

EFFECTIVIDAD DE LA PRÁCTICA POSITIVA Y SOBREAPRENDIZAJE EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS NOCTURNA

M. José Rodríguez-Parra

Departamento de personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Educación y Humanidades de Ceuta. Universidad de Granada.

RESUMEN

En el presente estudio se describe el caso de una paciente de 8 años de edad, cuya conducta problema, demandada por la madre, fue la de enuresis nocturna simple. Se utiliza para su eliminación técnicas propias de Modificación de Conducta (práctica positiva y sobreaprendizaje), con un resultado ampliamente satisfactorio 14 meses después de finalizada la intervención. Datos previos señalan que el método de alarma o variaciones del mismo, es el tratamiento de elección para corregir la enuresis simple. Sin embargo, los resultados obtenidos en este caso que presentamos indican la eficacia del programa conductual y creemos que podría ser una alternativa al método de alarma, sobre todo cuando los padres están fuertemente implicados en el tratamiento, como es éste el caso.

Palabras clave: ENURESIS NOCTURNA, PRÁCTICA POSITIVA, SOBREAPRENDIZAJE.

SUMMARY

This study describes the procedure used with a nocturnal enuretic child. The child, a girl 8 years old, was treated with a behavioral program consisting of overlearning and positive practice. The outcomes is extensively satisfactory 14 months after the interventions. Previous results showed that the urine alarm method, alone or with additional techniques, is the treatment of choice to cure definitively simple enuresis. Nevertheless, present results show a effective behavioral program without urine alarm method.

Key-words: NOCTURNAL ENURESIS, POSITIVE PRACTICE, OVERLEARNING

INTRODUCCIÓN

La enuresis nocturna (EN) es un trastorno que afecta a una gran parte de la población infantil. La mayoría de los niños logran el control del esfínter de un modo automático entre los tres y los cinco años de edad. En la adquisición del control urinario no solo está implicada la madurez fisiológica alcanzada, sino también las pautas que siguen los padres para ayudar a la adquisición de dicho hito evolutivo y el momento en el que se realiza este aprendizaje. Tal y como plantea Del Barrio (1984), parece que lo más oportuno en cuanto a los problemas de enuresis sería "la prevención que se logra al cuidar el proceso madurativo, por un lado, y entrenar al niño en un control correcto y oportuno de esfínteres".

Aunque es habitual diferenciar entre enuresis nocturna primaria y secundaria, lo cierto, es que esta distinción es poco útil, pues ambos tipos de enuréticos responden igual al tratamiento (Houts, Berman y Abramson, 1994). Sí existe otra clasificación más útil de cara al pronóstico, así en los últimos años se ha impuesto la distinción entre enuresis simple y complicada. La primera se emplea para designar aquel tipo de enuresis que no se acompaña de otros

síntomas miccionales diurnos y la segunda, también llamada síndrome enurético, aquel que co-ocurre con algunos de estos síntomas.

Con respecto a la etiología no existe ningún modelo explicativo de amplio consenso, aunque es evidente que el problema de base estriba en una alteración del control del esfínter vesical y que este control pasa por un proceso de aprendizaje, existiendo al nacer sólo la respuesta incondicionada de su relajación ante una cierta presión intravesical. Los datos sobre etiología más indiscutibles hacen referencia a la predisposición genética, el 52% de los enuréticos cuentan con antecedentes familiares de enuresis, frente al 7% sin antecedentes (Bragado, 1999). Las pautas educacionales también se consideran importantes, pues se observa una mayor frecuencia del trastorno en niños criados en orfanatos o en ambientes familiares desfavorables y deprimidos (Rutter y Hersov, 1985).

