

ESTUDIO DE CASOS

Tratamiento de un caso de enuresis nocturna monosintomática con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva.

Treatment of monosymptomatic nocturnal enuresis with urine alarm, overlearning and positive practice. A case study

CARMEN BRAGADO ALVAREZ *

RESUMEN

El presente estudio describe el procedimiento utilizado en un caso de enuresis nocturna monosintomática, diagnosticado también con espina bífida oculta. El niño, un varón de 7 años, fue tratado con un programa conductual integrado por tres componentes fundamentales: alarma ante la orina, sobreaprendizaje y práctica positiva. Todos los intentos de los padres por corregir el problema (premiar las noches secas, despertarlo para orinar y limitar la ingestión de líquidos) habían resultado infructuosos. Los resultados obtenidos demuestran una vez más que el método de la alarma, sólo o en combinación con otras técnicas como se ha empleado aquí, es el tratamiento de elección para curar la enuresis monosintomática de forma definitiva.

ABSTRACT

This study describes the procedure used with a monosymptomatic nocturnal enuretic child, also diagnosed with occult spina bifida. The

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid.

AGRADECIMIENTOS: Deseo expresar mi más sincera gratitud a la madre, sin cuya colaboración, constancia y confianza no hubiera sido posible obtener ningún resultado. Igualmente agradezco a Lucila Andrés la lectura del manuscrito y sus sugerencias y comentarios. Por último, agradezco a Francisco Becerril su ayuda en la ejecución de los gráficos.

child, a male 7 years old, was treated with a behavioral program consisting of three major components: urine alarm, overlearning and positive practice. All previous parents' attempts to manage enuresis [rewarding dry nights, awakening child to urinate, and limiting fluids' intake] were unsuccessful. Results showed again that the urine alarm method, alone or with additional techniques, like it was employed here, is the treatment of choice to cure definitively monosymptomatic enuresis.

PALABRAS CLAVE

Enuresis nocturna monosintomática, espina bífida oculta, alarma-sobreaprendizaje y práctica positiva.

KEY WORDS

Monosymptomatic nocturnal enuresis, occult spina bifida, alarm-over-learning-positive practice.

INTRODUCCIÓN

La enuresis nocturna (EN) es un problema relativamente común en la población infantil. Según el estudio efectuado por la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria (1996) con una muestra aleatoria de 29.793 niños, reclutados en unidades de pediatría extrahospitalaria de toda España, la prevalencia general de la EN en nuestro país parece situarse alrededor del 10,6%. Como en otros estudios epidemiológicos (ver Bragado, 1999), en éste se encontró que la enuresis nocturna era más frecuente en varones que en mujeres (13% versus 9%) y que el tipo primario predominaba sobre el secundario (77% versus 23%), constatando una vez más un incremento de la prevalencia entre los niños con antecedentes familiares de enuresis en comparación con los que no los tenían (51,6% y 6,7%, respectivamente).

Aunque es habitual diferenciar entre enuresis nocturna *primaria* y *secundaria*, actualmente se reconoce que esta distinción tiene un escaso valor pronóstico, dado que ambos tipos de enuréticos responden por igual a los tratamientos al uso (Houts, Berman y Abramson, 1994). En relación al pronóstico

terapéutico parece mucho más útil distinguir entre enuresis *simple o monosintomática* y *enuresis complicada o polisintomática*, una clasificación que ha conseguido imponerse en los textos especializados de los últimos años. La primera acepción se emplea para designar la enuresis nocturna que no se acompaña de síntomas miccionales diurnos (urgencia, frecuencia, disuria, infecciones urinarias, etc.) y la segunda, denominada por algunos "síndrome enurético", para resaltar la concurrencia de alguno de estos síntomas. Los enuréticos incluidos en este último grupo pueden presentar también enuresis diurna.

Respecto a la etiología y de acuerdo con el estado actual de la investigación, se puede afirmar que en la génesis de la enuresis nocturna monosintomática intervienen múltiples causas que incluyen, entre otros, los siguientes factores: cierta predisposición genética, una alteración más o menos grave de los mecanismos neurofisiológicos responsables del despertar ante el estímulo de plenitud vesical, la presencia de poliuria nocturna (ocasionada por una secreción insuficiente de la hormona antidiurética en el horario nocturno) y una capacidad vesical reducida (al menos

durante el sueño). Sin desestimar las causas anteriores, la Terapia de Conducta sostiene que la EN es consecuencia de un fallo de aprendizaje. La continencia urinaria implica que el niño ha aprendido a dominar ciertas habilidades requisito, a saber: reconoce las señales fisiológicas de distensión vesical (es consciente de la necesidad de orinar); es capaz de contraer de forma voluntaria los músculos estriados (de la pelvis y el esfínter externo), lo que le permitirá inhibir y posponer la orina hasta que llegar al baño; y sabe iniciar la micción de forma voluntaria, lo que significa que es capaz de relajar el complejo esfintérico para permitir la salida de orina. Se supone que en este proceso de aprendizaje las sensaciones de plenitud que anteceden a la micción adquieren propiedades discriminativas condicionadas, que con la práctica acabarán por activar la respuesta voluntaria de contraer el esfínter de un modo automático, o bien provocarán la respuesta de despertar cuando la cantidad de orina almacenada en la vejiga supere los límites de ajuste del músculo detrusor. La mayoría de los niños logran la continencia entre los tres y los cinco años de edad. Pero, posiblemente por condiciones inadecuadas de aprendizaje, algunos no lo consiguen y necesitan que

se les enseñe a permanecer secos durante la noche. En definitiva y parafraseando a Peña, León, Giráldez y Leal (1996, pág. 92), el control de la micción hay que **aprenderlo y ejercitarlo** para que se **automatice** al horario nocturno. Cualquier circunstancia que dificulte o interfiera el aprendizaje puede favorecer la enuresis.

