalopatía por sufrimiento fetal agudo con posibles secuelas neurológicas. Aunque está catalogado como alumno de necesidades educativas especiales, Y.A.H- presenta: comprensión del lenguaje, imitación e identificación de acciones, edad adecuada para realizar el control de esfínteres, buena motivación, control consciente de las sensaciones que produce la vejiga, problemas motores.
- *¿Responde al refuerzo social?:* sí.
- *¿Recibe muchos refuerzos no contingentes a conductas adecuadas?:* sí, sobre todo en relación a la conducta de eliminación.
- *Motivación:* sí.
- *Explicación del problema. Opiniones:* el niño no controla esfínteres por comodidad familiar y sobreprotección.

Características de la respuesta

- *Primaria:* sí.
- *Secundaria, motivos posibles:* no.

- *Esporádica*: no.
- *Continua*: sí.
- *Diurna*: sí
- *Nocturna*: sí
- *Urgencia de micción*: lleva pañal, pero permanece seco entre 3 y 4 horas.
- *Nota la sensación*: sí.
- *Si se le llega a escapar*: se da cuenta y lo manifiesta pidiendo que se le cambie.

Características de los padres

- *Métodos de entrenamiento en limpieza*: ninguno, lo consideran pequeño.
- *Actualmente antes de la micción*: nada
- *Después de la micción*: le cambian

Características del tratamiento

- *¿Quién está por la mañana para controlar el tratamiento?*: la profesora de Pedagogía Terapéutica.
- *Seguimiento exacto de las normas*: sí, tanto por parte de los padres como de la profesional.
- *Duración de la línea base*: una semana.
- *Duración del tratamiento*: un mes
- *Seguimiento*: ocho meses

BIBLIOGRAFÍA

- Angulo Moreno, F.** (1978). Efectos del condicionamiento operante en el tratamiento de la enuresis nocturna. *Análisis y Modificación de Conducta*, 4, 203-213.
- Atthowe, J.M.** (1973). Nocturnal enuresis and behavior therapy: A functional analysis. En Rubin, R.B.; Henderson, J.; Fensterheim, H. y Pullmann, L. (Eds.). *Advances in Behavior Therapy*, 4, Nueva York. Academic Press.
- Azrin, N.H.; Foxx, R. M.** (1979). *El control de esfínteres*. Barcelona. Fontanella.

- Azrin, N.H., Sneed, J.T.; Foxx, R.M.** (1973). Dry bed. A rapid method of eliminating bedwetting of the retarded. *Behavior Research and Therapy*, 11, 427-434
- Azrin, N.H.; Sneed, J.T.; Foxx, R.M.** (1974). Dry bed training: Rapid elimination of childhood enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 12, 147-156.
- Baller, W.R.** (1975). *Bed-wetting: Origins and treatment*. New York. Pergamon Press.
- Bollard, J.; Nettelbeck, T.A.** (1982). A component analysis of dry-bed training for treatment for bed-wetting. *Behavior Research and Therapy*, 20, 383-390.
- Bonet Camañes, T.** (1991). Tratamiento de la enuresis nocturna. En Bonet Camañes, T. *Problemas Psicológicos en la Infancia*. Madrid. Promolibro-Cinteco.
- Bonet Camañes, T.; Guiseris Colás, M.** (1991). Variables predictoras del éxito y fracaso en el tratamiento de enuresis nocturna. En Bonet Camañes, T. *Problemas Psicológicos en la infancia*. Madrid. Promolibro-Cinteco.
- Bragado, M.C.** (1980). Incidencia de la enuresis: un estudio piloto. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35, (5), 883-899.
- Bragado, M.C.** (1991). Control de esfínteres. En Mayor, J. y Labrador, F. *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid, Alhambra Universidad.
- Cáceres Carrasco, J.** (1980). Comparación de la eficacia de dos métodos de tratamiento de la enuresis. *Revista de Psicología General y aplicada*, 35, (4), 597-616.
- Cáceres, J.** (1987). *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. Madrid. Siglo XXI.
- Doleys, D.M.** (1977). Behavioral treatments for nocturnal enuresis in children: a review of recent literature. *Psychological Bulletin*, 84, 30-54.
- Doleys, D.M.** (1986). Enuresis y encopresis. En Ollendick, T.H.; Hersen, M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona. Martínez Roca.
- Fielding, D.** (1980). The response of day and night wetting children who wet only at night to retention control training and the enuresis alarm. *Behavior Research and Therapy*, 18, 305-317.
- Graña, J.L.; Carrobles, J.A.** (1980). Enuresis y desarrollo de la capacidad funcional de la vejiga: estudio comparativo con tres tratamientos conductuales. *Estudios de Psicología*, 3, 29-40.
- Houts, A.C.; Peterson, J.K. y Whelan.** (1986). Prevention of relapse in full spectrum home training for primary enuresis: a component analysis. *Behavior Therapy*, 17, 462-469.
- Lovibond, S.H. y Coote, M.A.** (1970). Enuresis. En Castelo, C.G. (Ed.). *Symptoms of Psychopathology*. Nueva York. Wiley.

- Llavona, I.** (1990). Tratamiento de un caso de enuresis primaria. En Méndez, F. y Maciá, D. *Modificación de Conducta con Niños y Adolescentes*. Madrid . Pirámide.
- Mowrer, O.G. y Mowrer, W.M.** (1938). Enuresis. A method of its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- Muellner, S.R.** (1960). Development of urinary control in children: A new concept in cause, prevention and treatment of primary enuresis. *Journal of urology*, 84, 714-716.
- O'Leary, K.D.; Wilson, T.G.** (1975). *Behavior Therapy, application and outcome*. Prentice Hall.
- Santacreu, J.** (1985). Enuresis: Evaluación y Tratamiento. En Carrobes, J.A. *Análisis y Modificación de Conducta II*. Madrid. UNED.
- Schaffer, D; Costello, A.J. y Hill, I.D.** (1968). Control of enuresis with imipramine . *Archives of disease in childhood*, 43, 665-671.
- Walker, E.C.** (1978). Toilet training: enuresis, encopresis. En Magrab, R.P.(Ed.). *Psychological Management of Pediatric Problems, I*, Baltimore University. Park Press.
- Young, G.C.** (1965). The aetiology of enuresis in terms of learning theory. *The Medical Officer*, enero, 19-23 (a).

