

129
2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO SOBRE LA ACTITUD DE LOS PADRES
HACIA LA ENURESIS DE SUS HIJOS, ATENDIDOS EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
DEL DIF.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

BEATRIZ ADRIANA MORA ESPINOSA

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARTHA LILIA MANGILLA VILLA

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO SOBRE LA ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LA ENURESIS DE
SUS HIJOS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
MENTAL DEL DIF**

BEATRIZ ADRIANA MORA ESPINOSA

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRA. MARTHA LILIA MANCILLA VILLA**

MEXICO, D.F.

1994

Dedico esta tesis a mis padres,
gracias a quienes hoy puedo dar un
paso más hacia adelante en mi vida, la
cual es el reflejo de todo lo que
siempre me han brindado.

A mi querido esposo por su gran
apoyo y su infinito amor.

A mis hermanos, por todo lo que
hemos compartido juntos.

Mi infinito agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente a la Facultad de Psicología y a mis maestros por haberme brindado la oportunidad de ser hoy una profesionista.

Al Instituto Nacional de Salud Mental del DIF, por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo, en especial para el Psic. Victor García García.

A los padres de familia que respondieron los cuestionarios, por su valiosa cooperación.

A la Mtra. Martha Lilia Mancilla Villa por su asesoría y enseñanzas, así como a mis sinodales por sus valiosas observaciones.

P R E A M B U L O

El interés en la realización de este trabajo sobre enuresis, surgió a partir de la prestación de mi servicio social, el cual consistió en impartir pláticas informativas a padres de familia sobre el desarrollo del niño y problemas frecuentes en la etapa preescolar, dichas pláticas fueron impartidas en el Jardín de Niños "Margarita Estevane Salas", ubicado en la Delegación Alvaro Obregón.

Uno de los temas que se abordaron fué la enuresis, el cual particularmente causó mucha inquietud e interés en los participantes y observé que era un problema presentado con mucha frecuencia, respecto del cual los padres sabían muy poco o nada. Este hecho me motivó a buscar una respuesta esperada por los padres, los cuales realmente se mostraban intranquilos sobre lo que debían hacer, por lo que profundicé en el estudio del tema, el cual me pareció muy interesante, especialmente el papel que ellos mismos como padres podían desempeñar en este trastorno. Sin embargo encontré muy pocas investigaciones realizadas, además de proceder de otros países. Por lo que surgió en

mi la inquietud de conocer las actitudes de los padres hacia el problema de la enuresis en una muestra de población mexicana, para ubicar cómo viven estas parejas la enuresis de alguno de sus hijos.

R E S U M E N

El presente estudio tuvo como finalidad conocer la actitud de los padres de niños enuréticos secundarios y nocturnos hacia este problema a un nivel descriptivo exploratorio. Se trabajó con 20 parejas de padres que asistieron por primera vez al Instituto Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a los cuales se les aplicó un cuestionario de respuestas abiertas compuesto por cinco áreas de estudio sobre la actitud: Etiología de la enuresis, reacción de los padres, alteraciones en la dinámica familiar, entrenamiento del control de esfínteres y percepción que tienen los padres del niño. En general se encontró que los pensamientos, sentimientos, creencias y acciones en torno al problema se encuentran influenciadas por la ignorancia e incomprensión del síntoma, la propia ansiedad de los padres hacia el niño y alteraciones familiares frecuentemente observadas.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES DE LA ENURESIS	4
1.1 La Enuresis como problema Social	4
1.2 Notas sobre los Antecedentes Históricos de la Enuresis	8
1.3 Definición	16
1.4 Valoración del Niño Enurético	20
1.5 Clasificación	26
CAPITULO 2. ABORDAJE DE LA ENURESIS	31
2.1 Etiología	31
2.2 Tratamientos	45
CAPITULO 3. CARACTERISTICAS DEL NIÑO ENURETICO	56
CAPITULO 4. EL ENURETICO Y SU FAMILIA	68
CAPITULO 5. ACTITUDES PATERNAS Y SU IMPORTANCIA EN LA ENURESIS DE LOS HIJOS.	74

CAPITULO 6. METODO	83
6.1 Diseño y Tipo de Estudio	84
6.2 Sujetos y Escenario	86
6.3 Procedimientos	87
6.3.1 Selección de la Muestra	87
6.3.2 Elaboración del Cuestionario	88
6.3.3 Obtención de Datos	92
CAPITULO 7. RESULTADOS	93
7.1 Resultados y discusión	93
7.2 Conclusiones Generales	120

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

Para el niño constituye un gran paso en su desarrollo la adquisición del control de esfínteres, ya que con ello logra autocontrol y autonomía, pero si este hecho no se logra o el niño pierde el control por alguna razón se pueden producir una serie de alteraciones en su conducta (y en general en su núcleo familiar), las cuales si no son atendidas pueden dejar tras sí secuelas en la futura personalidad del niño.

Estos efectos dependen en gran medida de las actitudes observadas por los padres, debido a que su papel ejerce una gran influencia en la vida del niño, incluso antes de que éste nazca. Sin embargo, pese a que se reconoce el papel de las actitudes de las figuras paternas en el desarrollo evolutivo del niño, poco se ha estudiado su influencia en relación a la enuresis específicamente.

En este estudio se pretende realizar un análisis descriptivo de lo que piensan, sienten y hacen padres y madres con respecto a este problema tan frecuente en la niñez; lo cual permitirá conocer con mayor cercanía los

factores predisponentes que se asocian con la enuresis y a partir de ello, brindar una orientación adecuada a los padres con respecto al problema de sus hijos, así como conocer en qué sentido emprender un tratamiento psicológico más cuidadoso.

Los capítulos que conforman el presente trabajo, comprenden las siguientes temáticas:

En el capítulo 1, se abordan los aspectos generales de la enuresis, tales como estadísticas realizadas en cuanto a su incidencia, tanto en otros países como en México, se presenta un breve recuento histórico del trastorno, así como la definición del problema y los distintos tipos de enuresis que existen. En el capítulo 2, se presentan las causas de la enuresis y los tratamientos proporcionados por las corrientes psicoanalítica, conductista y organicista, así como los estudios del factor hereditario. El capítulo 3 se enfoca a los trastornos psicológicos que sufre el niño como consecuencia de la enuresis, así como algunos estudios encaminados a observar si el enurético presenta una personalidad definida. La importancia que desempeña la familia en este trastorno se aborda en el capítulo 4. El capítulo 5 se dirige más específicamente a la actitud de los padres y su importancia en la vida del

niño. En el capítulo 6 se presenta la metodología utilizada en este estudio y por último en el capítulo 7 se presentan los resultados obtenidos y la discusión final.

CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES DE LA ENURESIS

1.1 La Enuresis como Problema Social

La enuresis es uno de los trastornos más frecuentes en la niñez, los porcentajes de incidencia que reportan varios estudios (ver los cuadros 1.1 y 1.2) indican que puede tratarse de un problema de tipo epidemiológico, es decir que afecta a varios individuos al mismo tiempo, por lo que constituye también un problema de tipo social, que afecta principalmente el núcleo familiar y no únicamente al individuo que la padece.

En nuestro país se han realizado pocas estadísticas en cuanto a la presencia de enuresis debido a que en general ha sido un problema poco estudiado, por lo que aún no existe prácticamente material bibliográfico escrito por mexicanos, excepto investigaciones de tesis, de las cuales se han extraído los datos que se proporcionan en el cuadro 1.1. En él, se presenta el porcentaje de incidencia de enuresis encontrado en algunas Instituciones del ISSSTE en México, D.F., cabe mencionar que las poblaciones de los

cuadros se encuentran poco detalladas debido a que los autores no proporcionan datos suficientes.

AÑO	AUTOR	LUGAR	POBLACION	% DE ENURESIS
1987	Valdéz	ISSSTE Zona Sur	4-18 años	25.50%
1990	Flores	ISSSTE Zona Norte	4-8 años	29%

CUADRO 1.1 ESTADISTICAS EN CUANTO A LA INCIDENCIA DE ENURESIS REALIZADAS EN MEXICO

En otros países se han interesado más por esta problemática y ha sido objeto de múltiples investigaciones (tales como Bakwin, Turner, Sarafino y Linna, entre otros) que han brindado aportaciones importantes al estudio general de la enuresis, como se podrá apreciar en el curso de este trabajo.

En el cuadro 1.2 se presentan datos acerca de la prevalencia de la enuresis reportada en otros países.

AÑO	AUTOR	LUGAR	POBLACION	% DE ENURESIS
1972	Kanner	E.U.		26%
1983	Bakwin	E.U.		26%
1986	Ollendick	España	5 años	20%
1988	Turner	E.U.	Niños y adols.	6%
1988	Sarafino	E.U.	6 años	16%
1991	Linna	Alemania	8 años	1.50%

CUADRO 1.2 ESTADISTICAS REALIZADAS EN CUANTO A LA INCIDENCIA DE ENURESIS EN OTROS PAISES

Para poder hacer comparaciones se tienen que considerar tanto la definición específica del término como las distintas poblaciones estudiadas, es por ello que los resultados de las estadísticas que se han realizado en cuanto a su incidencia varían; sin embargo se observa que son altos los porcentajes que indican la presencia de enuresis en los estudios presentados y es importante resaltar que existen muchos casos que no asisten a pedir ayuda a algún centro de salud o institución y por lo tanto, quedan fuera de cualquier estudio.

Al estudiarse el índice de incidencia de enuresis en grupos de distintas edades, se observó claramente el hecho de que la presencia de enuresis tiende a disminuir constantemente hacia la edad adulta, en el cuadro 1.3 se presentan

estadísticas realizadas con poblaciones de diversas edades, las cuales muestran claramente este hecho.

AÑO	AUTOR	LUGAR	EDAD	% DE ENURESIS
1975	Rutter	E.U.	7 años	10%
			10 años	5%
			14-15 años	1%
1986	Papalia	E.U.	5 años	10%
			10 años	5%
			Adolescencia	1-2%
1986	Ollendick	España	10 años	5%
			12-14 años	2%
1987	Valdéz	México	7-12 años	53.50%
			4-6 años	33.90%
			13-18 años	12.60%
1988	Urquieta	México	6 años	20%
			8 años	16%

CUADRO 1.3 PORCENTAJE DE INCIDENCIA DE ENURESIS CON RESPECTO A LA EDAD.

En esta misma línea de investigación (de tipo estadístico), se han observado también marcadas diferencias en cuanto al sexo, en el sentido de que la presencia de enuresis es mayor en los grupos de niños que de niñas, como se muestra en el cuadro 1.4.

AÑO	AUTOR	LUGAR	EDADES	MASC.	FEM.
1987	Valdéz	México	4-18 años	71.6%	28.4%
1988	Urquieta	México	5-7 años	65%	39%
1988	DSM-III-R	E.U.	5 años	7%	3%
			10 años	3%	2%
			18 años	1%	0%
1990	Flores	México	4-8 años	51.7%	48.2%
	Hallgren	E.U.		10%	9%

CUADRO 1.4 ESTADISTICAS DE ENURESIS EN CUANTO AL SEXO.

Para concluir, el alto porcentaje de incidencia de enuresis en la población infantil en general indica que es un problema frecuente y que en nuestro país ha sido poco tomado en cuenta, lo cual puede repercutir en no brindar una atención adecuada hacia estos casos debido a que no se cuenta con datos confiables que digan lo que sucede con poblaciones mexicanas y por ello no tener conciencia de lo que este problema representa.

1.2 Notas sobre los Antecedentes Históricos de la Enuresis

La enuresis desde tiempos remotos ha llamado la atención de los médicos de diversas civilizaciones, de los

cuales han surgido innumerables formas de tratamiento para curarla y explicar su etiología.

Según Vigueras (1983) el informe más antiguo sobre la enuresis data del año 1550 a.c. de los papiros de Ebnés, en donde era considerada la enuresis como una perturbación que requería tratamiento médico, la receta para curarla era una medida de bayas de enebro, una de cobre y una igual de cerveza.

Entre los estudios médicos se encuentran los de Jean Louis Petit, (Maestro en Cirugía) (citado en Duché, 1972 p. 5) quien escribe hacia 1715 que los niños se orinan en la cama involuntariamente por tres causas: Por pereza, por tener el sueño muy pesado y por soñar que están orinando. Dice que se curan espontáneamente con ayuda de los cuidadores, los cuales deben vigilar que no beban muchos líquidos al acostarse o que los deben despertar durante la noche para orinar.

Durante la edad media se siguen tradiciones similares a las de la antigüedad, aunque muy influidas ahora por el aspecto religioso y no se encuentra raro que se venerara a algún santo para que ayudara a los enuréticos.

En 1554, el inglés Thomas Paer (ibidem. p. 11) publicó el primer libro de Pediatría escrito en inglés, titulado "El libro del niño", en el cual existe un párrafo titulado "Orinarse en la cama", que en una parte dice: "Muchas veces la debilidad para retener los riñones o la vejiga, tanto en hombres viejos como en niños, ocurre ya sea en el sueño o caminando, no teniendo poder para retenerla". El mismo autor señala que en la edad media se utilizaban como remedios para la enuresis (aparte de las oraciones religiosas mencionadas) quemar el buche de un gallo y dárselo al paciente a beber en agua de flor de crisantemo o poner los testículos de una liebre en vino fragante, o dar calamento (1) y mirra en tragos antes de la comida. Otro remedio para curar la enuresis era la unción del paciente con tierra de cimolián mezclada con jugo de perdicas. Discórides (Médico griego) dice que el cerebro de halcón de tierra, chupado, corrige el mojar la cama.

Se creía entonces, que la enuresis era provocada por una debilidad del cuello de la vejiga y también que la humedad del cuerpo era la causa de la relajación de los músculos, quizá por ello asociaban la cura a partes genitales de animales (Vigueras, 1983).

(1) Planta ramosa y velluda que se usa en medicina.

El concepto de enfermedad (a principios del siglo XIX) erradica la noción de que las alteraciones de la conducta eran provocadas por el pecado, corrupción o demonios, y con esto se establece una base racional para comprender las disfunciones humanas y tratarlas (Mejía, 1988). También, se establece la Pediatría como una especialidad de la Medicina y se registran gran cantidad de artículos tocantes a la enuresis, en los cuales se abordan la etiología del fenómeno y su terapéutica. En cuanto a la etiología, seguían considerándose la debilidad del cuello de la vejiga, desequilibrio de su musculatura y atonía general del esfínter vesical, también se pensaba que había irritaciones en el sistema urinario, lo cual provocaba la enuresis. También se mencionan la flojera, cobardía y el miedo.

