

## **ENURESIS EN SUJETOS ADULTOS REVISIÓN Y CASO CLÍNICO**

**P. Cobos Álvarez (\*)**  
**A. Regueiro Ávila (\*\*)**  
**Y. Casado Martín (\*\*\*)**

(\*) Profa. del Dpto de Psicología Social y de la Personalidad. Universidad de Málaga.

(\*\*) Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga.

(\*\*\*) Instituto Clínico Psicopedagógico. Málaga

### **RESUMEN**

*Se presenta una revisión de la bibliografía sobre la enuresis y sobre la enuresis en sujetos adultos. Se incluye la evaluación, tratamiento y seguimiento de una mujer sana, sin ninguna psicopatología asociada que presentaba enuresis nocturna secundaria y urgencia miccional e incontinencia diurna.*

*Para la consecución de los objetivos terapéuticos se emplean técnicas cognitivas y conductuales. El resultado es ampliamente satisfactorio eliminándose las conductas problema e incrementándose marcadamente el sentimiento de autoeficacia.*

**Palabras clave:** ENURESIS, ENURESIS EN ADULTOS, MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, AUTOEFICACIA.

### **SUMMARY**

*A bibliographic review on enuresis and specifically on enuresis in adults subjects is presented. It is included the evaluation, treatment and follow up a healthy women, without any psychopathology*

*associated, who presented a night secondary enuresis and miccional urgency and a day incontinence.*

*Cognitive and behavioural techniques are used for acquisition of therapeutic aims. The outcome is widely satisfactory, being removed the behaviour problem and being increased markedly the self-efficiency feeling.*

**Key words:** ENURESIS, ADULT ENURESIS, BEHAVIOR MODIFICATION, SELF-EFFICIENCY.

## INTRODUCCIÓN

Cuando se trata de abordar el tratamiento de la enuresis, son muchas las publicaciones y revisiones que ponen de manifiesto tanto la incidencia del problema en poblaciones infantiles como la variedad de tratamientos empleados, la eficacia de los mismos o el peso de alguno de los componentes de los paquetes terapéuticos empleados. No ocurre así cuando este trastorno se da en población adulta. ((Rosa Alcazar et al, 1998; Butler, 1987; Kaplan y Busner, 1993; Giles, 1993; Rajigah, 1996; Kelleher, 1997; Bethencourt et al., 1997; Graña y Carrobes, 1980; Butler, 1987; Cáceres, 1993; Rosa Alcázar et al., 1998; Rodríguez et al., 1983; Rosenthal, 1991; Bragado 1994; Bragado y García, 1988; Cáceres, 1980; Escudero, 1984; Moffatt, 1997; Von Gontard y Lehmkuhl, 1997; Bollard y Nettelbeck, 1995; Warzak y Friman, 1994; Houts, Berman y Abramson, 1994; Ronen, Rahav y Gozner, 1995)

Consultadas las bases de datos (ISOC, ISBN, PSYCLIT) son escasas las publicaciones que se centran sobre la población adulta. Resumiremos a continuación los aspectos más significativos de las mismas:

Respecto a la *incidencia* de la enuresis en población adulta son escasos los trabajos que la abordan. No obstante, resulta de interés que el estudio epidemiológico más antiguo (Levine, 1943) detectara en una población de reclutas americanos una proporción de 1.2% de varones enuréticos de entre 17 y 27 años. Otros trabajos sitúan esa tasa bastante por debajo, en concreto, en un 0.19% de una población de reclutas holandeses (Biegger, 1954).

Otras revisiones más recientes (Toro, 1992) ponen de manifiesto que el porcentaje de enuréticos a los 15 años es de 2.6% (Rahim y Cederblad, 1986), a los 16 de 1.2% (Sánchez Chapado y cols., 1983) y a los 20 de 3% (Forsythe y Redmon, 1974). En los estudios anteriores, todos ellos referidos a enuresis nocturna, los sujetos pertenecían mayoritariamente al sexo masculino. Este dato es confirmado por la casi totalidad de los autores.

Respecto a la *enuresis diurna* son aún más escasos los datos epidemiológicos, ya que está muy poco estudiada. No parece haber ningún estudio serio acerca de la prevalencia de la enuresis diurna por edades, tal como se encuentra en la enuresis nocturna. Sin embargo, los datos apuntan a que ésta, que es mucho menos frecuente que la nocturna (Hallgren, 1957; Notschaele, 1964; Zaleski y cols., 1973; Devlin y O' Cathain, 1990), es claramente mayoritaria en el sexo femenino (Halliday y cols., 1987; Hallgren, 1957).

Respecto a las *características* de la población adulta enurética, es frecuente que los sujetos estudiados padezcan además algún tipo de retraso mental (Wilder y cols., 1997; Uchida, 1987; Uchida 1987; Mohr y Sharpley, 1988), enfermedad mental y sensorial (Luiselli, 1987) o daño cerebral (Papworth, 1989).

Los *tratamientos* aplicados se pueden agrupar en dos grandes bloques: 1. farmacológicos (Kupfersmid, 1989; Orsulak y Waller, 1989; Miller, 1993; Belmaker y Bleich, 1986; Gillman y Sandyk, 1985; Goodman y Charney, 1985; Costa et al., 1990), entre los que resultan eficaces la desmopresina (Jeffries y Al-Jeshi, 1996; Katz et al., 1997) y el clorhidrato de Imipramina (Tofranil) (MacLean, 1960); y 2. psicológicos, siendo la mayoría de ellos de orientación conductual.

Con respecto a los tratamientos farmacológicos, parece ser que el más utilizado (García, 1997) es el clorhidrato de imipramina (Tofranil) un antidepresivo con el que se consigue el mayor porcentaje de remisión: entre el 40 y el 70%, si bien, una vez finalizado el tratamiento, el porcentaje de recaídas también es muy elevado: entre el 70-90% en el plazo de un año (Blackwell y Currah, 1973).

Otro tratamiento frecuentemente utilizado y, en ocasiones, con éxito (Katz et al., 1997; Jeffries y Al-Jeshi, 1996) es la administración de la hormona antidiurética artificial Desamino-D-Arginina-Vasopresina (DDAVP), aunque con porcentajes de remisión inferiores al anterior:

una media del 37% durante su administración (Kaplan y Busner, 1993) y con porcentajes de recaídas muy importantes: entre el 43% y el 100% cuando se suspende la administración (Houts, 1991).

En el caso particular de la enuresis diurna se ha utilizado prácticamente lo mismo que en la nocturna, pero en concreto, Meadow y Berg (1982) compararon la imipramina con un placebo sin hallar diferencias significativas entre ambas sustancias, obteniéndose mejoras en torno al 80% de la población tratada. De hecho, parece que los resultados más eficaces en estos casos se consiguen con la administración de oxibutinina (Aubert y cols., 1986; Homsy y cols., 1985; Mc Lorie y Husmann, 1987).

Con respecto a los tratamientos psicológicos, los más frecuentemente usados son los siguientes: a) Entrenamiento en cama seca con o sin variaciones, generalmente con sujetos con algún tipo de retraso (Papworth, 1989; Uchida, 1987; Uchida, 1987; Van-Son, Mulder y Van-Londen, 1990; Korrelboom y Kernkamp, 1988; Wilder y cols., 1997) y frecuentemente combinado con algún otro tratamiento (Psicoterapia, Técnicas de Autocontrol). b) Tratamiento cognitivo-conductual combinado con control de retención y feedback visual de la capacidad vesical (Hara y cols., 1993). c) Método de alarma combinado con entrenamiento asertivo (Serrano-Pintado, 1991) o combinado con supervisión paterna (Kooijman y Bosch, 1986). c) Programas de condicionamiento (Stromgren y Thomsen, 1990). d) Más recientemente, se están usando técnicas poligráficas (Rogozea y Florea-Ciociu, 1986, 1986, 1985) e hipnosis combinadas con asesoramiento familiar y técnicas comportamentales (Dowd, 1996; Oudshoorn, 1988; Lunardi, 1985).

