

## ENURESIS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL

**José Antonio López-Villalobos<sup>1\*</sup>, María Victoria López-Sánchez\*\*, Jesús María  
Andrés- De Llano\*\*\*, María Isabel Sánchez-Azón\*\*\*\*, Nuria Miguel-De  
Diego\*\*\*\*\*, Elena Pérez-Llorente\*\*\*\*\*, Estela Castaño-García\*\*\*\*\* y Ana  
Pascual-Alonso\*\*\*\*\***

*\*Psicólogo Clínico, Hospital San Telmo-Salud mental infante juvenil; \*\*Psicólogo.  
Estudiante master Psicología General Sanitaria de la Universidad de Santiago de  
Compostela; \*\*\* Jefe de Servicio del Complejo Asistencial Universitario de Palencia.  
Hospital Río Carrión; \*\*\*\*Psicólogo, Diputación de Palencia; \*\*\*\*\*Psicólogo,  
Hospital San Telmo-Salud mental*

**RESUMEN.** Antecedentes: el estudio tiene como objetivo el análisis de la contribución de variables sociodemográficas, clínicas, familiares y académicas en la probabilidad de presentar enuresis (EE) en un contexto clínico de salud mental. Método. Utilizamos un diseño *ex post facto*, retrospectivo, transversal, comparativo con dos grupos (casos de EE y controles clínicos). La muestra es incidental y consta de 1837 casos clínicos, con edades comprendidas entre los 6 y 16 años. Casos ( $n = 288$ ) y controles ( $n = 1549$ ) se han definido mediante entrevista clínica según criterios DSM-IV. El procedimiento incluye una fase descriptiva y un método estimativo multivariable de regresión logística para dar respuesta al objetivo principal. Resultados. Las proporciones observadas manifiestan diferencias significativas ( $\alpha \leq 0,01$ ), en las que los casos de EE tienen mayor comorbilidad [ $\chi^2_{(1, 1837)}=8,46$ ], mas antecedentes psiquiátricos [ $\chi^2_{(1, 1837)}=14,15$ ], menos cursos repetidos [ $\chi^2_{(1, 1837)}=6,23$ ], menor proporción de CI límite [ $\chi^2_{(1, 1837)}=8,93$ ] y menor edad [ $t_{(1837)}= 5,50$ ]. El modelo de regresión logística propuesto es significativo [ $\chi^2_{(10, n = 1837)}=73,57, p < 0,00$ ]. Considerando el conjunto de las variables propuestas la comorbilidad ( $OR = 1,75; p = 0,001$ ), antecedentes psiquiátricos ( $OR = 1,72; p = 0,000$ ), menos CI límite ( $OR = 4,49; p = 0,002$ ), menor edad ( $OR = 0,91; p = 0,000$ ) y menos padres separados ( $OR = 2,07; p = 0,018$ ), incrementan significativamente el *odds ratio* para EE en un contexto clínico. Los casos de EE presentan comorbilidad en un 15,7%, siendo más frecuente en la categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales (8,3%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (9%), trastornos del comportamiento (5,2%) y trastornos por ansiedad (2,1%). Conclusiones. El EE presenta asociación con variables clínicas susceptibles de intervención clínica o inclusión en programas preventivos.

*Palabras clave:* Enuresis. Infancia y adolescencia. Estudio *ex post facto*.

<sup>1</sup> Correspondencia: José Antonio López-Villalobos. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud mental infante juvenil. Avenida san Telmo s/n. 34004 Palencia. E-mail: villalobos@cop.es

**ABSTRACT.** Background. The aim of this study is to analyze the contribution of sociodemographic, clinical, family and academic variables to the probability of suffering enuresis (EE) in a clinical context of mental health. Method. We used a retrospective, cross-sectional, observational, comparative ex post facto design with two groups (EE cases and clinical controls). The sample is incidental and consists of 1837 clinical cases, aged between 6 and 16 years. Cases (n = 288) and controls (n = 1549) were defined by clinical interview according to DSM-IV criteria. Data analysis included a descriptive phase and an estimated multivariate logistic regression method in order to respond the main objective. Results. The observed proportions show significant differences ( $\alpha \leq .01$ ), in which EE cases have greater comorbidity [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 8.46$ ], more psychiatric history [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 14.15$ ], less repetitive courses [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 6.23$ ], lower proportion of IQ limit [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 8.93$ ] and lower age [ $t_{(1837)} = 5.50$ ]. The proposed logistic regression model is significant [ $\chi^2_{(10, n=1837)} = 73.57, p < .000$ ]. Among the proposed variables, comorbidity (OR = 1.75, p = .001), psychiatric history (OR = 1.72, p = 0.000), less IQ limit (OR = 4.49, p = .002), (OR = 0.91, p = .000) and fewer separated parents (OR = 2.07, p = .018) significantly increased the odds ratio for EE in a clinical setting. EE cases presented comorbidity in 15.7%, being more frequent in the category of relationship problems, abuse or neglect and additional problems (8.3%), attention deficit disorder with hyperactivity (9%), disorders of the behavior (5.2%) and anxiety disorders (2.1%). Conclusions. EE presents association with clinical variables susceptible to clinical intervention or inclusion in preventive programs.

