

■ Intervención conductual en un caso de enuresis secundaria mixta

María T. González

Universidad Miguel Hernández

Resumen

La enuresis es un trastorno de la eliminación con una frecuencia alta entre los problemas infantiles. Aunque en algunos casos se produce la remisión espontánea del problema, a veces es necesaria la intervención psicológica. El presente trabajo tuvo como objetivo el estudio de un modelo de tratamiento conductual en un caso de enuresis mixta secundaria en una niña de seis años de edad. El caso fue tratado mediante reforzamiento positivo y el método de la alarma, incorporando además sobreaprendizaje y economía de fichas. El diseño experimental del estudio de caso fue A-B. Los resultados mostraron que el sujeto logró eliminar la conducta enurética diurna y reducir las emisiones de orina en la cama a una o ninguna por noche.

Palabras clave: Enuresis secundaria, tratamiento, alarma, terapia de conducta

Abstract

Enuresis is a disorder with a high frequency phase between childhood problems. Although in some cases there is spontaneous remission of the problem, it is sometimes necessary psychological intervention. The present work aims to study a behavioral treatment model in a case of mixed secondary enuresis in a six year old. The case was treated by positive reinforcement and the alarm method, also incorporating overlearning and token economy. The experimental design of the case study was A-B. The results showed that the subject was able to eliminate daytime enuretic behavior and to reduce bedwetting emissions to one or any night.

Keywords: Secondary enuresis, treatment, alarm, behavior therapy

La enuresis es un trastorno común entre la población infantil. Desde el punto de vista clínico la enuresis se define como la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o ambos momentos, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (entre los cuatro y los cinco años), sin existir indicios de patología orgánica (Bragado, 2009). Aunque la enuresis en sí es una patología benigna con una alta tasa de remisión espontánea, puede ocasionar estigmas emocionales y sociales, tanto a los menores que la padecen como a sus familiares. Los niños con enuresis pueden sufrir burlas de sus hermanos y desaprobación por parte de los padres, así como presentar alto riesgo de abuso emocional y físico (Glazener, Evans, y Peto, 2008).

La prevalencia de la enuresis mixta es difícil de estimar, ya que en muchos estudios no se define con claridad si este tipo de enuresis se refiere a la presencia conjunta de enuresis diurna y nocturna o a la existencia de enuresis nocturna acompañada de síntomas miccionales diurnos sin escapes de orina (Bragado, 2009). En la población española se estima que 53 niños de cada 1,000 que acuden a las consultas de pediatría sufren enuresis (Úbeda, Martínez, y Díez, 2005). La enuresis diurna y nocturna secundaria son menos prevalentes que la primaria y se diagnostican más en las mujeres que en los varones. En cuanto a la prevalencia de la enuresis mixta, no existen diferencias de género (Néveus et al., 2000).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) establece los siguientes criterios diagnósticos:

a. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea involuntaria o intencionada).

b. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante 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).

d. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

La enuresis se clasifica en función de diferentes variables, como la historia enurética del niño, la organicidad, la frecuencia y el momento del día en que se produce el episodio (véase la Tabla 1). Es conveniente indicar el tipo de enuresis al que nos referimos. El DSM-IV-TR (2002) indica que la enuresis puede ser voluntaria o intencional. Se podría entonces afirmar que, en el primer caso, el niño no padece un problema de eliminación, ya que puede orinar cuando y donde quiera, mientras que en el segundo caso no puede controlar la micción. En general, se aceptan tres formas básicas de enuresis: enuresis nocturna, enuresis diurna y enuresis mixta (coexistencia de las dos anteriores). A su vez, la enuresis nocturna y la diurna pueden ser de tipo primario, si el problema persiste desde el nacimiento, o secundario, si aparece después de un periodo de continencia urinaria establecida o tras un periodo de control vesical adecuado.

Las intervenciones conductuales incluyen variedad de métodos, como los sistemas de recompensas y el sobreacondicionamiento, que puede iniciarse después de un tratamiento de

Tabla 1. Clasificación de la enuresis

Conceptual	Funcional	Micción involuntaria de carácter funcional.
	Orgánica	Micción involuntaria relacionada con alteraciones urológicas o neurológicas.
Duración	Primaria	Micción involuntaria, continua y persistente desde el nacimiento.
	Secundaria	Micción involuntaria, continua y persistente tras un periodo de control vesical adecuado.
Frecuencia	Regular	Micción involuntaria en episodios habituales.
	Esporádica	Micción involuntaria en episodios esporádicos.
Momento de ocurrencia	Diurna	Micción involuntaria durante las horas de vigilia.
	Nocturna	Micción involuntaria durante la fase de sueño.
	Mixta	Micción involuntaria durante el día y/o la noche.