La mayoría de los estudios citados carecen de seguimiento y/o de línea base por lo que, a pesar del éxito aparente de los tratamientos conductuales, no se puede concluir con certeza sobre la eficacia de los mismos ni sobre el peso que cada componente del paquete terapéutico empleado pudiera tener. Hay que destacar no obstante, el seguimiento de 7 meses que aporta Luiselli (1987) sobre la efectividad del tratamiento empleado (refuerzo positivo por orinar en el váter, autoinstrucciones e instrucciones externas); el seguimiento de 3 y 6 años realizado por Van-Son y cols. (1995) en el que igualmente pone de manifiesto la efectividad de su tratamiento con

7 adultos enuréticos primarios y con 2 adultos enuréticos secundarios (en este estudio se observa que a los 6 años de finalizado el tratamiento, todos los sujetos, excepto uno, eran continentes); el seguimiento de 3 y 6 meses que realiza Friman y Vollmer (1995) a una adolescente de 15 años tratada de enuresis diurna mediante el método de la alarma y el seguimiento de 3 meses que se realizó con un deficiente mental profundo de 21 años tratado con una versión simplificada de Azrin y Foxx (1971).

Un último aspecto a destacar, respecto a los tratamientos que se imparten con sujetos adultos, aunque en este caso referidos únicamente a la enuresis nocturna, es que incluso en el contexto médico, la mayoría del personal utiliza preferentemente métodos de tratamiento psicoconductuales (recompensas, alarma,...), antes que los fármacos (Vogel, Young y Primack, 1996) para el tratamiento de la enuresis funcional.

Respecto a la *efectividad de los tratamientos*, las publicaciones señalan que, en poblaciones infantiles, es el método de la alarma (Mowrer y Mowrer, 1938) con diferencia el más eficaz, hasta el momento (Yates, 1973; García, 1997; Houts et al, 1994; Houts et al., 1994; Mellon y Houts, 1995), más eficaz que la técnica de Azrin (Cáceres, 1980) y más eficaz que la de Kimmel (Graña y Carrobes, 1980). En población adulta no se ha realizado, hasta el momento, un estudio que permita identificar claramente la mayor eficacia de una técnica sobre otra.

Respecto a la *enuresis diurna*, es de interés el trabajo de Halliday y cols, 1987 en el cual se trató a un grupo de 45 enuréticos con una edad media de 8.5 años (rango 5-13) con alarma contingente (80% de remisiones totales) y no contingente (68% de remisiones totales) sin que hubiera diferencias significativas entre ambas modalidades.(en este trabajo, de los 45 sujetos tratados 35 eran niños). A los 6 meses de concluido el tratamiento sólo habían recaído un 7% de los casos. Al cabo de un año el número de recaídas había afectado al 24%.

Por último, parece ser que los tratamientos cognitivos combinados con otras técnicas conductuales comienzan a demostrar su eficacia (Hara y cols., 1993) y, en algún caso, se presenta el componente cognitivo del paquete terapéutico como el más efi-

caz para un grupo de 77 sujetos de entre 7 y 24 años (Ronen y Wozner, 1995). Más eficaz aún que el componente de la alarma.

Utilizando como marco de referencia todo lo anterior, presentamos el caso de una mujer con enuresis secundaria de 29 años, sin ningún trastorno mental ni físico ni sensorial asociado, de estado civil separada y que desarrolla un trabajo del sector hostelería.

Los objetivos planteados se resumirán en los siguientes:

1. Comprobar la eficacia de un paquete terapéutico formado por técnicas cognitivas y conductuales combinadas con la técnica de retención (Kimmel y Kimmel, 1970) y con el entrenamiento en control del esfínter, para el tratamiento de la enuresis secundaria en una mujer adulta sana.
2. Aportar datos de seguimiento que permitan concluir si tal eficacia se mantiene en el tiempo.

Se utilizan técnicas cognitivas dado que la sujeto es una mujer sin ningún problema ni retraso mental. Se eligió la técnica de entrenamiento en retención voluntaria (*Retention Control Training*), a pesar de que en niños no ha resultado de especial utilidad, para favorecer e incrementar la atención sobre las señales de llenado de vejiga. Se acompañó de entrenamiento en control del esfínter ya que algunos autores (Starfiel y Mellits, 1968) que la han recomendado como medida única afirman haber observado mejoras en el control de la micción y porque en el caso que nos ocupa, la paciente, una vez percibidas las primeras señales de llenado de vejiga, presentaba pérdidas frecuentes de parte de la orina durante el periodo de vigilia.

## MOTIVO DE CONSULTA

M. J. se orina en la cama por las noches, sobre todo cuando ha tenido un mal día o algún enfrentamiento familiar. Además se le escapan gotas de orina durante el día, a veces incluso se ha orinado encima. La paciente explica que acude muchas veces al cuarto de baño.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

- Primera entrevista del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Málaga. Sección Adultos.
- Entrevista de amplio espectro del SAP. Sección Adultos.
- Medidas de la capacidad funcional de la vejiga y de la capacidad vesical máxima.
- Autorregistros de la frecuencia de micciones nocturnas y diurnas, escape de gotas, tamaño de las manchas y situación estresante que asocia a la micción nocturna.

## **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

### **Historia familiar y social**

Nuestro sujeto es la mayor de cuatro hermanos de una familia de clase media - baja. Su padre maltrató física y psicológicamente a toda la familia durante varios años. Cuando murió la madre, ella contaba con 8 años, se desestructura la familia al no hacerse el padre cargo de sus hijos. Los abandona y tienen que ser recogidos por distintos familiares de la madre. A ella la recogieron unos tíos maternos que la trataron muy bien. Siguió manteniendo contacto con sus hermanos pero, desde entonces, las relaciones con su padre fueron nulas.

Define su infancia y adolescencia como épocas de confusión. Echaba de menos a su madre y hermanos. Le costaba mucho relacionarse con los demás y no tenía amigas, tendía a aislarse por su timidez. La adolescencia fue problemática por la actitud de su padre y las peleas típicas con sus tíos, ya que se define como muy «cabezota».

Se casó hace unos cinco años. El matrimonio duró poco tiempo, separándose legalmente hace tres años. Siguen viviendo en la misma casa, ya que él no tiene trabajo y vive a expensas de ella. Están tratando de vender el piso y separarse definitivamente ya que las relaciones son muy tensas y, a menudo, se producen conflictos entre ellos.

Su pareja actual es un amigo de su hermano unos años menor que ella. La relación es muy buena y tienen planes de casarse o

vivir juntos. Esta relación sólo la conoce su hermano, ya que M. J. no se atreve a contárselo a su familia y lo mantiene en secreto.

Trabaja de cocinera en hostelería, no tiene problemas en su trabajo y sus relaciones con compañeros son buenas.

Tiene un círculo de amistades amplio y no aparecen problemas en cuanto a redes y recursos sociales.

### **Hª Clínica**

M. J. Padeció enuresis primaria hasta aproximadamente los 16 años. Sus tres hermanos también tuvieron este trastorno hasta muy tarde. En su momento fueron al médico y se les recetó un medicamento que se administraba por vía nasal (posiblemente algún derivado de la Desmopresina). Todos controlaron la enuresis tras la medicación a excepción de M. J. a pesar de estar en tratamiento entre los 12 y 14 años. Entre 16 y 19 años comienzan a aparecer las primeras noches secas de una manera esporádica. En esta época llega a pensar incluso en la muerte. En parte, debido a su problema de enuresis y en parte, debido a las tensiones familiares diarias.

Su madre también padeció el problema de mayor, sobre todo incontinencia diurna.

Controló completamente por primera vez a los 19 años durante un año y medio que estuvo en tratamiento farmacológico a causa de un tumor benigno en el pecho que le produjo amenorrea. También disminuyó la urgencia diurna. Al cesar la medicación vuelven los episodios enuréticos prácticamente a diario.

Durante su noviazgo comienza a dormir esporádicamente con su novio y aparecen de nuevo las noches secas. Antes de casarse se hizo toda clase de pruebas médicas, aunque no se detectó ninguna anomalía ni problema orgánico. Tras la boda, controla completamente durante el primer año y, tras el inicio de conflictos con la pareja y pérdida de interés por la misma vuelven a surgir los episodios enuréticos. En principio con muy poca frecuencia e incrementándose cuando los conflictos empeoran.

En el momento de acudir a consulta la paciente informa de que se orina esporádicamente por las noches, normalmente de 5 a 6

veces al mes. Comenta que le suele ocurrir cuando tiene un día especialmente tenso o ajetreado, tiene algún conflicto familiar, tensiones en el trabajo o la menstruación. En estas ocasiones se pone muy nerviosa y angustiada. A veces permanece dos o tres meses sin mojar la cama, luego reaparece el problema. También informa que, cuando comienza una nueva relación, hace aproximadamente un año, disminuyen el número de episodios coincidiendo con los días en que duerme con su pareja.