En cuanto al tratamiento, son varios los procedimientos que se han empleado para tratar la enuresis nocturna. Entre ellos, los más comunes han sido la terapia farmacológica con imipramina, entrenamiento en retención, entrenamiento en cama seca (Azrin y Fox, 1979) y entrenamiento con alarma (Seiger, 1952). Quizás el procedimiento más difundido e investigado para tratar este problema ha sido el método de alarma o variaciones del mismo, considerado como el tratamiento de elección más eficaz para corregir la EN simple (Houts, Berman y Abramson, 1994; Moffat, 1997; Rosa, Sánchez, Olivares y Marín, 1998; Bragado, 1999). Sin embargo, distintos autores (Bados, 1985; Godoy y Cobos, 1990; Cobos y López, 1992), proponen el uso de un conjunto o paquete de técnicas conductuales, como método más efectivo para la supresión del trastorno. Especialmente, en aquellos casos en que los padres estén fuertemente implicados en el establecimiento del programa terapéutico.

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente de 8 años de edad, cuya conducta problema, demandada por la madre, fue la de enuresis nocturna simple, si bien también presentaba problemas en el rendimiento escolar. Se utiliza para su eliminación técnicas propias de Modificación de Conducta con un resultado ampliamente satisfactorio, 14 meses después de finalizada la intervención.

MÉTODO

Sujeto

A. es una niña de 8 años de edad (con una hermana de 5). Su familia es de clase media-baja, el padre albañil y la madre ama de casa; ambos tienen alrededor de unos 30 años.

La madre acude a la consulta debido a la conducta de enuresis de A. Conducta que le preocupa dada la edad de la niña, además de considerar que es una limitación para algunas de sus actividades, pues no puede dormir fuera de casa, por lo que la paciente se siente bastante motivada hacia el tratamiento.

Según la información de la madre, el parto fue sin problemas y no ha padecido enfermedades importantes. Ha tenido un desarrollo evolutivo normal y destacable en el área del lenguaje. Según describe su madre, es una niña afectuosa y sociable.

En el área escolar no presenta dificultades especiales aunque la madre, recibe notas de la maestra donde dice que no trabaja en clase y que hay que estar muy pendiente de ella para que lo haga.

En el área familiar, el matrimonio dice no tener dificultades de pareja; sin embargo sí suelen presentar discrepancias respecto a las pautas educativas a seguir con las hijas. Dicen que suelen premiarla cuando "hace algo bien".

Procedimiento

a) Diseño

Se programó un diseño A-B con medidas en las fases de línea base (A), tratamiento (B) y seguimiento. De manera que la secuencia temporal de todo el proceso de intervención resultó como sigue: tres semanas de línea base, puesta en marcha del tratamiento (14 semanas) y seguimiento (2,6 y 14 meses tras finalizar el tratamiento).

La terapeuta no tuvo contacto con la niña, todo el proceso se llevó a cabo contando únicamente con la colaboración materna.

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 la vejiga, a fin de conocer la línea base antes de iniciar el tratamiento.

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

Antecedentes de la conducta enurética y otras respuestas implicadas:

La niña adquirió el control nocturno de la orina cuando tenía 3 años, comenzando a tener algunas noches secas, por lo que se le retiraron los “dodotis”. La madre preveía un desarrollo rápido, pero coincidiendo con el nacimiento de la hermana dejó de tener esas noches secas, estancándose el proceso de aprendizaje, dado que mojaba la cama a diario, hasta el momento de acudir a consulta. Nos informa también de que la cantidad de orina es abundante, pues moja la sábana aún con pañal.

La enuresis es únicamente nocturna, ya que durante el día controla adecuadamente. Sin embargo, presenta síntomas de urgencia durante el día, indicándonos que la capacidad de la vejiga puede no ser la adecuada. Es capaz de cortar o iniciar el flujo de orina a voluntad, lo que sugiere que sufre una enuresis de tipo simple (sin trastorno orgánico).

Antecedentes familiares y actitud de los padres ante el problema:

No existen antecedentes directos, ninguno de los padres padeció enuresis de pequeño. Aunque la madre desconoce si algún familiar tuvo dicho problema.

La madre está preocupada y desea encontrar una solución eficaz. El padre le concede menos importancia porque 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 una buena actitud ante el tratamiento.

Actitud de la niña:

Dice que no se da cuenta, oculta el problema y cuando no se ha mojado alguna vez, o lo hace en poca cantidad, se pone muy contenta.

