

enuresis – enuresis

Authored by
memjavad

January 29, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *enuresis – enuresis*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8652>

Enuresis

Campo(s) Disciplinario(s) Primario(s): Psiquiatría Infantil, Urología Pediátrica, Nefrología, Medicina Familiar

1. Definición Central

La enuresis, etimológicamente derivada del griego *enourein* (orinar en), se define clínicamente como la emisión repetida e involuntaria de orina durante el día o la noche en la cama o en la ropa, que ocurre después de la edad en la que se espera que se haya logrado el control vesical, generalmente a partir de los cinco años de edad cronológica o un nivel de desarrollo equivalente. Este trastorno debe ser lo suficientemente frecuente como para causar malestar clínico significativo en el niño o adolescente, o para interferir con su funcionamiento social, académico o de otras áreas importantes. El diagnóstico, según los criterios establecidos en manuales como el [DSM-5 \(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición\)](#), requiere que estos episodios de incontinencia ocurran al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos, o que causen un deterioro clínicamente significativo.

Es fundamental diferenciar la enuresis de la incontinencia urinaria simple o de la micción involuntaria que resulta de una afección médica general subyacente, como una infección del tracto urinario o una malformación estructural. Si bien la enuresis es un síntoma, cuando cumple los criterios de frecuencia y edad mencionados, se clasifica como un trastorno de eliminación. Históricamente, se ha considerado que la enuresis nocturna (mojar la cama) es la forma más común, afectando predominantemente a varones y disminuyendo su prevalencia de manera espontánea a medida que el niño madura. A los cinco años, la prevalencia es de aproximadamente 15-20%, cayendo a 5% a los diez años y a 1-2% en la adolescencia tardía.

La definición moderna subraya la naturaleza **involuntaria** de la micción, distinguiéndola de la micción intencional (que sería un síntoma conductual o un trastorno de conducta). La enuresis refleja, en esencia, un retraso madurativo en el control de los mecanismos neurofisiológicos que regulan el ciclo sueño-vigilia y la función vesical. Los mecanismos implicados incluyen la incapacidad para despertar ante una vejiga llena, la producción nocturna excesiva de orina (poliuria nocturna), o una capacidad vesical funcional reducida. Comprender esta compleja interacción es crucial para determinar el enfoque terapéutico más adecuado.

2. Etiología y Desarrollo Histórico

El entendimiento etiológico de la enuresis ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, pasando de ser vista como un problema moral o conductual a ser reconocida como un trastorno con bases fisiológicas y genéticas. Antiguamente, se asociaba a menudo con la pereza, la malicia o, en el contexto psicoanalítico del siglo XX, con conflictos emocionales profundos o

regresiones. Sin embargo, la investigación contemporánea ha desmantelado estas interpretaciones puramente psicológicas, aunque el impacto emocional secundario sigue siendo relevante.

Actualmente, la etiología de la enuresis primaria (aquella en la que el niño nunca ha logrado la continencia nocturna durante un periodo sostenido) se considera **multifactorial**, involucrando tres componentes principales: factores genéticos, factores relacionados con la producción de orina durante la noche y factores de despertar. Existe una fuerte predisposición genética; si uno de los padres tuvo enuresis, el riesgo para el niño es de aproximadamente 40%, y si ambos padres la tuvieron, el riesgo se eleva al 75%. Se han identificado múltiples loci cromosómicos asociados a este trastorno, lo que confirma su naturaleza hereditaria. Además, la [producción nocturna excesiva de orina](#), a menudo debido a una secreción insuficiente de la hormona antidiurética (ADH o vasopresina) durante la noche, es un factor clave que excede la capacidad funcional de la vejiga.

El tercer factor crucial es la alteración del mecanismo de despertar. Muchos niños con enuresis tienen un umbral de despertar inusualmente alto y no son capaces de percibir la señal de una vejiga llena. Este fallo en la comunicación entre la vejiga y los centros cerebrales superiores durante el sueño profundo impide la respuesta motora necesaria para levantarse e ir al baño o para contraer el esfínter. La investigación moderna ha permitido desarrollar tratamientos dirigidos específicamente a estos desequilibrios fisiológicos, marcando un cambio paradigmático desde las intervenciones punitivas o puramente psicoterapéuticas hacia enfoques conductuales y farmacológicos basados en la evidencia.

3. Tipos y Clasificaciones Clave

La enuresis se clasifica de acuerdo con dos dimensiones principales: el momento de ocurrencia y la historia de continencia del niño. Esta clasificación es esencial para guiar el diagnóstico diferencial y la elección del tratamiento. La primera dimensión distingue entre enuresis nocturna y enuresis diurna.

Enuresis Nocturna: Es la forma más prevalente, refiriéndose a la micción involuntaria que ocurre exclusivamente durante el sueño nocturno. Esta es la forma que con mayor frecuencia tiene una base puramente fisiológica (desequilibrio de ADH o dificultad para despertar).