Parece ser que las micciones ocurren entre los 60 y 80 minutos del sueño, que coincide con las fases de sueño profundo de ondas lentas, ya que las pocas veces que se ha despertado o le han avisado al producirse la micción corresponden a dicho intervalo de tiempo. Esto está en línea con los datos de Mikkestén y cols. (1980), que informan que, tanto en su estudio – con 40 sujetos enuréticos– como en la mayoría de los publicados, los episodios enuréticos parecen producirse exclusiva o mayoritariamente en esta fase del sueño. Otros autores, por el contrario, contradicen esta información. Ritvo y cols. (1969) informan que, en su estudio – de sólo 7 sujetos– la presencia de episodios enuréticos ocurría en momentos de activación, es decir, asociados al despertar o las fases I y II del sueño y que ésta podría estar asociada a psicopatología. Norgaard y cols. (1989) por su parte, demuestran en su estudio – con 31 enuréticos– que la distribución de los episodios enuréticos es totalmente fortuita, aunque la primera hora de sueño parece reunir más accidentes que las restantes.

Su problema de enuresis dificulta gravemente el dormir fuera de su casa. Cuando no ha tenido más remedio que pernoctar fuera. En ocasiones, ha llegado a permanecer toda la noche sin dormir. Otras veces, como por ejemplo yendo de acampada, también se ha orinado al quedarse dormida si la ha vencido el sueño.

En cuanto a la urgencia urinaria diurna, ésta se da con bastante frecuencia. Informa que va al baño cada 15 o 20 minutos. En cuanto detecta la primera señal de urgencia tiene la sensación de no poder aguantar más, a veces incluso se le escapan gotas y/o ha llegado a orinarse encima. Lleva siempre salva-slips y procura estar siempre cerca de un cuarto de baño. Ha llegado incluso a cambiar su ubicación en el trabajo y evita situaciones con aglomeraciones de gente

(Navidad, Semana Santa y Feria) por temor a no encontrar un W.C. y orinarse encima. Esto ha ocurrido en ocasiones porque no le ha dado tiempo a encontrar un baño: conduciendo, en la Feria, etc.

Por las mañanas puede aguantar más tiempo entre una micción y otra, pero a medida que transcurre el día, la frecuencia de micciones va aumentando. Ella piensa que esto es debido a que se le acumula el trabajo y la tensión diaria. Asegura que siempre que orina expulsa mucha cantidad y muy deprisa, creyendo que vacía completamente la vejiga.

Para intentar solucionar el problema durante el día, ha puesto en marcha distintas estrategias sin ningún tipo de resultados: beber menos líquido, estar cerca del baño, etc. Para intentar evitar las micciones nocturnas ha intentado relajarse, poner el despertador para ir al baño, orinar antes y después de acostarse (antes de quedarse dormida), etc.

La paciente cree que un factor decisivo en el mantenimiento de su problema es el ambiente que vive con su ex-marido y los conflictos que esto provoca, ya que durante su primer año de casada controló completamente su problema, y éste reaparece cuando la pareja empieza a deteriorarse. Con su pareja actual se encuentra más tranquila y cuando duerme con él no se orina por las noches.

Durante el periodo de línea base la paciente se orinó una media de tres noches por semana. Se daba cuenta cuando se levantaba por la mañana, y esporádicamente se despertó durante la micción. En otras ocasiones se dio cuenta de las señales interoceptivas que informan del llenado de vejiga, se despertó y se levantó para orinar en el baño. Esto ocurrió aproximadamente una o dos veces a la semana.

Cuando se levanta mojada cambia las ropas de la cama, ventila la habitación y se asea.

Con respecto al tiempo que tarda en orinar, una vez percibidas las primeras contracciones del detrusor, y por tanto las ganas de orinar, informó que éste podía estar en torno a dos minutos.

Con respecto a la capacidad vesical máxima (CVM), una vez que se dan instrucciones para que aguante lo máximo que pueda, una

vez percibidas las ganas de orinar, la media de tres medidas fue de 413 c/c, lo que se considera dentro de los límites normales para un adulto (Doley, 1993).

### **Otros Datos de Interés**

De pequeña tuvo bastantes trastornos del sueño: hablaba de noche (somniloquio), padeció varios episodios de sonambulismo y numerosos episodios de insomnio. La explicación del médico fue que esto se debía a un exceso de activación. Estos problemas fueron desapareciendo paulatinamente. Asimismo también tenía miedo a dormir sola y deambular por la casa durante la noche.

Actualmente duerme una media de 8-9 horas, aunque ella se define como muy «dormilona» y afirma que, si pudiera, dormiría aún más. Comenta que no se levanta muy descansada pero que, sin embargo, rinde bien en su trabajo. Refiere tener pesadillas frecuentemente.

Su salud actual es buena, aunque a menudo padece estreñimiento.

### **Análisis Topográfico**

De las tres semanas de registros de línea base, se recogieron los siguientes datos de interés:

- Micciones nocturnas: 9.
- Tamaño medio de las manchas nocturnas: 69.55 x 53.22 cm.
- Levantarse durante la noche para ir al baño: 1.
- Escape de gotas durante el día: 7.
- El tiempo máximo que tarda en realizar la micción desde que siente las primeras señales de llenado de vejiga es de unos dos minutos.
- Micciones totales durante el día: oscilando entre un mínimo de 6 y un máximo de 13 al día.
- Tiempo máximo entre micciones diurnas: 390 minutos.
- Tiempo mínimo entre micciones diurnas: 30 minutos.

Estos datos corresponden a los 19 de los 21 días en los que los datos fueron correctamente registrados. En la tabla nº 1 aparecen estos datos detallados.

Una vez ocurridos los episodios de mojar la cama durante la noche, los pensamientos recurrentes más frecuentes fueron: «¡Odio oler así!», «Me tengo que duchar», «¡Otra vez!, ¡Estoy harta!».

Los acontecimientos antecedentes que M. J. asociaba a las micciones nocturnas fueron:

- En dos ocasiones, conflictos con el ex-marido.
- En una ocasión, haber bebido mucho líquido.
- En una ocasión, discusión con los tíos.

Los demás episodios de micción nocturna no los asoció con ningún acontecimiento antecedente.

**Tabla 1.- Resumen de datos obtenidos en línea base**

Micción nocturna en cama	Micciones totales durante el día	Gotas diurnas	Tiempo máximo entre micciones (minutos)	Tiempo mínimo entre micciones (minutos)
1	10	3	210	60
0	13	2	210	30
0	11	1	210	30
1	11	0	270	30
1	9	0	300	30
0	11	0	180	30
1	10	0	210	60
0	10	1	210	60
1	11	0	210	30
1	13	0	270	30
0	10	0	210	30
0	7	0	180	90
0	10	0	240	60
1	12	0	210	30
1	12	0	210	30
1	6	0	390	129
0	9	0	210	60
0	9	0	180	60
0	6	0	360	60

Cuando M. J. amanecía mojada, se duchaba, echaba la ropa a lavar y ventilaba su cuarto.

**ANÁLISIS FUNCIONAL**

**a) Enuresis Nocturna**

**Antecedentes:**

Externos	Internos
De noche. Siempre que se produce algún acontecimiento estresante durante el día. A veces sin presencia de acontecimiento estresante.	Estado de ansiedad. Pensamientos anticipatorios al ir a dormir «seguro que esta noche mojo».  Durmiendo. Vejiga llena. Señales interoceptivas que informan del llenado de vejiga no detectadas.

**Variables del Organismo:**

a) Determinantes Biológicos Pasados	b) Determinantes Biológicos Presentes
Enuresis nocturna. Urgencia urinaria. Vulnerabilidad familiar.	Vulnerabilidad familiar. Enuresis nocturna. Urgencia urinaria. Micciones diurnas frecuentes. Estreñimiento frecuente (Shopfner, 1968)

c) Hª de Aprendizaje:

- Experiencias de aprendizaje y contingencias de reforzamiento inapropiadas.
- Posible modelado de madre y hermanos.
- Frecuentes estados de ansiedad.
- Ha controlado sistemáticamente la micción durante dos largos periodos: cuando tenía tratamiento farmacológico y cuando ha tenido suficiente motivación (inicio de la vida en pareja).