Tratamientos anteriores

La madre ha probado diversos métodos para tratar de controlar la enuresis. En una primera etapa utilizó un programa de reforzamiento continuo, donde reforzaba materialmente (con premios pequeños) cada noche seca. Otras estrategias consistieron en despertarla a media noche para que hiciera pis en el baño y limitar la ingestión de líquidos durante la cena.

Respecto al comportamiento paterno ante los episodios de enuresis, cabe destacar lo siguiente: al principio le regañaban, diciéndole que "ya era mayor", que "tu hermana pequeña ya no se hace pis y ella sí, debería darle vergüenza", y frases por el estilo. Pero ya no hacen ningún comentario en relación al tema.

Durante todo este tiempo, la madre es la que se levanta en mitad de la noche para comprobar si la niña está mojada. Si lo está, la suele cambiar sin que se llegue a despertar del todo. Pues nos dice que A. tiene un sueño bastante profundo.

Todos estos intentos han resultado infructuosos, posiblemente porque ninguno de ellos se llevó a cabo de una manera consistente.

Pruebas médicas

Se le realizaron análisis de sangre y cultivo de orina. En la analítica no se detectó ninguna anomalía, encontrándose valores normales en todos los parámetros investigados.

Línea base

Se estableció en tres semanas, aunque la duración más aceptable es de dos semanas, a fin de obtener un número mayor de observaciones que permitieran apreciar la estabilidad de las respuestas objetivo. La frecuencia base de la eliminación se encuentra en el gráfico n. 1:

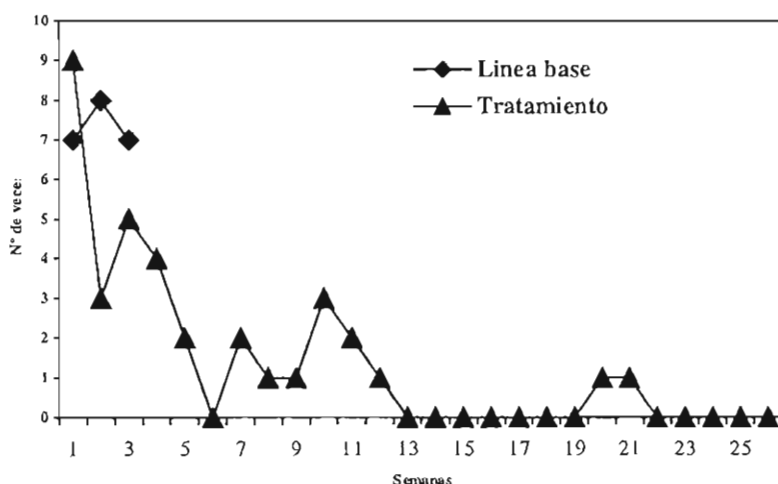


Gráfico 1.- Evaluación de la frecuencia de enuresis antes y durante la intervención

Los registros indicaron una frecuencia media de episodios enuréticos por semana de 7.4 (rango 7-8). El gráfico indica el número de veces por semana que realiza la micción durante la noche en la cama. Obsérvese que la niña se moja diariamente al menos una vez.

HIPÓTESIS

Una vez recogidos todos los datos se estableció la siguiente hipótesis (ver tabla 1)

Tabla 1.- Hipótesis explicativa de la conducta enurética

Estímulo fisiológico	Organismo	Respuesta fisiológica	Consecuencias
Presión de la orina durante la noche	Historia de aprendizaje	Micción nocturna	Mayor preocupación de los padres: R+. Uso pañales: evita tener que levantarse: R-.

Ante la presión de la orina en la vejiga durante la noche, y mediado por la historia de aprendizaje, se produce la micción en la cama; esta conducta es menos aversiva que tener que levantarse debido a las atenciones que recibe de la madre (ésta se levanta dos veces durante la noche para ver si está mojada) y la preocupación que causa en ella.