En cuanto al tratamiento, los datos acumulados hasta el momento no dejan lugar a dudas de que el método de la alarma o ciertas variaciones del mismo es el tratamiento de elección para corregir la EN monosintomática (Bragado, 1999; Houts et al., 1994; Moffat, 1997; Rosa, Sánchez, Olivares y Marín, 1998). Comparado con los tratamientos farmacológicos como la imipramina, la oxibutinina y la desmopresina, es el procedimiento más sano, puesto que carece de efectos secundarios, y el que obtiene más curaciones a corto y largo plazo. Pese a esta evidencia los profesionales médicos parecen reacios a recomendar su uso, tan sólo un 3%, según los datos aportados por Houts et al. (1994), y alrededor del 11%, entre nosotros (Gutiérrez, Hidalgo, Hidalgo y Rebassa, 1996).

MÉTODO

Sujeto

Varón de 6 años y 8 meses, mayor de dos hermanos (el menor tiene 3 años y 7 meses). Ha tenido un desarrollo evolutivo normal y destacable en el área motora y del lenguaje, del que tiene un dominio excelente, superando en este aspecto a sus compañeros de clase. Según describe su madre, es un niño sociable y afectuoso. Bien integrado en el contexto escolar y con buen nivel de aprendizaje, aunque el informe psicológico realizado en el colegio un año antes resalta que es un muy sensible, con miedo a cometer errores y a no agradar a los demás. Ambos padres son licenciados universitarios y trabajan fuera del hogar. El nivel cultural de la familia es elevado y estimulante para el niño. El único problema reseñable se circunscribe (según su madre) al hecho de que padece enuresis nocturna primaria, aspecto que le preocupa y le disgusta, sobre todo cuando tiene que dormir fuera de casa (en vacaciones), y que en cierto modo está limitando algunas de sus actividades, ya que sus padres no se atreven a dejarlo ir sólo a excursiones o campamentos, por lo que se siente bastante motivado hacia el tratamiento.

Procedimiento

a) Diseño

Al comienzo de la intervención se programó un diseño A-B con medidas continuadas en las fases de línea de base (A) tratamiento (B) y seguimiento, pero las circunstancias que acontecieron en el curso del tratamiento permitieron adecuar los datos a un diseño de retirada A-B-A-B (Barlow y Hersen 1988), en el que existen más garantías de que los cambios operados en la conducta problema se deban al efecto terapéutico. Tal efecto resulta evidente cuando las respuestas objeto de intervención mejoran con el tratamiento y retornan a niveles próximos a la línea de base con su retirada, tal como sucede en este caso (ver gráfico 1). De manera que la secuencia temporal de todo el proceso de intervención resultó como sigue: cuatro semanas de línea de base, puesta en marcha del tratamiento (8 semanas), retirada (5 semanas), reintroducción (9 semanas) y seguimiento (2 años), durante los cuatro primeros meses con registros diarios y mediante contactos telefónicos a los 10, 12 y 24 meses. Hay que subrayar el hecho de que hasta la última fase de tratamiento la terapeuta no tuvo ningún contacto con el niño y todo el proceso se llevó a cabo contando únicamente con la colabo-

ración materna.

Todas las sesiones presenciales tuvieron lugar en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (Campus de Somosaguas) entre finales de noviembre de 1995 y octubre de 1996. Se llevaron a cabo un total de 9 sesiones, cuatro sólo con la madre y cinco con la madre y el niño, y se mantuvieron varias conversaciones telefónicas.

b) Evaluación

Toda la información relevante al caso se obtuvo mediante dos métodos de evaluación habituales en la práctica clínica infantil: la entrevista y los registros conductuales. La entrevista inicial, de una duración aproximada de una hora y media, se realizó sólo con la madre y tuvo como objetivo indagar sobre aquellos aspectos que han demostrado tener una relación determinada con la enuresis o el pronóstico terapéutico. El propósito final de la entrevista era llegar a identificar las condiciones antecedentes y consecuentes funcionalmente relacionadas con el problema.

Los registros conductuales se destinaron a recabar datos objetivos sobre la frecuencia de enuresis, la respuesta de despertar y la capacidad funcional de vejiga, a fin de conocer la línea de base

antes de iniciar el tratamiento.

A continuación se comentan los resultados más destacables, obtenidos por ambos métodos.

Análisis de la conducta enurética y otras respuestas implicadas.