Nota. Adaptada de Ortigosa, J. M. (2006). *Tratamiento psicológico de un caso de enuresis primaria*. En F. X. Méndez, J. P. Espada, y M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 285-298). Madrid: Pirámide.

alarma exitoso (Glazener y Evans, 2004). Las alarmas de enuresis constan de algún tipo de alarma que se activa por la micción. Están destinadas a cambiar el significado de la sensación de vejiga llena, de una señal para orinar a otra para inhibir la micción y despertar (Mowrer y Mowrer, 1938). Comparando los resultados logrados con la alarma con los obtenidos por otros tratamientos, puede afirmarse que la alarma funciona significativamente mejor que otros procedimientos conductuales que no incluyen alarma (Butler y Gasson, 2005; Glazener et al., 2008). La tasa de eficacia se sitúa por encima del 60 por 100, con un rango que oscila entre el 61 y el 78 por 100 de los casos tratados.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la intervención conductual realizada en un caso de enuresis mixta y corroborar la efectividad de la terapia de conducta para conseguir el control vesical junto con el método de la alarma para el tratamiento de la enuresis nocturna.

Descripción del caso

Identificación del paciente

C. es una niña de 6 años escolarizada en primer curso de primaria. Es la pequeña de dos hermanas (hermana de ocho años). Según la entrevista con la madre, la niña presenta un rendimiento académico aceptable y una adecuada relación con sus compañeros, no detectando rechazo por parte del resto de la clase. La madre le define como una niña muy dócil e integrada en el ambiente escolar y familiar. La niña se muestra consciente de su problema y con ganas de solucionarlo, porque comprende que la enuresis le dificulta realizar ciertas actividades, como "ir de excursión" o "dormir fuera de casa". Entre sus aficiones destacan leer cuentos y ver películas y/o dibujos animados, así como dibujar e ir al cine.

Con respecto a los progenitores, el padre tiene 39 años y se muestra muy poco participativo y colaborador con la terapia, a diferencia de la madre, de 36 años, que se encuentra totalmente implicada en el tratamiento.

Motivo de consulta

C. acude a consulta acompañada de su madre porque presenta déficit en el control de esfínteres desde hace seis meses, tanto por el día como por la noche, habiéndose detectado periodos significativos de control vesical.

Historia del problema

Según informa la madre, C. consiguió el control diurno completo de los esfínteres hacia los 5 años; en cuanto al control nocturno, lo logró durante unos meses seguidos. Asegura que desde pequeña se le enseñaron los hábitos de higiene y, aunque tras un tiempo de control éste desapareció, con el paso del tiempo han dejado de inquietarse por esta cuestión, esperando a que remita por sí sola. Existen antecedentes de enuresis funcional nocturna por parte de la madre, motivo por el que no le da excesiva importancia, ya que asegura que a ella se le fue espontáneamente con el paso de los años. Por su parte, la hermana alcanzó el control completo de los esfínteres alrededor de los cuatro años, pero no han tenido el mismo éxito

con C., a pesar de haber utilizado las mismas estrategias con ambas. C. nunca ha recibido tratamiento psicológico o farmacológico, pero la madre ha empezado a considerar la necesidad del mismo.

Evaluación del caso

La evaluación se inició con una entrevista a la madre ad hoc basada en Bragado (2009). Dicha entrevista indaga diferentes aspectos: análisis de la conducta enurética y otras conductas implicadas en la adquisición del control de esfínteres, historia familiar de enuresis, frecuencia y momento de ocurrencia, entorno familiar y actitudes frente a la enuresis, tratamientos anteriores y métodos empleados para manejar el problema, condiciones de hábitat y factores motivacionales. A la madre se le solicitó información sobre el desarrollo evolutivo de C. sin hallar datos de interés o antecedentes que condujeran a sospechar acerca de la presencia de problemas de orden físico. Por su parte, la entrevista con C. se centró en averiguar su actitud, preocupación y conocimiento acerca de su problema, así como el grado de motivación para afrontar el tratamiento. A su vez, se le administró un inventario de reforzadores, que más tarde sería utilizado para el adecuado manejo de contingencias.

