

Tema 3

Trastornos de la alimentación.

Trastornos de eliminación

Introducción

La patología que vamos a ver en este tema es sumamente interesante desde la perspectiva del desarrollo psicológico. El acto de alimentación es el primer regulador del afecto, en la medida en que la supervivencia física del individuo se asienta, ineludiblemente, sobre esta función somática. Cuestión largamente explorada y abordada desde la perspectiva psicodinámica – no en vano la primera etapa del desarrollo libidinal es la etapa oral–, la patología de la alimentación en los niños se está reconceptualizando en los últimos años como un proceso relacional y multisistémico (Davies et al., 2006). En el caso de los denominados Trastornos de la eliminación –encopresis y enuresis–, indican un fracaso en la consecución de las respectivas fases evolutivas –anal expulsiva y retentiva, y uretral– y el estancamiento en un registro de funcionamiento que, generalmente, asociará problemas en otras áreas de funcionamiento. En la medida en que tanto la encopresis como la enuresis asocian una comorbilidad elevada con otros cuadros –trastornos del comportamiento, de ansiedad, retracción social o bajo rendimiento académico–, en muchas ocasiones estos dos síntomas nos deben de poner en la pista de que existen alteraciones emocionales o en otras áreas del desarrollo que deben ser valoradas.

Trastornos de la alimentación

Las preocupaciones en torno a la alimentación representan uno de los problemas de conducta más frecuentes por los que los padres consultan al pediatra, con una tasa de incidencia estimada entre el 25% y el 45% de los niños con un desarrollo normal y hasta el 80% de los niños con alteraciones en el desarrollo (Linscheid, Budd, & Rasnake, 2003, citado por Davies

et al., 2006). Aunque se postula que el porcentaje de trastornos de la alimentación en el niño que requieren una intervención clínica es bastante menor, se desconoce la incidencia real de los mismos. Esta situación se debe, entre otros factores, a la ausencia de criterios nosológicos y de terminología unificada que permita describir las diferentes formas de presentación, a que se trata de problemas atendidos por profesionales diversos –pediatra, médico de atención primaria, servicios de salud mental–, y a que no siempre se consulta por este motivo, lo que puede hacer que las citadas tasas subestimen la magnitud del problema (Bryant-Waugh & Watkins, 2015).

Tanto la CIE-11 como el DSM-5 codifican en este apartado los siguientes cuadros: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria, síndrome de pica y trastorno por rumiación o regurgitación. Puesto que los tres primeros se estudian en la asignatura de Psiquiatría, nos dedicaremos en este apartado a los tres últimos, dedicando también un espacio a la anorexia del lactante y de la primera infancia. Esto nos remite a la patología de esta edad, que es donde habitualmente suelen manifestarse estos cuadros, una vez se ha descartado la existencia de patología orgánica que pueda estar en la base de los mismos y, por lo tanto, los ubica en el contexto de la patología mental o, mejor dicho, de la patología de la relación cuidador–bebé.

Trastorno de evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria

También conocido por la sigla TERIA, es una nueva categoría diagnóstica que sustituye y refina el concepto previo de trastorno de la alimentación de la infancia y la infancia temprana. Se trata de un cuadro caracterizado por comportamientos alimentarios anormales o que llevan a la ingesta de una cantidad o variedad de alimentos insuficientes para cumplir con los requerimientos energéticos o nutricionales adecuados. Se establece un patrón de alimentación que causa una pérdida significativa de peso, falta de medro, deficiencias nutricionales clínicamente significativas, dependencia de los suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, o que ha afectado negativamente la salud del individuo o ha

causado un deterioro funcional significativo. Este trastorno no conlleva preocupación por el peso o la forma del cuerpo.

Dicho trastorno puede estar asociado con una falta de interés por los alimentos, una evitación de las características sensoriales de los alimentos (textura y apariencia), con el temor a las consecuencias de comer (asfixia, vómitos), o con la combinación de uno o más de estos factores. Los pacientes que presentan ARFID pueden tener bajo peso, peso normal o, con menor frecuencia, sobrepeso.

Puesto que es un cuadro de nueva definición, aún no existen suficientes estudios epidemiológicos que permitan conocer la magnitud del problema. No obstante, se postula que la relación niño:niña es similar, a diferencia de lo que sucede con la anorexia o la bulimia (Bryant-Waugh & Watkins, 2015).

Síndrome de pica

Pica, también denominada alotriofagia, es un cuadro relativamente raro en niños sanos mayores de 2 años, aunque puede ser relativamente frecuente en poblaciones específicas, como pacientes con anemia de células falciformes o en poblaciones en edad escolar en África, así como en personas con trastornos del espectro autista o con discapacidad intelectual.

Se caracteriza por la ingesta de sustancias no nutritivas, tanto de productos no alimenticios como, por ejemplo, arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, metal y papel –excluidas las prácticas culturales de ciertas comunidades africanas–, como de alimentos crudos en grandes cantidades. Para hacer el diagnóstico, el cuadro tiene que ser persistente o lo suficientemente grave como para justificar la intervención clínica y la edad cronológica o de desarrollo debe ser superior o igual a 2 años, una vez ha finalizado la fase exploratoria del mundo a través de la gran sensibilidad de la mucosa oral y el niño es capaz de diferenciar entre las sustancias comestibles y no comestibles. En ocasiones puede dejar secuelas graves como obstrucciones o perforaciones en el tracto gastrointestinal, así como envenenamientos

accidentales. En algunos casos se asocia con la pérdida de apetito, reducción de la ingesta y pérdida de peso, pudiendo ser fatal en casos extremos (Bryant-Waugh & Watkins, 2015).

