

11237  
29  
214



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Dirección General de Servicios Médicos  
del Departamento del Distrito Federal  
Dirección de Enseñanza e Investigación  
Subdirección de Enseñanza Médica  
Departamento de Posgrado  
Curso Universitario de Especialización en:  
Pediatria Médica

**ESTUDIO COMPARATIVO DE ENURESIS PRIMARIA  
Y SECUNDARIA ENCUESTA COMPARATIVA**

**P R E S E N T A :**  
**DRA. ANA LEONOR URQUIETA MATIENZO**  
**PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA**

Director de Tesis: Dr. Isidoro García Martínez

1988

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

Introducción .....	1
Control Esfinteriano .....	9
Material y Métodos .....	17
Resultados .....	17
Discusión y Comentarios .....	23
Conclusiones .....	27
Resumen .....	30
Bibliografía .....	31

## I N T R O D U C C I O N

La Enuresis se define como la emisión de orina tanto diurna como nocturna en forma involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a los 3 años de edad.

La Enuresis puede ser primaria y su nota predominante será el retraso en manifestarse el control esfinteriano o secundario al parecer o reaparecer la enuresis tras un intervalo más o menos largo de limpieza (1).

Constituye un problema frecuente dentro de la población infantil, con una incidencia que varía según diversos autores entre un 5 y un 33%, dependiendo de la población estudiada. Se puede presentar como una entidad nosológica aislada o como parte de síndromes diversos, dentro de los que puede constituir un síntoma central o secundario.

Los factores relacionados con la Enuresis primaria son aquellos en que se refiere un retraso en la maduración, con pequeña capacidad vesical concomitante; en la enuresis secundaria en cambio, se mencionan fundamentalmente problemas de tipo afectivo en el niño y su cesación con la solución de dichos problemas. Para ambos grupos de enuréticos se afirman que los motivos psicológicos que determinan la enuresis son importantes y que la enuresis es un hábito incorrecto, producto de un entrenamiento inadecuado que persiste como consecuencia de la atmósfera de ansiedad y frustración que ésta engendra. Resumiendo, los factores que intervienen en la etiología de la enuresis se pueden clasificar en 3 categorías:

1. Transtornos físicos o fisiológicos en un pequeño porcentaje de los casos.
2. Métodos inadecuados de entrenamiento en el desarrollo del control voluntario que conduce a un trastorno de los hábitos.
3. Perturbaciones y conflictos emocionales tanto conscientes como inconscientes (2).

También se mencionan otros factores en la producción de la enuresis, como es el factor genético o semético (1) para tratar de explicar el origen de la enuresis primaria, atribuyéndose para la enuresis secundaria factores psicológicos y ambientales en general.

Se refiere que existe una mayor predisposición para presentar enuresis entre mayor sea el número de eventos traumáticos en la infancia temprana (2).

Se han sugerido muchas alteraciones tanto a nivel físico como psicológico, por lo que es adecuado tener presente el desarrollo físico y de la personalidad del individuo y de esta manera será más comprensible pensar que algunas alteraciones en dichas etapas darán manifestaciones diversas posteriormente.

Estas alteraciones han sido estudiadas por autores de diferentes escuelas dentro de la psicología, dando un enfoque prioritario de acuerdo a la tendencia del grupo al que pertenecen, se harán por lo tanto un resumen de dichas escuelas, para poder tener un enfoque global del desarrollo de la personalidad y de los factores que influyen en él, así como de las manifestaciones que son más aparentes.

Piaget (3) menciona que la psicología infantil es sistémica tanto en el crecimiento mental como físico y que las influencias ambientales que actúan sobre éstas serán desde el nacimiento, hasta que el individuo se sitúa y comienza a integrarse en la sociedad adulta. Este autor considera indispensable para el desarrollo mental la maduración biológica, la cual abrirá la posibilidad de presentación de cierto tipo de conductas, pero para que éstas puedan presentarse se requiere de determinadas experiencias físicas y sociales, para que así, en un equilibrio interno y externo, se manifiesten las posteriores conductas del individuo.

Gesell consideró que el infante es un sistema de acción en crecimiento, principalmente por los mecanismos del desarrollo, siendo el comportamiento psíquico normal de la infancia, determinado por la integridad de las estructuras neurológicas y por consiguiente, existe una base orgánica de la conducta, la cual dentro de ciertos límites, condiciona los modos de ser del individuo. Y esto dentro del ámbito social en determinadas conductas hará que el niño se ajuste a lo marcado en su vida doméstica y posteriormente dentro de la sociedad en que se desenvuelve. Como una correlación de estos puntos se sabe que en algunas sociedades se considera necesario el entrenamiento infantil temprano, en cambio en otros se sugiere que este sea tardío o no existe como tal, teniendo una mayor o menor incidencia la enuresis y otras alteraciones de la conducta en etapas posteriores en los niños que integran dichas sociedades.

Mc Graw concluye sobre la maduración del ser humano en lo que se refiere a los patrones de conducta del infante, que van a estar controlados por los siguientes niveles evolutivos en la maduración neuromuscular:

Conducta regulada por mecanismos subcorticales.

- Conducta regulada por mecanismos subcorticales.
- Disminución de la conducta aparente como resultado de inhibición cortical.
- Comportamiento voluntario conforme el control cortical se vuelva más completo.
- Ejecución armoniosa conforme se van integrando los distintos centros neurales.

Por lo tanto, algunos principios educacionales van a estar directa o indirectamente relacionados con lo expuesto antes y podremos exponer algunos puntos que nos ayuden en cuanto a la educación del niño, en sus diferentes etapas del desarrollo.

- a) El entrenamiento en cualquier actividad particular antes que los mecanismos neurales hayan alcanzado cierto grado de maduración es inútil.
- b) El ejercicio de una función nueva del desarrollo es inherente al proceso del crecimiento.
- c) Los periodos de transmisión de un tipo de organización neuromuscular a otro, son también parte inherente del desarrollo y con frecuencia se caracterizan por desorganización y confusión.
- d) Las regresiones, frustraciones e inhibiciones son parte integral del crecimiento orgánico y hay razones para creer que éstas también funcionan en el desarrollo de actividades de conducta compleja.
- e) La maduración y el aprendizaje no son procesos diferentes, simplemente son facetas distintas del proceso fundamental del crecimiento (5).

Esto nos hará que en cuanto a las sugerencias de la educación del infante por los padres, sean coherentes a la edad y el tipo de destreza que necesita ser entrenada, para no provocar patología posterior en el mismo.

En este punto Bijou y Baer (6), nos dicen que el niño en desarrollo puede ser considerado como un conjunto de interrelaciones de estímulos y respuestas, la calidad y cantidad de respuestas que un niño puede presentar, va a estar determinada por características hereditarias, su etapa de maduración biológica y su historia de interacción con su ambiente particular desde el momento de la concepción, estos puntos también refuerzan lo expuesto previamente, sobre la importancia de la educación y estimulación adecuada del niño, para un desarrollo normal.

También Leo Kanner (7), al hablamos de los periodos de sociabilización, nos indica como en el transcurso de éstos, dentro de la normalidad conducirá a un desarrollo adecuado, contrariamente las alteraciones en dichos periodos de sociabilización nos conduce a alteraciones conjuntamente, con lo expuesto por otros autores, con unas alteraciones que se pueden manifestar dependiendo de la edad del paciente, como trastornos psicósomáticos, tales son enuresis, anorexia, trastornos del sueño, pica, encompresis, dentro de una larga lista; también estas alteraciones se pueden manifestar como dificultades en la adaptación a la escuela, trastornos del comportamiento y del aprendizaje en el niño mayor, quizá por esta razón sea más frecuentemente la maestra quien está más alerta de este tipo de trastornos, aunque estos hayan dado antes manifestaciones probablemente desapercibidas por la madre y el médico, pero se debe recordar que a más temprana edad, todo manejo tendrá una total curación, sin que nos deje secuelas posteriores en la personalidad del niño, por lo que se deberá ser más sutil ante este tipo de manifestaciones tempranas.