Se solicitó a la madre que durante una semana anotase en dos registros, uno para la conducta enurética diurna y otro para la nocturna, la frecuencia de los episodios, a fin de obtener la línea base. Se instruyó a la madre para que, en el supuesto de que su hija mojara la ropa o la cama, indicase con los términos grande/excesivo, mediana/normal o pequeña/un poco el tamaño de la mancha de orina. En el registro para los episodios diurnos (véase la Figura 1), además del día, hora y lugar del episodio y la cantidad de orina, también se anotó la actitud de los padres, la hermana y la propia niña frente a cada escape. Por su parte, en el registro de los episodios nocturnos (véase la Figura 2), se registró la frecuencia, el despertar espontáneo ante la necesidad de orinar o por cualquier otro motivo y el volumen de orina evacuado. Además, se le proporcionaron a la madre una serie de instrucciones a seguir durante el tiempo de registro.

Análisis topográfico

Además de los datos proporcionados por C. y su madre, tanto a través de la entrevista con la madre como con la niña, comenzamos la construcción de la línea base. A esta información general se añadió la frecuencia de la conducta enurética diurna y nocturna a través de la cumplimentación de los registros. Tras una semana de registro se pudo comprobar la frecuencia de la conducta enurética.

Análisis funcional

La enuresis que padece C. se explica por un déficit en el aprendizaje del control de esfínteres, ya que la actitud de los padres ha sido la indiferencia ante el problema. Esta situación ha supuesto el retraso en la maduración de la vejiga de la niña para el control nocturno de la micción, ya que no ha recibido el entrenamiento adecuado. Además la niña presenta un nivel muy elevado de arousal para despertar. Una vez asumido el problema como parte de la vida cotidiana de la familia,

Figura 1. Hoja de registro de episodios enuréticos diurnos

Fecha	Hora y lugar	CANTIDAD <i>Un poco</i> <i>Normal</i> <i>Excesivo</i>	¿QUÉ HACEN O DICEN? <i>Papás</i> <i>Hermanos</i> <i>Otros</i>	¿QUÉ HACE O DICE LA NIÑA?

Figura 2. Registro de despertar, noches mojadas y episodios de enuresis (línea base)

Fecha	¿Se despertó para ir al baño a orinar? SI-NO ¿A qué hora?	¿Se despertó después de hacerse pis, al notarse mojado? SI-NO ¿A qué hora?	¿Se despertó por otra razón? ¿Qué razón? HORA	¿Se ha hecho pis? SÍ- NO	¿Cuándo se ha hecho la inspección? 1-3h después de acostarse 3-6h después de acostarse 6-9h después de acostarse	Tamaño de la mancha P: pequeña M: mediana G: grande

la madre muestra su indiferencia ante los episodios enuréticos diurnos y ha solucionado los episodios enuréticos nocturnos mediante el uso del pañal.

El antecedente enurético de la madre genera la creencia de que el problema de su hija remitirá con el tiempo de manera espontánea. La actitud de los padres destaca por la ausencia de castigos asociados a los episodios enuréticos, siendo la extinción la contingencia característica que contribuye a mantener el problema en el tiempo. Tras la evaluación del caso, no se observa ninguna consecuencia que afecte al ámbito familiar, escolar o social de la niña, más que la vergüenza que le produce el problema.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento que se eligió para ambos problemas (enuresis diurna y nocturna) fue la terapia conductual. A la niña, junto con la madre, se le explicó el tipo de tratamiento que iba a recibir, así como las ventajas e inconvenientes que podía tener y, después de la explicación, la madre firmó un "consentimiento informado" en el que afirmaba que la terapeuta le había presentado el tratamiento que iba recibir su hija y con el que estaba de acuerdo.

El programa de tratamiento incluyó los siguientes componentes: psico-educación (incluye información acerca de la enuresis, la importancia de las pautas de higiene y en qué consiste el método de alarma), aplicación del tratamiento y seguimiento. La psico-educación se ofreció en las dos primeras sesiones de tratamiento. En la primera sesión se les informó sobre la enuresis. Se le explicó a la madre los diferentes motivos que pueden desencadenarla y/o mantenerla, así como las consecuencias que puede tener la misma sobre la niña.