En cuanto a la terapéutica utilizada en ese siglo se registran baños de asiento tibios antes de ir a la cama, se recomendaba también una dieta baja en sal y no contener sustancias agrias, licores, café o irritantes; otros restringían en la dieta la ingestión de carne (Glincklich, citado en Vigueras, 1983 p. 17).

Se empezaron a utilizar también las drogas que se suponía actuaban sobre algún agente etiológico de la

enuresis, tales como la estricnina (2), la belladona (3), el hidrato de cloro y las cantáridas (4), las cuales se administraban por vía oral, como unguento o por vía rectal. También se empleaba la cauterización de la uretra en las niñas o se les introducían "bolsas indias" llenas de aire, las cuales comprimían el cuello de la vejiga y la uretra. A los niños se les colocaban vejigas en el pene, que tenían la función de aproximar las paredes de la uretra.

También el uso de la electricidad permitió la creación de un nuevo tratamiento, el cual consistía en colocar electrodos en el pubis y sacro, otros lo colocaban en la uretra o en el perineo, estos actuaban como estimulantes y se usaban varios minutos al día.

- (2) Alcaloide que se extrae de determinados órganos de algunos vegetales como la nuez vómica y el haba de San Ignacio y es un veneno muy activo.
- (3) Planta venenosa que se usa con fines terapéuticos por contener atropina.
- (4) Insectos coleópteros que tienen cantaridina, se emplean en medicina como vejigatorios o estimulantes de los órganos genito-urinaris.

Durante la segunda mitad del siglo XX se registran grandes avances en el estudio científico de este trastorno y varias teorías abordan esta problemática, registrandose innumerables artículos importantes en el área médica y psicológica.

Actualmente se tienen varios reportes de algunas tribus, uno de ellos es el de Herskovits, citado en Mogyoros (1968 p. 13), quien estudió el reino africano de Dahomey y escribe lo siguiente: "El niño es cargado por la madre todo el tiempo y cuando ella siente que está inquieto, lo baja para que haga sus necesidades ubicándolo en el suelo. Así que a los dos años de edad el proceso de entrenamiento es completado, si el niño no responde frente a esta actitud y manifiesta enuresis a la edad de cuatro o cinco años, mojando la cama en donde duerme, entonces, primero se le golpea; si esto no corrije el hábito, se ponen cenizas en agua y esta mezcla es vertida sobre la cabeza del niño o niña. Este es llevado luego a la calle, donde todos los niños lo rodean y lo siguen entonando canciones de burla, mientras él desfila por toda la aldea".

Entre los indios Navajos, los problemas de conducta por lo general no afectan mucho a los padres, pero hay

tres cosas que no toleran: que el niño sea zurdo, que moje la cama o que hable y camine durante el sueño. Si un niño después de los cinco años continúa mojando la cama, a pesar de que la familia vió que orinó antes de acostarse, se recurre a un ritual mágico; se sitúa al niño desnudo con las piernas abiertas encima de un nido de golondrinas encendido. Esto ayuda, debido a que los pájaros no mojan sus nidos. Pasada la edad de la pubertad, si la enuresis no ha cesado, se invocan otros rituales mágicos, pero si esto no da resultado, la persona o su hermano deben morir, ya que es un muerto el que está mojando el lugar todo el tiempo.

Varios novelistas han escrito también algo acerca de la enuresis, generalmente colocando a los enuréticos un carácter ridículo o doloroso, tal es el caso de Lucrecio en su obra *De Natura Rerum*, (citado en Viguera, op. cit. p. 10), quien hablando de los ensueños escribe:

"Incluso los más delicados, si se presenta la ocasión, una vez dormidos, de soñar que se arremangan ante un orinal o un lebrijo, sueltan su orina y ensucian sus lujosas mantas babilónicas".

Marguerite Audox, (citada en Duché, op. cit. p.4), en relación a esto, escribe:

"La hermana Gabriela era muy pequeña, vieja, delgada y encorva; dirigía el dormitorio y el refectorio (5). En el primero acostumbraba pasar un brazo seco y duro entre nuestra camisa y la sábana para asegurarse de nuestra limpieza, y a una hora fija acotaba con varas aquellas que tenían las sábanas húmedas".

Julles Valles (ibidem p. 3), habla en su escrito de un compañero "molido a golpes" porque tiene una debilidad, "se mea en la cama".

Como se puede observar, desde mucho tiempo atrás y en diferentes civilizaciones la enuresis ha sido considerada como un fenómeno anormal e importante al cual se le ha tratado de dar solución de alguna o de otra forma, debido a que produce malestar en la gente y esto de alguna manera indica que los enuréticos no han sido aceptados nunca, esto se sigue presentando aún en la actualidad a pesar de los avances logrados en el estudio de este trastorno, ya

(5) Habitación para reunirse a comer.

que prevalece una gran ignorancia al respecto y quizá por ello no sea comprendido el individuo enurético.

1.3 Definición

En el estudio de cualquier trastorno constituye un papel de gran importancia el aportar definiciones del problema, ya que el diagnóstico o la valoración suelen realizarse en base a lo que se entiende por el término o a su definición. En este caso, la enuresis ha sido definida por diversos autores a través del tiempo, los cuales generalmente se han dirigido a explicar el término de manera "descriptiva", es decir que sus definiciones se encuentran basadas en las conductas manifiestas u observables del trastorno. Algunas de estas definiciones son las siguientes:

Para Kanner (1972) "Enuresis es la emisión involuntaria de orina de las personas mayores de tres años", antes de esta edad la acción de orinarse es una "enuresis fisiológica". Al igual que Michaux (1950) considera de gran importancia el distinguir los términos de enuresis e incontinencia urinaria, reservando el de enuresis para la acción de orinarse sin que haya relación causal con ningún desarreglo anatómico, inflamatorio o

neuropatológico; el de incontinencia para los casos orgánicos demostrables, esto por razones de claridad.

En opinión de Littré, citado en Duché (op. cit. p. 1) "Enuresis es un término médico y significa derrame involuntario de orina, incontinencia de la orina". Este autor deriva esta definición del griego $\epsilon\nu$, "en", $\omicron\upsilon\rho\eta\sigma\iota\varsigma$ "acción de orinar" y de $\omicron\nu\rho\omicron\nu$ "orina".

Por otra parte, Clement y Launay (ibidem) admiten en su definición que la enuresis se aplica tanto a los accidentes diurnos como nocturnos; mientras que Savy, citado en Duché (op. cit.) no está de acuerdo en ello, ya que para él la expresión enuresis resume el carácter fundamental del síndrome, es decir el ser nocturna $\epsilon\nu$, "en", $\nu\omicron\varsigma$ "noche" y $\omicron\nu\rho\epsilon\epsilon\upsilon$ "orinar".

Una de las personas que más ha estudiado el problema de la enuresis es Duché (op. cit.) quien por su parte propone la siguiente definición: "La enuresis constituye una micción a la vez activa y completa, involuntaria, que sobreviene casi siempre en la posición decúbite durante el sueño".

Ajuriaguerra (1983) le da el nombre de enuresis a "la falta de control en la emisión de orina, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de tres años".

Cáceres (op. cit.) opina al igual que Ajuriaguerra, que la enuresis debe ser considerada después de la edad de tres años; sin embargo, difiere en que para él este término incluye únicamente a la enuresis de tipo nocturno.

Al respecto, Yates (1987) opina que no hay un punto arbitrario en que los niños normales dejen de orinarse en la cama, ya que es una habilidad adquirida, y como tal se espera que su adquisición siga la curva normal de adquisición, con "recaídas" normales y que se alcance el control final después de cierto tiempo.

Por último, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, se encuentra el título de "Enuresis Funcional", el cual es descrito de la siguiente forma:

"El síntoma esencial es la emisión involuntaria y repetida de orina durante el día o por la noche, a una

edad en la que se espera que haya continencia, sin que se deba a ningún trastorno somático. Algunas veces, el trastorno es definido de manera arbitraria como vaciado involuntario en niños con edades comprendidas entre los cinco y seis años o de una vez al mes en niños mayores". Es decir, que por definición la enuresis funcional empieza a la edad de cinco años.

Como se puede apreciar, existen algunos aspectos en las definiciones de la enuresis en que divergen entre sí los autores, tales como la voluntariedad, la edad de aparición y el carácter diurno o nocturno principalmente, lo cual podría crear confusión ya que aparentemente no existe un acuerdo entre los diferentes autores. Sin embargo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, es una fuente compuesta por un gran número de especialistas de todo el mundo, los cuales a través de discusiones logran llegar finalmente a un acuerdo y en el caso de la enuresis, su definición reúne los aspectos antes mencionados, por lo que se delimita el término con claridad.

Debido a lo anterior, en el presente estudio se entenderá la enuresis en términos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, el cual

posee además una base estadística y es una de las fuentes actuales con reconocimiento internacional más consultadas por psiquiatras y psicólogos para establecer diagnósticos. Cabe mencionar, que en este estudio el término de "enuresis" es utilizado indistintamente para los casos funcionales y orgánicos.

1.4 Valoración

La valoración de la enuresis se basa en principio, en aspectos manifiestos del trastorno, los cuales son similares en cualquier forma de estudio que aborde el problema de la enuresis, ya que constituyen puntos básicos que permiten un conocimiento general y básico de cómo se manifiesta el problema en cada caso particular, posteriormente cada enfoque ahonda en otros aspectos importantes para ellos, por ejemplo, la corriente psicoanalítica dirige su atención hacia aspectos como el estudio de la personalidad del niño, la historia de su desarrollo psicológico, la dinámica familiar, posibles traumas, etc; por otra parte, los médicos se enfocarán a realizar más estudios o análisis de tipo físico, los conductistas a investigar la historia de reforzadores, etc.

A continuación se presentan algunas de las formas de valoración más completas que por lo regular cualquier enfoque o forma de entender a la enuresis toma en cuenta.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R proporciona los siguientes criterios:

1.- El vaciado involuntario y repetido de la vejiga urinaria, de día o de noche.

2.- Al menos dos de estos episodios al mes en niños con edades entre los 5 y 6 años, al menos una vez al mes en niños mayores.

3.- Todo ello no se debe a un trastorno somático, como diabetes o crisis convulsivas.

Duché (op. cit.) dice que el exámen clínico deberá de precisar a través de un interrogatorio con los padres, los siguientes aspectos:

- El tipo de enuresis, primaria o secundaria.
- El horario, el ritmo y abundancia de las micciones.
- La duración de los periodos secos.

- Las circunstancias de aparición y recaídas.

- Las manifestaciones asociadas eventuales.

- La manera en que la educación esfinteriana ha sido conducida (edad de comienzo y por quien ha sido ejecutada).

- La edad de limpieza de los colaterales, así como los otros casos de enuresis entre los ascendientes y colaterales.

- Es importante también precisar los hábitos alimenticios del niño y, en especial la cantidad de líquido ingerido antes de acostarse.

- Conocer el clima familiar y el nivel socioeconómico.

- La forma en que la familia y cada uno de sus miembros reacciona frente a este síntoma.

- Castigos, recompensas, humillaciones.

- Explicaciones dadas por la familia al médico y al niño.

- Los medios de protección utilizados.

- Diversas terapéuticas seguidas y sus efectos, en caso de haber llevado alguna.

- Los especialistas consultados.

- En caso de haberse obtenido mejorías, a quien se las atribuye la familia.

El anterior interrogatorio proporcionará según Duché (op. cit.) información valiosa con respecto a las circunstancias de aparición y los beneficios secundarios para el niño, con lo cual coincide Ollendick (1986).

Existe un aspecto muy importante en la valoración del enurético, el cual consiste en descartar problemas de tipo orgánico que pudieran estar provocando la enuresis, esto se logra a través de estudios y análisis físicos apropiados (tales como análisis citobacteriológicos de orina, urocultivo, y electroencefalogramas entre otros) básicamente es lo que se denominaría el diagnóstico diferencial de la enuresis y es sumamente importante realizarlo adecuadamente ya que una enuresis de tipo

orgánico requiere de un tratamiento totalmente diferente y los médicos son los encargados de realizarlo.

Ajuriaguerra (op. cit.) expone que el diagnóstico diferencial se establece ante la incontinencia urinaria como primer paso, la segunda supone la existencia de una lesión orgánica concreta, nerviosa o por una inflamación. Según esta autora hay enuresis cuando la emisión es involuntaria e inconsciente, y hay incontinencia cuando la emisión de orina es involuntaria pero consciente, cuando todos los intentos del paciente por retener resultan inútiles y las micciones son además anormales.

Según Breton y cols. (ibidem) no hay que prescindir ni supervalorar las enuresis orgánicas que en su opinión, cubren del 10 al 20% de la enuresis total.

Al respecto, Papalia (1985) encuentra que menos del 1% de los que se mojan en la cama tienen un trastorno físico y el otro 99% se sigue investigando a que se debe.

Por otra parte, según el DSM-III algunas de las posibles complicaciones que se pudieran presentar como consecuencia de la enuresis, son las infecciones urinarias, principalmente en las niñas.

Existen algunas formas asociadas a la enuresis, entre ellas se encuentra la encopresis, la cual raramente aparece en forma aislada, Duché (op. cit.) dice que la frecuencia de una encopresis asociada aparece más en los niños que presentan enuresis diurna, pero no en los atacados por enuresis únicamente nocturna, también concluye que estas dos afecciones no son por lo general, de aparición simultánea y en tal caso, cada una evoluciona a su manera.

Otra forma asociada a la enuresis es la epilepsia, según Trousseau, citado en Duché (op. cit.) "es epiléptico todo individuo indemne de lesiones vesico-uretrales, que se orina en la cama sin sentirlo", aseveración con la cual Duché no está de acuerdo y comenta que este es un problema de diagnóstico y no se permite generalizar, ya que se pierde el control en una crisis, pero también es cierto que se pierde no sólo el urinario sino el de las heces fecales, además de ser acompañada por los síntomas como el de mordida de la lengua y obnubilación; debido a esto hay que tratar por separado el problema de la epilepsia y el de la enuresis, ya que hay gran cantidad de enuréticos no epilépticos.