## d) Repertorio de Conductas:

- Capacidad vesical de la vejiga dentro de los límites normales.
- En algunas ocasiones se ha despertado durante la noche y ha orinado en el baño.
- En el momento de la evaluación presenta control nocturno cuando duerme con su pareja.
- Actualmente presenta control nocturno asistemático.
- Ha tenido dos grandes periodos de control nocturno sistemático: Primer año de casada y el año y medio en que estuvo medicada por un tumor de pecho benigno, que ocasionó amenorrea.

**Respuestas**

Motora	Fisiológica	Cognitiva-Verbal
Descarga vejiga.	No detecta las señales interoceptivas que informan del llenado de la vejiga. No inhibe reflejo de micción. No se despierta tras la micción.	No aparecen.

**Consecuentes:**

A corto plazo	A largo plazo
Se levanta mojada. Cambia/echa a lavar ropas. Se ducha. Ventila habitación. Malestar, vergüenza y culpabilidad. Se confirman pensamientos anticipatorios: "¡Otra vez!, ¡Estoy harta!".	Evita dormir fuera de su casa.

**b) Urgencia/Incontinencia urinaria durante el día**

**Antecedentes:**

Externos	Interno
Cualquier situación	Primeras señales interoceptivas que informan del llenado de vejiga

**Variables del Organismo:**

a) Determinantes Biológicos Pasados	b) Determinantes Biológicos Presentes
Enuresis nocturna. Vulnerabilidad familiar. Urgencia urinaria.	Vulnerabilidad familiar. Enuresis nocturna. Urgencia urinaria. Micciones diurnas frecuentes. Estreñimiento frecuente (Shopfner, 1968)

c) H<sup>a</sup> de Aprendizaje:

- Experiencias de aprendizaje y contingencias de reforzamiento inapropiadas
- Posible modelado de madre y hermanos.
- Frecuentes estados de ansiedad
- Ha controlado sistemáticamente la micción durante dos largos periodos: cuando tenía tratamiento farmacológico y cuando ha tenido suficiente motivación (inicio de la vida en pareja).

## d) Repertorio de Conductas:

- Capacidad vesical de la vejiga dentro de los límites normales.
- El tiempo máximo entre una micción y otra es de 390 minutos, el mínimo es de 30 minutos. Informa que expulsa mucha cantidad de orina y muy deprisa, está segura que apura totalmente la micción.

**Respuestas:**

Motora:	Fisiológica:	Cognitiva-Verbal:
Va al baño rápidamente. Micción en W.C. Descarga vejiga. Escape de gotas. A veces no le da tiempo y se ha orinado en las ropas	1 <sup>as</sup> señales interoceptivas que informan del llenado de la vejiga. Sensación de urgencia miccional. No inhibe reflejo de micción.	Pensamientos anticipatorios del tipo "¡Me estoy orinando y no me va a dar tiempo a encontrar un baño!". Pensamientos del tipo: "¡Ya me estoy meando otra vez!, ¡Tengo que encontrar un baño!, ¡No aguanto más!", etc.

**Consecuentes:**

A Corto Plazo:	A Largo Plazo:
Pensamientos autoconfirmatorios. Sensación de malestar. Cambia Salva-slip	Lleva salva-slip siempre en el bolso. Cambia su lugar de trabajo para estar cerca del baño. Evita lugares concurridos. En sitios públicos, procura estar siempre cerca de un baño.

### Hipótesis Explicativa

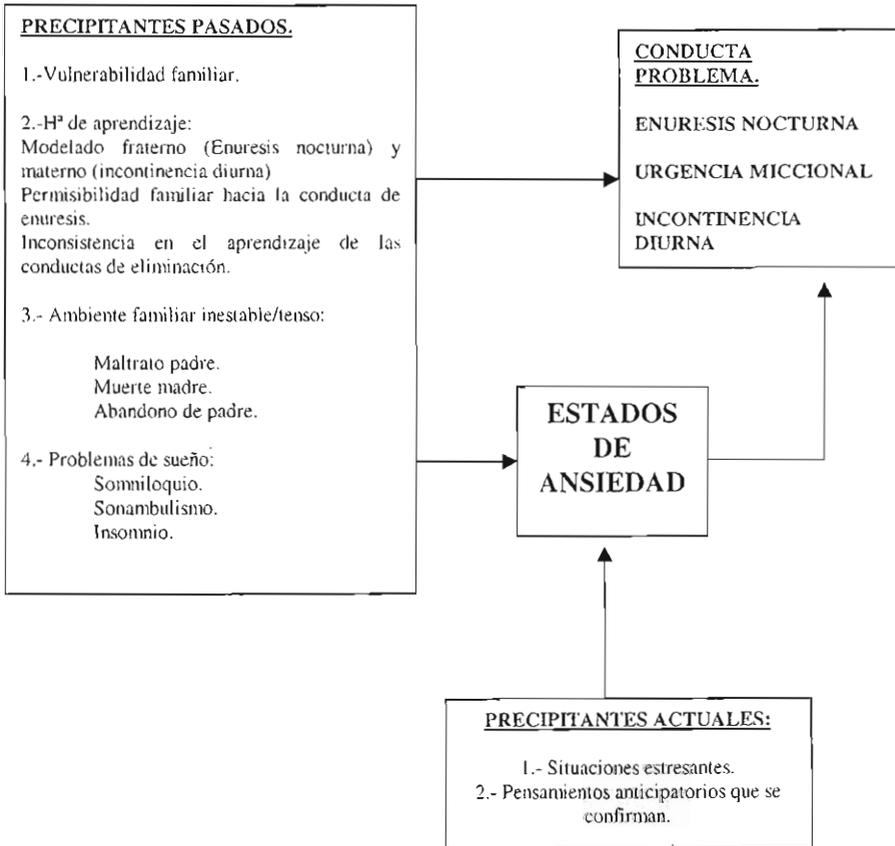


Figura 1.- Hipótesis explicativa de origen y mantenimiento

Como se puede observar en la fig. nº 1, en la hipótesis de origen, se aprecia una cierta vulnerabilidad familiar a presentar tanto enuresis nocturna como incontinencia diurna, ya que la madre y los hermanos de M. J. padecieron este problema, lo que sugiere también un aprendizaje inadecuado de las conductas de eliminación y del control de esfínteres, muy posiblemente por medio de un proceso de modelado y por una cierta permisividad hacia el tema, lo cual determina el uso de unas contingencias inadecuadas ante la conducta de enuresis (Atthowe, 1973; Lovibond y Coote, 1970; Young, 1965). Ello hace que se perpetúe la conducta problema.

Por otra parte, el sueño del enurético está estrechamente asociado al trastorno de la micción, aunque no queden totalmente aclarados ni el modo ni las relaciones causa/efecto (Fisher y Wilson, 1987; Watanabe y Azuma, 1989; Toro, 1992). En el presente caso también se constatan ciertas alteraciones del sueño durante la infancia.

Aparte de un posible factor de vulnerabilidad, ya que se constata que cualquier niño enurético tiene más posibilidades de contar con otros enuréticos entre sus familiares que un niño que no lo sea (Toro, 1992), en el caso de la enuresis secundaria, los acontecimientos estresantes parecen jugar en muchos casos un importante papel como factores precipitantes de la recaída enurética, destacando entre otros factores el desmoronamiento de la familia por divorcio o separación, así como conductas y actitudes familiares conflictivas o negativas (Douglas, 1973; Morgan y Young, 1972). Estas condiciones también se dan en el caso que nos ocupa.

Toda la problemática familiar (actual y pasada) de la paciente hace que aparezcan estados de ansiedad que, sumado a los factores anteriores y a las anticipaciones negativas de la misma ante situaciones percibidas como estresantes, influyen en la aparición y mantenimiento de los episodios enuréticos (Young y Morgan, 1973). Las estrategias que M. J. lleva a cabo ante el pensamiento temeroso de no poder controlar la orina (orinar constantemente, llevar salva-slip, evitar dormir fuera de su casa, etc. ) no hacen sino mantener el problema mediante un mecanismo de reforzamiento negativo.