Es importante un análisis completo del niño tanto desde el punto de vista físico como social, por las grandes repercusiones que pueden presentar ambas, sin poder indicar

qué es más dañino en el desarrollo del infante, o tal vez en muchos casos, una consecuencia del otro, así podemos mencionar que ciertos eventos traumáticos en el niño pueden provocar grandes repercusiones en el adulto, por ejemplo como una hospitalización necesaria y prolongada, durante un periodo crítico, como es el de la angustia de separación, que se presentar en el lactante menor, teniendo entonces el pediatra posibilidades de disminuir dicho trauma temprano, permitiendo una permanencia de la madre en las horas críticas, como son las de las comidas, consintiendo sesiones materno o paterno afectivas. Van a existir otro tipo de traumas durante la infancia en forma quizá frecuente, como es la desintegración familiar, la cual es considerada en familias con condiciones socioeconómicas difíciles, matrimonios con rupturas constantes, con alcoholismo de uno de los padres o de los dos, violencia de ellos entre sí o hacia los hijos, la maternidad fuera del matrimonio, donde destacan las madres solteras, que cada vez van en incremento, durante la adolescencia, en estas circunstancias, existe un abandono afectivo del paciente sea por rechazo a dicha maternidad o por falta de tiempo, al tener la mujer que buscar el sustento, pudiendo compartir cada vez menos con los hijos. Sin embargo existan traumas propios en cualquier familia, los que se deben tratar de mitigar, con una intervención afectiva adecuada, estos traumas con el nacimiento de un nuevo hijo, que significará probablemente para la mente infantil, alguien que viene a hurtarle el cariño del papá o la mamá. Esto es controlable con sesiones de afecto para el hijo mayor. En cuanto al aumento de divorcios el niño bruscamente pierde o cree perder al padre o la madre creyéndose frecuentemente el culpable de esta situación, esto puede traer graves repercusiones en la personalidad del adulto y en el niño manifestaciones ambiguas, que sólo el clínico experimentado puede captar en forma oportuna y adecuada, con frecuencia estas pasan desapercibidas, presentándose hasta la etapa preescolar y escolar, alteraciones del lenguaje, dificulta

des intelectuales constantes, con disminución de su coeficiente intelectual, teniendo estos pacientes un primer desarrollo normal, se refieren también trastornos de la conducta frecuentes, que incluso pueden llegar a ser antisociales, con un futuro lejano que dependerá de las posibilidades de adaptación social del sujeto con un riesgo de marginación social y familiar. Tan graves manifestaciones posteriores, ameritan que el médico esté al tanto de síntomas que en la infancia pueden carecer de importancia aparente y que por no recibir manejo oportuno presenten las posibilidades ya referidas. Por tanto es importante conocer algunas de las manifestaciones que se relacionan con la enuresis y como ella nos hablan de un sinnúmero de patología agregada como síntomas aislados o como parte de un complejo sindrómico.

La depresión en el niño no tiene un mismo sentido que para el adulto, siendo considerada por unos como una fase normal de la evolución y por otros como un fenómeno patológico, existiendo síntomas directamente vinculados con la depresión, como una conducta de desvaloración, sentimientos de ser poco queridos (1) presentándose esta sintomatología ante los diversos traumas que el niño no puede superar, por tanto en forma consciente o inconsciente el niño manifiesta, síntomas físicos como anorexia, trastornos del sueño, cefaleas o migrañas y también alteraciones en el aprendizaje. Puede existir síntomas asociados al sufrimiento depresivo, como pasividad excesiva, buena conducta, fracaso escolar en otros, se puede también apreciar una actitud permanente de dejadez o abandono físico, o aparecer síntomas como defensa: oposición, protesta, cólera, rabia y otros trastornos de comportamiento, considerándose como equivalentes depresivos a la enuresis, anorexia progresiva, encopresis y pica entre otros.

Algunos autores como Stone (9), refieren que la depresión y la ansiedad están asociados

y que en esta patología depresiva, se van a manifestar alteraciones como la apatía, trastornos del sueño, del apetito, hipochondriasis, retardo psicomotriz, autodesprecio y simulación clínica, por lo que ante cualquier tipo de manifestación sin causa aparente, deberá tenerse en mente un estado depresivo o de angustia en el niño, con una indagación de trauma reciente del paciente o alteraciones en la integración familiar.

Esta variada sintomatología de la depresión dependerá principalmente de la edad del niño, es relación con la alteración que experimente el infante, en determinada etapa de su desarrollo.

Una manifestación frecuente en el niño es la agresividad la cual tiene una diversidad de factores causales destacando la frustración en dichos orígenes, dado que el niño siente toda frustración como un ataque hostil del ambiente, entonces la agresividad será el resultado de privaciones o carencias en relación con desarmonías evolutivas, presentándose como una reacción a la falta de afectividad, en forma principal estas manifestaciones agresivas, van a depender de la edad del niño y del tiempo de la carencia afectiva, ya que se menciona que el niño que desde el nacimiento es sometido a carencia absoluta de amor o es agredido física y emocionalmente en forma repetitiva, tendrá dificultad en manifestar agresividad, mostrando por el contrario un aplanamiento afectivo.

## CONTROL ESFINTERIANO

El conocimiento del desarrollo del control esfinteriano nos ayudará a una mayor comprensión de las diversas manifestaciones que se presentan, cuando existe alteraciones en el mismo, sean éstas de tipo anatómico o fisiológico.

El control esfinteriano depende de un sistema anatomofisiológico, que únicamente tras un periodo de maduración podrá funcionar y cuya utilización dependerá de normas culturales (1).

La evacuación y la retención de la orina están asegurados por cuatro sistemas, dos de contención y dos de expulsión. El sistema de contención cuya inervación está dada por el nervio hipogástrico y los nervios erectores, es independiente de la voluntad, con un control sobre el esfínter interno liso. El segundo sistema de contención inervado por el nervio pudendo, regula el esfínter externo estriado y está regulado por la voluntad.

El primer sistema de expulsión tampoco depende de la voluntad, haciendo que la vejiga tenga contracciones intermitentes, está inervado por nervios sensitivos y motores. El segundo sistema de expulsión, tiene un control de los músculos abdominales, los que pueden contraerse en forma voluntaria (1.10).

Estos sistemas de contención y expulsión entrarán a funcionar en forma paulatina, de acuerdo al desarrollo neuromuscular del niño.

El reflejo de la micción se presenta cuando la vejiga se acerca a la plenitud y empiezan a aparecer varias contracciones vesicales de micción sobreañadidas, por un reflejo de distensión, iniciada en receptores de tracción de pared vesical y uretra proximal. La micción puede ser automática o voluntaria, la automática depende de un centro medular enclavado en la zona sacrolumbar y que está unido a la vejiga por nervios motores y sensitivos y cuando la presión intravesical sobrepasa ciertos límites provoca la estimulación del centro medular que hace contraerse el detrusor y relaja el músculo liso. La micción voluntaria depende de la maduración del sistema nervioso en general.

Se menciona que existen etapas de maduración del reflejo de la micción, éstas son:

1. Conciencia de repleción.
2. Posibilidad de retener.
3. Posibilidad de orinar cuando la vejiga esté llena.
4. Posibilidad de orinar cuando la vejiga aún no esté llena.

