

Enuresis y Encopresis desde un enfoque multidisciplinario

Enuresis and encopresis from a multidisciplinary approach

María Rosa Asencios Garnica

Autor corresponsal: asenciosmariorosa@gmail.com
Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú

Nicole Melyssa Cassina Doza

ncassinadoza@gmail.com
Universidad Privada del Norte, Perú

Guadalupe Victoria Levano Urrutia

lupita.aqp.14@gmail.com
Universidad Privada del Norte, Perú

Recibido: 05 de octubre de 2024

Aceptado: 25 de noviembre de 2024

Resumen

Se presenta el caso clínico de «M», un niño de nueve años de edad con enuresis y encopresis. La información proporcionada por los diferentes especialistas, la madre del niño y otros miembros de la familia, son la base para analizar la problemática. Asimismo, la aplicación de una detallada batería de pruebas y la observación realizada al menor, sirven para elaborar el diagnóstico etiológico y definitivo del caso clínico. Además, se desarrollan las causas de la enuresis y encopresis, tipos, estado emocional generado a partir de estos trastornos y el impacto que, estas condiciones, tienen en las relaciones del niño con su entorno familiar. El enfoque multidisciplinario y el trabajo coordinado del psicólogo con la familia son fundamentales para el diseño de un plan de tratamiento.

Palabras clave: enuresis, encopresis, ansiedad, niñez, psicología.

Para citar este artículo:

Asencios, M. A., Cassina, N. M., & Levano, G. V. (2024). Enuresis y Encopresis desde un enfoque multidisciplinario. *Actualidad Psicológica*, 2(3), 37-54. <https://cpsplimaycallao.org.pe/revista-actualidad-psicologica/>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0).



Abstract

The clinical case of «M», a nine-year-old boy with enuresis and encopresis is presented. The information provided by different specialists, the child's mother and other family members are the basis for analyzing the problem. Likewise, the application of a detailed battery of tests and the observation carried out on the child serve to develop the etiological and definitive diagnosis of the clinical case. In addition, the causes of enuresis and encopresis, types, emotional state generated from these disorders, and the impact that these conditions have on the child's relationships with his family environment are developed. The multidisciplinary approach and the coordinated work of the psychologist with the family are fundamental for the design of a treatment plan.

Keywords: enuresis, encopresis, anxiety, childhood, psychology.

Introducción

La enuresis y la encopresis son dos tipos de trastornos en el control de la orina, en el primer caso, y de las heces, en el segundo caso. Las causas de la incontinencia en los niños pueden ser orgánicas o psicológicas; la mayoría de los infantes ya puede controlar sus esfínteres entre los dos y cuatro años de edad, como resultado de un proceso de maduración y aprendizaje en el que los padres intervienen básicamente en el adiestramiento del manejo (Martínez, s. f.).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y la Sociedad Internacional de Continencia de los niños (SIC), si ocurre esta falta de control nocturno, por lo menos en una ocasión durante 30 días, se puede diagnosticar enuresis (como se cita en Magisterio, 2022). Según Salavera (2021), a partir de los dos años se puede lograr este control durante las horas de sueño, pero puede considerarse dentro del rango de normalidad si la incontinencia se produce ocasionalmente hasta los cinco años.

En el Perú, en el Hospital Almenara de Lima, los casos de niños atendidos, por diagnóstico de enuresis, aumentó en 50% el último año; dos de cada 10

niños que presentan algún trastorno psiquiátrico, registran enuresis (Ocampo, 2023).

En cuanto a la encopresis, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V) indican que es la evacuación tanto voluntaria como involuntaria de las heces en lugares inadecuados, en niños de cuatro años a más (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 2013; OMS, 2008). De acuerdo con Salavera (2021), se diagnostica en función de la «incapacidad de control del esfínter anal, especialmente al dormir».