### **Objetivos Terapéuticos:**

De la hipótesis explicativa anterior se deducen los siguientes objetivos:

#### **A Corto Plazo:**

- Controlar estados de tensión/ansiedad en situaciones estresantes (familiares, profesionales, sociales).
- Eliminar anticipaciones negativas (“esta noche seguro que mojo”) ante eventos cotidianos.
- Fortalecimiento del esfínter externo.
- Aguantar progresivamente durante más tiempo desde la primera señal de urgencia urinaria hasta la llegada al WC.
- Ir disminuyendo hasta su total eliminación la aparición de gotas de orina durante el día.
- Ir reduciendo paulatinamente el nº de micciones diurnas, aumentando progresivamente el tiempo entre una y otra micción.
- Eliminación del uso continuado de salva-slip durante el día.
- Ir disminuyendo hasta su eliminación los episodios nocturnos de mojar la cama. Es decir:
  - Que se despierte ante las primeras señales interoceptivas que informan del llenado de la vejiga, se levante y vaya al WC.
  - Que sea capaz de aguantar toda la noche seca y sin orinar.

#### **A Largo Plazo:**

- Control de la ansiedad ante situaciones estresantes.
- Eliminación de la incontinencia/enuresis diurna.
- Eliminación de la enuresis nocturna.
- Acudir a lugares/situaciones con aglomeraciones de gente y/o dormir fuera de casa sin temor a una posible micción no controlada.
- Mantenimiento y generalización de los resultados obtenidos.

### **TÉCNICAS Y RECURSOS TERAPÉUTICOS UTILIZADOS:**

#### **Procedimiento**

Se procedió a la intervención terapéutica siguiendo el siguiente orden:

Tabla 2.- Objetivos terapéuticos y técnicas empleadas

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Control de las situaciones de estrés:	1.- Reevaluación de la situación. 2.- Evaluación de los recursos personales. 3.- Evaluación de otros recursos 4.- Autoinstrucciones. 5.- Técnicas de respiración profunda. 6.- Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. 7.-.Autorrefuerzo ante los logros. 8.- Refuerzo social ante los logros por parte del terapeuta
Control de los pensamientos anticipatorios:	1.- Parada de pensamiento. 2.- Sustitución por pensamientos asertivos. 3.- Técnicas de respiración profunda. 4.-.Autorrefuerzo ante los logros. 5.- Refuerzo social ante los logros por parte del terapeuta.
Eliminación de la incontinencia/enuresis diurna:	1.- Entrenamiento en retención voluntaria e interrupción del flujo urinario (Kimmel y Kimmel, 1970). 2.- Prueba de realidad. 3.- Control estimular (eliminar del campo visual la puerta del W.C., quitar salva-slip). 4.- Instrucciones terapéuticas del tipo: - Apurar totalmente las micciones, apurándolas sin prisa y de forma relajada. 5.- Focalización sensorial. concentrarse en las sensaciones de vejiga llena. 6.-.Autorrefuerzo ante los logros. 7.- Refuerzo social ante los logros por parte del terapeuta.
Eliminación de la incontinencia nocturna:	1.-Técnicas de respiración profunda y relajación antes de acostarse. 2.-Reestructuración cognitiva para los pensamientos anticipatorios. 3.- Prueba de realidad. 4.- Instrucciones terapéuticas del tipo: orinar siempre antes de acostarse y en cuanto se levante por las mañanas. 5.-.Autorrefuerzo ante los logros. 6.- Refuerzo social ante los logros por parte del terapeuta.
Eliminación de las conductas de evitación:	1.- Exposición en vivo. 2.-.Autorrefuerzo ante los logros. 3.- Refuerzo social ante los logros por parte del terapeuta.

Eliminación de los pensamientos anticipatorios y sustitución por otros alternativos más adaptativos y adecuados. Simultáneamente se incidió sobre la incontinencia diurna y, posteriormente sobre la nocturna.

A lo largo de toda la intervención se trabajó sobre el control de las situaciones estresantes.

De acuerdo a la hipótesis explicativa y a los objetivos propuestos se instaura un programa de tratamiento que incluye las técnicas y recursos terapéuticos que se recogen en la tabla nº 2.

## **RESULTADOS**

Se fueron consiguiendo los objetivos en el mismo orden en que fueron planteados inicialmente. Después de seis semanas de tratamiento se alcanzó el último al cumplirse el criterio terapéutico de fin de tratamiento (28 noches seguidas sin mojar la cama).

En tabla nº 3 y figuras I y II puede apreciarse con detalle la temporalidad de los restantes objetivos:

Como se puede observar:

- Desaparecen los pensamientos anticipatorios de ausencia de control sobre su vejiga en situaciones de tensión y al acostarse los días correspondientes.
- Usa sistemáticamente técnicas de relajación y autoinstrucciones para el manejo adecuado de las situaciones estresantes.
- Incremento del tiempo desde que percibe la primera señal de llenado de vejiga hasta la micción: pasa de 2 minutos como máximo en la línea base a más de 240 min. al final de tratamiento.
- Incremento del tiempo entre una micción y otra durante el día: pasa de 15 minutos a 7 horas y media al final del tratamiento.
- Desaparecen gotas de orina durante el día.
- Elimina el uso "obligatorio" de salva-slip.
- Disminuyen las micciones diurnas en WC. Se pasa de una media de 9/día en la línea base a 5/día al final del tratamiento.
- Acude a lugares con aglomeración (Feria, Navidades, Semana Santa, etc.) sin problemas. Es decir, sin sentir urgencia urinaria, ir frecuentemente al baño o escapársele gotas.

Tabla 3.- Resultados obtenidos por sesión

Nº DE SESIÓN	RESULTADOS.
1ª Sesión: Evaluación	Establecimiento relación y empatía. Recogida de la demanda e información pertinente. Entrenamiento en Autorregistros.
2ª Sesión: Evaluación	Validación de autorregistros. Recogida información pertinente.
3ª Sesión: Evaluación	Validación de autorregistros. Recogida información pertinente. 1ª Medida capacidad funcional 415 cc.
4ª Sesión: Evaluación/1ª Tratamiento	Validación de autorregistros. 2ª medida capacidad funcional: 432 cc. Devolución información/hipótesis explicativas y análisis funcional. Establecimiento de los objetivos. Aprendizaje de las técnicas: - Focalización sensorial. - Técnica de Kimmel y Kimmel, 1970. - Control estimular. 6 noches secas. Se despierta de noche para orinar en WC (5).
5ª Sesión: 2ª Tratamiento	Incremento del tiempo desde que siente las primeras señales de llenado de vejiga hasta que orina en WC y nº de cortes por micción. Identificación pensamientos anticipatorios y distorsiones cognitivas. Aprendizaje de técnicas respiración/relajación. 6 noches secas. Se despierta de noche para orinar en WC (4).
6ª Sesión: 3ª Tratamiento	Aprendizaje de Técnicas cognitivas: identificación, refutación de pensamientos distorsionados, creación de alternativos, prueba de realidad, autoinstrucciones. Aprendizaje de técnicas respiración/relajación. Aumenta el tiempo de retención desde que siente las primeras señales del llenado de vejiga hasta que micciona: el mínimo es de 5 min. y el máximo de 90min.. 6 noches secas seguidas. Se despierta de noche para orinar en WC (3).
7ª Sesión: 4ª Tratamiento.	Aprendizaje de Técnicas cognitivas: detención pensamiento. Profundización en las anteriores Mejora de técnicas de relajación/respiración. Eliminación gotas diurnas. Disminución de micciones diurnas semanales (38). Aumento del nº de cortes en la micción (a 8). 7 noches secas seguidas. Se despierta de noche para orinar en WC (5).