Sin embargo, la existencia de un sistema anatómofisiológico que sea adecuado no es suficiente en sí, el control esfinteriano es el producto de la maduración de dicho sistema y de su condicionamiento impuesto por la sociedad a través de la familia. El modo como la madre tome o inicie el control esfinteriano marca pausas importantes en el desarrollo posterior del niño. El control prematuro impuesto por madres "limpias", trae como consecuencia por lo general resultados de tipo negativo. La edad real en que debe iniciarse la educación del control esfinteriano, dependerá más que todo al grado de desarrollo psicomotriz del niño. Esta educación tiene una elevada importancia en la formación de la personalidad, ya que la tolerancia del niño o la imposición de este aprendizaje traen satisfacciones que fomentan un adecuado desarrollo de la persona.

lidad del infante o por el contrario, puede provocar deformaciones de dicha personalidad a veces de tipo irreversible. Esta posición es sostenida principalmente por los psicoanalistas que siguen a Freud, ya que ellos dicen que las fases del desarrollo de la personalidad, tienen que ser superadas en forma adecuada para no crear alteraciones en el adulto y que cada una de éstas interviene en las manifestaciones del carácter del niño. Por lo que el niño durante su fase anal hace uso de su esfínter para su propio placer y dispone más o menos de su cuerpo con vistas a ese placer. Primero tendrá placer en expulsar y posteriormente en la fase de expulsión-retención. Más adelante procederá a expulsar como una donación a la madre o como desafío y no aceptación de un control. Para el niño, el producto de expulsar es algo precioso y utiliza sus excrementos como regalo para mostrar su afecto o como hostilidad hacia sus padres.

Además de las teorías psicoanalíticas de tipo Freudiano, también se refieren que existen alteraciones en la mecánica de la micción, sin que haya una unificación de criterios, mencionando algunos que un elevado porcentaje de anuréticos eran epilépticos y otros indicando que este debe ser otro diagnóstico diferencial. Algunos que este debe ser otro diagnóstico diferencial. Algunos hicieron estudios seriados del Electroencefalograma (E.E.G.) en pacientes enuréticos o niños sanos clínicamente, se puede apreciar anomalías del trazo, pero que éstas puede obedecer a una simple inmadurez funcional del sistema nervioso, alteraciones de la personalidad o incluso con las mismas alteraciones, en el trazo E.E.G., a epilepsia, si el cuadro clínico, concuerda con dicho trazo. Esto se debe a que en el niño pueden haber cambios en el trazo del E.E.G. por situaciones ya referidas y éstas pueden cambiar con el tiempo y la normalización o el cambio de situación del paciente. Así se menciona que pueden presentarse

alteraciones del E.E.G. en pacientes sin datos clínicos que concuerden con epilepsia, hasta en el 38% de la población general (1).

El test visomotor de L. Bender, se basa en la teoría de la Gestalt (Dinámica) basada en procesos conductuales que incluyen memoria, percepción y aprendizaje. Su uso es amplio, porque permite determinar el nivel intelectual, se usa como test proyectivo en el examen de la patología mental en niños y adultos. Detecta por tanto, la madurez para el aprendizaje, predecir desempeño escolar, diagnosticar problemas de lectura y aprendizaje, evaluar dificultades emocionales, determinar la necesidad de psicoterapia, diagnosticar lesión cerebral y estudiar el retardo mental. Su interpretación deberá ser en forma integral y no aislada. En los pacientes que presentan enuresis, nos ayuda a determinar si éstas es por retraso mental o por otro tipo de alteraciones, así mismo nos ayuda a integrar otras patologías, como alteraciones emocionales y valorar si el retardo que presenta un niño en la escuela, es por pobre estimulación o es una repercusión de un estado depresivo o el paciente tiene un retardo mental, del cual también nos da el grado que nos servirá de pronóstico y para decidir el manejo posterior del paciente. La indicación del test de Bender en los pacientes enuréticos, es multifactorial para valorar si el paciente tiene un retardo en el control esfinteriano, pero por su retraso psicomotriz, o porque el paciente no tuvo una adecuada estimulación igualmente respecto a los problemas escolares y de conducta frecuente en este tipo de pacientes, así mismo nos ayuda a la evaluación del manejo que se está dando al niño enurético.

La enuresis es más frecuente en el sexo masculino, al igual que es más frecuente la primaria respecto a la secundaria, de acuerdo a los informes diversos publicados

(1.11). Se refiere que existe cierto antecedente de padres enuréticos en los niños estudiados, la etiología mejor aceptada en ambos grupos es la multifactorial.

El diagnóstico del paciente enurético es clínico, en forma esencial, pero se debe hacer algunos estudios paraclínicos que nos ayuden a descartar patología de tipo urinario predominantemente, estos estudios son fundamentalmente examen general de orina y urocultivo, los resultados negativos, nos hacen pensar en una enuresis esencial y nos hacen descartar el diagnóstico diferencial más frecuente como es la incontinencia urinaria, la cual se caracteriza por tener emisión de orina involuntaria pero consciente.

Mediante el test visomotor de Bender se descartará el retardo mental. Los estudios para valorar anomalías congénitas serán usados en forma individual a algunos pacientes pero no en forma genérica.

El diagnóstico que se utiliza es de acuerdo a la clasificación internacional de las enfermedades (D.S.M. III), que especifica los siguientes criterios para el diagnóstico:

1. Vaciamiento involuntario y repetido de orina durante el día y la noche.
2. Por lo menos dos eventos por mes para niños entre 5 y 6 años de edad y por lo menos un evento al mes para niños mayores de esa edad.
3. Que nos se deba a alteraciones orgánicas como diabetes o epilepsia.

Estos datos nos ayudarán a que la historia clínica sea más orientada, con una investigación completa de los factores físicos, familiares y sociales.

El manejo que se indica en los pacientes enuréticos en la actualidad se dividen en los siguientes:

1. Farmacológicos.
2. Conductuales.
3. Psicoterapéuticos.
4. Tratamientos a base de alarmas.

Estos tratamientos deben ser elegidos de acuerdo al efecto que se espera causar en el niño y en la familia, así como de acuerdo a la edad del paciente (12), el uso de recompensas por mantenerse seco, es otra modalidad de los tratamientos usados, que da buen resultado en muchos de los pacientes.

La farmacoterapia es múltiple, destacando dentro de ésta los antidepresores tricíclicos clonhidrato de Imipramina, en particular su mecanismo de acción no es todavía bien conocido, el efecto clínico probablemente se relaciona con potenciación de las sinapsis adrenérgicas por bloqueo de la captación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas, observándose un efecto benéfico en el 50% de los pacientes en la primera semana de tratamiento y una vez obtenida la mejoría máxima se deberá seguir su administración durante 2 ó 3 meses por lo menos (2).

Entre otros fármacos nuevos que se usan en la enuresis se puede mencionar a la desmopresina, un análogo de la vasopresina, usado por vía nasal, una sola dosis con un éxito en su uso del 41% aproximadamente.

Los dispositivos de alarma no son de uso amplio en nuestro medio, por su elevado

costo, a pesar de que se refieren mejores resultados de manejo, que van de un 50 a un 75%, pero requieren de un uso prolongado en promedio de hasta 16 semanas, antes de obtener resultados. Para su uso se deben tener ciertos requisitos satisfechos, que su elección corresponda al niño, ser de la mejor calidad, con una sensibilidad a la humedad del niño y que no le inspire temor al niño ante su uso y el dormir solo. Se mencionan que las complicaciones aumentan cuando se hace uso de este tipo de terapéutica en familias desintegradas o con bajo nivel socio-cultural.