En primer lugar se motivó a la niña a adoptar un papel activo en la intervención, haciendo especial hincapié en la importancia de su participación y su parte de responsabilidad. A la madre se le otorgó el rol de coterapeuta, recalcándole la importancia en el manejo de contingencias. Se le explicaron a la niña las principales características psicofisiológicas de la micción y el motivo de su trastorno utilizando el apoyo visual de un dibujo de la vejiga y con un lenguaje sencillo y adecuado a su edad.

Para la enuresis diurna se empleó un diseño de caso único A-B con un momento de medida para la línea base y un seguimiento a cuatro meses que se inició tras alcanzar el criterio de éxito terapéutico, objetivo que se estableció en dos semanas consecutivas de ropa seca.

A continuación se procedió a enseñar los componentes de la intervención para el tratamiento de la enuresis diurna: entrenamiento en limpieza y manejo de contingencias. Se le pidió a la niña que siempre que mojara la ropa tendría que cambiarse y llevar todas las prendas mojadas al cesto de la ropa sucia o, en su defecto, las guardaría en una bolsa habilitada para ello. Además, se instruyó a la madre en el manejo de contingencias. Se le formó en la aplicación de la extinción para los casos en los que la niña presentase un episodio enurético y el reforzamiento ante la ausencia de conductas enuréticas. De acuerdo con ambas partes (madre y niña) se elaboró un contrato de contingencias en el que se incluyó un programa de refuerzo material y de actividad en el marco de una economía de fichas. De este modo, cada día que pasaba sin presentar conducta enu-

rética alguna, la niña obtenía una ficha que canjeaba al finalizar la semana. Cuanto mayor número de fichas conseguía a lo largo de la semana (hasta siete) más reforzante era el premio que obtenía. Durante las dos primeras semanas, las recompensas fueron que la madre le leyera un cuento antes de irse a dormir (una ficha), cocinar gelatina con la madre (dos fichas), jugar a las cartas (tres fichas), ir al cine (cuatro fichas), comprar un sobre de pegatinas (cinco fichas), comprar un álbum de pegatinas (seis fichas), obtener al mismo tiempo el sobre de pegatinas y el álbum (siete fichas). La segunda semana la niña consiguió el álbum de pegatinas, por lo que se modificaron las contingencias, obteniendo dos sobres de pegatinas (seis fichas) y tres sobres (siete fichas).

Tras alcanzar el éxito terapéutico en el tratamiento de la enuresis diurna (tras dos semanas consecutivas sin mostrar conducta enurética alguna), se procedió a iniciar el tratamiento de la enuresis nocturna. En primer lugar, igual que en el caso de la enuresis diurna, se procedió a enseñar paso a paso cada uno de los componentes de la intervención: método de alarma, práctica positiva, entrenamiento en limpieza y manejo de contingencias.

En primer lugar se les explicó el funcionamiento del aparato de alarma. Para el presente caso se utilizó el modelo Pipi-Stop®, que consta de un detector con sensor que se fija al cuerpo de la niña. Un pequeño altavoz, situado mediante un enganche en el pijama, sirve de aviso ante el inicio del episodio enurético.

Debido a que el sistema de alarma funciona con pilas, se advirtió a la madre de la importancia de comprobar el correcto funcionamiento del aparato antes de acostarse, así como proveerse de pilas ante cualquier incidente por su incorrecto funcionamiento. Se instruyó a la niña para que todas las noches, antes de dormir, realizara el ejercicio de práctica positiva. Además, se le pidió que siempre que mojase la cama tendría que cambiar las sábanas y llevar todas las prendas mojadas al cesto de la ropa sucia. A continuación debería aplicar la práctica positiva, colocarse de nuevo el aparato y acostarse. Por último, se instruyó a la madre en el manejo de contingencias, tal y como se había efectuado anteriormente en el tratamiento de la enuresis diurna, elaborando de nuevo un contrato de contingencias en el que se incluyó un programa de refuerzo material y de actividad en el marco de una economía de fichas. De este modo, cada vez que la niña dormía con la alarma, realizaba la práctica positiva y llevaba a cabo el entrenamiento en limpieza obtenía fichas que canjeaba al final de la semana por diferentes reforzadores jerarquizados según el número de fichas obtenidas. Los reforzadores se modificaron periódicamente para evitar la saciedad. Durante la primera semana, las recompensas consistieron en leer un cuento nuevo (de una a diez fichas), hacer gelatina con la madre (de diez a veinte fichas), elegir una película para ver durante el fin de semana (de treinta a cuarenta fichas), dos sobres de pegatinas (de treinta a cuarenta fichas) y tres sobres de pegatinas (más de cuarenta fichas). A las tres semanas de tratamiento se modificó la economía, introduciendo la posibilidad de obtener más fichas si conseguía despertarse ella sola con el sonido de la alarma, condición que aún no se había producido y se incluyó un sobre extra de pegatinas si conseguía mantener la frecuencia enurética en dos o menos episodios por noche. Una semana más tarde y teniendo en cuenta que a la niña le motivaban los sobres de pegatinas, se volvieron a modificar las contingencias, conside-