Tabla 3.- (Continuación)

8ª Sesión: 5ª Tratamiento	<p>Aplicación sistemática de técnicas cognitivas. Aplicación de relajación y respiración en estados de nerviosismo Incremento del tiempo desde que tiene primeras señales hasta que orina en WC. Eliminación gotas diurnas. Se estabiliza frecuencia micciones diurnas. Segue aumentando el tiempo de retención desde que siente las primeras señales del llenado de vejiga hasta que micciona: el mínimo es de 10 min. y el máximo de 240 min. 14 noches secas seguidas. .Se despierta de noche para orinar en WC (5). Cumplimiento de todas las instrucciones. Primera vez que se va a su casa después de la sesión sin entrar antes en WC.</p>
9ª Sesión: 6ª Tratamiento	<p>Aplicación sistemática de instrucciones y técnicas. Control de ptos. anticipatorios y situaciones de tensión. Eliminación gotas diurnas. Eliminación del salva-slip. 450 min. entre una micción y otra. 21 noches seguidas seca. Disminuye el nº de veces que se despierta de noche para orinar en WC (2).</p>
10ª Sesión: 7ª Tratamiento	<p>Aplicación sistemática de instrucciones y técnicas. Control de ptos. anticipatorios y situaciones de tensión. Se va exponiendo a situaciones de aglomeración y ha dormido fuera en varias ocasiones. Se estabiliza el tiempo de retención desde que siente las primeras señales del llenado de vejiga hasta que micciona (260 min. de media). Eliminación gotas diurnas. 450 min. De media entre una micción y otra. O despierta seca o se levanta por las noches y orina en WC (2). 28 noches seguidas secas: criterio fin tratamiento. Se cumplen todos los objetivos planteados en principio. Se pasa el caso a seguimiento.</p>
11ª Sesión: 1er Seguimiento quincenal	<p>Mantenimiento de todos los objetivos. La media de micciones diurnas se estabiliza en 6. Segue exponiéndose a cualquier situación de aglomeración. Duerme fuera de su casa frecuentemente.</p>
12ª Sesión: 2º Seguimiento a los dos meses.	<p>Se mantienen todos los objetivos. Segue exponiéndose a cualquier situación de aglomeración. Duerme fuera de su casa frecuentemente.</p>
13ª Sesión: 3er Seguimiento 6 meses (telefónico).	<p>Se mantienen resultados obtenidos.</p>
14ª Sesión: 4º Seguimiento anual (telefónico).	<p>Se mantienen resultados obtenidos. Alta definitiva.</p>

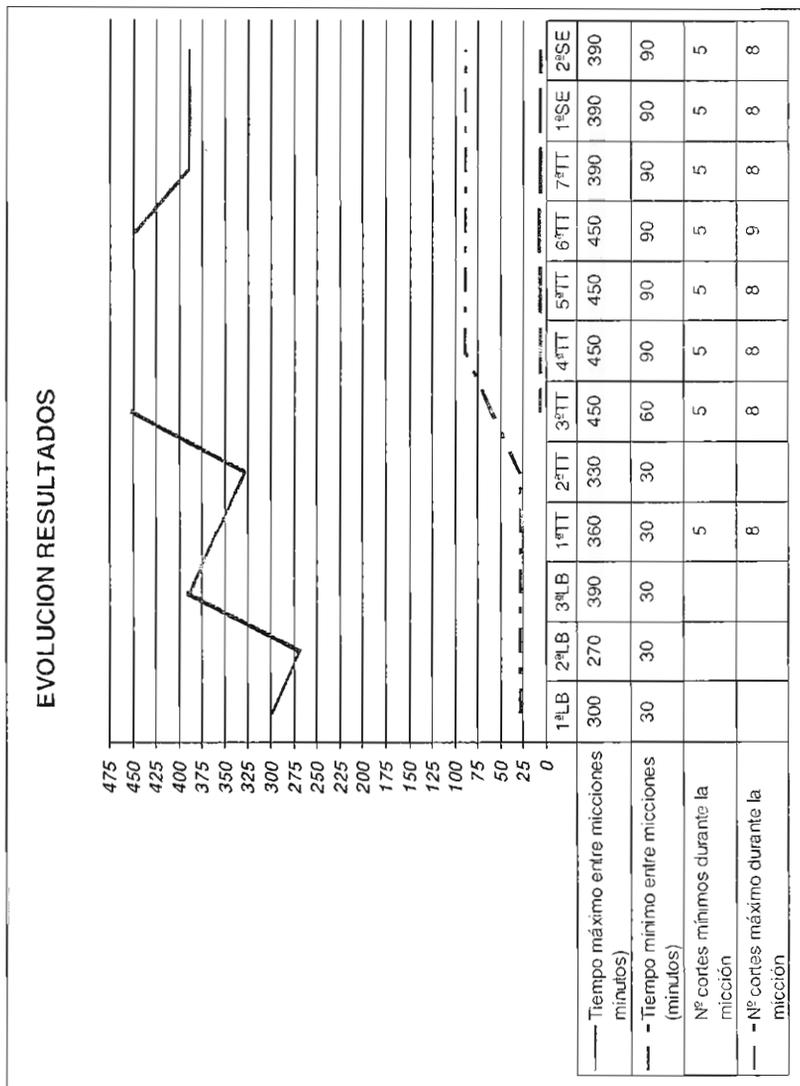


Figura 2

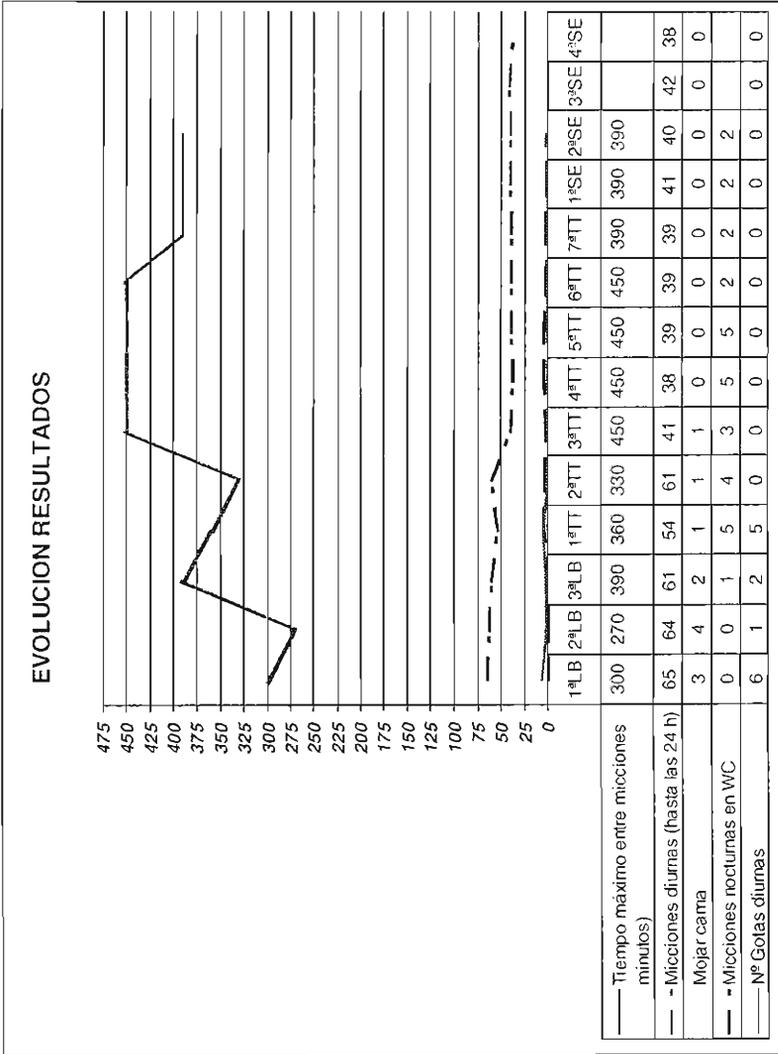


Figura 3

- No necesita situarse en las cercanías de un baño en ninguna situación, ni laboral ni de ocio.
- Durante las noches detecta las señales que informan del llenado de vejiga, despertándose y yendo al WC.
- La mayoría de las noches no necesita levantarse a orinar en mitad de la noche, permaneciendo seca sin necesidad de orinar.
- Duerme fuera sin problemas.

Una vez finalizado el tratamiento y contando la paciente con suficientes experiencias exitosas sobre el control de la vejiga se le retiran tanto las instrucciones de aguantar las ganas de orinar hasta el máximo como las de interrumpir el flujo de la micción, una vez iniciada ésta, normalizando de esa forma la conducta de eliminación. El comprobar que ejerce un alto control sobre la misma incrementó enormemente el sentimiento de autoeficacia.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo pone de relieve la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual asociado con la técnica de retención (Kimmel y Kimmel, 1970) y con el entrenamiento en control del esfínter, para el tratamiento de la enuresis secundaria en una mujer adulta sana.