Por otro lado, el uso de pañales está actuando como refuerzo de la conducta enurética: el pañal pretende ser un intento de control de la conducta por parte de los padres y, aunque no consiguen eliminarla, sí consiguen que se mojen totalmente las sábanas y tener que lavarlas diariamente. Todo esto evita que el niño se implique directamente en la responsabilidad que tendría su conducta en cuanto a limpieza de ropa.

Como se puede observar, se detectan dos aspectos fundamentales que favorecen actualmente el mantenimiento de la conducta: de un lado el refuerzo positivo que supone la atención que proporcionan los padres a la respuesta enurética y de otro lado, el refuerzo negativo que supone el no realizar una serie de conductas que debería hacer la niña y que no lleva a cabo porque le resultan desagradables y porque los padres tampoco le dan oportunidad para ello.

En este caso concreto, la hipótesis que sostienen algunos autores (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 de la hermana 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, la niña experimenta los celos normales en esta situación y los superó sin dificultad.

TRATAMIENTO

Objetivos terapéuticos

Una vez analizados los resultados de la evaluación nos propusimos los siguientes objetivos terapéuticos.

- Eliminar el desacuerdo entre cónyuges respecto a pautas educativas, ya que inciden negativamente en la conducta de los hijos
- Eliminar enuresis nocturna

Antes de comenzar con la intervención, y dado que la que iba a actuar de coterapeuta activa era la madre, se procuró que ésta comprendiera y valorara la importancia de su actuación y contar con su total colaboración, en lo que manifestó estar de acuerdo.

También se recogió información del nivel de motivación de la niña para controlar la enuresis, el cual parecía ser muy alto, así como de posibles recursos terapéuticos que emplearíamos a lo largo de la intervención: refuerzo materiales que le gustaban, refuerzos sociales, actividades, etc.

La evaluación del caso nos sugirió que el tratamiento más adecuado para conseguir instaurar de forma estable las respuestas de inhibir la orina y despertar ante el estímulo de plenitud vesical era la aplicación de un programa conductual.

El conjunto de técnicas que constituyeron la intervención terapéutica fue seleccionado teniendo en cuenta las características de la

familia, del sujeto, los recursos terapéuticos y el tiempo (Gavino, 1988; Godoy y Cobos, 1990).

El programa presenta rasgos comunes con el entrenamiento que propone Azrin y Fox (1979), además de técnicas operantes propias de la modificación de conducta: programa de economía de fichas (contrato), y refuerzo social positivo.

Desechamos el método de alarma porque la madre iba a estar fuertemente implicada en la intervención, y puesto que, consideramos que el origen del problema podría ser una falta de consistencia en las pautas educativas de los padres, la utilización de un programa conductual nos pareció lo más apropiado.

Decidimos también realizar un entrenamiento en retención porque, aunque la niña controlaba adecuadamente la micción diurna, aguantaba muy poco una vez que sentía la necesidad, presentando síntomas de urgencia. Dicho entrenamiento le servía para aumentar su capacidad vesical, así como para controlar voluntariamente la micción.

Tabla 2.- Esquema resumen del tratamiento utilizado

Técnicas	Objetivos
Instrucciones terapéuticas a los padres	Explicar a los padres cómo deben aplicar las pautas.
Programa de economía de fichas y contrato terapéutico. Refuerzo social	Motiva a la niña a permanecer seca y a participar en el proceso
Retención voluntaria de orina	Aumenta la capacidad funcional de la vejiga e incrementa el control sobre su propia orina.
Sobrecorrección de respuesta.	Fomenta la responsabilidad de la niña en el proceso y la toma de conciencia de las consecuencias de mojar la cama.
Práctica positiva	Entrena a la niña en la ejecución de la conducta correcta (ir al baño)
Sobreaprendizaje	Incrementa la producción de orina nocturna, produciendo más ensayos y fortaleciendo las respuestas condicionadas.

Con toda esta información pasamos posteriormente a la elaboración de un programa terapéutico formado por las siguientes técnicas: instrucciones terapéuticas a los padres, economía de fichas y contrato, refuerzo social, retención voluntaria de orina, sobrecorrección de respuesta, práctica positiva y sobreaprendizaje (ver tabla 2).