rando que podía obtener un mínimo de 21 fichas semanales y hasta un máximo de 29. Por tanto, si mantenía la frecuencia en dos o menos escapes nocturnos obtenía un sobre de pegatinas, al que se podía sumar otro más por cada noche que se despertara ella sola con la alarma y dos sobres más por cada noche que permaneciera seca. Cuatro semanas más tarde, se introdujo una nueva condición en la economía para asegurarnos de que la niña estaba realmente despierta cuando se levantaba al baño, ya que seguía sin despertarse con el sonido de la alarma. Esta nueva condición consistió en apagar la alarma en un tiempo máximo de 10 segundos (contados en voz alta por la madre). Además, las contingencias también fueron modificadas, de modo que, si durante toda la semana se cumplían todas las condiciones (dormir con la alarma, práctica positiva antes de acostarse, limpieza, dos o menos episodios enuréticos nocturnos y apagar la alarma antes de 10 segundos), obtenía un juguete (zoodle). Además, por cada noche seca obtenía un reforzador extra (un ticket para una atracción de la feria).

Resultados

En la Figura 3 se muestra la gráfica con la evolución del tratamiento de la enuresis diurna según la frecuencia diaria de episodios enuréticos. Tras una línea base en la que la niña presentaba tres episodios enuréticos diarios, el inicio del tratamiento produjo una mejoría. Sin embargo, no fue hasta la séptima semana cuando C. logró quince días consecutivos de ropa seca, situación que se mantuvo durante el tratamiento de la enuresis nocturna (seguimiento a tres meses).

En la Figura 4 se representan los resultados obtenidos en las 12 semanas de tratamiento de la enuresis nocturna. La línea base muestra una frecuencia enurética de 21 episodios noc-

turnos. Al igual que ocurrió con el tratamiento de la enuresis diurna, el inicio del tratamiento con la alarma produjo mejoría desde la primera semana, acrecentándose transcurridas tres semanas. No obstante, y debido a una interrupción del tratamiento durante dos semanas, cuando éste se volvió a retomar (cuarta semana) la frecuencia enurética se vio incrementada nuevamente, con una nueva mejoría a la semana de haber retomado el tratamiento.

Discusión

La incontinencia urinaria es uno de los motivos de consulta más frecuente en psicología clínica infantil. Para superar el problema, a veces es suficiente con cambiar pequeños hábitos para lograr la micción periódica (Wiener et al., 2000), pero su naturaleza relativamente benigna retrasa y dificulta su tratamiento, al ser menospreciada por el ambiente que rodea al niño.

En el presente caso el tratamiento de la enuresis diurna tuvo eficacia en un periodo relativamente corto de tiempo, teniendo en cuenta que a las seis semanas desaparecieron por completo los escapes. En cuanto a la enuresis nocturna, se dieron las circunstancias adecuadas para lograr el éxito terapéutico con el uso del aparato de alarma según los criterios recopilados por Butler y Holland (2000): 1) el niño está motivado para solucionar la enuresis; 2) no presenta problemas de conducta; 3) el problema de micción involuntaria no está asociado a la enuresis diurna; 4) no hay disarmonía entre miembros de la familia; 5) los padres no emplean el castigo para solucionar la enuresis; 6) no hay precedentes de fracaso con el uso del aparato de la alarma. Aún presentando estas condiciones, la niña no consiguió despertarse en las 12 semanas de tratamiento con

Figura 3. Representación gráfica de los resultados del tratamiento de la enuresis diurna según la frecuencia semanal de episodios enuréticos