Mediante el tratamiento, la sujeto tuvo la oportunidad de incrementar el nivel y la fuerza de la autoeficacia percibida, quedando preparada para insistir en tareas que le suponían un esfuerzo continuado, a la vez que generaba una fuente de motivación para las mismas.

Estos resultados están en la línea de los de Bandura (1977) para el que los procedimientos psicológicos, sea cual sea su forma, alteran el nivel, la fuerza y generalidad de la autoeficacia.

En otro orden de cosas y respecto a los tratamientos para la enuresis en particular, también lo están en la de Hara y cols., (1993) y en la de Ronen y Wozner (1995), el cual había destacado la importancia del componente cognitivo dentro del paquete terapéutico como el más eficaz en el tratamiento de la enuresis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Atthowe, J. M.** (1973). Nocturnal enuresis and behavior therapy: A functional analysis. En R. B. Rubin, J. Henderson, H. Fensterheim, y L. P. Ullmann (Eds.), *Advances in behavior therapy* (vol. 4). Nueva York: Academic Press.
- Aubert, D., Cencing, P. y Royer, M.** (1986). Le traitement par le chlorhydrate d'oxybutyline des incontinenes urinaires de l'enfant et des états d'hyperactivité vésicale. *Annales de Pédiatrie*, 33 (7), 629- 634.
- Azrin, N.H. y Foxx, R. M.** (1971). A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 89- 99.
- Bandura, A.** (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Belmaker, R.H., Bleich, A.** (1986). The use of desmopressin in adult enuresis. *Military Medicine*, Dec. Vol. 151 (12), 660- 662.
- Bethencourt, J.M., García, P., Ramos, C., Díaz, F., Fernández, A.** (1997). Programa comunitario de entrenamiento de padres de niños enuréticos: efectos en el conocimiento terapéutico de los padres y eficacia en casos tratados. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 23 (87), 40-57.
- Biegger, P.P.** (1954). Enuresis nocturna in het lager. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 98, 1839- 1845.
- Blackwell, B. y Currah, J.** (1973). The psychopharmacology of nocturnal enuresis. En: I. Kolvin, R.C. MacKeith y S.R. Meadow (Eds.), *Bladder control and enuresis* (pp. 231- 257). Londres: William Heinemann.
- Bollard, J., Nettelbeck, T.** (1995). The behavioural management of nocturnal enuresis. En: G.R. Caddy (Ed), D.G. Byrne (Ed), et al. (1995). *Behavioral medicine: International perspectives*, Vol. 3. Development in clinical psychology (pp. 163-204). Norwood : Ablex Publishing Corp.
- Bragado, C.** (1994). *Enuresis infantil. Un problema con solución*. Madrid: Eudema.
- Bragado, C. y García, E.M.** (1998). 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, 227-250.
- Butler, R.J.** (1987). *Nocturnal enuresis: psychological perspectives*. Bristol: Wright.
- Cáceres, J.** (1980). Comparación de la eficacia de dos métodos de tratamiento de la enuresis. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35, 597- 616.
- Cáceres, J.** (1993). Tratamiento comunitario de la enuresis. En: D. Maciá, F. Méndez, y J. Olivares (Eds): *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Costa, J.F., Sramek, J., Bera, R.B., Brenneman, M., et al.** (1990). Control of bed-wetting with benzotropine. *American Journal of Psychiatry*, May. Vol. 147 (5), 674.
- Devlin, J.B. y O’Cathain** (1990). Predicting treatment outcome in nocturnal enuresis. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 1158- 1161.
- Doley, D. G.** (1993): Enuresis y encopresis. En: T. H. Ollendick y M. Hersen. *Psicopatología Infantil*. Madrid: Martínez Roca.
- Douglas, J. W.** (1973). Early disturbing events and later enuresis. En I. Kolvin, R. C. Mac Keith y S. R. Meadow (Eds), *Bladder control and enuresis*. Londres: Heineman.
- Dowd, E.T.** (1996). Hypnotherapy in the treatment of adolescent enuresis. En: S.J. Lynn (Ed), I. Kirsch (Ed), et al. (1996). *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 293-307). Washington, DC: American Psychological Association.
- Escudero, J.R.** (1984). La técnica de Azrin para la enuresis en función de las características de cada caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 10 (25), 349- 358.
- Fisher, B. E. y Wilson, A. E.** (1987). Selected sleep disturbances in school children reported by parents: prevalence, interrelationships behavioral correlates and parental attributions. *Perceptual and Motor Skills*, 64,3, 1147-1157.
- Forsythe, W.I. y Redmon, A.** (1974). Enuresis and spontaneous cure rate: study of 1129 enuretics. *Archive of Disease in Childhood*, 49, 259- 263.
- Friman, P.C., Vollmer, D.** (1995). Successful use of the nocturnal urine alarm for diurnal enuresis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, Vol. 28 (1), 89- 90.
- García, M.A.** (1997). Tratamiento de los problemas de eliminación. En: M. Jiménez (Coord.). *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* (pp. 219-233). Málaga: Aljibe.
- Giles, T.R.** (Ed) (1993). *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Gillman, M.A., Sandyk, R.** (1985). Maprotiline in nocturnal enuresis. *Journal of Clinical Psychiatry*, Dec. Vol. 46 (12), 546.
- Goodman, W.K., Charney, D. S.** (1985). Therapeutic applications and mechanisms of action of monoamine oxidase inhibitor and heterocyclic antidepressant drugs. *Journal of Clinical Psychiatry*, Oct. Vol. 46 (10, Sect. 2), 6- 24.
- Graña, J.L. y Carroblés, J.A.** (1980). Enuresis y desarrollo de la capacidad funcional de la vejiga: Estudio comparativo con tres tratamientos conductuales. *Estudios de Psicología*, 3, 29-40.

- Hallgren, B. (1957). Enuresis. A clinical and genetic study. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. Supl. 117.
- Halliday, S., Meadow, S.R. y Berg, I. (1987). Successful management of daytime enuresis using alarm procedures: a randomly controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 132- 137.
- Hara, S., Komiyama, H., Maeda, M., Nakagawa, T. (1993). An adult case with primary enuresis treated by retention control training with feedback of bladder capacity: Effectiveness of ultrasonographic feedback technique. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, Mar. Vol. 19 (1), 28- 36.
- Homsy, Y.L., Nsouli, I., Hamburguer, B. y cols. (1985). Effects of oxybutynin on vesicoureteral reflux in children. *The Journal of Urology*, 134, 1168- 1171.
- Houts, A.C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 133- 151.
- 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.
- Jeffries, J.J., Al- Jeshi, A. (1996). Desmopressin for enuresis in psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, Jun. Vol. 41 (5), 317- 318.
- Kaplan, S.L. y Busner, J. (1993). Treatment of nocturnal enuresis. En: T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 135- 150). New York: Plenum Press.
- Kaplan, S.L., Busner, J. (1993). Treatment of nocturnal enuresis. En: T.R. Giles (Ed). *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 135-150). New York: Plenum Press.
- Katz, G., Spivak, B., Mester, R., Grinshpoon, A., Weizman, A. (1997). Desmopressin (DDAVP) treatment in adult sleep-related enuresis. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, Sep.-Oct. Vol. 12 (5), 505- 507.
- Kelleher, R.E. (1997). Daytime and Nighttime wetting in children: A review of management. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, Vol. 2 (2), 73-82.
- Kimmel, H.D. y Kimmel, E.C. (1970). An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 121- 123.
- Kooijman, M.J., Bosch, J.D. (1986). Ondersteunende begeleiding bij behandeling met de plaswekker. (Supportive research on treatment of enuresis with a urine alarm.). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, Oct. Vol. 41 (7), 325- 326.