Estos casos deben ser atendidos por los especialistas oportunamente, con atención a la familia de manera integral. Usualmente, los padres o tutores tienden a solicitar ayuda cuando sus hijos presentan otros síntomas que se suman a la enuresis o encopresis, como ansiedad, miedo, irritabilidad, retraimiento social, etc. Como señala Ocampo (2023), los padres deben tener conocimiento de cómo estos trastornos afectan a sus niños en su autoestima y cómo generan sufrimiento y dificultad en el desarrollo, implicando aspectos neurológicos, psicosociales y afectivos básicos para el bienestar del ser humano. Por tanto, es necesario comunicar y llevar al niño afectado a ser evaluado. Se han visto casos reportados en los que los padres esperan largamente para considerar un trastorno llevar al niño a ser evaluado por un especialista, probablemente porque lo asumen como un medidor de desempeño de la enseñanza en sus hijos que no han logrado y otros sí.

Como objetivo general de este estudio planteamos determinar el diagnóstico etiológico y definitivo del caso clínico. Además, conocer las causas de la enuresis y encopresis, el estado emocional generado a partir de estos trastornos, así como analizar el impacto que estas condiciones tienen en las relaciones del niño con su entorno familiar. Contribuimos, de esta manera, con el conocimiento de estos trastornos para el diseño de un plan de tratamiento.

El caso clínico

Es el caso de un niño de nueve años, de nombre «M» (para este estudio), natural y procedente de Lima, quien cursa el tercer grado de primaria en

un colegio privado; vive con su madre, abuelos maternos y prima. Visita esporádicamente a su padre quien tiene una hija de tres años de edad con su pareja actual.

Motivo de consulta. Ingresa por consulta externa para ser atendido por el servicio de psicología; anteriormente, recibió atención en los servicios de nutrición, urología, gastroenterología, neurología, pediatría, psiquiatría y también psicología.

Antecedentes

Según lo que le informaron a la madre de «M», el niño tiene tendencia al estreñimiento desde los cuatro meses de edad, y no padece de enfermedades crónicas o alergias; señala, la madre, que tampoco ha sufrido de algún accidente, no ha tenido fractura o cirugía alguna. El régimen de alimentación que tiene el niño es inadecuado por ser bajo en fibras. Los exámenes recientes de «M» arrojan espina bífida oculta y probabilidad de dolico colon.

La personalidad de «M» es tendiente a la introversión y ansiedad. Su coeficiente intelectual está levemente por encima del promedio. Las experiencias emocionalmente perturbadoras que recuerda la madre, respecto a su hijo, son la separación con su pareja, padre de «M»; ausencia de figura paterna, por viaje; una indicación enérgica de parte de la maestra de inicial para que hagan silencio los niños en el aula; y que «M» fue testigo del largo proceso de la enfermedad de la bisabuela, quien vivía con ellos, y luego del fallecimiento.

Historia personal

La madre refiere que el embarazo del niño no fue planificado, y durante el tiempo de gestación mantenía estados de depresión y ansiedad debido a los problemas con su pareja y conocer el diagnóstico de cáncer de su madre.

«M» nace a pretérmino por parto eutócico al tener doble circular del cordón. A los 30 días, aproximadamente, sus padres se separan y él queda al cuidado de su mamá y de sus abuelos maternos. La madre señala que se instalan en casa de su familia materna y la crianza y cuidados de «M» lo comparte con los abuelos y la bisabuela, debido a que ella salía a trabajar para solventar los

gastos del hogar. Asimismo, señala que no tiene comunicación alguna con el padre de «M», quien tiene una pareja y una hija. Algunos fines de semana se encuentran, padre e hijo, en casa de los abuelos paternos.

Respecto a la escolaridad, el niño asistió al nivel inicial haciendo uso de pañal durante el horario escolar. Se mostraba sociable con los niños, pero por momentos, algo retraído, según informa la madre; ella señala que una vez la maestra dio la instrucción de guardar silencio en el aula, y «M» lo tomo de manera literal por un tiempo; es lo que denominamos mutismo selectivo temporal. La educación primaria debió hacerla de manera remota por el aislamiento en la pandemia de COVID-19. Es un alumno promedio; de manera progresiva mejoró sus habilidades expresivas, lo que generó en él seguridad al ser reconocido por ello.