Enuresis Diurna: Se refiere a la micción involuntaria que ocurre durante las horas de vigilia. Esta forma suele estar más frecuentemente asociada con disfunciones vesicales (vejiga hiperactiva, micción infrecuente, o disfunción miccional) y, en ocasiones, con factores psicológicos como la distracción extrema o la resistencia a interrumpir el juego.

La segunda dimensión clasifica la enuresis según si el niño ha logrado alguna vez un periodo de continencia sostenida. Esta distinción entre **primaria** y **secundaria** es fundamental en la práctica

clínica.

Enuresis Primaria: Se diagnostica cuando el niño nunca ha conseguido un periodo de seis meses consecutivos de sequedad nocturna. Esta forma está fuertemente ligada a factores genéticos y retraso madurativo del control vesical. Representa la gran mayoría de los casos de enuresis nocturna.

Enuresis Secundaria: Ocurre cuando el niño, después de haber logrado un periodo de continencia de al menos seis meses, comienza nuevamente a mojar la cama. La enuresis secundaria tiene una mayor probabilidad de estar asociada a un evento estresante reciente (divorcio, nacimiento de un hermano, trauma), una infección del tracto urinario, diabetes mellitus o un trastorno psicológico subyacente. La evaluación de estos casos debe ser más exhaustiva para descartar causas médicas o psicosociales adquiridas.

Finalmente, algunos sistemas de clasificación, particularmente en el ámbito urológico, distinguen entre enuresis monosintomática y no monosintomática. La **enuresis monosintomática** se refiere a la incontinencia nocturna sin ningún otro síntoma del tracto urinario inferior (como urgencia, frecuencia, goteo diurno o estreñimiento). La forma **no monosintomática** implica la presencia de estos síntomas adicionales y requiere una evaluación urológica más profunda, ya que suele estar relacionada con una disfunción vesical subyacente.

4. Características Clínicas y Diagnóstico

El diagnóstico de la enuresis es primariamente clínico y se basa en una historia detallada proporcionada por los padres y el niño. Es crucial obtener información precisa sobre la frecuencia de los episodios, si ocurren de día o de noche, la historia de continencia (para clasificarla como primaria o secundaria), los patrones de ingesta de líquidos, y la presencia de síntomas diurnos como urgencia o dificultad para vaciar la vejiga. Un examen físico completo es obligatorio para descartar causas orgánicas, prestando especial atención a la columna vertebral (para descartar espina bífida oculta), el abdomen (para detectar masas fecales indicativas de estreñimiento crónico) y los genitales externos.

La evaluación diagnóstica en casos típicos de enuresis monosintomática primaria suele ser sencilla y no requiere pruebas invasivas. Sin embargo, la presencia de "síntomas de alarma" obliga a realizar una investigación más exhaustiva. Estos síntomas incluyen la enuresis diurna, el inicio después de los diez años, la presencia de síntomas neurológicos, un chorro urinario débil, o síntomas de infección urinaria recurrente. Las herramientas de diagnóstico complementarias pueden incluir análisis de orina (para descartar infecciones o diabetes insípida/mellitus), y un diario miccional de 48 horas, donde se registra la ingesta de líquidos, el volumen de orina y los episodios de micción involuntaria. Este diario ayuda a identificar si el problema principal es la poliuria nocturna o la baja capacidad vesical funcional.

En casos complejos o enuresis no monosintomática, pueden ser necesarias pruebas especializadas. La [ecografía renal y vesical](#) se utiliza para evaluar la estructura del tracto urinario y determinar si hay orina residual significativa después de la micción. La uroflujometría puede medir la velocidad del flujo urinario, identificando patrones obstructivos o disfuncionales. Es esencial el diagnóstico diferencial con otras condiciones que causan incontinencia, como la vejiga neurógena, la diabetes mellitus tipo 1, o trastornos psiquiátricos graves. El diagnóstico preciso es la piedra angular para el éxito terapéutico, ya que un tratamiento basado únicamente en la farmacología sin abordar una disfunción vesical subyacente será ineficaz.

5. Impacto Psicosocial y Comorbilidades

Aunque la enuresis es primariamente un trastorno fisiológico, su impacto psicosocial en el niño y la dinámica familiar puede ser considerable. La **vergüenza**, la **culpa** y la **baja autoestima** son consecuencias psicológicas comunes, especialmente en niños mayores y adolescentes. La enuresis puede limitar seriamente las actividades sociales, como las pernoctaciones fuera de casa, los campamentos de verano o las excursiones escolares, lo que lleva al aislamiento social y a una sensación de ser diferente o defectuoso. La reacción de los padres, si es de castigo o frustración, puede exacerbar el malestar emocional del niño, creando un ciclo de ansiedad y fracaso.

El impacto en la calidad de vida de la familia es también significativo. Los padres enfrentan la carga del lavado de ropa de cama frecuente, la interrupción del sueño y el estrés emocional de ver a su hijo luchar con el problema. El manejo de la enuresis requiere paciencia y un enfoque de apoyo, ya que la crítica o la humillación pueden llevar al desarrollo de problemas de conducta secundarios, incluyendo el trastorno oposicionista desafiante o la depresión. El apoyo psicológico y la educación familiar son componentes cruciales del tratamiento, independientemente de la modalidad terapéutica elegida.