Las terapéuticas conductuales, tienen la finalidad de que se aprendan nuevamente las conductas adquiridas para poder controlar la micción en forma adecuada, su uso es fundamentalmente para la enuresis primaria, para que el niño aumente su capacidad vesical, mediante ejercicio específico para mejorar el tono del esfínter vesical.

El uso de la psicoterapia, es para poder evitar que los niños enuréticos sean estigmatizados y condenados a sufrir por su padecimiento, principalmente en los niños mayores, quienes frecuentemente ya fueron objeto de burla o castigo por parte de los padres y hermanos. Esto les dará mayor confianza a los niños y prevenirá la desvalorización de su personalidad en etapas posteriores.

La psicoterapia familiar es fundamentalmente para que la familia ayude al paciente a superar este problema y que ayude a solucionar otro tipo de patología, que sea la condicionante de la presencia de enuresis y a prevenir la presencia de esta en los demás hermanos del paciente enurético. Por la enuresis no muere ningún paciente, pero la importancia de su estudio y apoyo es para prevenir otros factores que afecten al desarrollo emocional del niño.

Se pretende a través del presente trabajo, que exista una mayor sensibilización del pediatra a que conozca mucha patología que tiene quizá un fondo social y que en forma muy frecuente éste desconoce el manejo de esta patología que inicialmente deben ser manejadas o detectadas por él, como es la patología psiquiátrica, la cual se puede prevenir en forma adecuada con indicaciones a los padres acerca de una mayor relación afectiva con sus hijos, una adecuada orientación acerca de su desarrollo no sólo físico sino de la personalidad, de las emociones etc., dado que los niños se van formando a través de esas relaciones familiares, que posteriormente ayudan al niño a relaciones sociales adecuadas.

## MATERIAL Y METODOS

Se investigaron a través de los expedientes clínicos del archivo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la S.S.A. a niños que acudieron a dicha unidad con el diagnóstico de enuresis, que se encontrarán entre los 5 y 17 años de edad, durante el 1º de enero de 1962 al 31 de diciembre de 1966, que no tuvieron como diagnóstico agregado retraso mental.

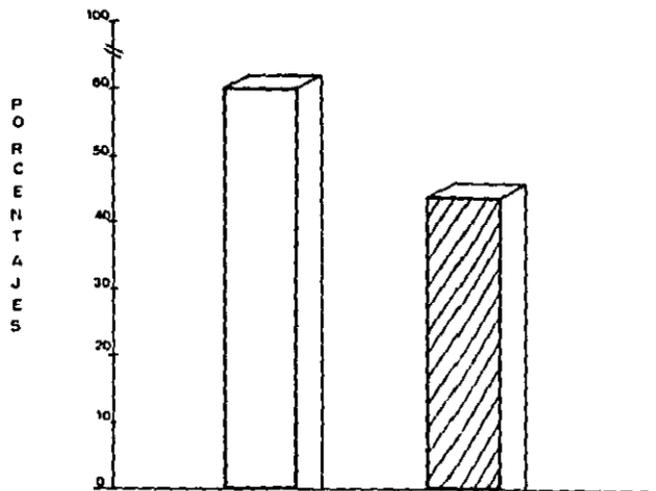
## RESULTADOS

Se recopilaron en total 146 pacientes con enuresis primaria, que representa el 57% y con enuresis secundaria 110 pacientes, que es el 43% de los pacientes estudiados (Gráfica 1).

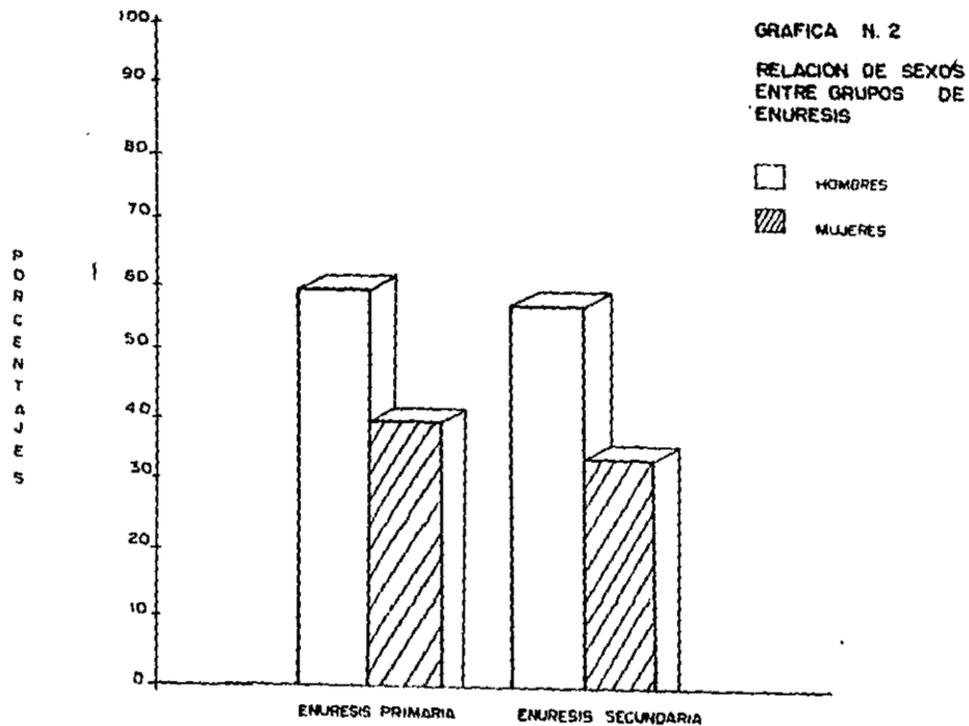
En relación al sexo de los pacientes con enuresis, 89 pacientes que representa el 61% fueron hombres entre los enuréticos primarios y 57 pacientes fueron mujeres lo que es igual al 39% de este grupo de pacientes. En los enuréticos secundarios 78 pacientes eran del sexo masculino que es igual al 69% del total de pacientes con este diagnóstico y 35 fueron mujeres de los pacientes con enuresis secundaria, esto representa el 31% (Gráfica 2).

Las edades en las que se presentó la enuresis primaria, fueron de los 5 años hasta los 16, con una mayor incidencia a los 6 años de edad, seguido de los 8 años de edad con un 20% y un 16% respectivamente, como se aprecia en la gráfica 3.

GRAFICA N.1  
FRECUENCIA COMPARATIVA  
ENTRE ENURESIS PRIMARIA  
Y SECUNDARIA



□ ENURESIS PRIMARIA  
▨ ENURESIS SECUNDARIA



Entre los pacientes con enuresis secundaria, se apreció una incidencia que va de los 5 hasta los 17 años de edad, con un pico de presentación a los 7 años, como también se aprecia en la gráfica 3.