La ingestión extra de líquido (sobreaprendizaje) se empleó para aumentar 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, haciéndolas más resistentes a la extinción y previniendo las recaídas.

La práctica positiva, aunque se trata de una técnica de castigo, 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 (Bragado, 1983). Puesto que la niña contaba con 8 años de edad, se aconsejó que realizara unos 10 ensayos de práctica positiva.

En cuanto al entrenamiento en limpieza (sobrecorrección de respuesta), tenía como objeto fomentar la responsabilidad de la niña en el proceso y que tomara conciencia de los inconvenientes que se derivan de mojar la cama.

Tabla 3.- Revisiones realizadas en el contrato a lo largo del tratamiento

1ª semana de tratamiento 3 puntos por noche seca
De la 2ª semana – 7ª semana 1 punto por noche seca Se introduce coste de respuesta en 3ª semana
De la 8ª semana-fin de tratamiento 1 Punto por 3 noches secas

Por último, se aplicó reforzamiento social (alabanzas, besos, elogios, etc) y material por mantener la cama seca y despertarse espontáneamente a orinar. Para evitar posibles "olvidos", se decidió que hicieran un pacto escrito (contrato) con la niña en el que especifi-

caran con claridad los reforzadores de apoyo que podía obtener, llegando a los siguientes acuerdos (ver tabla 3): 4 puntos = un regalo por valor de 100 pts., 8 puntos = 2 pliegos de cromos antiguos, 10 puntos = 1 libro para colorear, 20 puntos = ir a parque infantil cerrado.

A fin de que la niña tuviera constancia de los avances, se puso a su disposición un calendario grande en el que, al levantarse, debía pintar una cruz si no se había hecho pis.

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, se hace pis (si/no), nº de ensayos de práctica positiva y actitud, y colaboración en el cambio de cama y ropa (nada, poco, normal).

Desarrollo terapéutico

En primer lugar se llevó a cabo una primera sesión en la que se le explicó a la madre los principios básicos de modificación de conducta, solucionando sus dudas y utilizando ejemplos de su propia experiencia. En esta sesión se le aconsejó que eliminara los pañales, aunque podía conservar las sábanas de plástico. El padre, por cuestión de trabajo, no pudo asistir, siendo su esposa la encargada de comunicarle todo lo hablado en la sesión informativa.

En la segunda sesión, ya se le explica de forma detenida, el entrenamiento para el control de orina, que a continuación exponemos.

ENTRENAMIENTO PARA EL CONTROL DE ORINA **FASE I. ENTRENAMIENTO INTENSIVO**

Esta fase se lleva a cabo únicamente durante el primer día de entrenamiento, por la tarde y noche.

A) RETENCIÓN VOLUNTARIA DE LA ORINA:

- Por la tarde, cuando la niña llegue del colegio se le pedirá que vaya al baño aunque no tenga ganas.
- Beber mucho líquido toda la tarde, comer también en la merien-

da alimentos salados para aumentar la necesidad de beber.

- Cuando tenga muchas ganas de hacer pis que lo diga en voz alta, pero sólo cuando tenga verdadera necesidad.
- Hacerle aguantar 2 minutos más desde que pida ir al baño. Cada vez aumentar 2 minutos el tiempo de espera hasta un máximo de 30 minutos, periodo que se mantendrá si la niña pidiera orinar alguna otra vez.
- Reforzarla verbalmente por aumentar el tiempo de retención, inmediatamente antes de orinar.
- Al orinar, cortar y continuar repitiendo el ciclo hasta que termine.
- Tras cada micción, ofrecerle otro vaso de agua.