Trastorno por rumiación o regurgitación

De incidencia y prevalencia desconocida en población infantil y adolescente –en parte debido a que es un fenómeno que, a menudo, se produce en privado–, el mericismo o trastorno de rumiación, que tiene su raíz etimológica en la acción propia de la alimentación del suborden de los mamíferos rumiantes, se caracteriza por la regurgitación repetida de los alimentos que se han tragado previamente. El bolo regurgitado vuelve a ser masticado (rumiación) y tragado de nuevo o escupido. La emisión del bolo desde el estómago a la boca se produce sin esfuerzo y no está asociado a náuseas.

El diagnóstico debe excluirse la existencia de vómitos, reflujo gastroesofágico o cualquier otra condición médica que pueda dar lugar al mismo. Además, dicho comportamiento debe ser frecuente y mantenido en tiempo, pudiendo llegar a asociar problemas médicos significativos como desnutrición, bajo peso, problemas en el esmalte dental, halitosis y esofagitis, a pesar de que el apetito no está alterado. En casos extremos, puede desembocar en fallecimiento.

Presente tanto en niños como en adultos, en personas con desarrollo normal y con discapacidad intelectual, puede tener una función autocalmante en el manejo de la ansiedad o en la regulación de las emociones. En ocasiones puede asociar un deterioro significativo en las relaciones sociales y el funcionamiento general del individuo (Bryant-Waugh & Watkins, 2015).

La anorexia común precoz, del destete o de oposición

Para la elaboración de este apartado remitimos al texto de Kreisler (1990). Una primera distinción que puede resultar útil es la diferencia entre hambre –estado somático provocado por la falta de alimento–, y apetito –o deseo condicionado por la experiencia anterior y provocado por el interés por un determinado alimento–, lo que nos pone en la pista de los

aspectos psicogenéticos del cuadro y entronca con lo expresado en la introducción desde una perspectiva teórica diferente.

La *anorexia común precoz, del destete o de oposición*, se establece hacia el final del primer trimestre de vida y, sobre todo, durante el segundo semestre, siendo más frecuente en niñas que en varones. Consiste en el rechazo del bebé hacia la alimentación motivado por las causas más diversas: desde cambios en la dieta propios de las distintas fases del desarrollo – destete, introducción de sabores y texturas nuevas– hasta acontecimientos vitales diversos – episodio infeccioso, vacunación, separación de las figuras de apego, entrada en la guardería–. A partir de dicho acontecimiento, que suele pasar inadvertido y, por lo tanto, no se le concede la importancia emocional que merece, se establece una dinámica en la que el bebé es forzado a terminar su comida, con lo que se ve alterada la relación del niño con los distintos cuidadores. De hecho, la intensidad del síntoma es variable en función del adulto y del contexto. Esta conflictividad de origen psicológico se ve con mayor claridad a partir del segundo año de vida.

La evolución es variable, pudiendo resolverse en el transcurso de unas pocas semanas o, en casos desfavorables, perdurar en el tiempo. El aumento de peso es pequeño, pero progresivo, permitiendo un crecimiento menor, aunque consistente y, a veces, acompañado de gran resistencia física. En ocasiones, las formas que se detectan en la segunda infancia suelen ser una continuación de una anorexia precoz que pasó inadvertida.

Desde el punto de vista de la psicología profunda, el origen va más allá de la simple conflictividad entre el bebé y la figura del cuidador principal, e incluye el desplazamiento en el alimento de una serie de conflictos que van desde el manejo de la agresividad hasta la toma de conciencia de la ausencia de la madre.

El tratamiento inicial, habitualmente llevado a cabo por el pediatra, implica tranquilizar a los padres para evitar perpetuar la situación de forzar la alimentación, en un

intento de “descondicionamiento” de la conducta del rechazo que también intenta modificar la dinámica relacional establecida. En la medida en que suele establecerse la equivalencia de que el niño que no come va a enfermar, el control periódico, la información acerca de las variables que influye en el crecimiento, y el registro periódico de la curva de crecimiento pueden tener una función tranquilizadora que también contribuya a descargar la tensión en la relación. En ocasiones puede recurrirse al empleo de antihistamínicos de acción central que combinan tanto la acción ansiolítica, reduciendo la angustia del bebé inherente al cuadro, como induciendo el hambre.

Otras anorexias mentales complejas de edad temprana

Frente a la forma descrita, existe un grupo de cuadros menos frecuentes, pero más complejos. Uno de ellos es la *forma fóbica de evolución aguda*, más frecuente durante el segundo año de vida. El niño se siente aterrorizado en cuanto se le acerca el alimento, y puede acompañarse de insomnio, así como de fobias diversas. En ocasiones requiere la instauración de medidas de soporte urgentes ante el riesgo de deshidratación y desnutrición. Por sus características, hay que hacer el diagnóstico diferencial con las fobias alimentarias precoces.

Una segunda forma es la *ligada a los trastornos del espectro autista*, en las que se produce la ausencia de actividades autoeróticas (chupeteo) y exploratorias orales, aspecto general de extrema delgadez, insomnio, signos de angustia más o menos evidentes y un vínculo al mismo tiempo intenso pero distante con las figuras de apego.

También está descrita las llamadas *formas depresivas de anorexia*, entre el segundo semestre y el segundo año, y se relacionan con episodios depresivos del cuidador principal o con separaciones. Más que una conducta de rechazo, presentan una alteración global del apetito y de la vitalidad en general.