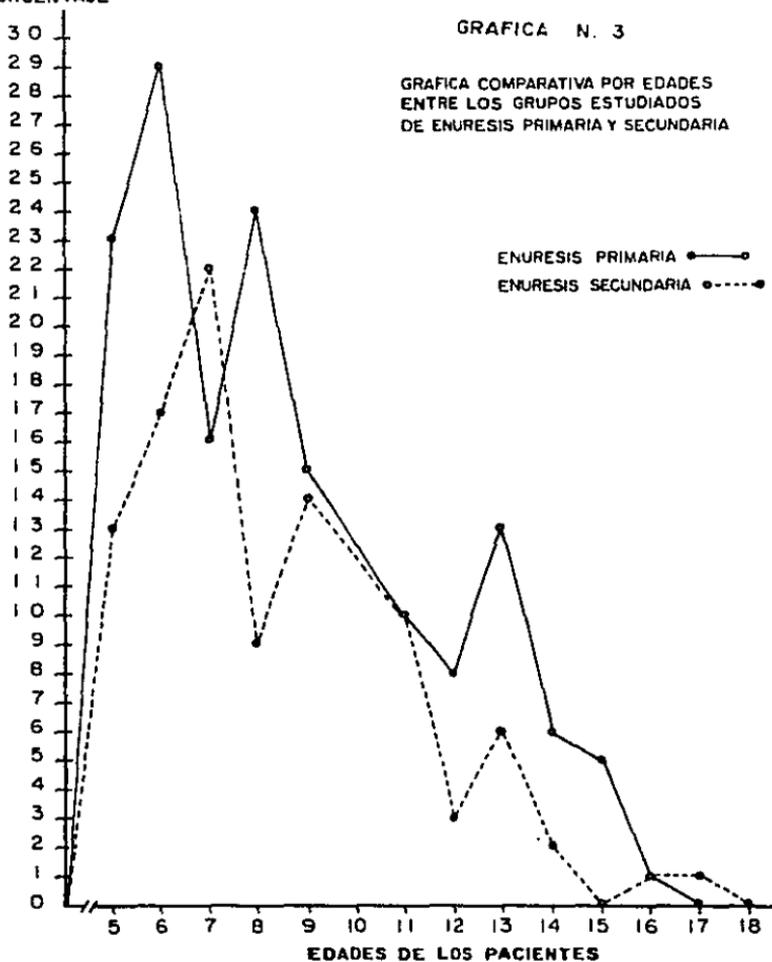
Estos pacientes fueron referidos a la consulta del Hospital Psiquiátrico Infantil, por la maestra, el médico y otros, éstos últimos, considerados a la consulta espontánea, a la que recibieron por sugerencia de personas ajenas a la medicina o la escuela, como madres de otros pacientes, etc. Las proporciones de estos envíos fueron: en los enuréticos primarios 73 pacientes acudieron a consulta por la maestra, esto representa el 50% del total de pacientes con este diagnóstico, 32 pacientes, fueron por indicación médica que es el 22% de los pacientes y por otros fueron 41 pacientes los que representan el 28%. En los enuréticos secundarios 51 pacientes fueron enviados por la maestra, es el 49% del total de pacientes estudiados, 20 pacientes fueron a la consulta enviados por médicos, que representa el 18% y por envío de otras personas 36 pacientes que es el 33% del total de pacientes con enuresis secundaria (Gráfica 4).

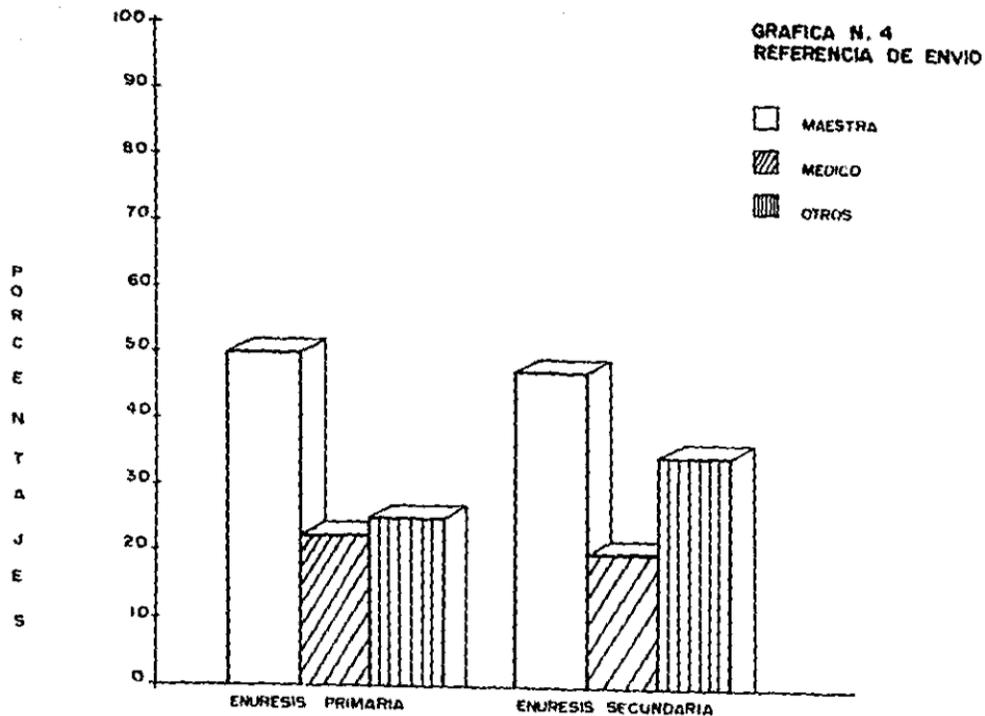
Los diagnósticos de envío, por lo que acudieron los pacientes con enuresis primaria fueron 59 pacientes por alteraciones en la conducta, que es el 40% del total de pacientes estudiados, 80 de los pacientes fueron enviados por alteraciones del aprendizaje que es el 55% y sólo 7 pacientes que representa el 5%, acudieron por enuresis como tal. En los pacientes con enuresis secundaria 55 pacientes que es el 50% del total de estos pacientes fueron por alteraciones de la conducta, 52 pacientes acudieron por alteraciones en el aprendizaje esto es el 47% del total de pacientes con el diagnóstico

PORCENTAJE

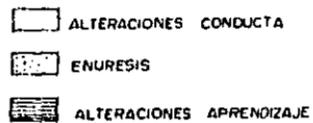
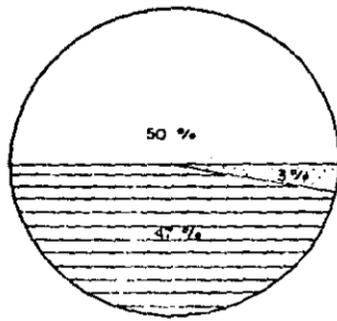
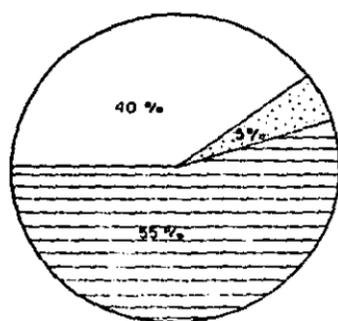
GRAFICA N. 3