*Keywords:* Enuresis. Childhood. Adolescence. Ex post facto design.

### Introducción

La enuresis (EE), según criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición [DSM-5] (American Psychiatric Association [APA], 2013), consiste en la emisión de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria. El comportamiento es clínicamente significativo por su frecuencia o por la presencia de malestar significativo o deterioro social, académico o en otras áreas importantes de funcionamiento. Para que se considere EE la edad cronológica debe ser de al menos 5 años y no debe atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica. Estos criterios son similares a los del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición [DSM-IV] (APA, 2000).

Este trastorno representa una de las causas frecuentes, en población infantil, de remisión a Psicólogos Clínicos (López-Villalobos, 2002) y presenta una prevalencia del 5-10% en niños de 5 años, del 3-5% en niños de 10 años y de alrededor del 1% en personas de 15 o más años (APA, 2013).

Algunos autores consideran la EE como una patología de singular transcendencia por su elevada prevalencia, carácter universal, larga duración, gravedad variable, secuelas psicológicas en la autoestima y vida de relación, secuelas en la familia, elevado gasto sanitario y familiar, etiología multifactorial y tratamiento multidisciplinar (Lago, Centeno, Cerchar, Toro, y Mérida, 2012). Estos mismos autores dividen la enuresis en monosintomática o no complicada sin otra patología funcional ni orgánica del tracto urinario inferior (equivalente a la EE del DSM-5) y síndrome enurético complicado con patología y sintomatología miccional o vésico esfinteriana diurna.

La etiología de la enuresis nocturna primaria aparece como multifactorial y en el 98% de los casos sin patología orgánica. Entre las posibles causas tenemos el retraso en la maduración del sistema nervioso central, causas genéticas, alteraciones del sueño, alteraciones respiratorias durante el sueño, producción insuficiente de la hormona antidiurética, alteraciones del tracto urinario, fármacos, trastornos convulsivos, diabetes mellitus y factores psicológicos (Cornella y Loño, 2010). Entre estos factores psicológicos podemos citar los problemas de conducta, síndrome de hiperactividad, conflictos socio-familiares y estrés psicosocial (Lago et al., 2012).

Finalmente, diversos autores piensan que la enuresis es un trastorno del desarrollo infantil responsable de problemas de estrés, sociales y emocionales en los niños y sus familias (Graham y Levy, 2009; Traisman, 2015).

En este contexto, nuestro estudio tiene como objetivo conocer la demanda clínica de EE en una Unidad de Salud Mental y de las características asociadas a la misma, contrastando los rasgos clínicos, familiares, académicos y demográficos de los niños/as con EE (casos), con el resto de la población clínica infanto juvenil (controles).

## Método

### *Participantes*

Participaron todos los casos clínicos ( $n = 1837$ ), entre seis y dieciséis años, atendidos en una Unidad de Salud Mental. El muestreo fue consecutivo y se compone de 288 casos de EE definidos según criterios DSM-IV y 1549 casos clínicos sin EE.

Los casos de EE son del sexo masculino un 62,5% ( $n = 180$ ) con media de edad de 8,44 años ( $DE = 2,68$ ) y del sexo femenino un 37,5% ( $n = 108$ ) con media de edad de 8,55 años ( $DE = 2,90$ ). Los casos clínicos sin EE son del sexo masculino un 57,1% ( $n = 884$ ) con media de edad de 9,30 años ( $DE = 3,90$ ) y del sexo femenino un 42,9% ( $n = 665$ ) con media de edad de 10,55 años ( $DE = 4,04$ ).

### *Instrumentos*

1. Test de inteligencia de Wechsler para niños (Wechsler, 1999). La variable capacidad intelectual límite se considera según criterios DSM-IV en los márgenes entre un CI de 71 a 84.

2. Se consideraron las variables comorbilidad, antecedentes psiquiátricos globales hasta la segunda generación, educación de los padres (dos niveles: educación básica hasta EGB y superior), educación de los hijos (dos niveles: repetir o no repetir curso), núcleo de convivencia (tener o no padres separados), atención sanitaria previa a acudir a salud mental y tener capacidad intelectual límite.