En el hogar, los adultos a veces son autoritarios y otras veces permisivos con «M»; por lo general, no refuerzan el buen comportamiento y los castigos no son los adecuados, en la medida que la forma de dirigirse a él no es asertiva. Duerme en la misma habitación con su mamá porque le da temor dormir en otra habitación. Los abuelos maternos lo llevan y recogen del colegio; se hacen cargo de su alimentación y atención durante las tardes, por las noches lo hace la mamá cuando llega de trabajar. La familia paterna minimiza el diagnóstico del niño; cuando él regresa de la visita a su padre se le observa más inquieto y con mayor dificultad para el control de esfínteres. «M» tenía un vínculo especial con su bisabuela materna y fue quien le proporcionó durante sus primeros meses de vida una manta, a la que le tomó cariño y apego sintiendo tranquilidad toda vez que esta se encontraba en alguna parte de su cuello manteniendo esa actitud durante su infancia y niñez. La madre del menor y abuelo ocultaban la mantita innumerables veces, pero «M» las volvía a encontrar o buscaba una tela de reemplazo que tuviera las mismas características (suave, blanca, de un tamaño mediano y que le abrigue), de esta forma coleccionó hasta siete mantas con las que sentía que regulaba su ansiedad, por lo que siempre llevaba una a diferentes lugares, incluso la escuela.

La incontinencia

La incontinencia urinaria la presenta «M» la presenta desde su nacimiento, con intentos fallidos de autocontrol. La encopresis la presenta,

aproximadamente, a partir de marzo de 2022, cuando tenía siete años de edad; dos meses después que falleciera su bisabuela, con quien tenía un vínculo especial y quien le regaló la manta.

La madre refiere que en casa lleva un control de los momentos de evacuación del niño, para lo cual usa una alarma; señala ella: «miente al decir que va al baño y si lo hace solo se revisa la trusa ... otras veces ingresa con el celular».

En la historia clínica de «M» se registra atenciones psicológicas desde 2018, aproximadamente 40 sesiones psicoterapéuticas luego de ser diagnosticado con problemas en habilidades sociales. Posteriormente, fue atendido en neuropsicología y le diagnosticaron enuresis, encopresis, así como déficit de atención de foco interno con la sugerencia de verificar la madurez del suelo pélvico, y recibir atención en terapia física y rehabilitación.

En casa, se lleva un registro de todo lo relacionado con la problemática del niño; además, se siguen las indicaciones terapéuticas, replicando algunos ejercicios que se realizan en el consultorio; también se le ha sugerido a la madre de «M» que programe actividades lúdicas, educativas, artísticas o deportivas para el niño durante la tarde con la finalidad de ocupar el tiempo libre del niño, ya que la escuela no envía tareas para la casa.

Otra indicación adicional, es que el menor se haga cargo de su aseo y lavado de ropa interior después de sus episodios de falta de control de esfínteres; según lo observan, esto lo incomoda, además lo hace sin voluntad, por lo que su abuela lo ayuda o deciden desechar la ropa sucia.

Como púber, atraviesa un proceso exploratorio del entorno y la sexualidad; recibiendo orientación del profesional en psicología.

Examen mental

En las evaluaciones se encuentra despierto, lúcido y orientado en persona, tiempo y espacio. Su coeficiente intelectual general corresponde a 117 en la escala de Wechsler; presentan niveles altos en comprensión verbal y velocidad de procesamiento. Su atención es dispersa, prefiere los momentos lúdicos. Durante el entrenamiento para una atención focalizada

se logró que esta se mantuviera hasta por 15 minutos aproximadamente. No evidencia patología en su percepción o memoria. Con relación a su lenguaje usa un tono de voz infantil; en situaciones de confianza, su expresión verbal es fluida. Su pensamiento, por momentos, aún es mágico y a veces piensa en voz alta o va narrando lo que piensa.

