



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

## “¡ ESTOY MOJADO ! ”

AUTORÍA <b>MARÍA VILLANUEVA GARCÍA</b>
TEMÁTICA <b>TRASTORNO EN LA ELIMINACIÓN DE ORINA</b>
ETAPA <b>EI y EP</b>

### Resumen

Muchas veces en el aula hay alumnos o alumnas con trastornos en la eliminación de la orina (enuresis) y el profesor o profesora no sabe qué hacer, a través de este artículo se trata de resolver ese problema y orientar al profesor o profesora sobre qué es la enuresis, cuáles son sus causas y cómo intervenir.

### Palabras clave

Enuresis  
Enuresis Primaria  
Enuresis Secundaria  
Control de esfínteres  
Incontinencia  
Vejiga  
Micción  
Detrusor

### 1. INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en el control de esfínteres es el objetivo más básico y universal de socialización. También es interesante hacer notar que en todas las culturas el 80-90 por 100 de los niños y niñas logran controlar dentro de un tiempo limitado. El resto que no son entrenados o que después de lograr el control vuelven a recaer se dice que tienen un trastorno de eliminación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

En la incontinencia de la orina requiere que se fomente una inhibición condicionada de la respuesta de vaciar la vejiga y el desarrollo de la capacidad de almacenar orina.

La enuresis es interpretada como un déficit de conducta, en tanto que supone una falta de habilidad para controlar las funciones corporales de eliminación de manera socialmente aceptable (Bragado, 1984).

La mayoría de los niños consiguen el control diurno entre los dos y tres años; el nocturno puede tardar bastante más: uno de cada diez no lo logra antes de los seis años de edad. A partir de esta edad, si el niño sigue orinándose, hay que buscar una orientación médica.

Los niños no se orinan en la cama a propósito. La enuresis puede tener muchas causas que pueden estar relacionadas con un desorden del dormir, un desarrollo más lento que lo normal del control de la vejiga, con el resultado de emociones y tensiones,...Raramente significa que el niño tiene un problema de los riñones o de la vejiga.

## 2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Enuresis es una palabra que deriva del griego y significa “orinar”, “hacer aguas”. Los criterios para diagnosticar la enuresis son:

- Emisión repetida de orina, durante el día o la noche, en la cama o en la ropa. La mayoría de las veces es involuntaria pero ocasionalmente puede ser intencionada.
- Para poder dar la calificación de enuresis, la emisión de orina debe ocurrir al menos dos veces a la semana durante por lo menos tres meses, o además debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, académica u otras áreas importantes de funcionamiento.
- El individuo debe haber alcanzado una edad en la que se espera se dé la continencia (una edad cronológica de cinco años o, para niños con retraso evolutivo, una edad mental de al menos 5 años).
- La conducta no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) o una condición médica general (por ejemplo, diabetes, espina bífida o trastorno de talla).

Muchos autores han definido la enuresis como una descarga involuntaria e inconsciente de orina, en la cama o en la ropa, que persiste después de que el niño haya alcanzado una determinada edad y no existen indicios de patologías orgánicas.

La enuresis ha sido clasificada, según su duración, en:

- ✓ Enuresis primaria: es aquella en que el niño no ha alcanzado nunca el control y permanece así desde el nacimiento. Viene a representar de un 75 a un 85% de la población enurética.
- ✓ Enuresis secundaria o adquirida: es aquella que ocurre en un niño que ya había controlado la micción nocturna y que repentinamente pierde esta capacidad, el niño vuelve a orinarse.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

Pese a que ésta representa sólo del 15-25% de los enuréticos se ha enfatizado su importancia. Se afirma que un factor determinante de su aparición es la presencia de factores emocionales (separación de los padres, violencia en el hogar, llegada de un nuevo hermano, muerte de un familiar, estrés frente a una situación nueva, etc. Es, por lo general, intermitente y transitoria, se resuelve más fácilmente.

En función de la frecuencia, se distingue:

- Enuresis regular: cuando el hecho de mojar la cama es un suceso habitual, cotidiano, la moja todas las noches.
- Enuresis esporádica: cuando tal hecho tiene lugar de forma intermitente, moja la cama una o dos veces por semana o alguna que otra vez al mes.