El niño adquirió el control intestinal y la continencia diurna de orina a una edad relativamente temprana (2 años). El control nocturno de la micción se inició cuando tenía 3 años, momento en el que comenzó a tener algunas noches secas, por lo que se le retiraron los "dodotis". La madre preveía un desarrollo normal y rápido, pero un mes más tarde nació su hermano pequeño. A raíz de este acontecimiento se observó un estancamiento en el proceso de aprendizaje que no progresaba conforme a la pauta esperada, dado que se alternaban períodos de continencia prolongados con momentos en los que mojaba la cama a diario. Por ejemplo, entre los cuatro y los cinco años, logró mantenerse seco durante 15 y hasta 30 días seguidos. En el verano de 1994, poco después de cumplir los cinco años, dejó de orinarse, pero en septiembre volvió a hacerlo con mayor frecuencia. Este patrón intermitente describe la conducta enurética hasta el instante en que acude a consulta.

Durante el día, no presenta síntomas de urgencia, ni una frecuencia excesiva de vaciado, y es capaz de retrasar la micción y cortar o iniciar el flujo de orina a voluntad, lo que sugiere que sufre una enuresis de tipo mono-sintomático .

Por lo demás, la frecuencia de enuresis no se ve afectada por el hecho de dormir en su propia casa o fuera de ella, por ejemplo, en casa de sus abuelos, excepto en época de vacaciones donde se aprecia cierta mejoría. Un dato significativo con vistas al pronóstico terapéutico es que se despierta esporádicamente ante la necesidad de orinar y con mayor frecuencia después de orinarse, al notarse mojado, lo que indica que existe cierto nivel de reactividad ante la estimulación fisiológica.

Antecedentes familiares y actitud parental ante el problema

No existen antecedentes directos, ninguno de los padres padeció enuresis de pequeño, aunque parece que un tío paterno tuvo el mismo problema hasta aproximadamente los 9 años.

La madre está excesivamente preocupada y desea encontrar una solución eficaz, el padre le concede menos importancia piensa que ya se le quitará, y, aunque no se ha opuesto a los intentos de

su esposa para arreglar el problema, tampoco ha colaborado activamente en ellos. Ambos muestran actitudes positivas hacia el niño e intentan ayudarlo a su manera, sin ejercer demasiada presión, según dice la madre.

Tratamientos anteriores

Probablemente, debido a que la madre es licenciada en psicología, aunque no ejerce esta profesión, ha probado diversos métodos para tratar de controlar la enuresis. Poco antes de cumplir cinco años de edad, implantó un sistema de autorregistro y reforzamiento positivo; en un calendario el niño tenía que pintar de verde cada día que amanecía seco y en rojo cuando se había orinado. En una primera etapa utilizó un programa de reforzamiento continuo, donde reforzaba materialmente (con premios pequeños) cada noche seca, y, posteriormente, otorgaba el reforzador después de haber permanecido sin orinarse durante cierto número de noches seguidas. Otras estrategias consistieron en despertarlo a media noche para que hiciera pis en el baño y limitar la ingestión de líquido durante la cena.

Respecto al comportamiento paterno ante los episodios de enuresis, cabe destacar lo siguiente: al principio no hacían

ningún comentario en relación al tema, después comenzaron hacerle algunas “recomendaciones-amonestaciones” verbales, diciéndole que “debía intentar levantarse y no hacerse pis en la cama”, “que ya era mayor”, “que no estaba bien mojar la cama a su edad” y frases por el estilo. Durante este tiempo, cuando se despertaba a media noche mojado, llamaba a su padre, que se encargaba de cambiarle el pijama y recomponer la cama. Desde los seis años asume él estas tareas, se cambia de ropa, arregla la cama (en realidad se cambia de posición, colocando la almohada en los pies) y la hace al día siguiente (con ayuda materna). No obstante, hacer la cama por la mañana es una actividad que realiza cotidianamente, también cuando no se orina, en estas ocasiones la madre le hace ver lo fácil que resulta hacerla cuando está seca, ya que se tarda menos tiempo y es más cómodo porque no hay que cambiar las sábanas.

Todos estos intentos resultaron infructuosos, los cambios observados en la frecuencia de enuresis parecían independientes de los métodos utilizados, posiblemente porque ninguno de ellos se llevó a cabo de una manera consistente.

Es curioso comprobar que la

mayoría de los padres suele emplear tácticas parecidas. Por ejemplo, en una encuesta efectuada por Gutiérrez *et al.* (1996) a los padres de 2.616 niños mallorquines, de 6-7 años de edad, se encontró que el 66% de los que tenían hijos enuréticos les despertaba para orinar, el 55,7% restringía los líquidos a partir de cierta hora de la tarde/noche, el 69,7% les felicitaba cuando no se hacían pis y el 21,3% les premiaba por no mojar la cama. Muy pocos indicaron que los castigaban, sólo el 4%, aunque un 19% contestó que los regañaban.