Por último, los casos de *anorexia neonatal o de inercia*, de extrema gravedad, que está marcada por el sello de la pasividad. El bebé siempre aparece como saciado o desprovisto de hambre. Parece no saber succionar y deja rebosar pasivamente el alimento como si fuera

saliva, sin escupirlo, aunque en ocasiones puede acabar en vómitos. Se acompaña de ausencia de actividad autoestimulante y exploratoria de la mucosa oral, en contraste con la mirada de alerta, precoz para la edad del bebé, y con un tinte de vacuidad.

Trastornos de eliminación

Los cuadros que conforman este tema formaban parte, décadas atrás, de los trastornos específicos del desarrollo, es decir, cuadros indicativos de retrasos en una amplia variedad de áreas del desarrollo (Thapar & Pine, 2015, p. 31). Tomados de forma aislada podría pensarse que se trata de problemas aparentemente “menores”, en la medida en que apenas llegan a las consultas del psiquiatra de niños y su manejo queda en manos de pediatras, para quienes representan un motivo frecuente de consulta y en cuyos textos se dedica más espacio a la cuestión, no solo porque recogen las causas orgánicas con las que hay que hacer un diagnóstico diferencial sino, tal vez, porque “pertenecen a un territorio fronterizo en que la psiquiatría y la pediatría se superponen” (Hernández Guillén & Rodrigo Alfageme, 2009)¹.

La CIE – 11² indica que “El trastorno de eliminación incluye la micción repetida de orina en la ropa o en la cama (enuresis) y el paso repetido de heces en lugares inapropiados (encopresis). El trastorno de eliminación solo puede ser diagnosticado después de que el individuo ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente la continencia (5 años para enuresis y 4 años para encopresis). La incontinencia urinaria o fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un periodo de control vesical o intestinal adquirido. Un trastorno de eliminación no debe diagnosticarse si el comportamiento es totalmente atribuible a otra condición de salud que cause incontinencia, anomalías

¹ Remitimos a este texto, *Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis* para una exposición completa y detallada del diagnóstico y tratamiento de ambas entidades desde el punto de vista pediátrico.

² <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2f%2f1884115764>

congénitas o adquiridas del tracto urinario o intestinal, o uso excesivo de laxantes o diuréticos”.

Esta definición hace referencia a que dicha condición –los trastornos de la eliminación– puede deberse a un fracaso para alcanzar el hito evolutivo correspondiente, con lo que hablaríamos de encopresis / enuresis primaria, o bien a la pérdida de una capacidad previamente adquirida, en cuyo caso se trataría de encopresis / enuresis secundaria. En ausencia de cualquier otra causa que lo justifique, el concepto de trastorno de eliminación remite al interjuego que estudia la psicopatología del desarrollo, es decir, a la consecución de una maduración fisiológica en combinación con unas pautas sociales que culminan en el control voluntario del vaciado de la ampolla rectal / vejiga. El adiestramiento se considera logrado cuando el niño logra ser independiente en el uso del cuarto de baño y no requiere la ayuda del adulto para recordarle que debe vaciarlas ni para asistirle en la manipulación de sus prendas. La consecución de esa maduración fisiológica y social suponen también un avance hacia una mayor autonomía respecto de las figuras principales de apego.

En el proceso de adiestramiento en el control de los esfínteres, además de la identificación y discriminación de las sensaciones de plenitud que acompañan el llenado de la ampolla rectal y la vejiga de la orina, y del desarrollo de la capacidad para contraer la musculatura que permite la retención o el vaciado del contenido de ambas cavidades, el niño aprende que la capacidad para retener las heces y la orina va acompañada de una gratificación afectiva y de un reconocimiento social, mientras que la no consecución de dicho logro, en el momento en el que se considera fisiológicamente posible, implica un sentimiento de fracaso y una sensación de vergüenza, así como repercusiones en la vida de relación: aparición de conductas de evitación, pérdida de actividades propias de la edad y permanencia en una situación de dependencia que puede ser a la vez causa y consecuencia del síntoma, contribuyendo a su mantenimiento. Todo ello sin olvidar el componente relacional del control de esfínteres sancionado por la cultura y recogido por el lenguaje. Expresiones como

“mearse de risa”, “cagarse de miedo”, “mear y no echar gota” o “cagarse en alguien” ilustran el recurso a una función fisiológica para expresar una emoción.

Se acepta que la adquisición de hábitos es completa a la edad de 4 años y que se realiza siguiendo una determinada secuencia: control anal diurno, control anal nocturno, control vesical diurno y, finalmente, control vesical nocturno. Ese será pues, el orden que seguiremos en la exposición, aunque, paradójicamente, tanto en los textos médicos habituales como en la propia CIE –11 y el DSM–5, la exposición se hace en sentido inverso.