Exploración del estado afectivo

Su estado de ánimo, en general, es inestable; se muestra a veces irritable en casa, sensible frente a las críticas; a veces, es temeroso e inseguro; si entablan una comunicación asertiva con él, puede comprender y mejorar sus conductas. Conoce su problemática y expresa vergüenza. Se observa en «M» recursos en su proceso conativo-volitivo.

Método

Se exponen las características principales de un estudio de caso clínico que nos lleva a describir los atributos del fenómeno estudiado, por lo que amerita una investigación de corte cualitativo.

Las técnicas empleadas son la observación, entrevistas estructuradas y no estructuradas. Los instrumentos son el examen del estado mental, registro de conductas, anamnesis, pruebas psicométricas, proyectivas y exámenes auxiliares.

Se entrevistó a la madre, abuelos paternos y abuela materna para obtener información acerca del desarrollo de «M», evolución del problema, antecedentes familiares, intervenciones médicas y psicológicas, antecedentes personales, escolares, académicos y la presencia de trastornos comórbidos o afecciones clínicas.

Con el registro conductual, recabamos información objetiva de la frecuencia diaria y semanal de la capacidad funcional de la vejiga y esfínteres. Mediante la evaluación con los test psicométricos y proyectivos obtuvimos información de la personalidad, percepción familiar, así como indicadores de ansiedad y descarte de problemas neuropsicológicos.

Cabe señalar que, como tratamiento para este tipo de afecciones, se considera la psicoterapia individual, por ejemplo, *mindfulness*, exposiciones en vivo, *body scan*, logoterapia expresiva, diálogo terapéutico, psicoeducación, y otras técnicas conductuales. Dependiendo de las condiciones presentadas, es necesaria la rehabilitación con fisioterapia. De gran relevancia es el trabajo multidisciplinario y en coordinación constante con la familia, informándolos y motivándolos para seguir las indicaciones.

Diagnóstico inicial:

- Eje I** : Depresión infantil por duelo
Enuresis primaria - Encopresis secundaria
- Eje II** : No evidencia
- Eje III** : D/C Vejiga neurógena
- Eje IV** : Muerte de la bisabuela
Separación de los padres
Estrés familiar
- Eje V** : Ansiedad

De la historia personal, se conoce que «M» proviene de una familia monoparental extensa, sin régimen de visitas del padre, las reuniones con él son poco frecuentes y en casa de los abuelos paternos. Los acontecimientos de duelo son la desvinculación de la madre, separación de los padres, fallecimiento de la bisabuela, desplazamiento por nacimiento de hermanita; el poco espacio de atención de los padres es fuente de inseguridad para él y busca llamar la atención. Con relación al uso de su manta refiere: «mi mantita me calma el dolor», evidenciando necesidad de contacto suave y cálido para regular sus emociones.

Los últimos tres meses, previos a este reporte, se realizaron terapias basadas en atención plena, exposición al estímulo, *mindfulness*, yoga para niños, ludoterapia expresiva, diálogo terapéutico, *awareness*, psicoeducación e intervención conductual. Actualmente, lleva terapia física para trabajar el suelo pélvico; el resultado es que está logrando la sensación de querer ir al baño al terminar su terapia durante sus primeras sesiones.

Nos planteamos como objetivo que «M» tome conciencia, madure en su desarrollo socioemocional, mejore su estima personal a través del autoconocimiento y aceptación, tenga seguridad de sí mismo y aprenda a sentir los estímulos y sensaciones internas a través de la reeducación, bajo un enfoque multidisciplinario. La finalidad es que la frecuencia de la enuresis y encopresis baje hasta llegar al control total de sus esfínteres. Según lo registrado, se viene logrando paulatinamente en los últimos dos meses, para que «M» alcance el equilibrio emocional y la familia la tranquilidad que requieren en sus vidas.

Marco conceptual

Enuresis

Según el DSM V la enuresis corresponde a la emisión repetida de la orina en la cama o en la ropa, de manera voluntaria o involuntaria; debe manifestarse con una frecuencia de, al menos, dos veces por semana y por un mínimo de tres meses continuos. La edad cronológica corresponde a por lo menos cinco años.