Pruebas médicas

Un mes antes de ponerse en contacto con la terapeuta, consultaron con el pediatra del niño quien ordenó realizar las pruebas siguientes: un análisis y cultivo de orina, un análisis de sangre y una radiografía de la columna lumbosacra. En la analítica no se detectó ninguna anomalía, encontrándose valores normales en todos los parámetros investigados, sin embargo en la prueba radiológica se descubrió espina bífida. El informe del radiólogo decía exactamente: “No se aprecia alteración significativa del alineamiento. Vértebras y espacios discales normales. Se detecta espina bífida en S-1 y S-2. Partes blandas sin hallazgos”. Al valorar estos resultados, el pediatra opina que, aunque no

se ha demostrado una relación directa entre la “espina bífida oculta” y la presencia de enuresis, este defecto suele retardar la adquisición del control urinario. Ante esto, los padres deciden consultar con otros dos médicos que muestran opiniones contrapuestas, uno de ellos que tiene una hija enurética cree que es necesario efectuar una exploración más completa a fin de descartar posibles alteraciones urológicas y neurológicas, mientras que el otro considera que, teniendo en cuenta el historial del niño y el hecho de que ha tenido un desarrollo completamente normal, esta ligera alteración no tiene ninguna influencia en su enuresis, les comenta que el niño aún es pequeño y les recomienda esperar.

De acuerdo con la última opinión, los padres piensan que la espina bífida no es la responsable del problema de su hijo, ya que éste no presenta ningún síntoma diurno, ha tenido una evolución normal y ha permanecido largos períodos de tiempo sin enuresis. Deciden no someter al niño a pruebas urodinámicas o neurológicas que pueden resultar invasivas y molestas para él, y consultar con un terapeuta de conducta. No quieren que este trastorno le acabe provocando otros problemas con el paso del tiempo.

Línea de Base

Aunque la duración más aceptada de la línea de base es de dos semanas, se decidió ampliar este período a cuatro semanas con el fin de obtener un número mayor de observaciones que permitieran apreciar la estabilidad de las respuestas objetivo, ya que como ha quedado de manifiesto en los comentarios anteriores el niño mostraba una pauta de enuresis intermitente (ver gráfico 1)

Los registros indicaron una frecuencia media de episodios enuréticos por semana de 3,75 (rango: 2-6) que normalmente ocurrían una vez por noche. Aproximadamente la mitad de las veces que se orinaba se despertaba al notarse mojado, un par de veces se despertó al inicio de la micción, y 0,75 veces (rango: 0-2) lo hizo ante la necesidad de orinar y fue al baño.

La capacidad funcional de vejiga se obtuvo registrando la cantidad de orina evacuada (durante 48 horas consecutivas) en un recipiente graduado. La cantidad media fue de 95cm³ y la cantidad máxima de 220cm³.

c) Tratamiento

Una vez finalizada la línea de base se procedió a valorar todos los datos recopilados y explicar a la madre el tratamiento a seguir.

En este caso concreto, la hipótesis que sostienen algunos autores (Mac Keith, Meadow y Turner, 1973; Moilanen y Rantakallio, 1988) de que la presencia de sucesos estresantes en un período evolutivo crítico (2-3 años) puede interferir en el desarrollo de la continencia nocturna, retrasando su consolidación, adquiere cierta consistencia, ya que el nacimiento del hermano menor coincide con el momento en que el control nocturno comenzaba a establecerse. Lamentablemente, este hecho no permite predecir la duración del retraso, ni ayuda a entender el estado actual del problema, máxime cuando, según indica la madre, el niño experimentó los celos normales en esta situación y los superó sin dificultad. Tampoco parece probable que los episodios de enuresis sean consecuencia directa de tener "esпина bífida oculta". Esta anomalía neurológica constituye la forma más benigna de espina bífida, consiste en un simple defecto de cierre de los arcos vertebrales, es asintomática y se aprecia sólo por radiología. Según describe Alfaro (1995, pág., 1473), "en las formas manifiestas existe un quiste en la espalda que puede estar formado sólo por meninges (meningocele) o por meninges, médula y/o raíces nerviosas (mielomeningocele), la forma más grave se corres-

ponde con la *raquisquisis*, consistente en la abertura completa del conducto vertebral". Como concluye Toro (1992), a la luz de los datos disponibles, la idea de que existe alguna relación entre enuresis nocturna y espina bífida oculta es "simplemente un malentendido" que carece de fundamento, su difusión se debe a una sobregeneralización de las alteraciones asociadas a la espina bífida manifiesta.

Por lo que, independientemente de las causas originales, la evaluación del caso sugiere que el tratamiento más apropiado para conseguir instaurar de forma estable las respuestas de inhibir la orina (dormir seguido) y despertar ante el estímulo de plenitud vesical es el método de la alarma, dado que concurren muchos de los factores que se han encontrado asociados al éxito terapéutico de este procedimiento, a saber: enuresis monosintomática, cierto grado de reactividad ante la estimulación vesical (despertar espontáneo), ausencia de otros problemas psicológicos, poca edad, y, lo que es más importante, motivación materna para seguir las indicaciones de la terapeuta y afrontar las demandas del tratamiento, muy superiores, por cierto, a las de cualquier tratamiento farmacológico.