GRAFICA COMPARATIVA POR EDADES  
ENTRE LOS GRUPOS ESTUDIADOS  
DE ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA





GRAFICA N. 5  
DIAGNOSTICO DE ENVIO



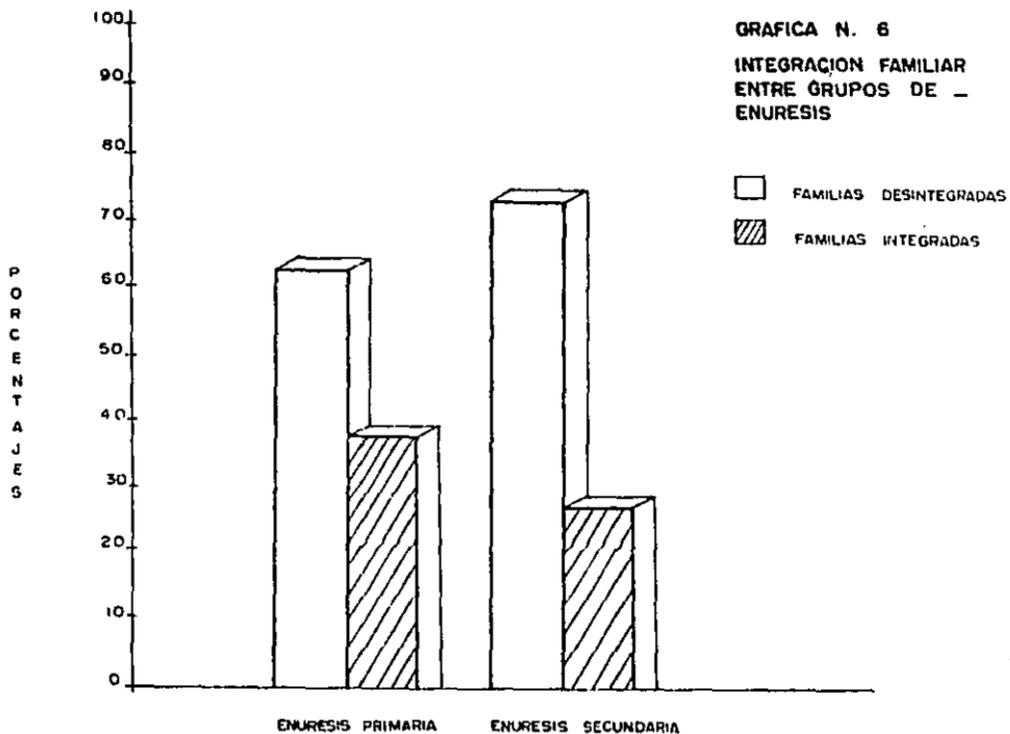
de enuresis secundaria y sólo 3 pacientes que es el 3% fueron enviados, por enuresis como tal (Gráfica 5).

Respecto al tiempo que recibieron tratamiento, se encontró que en los enuréticos primarios, el 83% lo tuvo por un lapso menor al año, con únicamente el 17% que lo recibió por más de un año, de estos 54 pacientes o el 56% los que tuvieron tratamiento por menos de 6 meses y 10 pacientes o el 10%, por más de 19 meses. En los enuréticos secundarios estuvieron en tratamiento por menos de 6 meses el 79% con una distribución decreciente y en forma ordenada, por menos de un año, y de más de 19 meses.

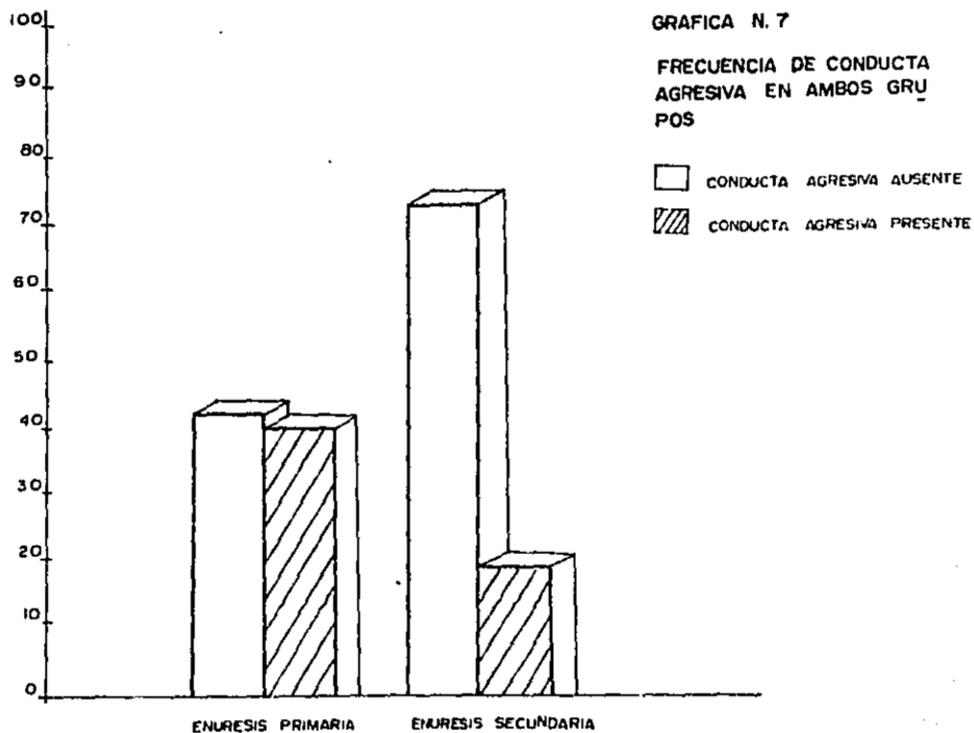
El resultado del manejo a que fueron sometidos estos pacientes fue el siguiente: Adecuado en 78 pacientes que representa el 54% de los pacientes con enuresis primaria, se desconoce el resultado del mismo, por abandono del mismo en 60 pacientes, que es un 41% del total de este grupo y no fue adecuada la respuesta en 8 pacientes que es un 5% de este grupo. En los enuréticos secundarios fue adecuado en 63 pacientes, lo que es el 56% de estos pacientes, se desconoce el resultado del mismo por abandono del mismo en 47 pacientes, que representa el 41% y se encontró que fue poco adecuado en 3 pacientes, lo que representa el 3% de la población de enuréticos secundarios.

Acudieron a terapia familiar 126 familias de enuréticos primarios, que es el 97% y en el grupo de enuréticos secundarios 83 familias o el 77% de este grupo.

La desintegración familiar se apreció en 90 familias de pacientes con enuresis primaria que representa el 62% con 56 familias integradas que sería el 38% restante, de este grupo en estudio.



P  
O  
R  
C  
E  
N  
T  
A  
J  
E  
S



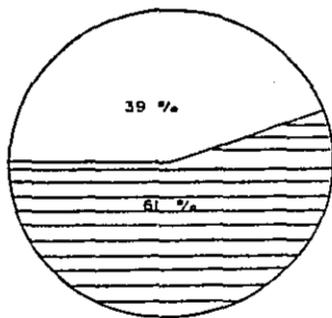
Entre las familias de enuréticos secundarios en cambio se encontró que 83 familias estaban desintegradas, lo que representa el 73% y que 30 familias eran integradas o el 27% restante de este grupo (Gráfica 6).

La conducta agresiva entre los enuréticos primarios se apreció en 70 pacientes, que es igual al 49% de la población, con 73 pacientes en la que no se presentó esta conducta que es el 17% del total. En los enuréticos secundarios se apreció conducta agresiva presente en 82 pacientes, que representa el 83% con 17 pacientes en los que se apreció conducta agresiva ausente, lo que representa el 17% (Gráfica 7).

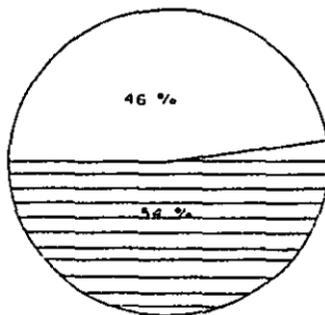
El lugar que ocupaban los pacientes dentro de sus hermanos, mostró que en la enuresis primaria era más frecuente en los primogénitos con 51 pacientes, que es el 35%, seguido de los segundos hermanos con 36 pacientes lo que nos muestra el 25% del total de estos pacientes, el tercer lugar fue el menos frecuente con un 14% lo que representaría a 21 pacientes y el cuarto lugar o más en 38 pacientes que equivale al 26%. En la enuresis secundaria el segundo hijo fue el más frecuente, con 48 pacientes que representan el 42%, el primer lugar con 36 pacientes que representan el 32% y posteriormente con el cuarto lugar o más 24 pacientes que es el 22% el tercer lugar se encontró en 5 pacientes que es el 4% de los enuréticos secundarios.