Se puede clasificar en *primaria*, cuando el niño nunca llega a controlar la continencia urinaria y *secundaria*, cuando hay logro del control al menos durante un periodo de tiempo de seis meses (American Academy of Pediatric, 2018).

En el DSM V se indica que la prevalencia de la enuresis es después de los cinco años, el porcentaje de remisión espontánea es del 5-10% por año; aunque la mayoría de los niños con dicho trastorno desarrolla continencia urinaria en la adolescencia, en un 1% de los casos el trastorno continúa en la edad adulta (AAP, 2018). En la Tabla 1 se observa la clasificación en función de algunas variables.

Tabla 1*Clasificación de la enuresis en función de distintas variables*

Conceptual	Funcional	Micción involuntaria de carácter funcional.
	Orgánica	Micción involuntaria relacionada con alteraciones urológicas o neurológicas.
Duración	Primaria	Micción involuntaria, continua, persistente desde el nacimiento.
	Secundaria	Micción involuntaria, continua, persistente tras un periodo de control de 6-12 meses.
Frecuencia	Regular	Micción involuntaria durante el periodo de vigilia.
	Esporádica	Micción involuntaria durante la fase de sueño.
Momento de ocurrencia	Diurna	Micción involuntaria durante el día y la noche.
	Nocturna	Micción involuntaria en episodios habituales.
	Mixta	Micción involuntaria en episodios esporádicos (por ejemplo, una o dos veces por mes).

Nota. Adaptado de Méndez, 2018.

En el DSM V (2018) se muestran los criterios para el diagnóstico de la enuresis, como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2*Criterios diagnósticos de la enuresis según el DSM V*

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos 2 veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

Nota. DSM V, 2018.

Por otro lado, según el diagnóstico diferencial del DSM V (AAP, 2018), no se establece el diagnóstico de enuresis en presencia de una vejiga neurogénica o de una enfermedad médica que cause poliuria o urgencia (p. ej., diabetes mellitus o diabetes insípida no tratadas) o durante una infección aguda del tracto urinario. Sin embargo, el diagnóstico de enuresis es compatible con estos procesos si existe incontinencia urinaria antes de presentarse la enfermedad médica o si persiste tras la instauración del tratamiento adecuado; es por ello que se sugiere hacer el diagnóstico diferencial con el síndrome de vejiga neurogénica no neurogénico o también conocida como síndrome de Hinman, que es una disfunción miccional con una descoordinación vesicoesfinteriana; descoordinación que produce daño vesical y daño al sistema urinario superior si no es diagnosticado y tratado de forma adecuada (Manzo-Pérez et al., 2018).

Encopresis

Como figura en el DSM V, la característica esencial de la encopresis es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados, este diagnóstico se da posterior a los cuatro años de edad sin que haya alguna causa médica, excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento (APP, 2014). En cuanto a su prevalencia, se estima que aproximadamente el 1% de los niños de 5 años de edad presentan encopresis y que el trastorno es más frecuente en varones que en mujeres (APP, 2014). En la Tabla 3 se muestran los dos subtipos de encopresis.

Tabla 3

Subtipos de la encopresis según DSM V

Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento [787.6].	Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.
Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento [307.7].	No existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Nota. Información de la APP, 2018.

Para que se establezca un diagnóstico de encopresis se deben cumplir ciertos criterios de diagnóstico, como la duración mínima de los síntomas durante tres meses. En la Tabla 4 se presentan estos criterios según el DSM V (APA, 2018).

Tabla 4

Criterios diagnósticos de la encopresis según el DSM-V

-
- A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.
 - B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses.
 - C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).
 - D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento.
-

Nota. Información de la APP, 2018.

En los antecedentes de «M» se registran tratamientos para el estreñimiento con laxantes, enemas y dieta especial; por lo que se considera su caso como un trastorno primario. Soto y Osorio (2006) mencionan que la etiología de la encopresis se debe a los trastornos emocionales y comportamentales; la ansiedad, es un factor que aumenta el dolor del tránsito intestinal y la vergüenza de ir al baño en el colegio son causantes también de la incontinencia fecal y su posterior evacuación involuntaria, generando tensión e intranquilidad en la persona, así como el aislamiento social debido al temor y rechazo de su entorno.