Según el momento de ocurrencia, se habla de:

- Enuresis diurna: cuando la incontinencia tiene lugar durante el día, cuando el niño o niña está despierto.
- Enuresis nocturna: cuando la incontinencia tiene lugar durante la noche, cuando el niño o la niña está dormido.

La enuresis nocturna es más frecuente que la diurna, especialmente a partir de los cinco años. La persistencia de la enuresis diurna más allá de los cinco años se considera grave; su incidencia en la población normal representa el 5% (Del Barrio, 1984), apareciendo más frecuentemente en niños deficientes. Se asocia, generalmente, a trastornos orgánicos.

La enuresis en sí no es un problema grave, tal vez sólo sea engorroso, molesto y más o menos desagradable mientras dura. Desde el punto de vista del niño/a que la presenta, la cantidad de perturbación asociada a ella está en función de la limitación de las actividades sociales del niño o niña (por ejemplo, no se pueden quedar a dormir fuera de casa, no poder inscribirse en grupos como scouts o juniors, debido a las acampadas que suelen realizar, no poder ir de colonias, etc.). También está en función de su efecto sobre la autoestima, el grado de aislamiento social que le imponen los compañeros, y el enfado, castigo o rechazo de los padres o quienes le cuidan. Normalmente, los niños y niñas que presentan enuresis no suelen presentar ningún otro trastorno psicológico asociado; sin embargo, la prevalencia de algún otro trastorno que coexiste con la enuresis y de otros trastornos del desarrollo es más alta que en la población en general. Pueden estar presentes encopresis, sonambulismo y terrores nocturnos. Las infecciones del tracto urinario son más comunes en enuréticos, principalmente diurnos, que en la población no enurética, y la enuresis suele persistir después de un tratamiento adecuado de la infección. Esto indica la necesidad de la intervención comportamental.

### **3. CONTROL DEL REFLEJO DE LA MICCIÓN URINARIA.**

La orina formada en el riñón, transportando todos los productos de desecho y residuos de los diversos procesos vitales internos, desciende por los uréteres a la vejiga. Aquí se va acumulando hasta



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

que es expulsada al exterior a través de la uretra. Los niños excretan de tres a cuatro veces más orina que los adultos por Kg. De peso. La cantidad total de orina formada y eliminada depende de factores como la cantidad de líquido ingerido, la cantidad total de líquido eliminado por otras vías, la dieta alimenticia, la temperatura ambiental, la posición del cuerpo en el espacio, el ejercicio físico, la cafeína, las drogas, el alcohol,...La función de la vejiga va a ser doble: permitir la acumulación de orina y evacuarla al exterior.

### 3.1. Fisiología de la micción.

La orina pasa de los riñones a la vejiga a través de los uréteres por acción peristáltica. Para su almacenamiento y posterior evacuación se ponen en juego cuatro mecanismos esenciales: dos de retención y dos de expulsión. Los mecanismos de retención están formados por los esfínteres, uno interno y otro externo. El esfínter interno está formado por unos músculos cuya contracción es independiente de la voluntad. El esfínter externo y su contracción, si está bajo el control voluntario. En el sistema de expulsión interviene la acción del músculo detrusor, el músculo que forma las paredes de la vejiga y cuya acción también es independiente de la voluntad. Tiene como propiedad el poder adaptar su capacidad según los cambios de cantidad de orina que vaya produciéndose y conforme ésta va pasando a la vejiga. A medida que el volumen de orina va aumentando va forzando el detrusor a expandirse de forma que la presión interna de la orina en la vejiga no cambia. Cuando el volumen de la orina sobrepasa los 400 centímetros cúbicos, el detrusor, cuyo tono está controlado por la acción antagónica del nervio pélvico y del nervio hipogástrico ya no puede adaptarse más. Por encima de este punto es muy difícil que el detrusor mantenga el tono, comenzando a contraerse de manera rítmica, conduciendo finalmente al reflejo de la micción. Este reflejo incluye fuertes contracciones del músculo interno, seguido de la relajación del esfínter externo, y finalmente sobreviene la evacuación involuntaria de la orina.