Encopresis

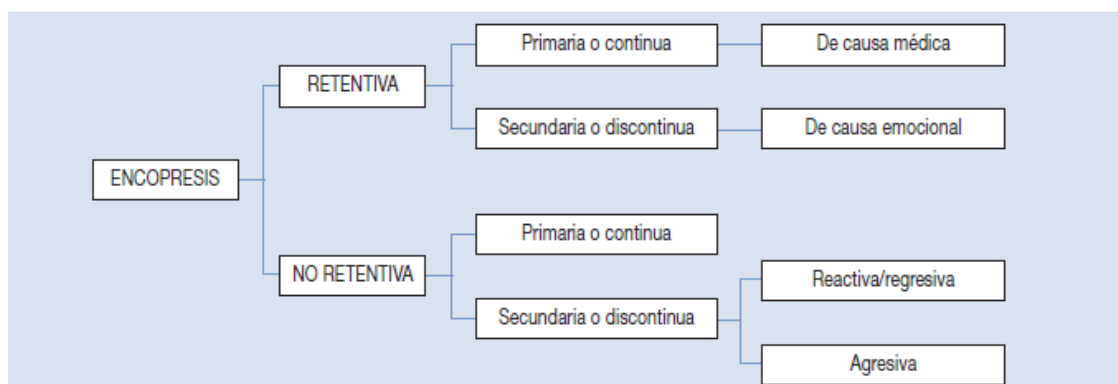
Definición

La CIE–11³ indica que “La encopresis es la defecación repetida en lugares inapropiados. La encopresis debe ser diagnosticada si la defecación en un lugar inapropiado ocurre repetidamente (por ejemplo, al menos una vez al mes durante un período de varios meses) en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo en la que se espera normalmente que haya continencia (4 años). La incontinencia fecal puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control intestinal adquirido. La encopresis no debe diagnosticarse si la incontinencia fecal es atribuible totalmente a otra condición de salud (por ejemplo, megacolon aganglionar, espina bífida, demencia), anomalías congénitas o adquiridas del intestino, infección gastrointestinal o uso excesivo de laxantes”. La figura 1 recoge una clasificación de los tipos de encopresis, con la prevención de que la división entre formas clínicas no siempre es tan clara y, con frecuencia, concurren formas de encopresis mixtas –retentivas y no retentivas–, en el curso evolutivo del trastorno.

³ <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f313374467>

Figura 1. Subtipos de encopresis

Fuente: Hernández Guillén y Rodrigo Alfageme (2009, p. 22)



Epidemiología

De acuerdo con un estudio poblacional (Van Der Wal, Benninga, & Hirasing, 2005), la encopresis es una afección común que se asocia con frecuencia con otros trastornos de salud, pero sólo se consulta por una pequeña proporción de niños que la padecen –entre $\frac{1}{3}$ y $\frac{1}{4}$ de los casos según la edad–. La prevalencia de encopresis en dicho estudio para el grupo de edad de 5 a 6 años resultó ser del 4,1% –otro estudio (Wichstrøm et al., 2012) detectó tasas del 6,4% para la población de 4 años–, mientras que para el grupo de 11 a 12 años la tasa fue de 1,6%. Otros estudios muestran ciertas variaciones respecto a estas tasas si bien suele ser constante la mayor proporción de encopresis en niños que en niñas a lo largo de las diferentes edades –del orden de 3–4:1–, así como la mayor continuidad del síntoma a lo largo del tiempo en aquellos (Costello, Mustillo, Keeler, & Angold, 2003).

Psicopatogenia

Desde el punto de vista del desarrollo psicológico, el control de la defecación marca el paso entre la fase anal expulsiva y la fase anal retentiva. Esta transición es importante por las implicaciones que comporta a varios niveles. Así, indica la adquisición definitiva de la diferenciación entre el yo y el no-yo, entre el interior y el exterior del cuerpo, entre lo que es propio y lo que puede ser expulsado. A un nivel más profundo, marca el paso entre la psicosis y la neurosis, hasta el punto de que el carácter anal-retentivo es el que se atribuye a las

personas obsesivas, con todo el simbolismo que se atribuye a las heces. De hecho, la encopresis, en especial la no retentiva, suele acompañarse de mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que en pacientes que no la padecen, como indica la figura 2 (Hernández Guillén & Rodrigo Alfageme, 2009; Von Gontard, Baeyens, Van Hoecke, Warzak, & Bachmann, 2011). Es importante explorar la presencia, en el niño pequeño, de ansiedades intensas asociadas a la expulsión del bolo fecal que nos pondrán sobre aviso de la existencia de dificultades en el proceso de diferenciación.

Figura 2. Comorbilidad de la encopresis

Fuente: Hernández Guillén y Rodrigo Alfageme (2009), p. 22

- Trastornos del desarrollo:
 - Trastornos específicos del lenguaje/comunicación
 - Trastornos del aprendizaje
 - Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno por déficit de atención
- Trastorno disocial
- Fobia simple
- Enuresis
- Reacción por estrés
- Negligencia (ausencia de entrenamiento de la defecación)

Comorbilidad

Algunos estudios (Ünal & Pehlivan Türk, 2004) indican que un 74,1% de pacientes encopreticos tienen, al menos, un diagnóstico comórbido, siendo los dos más frecuentes la enuresis (55,2%) y el trastorno de comportamiento oposicionista – desafiante (30,8%), con bastante diferencia respecto al resto de cuadros, como recoge la tabla 1. Otro estudio (Cox, Morris, Borowitz, & Sutphen, 2006) mostró que los niños con encopresis tenían más síntomas de ansiedad/depresión, ambientes familiares con menor expresividad emocional y una organización más pobre, más dificultades de atención, mayores problemas sociales, comportamiento más perturbador y un rendimiento académico peor. No hubo diferencias en la autoestima. Como grupo, los niños con encopresis difirieron de los niños sin encopresis

en una variedad de parámetros psicológicos; sin embargo, sólo una minoría de niños encoprétricos obtuvo puntuaciones clínicamente significativas los parámetros medidos.