En cuanto al número de hermanos, se encontró que en la enuresis primaria, yendo de menor a mayor frecuencia, los hijos únicos eran 12 lo que es el 8%, pacientes que eran de familias con 4 hijos fueron 20 que es el 14%, familias de 5 o más hijos 37 que equivale al 25% del total de este grupo de pacientes, con dos hijos 33 familias que es el 23%, con tres hijos 44 pacientes que representan el 30%.

GRAFICA N.8  
RESULTADOS DE LA PRUEBA  
PSICOLOGICA DE BENDER -  
EN LA ENURESIS



ENURESIS PRIMARIA



ENURESIS SECUNDARIA



En cambio, en los pacientes con enuresis secundaria se observó la siguiente frecuencia en cuanto al número de hijos de las familias de los pacientes con este diagnóstico, hijos únicos en el 7% u 8 pacientes, se encontró que eran familias con dos hijos a 25 de ellas que es el 22%, familias con 3 hijos a 30 pacientes o el 27%, las que tenían 4 hijos fueron 14 familias, lo que representa el 12% en total y las familias que tenían 5 hijos o más fueron el 32% con 36 familias.

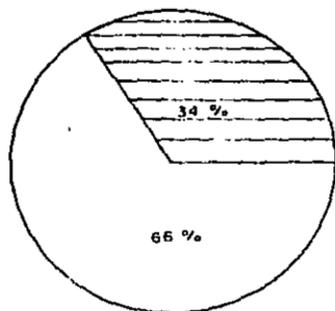
En cuanto al resultado del electroencefalograma aplicado a estos pacientes, se encontró que este se practicó a 125 pacientes con el diagnóstico de enuresis primaria, de estos 83 pacientes tenían un reporte normal, lo que representa el 66%, con 42 pacientes que tenían un reporte anormal o lo que es lo mismo el 34% del total de estos pacientes. En los pacientes con enuresis secundaria, se aplicó dicho estudio a 71 pacientes y de éstos, 45 tuvieron un reporte de normalidad, que es el 63% del total de los pacientes con enuresis secundaria y con un reporte de anomalía fueron 26 pacientes que representan el 37% (Gráfica 8).

La prueba psicológica de Bender se aplicó a 119 pacientes con enuresis primaria y de éstos, 46 pacientes tuvieron un reporte de normalidad, esto es el 39%, con un reporte de anomalía se apreció a 73 pacientes lo que representa el 61%. En los anuréticos secundarios el test se aplicó a 63 pacientes, de éstos se reportó normal en 29 pacientes que representa el 46% y en 34 pacientes se reporta anomalía lo que equivale al 54% del total de estos pacientes (Gráfica 9).

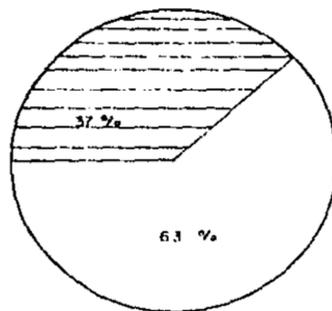
De estos resultados, agrupados a los pacientes que tenían un diagnóstico de enuresis

GRAFICA N. 8

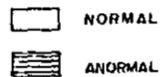
NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DEL  
ELECTROENCEFALOGRAMA EN LA -  
ENURESIS



ENURESIS PRIMARIA



ENURESIS SECUNDARIA



primaria, presentaron desintegración familiar 70 pacientes, lo que es el 48% de estos pacientes, reportaron un E.E.G. normal o el 70% anomalidad en el reporte del E.E.G. en 17 pacientes que representa el 30% con un Bander anormal en 18 de estos pacientes, o el 32% y un reporte de Bander anormal en 39 pacientes que es el 68%, la conducta agresiva presente se reportó en 46 pacientes que es el 68% de estos pacientes. En cuanto a los pacientes que tenían diagnóstico de enuresis secundaria y que formaban parte del grupo con desintegración familiar, se encontró que eran 68 pacientes, o el 62% y de estos pacientes presentaron un E.E.G. normal 27 pacientes o el 57%, E.E.G. anormal 20 pacientes que es el 43% con un reporte de la prueba de Bander anormal 25 pacientes, que es el 61% con conducta agresiva presente 64 pacientes que es el 95% del total de estos pacientes.

## DISCUSION Y COMENTARIOS

Encontramos en el estudio realizado, que la enuresis primaria era más frecuente que la secundaria, lo que concuerda con lo referido por la literatura, con un 57% y lo reportado por diversos autores es que va del 53 al 58% (1). En cuanto al sexo también se encontró que el sexo masculino era predominante sobre el femenino, al igual que los numerosos artículos publicados, éstos refieren que este predominio va de una relación 1:1.1. a 1:4 en nuestro estudio encontramos una relación de 1:1.8.

En cuanto a la edad de presentación, los resultados nuestro trabajo también concuerdan con la literatura ya que en general en ambos grupos fue más importante a más temprana edad.

Se encontró que ambos grupos estudiados, acudieron a la consulta enviados por la maestra en forma predominante, al respecto no existe datos publicados en la literatura revisada. Estos fueron enviados con los diagnósticos de alteraciones en el aprendizaje en forma mayoritaria en los enuréticos primarios y por alteraciones en la conducta en los enuréticos secundarios, seguidos de alteraciones en el aprendizaje y en la enuresis primaria el motivo del envío que ocupó el segundo lugar fue el de alteraciones de la conducta, en ambos grupos fue mínimo el porcentaje que se envió por enuresis como tal, en este aspecto tampoco se encontró publicaciones que nos hagan comparativo este punto, con otros estudios previos.

Los resultados del tratamiento instituido fueron similares con lo que se reporta en la literatura, con un porcentaje mayoritario en el grupo que tuvo tratamiento por menos

de 6 meses, en los enuréticos primarios como en los secundarios. Ya que se menciona en diversos reportes de la literatura (2,12) que en general estos tratamientos tienen un lapso de duración de 4 a 5 meses.

El tratamiento instituido a ambos grupos de pacientes fue adecuado, en un elevado porcentaje, no valorable en otro grupo también elevado y un mínimo de pacientes no tuvieron respuesta al mismo en forma esperada, esto tal vez nos indique que el manejo fue óptimo, porque se escogió el mejor, para cada paciente en específico y probablemente el abandono tan elevado que se apreció, puede tener una relación con la desintegración familiar o tal vez con la curación espontánea que se reportará en la literatura.

En cuanto a la desintegración familiar, estuvo presente en ambos grupos con un predominio en los enuréticos secundarios, dato que es concordante con lo que se reporta en la literatura.

En cuanto al motivo del envío, se apreció un predominio en las alteraciones del aprendizaje, seguido de alteraciones de la conducta, en los enuréticos primarios en cambio en los pacientes con enuresis secundaria, se reportaron como más frecuentes las alteraciones de la conducta, en ambos grupos de pacientes, fue muy poco el número que acudieron por enuresis como tal, estos datos tampoco se reportan en la literatura consultada. Pero puede ser una llamada de atención sobre sintomatología que es más aparente para los padres o maestros y que por la etapa que se presentan, la edad a la que el paciente acude a la consulta por enuresis aunque sea en forma secundaria, será en el escolar, dando al paciente un margen de tiempo mayor con una patología no detectada.

La presencia o ausencia de agresividad en cuanto a la relación que se tiene en la literatura, se encontró que en ambos grupos era frecuente, aunque al respecto no hay unificación de criterios, dado que algunos autores refieren que los pacientes con enuresis primaria tiene una mayor dificultad en expresar su agresividad (Grandt 1977). Lo encontrado con los enuréticos secundarios sería más concordante con lo expuesto por Kashani quien menciona que los enuréticos tienen un elevado índice de alteraciones de la conducta y que posteriormente, pueden llegar a tener conductas antisociales, en ausencia de manejo adecuado.