El segundo mecanismo de expulsión está constituido y reforzado por los músculos abdominales, bajo control voluntario, provocando una mayor flexión en el abdomen y con ello la contracción de la vejiga y de las demás vísceras.

### 3.2. Control cortical de la micción

La acción del músculo detrusor no es voluntaria inicialmente, pero a través del desarrollo se puede lograr inhibir en parte esas contracciones iniciales; el esfínter externo se puede controlar a voluntad y el niño ha de aprender a hacerlo. Para ello ha de adquirir previamente “una serie de habilidades, adquiridas secuencialmente, que incluyen: la conciencia de la necesidad de orinar, el inicio voluntario de la micción, la inhibición de la micción y el retraso de la misma, y la inhibición de la micción automática durante el sueño” (Bragado, 1994, p.26).

Por lo tanto la adquisición del control del comportamiento de evacuación de la orina es una habilidad compleja en la que intervienen: primero, la maduración fisiológica; segundo, el desarrollo de un alto nivel de control cortical, a fin de que se efectúen los finos ajustes necesarios para inhibir la micción involuntaria, como para iniciar y controlar la compleja serie de hechos que lleva el reflejo de la micción en el lugar y momentos adecuados y, tercero, el desarrollo de la capacidad de discriminar



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

indicios ambientales que se sumarán a los indicios internos provenientes de la vejiga de forma que la micción ocurra voluntariamente en los lugares apropiados (Yates, 1975).

Siguiendo a Bragado (1984, p. 640; 1994, pp. 26-27), en todo este proceso se pueden observar cómo estas etapas siguen un curso evolutivo que viene a culminar alrededor de los cinco años.

- ✓ Durante los seis primeros meses de vida el vaciado de la vejiga se produce de forma automática en respuesta a la presión intravesical que viene a coincidir con un volumen de orina aproximada de unos 30 ml.
- ✓ Entre 1 y 2 años el niño tiene conciencia de que su vejiga está llena gracias a la maduración del Sistema Nervioso Parasimpático que trasmite las sensaciones de la vejiga. El niño ya puede comunicar a los demás su necesidad de orinar.
- ✓ Alrededor de los tres años el niño adquiere la capacidad de retener y posponer la orina por unos momentos cuando la vejiga está llena. La capacidad de la vejiga aumenta regularmente, se establece el control diurno y el niño suele ir la servicio solo.
- ✓ Hacia los 4 y 5 años será capaz de vaciar la vejiga cualquiera que sea su volumen.
- ✓ La mayor parte de los niños consiguen la continencia nocturna entre los tres y los cuatro años y medio.

#### 4. ORIGEN DE LA ENURESIS

La enuresis es un problema heterogéneo de ahí que sus causas sean debidas a varios factores. Es importante que las causas originales o los factores de mantenimiento no sólo puedan ser diferentes de un individuo a otro, sino que también pueden ser diferentes en el mismo individuo en dos períodos distintos del tiempo.

##### 4.1. Hipótesis médicas y psiquiátricas.

Según Yates (1975) hay que tener en cuenta dos puntos:

a) La enuresis como síndrome fisiológico: Existen muchos factores biológicos implicados en las causas de la enuresis:

- Inmadurez del sistema nervioso central: Son muchos los autores quienes consideran la enuresis como un simple retraso del desarrollo de una habilidad específica relacionada con la maduración biológica. Según Toro (1992) varios son los hechos que apoyan el supuesto de la inmadurez:
  - Remisión espontánea: el problema desaparece espontáneamente con el paso del tiempo, lo que habría que interpretar como que los niños van madurando y cuando se alcanza el nivel adecuado de maduración consiguen el control.
  - Asociación entre enuresis y otros retrasos como bajo peso al nacer, retraso motor, déficit del habla, talla inferior, encopresis,...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

Para desarrollar determinadas habilidades hace falta un nivel adecuado de maduración, sin dicha maduración la intervención del aprendizaje sería nula.