En los casos de formas asociadas a la enuresis también es muy importante el adecuar un tratamiento idóneo en que se atiendan las diferentes problemáticas presentadas.

1.5 Clasificación

Para poder abordar el problema de la enuresis con mayor precisión la mayoría de los autores, tales como Reca, Duché, Ajuriaguerra, Ollendick, Cáceres (ops. cit.) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, la han clasificado de la siguiente forma:

Enuresis Primaria: Se considera enuresis primaria cuando el niño no ha llegado a adquirir el control sobre el paso de orina nunca. Este tipo de enuresis también ha sido denominada continua (Reca, 1961), constitucional o congénita (Duché, 1972) y crónica (Ross, 1974), estos términos tienen el mismo significado.

Enuresis Secundaria: Sucede tras haber conseguido un control inicial de algunos meses por lo menos, y el niño vuelve a orinarse después de este lapso, es decir, reaparece. Al igual que la enuresis de tipo primaria ha tenido diversas formas de nombrarse, estas son:

intermitente (Reca, 1961), adquirida (Duché, 1972) o regresiva (Ross, 1974). Hallegren, citado en Ajuriaguerra (op. cit.) dice que hay enuresis secundaria cuando (antes de los cuatro años) el niño ha estado sin mojarse durante un año o más, al igual que el DSM-III-R.

Ollendick (op. cit.) por su parte, considera un período mínimo de continencia de seis meses. Se habla también de que este tipo de enuresis es más rara.

En un estudio realizado por Urquieta (1988) se encontró que el lugar que ocupaban los pacientes dentro de sus hermanos mostró que la enuresis primaria era la más frecuente en los primogénitos (35%) y en la secundaria el segundo hijo fué el más frecuente (42%).

Con respecto a su presentación, puede ser:

Enuresis Diurna: Se presenta durante el día, la micción es ciertamente consciente, pero no por ello voluntaria (Duché, 1972).

Enuresis Nocturna: Su presentación es por la noche, Duché (ibidem) la denomina "enuresis propiamente dicha".

Enuresis Diurna-Nocturna o Mixta: Es la que puede presentarse indistintamente durante el día o por la noche. Este tipo de enuresis es considerada por Ajuriaguerra (op. cit.) y por el DSM-III-R.

Ollendick (op. cit.) y Yates (op. cit.) también clasifican a la enuresis de la siguiente forma:

Enuresis Funcional: en la que no existe evidencia de un trastorno neurológico o urológico.

Enuresis Orgánica: En la que existe un problema físico u orgánico.

Con respecto al porcentaje de incidencia en los distintos tipos de enuresis se ha encontrado en estudios de varios países, que la enuresis primaria es más frecuente que la secundaria; en cuanto a su frecuencia la nocturna es la que más se presenta y la diurna es la menos frecuente incluso que la mixta o diurna-nocturna, como se muestra en las estadísticas presentadas en los cuadros 1.5 y 1.6.

AÑO	AUTOR	LUGAR	PRIMARIA	SECUNDARIA
1972	Kanner	E.U.	78%	9%
1983	Ajuriaguerra	E.U.	80%	21 a 50%
1987	Valdéz	México	65%	35%
1988	Urquieta	México	57%	43%

CUADRO 1.5 ESTADISTICAS EN CUANTO AL TIPO DE ENURESIS

AÑO	AUTOR	LUGAR	DIURNA	NOCTURNA	MIXTA
1969	Shaw	E.U.	52%	74%	
1972	Kanner	E.U.	7%	63%	30%
1987	Valdéz	México	1.60%	97%	1.60%

CUADRO 1.6 ESTADISTICAS EN CUANTO A SU PRESENTACION

La presencia de enuresis observada en las diferentes estadísticas así como el reporte de su existencia desde hace varios siglos indica que ha sido un problema muy frecuente; este hecho ha originado en el hombre la necesidad de definir el problema, así como de clasificarlo para poder entenderlo mejor, pero su inquietud no termina aquí, ya que surgen preguntas muy importantes sobre el origen de este trastorno y su posible solución.

Son precisamente estas interrogantes las que constituyen la etiología y el tratamiento de un trastorno, pilares

fundamentales en el abordaje del estudio de cualquier trastorno del ser humano, ya que el hombre siempre ha tratado de dar explicación y solución a todos los problemas que se le presentan, los cuales serán abordados a continuación en relación al tema de la enuresis.

CAPITULO 2. ABORDAJE DE LA ENURESIS

2.1 Etiología

La enuresis ha sido definida y se han dado las pautas para su diagnóstico desde una aproximación aceptada generalmente por cualquier enfoque que aborde el estudio de la enuresis, ya que es meramente descriptiva; sin embargo, no sucede lo mismo con la etiología, ya que ésta ha sido abordada por distintas corrientes, las cuales proporcionan explicaciones diversas de sus causas así como tratamientos acordes a su perspectiva. Las diversas formulaciones teóricas y sus puntos de vista en el abordaje de la enuresis son: la psicoanalítica, la conductista, la organicista y los estudios del factor hereditario; las cuales se describen a continuación:

Corriente Psicoanalítica

En este enfoque la enuresis es considerada como un síntoma manifiesto de una perturbación subyacente (Reca, 1961 y Yates, 1987) y en general se interesa en observar los aspectos emocionales de la persona, es decir lo que se

encuentra oculto y que constituye el problema principal del niño, no la enuresis como tal, ya que esta sería sólo una manifestación de ese problema más profundo.

Algunos de los elementos causales que ha encontrado Reca (op. cit.) son compartidos por otros autores, tales como Aberastury (op. cit.), Mejía (op.cit.) y Fenichel (op. cit.); dichos elementos hablan de que la relación con los padres es siempre un factor de primordial importancia en la vida del niño y en relación con la enuresis, los siguientes aspectos tienen clara influencia:

a) Una actitud básica de rechazo, ansiedad o crueldad de ambos padres o de uno de ellos, por lo general de la madre. El rechazo y la crueldad según su grado y las formas que adopta engendran siempre trastornos serios en la maduración de la personalidad y uno de los síntomas que exteriorizan suele ser la enuresis.

b) Una actitud general de incompreensión acerca de lo que significa el proceso de maduración y desarrollo y sus desviaciones en la esfera del control esfinteriano. Si el niño es excesivamente protegido y mimado, tal actitud puede dificultar el proceso de maduración. La madre, o ambos padres, consciente o inconscientemente tratan al

niño mayor como si fuera muy pequeño y él se comporta como tal. Asimismo, la indiferencia, la pasividad o el descuido en lo que se refiere al mismo aspecto, pueden conducir a resultados semejantes.

Diversos autores tales como Gerard, citada en Shaw (1969), Aberastury (op. cit.) y Fenichel (op. cit.) han señalado que una educación esfinteriana muy temprana y estricta es común en los niños enuréticos; sin embargo no es posible establecer de manera exacta la relación entre ambos fenómenos, pero "es indudable que la educación prematura por métodos coercitivos produce resultados desfavorables" (Reca, 1961 p. 194). En muchos casos se añade a la educación misma castigos y amenazas que crean una perturbación emocional. A veces la educación esfinteriana temprana es parte de un concepto general de educación en el que se pone gran énfasis en la pulcritud, el buen comportamiento y la anulación de actividades infantiles e impulsos agresivos normales. Se crea así en el niño una estructura de tipo perfeccionista, obsesivo que se advierte en otros aspectos; y la enuresis es la consecuencia de esta falta de expresión emocional normal.

c) Una actitud especial del progenitor que ha sido enurético o en cuya familia hubo enuréticos. La proporción

de enuréticos en las familias de niños que padecen enuresis es generalmente mayor que en la de otros niños, sin embargo la autora no considera que esto signifique la existencia de una predisposición hereditaria. Existe siempre una particular actitud del padre o la madre que fueron enuréticos hacia el establecimiento de la función esfínteriana. Esta actitud no es la misma en todos los casos, aveces el padre preocupado por el establecimiento del control, hace al hijo objeto de una enseñanza muy precoz e insistente, exteriorizando en forma inconfundible la ansiedad que esto le produce. Otros, al recordar sus propias humillaciones, extreman su protección al hijo en todo lo relativo a esta función. En cualquier caso, su actitud está llena de ansiedad y no se conduce adecuadamente.

d) El nacimiento de un hermano y la relación con los hermanos, son otros aspectos de las relaciones familiares que aparecen como causa de la enuresis. Por lo regular, si nace un niño poco después de establecido el control, es frecuente que vuelva a mojarse, si ello ocurre en la época del establecimiento del control, este suele retrasarse. La relación del hermano mayor ha sido menos estudiada y señalada como causa de enuresis; pero sólo en casos particulares, por ejemplo si el hermano mayor por alguna

circunstancia especial (enfermedad o invalidez) recibe un cuidado acentuadamente mayor por parte de los padres, el pequeño tiene en general problemas varios de conducta, entre los que figuran la enuresis, como manifestación de su protesta, resentimiento y deseo de ser atendido.

e) Circunstancias familiares de grandes privaciones, sufrimiento y angustias de toda índole; engendran en el niño un estado de desintegración y ansiedad que es obstáculo para su maduración. Probablemente se deba a causas de este tipo que la enuresis desaparezca cuando el niño va de visita o de vacaciones con algún familiar y está lejos de su hogar.

f) Algunas experiencias sexuales asociadas a la enuresis son: masturbación, juegos sexuales con otros niños y observación del coito entre adultos. A veces coexisten los tres tipos de experiencias, en otras ocasiones solamente la masturbación y los juegos sexuales provocan una excitación local y originan sentimientos de culpa y ansiedad que disminuyen el control voluntario. La observación de relaciones sexuales entre adultos, origina emociones y sentimientos complejos que producen una fuerte perturbación, una de sus manifestaciones puede ser la enuresis.

Para Freud, citado en Aberastury (op. cit.) la enuresis puede ser un sustitutivo de la masturbación, piensa que en el enurético la excitación sexual termina en una pérdida involuntaria y la relaciona con la masturbación.

Aberastury (op. cit.) basada en investigaciones psicoanalíticas principalmente de Melanie Klein, considera que la enuresis puede representar un síntoma mediante el cual el niño da cumplimiento a fantasías de frustración, envidia, destrucción, etc. que giran en torno a los padres; es decir el niño utiliza la orina como un medio para atacarlos.

Para Deutsch (ibidem) y Fenichel (op. cit.) la enuresis puede ser la expresión de una posición femenina en el niño y masculina en la niña. Plantean que es frecuente en la niña enurética la fantasía de poseer un pene potente que ella ha robado a su padre y que contempla con admiración y envidia. En el varón enurético, en cambio, la masturbación se realiza con fantasías de feminización, predominando la idea de tener una vagina que gotea sin control. Estos autores han observado que los niños enuréticos sueñan que están orinando como si fueran

del sexo opuesto, y mencionan que lo mismo se expresa en sus dibujos y juegos.

English, citado en Aberastury (op. cit. p. 176) menciona otro mecanismo, el de orinarse para buscar el castigo y humillación por fantasías y sentimientos de los que el niño se siente profundamente culpable y en lugar de recibir amor, desea ser castigado.

Por otra parte, Michaux (op. cit.) menciona que la enuresis se inicia en ciertos niños con ocasiones de choques morales, apareciendo como protesta.

Dentro de este enfoque se observa que existe gran diversidad de factores causales de la enuresis, esto se debe según Gerard, citado en Kanner (op. cit.) a que la enuresis no es un síntoma de etiología uniforme para todos los casos y que se presenta en diversas situaciones de conflictos afectivos, es por esta razón que distintos autores han encontrado como causas de la enuresis las más variadas explicaciones. Además, es importante mencionar el punto de vista de Shaw (op. cit.) quien dice que en la valoración psiquiátrica de un niño que sufre enuresis con frecuencia es muy obscura la relación de causa-efecto; es decir, cuando existen asociados a la enuresis otros

síntomas como la ansiedad o dependencia, usualmente se hace imposible determinar cual es la causa y cual es el efecto.

Por lo anterior, resulta difícil encontrar medidas preventivas para la enuresis ya que no existe un factor definido que produzca el síntoma sino una gama muy amplia de ellos; sin embargo algunos autores como Reca y Urquieta reportan las siguientes medidas generales de prevención:

Reca (op. cit.) plantea al respecto que la prevención está en manos del pediatra, el cual:

- Evitará en lo posible la enseñanza temprana e inadecuada del control vesical.

- Procurará que no exista sobrecarga de ansiedad en lo que atañe a esta función.

- Orientará la educación del niño de modo que se tomen en cuenta sus emociones y actividad en general.

- Tratará de que la disposición de su cama no sea fuente de experiencia y estimulación sexual.

Y Urquieta (op. cit.) por su parte, recomienda que:

- Se deberá promover una mayor relación afectiva entre padres e hijos.

- Se procurará disminuir el trauma afectivo en el niño ante situaciones ineludibles.

- Se deberá promover un entrenamiento de esfínteres adecuado.

- Recordar que muchas manifestaciones orgánicas tienen un trasfondo psicológico, y

- Realizar un diagnóstico oportuno y un estudio integral del niño y su familia.

Corriente Conductista

Yates (op. cit.) opina que "la enuresis representa una forma de deficiencia de hábito, es decir, una falta de desarrollo del control cortical". Crosby, citado en Yates (ibidem) sugiere que, en la mayor parte de los casos, en la enuresis existe un condicionamiento inadecuado más que una ausencia de condicionamiento. Es decir, que el niño

aprende a miccionar ante estímulos incorrectos, por lo que se habla de un "mal aprendizaje".

Este modelo conductual sugiere que una vejiga llena puede considerarse como un estímulo específico que, en el niño continente, ha adquirido propiedades discriminatorias. La repleción vesical da lugar a una respuesta inhibitoria que aplaza o pospone el vaciado de la vejiga hasta un lugar y tiempo apropiados (Ollendick, 1986).

Ross (1974) opina que las respuestas instrumentales de la secuencia Retener-Esperar-Buscar Baño-Orinar, ha sido probablemente estudiada y mantenida por consecuencias positivas, durante la adquisición en niños, estas consecuencias pueden tener incluida la atención materna y alabos por llegar a ser maduro y autosuficiente, si esas consecuencias se dieron, entonces el retirar esto a una respuesta madura establecería o mantendría un reforzamiento negativo de tensión, soltar y cambiarse por consecuencias positivas como un premio en la ejecución con lo que el niño pueda confiar en sí mismo, la predicción de madurez tendría la respuesta paterna de ser sometido a extinción.