### *Procedimiento y Diseño*

Se utilizó un diseño estudio ex post facto retrospectivo de dos grupos, uno de cuasi control (Montero y León, 2007).

El muestreo fue consecutivo de pacientes atendidos en salud mental. Todos los casos y controles se analizaron mediante entrevista clínica ajustada a criterios DSM-IV (equivalentes a DSM-5). Se consideraron casos los trastornos por EE y controles el resto de la población clínica.

## Resultados

Los EE representan el 15,7% de los casos ( $n = 288$ ) atendidos en salud mental.

La Tabla 1 incluye un análisis descriptivo de las variables analizadas en casos (EE) y controles (No EE). Se refleja el número de casos en cada variable y el porcentaje que representa en cada categoría.

Tabla 1

*Análisis descriptivo diferencial T. Enuresis / No T. Enuresis*

Variable	Enuresis <i>n</i> (%)	No Enuresis <i>n</i> (%)
Sexo masculino	180 (62,5%)	884 (57,1%)
Media de edad	8,48 (DE = 2,7)	9,84 (DE = 4,01)
Antecedentes psiquiátricos	164 (59,2 %)	695 (46,9%)
Comorbilidad	62 (21,5%)	228 (14,7%)
Atención sanitaria previa	25 (8,7%)	191 (12,3%)
Repetición de cursos	35 (12,2%)	282 (18,2%)
Padres separados	15 (5,2%)	122 (7,9%)
Educación básica madres	215 (75,2%)	1164 (75,6%)
Educación básica padres	211 (74%)	1153(75,1%)
CI Limite	5 (1,7%)	94 (6,1 %)

Las proporciones observadas indican que los casos de EE atendidos, por contraste con los controles, tienen menor media de edad [ $t_{(1835)} = 5,50; p = 0,00$ ], más antecedentes psiquiátricos [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 14,15; p = 0,00$ ], más comorbilidad asociada [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 8,46; p = 0,00$ ], menor número de casos con CI Límite [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 8,93; p = 0,00$ ] y menos cursos repetidos [ $\chi^2_{(1, 1837)} = 6,23; p = 0,01$ ].

Los casos de EE presentan comorbilidad en un 21,5%, siendo más frecuente en la categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales (8,3%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (9%), trastornos del comportamiento (5,2%) y trastornos por ansiedad (2,1 %).

Para estimar la presencia o ausencia de EE en función de las variables relevantes relacionadas con nuestra investigación utilizamos el modelo de análisis de regresión logística. Los resultados indican que las variables menor edad, tener más comorbilidad, mas antecedentes psiquiátricos, no tener CI límite y tener menos padres separados tienen un efecto significativo positivo sobre el incremento de la probabilidad de que exista EE (Tabla 2). El modelo propuesto es significativo [ $\chi^2_{(10, 1837)} = 73,57; p < 0,00$ ].

Tabla 2  
*Regresión logística multivariable sobre Enuresis*

	B	ET	W <sup>a</sup>	gl	p <sup>a</sup>	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo masculino	,127	,140	,825	1	,364	1,136	,863	1,496
Edad	-,092	,020	21,597	1	,000*	,912	,877	,948
Antecedentes psiquiátricos	,545	,138	15,705	1	,000*	1,725	1,317	1,258
Comorbilidad	,562	,173	10,544	1	,001*	1,754	1,250	2,463
No CI Límite	1,502	,482	9,701	1	,002*	4,493	1,745	11,564
Repetir curso	-,024	,224	,012	1	,914	,976	,629	1,515
Atención sanitaria previa	,249	,235	1,116	1	,291	1,282	,809	2,033
Educación padres	-,036	,177	,041	1	,840	,965	,682	1,365
Educción madres	,158	,180	,773	1	,379	1,172	,823	1,668
Padres no separados	,729	,308	5,621	1	,018*	2,074	1,135	3,790
Constante	-	,655	32,711	1	,000	,024		
	3,747							

Nota: Exp(B) = odds ratio; <sup>a</sup>Test de Wald; \*p <0,05.

### Discusión / Conclusiones

En las líneas que siguen a continuación reflexionaremos sobre cada una de las variables asociadas a EE, reflejadas en nuestra investigación.

En primer lugar revisamos las dimensiones sociodemográficas. Las variables sexo masculino y tener menor edad incrementan la probabilidad de EE, en consonancia con diversos estudios que indican una mayor proporción de niños y que la prevalencia va disminuyendo progresivamente con la edad (Cornella y Loño, 2010).