- Korrelboom, K., Kernkamp, B.** (1988). Zelfcontroleprocedures bij een vrouw met functionele enuresis./Self-Control procedures in functional enuresis. *Gedragstherapie*, Mar. Vol. 21 (1), 57- 65.
- Kupfersmid, J.** (1989). Treatment of nocturnal enuresis: A status report. *Psychiatric Forum*, Vol. 14 (2), 37- 46.
- Lovibond, S. H.y Coote, M. A.** (1970). Enuresis. En C. G. Costello (Ed), *Symptoms of Psychopathology*. Nueva York:Wiley.
- Levine, A.** (1943). Enuresis in the navy. *American Journal of Psychiatry*, 100, 320- 325.
- Luiselli, J.K.** (1987). Secondary diurnal enuresis: Evaluation of cueing and reinforcement interventions with a sensory- impaired youth. *Journal of Mental Deficiency Research*, Sep. Vol. 31 (3), 287- 292.
- Lunardi, C.** (1985). Terapia comportamentale e ipnotica dell'enuresi. (Behavioral and hipnosis therapy applied to enuresis). *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, Jan.-Mar. Vol. 26 (1), 49- 51.
- MacLean, R.E.** (1960). Imipramine hydrochloride (Tofranil) and enuresis. *American Journal of Psychiatry*, 117, 551.
- McLorie, G.A. y Husmann, D.A.** (1987). Incontinence and enuresis. *Paediatric Clinics of North America*, 34 (5), 1159- 1174.
- Meadow, S.R. y Berg, I.** (1982). Controlled trial of imipramine in diurnal enuresis. *Archives of Disease in Childhood*, 57, 714- 716.
- Mellon, M.W., Houts, A.C.** (1995). Elimination disorders. En: R.T. Ammerman (Ed), M. Hersen (Ed) et al (1995). *Handbook of child behavior therapy in the psychiatric setting*. Wiley series on personality processes (pp. 341- 366). New York: John Wiley & Sons.
- Miller, K.** (1993). Concomitant nonpharmacologic therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis. Special Edition: Treatment of Childhood Enuresis. *Clinical Pediatrics*, Jul. 32- 37.
- Moffatt, M.E.** (1997). Nocturnal enuresis: A review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 18 (1), 49- 56.
- Mohr, C., Sharpley, C.F.** (1988). Multi- modal treatment of nocturnal enuresis. *Education and Training in Mental Retardation*, Mar. Vol. 23 (1), 70- 75.
- Morgan, R.T. y Young, G.C.** (1972). The conditioning treatment of childhood enuresis. *British Journal of Social Work*, 2, 503- 509.
- Mowrer, O.H. y Mowrer, W.M.** (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436- 359.
- Norgaard, J. P., Hansen, J. H., Nielsen, J. B. y cols.** (1989): Nocturnal studies in enuretic. A polygraphic study of sleep-EEG and bladder activity. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, Supl. 125, 73-78.

- Notschaele, L.A.** (1964). Bedwateren bij kinderen van de kleuter: en lagere school. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 42, 226.
- Orsulak, P.J., Waller, D.** (1989). Antidepressant drugs: Additional clinical uses. *Journal of Family Practice*, Feb. Vol. 28 (2), 209- 216.
- Oudshoorn, D.N.** (1988). Hypnoseanwendung bei Bettnässern: Das Dordrechter Modell. (Hypnotic treatment of bed-wetting: The Dordrecht Model). *Experimentelle und Klinische Hypnose*, Vol. 4 (1), 59- 73.
- Papworth, M.A.** (1989). The behavioural treatment of nocturnal enuresis in a severely brain-damaged client. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Sep. Vol. 20 (3), 265- 268.
- Rahim, S.I. y Cederblad, M.** (1986). Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan: I. Extensive study. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 75, 1017- 1020.
- Rajigah, L.S.** (1996). Treatment of choice for nocturnal enuresis: Review and recommendations. *Journal of Psychological Practice*, Vol. 2 (2), 33-42.
- Ritvo, E. R., Ornitz, E. M., Gottlieb, F. y cols.** (1969): Arousal and non-arousal enuretic events. *American Journal of Psychiatry*, 126, 77-84.
- Rodríguez, J., Párraga, J. y León, J.M.** (1983). Comparación de la eficacia de tres procedimientos (Comportamental- técnica de Kimmel, farmacológico y mixto) en el tratamiento de la enuresis. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 9, 111-131.
- Rogozea, R., Florea- Ciocoiu, V.** (1985). Responsiveness disturbances in nocturnal enuresis: II. *Revue Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, Oct.-Dec. Vol. 23 (4), 243- 256.
- Rogozea, R., Florea- Ciocoiu, V.** (1986a). Retention of orienting response extinction in nocturnal enuresis: II. *Revue Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, Jul.-Sep. Vol. 24 (3), 167- 182.
- \_\_\_\_ (1986b). Orienting response extinction in nocturnal enuresis: II. *Revue Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, Jan.-Mar. Vol. 24 (1), 43- 58.
- Ronen, T., Rahav, G., Wozner, Y.** (1995). Self- Control and enuresis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Vol. 9 (4), 249- 258.
- Ronen, T., Wozner, Y.** (1995). A self- control intervention package for the treatment of primary nocturnal enuresis. *Child and Family Behavior Therapy*. Vol. 17 (1), 1-20.
- Rosa, A., Sánchez, J., Olivares, J., Marín, F.** (1998). La intervención conductual de la enuresis en España: una revisión meta- analítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 24 (96), 557-578.
- Rosenthal, R.** (1991). *Meta- analytic procedures for social research* (revised edn). Newbury Park, CA: Sage.

- Sánchez, M., Sánchez, A., Romero, F. y cols.** (1983). Enuresis I: estudio sociológico del fenómeno enurético. *Actas Urológicas Españolas*, 7 (2), 117-122.
- Serrano- Pintado, I.** (1991). Tratamiento de un caso de enuresis secundaria mediante el método de Mowrer y entrenamiento en aserción. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 17 (55), 815- 825.
- Shopfner, C. E.** (1968): Urinary tract pathology associated with constipation. *Radiology*, *po*, 865-877.
- Starfield, B. y Mellits, E.E.** (1968). Increase in functional bladder capacity and improvements in enuresis. *Journal of Pediatrics*, 72, 483- 487.
- Stromgren, A., Thomsen, P.H.** (1990). Personality traits in young adults with a history of conditioning- treated childhood enuresis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jun. Vol. 81 (6), 538- 541.
- Toro, J.** (1992). *Enuresis: Causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Uchida, I.** (1987a). A case of adult nocturnal enuresis with mental retardation treated effectively with a variation of dry- bed training procedure. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, Sep.-Nov. Vol. 28 (5), 312-321.
- \_\_\_\_\_ (1987b). Clinical effects of modified DBT procedure in the treatment of nocturnal enuresis in institutionalized mentally retarded adults. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, Sep. Vol. 13 (1), 44- 55.
- Van- Son, M., Van- Heesch, N., Mulder, G., Van Londen, A.** (1995). The effectiveness of dry bed training for nocturnal enuresis in adults: a 3, 5, 6 years follow up. *Behaviour Research and Therapy*, Jun. Vol. 33 (5), 557- 559.
- Van- Son, M.J., Mulder, G., Van- Londen, A.** (1990). The effectiveness of Dry Bed Training for nocturnal enuresis in adults. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 28 (4), 347- 349.
- Vogel, W., Young, M., Primack, W.** (1996). A survey of physician use of treatment methods for functional enuresis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Apr. Vol. 17 (2), 90- 93.
- Von Gontard, A., Lehmkuhl, G.** (1997). «Enuresis diurna ist keine Diagnose neue Ergebnisse zur Klasifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz in kindesalter.(" Diurnal enuresis " is not a diagnosis: New results regarding classification, pathogenesis, and therapy of functional urinary incontinence in children.) *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Feb. Vol. 46 (2), 92- 112.
- Warzak, W.J., Friman, P.C.** (1994). Current concepts in pediatric primary nocturnal enuresis. *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 11 (6), 507- 523.

- Watanabe, H. y Azuma, Y.** (1989). A proposal for a classification system of enuresis based on overnight simultaneous monitoring of electroencephalography and cystometry. *Sleep*, 12, 3, 257-264.
- Wilder, D.A., Higbee, I.S., Williams, W., Nachtwey, A.** (1997). A simplified method of toilet training adults in residential settings. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Sep. Vol. 28 (3), 241- 246.
- Yates, A.** (1973). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas
- Young, G.C.** (1965). The aetiology of enuresis in terms of learning theory. *Medical Officer*, 113, 19- 23.
- Young, G.C. y Morgan, R.T.** (1973). Conditioning techniques and enuresis. *Medical Journal of Australia*, 2, 329- 332.
- Zaleski, A., Gerrard, J.W., y Shokeir, M.H.** (1973). Nocturnal enuresis: the importance of a small bladder capacity. En: I. Kolvin, R.C. MacKeith y S.R. Meadow (eds.), *Bladder control and enuresis*. Londres: Heinemann.