B) PARA CONSEGUIR QUE NO MOJE LA CAMA:

1) 1 Hora. ANTES DE ACOSTARSE

Se le explica a la niña que en caso de mojar la cama hará lo siguiente (y que lo haga):

- 1) Se acuesta con el pijama, luces apagadas
- 2) Cuenta hasta 50
- 3) Enciende la luz, se levanta, va al baño e intenta orinar
- 4) Regresa a la cama, apaga la luz y comienza a contar de nuevo
- 5) Así 10 veces (10 paseos)

2) EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE:

- 1) Se le da 1 vaso de agua. Que beba todo lo que quiera en la cena.
- 2) Se le pide que repita en voz alta lo que hará si moja la cama
- 3) Se le anima a que esta noche lo conseguirá
- 4) Se dispone a dormir.

C) SE DESPIERTA CUANDO LOS PADRES SE VAN A DORMIR Y A LAS 4 DE MADRUGADA:

- SI LA CAMA ESTÁ SECA:

- 1) Se le despierta con suavidad, se levanta y va al baño para hacer pis. Se le da un vaso de agua.

- SI LA CAMA ESTÁ MOJADA:

- 1) Se le despierta con suavidad, va al baño. Se le reprende verbalmente por haber mojado la cama.
- 2) Entrenamiento en limpieza: lavarse, cambiar pijama, quitar sábanas, poner otras (todo ella sola).
- 3) Hacer la práctica positiva descrita en B) 1)
- 4) Se le recuerda que mañana, antes de dormir, también hará los paseos por haberse hecho pis.

FASE II: ENTRENAMIENTO POSTERIOR

Esta fase comienza a la noche siguiente en que se ha realizado el entrenamiento intensivo y se mantiene hasta que la niña consiga 14 noches secas consecutivamente.

A) ANTES DE ACOSTARSE:

1. Si se orinó la noche anterior, 10 veces los paseos al baño.
2. Se le recuerda que si se orina, realizará los hábitos de limpieza.
3. La niña repite las instrucciones en voz alta con el fin de recordarlas.

B) LIMPIEZA DURANTE LA NOCHE:

1. Se comprueba si está seca o no cada hora, desde que se acueste hasta la 1 de la madrugada.
2. Si la cama está mojada:
 - a) Se despierta, va al baño, entrenamiento en limpieza
 - b) 10 paseos al baño, como describimos anteriormente
3. Si en las comprobaciones, la niña está seca, se le despierta:
 - a) Se le refuerza, va al baño para hacer pis.
4. Después de cada noche seca, las comprobaciones (cada hora hasta la 1) van disminuyendo de 30 en 30 minutos. Por ejemplo: después de la 1ª noche seca, se comprueba la cama hasta las 12:30, después hasta 12, etc. Si estuviera mojada, se despierta y se procede como en el apartado B.2.

5. Dejan de despertarla cuando al ir reduciendo 30 minutos cada noche seca coincida con que ha transcurrido una hora desde que se acostó.

C) POR LA MAÑANA:

1. La madre comprueba la cama 1/2 h. antes de levantarla
2. Si la cama está seca: la refuerza, la deja en la cama y le da Ficha.
3. Si la cama está mojada: la reprende por estar mojada y le recuerda qué debe hacer en esa media hora: entrenamiento en limpieza, 10 paseos al baño y recordarle que esa noche antes de dormir debe repetir los paseos al baño.

Nota: Continuar esta fase hasta que se haya conseguido el objetivo deseado de 14 noches secas consecutivas.

RESULTADOS

Como puede apreciarse en el gráfico 1, las primeras noches secas comienzan a tener lugar a partir de la segunda semana de tratamiento. Y las primeras 7 noches secas seguidas, tuvieron lugar en la sexta semana. La enuresis no se consideró controlada hasta que estuvo 14 días consecutivos sin mojar la cama, lo cual ocurrió tras 14 semanas de tratamiento.

En un seguimiento a los 2 meses, el resultado fue de sólo 2 noches mojada. A los 6 y 14 meses de finalizar el tratamiento, la enuresis continuó controlada en su totalidad.

DISCUSIÓN

Los esfuerzos invertidos durante décadas en el estudio de la enuresis han permitido avanzar en precisión diagnóstica así como en su evaluación. Sin embargo, en el terreno del tratamiento, pese a que durante años se viene trabajando para identificar tratamientos eficaces, permanecen aún numerosos interrogantes.