En la tabla 1 se resume el pro-

grama utilizado que, además del aparato de alarma incorporaba las siguientes técnicas: sobreacondicionamiento, reforzamiento positivo, práctica positiva y entrenamiento en limpieza. Se utilizó un dispositivo de alarma tradicional (propiedad de la terapeuta), modelo Eastleigh, compuesto por una robusta unidad central, con un fuerte zumbador que dispone de dos intensidades y una señal luminosa, y

dos esterillas metálicas que se colocan en la cama. Se decidió emplear el sonido más potente (que supera los 105 decibelios) con el fin de asegurar que el niño oyera la alarma y se despertara, dado que para aprender a despertarse ante las señales fisiológicas que preceden a la micción (estímulo condicionado), es necesario que primero se despierte ante el sonido de la alarma (estí-

TABLA 1
Esquema resumen del tratamiento utilizado

Técnicas	Objetivos
Alarma ante la orina	Condicionar las respuestas de despertar a inhibir la orina (contracción del esfínter urinario) a los estímulos fisiológicos de plenitud vesical que preceden a la micción.
Sobreacondicionamiento	Favorecer la atención y promover este estado de condicionamiento, mediante la ingestión extra de líquido (graduando la cantidad), a fin de fortalecer las respuestas condicionadas y prevenir su extinción (frecuencia) al retirar el tratamiento.
Práctica positiva	Entrenar al niño en la ejecución de la secuencia conductual socialmente deseada (acceder al baño, ir al baño y orinar en él) que debe reemplazar a la de orinarse en la cama (sobrecorreción sustituitiva). Favorecer el nivel de alerta y la respuesta de despertar.
Reforzamiento positivo (verbal y material)	Motivar al niño a permanecer seco, reforzando las respuestas apropiadas y mejorar su cooperación en el proceso de cambio.
Criterio inicial de alta para suspender el tratamiento	14 noches consecutivas secas, despertar para orinar.

mulo incondicionado). También se instruyó a la madre para que si, a pesar de todo no la oía, un hecho relativamente frecuente al inicio del tratamiento, se dirigiera a la habitación de su hijo, lo despertara para que se diera cuenta de que la alarma sonaba porque él se estaba orinando, y le pidiera que la apagara. Con la ayuda paterna la mayoría de los niños terminan por escucharla .

La ingestión extra de líquido (sobreaprendizaje) se empleó para incrementar la producción de orina nocturna, lo que genera dos efectos importantes: se producen más ensayos de condicionamiento y se fortalecen las respuestas condicionadas de despertar e inhibir la orina (contracción del esfínter), haciéndolas más resistentes a la extinción y previniendo las recaídas. El procedimiento se introdujo de forma gradual, en primer lugar, se suprimió la prohibición de beber líquido durante la cena, podía beber lo que quisiera, incluso un vaso de leche al terminar de cenar, poco a poco había que incrementar la cantidad hasta que ingiriera un total aproximado de dos vasos y medio de líquido extra. Se explicó a la madre que no era necesario que el niño bebiera la cantidad estipulada de un sola vez, sino en el transcurso de una hora antes de ir a dormir. El método se mantenía hasta

finalizar el tratamiento, para lo cual debía lograr permanecer seco durante 14 noches seguidas.

Aunque se trata de una técnica de castigo destinada a reducir la conducta inadecuada (mojar la cama) y sustituirla por la conducta correcta (levantarse para orinar en el baño), la práctica positiva (PP) se incluyó, sobre todo, para propiciar la respuesta de despertar, ya que se ha demostrado que su uso tiene efectos beneficiosos sobre el nivel de alerta (ver Bragado, 1983). Puesto que faltaban pocos meses para que el niño cumpliera los 7 años, se aconsejó que efectuara unos 6-7 ensayos de práctica positiva. Debido a la aversividad de esta técnica y para asegurar la cooperación infantil, suelo explicar que el número ideal de ensayos a realizar es de uno por año, dejando un cierto margen al juicio de los padres para que puedan manejar la situación en el hogar. En cuanto al entrenamiento en limpieza (recomponer la cama y cambiarse de ropa al orinarse) tenía como objeto fomentar la responsabilidad del niño en el proceso y que tomara conciencia de los inconvenientes que se derivan de mojar la cama. No obstante, estas tareas ya estaban incorporadas en la rutina cotidiana cuando se instauró el progra-

ma, por lo que, estrictamente hablando, no es un componente nuevo.

Por último, se aplicó reforzamiento positivo social (alabanzas, besos, elogios, etc.) y material por mantener la cama seca y despertarse espontáneamente a orinar, además los padres tenían que elogiar a su hijo por cooperar en el proceso. Para evitar posibles olvidos y “chantajes”, se decidió que hicieran un pacto escrito con el niño en el que especificaran con claridad los reforzadores de apoyo que podía obtener, llegando a los siguientes acuerdos: otorgar un punto por cada noche seca y otro punto más por levantarse a hacer pis sin sonar la alarma. El canje de los puntos por los reforzadores se estipuló conforme a la siguiente pauta: un punto = 4 “tazos”, 4 puntos = un “portatazos”, 8 puntos = el “juego de la bola”, 10 puntos = una tortuga, y otros 10 puntos = un “lego barredora”. El pacto se firmó por ambos padres y por el niño.

A fin de que el niño tuviera constancia de los avances, se puso a su disposición un calendario grande en el que, al levantarse, debía pegar una estrellita de colores si no se había hecho pis, en el caso contrario la fecha quedaba en blanco.