En cuanto al lugar que ocupaban estos pacientes dentro de sus hermanos, encontramos que era más frecuente en los primogénitos en la enuresis primaria, dato que tampoco es concordante, con lo expuesto por algunos autores como Kaffman que en un estudio de 161 niños, encontró que los primogénitos eran niños "secos". En la enuresis secundaria el segundo y luego el primer lugar fue la frecuencia de presentación. En ambos grupos en estudio, se encontró que era más frecuente en familias numerosas y poco frecuente en la que sólo tenían un hijo.

Dos reportes del E.E.G. que encontramos en nuestro estudio, mostró un aumento de reportes anormales, similares en ambos grupos de enuréticos, considerando que se menciona que en poblaciones de niños normales se aprecian alteraciones del E.E.G. en un 10% aproximadamente, sin que nos muestre esta patología (1), y que alteraciones emocionales, la presencia de traumas afectivos, etc., puede aumentar la presencia de registros E.E.G. anormales.

La prueba psicológica de Bender tiene un reporte relativo, si consideramos que no se aplicó por diversas causas a todos los pacientes, sin embargo, se aprecia una proporción

de anomalía en ambos grupos mayor que la normalidad, este es otro parámetro que no se encontró referida en la literatura revisada.

## CONCLUSIONES

El grupo de pacientes enuréticos pasa frecuentemente desapercibido para el pediatra, quizá porque dado su curación espontánea es elevada o porque al conformar un síntoma que puede ser secundario, no se le dé la importancia adecuada, mientras que no se encuentre dentro de un complejo sindrómico que altere su relación familiar o escolar y cuando como se apreció estos pacientes forman parte de familias desintegradas y numerosas, los factores que la condicionan y hacen que sea difícil su manejo son múltiples, como es poco interés de parte de los padres, elevado índice de traumas afectivos, la normalización de un adecuado entrenamiento esfinteriano, en muchas ocasiones, este tipo de pacientes son tratados de "curar", con asientos calientes humillaciones, etc, que lejos de controlar la enuresis la perseveran y condicionan además una mayor alteración afectiva y consecuentemente de su personalidad, la que en etapas del desarrollo posterior del infante, nos puede condicionar sociopatía.

La importancia de que el pediatra haga una medicina preventiva en cuanto a la relación afectiva de padres e hijos es mucha, indicando como disminuir a través del amor y atención a los niños, los eventos traumáticos que ocurren en la vida de todo niño, como es el nacimiento de un niño, la separación de éste con sus padres por divorcios, o por muerte de uno de ellos, o por una hospitalización necesaria y a veces prolongada, en etapas críticas del desarrollo emocional del niño, en estas circunstancias, es adecuado fomentar e incluso crear sesiones de afecto entre padres e hijos y tratar de que éstos se encuentren en momento críticos, como es la hora de la comida, ya que habitualmente es a esa hora cuando hay mayor relación familiar.

Muchos de los niños que presentan alteraciones en su desarrollo afectivo, pueden presentar un retardo en su desempeño escolar o de ciertas destrezas y al no identificar se dicho factor, será clasificado como retardado y conminado a vivir como tal, a pesar de tener un coeficiente intelectual normal.

Muchas de las manifestaciones que se presentan en etapas tempranas de alteraciones por carencia afectiva no parecerán tener importancia, pero si no se manejan adecuadamente en etapas posteriores como en la adolescencia, pueden dar ya manifestaciones más difíciles de ser manejadas por médicos que no sean del área de psicología o psiquiatría, como es la delincuencia, la drogadicción y el alcoholismo, mismos que probablemente se pudieran prevenir.

Para los padres es difícil muchas veces dar demostraciones de afecto, corrección de alteraciones de la conducta, sin crear alteraciones en el niño y es probablemente el pediatra quien tiene que orientar al respecto a los padres, dado que es generalmente el que tiene el primer contacto ante cualquier patología como las ya mencionadas, para esto es recomendable dar mayor énfasis al estudio del desarrollo de la personalidad y de las emociones y no únicamente el desarrollo psicomotriz del niño.

El niño que es educado en un medio de amor y comprensión generalmente será un niño sano tanto mental como físicamente, dado que en la infancia, es frecuente que al no sentir amor, el infante desea enfermarse para de esta forma llamar la atención.

A lo largo del presente trabajo, se apreció como alteraciones principalmente de tipo afectivo y de pobre estimulación en el niño, crean un aumento de alteraciones físicas

demonstrables por pruebas objetivas, como es el E.E.G. y la prueba visomotora de Bender.

Como conclusiones finales podemos decir que:

1. Se deberá promover una mayor relación afectiva entre padres e hijos.
2. Procurar disminuir el trauma afectivo en el niño ante situaciones ineludibles.
3. Promover en los padres que realicen un entrenamiento esfinteriano adecuado a edad oportuna.
4. Recordar que muchas manifestaciones orgánicas tienen un fondo psicológico.
5. Realizar siempre un estudio integral del niño y su familia.
6. Hacer un diagnóstico oportuno y dar un manejo múltiple disciplinario.

R E S U M E N

Se realiza un estudio en pacientes con diagnóstico de enuresis primaria y secundaria, encontrándose que los factores que condicionan dicha alteración son similares, destacando las familias desintegradas, numerosas con una mayor presentación a edades tempranas y en hijos primogénitos o segundos, este síntoma generalmente formaba parte de síndromes diversos, dentro de los que destacaron la depresión y la angustia, acompañándose de alteraciones en el aprendizaje, la conducta, que fueron los que condicionaron que estos pacientes acudieran a manejo médico. Las alteraciones en su estado emocional provocaron posiblemente que aumenten los registros de anomalía en el E.E.G. y en la prueba psicológica de Bender.

Esto nos indica quizá que se deberá mejorar las relaciones afectivas del niño y sus padres y disminuir los traumas afectivos para así tener un desarrollo normal no sólo físico sino psico-social.

## BIBLIOGRAFIA

1. **AURIAQUERRA, J. DE** Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Masson, 4ª edición, 1983, 8-44, 123-134, 161-168, 176-190, 226-230, 295-306, 347-354, 356-376.
2. **NOVELLO, A. Y NOVELLO J.** Enuresis. Clin. Pediat. Nor. Amer. 1987. 3:171.
3. **PIAGET, J.** Seis estudios de Psicología, Barcelona. Ed. Barral. 1971.
4. **GESSELL, A.** Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anomal del Niño, Buenos Aires, Paidós 1946. 12-42.
5. **STONE, F.H.** Psiquiatría para el Pediatra. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1982. 1-11, 61-71, 97-113.
6. **BLJOU, S.W. Y BAER, D.M.** Psicología del Desarrollo Infantil. Ed. Trillas, México 1969, 24-54.
7. **KANNER, L.** Psiquiatría Infantil, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1966. 144.
8. **STONE, J.** Niñez y Adolescencia. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959. 248.
9. **FRIMAN, P.** Contexto preventivo para la Enuresis. Clin. Pediat. Nor. Amer. 1986 4: 919.
10. **GUYTON, A.C.** Tratado de Fisiología Médica, 5ª edición. Ed. Intermérica, México, 1977. 500.
11. **FORNIN, B., VALDEZ, B., BROOK, R.H.** Enuresis Infantil: Prevalencia, Impacto percibido y Tratamientos Prescritos. Pediatría 1986, 77:4, 482.