- Defecto de desarrollo: La causa de que no se logre el control de la micción es principalmente un defecto de desarrollo, que consiste en que el control cerebral no sustituye al primer control espinal durante la infancia, en el logro del control voluntario de la micción.
- Inmadurez de la vejiga: El justificante del trastorno enurético es la inmadurez vesical porque con el paso del tiempo el problema tiende a desaparecer. Bragado (1981, p.406) nos dice “ existe cierta evidencia experimental de que los niños enuréticos poseen una capacidad de vejiga menor, lo que se manifiesta en una mayor urgencia ante la necesidad de orinar y una mayor frecuencia”
- Sueño excesivamente profundo: La enuresis nocturna es un problema asignado al sueño. Esta es la supuesta causa más difundida entre los padres (Houts, 1991). Los niños enuréticos, debido a su sueño profundo o a cualquier otro tipo de trastorno del sueño, no llegan a despertarse cuando tienen ganas de orinar.

Según Toro (1992), parece evidente que “el sueño del enurético está estrechamente asociado al trastorno de la micción aunque no queden totalmente aclarados ni el modo ni las relaciones de causa/efecto” (p.70).

- Poliuria nocturna: El niño sigue mojando la cama a causa de que los riñones no concentran la orina durante el sueño. Eso significa una mayor producción de orina durante la noche que supera la capacidad normal de la vejiga. Este fallo en la concentración de la orina, a su vez, se piensa que se debe a una carencia del normal aumento cíclico de la hormona antidiurética o vasopresina durante el sueño.

Después de muchos estudios se sugiere que un fallo en la variación de los niveles de suero de vasopresina puede ser un marcador biológico de riesgo para desarrollar la enuresis.

- Actividad disfuncional del detrusor: Los niños continúan mojando la cama porque el músculo detrusor de la vejiga es inestable durante el sueño, las contracciones espontáneas del detrusor son las causantes de que se orinen por la noche.
- Carga genética: Es un agente etiológico presente en muchos casos. Estudios realizados demuestran que cuando los padres han sido enuréticos, un alto porcentaje de los hijos tienden a serlo, hasta en un 77%, si ambos padres lo han sido en su niñez.

b) La enuresis como síndrome de personalidad: Se ha argumentado que la enuresis es un rasgo neurótico y que normalmente se encuentra en compañía de otros rasgos comunes neuróticos de la infancia como: morderse las uñas, problemas de atención, problemas de comida, berrinches, etc. Se ha considerado que la enuresis es el reflejo de una personalidad pobremente integrada y desarrollada llegando a unir con delincuencia en la adolescencia y con una personalidad psicopática.





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

#### 4.2. Hipótesis psicológicas

Los factores emocionales son la causa de un gran porcentaje de enuresis secundarias, entre éstos se encuentran:

- a) Inapropiado ambiente familiar, dado que las familias disfuncionales, no operativas, con un manejo inadecuado del binomio autoridad/afecto, y el uso indiscriminado del castigo.
- b) Alteraciones emocionales del niño, que incluyen baja autoestima, inseguridad afectiva, altos niveles de ansiedad, miedos y fobias, celos por la llegada de un hermanito, o la llegada de otra figura parental (en caso de padres o madres sustitutos).
- c) Regresiones del desarrollo, significa volver a estados anteriores del desarrollo, por motivos de un impacto emocional (divorcio o separación de los padres, cambio de colegio o de vivienda), o una pérdida importante para él (padres, amigos, mascota, etc.).

#### 4.3. Hipótesis del aprendizaje.

Según Bragado (1981, p. 401) “la base racional radica en la aceptación de que el niño nace con un poderoso reflejo de micción. El control voluntario de ese reflejo implica un control cortical de los centros nerviosos inferiores. Dicho control depende de la maduración y en parte del aprendizaje. El niño aprende a discriminar las sensaciones de plenitud y distensión de la vejiga” a través de varias etapas de dominio creciente. En cada una de ellas se incluyen a nivel cortical patrones complejos de respuestas condicionadas. En definitiva, se asume que el control voluntario de la orina incluye la maduración fisiológica, el condicionamiento cortical y la integración de señales internas y externas.

La enuresis está motivada muchas veces por una mala instrucción. Según Santacreu (1985), muchos padres y educadores ponen a los niños a orinar cada cierto tiempo, que suele ser muy corto a fin de evitar que se mojen. Este hecho impide que los niños experimenten la sensación de llenado de vejiga. Del mismo modo, si el entrenamiento es laxo y las consecuencias que se derivan para el niño por orinarse encima y por hacerlo en lugar adecuado son las mismas, el aprendizaje será más difícil.