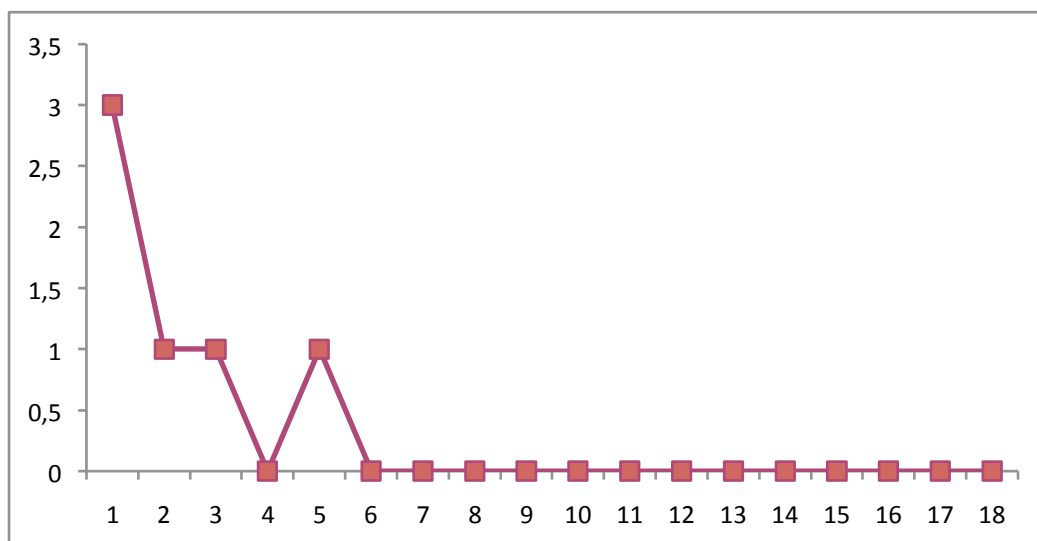
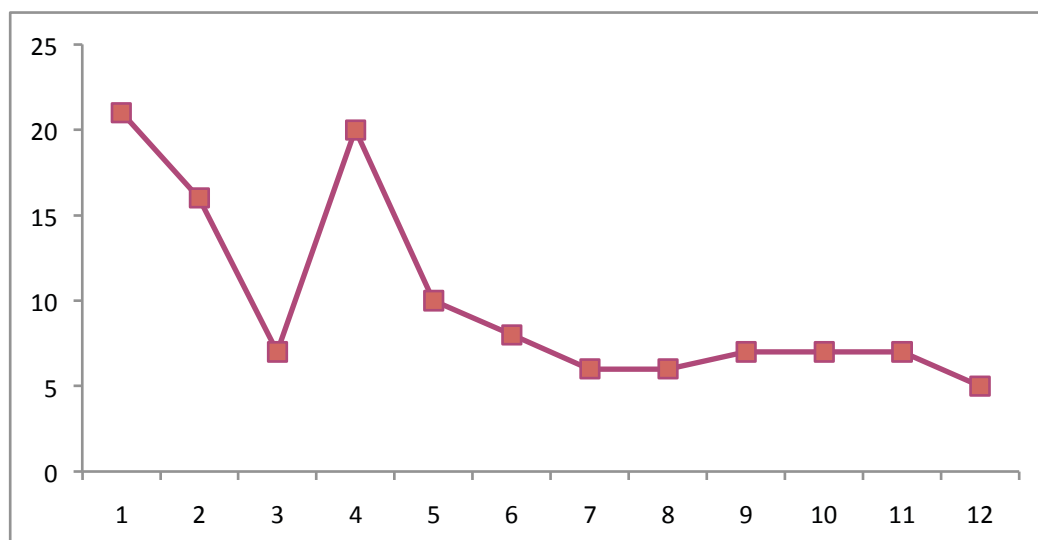


Figura 4. Representación gráfica de los resultados del tratamiento de la enuresis nocturna según la frecuencia semanal de camas húmedas



el sonido de la alarma debido a lo profundo de su sueño, hecho que pudo condicionar la efectividad del tratamiento. A su vez, los efectos de la terapia también pudieron estar condicionados por algunas de las incidencias que se produjeron con el aparato, puesto que dejó de funcionar a las tres semanas, lo que produjo una interrupción del tratamiento de dos semanas. Además, producía ocasionalmente falsos positivos (sonando mientras la niña permanecía seca) y falsos negativos (no sonando mientras la niña había tenido un escape).