Debido a la cualificación de la madre para implementar el tratamiento en el hogar, se decidió que fuera ella la encargada de explicar el procedimiento a seguir, con el fin de que el niño no perdiera colegio, puesto que todas las sesiones se efectuaron en horario de mañana. Se insistió en la conveniencia de que hiciera una demostración práctica del equipo técnico para que el niño pudiera examinar el aparato de alarma y comprobara cómo funcionaba, igualmente, se le aconsejó que le explicara con sencillez cómo funcionaba la vejiga, utilizando para ello una fotocopia del esquema incluido en el libro de la terapeuta (ver Bragado, 1999, pág. 22).

Para comprobar la evolución del tratamiento se pidió a la madre que registrara a diario los datos que se detallan a continuación y que figuraban en la cabecera de la hoja de observación: fecha, ingestión de líquido (nº de vasos), despertar espontáneo para orinar (hora), hora en que suena la alarma, ¿la oye? (si/no), se hace pis (si/no), tamaño de la mancha (en cm), nº de ensayos de PP y actitud, y colaboración en el cambio de cama y ropa (nada, poco, normal).

CURSO DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Antes de nada, es preciso mencionar que para poder poner en marcha el tratamiento hubo que solucionar algunos problemas, el primero fue que las casas distribuidoras no disponían de rejillas para el modelo de alarma elegido y había que esperar aproximadamente un mes para conseguir las, por lo que para no retrasar el entrenamiento, dado que el niño estaba muy motivado (según la madre) para iniciarlo ya, se decidió fabricar unas “rejillas caseras”. Se emplearon dos mosquiteras metálicas de 50 x 90 centímetros, forrando con esparadrapo fuerte todo el contorno. Este “invento” produjo ciertos inconvenientes; los alambres de los bordes eran demasiado finos y, cuando el niño se movía, acababan perforando el esparadrapo y la sábana, lo que provocaba el contacto entre las dos láminas, activando la alarma durante unos segundos, aunque sin llegar a despertarlo. Para evitar este problema la madre se vio obligada a revisar los bordes cada noche, colocando los alambres que se habían salido y poniendo un esparadrapo nuevo cuando el anterior se había estropeado.

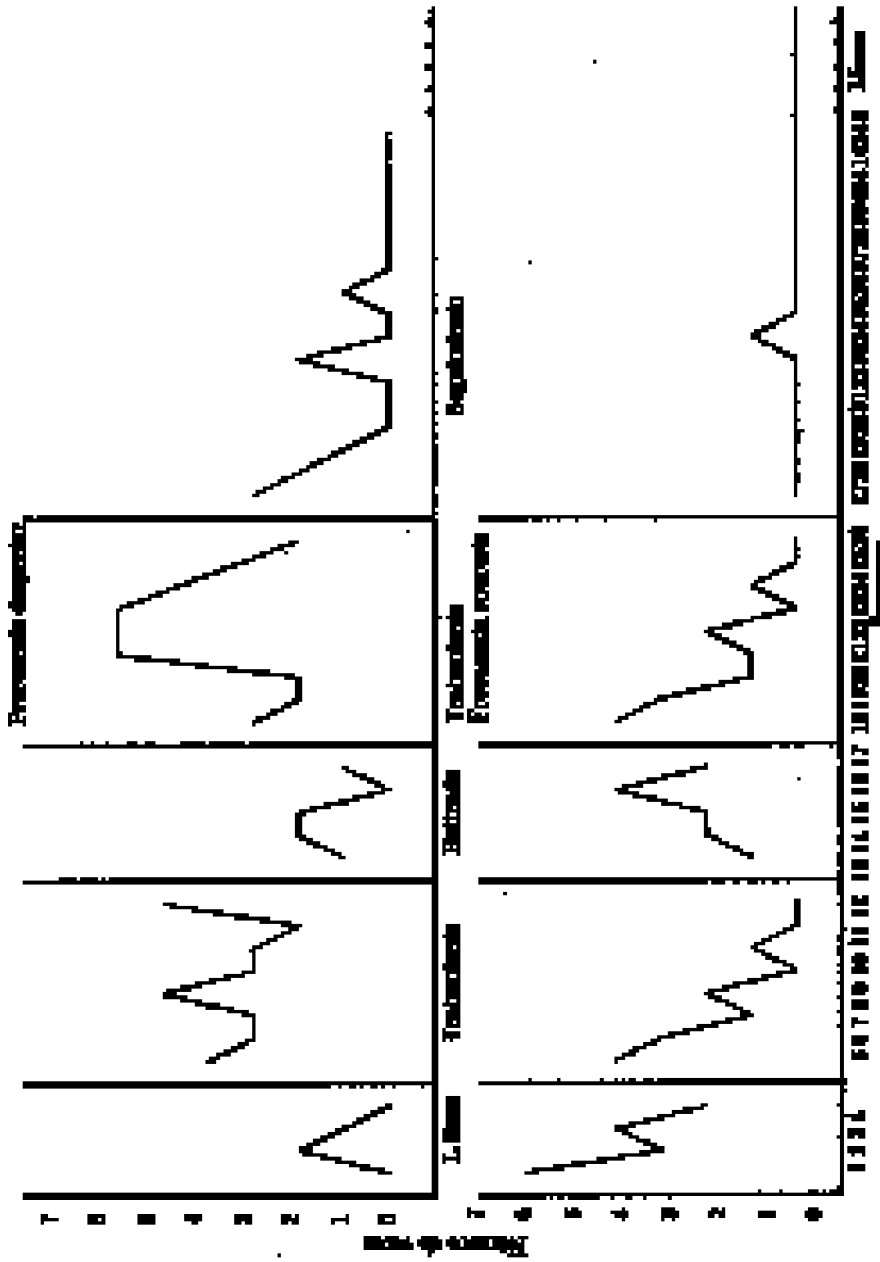
Otro problema era que la habitación del niño lindaba con la casa de los vecinos, por lo que para evitar molestarlos se procedió a cambiarlo a la del