En sesiones de psicoterapia y psicoeducación con «M» se han utilizado dibujos, videos, diagramas, fotografías, entre otros; siempre con un lenguaje asequible y asertivo para el niño y la familia sobre la funcionalidad del intestino, el sistema urinario y digestivo, principalmente, sin dejar de lado la explicación sobre las emociones que se involucran.

Resultados en cada una de las pruebas aplicadas:

- NAM-3, Neuropsi (Ostrosky-Solis et al., 1999). Aquí obtiene una puntuación de 112 que lo ubica dentro del rango normal de su desarrollo neuropsicológico. Se encuentran sus procesos mentales dentro de lo esperado.
- Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación (Querol & Chaves, 2005). Se encuentra sentimientos de inseguridad y ansiedad que en algunas ocasiones podría generarle angustia; el niño no cuenta con mecanismos de defensa adecuados frente a situaciones que le generen estrés y percibe su entorno como amenazante; fácilmente, puede entrar en estados de tristeza que podrían conducirlo a ser verbalmente reactivo en algunas ocasiones.
- Test de la Figura Humana (Machover, 1997). En sus respuestas, evidencia personalidad en formación tendiente a la intro-extroversión, sensación de tensión externa y se muestra atento a ello, necesidad de ser admirado, sensible a las críticas, tendencia a la represión para verbalizar sentimientos y realizar ajustes en las relaciones sociales debido a la inseguridad. No evidencia trastorno patológico en formación.
- Test de la Familia (Corman, 1961). Percibe a su entorno como bueno, procurando ser el centro de atención, identifica adecuadamente las emociones y sentimientos de sus integrantes; distancia al abuelo materno, probablemente porque lo distingue como una persona estricta; por el contrario, se siente mejor vinculado y seguro con su abuela materna. La familia no provee al niño estabilidad emocional, la comunicación es poco asertiva; el niño expresa su necesidad de tiempo y compañía de ambos padres.
- Test Gestáltico-Visomotor (Bender, 1938). Su discriminación visual y coordinación visomotora no evidencia indicadores de lesión cerebral. Presenta capacidad para mantener un orden dentro de un espacio determinado a tiempo controlado.
- CDI, Inventario de Depresión Infantil - B (Kovacs, 1992). El puntaje final de la evaluación es de 14, lo que indica que se encuentra debajo

del punto de corte, de 19. No presenta síntomas depresivos significativos al momento de la evaluación.

- WISC-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler en niños (Wechsler, 1949). Obtiene un CI general de 117 que corresponde a la categoría de normal brillante. Esta puntuación se encuentra levemente por encima del promedio en los niños de su edad. Cabe resaltar que en la subescala de comprensión su puntaje lo ubica en la categoría de genio, y en la subescala verbal y velocidad de procesamiento su puntaje lo ubica en la categoría normal brillante.
- Observación y entrevista. El menor es de contextura delgada, tez trigueña, talla promedio. Llega puntualmente a las sesiones, se le aprecia aseado, cómodo con su vestimenta apropiada para la estación. En la primera entrevista estuvo poco comunicativo, pero paulatinamente tomó confianza y se mostró más colaborador y atento en las sesiones.

Discusión

El estudio de este caso clínico es de tipo cualitativo. El objetivo es determinar el diagnóstico etiológico de la enuresis y encopresis, tomando en cuenta que el origen puede ser fisiológico y/o psicológico, de origen primario o secundario, por factores externos o internos.