Existen varias comorbilidades asociadas con la enuresis, siendo la más importante el [estreñimiento crónico](#). El recto lleno de heces puede presionar la vejiga, reduciendo su capacidad funcional y contribuyendo a la incontinencia nocturna y diurna. Otros trastornos comórbidos incluyen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que se encuentra en una proporción significativamente mayor de niños con enuresis que en la población general. Se postula que la dificultad para mantener la atención y la impulsividad asociadas al TDAH pueden influir tanto en la dificultad para despertar como en la resistencia a seguir rutinas de entrenamiento vesical. La identificación y el tratamiento de estas comorbilidades son esenciales para lograr la sequedad a largo plazo.

6. Enfoques Terapéuticos

El tratamiento de la enuresis debe ser escalonado y adaptado al tipo específico de enuresis diagnosticado. La primera línea de tratamiento, especialmente para la enuresis nocturna monosintomática primaria, siempre debe ser la modificación conductual y la educación. Esto incluye asegurar una ingesta adecuada de líquidos durante el día y restringirlos antes de acostarse, evitar bebidas con cafeína, y establecer horarios de micción regulares. Además, es crucial abordar cualquier estreñimiento o disfunción intestinal coexistente, ya que su resolución a menudo mejora o elimina la enuresis.

La terapia conductual más efectiva es el uso de la [alarma de enuresis](#) (o alarma de cama). Este dispositivo funciona mediante el condicionamiento operante: un sensor detecta las primeras gotas de orina y activa una alarma sonora fuerte que despierta al niño. El objetivo es entrenar al cerebro del niño para que asocie la sensación de vejiga llena con el despertar, o para que contraiga el esfínter antes de que ocurra la micción completa. Aunque su tasa de éxito a largo plazo es la más alta (alrededor del 70-80%), requiere un compromiso significativo por parte de la familia y puede tardar varias semanas o meses en ser efectiva. Es el tratamiento de elección para los casos en los que la dificultad para despertar es el factor predominante.

Cuando la terapia conductual falla o en casos donde la poliuria nocturna es el factor principal, se recurre al tratamiento farmacológico. La **desmopresina** (un análogo sintético de la vasopresina/ADH) es el fármaco de primera línea más utilizado. Actúa reduciendo la producción de orina por los riñones durante la noche. Es altamente efectivo para lograr la sequedad a corto plazo, especialmente útil para pernoctaciones o campamentos. Sin embargo, la tasa de recaída después de suspender el medicamento es alta. Alternativamente, los anticolinérgicos (como la oxibutinina) pueden usarse en casos de enuresis no monosintomática, especialmente si hay evidencia de hiperactividad del detrusor o baja capacidad vesical funcional, a menudo en combinación con desmopresina o terapia de alarma.

7. Controversias y Perspectivas Futuras

Una de las principales controversias en el manejo de la enuresis se centra en el momento oportuno para iniciar la intervención. Dado que una alta proporción de niños resuelve la enuresis espontáneamente con la madurez, existe debate sobre si las intervenciones intensivas deben reservarse solo para los niños mayores (a partir de los 7 u 8 años) o si deben iniciarse tan pronto como a los 5 años, cuando el trastorno comienza a causar un deterioro psicosocial significativo. La tendencia actual favorece la **intervención temprana** si el niño o la familia expresan angustia, priorizando siempre la terapia conductual sobre la farmacología.

Otro punto de debate se relaciona con el manejo de la enuresis no monosintomática. Aunque el tratamiento de la disfunción vesical es claro, la necesidad de combinar la terapia de alarma con la desmopresina o anticolinérgicos sigue siendo objeto de investigación para optimizar la adherencia

y reducir las tasas de recaída. Las guías clínicas internacionales enfatizan cada vez más la necesidad de una evaluación urológica funcional completa antes de prescribir medicamentos, asegurando que se aborden todos los componentes etiológicos.

Las perspectivas futuras se centran en la identificación de **marcadores genéticos específicos** que permitan predecir la respuesta al tratamiento (por ejemplo, qué niños responderán mejor a la desmopresina frente a la alarma). Además, la investigación en neurociencia está explorando cómo mejorar la capacidad de despertar del niño a través de métodos no invasivos. El objetivo final es personalizar el tratamiento, moviéndose de un enfoque de "talla única" a estrategias altamente individualizadas que aborden la mezcla única de factores fisiológicos y conductuales de cada paciente.

Lecturas Adicionales

[Enuresis \(Wikipedia en español\)](#)

[Asociación Española de Pediatría \(AEPED\). Enuresis nocturna: guía para padres.](#)

[Manual MSD, Versión para profesionales. Enuresis.](#)

[DSM-5 \(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición\)](#)

[Alarma de enuresis \(Wikipedia en español\)](#)

[Ecografía \(Wikipedia en español\)](#)

[Estreñimiento crónico y Enuresis \(AEPED\)](#)