Entre las dimensiones clínicas, una de las variables más asociada a EE es la comorbilidad. La comorbilidad más frecuente en nuestra investigación es con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del comportamiento y con la categoría de problemas de relación, abuso o negligencia y problemas adicionales que merecen atención clínica independiente. La literatura científica observa que la prevalencia de comorbilidad es mayor entre los niños con EE, que en los niños sin este problema (APA, 2013), así como que presentan más trastornos del comportamiento (APA, 2000). Paralelamente también se ha observado que Los niños con TDAH tienen más probabilidades de tener EE que los controles (Mellon et al., 2013) y que determinadas carencias afectivas relacionadas con la vinculación predisponen a la EE (Cornella y Loño, 2010). Se trata de elementos asociados relevantes que deben ser objeto de intervención terapéutica con entidad propia y por su vinculación con la EE. Al respecto no podemos olvidar, que aunque la enuresis en sí misma es patológicamente benigna y tiene una alta tasa de remisión espontánea, puede traer estigma social y emocional, estrés e inconvenientes tanto a la persona con EE como a sus familias (Claudius, Chhatwal y Sohi, 2016).

Desde la perspectiva clínica también observamos en los niños con EE mayores tasas de antecedentes psiquiátricos que en los controles clínicos. Esta circunstancia está potencialmente vinculada a su tasa de comorbilidad y tiene potencial incidencia en la presencia de mayores tasas de EE.

En el ámbito familiar no existen diferencias entre casos y controles clínicos en la educación de los padres, como se ha observado en otros estudios (Gomes, Teixeira,

Freitas y Ribeiro, 2016) y la tasa de padres separados es menor en nuestros casos de EE que en los controles clínicos. Esta última circunstancia está probablemente vinculada a la menor edad de los niños con EE que representa menor probabilidad de separación de los padres y a que todos los casos están incluidos en población clínica. En población general el divorcio de los padres está más asociado con la EE (Cornella y Loño, 2010).

En el ámbito académico los casos de EE repitieron menos cursos, circunstancia probablemente vinculada a su menor media de edad y a que presentaron menos casos con CI límite.

Concluimos con la reflexión de diversos autores sobre el hecho de que muchas familias consideraron que la EE había afectado la vida familiar, social o escolar de sus hijos (Gomes et al., 2016) y que aunque muchos de los niños que tienen EE no sufren alteraciones psicológicas de entidad es posible que su presencia esté vinculada a la aparición de otros problemas (Butler, 2001).

En nuestro estudio hemos observado la vinculación de la EE con dimensiones de comorbilidad susceptibles de intervención clínica que deben ser consideradas y que potencialmente, mediante tratamiento, pueden contribuir a la remisión de la EE.

En cuanto a las limitaciones, el estudio presentado se realiza con población clínica lo que puede haber oscurecido la capacidad predictiva de algunas variables y no resulta extensible a población general; sin embargo al comparar casos de EE con controles clínicos se potencia la capacidad de discriminación de los factores investigados, puesto que existe una mayor exigencia para lograr diferencias significativas entre grupos.

### Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Butler, R. J. (2001). Impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35(3), 169-176.
- Claudius, G., Chhatwal, J., y Sohi, I. (2016). Efficacy of alarm intervention in primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 3(2), 621-624.
- Cornella, J., y Loño, J. (2010). Enuresis y Encopresis. En C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Eds.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 265-277). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gomes, M. M., Teixeira, J., Freitas, J., y Ribeiro, A.G. (2016). Nocturnal enuresis in children from 5 to 10 years of a personalized health care unit of Portugal's north zone. *Atención Primaria*, 48(4), 274-275.
- Graham, K. M., y Levy, J. B. (2009). Enuresis. *Pediatrics in Review*, 30(5), 165-172.
- Lago, C. M., Centeno, M. L., Cerchar, M. M., Toro, M. S., y Mérida, M. G. (2012). Enuresis. Diagnóstico diferencial y tratamiento específico. *Revista Española de Pediatría: Clínica e Investigación*, 68(4), 240-255.
- López-Villalobos, J. A. (2002). *Perfil evolutivo, cognitivo, clínico y socio-demográfico de las personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, atendidas en una unidad de salud mental* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología, España.
- Mellon, M. W., Natchev, B. E., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., y Barbaresi, W. J. (2013). Incidence of enuresis and encopresis among

children with attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based birth cohort. *Academic Pediatrics*, 13(4), 322-327.

Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.

Traisman, E. S. (2015). Enuresis: Evaluation and Treatment. *Pediatric Annals*, 44(4), 133-137.

Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada*. Madrid: TEA.