hermano, mientras éste paso a dormir en su cuarto. Este cambio no fue bien acogido por el niño, quien, por lo demás, había aceptado muy bien todos los elementos del programa, por lo que los padres tuvieron que convencerlo para que aceptase de buen grado, lo que según su madre se consiguió, ya que no volvió a quejarse por este asunto.

Un aspecto a destacar, aunque esperable, fue que la primera noche que sonó la alarma, el niño no quería realizar los ensayos de práctica positiva. La madre lo convenció ofreciéndole “1 taza” por cada tres ensayos de práctica. Su actitud mejoró en las noches sucesivas.

Solventados estos inconvenientes iniciales, y como puede apreciarse en el gráfico 1, el criterio inicial de éxito se logró en un tiempo relativamente corto (8 semanas), pero al suprimir el entrenamiento retornaron los episodios de enuresis y se apreció un notable descenso del despertar espontáneo (ver semanas 13 a 17). Preocupada por el cariz que estaban tomando los acontecimientos, la madre decidió telefonarme para pedir consejo, le pido que me envíe todos los registros y sus observaciones personales a la Facultad con el fin de poder analizar los registros

GRAFICO 1
Evaluación de la respuesta de despertar y frecuencia de enuresis en el curso de la intervención



y tratar de averiguar qué ha podido fallar.

Al revisar los datos me doy cuenta de que existen varios fallos, compruebo que la mayoría de las veces en que sonó la alarma el niño no la había oído, que el tamaño de la mancha es arbitrario, no sigue una pauta decreciente como suele suceder en el curso del condicionamiento, y que buena parte de los ensayos de práctica positiva los ejecutaba “medio dormido”. Pienso que ya es hora de tener una entrevista con el niño y que me he equivocado, ya que no debería haber dejado toda la dirección del tratamiento exclusivamente en manos de la madre. La llamo por teléfono para concertar una entrevista con ella y su hijo, que tuvo lugar al comenzar la semana 16.

En esta sesión, el niño se muestra bastante alegre y deseoso de dejar de hacerse pis, aunque está algo decepcionado por el fracaso. Le digo que no se preocupe que lo vamos a intentar de nuevo y que esta vez resultará. Me enseña los “tazos” y “gogos” que ha ganado, jugamos un poco con ellos, y, a continuación, le pregunto acerca del procedimiento. Charlamos sobre los distintos componentes del tratamiento y me dice que le molesta mucho

hacer la PP. En un diagrama de barras de 7 puntos, le pido que me indique cuánto le molesta, rallando con un lapicero la barra que mejor describe su malestar. Comienza a pintar en la barra más alta (punto 7), lo deja, y, finalmente, se decide por el punto 5 de la escala. También me cuenta que a veces no oye la alarma porque su madre la tapa con una manta o con una almohada para que no moleste a los vecinos, otras veces la oye, se pone de rodillas en la cama para apagarla, pero no la encuentra (probablemente porque no la ve). Le pregunto cuántos ensayos de PP está dispuesto realizar, responde que todos los que yo le mande. Quedamos en que en principio tiene que hacer sólo 3, aunque puede aumentarlos hasta 7 si lo desea, pero que vamos a esperar unos días más antes de comenzar de nuevo para que se olvide un poco de ellos. Se queda pintando en una mesa, mientras planifico con su madre el método a seguir.

Le explico que en mi opinión no hemos conseguido los objetivos previstos porque ha habido una demora importante entre el momento en que sonaba la alarma y el momento en que realmente se producía el despertar. Recalco la necesidad de que ambos sucesos estén muy próxi-

mos en el tiempo para que tenga lugar el condicionamiento. Además, le hago notar que la práctica positiva no ha surtido el efecto esperado probablemente porque el niño no se daba cuenta de lo que hacía, ya que estaba medio dormido. Insisto para que no tape la alarma y le sugiero colocarla en un lugar visible y asequible para su hijo, bien en el suelo o en la mesilla de noche. Como el niño había vuelto a dormir en su cuarto, acordamos no cambiarlo otra vez. Se decide esperar otras dos semanas (hasta la 18) antes de reiniciar el tratamiento.