#### 5. ORIENTACIONES PARA INTERVENIR ANTE LA ENURESIS

Primeramente es de suma importancia un examen físico integral, con el objeto de descartar alguna causa neurológica u orgánica. Una vez descartado el factor orgánico o neurológico como causa de la enuresis, sería recomendable entonces, poner en marcha otros recursos, dentro de los cuales podrían estar:

- a) Para el día: El niño/a puede beber todo el líquido que desee, sin delimitación alguna. Es, incluso, deseable que beba bastante.
- b) Hay que tener amplia tolerancia y sensibilidad al problema, por tanto es inadecuado todo tipo de censura, reprimenda, castigo o burla, de parte de los padres, familiares, educadores,...En cambio se le debe alabar cuando contenga la orina o no moje la cama.
- c) Aplicar en el niño/a ejercicios de micción, con el fin de aumentar la capacidad de la vejiga. Esto es, pedirle al niño/a justo cuando empiece a hacer pis, que detenga la orina por unos segundos y continúe. Vuelva a detenerla y continúe, así hasta que se termine el pis.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

- d) Para la noche: se indica la aplicación de la economía de fichas o calendario gratificante, esto es una técnica de modificación conductual que consiste en regalar al niño un calendario (hoja de control) o almanaque para que él (bajo la supervisión de los padres) vaya tachando los días de las “noches secas” que esté logrando con el tratamiento. El número de “noches secas” que alcance en cada semana lo puede cambiar al final de la semana por un reforzador material (juguetes, regalos, salidas, etc.), previa negociación entre los padres y el niño. Además estas noches secas deben ser reforzadas socialmente (a través de elogios, abrazos, felicitaciones) al amanecer. Por el contrario, la mañana en que no amanezca seco los padres no deben mostrar disgusto, sino comprensión y esperanza. El niño/a debe conocer los resultados del programa, los cuales servirán de estímulo para esforzarse en lograr los objetivos que se proponga. La hoja de control debe cumplimentarse a diario.
- e) No debe despertarse al niño/a para que orine por la noche. Si se despierta espontáneamente y se levanta puede hacerlo normalmente.
- f) Existen otras técnicas de modificación conductual como la “práctica positiva y la sobrecorrección”, que consisten en que el niño si moja las sábanas, se levante a cambiar la cama y lavar sus ropas de noche.
- g) Otra variante terapéutica que se ha empleado son los dispositivos de alarma, consisten en sensores a la presencia de líquidos, los cuales van conectados a un sistema de alarma, la cual suena para despertar al paciente en el momento en que la orina alcanza dicho sensor.

De todas estas técnicas la más eficaz y menos traumática es la de economía de fichas. No obstante, aunque es necesario poner en marcha la técnica, **lo más importante es contar con el apoyo y cooperación de los padres.**

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Bragado, M.C. (1981). Consideraciones metodológicas sobre los tratamientos conductistas de la enuresis. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 399-426.
- Bragado, M. C. (1990). Evaluación y tratamiento de un caso de encopresis secundaria. En F. X. Méndez y D. Maciá (Coords.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp. 254-278). Madrid: Pirámide.
- Bragado, M.C. (1994). *Enuresis infantil: un problema con solución*. Madrid: Eudema.
- Del Barrio, M. V. (1984). *Temas de psicopatología infantil (Trastornos Menores)*. Valencia: Promolibro.
- Santacreu, J. (1985). Enuresis: evaluación y tratamiento. En J.A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y Modificación de la conducta II (Vol.2, pp. 149-176)* Madrid: UNED.
- Toro, J. (1992). *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Yates, A. (1977). *Teoría y práctica de la terapia conductual*. México: Trillas (orig. 1975).





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 AGOSTO DE 2009

- Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problema. Behavior Therapy, 22, 133-151.

#### Autoría

---

- Nombre y Apellidos: María Villanueva García
- Centro, localidad, provincia: C.E. I. P. Ntra. Sra. Del Rosario, Cortes de la Frontera, Málaga
- E-mail: v.g.maria@hotmail.com