Estudios del Factor Hereditario

El papel de lo genético en la enuresis también ha sido considerado, existen varios estudios que dan soporte a esta hipótesis, basándose en la elevada incidencia de niños enuréticos en las familias en que los dos padres fueron enuréticos, comparándolas con aquellas en que uno o ninguno de los padres lo habían sido, se encontró un 77% vs. 15% (Ollendick, 1986).

Hay también altos niveles de concordancia entre gemelos monocigóticos que con dicigóticos. Papalia (op. cit.) menciona algo similar, aunque no aporta porcentajes o datos de sus estudios.

Michaux (op. cit.) afirma que la enuresis es genética en el 75% de los casos y adquirida en el resto.

Rutter (1975) también menciona que el factor genético puede ser importante en algunos casos, debido a los estudios realizados con familia y gemelos.

Corriente Organicista

Algunos médicos buscan causas puramente orgánicas de la enuresis, estudios recientes como el de Crosby, citado en Yates (op. cit.), concluye que la enuresis "se debe a una entidad que surge de una actividad fisiológica y no es de origen anatómico, patológico ni psicológico".

Por otra parte, Stalker y Band (ibidem) opinan que la enuresis "es sólo una parte de un síndrome fisiológico mayor".

Ey (1987) considera a la enuresis dentro de los trastornos del desarrollo psicomotor (al igual que la tartamudez y los tics) y dice que son trastornos que aparecen en el niño, pero que pueden persistir en el adulto.

En 1989, Jarvelin examinó un grupo de 156 niños con enuresis y un grupo control de 170 niños que no lo eran, con edades comprendidas entre 7.4 y 7.5 años y revisó la historia del desarrollo perinatal y la administración de un test que detecta daño motor en cada uno de ellos. Encontró que los enuréticos tuvieron deficiencias en el

área motora fina y gruesa, así como disfunción perceptual, también que los sujetos que tuvieron menos tiempo de gestación presentaron alto riesgo de desarrollar enuresis diurna o diurna-nocturna tiempo después, por lo que se ha asociado la enuresis con un daño neurológico, así como con un retraso en la maduración del sistema nervioso central y del control de la vejiga.

Se ha asociado también la presencia de enuresis con trastornos del sueño. Algunos autores han descrito a la enuresis como un trastorno de la activación (Finley, 1971; Perimutter, 1976 y Ritvo, 1969), citados en Ollendick (op. cit.), pero estudios recientes no apoyan esta posición. Mikkelsen y col., 1980 (ibidem) fueron incapaces de encontrar una relación sistemática entre enuresis y fase de sueño, la suposición era que cuanto mayor es la "profundidad" del sueño del niño, más difícilmente puede despertar. Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, incluye a la enuresis nocturna también en la categoría de Disfunciones Asociadas al Sueño, la fase del Sueño o la Vigilia Parcial (Parasomnias) al igual que Uriarte (1991).

Para concluir con esta corriente, los términos del DSM-III subrayan la exclusión de etiología física

conocida, sin embargo en el DSM-III-R no se hace alusión a ello y sólo se mencionan los factores predisponentes de la enuresis, los cuales consisten en un retraso en el desarrollo de la musculatura que rodea y apoya a la vejiga urinaria, la incapacidad de la vejiga para adaptarse al contenido de orina sin cambios en la presión intravesical dando lugar a un bajo umbral de vaciado involuntario, el retraso o la falta de atención hacia el aprendizaje de los hábitos higiénicos y el estrés psicosocial, en especial la hospitalización entre las edades de dos a cuatro años, la entrada en la escuela y el nacimiento de un hermano.

Como se puede observar es vasta y variada la bibliografía que aborda la etiología de la enuresis y cada corriente dirige más enfáticamente su estudio hacia algún aspecto del ser humano. El presente estudio tomará un enfoque psicoanalítico, ya que al ser un síntoma de un conflicto, explora aspectos de la vida del sujeto, como sus emociones, sus pensamientos, su ambiente familiar, su historia, etc.; es decir aborda la enuresis de una manera más profunda y no se queda a un nivel ambientalista o meramente orgánico. Esto es aún más importante, cuando no existe en el paciente alguna causa física demostrable o cuando los medicamentos no han brindado beneficio alguno al enurético.

2.2 Tratamientos

Los tratamientos de la enuresis se hacen en base al enfoque que explica su etiología, por lo que serán descritos de la misma forma a continuación, es decir, por enfoques.

Corriente Psicoanalítica

Como se mencionó anteriormente esta corriente entiende a la enuresis como un síntoma de una patología mayor, la cual puede ser muy diferente en cada caso particular, por lo que los tratamientos también son variados, dependiendo de la etiología específica y la gravedad observada en cada caso. Reca (op. cit.) indica que debe diferenciarse bien la orientación, el enfoque y la marcha de la psicoterapia, ya que hay muy diversos procesos etiopatogénicos y dinámicas psíquicas. Cuando el problema es psicógeno o funcional, ella indica la psicoterapia como tratamiento de elección. Es necesario también dirigir el tratamiento hacia la familia, ya que la participación de las personas

que rodean al niño, su educación y en general el ambiente que rodea a éste determinan y mantienen el síntoma.

En algunos casos, opina Reca (op. cit.) basta con dar una orientación adecuada a los padres y un nuevo planteamiento de la vida del niño para obtener el cambio necesario.

Shaw (op. cit.) indica que lo más importante que se tiene que hacer es destruir el daño que seguramente se ha realizado por el manejo erróneo de la enuresis, ya que con frecuencia el niño es castigado de modo sádico y es expuesto a la humillación y burla extremas, se emplean "técnicas de corrección" por los padres con grados increíbles de indignidad y crueldad, tales como refregar la cara del niño contra las sábanas mojadas o darles grandes golpizas. Esto plantea al psicoterapeuta, el problema de los padres, que aún bien intencionados también ocasionan graves problemas, debido su propia resistencia o ignorancia, por ejemplo, meter al niño la idea de que la enuresis que sufre es el resultado de "riñones o vejiga débiles", lo que hace que el niño se sienta inferior, incapaz y rechazado tanto por sus padres como por sus compañeros.

Como se puede observar, la seña de trastornos que aparecen hacen necesario un tratamiento psicológico, en el que el niño no sea visto como el problema. Según Shaw (op. cit.) para atender al niño se deben atender también los sentimientos y preocupaciones de los padres sobre el problema, ya que uno de los fines principales de la terapéutica es el orientar a la familia a vivir con el niño enurético.

Ajuria Guerra (op. cit.) señala que la psicoterapia deberá tener objetivos esenciales, los cuales serán: Reducir el problema conflictivo, mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de orden afectivo. A veces bastará con una psicoterapia de apoyo o mediante sugerencias, en otras ocasiones habrá que actuar en profundidad mediante una psicoterapia psicoanalítica para descubrir la personalidad del niño y analizar conflictos profundos que tienen que ver con la relación con los padres, de los cuales la enuresis es expresión.

Olmos (1990) trabaja en el proceso psicoanalítico a través del insight con el niño enurético y por medio de éste ayuda al paciente a descubrir el significado de sus resistencias y mecanismos inconscientes, dicho insight incrementa su conciencia y modifica sus ideas de sí mismo.

Oudshoorn (1988) describe a la hipnosis como una alternativa en el tratamiento de la enuresis nocturna y menciona que este modelo de tratamiento puede utilizarse por diferentes escuelas de Psicología como adición a cualquier tipo de tratamiento y va a ser diferente para cada individuo. Este autor manifiesta que los sujetos muestran un desarrollo del control de sí mismos bajo hipnosis a través de la elaboración de representaciones de conflictos psicodinámicos, particularmente dentro del ambiente familiar.

Corriente Conductista

En esta corriente la enuresis es considerada como un problema ambiental, es decir como el resultante de un condicionamiento inadecuado, por lo que el tratamiento se enfoca más al uso de medidas simples, tales como dar incentivos al niño usando alabos y apoyo si se mantiene seco por la noche, así como el empleo de aparatos que modifiquen dicho condicionamiento.

Mowrer y Mowrer, citados en Sarafino (op. cit.) utilizaron los principios del aprendizaje y diseñaron un aparato denominado "alarma urinaria", consistente en una

hoja sensible al agua, conectada electricamente a un timbre que funciona con carga de baterías, la cual es colocada entre el colchón y la sábana; cuando esta lámina detecta una porción de orina, el timbre suena y despierta al niño. Los componentes de este procedimiento son la tensión de la vejiga (EC), el ruido del timbre (EI) y el despertarse (la RI, y finalmente la RC). Así, la tensión de la vejiga adquiere la propiedad de despertar al niño. Con base en el condicionamiento operante, se explica este hecho debido a que el ruido del timbre es aversivo y su funcionamiento se relaciona con la expulsión de orina y sirve de castigo al orinarse en la cama. Según Sarafino (op. cit.) el índice de éxito con este procedimiento es del 75%.

Las principales insuficiencias de la utilización de este sistema proceden de las fallas del aparato, ya que producen falsas alarmas, son insensibles a pequeñas cantidades de orina o dejan de sonar demasiado pronto (Ollendick, 1986).

Pero, pese a estas fallas este procedimiento es el más utilizado e investigado en el tratamiento de la enuresis nocturna, principalmente en Estados Unidos. Con respecto a este sistema Senn (1971) opina que se tiene la ventaja de

ser indoloro y por lo general no asusta, aunque subraya el hecho de no eliminar ninguna dificultad psicológica subyacente.

Kimmel y Kimmel, citados en Sarafino (op. cit. p. 361) utilizando el procedimiento de la expansión vesical, permitieron a tres niños que bebiesen líquidos sin límite durante el día y cuando el niño comunicaba su necesidad de orinar, se le ofrecía un premio para postergar su necesidad. Inicialmente la postergación duró cinco minutos, pero fué avanzando gradualmente y después de una semana de terapia, dejaron de orinarse en la cama.

Azrin y cols., citados en Ollendick (op. cit. p. 285) describen un programa multifacético que utiliza la aplicación de contingencias sociales como alternativa al condicionamiento con alarma urinaria, este programa ha sido denominado "Entrenamiento de la cama seca", incorpora práctica positiva, reforzamiento positivo, técnicas de control de retención, el despertar al niño de noche, técnicas de reforzamiento negativo y enseñanza de hábitos de aseo. Los estudios iniciales de Azrin y col. (ibidem) demostraron que este procedimiento era tan efectivo en niños normales como retrasados.

Por último, Cáceres (op. cit.) da una serie de reglas a seguir por los padres y especialistas, con respecto a lo que está permitido hacer y lo que no, estas son:

Que no hacer:

- Castigos
- Ser muy exigentes y muy permisivos
- Usar pañales
- Levantar al niño de noche
- Restricción de líquidos
- Utilizar hierbas o inhalaciones
- Medicación sin precaución

Que sí hacer:

- Aumentar la capacidad funcional de la vejiga
- Fortificar los esfínteres
- Aparatos anti-enuréticos
- Reforzamiento social
- Instrucciones a los padres

- Programa de economía de fichas

Pasos_a_seguir:

1. Excluir causas orgánicas
2. Observación previa (línea base)
3. Conversación franca
4. Reforzamiento social
5. Revisión del progreso.

Corriente_Organicista

Dentro de esta corriente encabezada por médicos, se hace uso principalmente de drogas o medicamentos. Según Ollendick (op. cit.) el grupo más utilizado es el de los antidepresivos tricíclicos, entre ellos el clorhidrato de imipramina (tofranil) considerado como muy efectivo y aunque no se sabe mucho sobre su mecanismo de acción, sus efectos se atribuyen a una mejora del humor, disminución de la profundidad del sueño, efecto anticolinérgico que relaja el músculo detrusor dilatando la capacidad vesical y hay un aumento del control involuntario sobre el esfínter uretral. Generalmente se prescribe una dosis de 25-75 mg. y se adapta a la edad y peso del niño, además se

administra durante la noche. Sin embargo, en más de un 95% de casos se informa la existencia de recaídas tras la supresión del medicamento y sólo se registra que logran una continencia total el 30% de los casos (Stewart, citado en Ollendick, 1986).

Uriarte (1988) al igual que Ollendick (op. cit.) menciona el buen efecto terapéutico obtenido con la imipramina, incluso ha realizado comparaciones de los efectos terapéuticos de la metescopolamina y la deimipramina con la imipramina y en ambos casos se observa un mayor beneficio con la imipramina. Se menciona también la utilización de otros antidepresivos como la protriptilina, nortriptilina y la amitriptilina, esta última recomendada durante la noche.

Sobre el tratamiento, este autor considera que debe ser integral, con el fin de obtener mayores resultados; esto es, combinar la administración de medicamentos (imipramina) con la psicoterapia.

Por otra parte, Flores (1990) recomienda no administrar fármacos hasta después de los ocho años y después de haber intentado por un periodo de seis meses el

entrenamiento vesical (el cual se describirá más adelante) sin resultado alguno.

También Ajuriaguerra (op. cit.) considera que los resultados del uso de ansiolíticos, principalmente la imipramina, son dudosos y aún se discuten.

En este tipo de tratamientos de la enuresis se han desarrollado algunas técnicas de control de la retención o expansión de la vejiga, basados en la suposición de que los niños enuréticos pueden tener una capacidad funcional menor que los no enuréticos (Ollendick, 1986), a estas técnicas se les conoce como "Entrenamiento del control vesical".

Por último, Ollendick (ibidem) considera que los niños de menor edad responden con mayor facilidad al tratamiento que los niños mayores, aunque no menciona edades.

Con respecto al pronóstico, en general se puede decir que es bueno, ya que en varios estudios se ha registrado una disminución de la frecuencia de enuresis conforme avanza la edad del niño, pero en realidad no se puede delimitar hasta qué punto se debe a un tratamiento determinado o hasta qué punto puede desaparecer sin ningún

tipo de intervención (como ocurre en muchos casos), lo cual plantea la interrogante de qué pasa en realidad con este problema en relación a los distintos tipos de tratamiento.