«M» presenta un trastorno de eliminación mixta, la enuresis de tipo primario y la encopresis de tipo secundario; se considera la posibilidad de inmadurez del suelo pélvico y vejiga neurogénica (síndrome de Hinman); así como el uso sin control de laxantes a temprana edad, hábitos alimenticios inadecuados y escaso conocimiento sobre los cuidados integrales, de parte de la familia, durante el desarrollo del menor. Se suman a ello, las experiencias de duelo generadoras de inseguridad y temores; por lo que busca llamar la atención y espera ser tratado de manera más afectuosa, amable, asertiva y recibir mayor cuidado. Algunos niños que tienen dificultades relacionadas con la ansiedad, quejas somáticas y depresión, se encuentran en el rango de edad de 6 a 11 años (Viola et al., 2008, como se cita en Vanegas, 2022). Por lo que consideramos de vital importancia proveer

al niño de un entorno que le brinde seguridad, estabilidad emocional y participación de la familia en la validación.

El diagnóstico de estos trastornos depende de la rigurosidad que se contemple en la evaluación, entrevistas con el propio paciente y su familia, así como las referencias de otras especialidades médicas y no médicas que contribuyan con el reporte multidisciplinario. El trabajo conjunto del psicólogo y la familia puede lograr que se obtengan resultados de manera oportuna (Dolto & Nasio, 2006, como se cita en González-Clemente, 2022). No obstante, es preciso dejar presente que en el proceso se puede pasar por situaciones complicadas, ya que existe una tendencia a idealizar la niñez, pensando que en esta parte de la vida no se debe tener ningún tipo de problemas (AAP, 2013, como se cita en Vanegas, 2022).

Conclusiones

La enuresis y la encopresis son dos tipos de trastornos en el control de la orina y de las heces; de causas orgánicas, psicológicas o ambas.

Los factores emocionales y el soporte familiar juegan un rol importante en el origen y evolución de estos trastornos. Los niños diagnosticados experimentan ansiedad, estrés y desórdenes en sus emociones y comportamiento. Un cambio de domicilio, unas circunstancias que no dependen de ellos, como la separación de los padres, el fallecimiento de un familiar cercano o la llegada de un nuevo hermano pueden ser desencadenantes. Por ello, el soporte familiar es fundamental; el hogar es donde reciben seguridad, amor y respeto, y además aprenden a interactuar con otras personas.

El análisis de este caso clínico nos permitió ahondar en la problemática de «M» y en la respuesta de la familia frente a los trastornos presentados. Con el trabajo multidisciplinario, y la comunicación entre el psicólogo y la familia se puede establecer el tratamiento adecuado para el paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en el presente estudio de caso.

Responsabilidad ética

Se han respetado los principios éticos básicos de la investigación y los que rige el quehacer profesional del Colegio de Psicólogos del Perú. Los datos presentados en este trabajo son originales; no se ha plagiado o inventado la información.

Contribución de autoría

MRAG: redacción, búsqueda de información, diseño del estudio y de aplicación.

NMCD: redacción, búsqueda de información, diseño del estudio y de aplicación.