Tabla 1. Distribución por diagnósticos agregados y número de casos de comorbilidad de encopresis
Fuente: Ünal & Pehlivan Türk (2004)

Diagnóstico	N	Porcentaje
Enuresis	111	55,2%
Trastorno oposicionista desafiante	62	30,8%
TDA/H	14	7,0%
Trastorno de movimientos estereotipados (masturbación infantil)	12	6,0%
Discapacidad intelectual	10	5,0%
Trastornos de ansiedad	7	3,5%
Trastornos del comportamiento	6	3,0%
Tartamudeo	6	3,0%
Depresión	3	1,5%
Trastorno de adaptación	3	1,5%
Tics	3	1,5%
Autismo	1	0,5%
Tricotilomanía	1	0,5%

En consonancia con otros trabajos, el primer estudio detectó de forma significativa más trastornos psiquiátricos en los familiares de primer grado de pacientes encoprétricos con cuadros comórbidos. De hecho, es sabido que la interacción familiar también puede influir, y la encopresis se ha asociado a familias desorganizadas o caóticas, o bien a familias con funcionamientos obsesivos y excesivamente rígidos. Otro aspecto que investigar es si el niño puede estar siendo objeto de abuso sexual o violencia por parte de los iguales o de los adultos.

Diagnóstico

El diagnóstico requiere una exploración detallada de los hábitos defecatorios del niño, habida cuenta de que es un síntoma muchas veces ocultado no solo por el chaval, sino también por los familiares, que tienden a normalizarlo. Una vez descartadas la organicidad, el tratamiento debe asociar medidas físicas y psicológicas con el fin de evitar el estreñimiento y sus complicaciones, así como estimular hábitos de defecación regular. Una explicación desculpabilizadora del síntoma junto con la instauración de un patrón defecatorio regular son las primeras medidas. No obstante, es importante atender a la presencia de psicopatología

acompañante, así como intervenir, en la medida de lo posible, en las dinámicas familiares disfuncionales que se hayan podido detectar.

Tratamiento

En general, el tratamiento es lento y prolongado en el tiempo, por lo que es preciso que todas las personas implicadas – el niño, los padres y el médico – tengan paciencia. Si bien un 90% de los casos mejorará durante el primer año, existe una tasa de recurrencia a medio plazo en torno al 50%. La mayoría de los casos desaparecerá con la adolescencia si bien la sintomatología comórbida permanecerá si no se interviene sobre la misma (Hernández Guillén & Rodrigo Alfageme, 2009, p. 26). De hecho, el abordaje sobre esa otra sintomatología puede resolver la encopresis sin hacer una intervención específica sobre la misma más allá de medidas reeducativas de los hábitos defecatorios e higiénicos.

Enuresis

Definición

La CIE-11⁴ indica que “La enuresis es la micción de orina repetida en la ropa o en la cama, que puede ocurrir durante el día o en la noche en un individuo que ha alcanzado la edad de desarrollo cuando la continencia se espera normalmente (5 años). La incontinencia urinaria puede haber estado presente desde el nacimiento (es decir, una extensión atípica de la incontinencia infantil normal) o puede haber surgido después de un período de control vesical adquirido. En la mayoría de los casos, el comportamiento es involuntario, pero en algunos parece intencional. La enuresis no debe diagnosticarse si la micción involuntaria de orina se debe a una condición de salud que interfiere con la continencia (por ejemplo, trastornos musculoesqueléticos o enfermedades del sistema nervioso) o por anomalías congénitas o adquiridas del tracto urinario”.

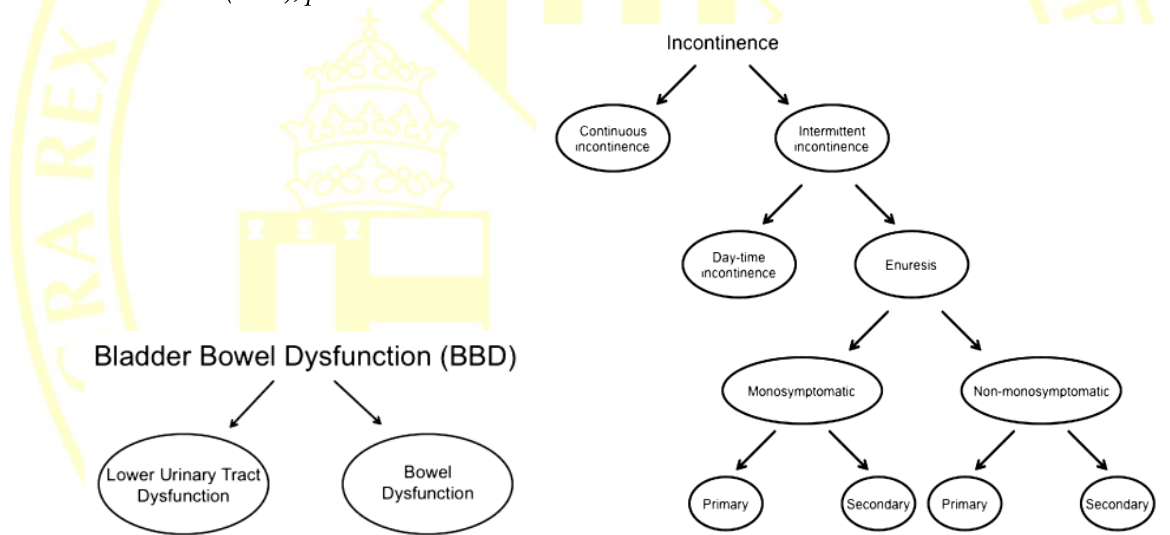
⁴ <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1157749237>

Nosología y nosotaxia

Desde el punto de vista nosológico y nosotáxico, la *International Children's Continence Society* (ICCS) (Austin et al., 2016), considera la enuresis como parte de un grupo más amplio de trastornos, la Disfunción vesical e intestinal, que se subdivide en Disfunción del tracto urinario inferior (TUI) y Disfunción intestinal. A su vez, la Disfunción del tracto urinario inferior puede dar lugar, entre otras, a la incontinencia, que puede ser continua o intermitente. La incontinencia intermitente puede ser diurna o nocturna: solo en este último caso recibe el nombre de enuresis, a diferencia de la CIE – 11, que emplea el término de forma intercambiable con la incontinencia urinaria diurna.