Pareciera más un problema del desarrollo del niño, el cual durante su presentación afecta al niño y su ambiente familiar, lo cual hace necesaria la intervención de un especialista; por lo que hay que atenderlo y brindar ayuda al paciente que se ve afectado de alguna o de otra forma, en lugar de permanecer ajenos a él esperando que por sí sólo desaparezca debido a que así lo marcan las estadísticas, ya que si bien es cierto que suele desaparecer por sí solo también sucede el que permanezca aún después de largos periodos de tratamiento de cualquier tipo.

CAPITULO 3. CARACTERISTICAS DEL NIÑO ENURETICO

El estudio de las características del niño enurético ha sido abordado de tres diferentes formas, todas ellas con la finalidad de conocer aspectos emocionales, cognitivos y sociales de estos niños, es decir, saber algo acerca de su personalidad total.

La primera forma de estudio es la que ha intentado establecer uno o varios perfiles psicológicos del enurético en términos de conductas muy generales, aquí el individuo es considerado como el único portador del problema. A continuación se presentan algunos de estos estudios.

Bissel, citado en Kanner (op. cit. p. 456) al intentar estudiar la personalidad de los niños enuréticos, los dividió en: muy activos, excitables, hiperensitivos y más bien precoces por un lado, y poco activos, adormecidos, distraídos y más bien retardados por el otro.

Behn (ibidem) distingue tres categorías de enuréticos: los degenerados, flemáticos y excitables. Pototzky

(ibidem) señala un grupo "neurótico", intelectualmente deficiente, dividido en cuatro tipos:

1. Niños rencorosos, sin inhibiciones que se orinan para molestar a sus padres.

2. Niños tímidos, inhibidos, que se orinan de disgusto y de miedo.

3. Niños inquietos, distraídos, tan desatentos que se olvidan de sus necesidades urinarias por falta de concentración.

4. Niños indiferentes a los que no les importa si se orinan o no se orinan.

Kanner (op. cit.) señala que los niños estudiados por él eran de una inmadurez general, y señala como rasgos de su personalidad los siguientes:

- | | |
|---|-----|
| - Llorones, quejumbrosos, taciturnos e inestables | 32% |
| - Inquietos, hiperactivos, agitados y excitables | 21% |
| - Desobedientes, desvergonzados y rencorosos | 14% |

- Hipertensivos, quisquillosos y autoconscientes	9%
- Tímidos, vergonzosos, esquivos, solitarios y habitualmente tranquilos	8%
- Agresivos, peleoneros y crueles	8%
- Distraídos, indiferentes y apáticos	5%
- Hiperconscientes y serios	3%

	100%

Como se puede observar las características de personalidad en los anteriores estudios cubren una gama muy extensa de conductas, lo que hace muy difícil trazar un perfil psicológico del enurético, por lo que se apoya la posición de Duché (op. cit.), Bakwin (1974) y Launay, citado en Albarrán (1979) quienes consideran que no hay una personalidad enurética sino enuréticos.

La segunda forma de estudio es en la que se han realizado observaciones directas de los enuréticos, así como aplicación de algunas pruebas psicológicas aunque sin tratar de buscar una personalidad definida de ellos, algunas de estas observaciones se presentan enseguida.

En un estudio realizado por Albarrán (op. cit.) se encontró que la mayoría de los niños señalados como

enuréticos eran considerados por sus padres como nerviosos.

Michaels y Goodman, (citados en Kanner, op. cit.) encontraron que la enuresis va frecuentemente unida a las costumbres de chuparse el pulgar y comerse las uñas, al habla defectuosa y a las explosiones de enojo.

Despert (ibidem) deduce de sus observaciones que "a los niños enuréticos les resulta difícil dar expresión exterior a sus impulsos agresivos".

Launay (citado en Duché, op. cit.) piensa que es fácil ver que un gran número de enuréticos son inestables, o se trata de sujetos que "están en la luna", con tendencias esquizoides, los cuales no tienen interés por la vida real y se refugian en una actividad desordenada, o bien en la ensoñación por lo que llega a la conclusión de que "el enurético es un sujeto que no está totalmente integrado a la sociedad".

Anderson (citado en Duché, op. cit.) deduce de sus propias observaciones que los factores emocionales son una de las principales causas de la enuresis y de su persistencia.

Dentro de esa misma perspectiva, Beverly (ibidem) describe al enurético como infantil y encuentra que tiene dificultad de crecer y adquirir responsabilidades; esos niños son tímidos, celosos y carecen de confianza en sí mismos, frecuentemente observan comportamientos infantiles, tales como succión del pulgar, caprichos y cóleras, onicofagia y habla propia de un niño de corta edad.

Breton y cols., citados en Duché (op. cit.) distinguen:

1. El enurético pasivo, el tipo más corriente: Es el niño que lo "deja correr todo", soñador, distraído, lento, haragán, pusilánime, perezoso, teme los golpes y es emotivo y ansioso.

2. El enurético que se opone a algo, casi siempre a un hermano. El conflicto es generalmente de índole familiar, la posición a menudo resulta más visible frente a la madre.

3. El enurético imitativo. Ocurre que la enuresis sobreviene cuando el niño averigua por inadvertencia de

los demás que su padre, su madre o una persona admirada han sido enuréticos, por lo que observa un aumento de atención sobre esta persona enurética. Además de la imitación intervienen la carencia educativa, la rebelión contra el régimen y la necesidad de atraer la atención.

En los pocos estudios apoyados en tests se observa que no aportan datos importantes aún; las conclusiones de Loosli-Usteri, citado en Duché (op. cit.) a propósito del Roscharch entre los enuréticos, establecen que estos son casi sin excepción del tipo introvertido. Sin embargo, de acuerdo con Mac Farlane y cols. (ibidem) no existe diferencia apreciable en las respuestas que dan al test de Roscharch los enuréticos y los niños de un grupo control.

Con respecto al coeficiente intelectual, Duché (op. cit.) concluye que contrariamente a lo que suele pensarse, no hay relación entre el nivel de inteligencia y la existencia de enuresis, ya que los niveles de los cocientes intelectuales de dos grupos de niños, uno enurético y el otro normal ofrecen una curva de Gauss similar. Este autor cita las conclusiones de varios estudios que versan sobre esa relación, estas son:

Addis y Ackerson, Lesné y Lievre: De un total de 61 enuréticos, 56 presentan un nivel mental normal.

Fayol: De 127 enuréticos tomados al azar, el 84% poseen un nivel intelectual normal.

En la encuesta de Katila llevada a cabo con 54 enuréticos, los resultados son los siguientes:

- 12 tienen un C.I. por encima de 110.
- 29 poseen un C.I. entre 90 y 109.
- 12 presentan un C.I. entre 70 y 89.
- 1 cuenta con un C.I. inferior a 70.

Mejía (op. cit.), quien realizó su estudio con población mexicana obtiene las siguientes conclusiones sobre las características de los niños enuréticos:

El C.I. no se ve afectado por el problema de la enuresis.

El nivel de maduración visomotora de los niños enuréticos está en términos adecuados, en relación a su edad cronológica.

Manejan fuertes impulsos agresivos, los cuales no son controlados ni canalizados de manera conveniente.

Presentan sentimientos de inadecuación y necesidad de dependencia.

Son muy susceptibles al manejo de temores (temor a perder el cariño de la madre, a ser castigado, abandonado, a la castración, etc.) lo que provoca un manejo excesivo de angustia y ansiedad.

La percepción que tienen del medio es agresivo, hostil y ambivalente lo cual los hace reaccionar de diversas formas manifestando temor, ansiedad, sometiendo o aislandose.

Reportan actitudes de hostilidad y enojo hacia los padres, de los cuales la madre es percibida como superyoica, agresiva, punitiva y que no satisface las necesidades orales. al padre lo perciben débil, alejado, agresivo y competitivo por el cariño de la madre.

Muestran en grado mínimo deseos de independencia y autoridad.

Tienen fuertes conflictos con las normas establecidas por los padres.

Presentan conflictos paternos por el afán de obtener el cariño de los padres.

Por último, la tercera forma de abordar el estudio de la personalidad del enurético es la que considera que más que formular un perfil psicológico se tienen que señalar las consecuencias que tiene para el niño la enuresis y como ésta va estableciendo un carácter delimitado en el niño que la padece.

Se considera que este aspecto constituye uno de los principales intereses para el psicólogo, ya que las alteraciones en la conducta del sujeto a causa de la enuresis si no son atendidas debidamente pueden dejar tras sí secuelas en la futura personalidad del individuo, tales como ser temeroso, retraído y sentirse sucio o incapaz de ser igual que los demás, por ejemplo.

Varios autores hablan de las consecuencias que la enuresis trae consigo, tales como Kanner (op. cit.) quien señala que hay niños que se quedan despiertos durante horas, con los nervios en tensión temiendo dormirse;

existe en ellos turbación, falta de confianza en sí mismos y temor a un "accidente" que pudiera ocurrirles durante el juego, lo cual conduce a muchos niños al aislamiento. También la falta de éxito en las medidas tomadas para "corregir la vejiga" suele crear en los niños una sensación de desesperanza similar a la que desarrollan los pacientes atacados de asma. En otros casos, la idea de una "vejiga débil" o "riñones débiles" convence a los niños de que están enfermos y les sugiere la noción de que son distintos de los demás.

En el caso de los que se orinan de día, existe el temor de que sus compañeros perciban el olor de la orina y lo comenten lo intranquiliza y perturba su atención en clase. También rechazan las invitaciones a pasar la noche en casa de parientes o amigos y envidian a otros niños que pueden ir de campamento.

Concluye Kanner (op. cit.) que el conjunto se presenta grávido de incertidumbres, sensibilidades, aprensiones y desventura general para el niño que padece de enuresis.

Albarrán (op. cit.) afirma que los temores en el niño enurético a orinarse durante el juego o en la cama donde duerme, traen tras sí una secuela de ansiedad neurótica e

inseguridades específicas que envuelven todo el temor infantil; también dice que toda conducta de tipo represivo sobre la enuresis del niño, provoca en éste sentimientos de culpabilidad, imperfección y genera en él fuertes complejos de inferioridad que le hacen sentirse distinto de los demás niños. Albarrán (ibidem) concluye que "el resultado de todo este proceso conduce necesariamente a una inmadurez afectiva".

Pacheco (1988) por su parte, trató de profundizar también en la personalidad del niño enurético, considerando que las reacciones emocionales que no pueden manejar ante situaciones conflictivas y rebasan las defensas yoicas, las canaliza a través del síntoma. Esta autora encontró más incidencia de depresión, retraimiento y angustia en enuréticos; también que estos niños son más impulsivos, dependientes, inestables, tensos, ansiosos y negativistas. Otro aspecto importante que detectó es que presentan dificultad en las relaciones interpersonales y en el control de impulsos agresivos.

En relación a las consecuencias producidas por la enuresis, Kanner (op. cit.) manifiesta que el conocerlas es un aspecto muy importante para implementar las medidas terapéuticas (al igual que las causas o motivos básicos

que la desencadenaron), dice también que los efectos dependen de las actitudes observadas por las personas que son importantes para los niños y castigarlos, regañarlos o avergonzarlos son recursos que crean o agravan los sentimientos de culpa e imperfección.

Es por ello importante el dirigir nuestra atención hacia este punto, ya que los padres y en general la familia del niño enurético poseen gran influencia en la preservación del síntoma, al igual que pueden verse afectados por éste; como en el próximo capítulo se señala.

CAPITULO 4. EL ENURETICO Y SU FAMILIA

El núcleo familiar reviste gran importancia en la vida de cualquier individuo, ya que en los años tempranos se comparte la vida casi exclusivamente con los miembros de este y se reconoce su gran influencia en la formación de la personalidad. Ackerman (1974, p. 35) afirma que "La familia es la unidad básica de desarrollo y de realización del individuo, pero también lo puede ser del fracaso, de la enfermedad y la salud". Es por ello necesario tomar en cuenta al núcleo familiar y no ver al individuo como el único portador del problema, es decir estudiar a la familia del enurético con todos sus miembros y observar las repercusiones que tiene cada uno de ellos en relación a un factor como la enuresis.

Ackerman (op. cit.) opina que casi siempre los estudios clínicos de un problema en general, se concentran sobre las manifestaciones de la enfermedad dentro del individuo, pero omiten la influencia de los factores ambientales, los cuales ejercen, en muchos casos, gran influencia sobre el individuo e incluso sobre la enfermedad y la mayoría de las veces son ignorados. El caso de la enuresis no es la excepción ya que realmente

son pocas y recientes las investigaciones que toman en cuenta al núcleo familiar, por lo que este estudio pretende abordar el problema desde un punto de vista en el que la familia constituye la línea de interés y de exploración, además "es imposible la evaluación diagnóstica y la terapia de las perturbaciones emocionales de un niño si se lo considera como un ser separado de su medio familiar. La unidad adecuada para cualquier estudio y tratamiento, es el niño considerado como parte de la familia, y la familia como parte del niño" (Ackerman, op. cit. p. 46).

Los papeles familiares de marido, mujer, padre y madre, padre e hijo y hermano son intrínsecamente interdependientes y recíprocos y cada miembro está obligado a integrarse a múltiples roles. Ackerman (op. cit. p. 45) afirma que "La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional y cada miembro influye en la conducta de todos los otros", es por ello necesario el observar la relación del niño con cada uno de sus miembros y de estos miembros entre sí.

Madrigal (1984) concluye que el problema de la enuresis es más frecuente en familias en las que existen o

existieron durante los años preescolares del niño tensiones sociales significativas. La misma autora trabajó con 10 pacientes de 5 a 15 años de edad y encontró relación entre la presencia de enuresis y un hecho significativo que dió pauta para el inicio del síntoma, también que en 9 de ellos la reacción hacia el enurético fué de agresividad de tipo tanto verbal como física, y añade "es evidente que en todos los casos la manifestación piloto es la angustia, presentada como enuresis, en estrecha relación con algún problema familiar y por la necesidad de afecto y apoyo emocional".

Moilanen y Rantakallio (1988) investigaron la prevalencia de desórdenes psiquiátricos y psicósomáticos en 12,058 niños y encontraron que los desórdenes más frecuentes en los sujetos, se presentaron en los cuales existía sólo uno de los padres y especialmente cuando el padre estaba ausente; con respecto a la enuresis se encontró que fué mas presentada en sujetos que habían experimentado el divorcio de los padres.