GVLU: redacción, búsqueda de información, diseño del estudio y de aplicación.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). (2018). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Editorial Médica Panamericana.
- Bender, L. (1938). *Test Gestáltico-Visomotor*. Paidós.
- Corman, L. (1961). *Test de la Familia*. Kapelusz.
- González-Clemente, E. C. (2022). *Entrevistas con niños: algunos apuntes para la evaluación e intervención* (Generación de contenidos impresos N.º 18). Universidad Cooperativa de Colombia. <http://dx.doi.org/10.16925/gcnc.28>
- Kovacs, M. (1992). *CDI, Inventario de Depresión Infantil - B*. TEA Ediciones S. A.
- Machover, K. (1997). *Test de la Figura Humana*. Biblioteca Nueva.
- Magisterio. (2022, 1 de enero). *La falta de información e interés de algunos padres puede agudizar la enuresis*. <https://www.magisnet.com/2022/01/enuresis/>
- Manzo-Pérez, G., Manzo-Pérez, B. O., Lazo-Cornejo, O. A., Maldonado, R. E., Negrete-Pulido, O. R., & Sánchez-Gutiérrez, J. (2014). Vejiga neurogénica no neurogénica (síndrome de Hinman). Dos tratamientos diferentes a un mismo problema. *Revista Mexicana de Urología*, 74(2), 112-116. [https://doi.org/10.1016/S2007-4085\(15\)30022-7](https://doi.org/10.1016/S2007-4085(15)30022-7)
- Martínez, W. (s. f.). *La incontinencia en los más pequeños: enuresis y encopresis infantil*. INESEM business school. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/enuresis-encopresis/>
- Méndez, F. X., Espada, J. P., & Orgíles, M. (Coord.). (2018). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Editorial Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=8648>
- Ocampo, J. C. (2023, junio). Essalud advierte que cada 2 de 10 niños miccionan en la cama durante la pandemia. *Andina*. <https://andina.pe/Agencia/noticia-essalud-advierte-2-cada-10-ninos-miccionan-la-cama-durante-pandemia-850385.aspx>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (10.^a ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (1999). NAM-3. *Neuropsi. Atención y Memoria*. Manual Moderno.
- Querol, S., & Chaves, M. (2005). *Test de la Persona Bajo la Lluvia: adaptación y aplicación*. QueroJ.
- Salavera, C. (2021). *Psicopatología en educación infantil. casos prácticos*. Dykinson. <https://doi.org/10.23071/j.ctv1ks0dpp>
- Soto, P., & Osorio, A. (2006). Presentación de casos: Enuresis y encopresis en adolescente de 12 años. *Universitas Médica*, 47(2), 190-196. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675010.pdf>
- Vanegas, M. (2022). Depresión. Un trastorno que afecta a niños y adolescentes ¿Cuál fue su impacto durante el aislamiento por pandemia? *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.310>
- von Gontard, A. (2020). Encopresis. En J. M. Rey & A. Martin (Eds.), *Textbook of Child on Adolescent Mental Health* (cap. 5, pp. 1-14). IACAP. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/1a65c3a5524b711c8a9b636462d5493b86df0300/C.5-Encopresis-SPANISH-2017.pdf
- Weschler, D. (1949). *WISC-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler en niños*. TEA Ediciones S. A.

María Rosa Asencios Garnica

Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú.

Doctorando en psicología, Licenciada en Psicología, egresada de la Maestría en Prevención e intervención en niños y adolescentes. Psicoterapeuta Gestalt, con Diploma internacional en psico-oncología y metafísica. Con cursos nacionales e internacionales impartidas por diversas instituciones de prestigio en Cuba, México, Costa Rica, Argentina, Chile, Ecuador y Bolivia entre otros. Miembro Profesional de la Sociedad Interamericana de Psicología, Brigadista de intervención inicial para el Ministerio de Salud. Past presidente de la Comisión de prevención de la conducta suicida del Colegio de Psicólogos del Perú. Actualmente tramita su título como especialista en neuropsicología. Labora en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima donde es miembro del comité de ética de investigación, Vocal I del Consejo Directivo Regional I – Lima y Callao.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3029-0341>

Autor corresponsal: asenciosmariorosa@gmail.com

Nicole Melyssa Cassina Doza

Universidad Privada del Norte, Perú.

Estudiante de Psicología del último año en la Universidad Privada del Norte, perteneciente al décimo superior. Ha llevado workshops, cursos y talleres en ACT, DBT y Activación Conductual. Con experiencia práctica significativa en el ámbito educativo y clínico en el Colegio Nuestra Señora del Rosario de Fátima y el Hospital de Apoyo Santa Rosa – MINSa, respectivamente.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5865-9601>

ncassinadoza@gmail.com

Guadalupe Victoria Levano Urrutia

Universidad Privada del Norte, Perú.

Bachiller en Psicología de la Universidad Privada del Norte, voluntariado en el Consejo de Reparaciones para el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y en Grupo; DIRAC S.A.C en recursos humanos. Internado realizado en el Hospital Santa Rosa - MINSa y DEMUNA de Lima en el área de Riesgo y Desprotección Familiar, así como también en el centro Infantil Los Petisos. Diplomado en Recursos Humanos en la Gestión Pública.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4261-0331>

lupita.aqp.14@gmail.com