Figura 3. Clasificación de la incontinencia urinaria de la ICCS

Fuente: Austin et al. (2016), p. 472–3.



Existe una amplia evidencia de que los niños enuréticos con síntomas concomitantes de disfunción del TUI difieren clínica, terapéutica y patogénicamente de aquellos que no presentan síntomas diurnos. La enuresis sin otros síntomas de Disfunción de TUI (nocturia excluida), y sin disfunción vesical, se define como enuresis monosintomática, mientras que la presencia de cualquier síntoma de disfunción del TUI se define como enuresis no monosintomática. Esta subdivisión de la enuresis es fundamental y se basa en los conocimientos clínicos actuales. En pacientes con enuresis no monosintomática, se debe

notificar el tipo de disfunción del TUI, ya que esta información influirá en el tratamiento. Una vez que los síntomas diurnos de disfunción del TUI han disminuido, la enuresis cambia de no monosintomática a monosintomática.

Respecto al momento de inicio, se habla de enuresis secundaria cuando los niños han tenido un período seco previo superior a 6 meses y de enuresis primaria cuando el periodo ha sido inferior. La asociación con alteraciones del comportamiento califica la enuresis como secundaria y requiere un estudio de dicha comorbilidad (Austin et al., 2016). Como en el caso de la encopresis, la distinción es importante en la medida en que orienta a si se trata de una falta de madurez en el desarrollo psicológico o si, por el contrario, se trata de la pérdida de una función previamente adquirida debido a estresores tanto internos como externos. Así, desde el nacimiento de un hermano –acontecimiento que, con bastante frecuencia, coincide en el tiempo con la edad de entrenamiento del control esfinteriano– hasta la entrada en la guardería, pueden ser acontecimientos cotidianos que determinen la presencia del síntoma. También, situaciones más graves como abusos sexuales, negligencia o la presencia de un entorno familiar disruptivo deben también tenerse en cuenta.

Psicopatogenia

El control de la micción se sitúa en un desarrollo psicológico posterior al del control de la defecación, con el predominio de la sensibilidad uretral sobre otras áreas del cuerpo. Desde el punto de vista dinámico, la diferenciación interior – exterior ya está conseguida y el tipo de angustias que está en juego tiene que ver con la integridad corporal y con la diferencia anatómica de sexos, que en esta edad de la vida cobra importancia y da lugar a las más variadas teorías sexuales de los niños, en un esfuerzo por llevar a cabo la integración de la sensibilidad del área genital. Todo ello hace que el control de la orina pueda verse interferido por diversos factores.

Epidemiología

Una revisión reciente sobre los trabajos publicados sobre la prevalencia de la enuresis (Ramírez-Backhaus et al., 2010) mostró que la prevalencia global de enuresis es difícil de estimar y se hace necesaria la realización de estudios pormenorizados. No obstante, como recoge la figura 4, se considera que es una condición relativamente frecuente en población infantil, con tasas que oscilarían entre 8,9 – 14,7% a los 6 años y 1,8 – 7,7% a los 10 años, y una frecuencia de aparición mayor en niños frente a niñas con unas tasas globales de 20,2 – 3,8 / 18,7 – 2,9, respectivamente. Así mismo, existe un componente familiar – genético, de modo que cuando ambos padres tienen una historia previa de enuresis, la probabilidad de que esté presente en la descendencia es del 77%, mientras que si es solo uno de los progenitores quien la padeció, la probabilidad desciende al el 44% (Hernández Guillén & Rodrigo Alfageme, 2009).

Figura 4. Prevalencia de enuresis. Revisión de estudios sobre el tema
Fuente: Ramírez Backhaus et al. (2003), p. 463.

Tabla 1 – Análisis de los trabajos incluidos en el estudio de revisión. Se clasifica la metodología, los criterios diagnósticos y las características de la muestra. Se aportan los resultados globales y el rango de edad cuando es factible (nd: datos no disponibles; Retrosop cohorte: datos obtenidos de manera retrospectiva sobre una cohorte)