A los mismos resultados llegó Jarvelin (1990) el cual analizó la influencia de los factores cambiantes en la vida de niños enuréticos y encontró que el factor de

divorcio o separación de los padres incrementó el riesgo de enuresis, así como el incremento del estrés.

Resumiendo, se puede decir que en el seno familiar la enuresis por sí misma, modifica la dinámica establecida y afecta directa o indirectamente a cada uno de los miembros del hogar, como ejemplo se presenta el de las sábanas que amanecen sucias frecuentemente, este hecho trae consigo consecuencias tales como la molestia de la madre por tener que lavarlas, el olor desagradable que permanece en la recámara y molesta a los demás, el deterioro paulatino del colchón donde duerme el niño y que posteriormente constituirá un gasto el tener que cambiarlo, etc. Situaciones de este tipo, pueden ir trastornando el curso normal de vida y las relaciones familiares en general; por lo que como ya se había mencionado anteriormente, la enuresis no sólo afecta al niño sino a toda la familia.

Al igual que en la familia, en la escuela, se puede presentar que cuando los compañeros del niño descubren que huele mal, lo rechacen y además se burlen de él, si el profesor también se da cuenta y no le brinda comprensión lo puede castigar e incluso sacar del salón, lo cual hará sentir al niño muy desdichado e inseguro y su rendimiento

probablemente baje, debido a que la escuela es el primer contacto importante en la vida social del niño.

Por otra parte, se ha considerado que una atmósfera de optimismo y amor al tratar al niño enurético y la aceptación y apoyo que pueda brindar la familia pueden constituir un valor terapéutico importante. Urquieta (op. cit.) afirma que 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.

Al respecto Arsenian (citado en Porot, 1976 p. 18) afirma que un niño en un ambiente familiar, se siente seguro cuando tiene cerca de sí la presencia de un adulto familiar, de quien conoce el poder protector y el amor sólo puede representar su papel "asegurador" si el niño se siente aceptado en su familia.

Para concluir, Yates (op. cit.) afirma que la enuresis es un serio problema social, pero la indiferencia con la que lo ven los padres es diferente en los distintos estratos sociales; habla de que en los estratos de clase social más bajos, el orinarse en la cama continuamente

después de los tres años frecuentemente se tolera y a muchos de esos niños, simplemente nunca los llevan a una clínica infantil a tratamiento. En otros grupos sociales, el niño puede ser considerado como problema si se orina en la cama una vez cada semana después de los dos años de edad y posiblemente a esta temprana edad se busque ayuda.

También es determinante la actitud que los padres presenten hacia el problema, ya que de ello depende el que busquen ayuda para solucionar el problema o simplemente esperen a que desaparezca con el tiempo; además es importante mencionar que en el tratamiento de cualquier trastorno del niño es básica e indispensable la cooperación que aporten los padres.

CAPITULO 5. ACTITUDES PATERNAS E IMPORTANCIA DE SU PAPEL EN LA ENURESIS DE LOS HIJOS.

Las actitudes de los demás son muy importantes en la psicología y la psicopatología, ya que actúan sobre el niño desde antes de nacer. Según Kanner (op. cit.) las actitudes que influyen en los niños y que les hacen formar sus propias actitudes, pueden reunirse en:

- La actitud de los padres.

- La actitud de los maestros.

- La actitud de los médicos.

- Actitudes grupales.

El presente trabajo se centra en la actitud de los padres por ser el objeto de este estudio, además de que la relación del niño con ellos constituye un papel de primordial importancia en su vida (Reca, 1961), ya que incide directamente con su desarrollo evolutivo y en la formación de su personalidad.

Para Kanner (ibidem) "la fenomenología de las perturbaciones de la conducta y de las desviaciones de la personalidad pueden relacionarse directamente con causales derivadas de las actitudes que tienen los padres con respecto a sus hijos".

Según este autor, hubo un tiempo en que se criticaba este punto de vista, aduciéndose que solía observarse en una misma familia un niño con grandes problemas de conducta y a los otros bien adaptados; siendo criados por los mismos padres del niño difícil y sus hermanos normales; no podía culparse de dichas conductas a los padres, por lo que se suponía que el principal agente pernicioso residía en el mismo niño, o en las dificultades ajenas a la casa, a las que pudo haber estado expuesto el paciente y no sus hermanos.

La observación de que existen distintas tendencias en el desarrollo de la personalidad de los hermanos se relaciona con la observación de que los padres no tienen la misma actitud con sus hijos, ni pueden tenerla, ya que las actitudes de las personas no están estereotipadas ni son estadísticas (Kanner, 1972).

Ahora, es posible obtener conocimientos clínicos de la conducta de los niño (y adultos), basados en las actitudes de los padres. Es posible distinguir las actitudes saludables de las dañinas y observar orientaciones determinadas en las actitudes de los padres hacia sus hijos.

Ajuriaguerra (op. cit. p. 276) afirma "Mirado más generalmente, el comportamiento de los padres es motivo de una especial afectividad infantil, según sea aquél protector o a la inversa cruel y repelente".

Sin embargo, las actitudes de los padres son demasiado complejas, presentan manifestaciones demasiado variables ya que "dependen en gran medida de las proyecciones y las identificaciones de toda la vida y a veces no son suficientemente uniformes, debido a los diferentes grados de ambivalencia" (Ajuriaguerra, 1983).

Por fortuna, el hecho de que las actitudes no sean estáticas es una de las bases de la terapéutica en general; ya que se puede ayudar a los padres a expresar, reconocer y hasta modificar sus actitudes para beneficio de ellos mismos y sus hijos, sin embargo no hay que olvidar que "las actitudes de los padres pueden ser sanas

o malsanas pero curables, o decididamente perniciosas" (Kanner, 1972).

Lafore, citado en Kanner (op. cit.) hizo una investigación, tomando informaciones a domicilio en una observación sistemática de los padres con respecto a sus niños de edad preescolar y sus conclusiones fueron las siguientes:

Los padres que presentaron menos expresiones de afecto hacia sus hijos, eran los que recibían más expresiones de sus hijos.

Los padres que presentaron más casos de exigencias y trabas impuestas a sus hijos, eran los que recibían más expresiones de hostilidad de sus hijos.

Los padres que más ejemplos dieron de acusar, urgir, castigar, amenazar y estorbar a los niños tenían hijos que lloraban.

Los padres que presentaron muchos ejemplos de no hacer caso a sus hijos y apartarlos, estaban entre los que recibían muchas molestias y fastidio por parte de sus hijos.

Los padres que con más frecuencia ponían obstáculos a sus hijos estaban entre los que encontraban resistencia en sus hijos.

Las anteriores conclusiones indican como la conducta del niño en general, es un reflejo en alguna medida, de las distintas actitudes de los padres hacia ellos.

En el estudio de la enuresis en general ha sido poco abordado el papel que desempeñan los padres con respecto a este síntoma, pese a que se reconoce su importancia en el desarrollo evolutivo del niño; esto ha sido manifiesto en las pocas investigaciones dirigidas hacia este punto, además de haber sido realizadas en otros países. Sin embargo, estas pocas investigaciones proporcionan datos importantes que permiten el formarse una idea de la importancia que pueden representar en la enuresis del niño, así como de algunas de sus posibles consecuencias y formas de solución.

En relación a la enuresis, Reca (op. cit.) aportó una extensa gama de posibles factores causales provenientes de actitudes específicas de los padres (tratados en el capítulo 1), tales como; una actitud de rechazo, ansiedad

o crueldad de los padres y en especial de la madre, indiferencia o descuido en los hábitos de orina del niño y el temor del padre o la madre que han sido enuréticos de que el hijo pueda ser enurético como ellos.

Ajuria Guerra (op. cit.) manifiesta que el papel que tienen los padres en el origen de la enuresis se ha observado principalmente en dos formas: En el mal adiestramiento del control de esfínteres o en el plano del desarrollo afectivo en general.

Morgan y Young (1975) en su artículo "Case Histories and Shorter Communications" midieron la tolerancia materna a la enuresis y el "grado de fastidio" aunado a este desorden, a través de una escala semiestructurada de 20 ítems que ellos mismos crearon, y encontraron que en los hijos de madres con mayor "fastidio" o molestia hacia la enuresis se registró mayor grado de ansiedad. También que las madres menos preparadas y de niveles socioeconómicos bajos, llegaron a ser menos tolerantes al problema y regañar con mayor rabia al niño.

Estos autores consideran que las actitudes paternas pueden ser consideradas potencialmente relevantes para

emprender un tratamiento y lograr resultados terapéuticos exitosos.

Butler registra estudios dirigidos al niño enurético de 1985 a 1990, y en una de sus investigaciones estudió las explicaciones que las madres daban a la enuresis de sus hijos y encontró que perciben las causas de la enuresis como incontrolables, culpando al niño en pocas respuestas. Se presentó mucha intolerancia a la enuresis y se asoció a la percepción de factores causales que el niño podía controlar.

Senn (op. cit.) opina que "el grado de deterioro en el niño, sobre todo está en función del efecto del trastorno sobre la autoestima del individuo, del grado de ostracismo social y del enfado, el castigo y rechazo de los cuidadores".

Por otra parte, se ha observado con frecuencia el fenómeno de que los padres no asocian la presencia de enuresis con factores emocionales, es por ello que en lugar de brindar apoyo y seguridad al niño, propician que el problema se agrave aún más, ya que el niño con frecuencia recibe castigos, humillaciones,

ridiculizaciones y amenazas, lo cual aumenta su ansiedad (Kanner, 1972).

Este mismo autor, manifiesta también que es importante conocer las consecuencias producidas por la enuresis para adecuar las medidas terapéuticas y estas consecuencias o efectos que puede provocar la enuresis dependen de las personas que son importantes para los niños.

Se ha observado sin embargo un hecho muy frecuente en las anteriores investigaciones realizadas con padres, el cual consiste en que toman para la realización de los estudios únicamente a la madre y dejan de lado la participación tan importante que posee el padre, y se considera que la participación o ausencia de este miembro en la vida del niño tiene también muy grandes e importantes influencias.

Parke (1981) dice que el papel del padre es importante no sólo en lo relativo a los vínculos emocionales, sino que está plenamente relacionado también con el desarrollo social, cognitivo y lingüístico y sus consecuencias se prolongan a lo largo de todo el futuro, imprimiendo caracteres que moldean todo el proceso evolutivo. Por ello, es importante que no se ausente al padre de su

participación activa en todo lo que significa criar y educar a un niño.

Debido a lo anterior en el presente estudio se toma en cuenta la participación de ambos padres, además de observarse si existen diferencias de actitud hacia la enuresis de sus hijos entre ellos.

Las actitudes o conductas se encuentran determinadas por los pensamientos, creencias, sentimientos, tabús, opiniones y acciones específicas que giran en torno al problema (Summers, 1978). Debido a lo anterior se tomará un enfoque con orientación psicoanalítica, el cual aborda estos procesos, principalmente en la esfera emocional y a un nivel en que se toma en cuenta la influencia familiar y en esta investigación como ya ha sido mencionado, se pretende no ver al niño como un fenómeno aislado, ya que forma parte de una familia y ésta lo afecta directamente.

CAPITULO 6. M E T O D O

Al conocer la actitud que presentan los padres hacia el problema de su hijo, se tendrán más herramientas y datos para poder establecer un diagnóstico y tratamiento más minucioso, así como conocer con mayor acierto las causas y factores predisponentes de la enuresis y saber en qué sentido brindar una adecuada orientación a los padres con respecto al problema de sus hijos.

Debido a lo anterior, será tomada una muestra del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAme) del Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia (DIF), por ser una institución a la que acude un considerable número de población mexicana de todos los estratos socioeconómicos y que se dirige a la atención de niños preponderantemente, por ello basados en estudios de Michaux (1950), Reca (1961), Kanner (1972), Morgan y Young (1974), Parke (1981), Aberastury (1984), Butler (1986), Summers (1988) y Fenichel (1989), se plantea el problema de la siguiente forma:

¿Qué actitud presentan los padres hacia la enuresis de sus hijos, atendidos en el INSAme-DIF?

6.1 Diseño y Tipo de Estudio

Se utilizó un diseño denominado "Estudio de casos con un sólo intento" X - Y, a nivel ex post facto. El tipo de estudio fué descriptivo exploratorio, debido a que se han hecho muy pocas investigaciones al respecto.

Las variables dependiente e independiente son las siguientes:

Variable Independiente.- Enuresis secundaria y nocturna de los niños.

Definida como la emisión involuntaria y repetida de orina durante la noche después de que el niño anteriormente había logrado el control.

Variable Dependiente.- La actitud presentada por los padres hacia la enuresis, constituida por los pensamientos, sentimientos, creencias y acciones específicas en torno al problema.

Se entiende por actitud la definición proporcionada por Kerlinger (1987, p. 348): "la actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y

comportarse en cierta forma ante un referente u objeto cognoscitivo, es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales (6)".

En el presente trabajo de tipo descriptivo exploratorio, se intenta responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuales son las principales características de los niños enuréticos de la muestra (edad, sexo, edad de aparición del problema, frecuencia, antecedentes de enuresis y lugar que ocupa el niño en la familia)?

- ¿Cuales son las características de las muestras de padres y madres estudiadas (edad, ocupación, escolaridad, y nivel económico)?

- ¿A qué atribuyen los padres que se debe la enuresis de sus hijos?

- ¿Qué sentimientos presentan los padres hacia la enuresis de sus hijos?

(6) El referente es una categoría, una clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas.

- ¿Cuál es la reacción de los padres cuando su hijo moja la cama?

- ¿Cuál es la dinámica familiar del niño enurético?

- ¿Cómo es la historia del niño en relación al control de esfínteres?

- ¿Cuál es la percepción que tienen los padres del niño?

- ¿Existen diferencias de actitudes entre los padres y las madres?