Las abundantes investigaciones realizadas con el objetivo de probar la eficacia de distintas alternativas terapéuticas, evaluando, bien de

forma independiente o bien combinada, los fármacos administrados y las técnicas conductuales aplicadas han aportado únicamente resultados discretos.

En suma, las iniciativas terapéuticas emprendidas para tratar este trastorno infantil, han de tener en cuenta cuales son los criterios que deben guiar la selección de los métodos terapéuticos más adecuados en cada caso de enuresis.

De este modo, descartado el tratamiento de elección único, todos los indicios aconsejan diseñar y planificar el programa terapéutico a partir del análisis exhaustivo de cada caso y de las situaciones ambientales específicas en las que se exigen las respuestas apropiadas. La implicación activa de los padres en el tratamiento responde a este objetivo y refleja los intentos de garantizar la consolidación de los beneficios terapéuticos. Sin embargo, cuando el peso de la intervención descansa exclusivamente en los adultos, los resultados dependen en gran medida del interés, competencia y colaboración entre padres y terapeuta. En ocasiones, aquéllos fracasan al llevar a cabo los programas conductuales diseñados para su aplicación en casa, no cumplen las instrucciones del terapeuta o intentan actuar de acuerdo con normas no programadas.

El caso que hemos expuesto es un ejemplo claro en el que la inhabilidad de los padres y la falta de consenso en cuanto a pautas educativas, tienen como consecuencia alteraciones en la conducta de los hijos.

Los resultados obtenidos nos reafirman en la eficacia del programa para curar la enuresis nocturna simple, y creemos que es una alternativa al método de alarma. El hecho de que la frecuencia de enuresis mejorara al introducir el tratamiento nos hace pensar que los cambios operados en ella se deben con toda probabilidad al efecto del mismo. Así, la media de noches mojadas se redujo de 7.4 en la línea base, a 4.6 en las cinco primeras semanas de tratamiento, 1.4 de la 6ª a la 10ª semana, y 0.6 de la 11ª a la 15ª semana de tratamiento. Por otro lado, la ausencia de recaídas durante los 14 meses de seguimiento, permite suponer que la enuresis se ha resuelto definitivamente.

En definitiva, creemos que el tratamiento conductual de la enuresis podría constituirse la alternativa más eficaz cuando los padres están

fuertemente implicados en la intervención del hijo y ésta se lleva a cabo de forma sistemática. Ahora bien, dicha alternativa refleja numerosos interrogantes aún por resolver. Las cuestiones pendientes se relacionan bien, con las condiciones de aplicación de las técnicas terapéuticas, bien con el contenido de los programas terapéuticos, o con el alcance (medio, largo plazo) de los beneficios. En cualquier caso, las líneas de investigación abiertas han de profundizar en el futuro en las propuestas que abogan por tratamientos individualizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Azrin, N.H. y Fox, R. M.** (1979). *El control de esfínteres*. Barcelona. Fontanella.
- Bados, A.** (1985). ¿Es necesario el aparato de alarma en el tratamiento de la enuresis secundaria?. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3 (2), 165-178.
- Barrio, M.V. del** (1984). *Temas de psicopatología infantil. Trastornos menores*. Valencia. Promolibro.
- 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.
- Cobos, P. y López, C.** (1992). Un caso de enuresis-encopresis. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (60).
- Gavino, A.** (1988). Problemas conceptuales y metodológicos en los tratamientos psicológicos: Asertividad, Habilidad y Competencia Social como ejemplo. En : A. Fierro (comp.). *Psicología Clínica. Cuestiones actuales*. Madrid. Pirámide.
- Godoy, A. y Cobos, M.P.** (1990). Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En: F. Mendez y D. Macia (Coord). *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid. Pirámide.
- 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.
- 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.

- 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.
- Rutter, M. y Hersov, L. (1985). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford. Blackwell.
- Seiger, H. W. (1952). Treatment of essential nocturnal enuresis. *Journal of Pediatrics*. 49, 738-749.