Autor	País	n	Participación	Definición (escapes/t)	Metodología	Rango de edad de la muestra/ media	Resultados de prevalencia estratificados							
							(♂/♀)%	6a	7a	8a	9a	10a		
Verhulst ¹⁴	Holanda	2.600	79,6	> 1/mes	Cuestionario		15,3/7,1							
Fergusson ²²	N	1.107	73	> 2/mes nd	Cuestionario		12,5/5,9							
Rahim ³⁹	Sudán	8.462		< 2/semana	H clínicas		16,2/18,7							
Javerlin ²³	Finlandia	3.206	92	> 1/6 meses	Cuestionario	nd/7	8,6/3,9							
Hellstrom ⁴⁰	Suecia	3.607		> 1/3 meses	Entrevista telefónica	nd/7	11,9/7,1							
Devlin ⁴¹	Irlanda	1.806		> 1/mes	Cuestionario		3,8/2,9							
Watanabe ⁴²	Japón	2.033		nd			17/13							
Kalo ¹⁹	A Saudí	740		nd	Cuestionario	6–16/9,9	15/5							
Bower ¹⁵	Australia	2.292	74	> 1/mes	Cuestionario		10/14							
Yeung ¹³	Hong K	3.521		> 1/3 meses	Cuestionario	5–19/nd	18,9	12,95	10,1	6,14	3,14	2,63		
Gümüs ¹²	Turquía	1.703	85	2/sem	Cuestionario	7–11/9	16,9/10,7		15**	16**	14**	12**		
Serefi ⁹	Turquía	5.724	96	< varias v/ mes	Cuestionario	7–12/nd	14/7		15,1	13,6	9,6	7,6		
Chiozza ¹²	Italia	6/4	77,17	DSM-III-V	Cuestionario	6–14/nd	8,1/5,6	8,85						
Lee ²⁶	Corea	1.325	55,8	> 1/año	Cuestionario	7–12/9,2	1/nd13,7		6,85	6,3	5,55	4,8		
Chang ²	Taiwán	1.683	70	> 1/6 meses	Cuestionario	6–11	14/9							
Cher ²⁴	Taiwán	8.997	81,2	> 1/mes		6–12	7A/4,31		9,27	6,63	4,74	3,07		
Kanaheswar ¹	Malasia	2.487	73,8	1/mes	Cuestionario	7–12/nd	9,0(ENP)/1,3(ENS)							
Butler ^{16,25}	Inglaterra	8.170	73,5	< 1/semana	Retrosop cohorte	nd/7,5	20,2/10,5							
Rona ¹¹	UK	14.674	87,16	> 1/semana	Retrosop cohorte	5–11/n-d	5,5/3,6	6,1	5,1	3,5	3	1,8		
Marugán de Miguelsanz ³⁰	España	1.410	65,12		Cuestionario									
Kajiwara ²⁸	Japón	5.282	76,4	1/mes		7–12/nd	5,9		9,5	10,5	6,25	4,25		
Byrd ²⁶	EEUU	10.960	73	1/año		5–17/nd	11							
SvD	Holanda	7.931	96,5	> 1/mes	Cuestionario	5–15/nd	6/4,4	14,7	8					
Wekke ³⁷														

*Incluye 2.571 niños con retraso mental con alta prevalencia de EN.
** Datos aproximados.

Comorbilidad

Otra revisión relativamente reciente (Von Gontard et al., 2011) indica que existe una mayor incidencia de problemas emocionales en niños enuréticos. Los estudios epidemiológicos representativos que recoge dicha revisión muestran que entre el 20% y el 30% de todos los niños con enuresis presentan del orden de 2 a 4 veces más problemas de comportamiento clínicamente relevantes que la población normal. En entornos clínicos la cifra es similar, el 29%. La tasa de trastornos comórbidos aumenta cuando las muestras se estratifican por mayor edad, género masculino, nivel socioeconómico bajo, derivación al especialista y por los subtipos clínicos secundario y no monosintomático –los niños con enuresis primaria de cualquier tipo presentaron tasas de comorbilidad similares a los controles, mientras que las formas de enuresis primaria monosintomática obtuvieron las tasas de comorbilidad más bajas–.

La enuresis secundaria está precedida por una tasa ponderada de mayor número de acontecimientos vitales y se asocia de forma significativa con una mayor tasa de trastornos psiquiátricos que pueden persistir en la adolescencia, hasta el 75% de los casos. El trastorno comórbido específico que más se asocia con la enuresis es el TDAH, que requiere especial atención de cara a asegurar una mayor adherencia al tratamiento de la enuresis, pues dicha asociación se relaciona con un menor éxito terapéutico. Otros cuadros asociados son el Trastorno de comportamiento oposicionista – desafiante, los trastornos depresivos y los de ansiedad.

Los problemas específicos de la incontinencia diurna en niños han sido menos estudiados. Por lo general, según el citado trabajo de revisión, se trata de niños más perturbados que los niños enuresis monosintomática, con tasas más elevadas de problemas psicológicos tales como el TDA/H (24,8%), los problemas de conducta (11,8%), la ansiedad de separación (11,4%), o el trastorno de comportamiento oposicionista – desafiante (10,9%).

El retraso del desarrollo, el temperamento difícil y la depresión/ansiedad materna se han asociado con la incontinencia y la encopresis diurnas.

Los niños con incontinencia de urgencia presentan mayor tasa de trastornos psiquiátricos que los controles y son de tipo predominantemente internalizantes. Por el contrario, los niños que posponen el vaciado de la vejiga asocian trastornos externalizantes como el comportamiento oposicionista – desafiante. Se han descrito abusos, privaciones y otros factores de estrés familiares en niños con vaciado disfuncional. En cuanto a los otros subtipos de incontinencia urinaria, no hay datos disponibles.

Diagnóstico

Como se ha indicado al inicio, los trastornos de la eliminación quedan en un territorio fronterizo entre pediatras y psiquiatras del niño y del adolescente. Así pues, son los primeros quienes hacen el diagnóstico diferencial descartando organicidad. Existen textos muy adecuados a tal efecto (Hernández Guillén & Rodrigo Alfageme, 2009; Taborga Díaz & García Nieto, 2014).

Tratamiento

La figura 5 resume los tratamientos empleados en la enuresis monosintomática. De acuerdo con dicha fuente, el tratamiento con mejores resultados es la alarma urinaria (Pipi-stop®), con éxitos próximos al 50% tras su retirada después de conseguir 14 noches secas. La tasa de recaída se reduce hasta el 25% si asocia técnicas de sobreaprendizaje. Aunque no hay límite de edad para su utilización, el niño debe tener suficiente grado de madurez para comprender cómo actúa y lo que se pretende, porque se tiene que levantar a orinar cuando suene la alarma y adaptarse en algunos casos al sobresalto que les produce la misma.