6.2 Sujetos y Escenario

Se trabajó con 20 parejas de padres con hijos enuréticos secundarios nocturnos, de ambos sexos, de 5 a 10 años de edad. Estas parejas acudían por primera vez al Instituto Nacional de Salud Mental (INSaMe) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La aplicación del cuestionario se realizó en dos áreas del Instituto Nacional de Salud Mental del DIF: El área de Admisión, ubicada en el 3er. nivel, que cuenta con una adecuada ventilación e iluminación de tipo artificial, un

mobiliario consistente de una mesa de 1.00 x 5.00 mts. aproximadamente, en la cual se encuentra la Recepción y el cubículo No. 8 del 7o. nivel, que mide aproximadamente 3.24 x 6.20 m² y cuenta con ventanales de piso a techo lo cual permite que exista buena ventilación e iluminación; en él se encuentran dos escritorios, cuatro sillas, un archivero y un closet.

6.3 Procedimientos

6.3.1. Selección de la muestra. - Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional entre los padres que acudieron a solicitar atención al Instituto por primera vez en el Departamento de Admisión, tomando para el estudio los casos que manifestaban que sus hijos presentaban enuresis de tipo secundaria y nocturna.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Parejas de padres cuyo hijo haya sido reportado como enurético de tipo secundario y nocturno, de 5 a 10 años de edad.

- Que vivieran en el mismo hogar, sin importar su estado civil.

- Que residieran en el Distrito Federal.

Si algún padre no asistía a la cita por tres veces consecutivas se eliminaba de la muestra.

6.3.2. Elaboración del cuestionario. - Se elaboró con la finalidad de conocer la actitud que presentan los padres hacia el problema de sus hijos, así como para obtener datos generales de la familia, tales como: la edad de ambos padres, su ocupación, escolaridad, nivel económico, así como el estudio del familiograma para ubicar el lugar del niño enurético en la familia y por último, los antecedentes de enuresis tanto en familia materna como paterna. También se analizaron los siguientes datos del niño en torno a la enuresis: edad, sexo, edad de aparición del problema y el número de veces en que el niño se orina a la semana. Dichos datos generales, tanto del niño como de los padres se encuentran contenidos en la primera parte del instrumento (ver anexo 1). Cabe mencionar que el nivel económico de los padres se definió a través de la Tabla de Clasificación Familiar de Nivel Económico (Ver Anexo 2) del Departamento de Trabajo Social

del INSaMe-DIF. Este se obtiene en base al número de salarios mínimos que percibe la familia y se relaciona con el número de integrantes de la misma. De esta operación se obtienen las siguientes categorías clasificatorias: A1, A2, A3, A4 y B que corresponden a un nivel económico bajo, C, D y E a un nivel económico medio y F y P las cuales corresponden a un nivel alto.

El cuestionario de respuestas abiertas que constituye la segunda parte del instrumento (ver anexo 1), se elaboró en base a los componentes básicos de la actitud descritos por Summers (op. cit.) y Kerlinger (op. cit.): pensamientos, sentimientos, creencias, opiniones y acciones específicas que giran en torno a algo. De acuerdo a estos aspectos se organizaron 5 áreas, que también han sido identificadas en los estudios realizados por Reca, Aberastury, Fenichel, Kanner, Michaux, Butler, Morgan y Young sobre la enuresis, antes descritos. Dichas áreas son las siguientes: Etiología de la enuresis, Reacción de los padres, Alteraciones en la dinámica familiar, Educación esfínteriana y Percepción que tienen los padres del hijo.

Etiología de la Enuresis.-Esta área intenta explorar qué es lo que piensan los padres que originó la enuresis y a quién hacen responsables, así como si existen actitudes de rechazo, ansiedad o incomprensión por uno o ambos

padres y las creencias o tabús que presentan, es decir cómo entienden el problema.

El reactivo que corresponde a esta área es el No. 5 ¿Porqué cree que su hijo moje la cama? (ver anexo 1).

Reacción de los padres.-Se observan los sentimientos que presentan los padres hacia el niño a consecuencia de la enuresis, la tolerancia o intolerancia y castigos utilizados al respecto.

Los reactivos que forman esta área son el No. 6 ¿Qué siente Usted cuando su hijo moja la cama?, el No. 7 ¿Qué hace Usted cuando su hijo moja la cama? y el No. 9 ¿Qué han hecho para corregirlo? (ver anexo 1).

Alteraciones en la Dinámica Familiar.-Se observa la relación del niño con cada uno de los miembros de su familia (padre, madre y hermanos), así como la relación de esos miembros entre sí y las posibles alteraciones existentes, ya que la familia del niño puede determinar la presencia de enuresis o exacerbarla debido al grado de ansiedad existente. Así como si se ha mantenido en secreto el problema del niño en la familia o se ha divulgado con otras personas para ridiculizarlo o avergonzarlo.

Le corresponden los siguientes reactivos: No. 1 ¿Cómo es la relación del niño con Usted?, No. 2 ¿Cómo es la relación del niño con su padre (madre)?, No. 3 ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos?, No. 4 ¿Cómo es la relación entre Usted y su pareja? y No. 12 ¿Saben otras personas ajenas a la familia que el niño se orina en la cama? (ver anexo 1).

Educación___Esfinteriana.-Se investiga el tipo de entrenamiento utilizado por los padres y se escuchan todos sus comentarios al respecto, para observar como vivieron esta etapa desde su punto de vista y si la relacionan con la enuresis actual de su hijo.

El reactivo correspondiente a esta área es el No. 11 ¿Cómo entrenaron a su hijo para que aprendiera a ir al baño? (ver anexo 1).

Percepción que tienen los padres del niño.-Observa qué tan importante es para ellos lo que le está sucediendo al niño y lo que creen que piensa y siente, detecta también qué tanto conocen a su hijo y si les preocupa en realidad lo que le sucede.

Los reactivos que detectan estos aspectos son el No. 8 ¿Cómo reacciona el niño cuando se orina en la cama? y 10

¿Cómo cree que le afecte este problema a su hijo? (ver anexo 1).

6.3.3. Obtención de datos.- Una vez que se probó el cuestionario en un estudio piloto a 10 personas bajo los criterios de inclusión ya descritos y con la finalidad de observar si los padres entendían las preguntas con claridad, los datos se recolectaron a través del cuestionario semiestructurado de 12 ítems y datos generales antes descrito (ver anexo 1). El instrumento se aplicó a ambos padres a través de la técnica de "Informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas" descrito por Cook y Selltiz (citados en Summers, op. cit. p. 19) en la cual el investigador enfrenta directamente al individuo y le pregunta qué siente con respecto a una persona, cosa o suceso particular, o qué piensa de tal persona y lo que está dispuesto a hacer por ella. Esta técnica se lleva a cabo por medio de una entrevista cara a cara con el sujeto en la que el investigador hace preguntas y registra sus respuestas y se basa en la inferencia de que la relación entre expresión y actitud es directa, además que "la actitud concuerda con las implicaciones manifiestas de sentido común de la creencia o sentimientos declarados" (Cook y Selltiz, ibidem).

CAPITULO 7. RESULTADOS

7.1 Resultados y discusión

Los resultados de los datos generales sobre el niño enurético: edad, sexo, edad de aparición de la enuresis, frecuencia, antecedentes de enuresis en la familia y lugar que ocupa el niño entre sus hermanos (mediante la observación del familiograma); así como los de los padres: edad, ocupación, escolaridad y nivel económico (ver anexo 1) se obtuvieron a través del registro de la frecuencia de respuestas en cada reactivo, obteniéndose posteriormente los porcentajes equivalentes y de esta manera es como se presentan las gráficas.

La presencia de enuresis secundaria y nocturna en los niños y niñas de la muestra indican que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, con un 65% del total de la muestra, que en el sexo femenino, con un 35% (ver gráfica No. 1 en anexo 3). Lo cual apoya la frecuente diferencia encontrada por varios autores, tales como Valdéz, Urquieta, Flores y Hallgren, en el sentido de que los niños la presentan más que las niñas.

Con respecto a la presencia de enuresis en las diferentes edades se registró una mayor incidencia en la edad de 5-6 años, con un 60%, posteriormente se registra una disminución en la edad de 7-8 años, obteniéndose un 15%; por lo que se indica una clara baja en la presencia de enuresis conforme avanza la edad como lo marcan las estadísticas de Rutter, Papalia, Ollendick, Valdéz y Urquieta. Sin embargo, no se explica el hecho de que en la edad de 9-10 años se haya registrado un aumento del porcentaje, el cual fué de un 25% (ver gráfica No. 2 en anexo 4); en general el valor de la media se situó en 6.85.

Otro dato que se tomó en cuenta fué el del número aproximado de veces en que el niño amanece mojado en la semana, de lo cual se obtuvo que un 50% de la muestra lo hace de 1 a 3 veces, seguido de un 25% que se orina de 4 a 6 veces en la semana y le corresponde también un 25% a los que reportan orinarse diario (ver gráfica No. 3 en anexo 5). En general estos datos indican que en esta muestra resulta muy frecuente el hecho de que el niño moje la cama, ya que lo hace mínimo una vez por semana.

Asimismo, los padres mencionaron la edad de inicio del problema y de acuerdo a su reporte la edad de 3 años fue la más frecuente (con un 45%) como se muestra en la gráfica No.4 (ver anexo 6).

En base a la observación de los familiogramas, se detectó la presencia de enuresis con mayor frecuencia en el hermano menor, con un 40% y un 30% en el primogénito y en lugares intermedios, respectivamente (ver gráfica No. 5 en anexo 7). Estos resultados contradicen lo encontrado por Urquieta, quien reporta al segundo hijo como el que más frecuentemente presenta enuresis de tipo secundaria, lo cual se ignora a que se deba ya que en esta muestra se encontraron porcentajes muy similares en todos los lugares ocupados entre los hermanos.

En lo que se refiere a los antecedentes de enuresis en la familia se obtuvo un total de 13 casos (65%) con antecedentes de enuresis en algún familiar, siendo 6 de ellos casos en que ambos padres presentaron dichos antecedentes y 7 en que lo presentó sólo uno de ellos, (siendo 4 casos en que se trató del padre y 3 la madre); también se presentaron dos casos en que un hermano del niño enurético presentó este síntoma anteriormente (ver gráfica No. 6 en anexo 8). Como se puede observar, el

porcentaje de personas que reportan antecedentes de enuresis es alto (65%) y este hecho se relaciona con los resultados obtenidos por Ollendick, Michaux y Rutter, quienes consideran que el factor genético puede tener una clara relación con la enuresis; o bien que existe una actitud especial del progenitor que fué enurético hacia la función esfínteriana, la cual pudo estar cargada de ansiedad y producir la reacción de enuresis como menciona Reca.

El análisis de las muestras de padres y madres con respecto a la edad, se presenta en la gráfica No. 7 (ver anexo 9), en las cuales se observa que el 55% de la muestra total, en ambos casos se situó en la edad de 31 a 40 años, por lo que se trata de una muestra de padres jóvenes en general, la media obtenida para la edad de las madres se situó en 32.7 y de los padres en 35.1.

En lo que se refiere a la ocupación de los padres, se obtuvo que un 80% de las madres se dedican al hogar, mientras que la ocupación más frecuentemente desempeñada en el grupo de padres fué la de empleado con un 50% (ver gráfica No. 8 en el anexo 10).

En la gráfica No. 9 (ver anexo 11) se muestra el grado escolar de ambos grupos, en general se observa que éste es muy variable, tanto en el grupo de padres como en el de madres; sin embargo, resalta el hecho de que los padres presentan mayor grado de estudios que las madres.

Con respecto al nivel económico de la muestra general de padres (N=40), se obtuvo que un 40% de ésta pertenece a un nivel económico bajo, un 45% a un nivel medio y el 15% restante se encuentran en un nivel alto, estas cifras indican que los niveles medio y bajo fueron sin duda los más frecuentes, lo cual puede observarse en la gráfica No. 10 (ver anexo 12). Sin embargo no debe olvidarse que un 15% de los padres se ubican en un nivel económico alto, lo cual indica que la población de la muestra se encuentra un tanto dispersa en este aspecto, ya que se presentan personas de muy diferentes niveles económicos y ello se debe a que el Instituto abra sus puertas a cualquier persona que lo solicite.

Los resultados obtenidos del cuestionario de respuestas abiertas (ver anexo 1) se encuentran organizados en las 5 áreas de estudio sobre la actitud paterna, en las cuales se realizó un análisis de contenido de cada uno de los reactivos, en donde se tomaron en cuenta las primeras respuestas más frecuentes proporcionadas por ambos padres, así como las adicionales. Dichas respuestas se pueden observar en los cuadros de respuestas presentados en los anexos 13 al 24. Los resultados registrados en cada una de las áreas, son los siguientes:

AREA 1. ETIOLOGIA DE LA ENURESIS

Esta área explora las causas que piensan los padres que originaron el problema y a quién hacen responsables, también se observan sus creencias. Al respecto se encontró que las causas que las madres atribuyeron a la enuresis fueron variadas y la mayoría de ellas se relacionó con aspectos de tipo emocional (55%), de las cuales el 20% aceptan que el síntoma tiene relación con ellas, algunas de las respuestas de este tipo son: "Porque no le puse la atención debida", "Porque le pegaba de pequeño para que avisara" y "Por miedo a los golpes y regaños", entre otras. Se encontró también que sólo un 10% de las madres piensan que el niño se orina por flojera y el 25% restante

no tienen idea a que se deba. Estos resultados son similares a los encontrados por Buttler en un grupo de madres, quien encontró que perciben las causas de la enuresis como incontrolables, culpando al niño en pocas respuestas.

Se registran también como respuestas adicionales causas de tipo emocional y dos de ellas tienen la creencia de que el niño se orina porque "tiene frío en el estómago", lo cual habla de una concepción popular del padecimiento, es decir una idea que se encuentra influida por la cultura de estas personas (ver anexo 13).

En el grupo de los padres se registraron más respuestas en torno a que el problema puede ser controlado por el niño o la niña indistintamente (45%), tales como que es flojo, mañoso, toma mucha agua en la noche y lo hace para llamar la atención; es decir que de alguna manera el niño permanece enurético porque él así lo desea, se menciona también que puede ser una enfermedad hereditaria o que es normal porque ellos también la padecieron en un 10% de la muestra. En este grupo se observa una actitud general de incomprensión, lo cual puede repercutir en el maltrato al niño, como lo escribe Kanner: "Con frecuencia los padres no asocian la presencia

de enuresis con factores emocionales, es por ello que en lugar de brindar seguridad al niño, propician que el problema se agrave aún más".