El nuevo período de entrenamiento duró un total de 9 semanas, desde la 18 a la 26, momento en que se retiró el tratamiento, y esta vez de forma definitiva. Para no cometer los mismos errores que en la fase anterior, en ésta se llevaron a cabo 3 sesiones de supervisión conjuntas (madre y niño) con un intervalo entre ellas de unos 15-20 días. Durante los dos primeros meses de seguimiento se produjo un accidente, pero no hubo ninguno más. En este tiempo se efectuó una entrevista de control y varias llamadas telefónicas (ver diseño).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de relieve una vez más que el método de alar-

ma, sólo o en combinación con otras técnicas como se ha empleado aquí, es un procedimiento eficaz para curar la enuresis nocturna monosintomática. El hecho de que las dos respuestas registradas, despertar y frecuencia de enuresis, mejoraran al introducir el tratamiento y tendieran a aproximarse a su nivel basal al retirarlo, permite suponer que los cambios operados en ellas se deben con toda probabilidad al efecto del tratamiento. Además, hoy en día se considera un hecho probado que los tratamientos dirigidos al despertar son más efectivos que los que no contemplan este objetivo (ver Hjalmas, 1998; o Watanabe, 1998). En este sentido, el programa utilizado en este trabajo es quizá el más apropiado, dado que emplea dos componentes destinados a ese fin, la alarma y la práctica positiva.

Por otro lado, la ausencia de recaídas durante los dos años de seguimiento permite suponer que la enuresis se ha resuelto definitivamente, por lo que no es arriesgado afirmar que la espina bífida oculta no era la responsable de los episodios enuréticos y, probablemente, tampoco del retraso en la adquisición de la continencia.

Pero, los datos de este estudio también han dejado cons-

tancia de la existencia de algunos fallos, que parecen responsabilidad exclusiva de la terapeuta, dado que si ésta hubiera sido más diligente en la supervisión de la terapia, seguramente no se habrían producido y se hubiera alcanzado el éxito mucho antes. De hecho, se ha comprobado que un programa del tipo que nos ocupa suele corregir la enuresis en un tiempo que no supera los dos meses de tratamiento (Bragado y García, 1988). No tengo ninguna duda, y así lo he hecho constar en otras ocasiones (ver Bragado 1999), de que una supervisión estrecha y el apoyo y ánimo del terapeuta son fundamentales para obtener un resultado favorable, ya que garantizan el cumplimiento correcto de instrucciones, fomentan la motivación de logro en el niño y ayudan a los padres a solucionar los pequeños problemas que puedan surgir en el curso de la intervención. Esta convicción no procede sólo de la propia experiencia

clínica, sino que viene avalada también por los datos empíricos que subrayan que la eficacia del tratamiento se ve positivamente afectada por el número de contactos mantenidos con el profesional, es decir, cuantos más contactos mejores resultados (Houts et al., 1994). Es probable, por tanto, que el hecho de que la enuresis desapareciera y no retornara de nuevo al suprimir el tratamiento por segunda vez (seguimiento) se deba en buena medida a que la terapeuta adoptó un papel más activo en esta fase, interpretación ésta que, aunque muy probable, conviene a mis intereses ya que contribuye a aminorar mi nivel de autocrítica. Espero que estas vicisitudes sirvan al menos para que otros terapeutas no cometan los mismos errores.

REFERENCIAS

- Alfaro (1995). Anomalías del desarrollo del sistema nervioso central. En P. Farreras y C. Rozman (Dir.), *Manual de medicina interna* (pp. 1.472-1.481). Barcelona: Mosby-Doyma (13ª edición).
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). *Disenos experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca (original, Pergamon Press Inc., 1984).
- Bragado, C. (1983). Enuresis nocturna: eficacia parcial de los componentes implicados en el entrenamiento en cama seca. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1 (1), 43-66.
- Bragado, C. (1999). *Enuresis infantil. Un problema con solución*. Madrid: Pirámide (original, Madrid: Eudema, 1994).
- Bragado, C. y García, E.M. (1988). Eficacia diferencial de la práctica positiva y el entrenamiento en limpieza en un programa de tratamiento de la enuresis nocturna, con aparato de alarma. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6 (3), 227-250.
- Gutiérrez, C., Hidalgo, O., Hidalgo, F. y Rebassa, M. (1996). Actitud familiar ante la enuresis. *Urología Integrada y de Investigación*, 1 (1), 16-21.
- Hjälmas, K. (1998). Nocturnal enuresis: Basic facts and new horizons. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 53-57.
- 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 (4), 737-745.
- Mac Keith, R., Meadow, R. y Turner, R.K. (1973). How children become dry. En I. Kolvin, R.C. Mac Keith y S.R. Meadow (Eds.), *Blader Control and Enuresis* (pp. 3-21). Londres: Heineman Medical Books Ltd.
- Moffat, M.E.K. (1997). Nocturnal enuresis: A review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18 (1), 49-56.
- Moilanen, I. y Rantakallio, P. (1988). The Single Parent Family and The child's Mental Health. *Social Science and Medicine*, 27 (2), 181-186.
- Peña, J.M., León, E., Giráldez, J. y Leal, A. (1996). Tratamiento de la enuresis con biofeedback. *Urología Integrada y de Investigación*, 1 (1), 90-98.
- Rosa, A.I., Sánchez, J., Olivares, J. y Marín, F. (1998). La intervención conductual de la enuresis en España: Una revisión meta-analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 557-578.
- Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría (1996). *Estudio epidemiológico de la enuresis en pediatría extrahospitalaria*. Barcelona: Pharma Consult Services, S.A.
- Toro, J. (1992). *Enuresis: Causas y Tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Watanabe, H. (1998). Nocturnal enuresis. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 2-11.