Recompensar las noches secas, evitar el castigo durante las noches húmedas y despertar al niño para orinar son medidas significativamente más eficaces que no hacer nada, si bien aquella última opción –levantar al niño mientras duerme, sin despertarle– no contribuye a aprender a orinar cuando la vejiga está llena. El entrenamiento en el control de retención

durante el día, con el niño despierto, y las intervenciones conductuales complejas sin alarma no parecen tener una eficacia demostrada.

Figura 5. Intervenciones usadas en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática

Fuente: Hernández Guillén y Rodrigo Alfageme (2009), p. 20

Tratamiento conductual	
Tratamiento conductual simple	
- Restricción de líquidos	Restricción de líquidos antes de irse a dormir.
- Levantar al niño	Levantar al niño para que orine sin necesidad de despertarlo.
- Despertar al niño	Despertar al niño para que orine. Se puede hacer de forma programada, levantándole cada vez más temprano.
- Sistemas de recompensa	El gráfico con estrellas u otro motivo al lograr una noche seca, actuando como refuerzo positivo. Se puede negociar un premio mayor al conseguir un número de noches secas.
- Entrenamiento para el control de la retención	Procura aumentar la capacidad funcional de la vejiga mediante ejercicios como el retraso de la micción por periodos prolongados durante el día o beber líquidos adicionales. También se pueden recomendar ejercicios de interrupción (entrenamiento de los músculos del piso pelviano).
Intervenciones conductuales complejas	
- Dry Bed Training (DBT)	Entrenamiento para mantener la cama seca: el primer día se despierta cada hora con aplicación de reprimendas si ha habido accidente. Éstas consisten en "entrenamiento de aseo" (cambiar la cama y el pijama) y "práctica positiva" (se levanta al paciente al baño alrededor de nueve veces). Las noches posteriores se hace una sola vez, pero cada vez más temprano.
- Full Spectrum Home Training (FSHT)	Entrenamiento de espectro completo en el hogar: Combina la alarma urinaria con sobreaprendizaje, entrenamiento de aseo y entrenamiento de retención.
Alarmas urinarias	
- Alarma sola	Está destinada a cambiar el significado de la sensación de vejiga llena, de señal para orinar, a señal para inhibir la micción y despertar, justo en el momento en que se produce la necesidad de orinar.
- Alarma con sobreaprendizaje	Tras 14 noches consecutivas secas con alarma sola, se dan bebidas adicionales a la hora de acostarse para provocar un mayor estrés en los músculos detrusores.
Tratamiento farmacológico	
- Desmopresina	Análogo de la hormona hipofisaria humana vasopresina. El efecto antiurético es el resultado de un aumento en la reabsorción de agua en el riñón.
- Fármacos tricíclicos	Imipramina, amitriptilina, viloxazina, nortriptilina, clomipramina y desipramina. No está bien determinado su mecanismo de acción sobre la enuresis.

Tanto los fármacos tricíclicos como la desmopresina se han mostrado eficaces para reducir la cantidad de noches con enuresis, pero la mayoría de los niños presentan recaídas después de interrumpir el tratamiento activo. Por dicho motivo se aconseja su empleo en niños mayores y con el objetivo de conseguir noches secas. En el caso de los antidepresivos tricíclicos, el fármaco habitualmente empleado es clorhidrato de imipramina a dosis de 10 mg/día antes de acostarse, de tres a seis meses y retirándolo muy lentamente durante uno o dos meses. Puede provocar arritmias, bloqueo cardíaco, convulsiones y alteraciones hepáticas

y hematológicas– así como una eventual sobredosis. En cuanto a desmopresina, se puede aplicar por vía intranasal –20-40 µg– o por vía oral –0,2-0,4 mg– antes de acostarse. Conviene restringir la ingesta nocturna de agua para minimizar el riesgo de intoxicación hídrica.

Bibliografía

- Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., ... Nevéus, T. (2016). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, 35, 471-481.
<https://doi.org/10.1002/nau>
- Bryant-Waugh, R., & Watkins, B. (2015). Feeding and eating disorders. En *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th edition* (pp. 1016-1034).
- Costello, E. J., Mustillo, S., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(Aug), 837-844.
- Cox, D. J., Morris, J. B., Borowitz, S. M., & Sutphen, J. L. (2006). Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*, 117(5), 1575-1584.
- Davies, W. H., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., ... Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417.
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.409>
- Hernández Guillén, R., & Rodrigo Alfageme, M. (2009). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis (pp. 17-31).
- Kreisler, L. (1990). La anorexia mental del lactante. En *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, 7 vols, vol. VI*. (pp. 161-172). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramírez-Backhaus, M., Arlandis Guzmán, S., García Fadrique, G., Agulló, M., Martínez García, R., & Jiménez-Cruz, J. F. (2010). La enuresis nocturna. Un trastorno frecuente con una prevalencia difícil de estimar. *Actas Urológicas Españolas*, 34(5), 460-466.
<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2010.03.001>

- Taborga Díaz, E., & García Nieto, V. M. (2014). *Enuresis infantil* (Vol. 8). Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria - IMC.
- Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. (Eds.). (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6ª). Oxford: John Wiley & Sons.
- Ünal, F., & Pehlivan Türk, B. (2004). Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *Turkish Journal of Pediatrics*, 46(4), 350-353.
- Van Der Wal, M. F., Benninga, M. A., & Hirasing, R. A. (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40(3), 345-348. <https://doi.org/10.1097/01.MPG.0000149964.77418.27>
- Von Gontard, A., Baeyens, D., Van Hoecke, E., Warzak, W. J., & Bachmann, C. (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185(4), 1432-1437. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.11.051>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(6), 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>