Entre las diferentes dificultades encontradas, el elevado nivel de estimulación que precisaba C. para despertar es uno de los aspectos más relevantes del análisis funcional que condicionaron los resultados. La estrategia que se llevó a cabo para superar esta dificultad fue el uso y desvanecimiento de instigadores por parte de la madre a la hora de despertar a la niña. Durante la primera semana de tratamiento, la madre no despertaba a la niña, sino que directamente era ella quien le llevaba hasta el baño para que terminara de orinar si era necesario y proceder al cambio de ropa. Tras conocer este hecho y hacerle entender el adecuado procedimiento, se empleó un desvanecimiento progresivo de los instigadores para despertar a la niña. Éste consistió en primer lugar en despertar a la niña sacudiéndole y diciendo su nombre. Una semana después la intensidad de la sacudida para despertar a C. se redujo y se mantuvo el pronunciar su nombre, para posteriormente despertar a la niña sólo tocándole. En el momento actual la madre despierta a la niña únicamente poniendo su mano el cuerpo de su hija. Cuando se haya logrado el despertar a través de este medio, se procederá únicamente a susurrar su nombre, para finalmente eliminar cualquier instigador y que la niña se despierte únicamente con el sonido de la alarma.

Otra de las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo el tratamiento fue la resistencia del padre a colaborar en la terapia. A pesar de no existir una falta de armonía entre la niña y su padre e incluso entre ambos progenitores, la figura paterna no participó en el tratamiento e incluso en algún momento,

de acuerdo con las declaraciones de la madre, pudo entorpecer el desarrollo del mismo al no reforzar de manera positiva los logros de la niña y manifestar desacuerdo con la terapia. A pesar de haberse dado las circunstancias adecuadas para lograr el éxito terapéutico (Butler y Holland, 2000) y habiendo puesto en marcha diferentes estrategias para solventar las dificultades encontradas, éste no se produjo en cuanto a cama seca se refiere, ya que después de 12 semanas se seguían produciendo escapes nocturnos. No obstante, la alarma sí resultó eficaz al reducir de manera considerable el número de episodios nocturnos e incluso lograr la retención cuatro noches (no consecutivas) y conseguir el despertar espontáneo de la niña para ir al baño una noche.

Es necesario tener en cuenta que el tratamiento de la enuresis nocturna no se da por finalizado, sino que se seguirá trabajando para conseguir reducir a cero las emisiones de orina en la cama. Para ello, se tendrán en cuenta algunos aspectos pendientes de tratar, como la eliminación de cualquier tipo de instigador para conseguir el despertar a través del sonido de la alarma y lograr la colaboración del padre o, al menos, la no interferencia en el tratamiento a través de la mediación de la madre.

En general, y a pesar de la continuidad del tratamiento, éste se ha mostrado eficaz para la reducción de las emisiones nocturnas, por lo que se confirma la eficacia del método de la alarma junto con el tratamiento conductual que logró, por sí sólo, eliminar el problema de la enuresis diurna.

Artículo recibido: 19/09/2013

Aceptado: 7/10/2013

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington: Author.
- Bragado, C. (2009). *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Butler, R. J., y Gasson, S. L. (2005). Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39, 501-509.
- Butler, R. J., y Holland, P. (2000). The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34, 270-277.
- Glazener, C. M. A., y Evans, J. H. C. (2004). Simple behavioral and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C., y Peto, R. E. (2008). Intervenciones con alarmas para la enuresis nocturna en niños. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2.
- Mowrer, O. H., y Mowrer, W. M. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- Néveus, T., Läckgren, G., Tuvemo, T., Hetta, J., Hjalmas, K., y Stenberg, A. (2000). Enuresis. Background and treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 206, 1-44.
- Ortigosa, J. M. (2006). Tratamiento psicológico de un caso de enuresis primaria. En F. X. Méndez, J. P. Espada, y M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 285-298). Madrid: Pirámide.
- Úbeda, M., Martínez, R., y Díez, J. (2005). Guía de práctica clínica: enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3, 1-150.
- Wiener, J. S., Scales, M. T., Hampton, J., King, L. R., Surwit, R., y Edwards, C. L. (2000). Long-term efficacy of simple behavioral therapy for daytime wetting in children. *Journal of Urology*, 164, 786-790.