A diferencia del grupo de las madres, los padres no relacionan la enuresis de su hijo con ellos, sólo un 5% lo hace pero culpando a la madre, diciendo que la causa de que el niño se orine es por "el miedo a su madre", también es muy bajo el porcentaje de padres que respondieron no saber a que se debía la enuresis de sus hijos (5%) y sólo un 25% lo asociaron a factores de tipo psicológico. En cambio este tipo de respuestas se registran en este grupo pero como respuestas adicionales, tales como miedo, ansiedad, inseguridad e inconformidad del niño (ver anexo 13).

AREA 2. REACCION DE LOS PADRES

En esta área se observan los sentimientos y acciones que presentan los padres hacia el niño a consecuencia de la enuresis, la tolerancia o intolerancia y castigos utilizados al respecto, de lo cual se obtuvo:

En cuanto a sentimientos

En el grupo de las madres el 60% manifestó sentir coraje o enojo ante la enuresis del niño, el 25% manifiesta sentimientos de preocupación, angustia, tristeza e impotencia, 10% de ellas mencionan no sentir nada ya, es decir que les afectaba antes pero actualmente ya no, quizá debido a que se han "acostumbrado" a vivir con el problema y ahora se muestran apáticas; por último sólo el 5% del grupo de las madres menciona no sentir absolutamente nada al respecto, lo cual únicamente manifiesta la negación de sentimientos.

Con respecto a las respuestas adicionales se dieron en el mismo sentido, es decir agregaron sentir también preocupación y desesperación únicamente (ver anexo 14).

En el grupo de los padres no fué tan marcada la reacción de enojo como con las madres, aunque el porcentaje es considerable también, un 30%, la segunda respuesta más frecuente en ellos fué el no sentir nada (30%), lo cual indica que niegan sus sentimientos más que las madres o muestran mayor grado de apatía al respecto. El 35% restante manifiesta sentimientos de preocupación, tristeza y confusión y un 5% manifiesta decepción porque

está fallando como padre, lo cual indica que se siente responsable directo de lo que le sucede al niño.

Como respuestas adicionales se mencionan respuestas evasivas al problema o negación de sentimientos nuevamente, tales como "Siento que no hay problema", "Al principio molestia" y "La que se enoja es ella" (ver anexo 14).

Las anteriores respuestas hablan de la intolerancia de ambos padres hacia la enuresis y del grado de fastidio y enojo que acompaña a este desorden, como lo expresan Morgan y Young. Además se observa que ambos padres se ven afectados por este hecho, lo cual confirma la aseveración de Ackerman: "La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un factor sutil de equilibrio e intercambio emocional y cada miembro influye en la conducta de todos los otros".

En cuanto a acciones

Las madres aceptaron emplear el regaño hacia el niño como primer acción en un 30%, el 25% mencionó emplear algún tipo de plática con el niño o preguntarle porqué lo hizo, el 20% reportan como primer acción la de asear la

cama o al niño y sólo un 5% acepta haberle dicho al niño que es un "cochino"; se da la negación de acciones en un 20% dentro del cual la mitad responden no hacer nada cuando el niño se orina y los demás no hacer nada ya, es decir aceptan que hacían algo antes pero ahora ya no.

Como respuestas adicionales se presentan muy variadas acciones pero la gran mayoría de ellas enfocadas a reprender al niño empleando regaños, golpes, amenazas y humillaciones.

El regaño fué la acción más presentada también en el grupo de los padres con un 50%, posteriormente el emplear un tipo de advertencia o instrucción dirigida a decirle al niño que no lo debe hacer con un 40%, un 5% se dirige a realizar alguna acción de limpieza como cambiar al niño o la cama y el 5% restante menciona haber hecho uso del pañal.

Como respuestas adicionales se registran acciones de tratar de establecer plática con el niño pero de forma unidireccional, es decir de padre a hijo únicamente sin escuchar lo que el niño pueda manifestar, se enfoca esta "plática" a decirle que no lo haga, que no hay problema o que no debe beber tanta agua; pero también se registra el

uso de la ofensa, la amenaza y la burla por parte de ellos, así como respuestas de "No le he pegado" (ver anexo 15).

Lo anterior habla de una actitud de rechazo, ansiedad y crueldad de ambos padres hacia el niño, lo cual puede engendrar trastornos serios en la maduración de su personalidad como mencionan Reca y Senn, quienes además señalan que con esto la ansiedad del niño se ve aumentada.

En cuanto a correcciones empleadas

El mayor porcentaje de respuestas en el grupo de las madres giró en torno a no haber hecho nada para corregir la enuresis del niño con un 25%, un 20% manifiesta haber platicado con él sin la obtención de mejorías, otro 20% mencionan haber asistido con algún médico e incluso que el niño estuvo bajo prescripción médica sin haber funcionado tampoco, se reportan también respuestas en torno al empleo de castigos o amenazas en un 20% tales como ponerlo a lavar sus sábanas, amenazarlo con acostarlo en el suelo o ignorarlo; sólo un 5% ha utilizado el empleo de la recompensa cuando el niño no se orina.

Como respuestas adicionales se registran en su mayoría castigos empleados que van desde suspender el líquido al niño en la noche hasta emplear los golpes, una persona reporta la utilización del pañal "para no tener más problemas" e incluso se reporta el empleo de remedios caseros para "quitarles el frío del estómago" untandoles iodeo o vaporub y poniendoles trapos calientes en el estómago (ver anexo 16).

También los padres reportan no haber hecho nada para corregir al niño (30%), un 30% menciona realizar acciones preventivas, tales como levantarlo en la noche para que vaya al baño y disminuir la cantidad de líquidos, un 10% de ellos aceptan la influencia que pueden tener con respecto al síntoma lo cual los ha hecho tratar de no regañarlo tanto y darle más atención, el 5% menciona utilizar la recompensa al igual que en el grupo de las madres, así como la utilización de pañal en otro 5%, por último se menciona la utilización de castigos sólo en un 5% y específicamente se trata de bañar al niño con agua fría.

En las respuestas adicionales los padres aceptan haber utilizado una serie de castigos, tales como prohibirles el agua y los dulces, poner al niño a lavar sus cobijas.

bañarlo con agua fría y amenazarlo principalmente, también se reportan acciones preventivas como las antes mencionadas (ver anexo 16). Estos resultados muestran que es cierto el hecho observado por Kanner, quien señala que los padres en lugar de brindar seguridad y apoyo al niño, éste recibe de ellos castigos, humillaciones y ridiculizaciones, lo cual acrecenta su ansiedad.

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR

Se observa la relación del niño con cada uno de sus padres y sus hermanos, así como la interacción de estos elementos entre sí, además explora si se ha mantenido en secreto el problema del niño en la familia o se ha divulgado con el fin de avergonzarlo o ridiculizarlo. Los resultados obtenidos son:

Relación Madre-Hijo

Las madres responden en un 30% que su relación con el niño es buena, que existe convivencia y mutuo entendimiento, el 20% responde que su relación es mala, ya

que pelean mucho y no logran ponerse de acuerdo, el 15% aceptan que regañan al niño y le pegan mucho y el 10% manifiesta que el niño no las obedece, lo cual habla de una relación con dificultades. También se reporta un 10% de madres que dicen que sobreprotegen al niño demasiado y un 10% en que se menciona que hay algo que no anda bien en su relación debido a que el niño es muy reservado o que se llevan muy bien pero en el área escolar no logra la madre tener un control sobre el niño. Resumiendo, se obtiene un 30% en que la relación de madre-hijo es considerada por ellas mismas como "satisfactoria" y un 70% en que se reporta como "mala".

Las respuestas adicionales se registraron en sentido positivo y negativo, las primeras giraron en torno a que hay más confianza con ellas en comparación con el padre y que sobreprotegen al niño, las negativas (la mayoría) en mencionar que ellas son las responsables de la mala relación con el niño ya que no le han puesto la atención suficiente o han sido muy "regañosas y gritonas" con él (ver anexo 17).

Los padres en este caso, respondieron como ven la relación de la madre con el hijo, la cual fué vista en un 45% como mejor en relación a ellos, incluso un 5% menciona

que el niño "la quiere más a ella que a mí", un 10% dicen que la relación del niño con su madre es igual que con ellos y por último un 40% hablan de una relación mala y distante.

Como respuestas adicionales los padres mencionan principalmente que el niño se acerca más a la madre y sólo en un caso menciona que el niño lo sigue más a él que a su madre (ver anexo 17).

Relación_Padre-Hijo

Un 75% de los padres hablan de que su relación con el niño es muy buena y cercana, el 5% de ellos especifica que esto se da con relación a su madre, el 25% restante manifiesta que la relación del niño con ellos es distante y difícil, de los cuales el 5% mencionan que el niño les tiene miedo.

La respuesta adicional más frecuente de los padres se centró en mencionar que les falta tiempo para convivir con su hijo debido al trabajo fuera de casa, pero que cuando se encuentran en ella procuran disfrutar al máximo a sus hijos, también se dan respuestas que indican que existe algún factor que produce que la relación no sea tan buena

como quisieran tales como que el niño es muy inquieto y desespera al padre o que la madre se pone celosa de su hija y bloquea la relación (ver anexo 18).

Las madres desde su punto de vista observan la relación del niño con el padre en un 60% como muy buena, de las cuales el 50% aceptan que es mejor la relación del niño con su padre en relación a ella, el 10% menciona que la relación es exactamente igual y el 25% se refieren a una relación un poco más tirante o mala debido a que el padre es más "regañón" y le pega más al niño, las madres manifiestan la idea de que el padre por no estar en casa casi no ve a sus hijos lo cual se relaciona con lo mismo que los padres reportan.

Sin embargo como segundas respuestas las madres en su mayoría mencionan que el fin de semana el padre procura convivir más con sus hijos, por lo que es más flexible que ellas, sin embargo también hay madres que reportan que el padre es alejado, agresivo y que no le da mucho cariño al niño o bien que ambos no lo entienden (ver anexo 18).

Relación entre hermanos

El 80% de las madres reportan una relación entre los hermanos mala y ubican al niño enurético como el más agresivo o el que inicia las riñas, ya sea con un hermano en particular o con todos; el 10% se reporta en una relación alejada del niño con sus hermanos, debido a que éstos son más grandes que él y el restante 5% menciona que los hermanos cuidan mucho del niño enurético. En este caso se dieron únicamente dos respuestas adicionales, las cuales fueron: el mencionar que el niño es muy envidioso y lo quiere todo para él y aclarar que en realidad no se pelean tanto (ver anexo 19).

Desde el punto de vista de los padres el 50% observan una mala relación entre hermanos, de los cuales el 70% manifiestan que el niño enurético inicia las riñas y es el más agresivo al igual que las madres, un 20% manifiesta que sus hijos juegan mucho entre sí y el 10% restante hablan de que la relación entre hermanos es buena pero con sólo uno de ellos. Como respuestas adicionales se reporta que el niño es muy inquieto, que siente que prefieren a su hermano y quizá por ello lo rechace, también se reportó la

respuesta de que consideran normal que los niños se peleen, aunque en un sólo caso (ver anexo 19).

Relación de pareja

El grupo de las madres en un 85% respondió llevar una relación de muy buena a regular con su pareja, aceptando que existen diferencias y algunas dificultades de vez en cuando, el 15% manifiestan llevar una relación muy mala con su esposo en la que se dan muchas riñas.

Con respecto a las respuestas adicionales proporcionadas por las madres se observa con mayor frecuencia la de manifestar que han llegado a discutir o pelear delante de los niños (quizá saben que no es lo correcto), y las otras se dirigen a especificar porqué su relación es mala o evidenciando a su pareja como culpandola, diciendo que es muy celoso, que antes era alcohólico y que es una persona muy voluble, sólo dos casos amplían su primer respuesta en el sentido de llevar una buena relación, y manifiestan que siempre se han tenido confianza y que juegan mucho (ver anexo 20).

El 60% de los padres menciona que existe una buena relación entre ellos y su pareja, aceptando también que existen algunas diferencias, el 30% reporta una mala relación ya que no se comprenden mutuamente, un 5% habla de una relación de tipo "formal", la cual no se especifica y el 5% restante dice que están luchando constantemente por mantener la unidad familiar, lo cual se entiende que para ellos no es fácil.

Al igual que las madres, ellos también mencionan como principal respuesta adicional que aceptan haber discutido delante de los niños, las demás respuestas se centran en ahondar más sobre una mala relación, aceptando en varias respuestas su participación en ello (ver anexo 20).

Al observar las relaciones de los integrantes de la familia se detecta que existen conflictos presentados en todas ellas, lo cual confirma el punto de vista de Ackerman, quien señala que todos los papeles y roles familiares son intrínsecamente interdependientes y recíprocos, por lo que si un miembro del núcleo familiar no funciona bien éste afecta a los demás directamente y esto produce tensión y ansiedad en toda la familia. Estas circunstancias familiares con angustias de toda índole a

su vez pueden engendrar en el niño un estado de desintegración, como afirma Reca.

Información Extra-Familiar

El 30% de las madres mantiene en secreto el hecho de que el niño se orina en la cama, mientras que el 70% restante manifiestan que alguna o varias personas ajenas a la familia lo saben, sin embargo en las respuestas adicionales varias madres aclaran que dichas personas lo saben debido a que viven cerca de ellos o porque han ido de visita y se han percatado de ello, en un caso se menciona que el niño se siente mal de que la gente lo sepa (ver anexo 21).

El 35% de los padres indican que nadie más lo sabe, pero el 65% reportan que conocen este hecho una o varias personas ajenas a la familia, desde un amiguito hasta toda la familia y únicamente el 5% responde no saberlo. En cuatro casos se especifica como repuesta adicional que los parientes saben porque viven cerca, también se menciona que le han dicho "cochino" al niño "en broma" algunas de estas personas (ver anexo 21). Esta situación indica que muchos de los padres ignoran la influencia que puede tener

en el niño el hecho de que se conozca su padecimiento en el medio que lo rodea, lo cual significa que el niño muy probablemente ha sido ridiculizado por este hecho ante personas que no tendrían porque saberlo y quienes en consecuencia puedan manifestar cierto rechazo hacia él o tomarlo como objeto de burla. Es por ello muy importante subrayar que los factores ambientales pueden ejercer una gran influencia sobre el individuo e incluso sobre la enfermedad, como menciona Ackerman.

AREA 4. ENTRENAMIENTO DEL CONTROL DE ESFINTERES

Se observa el tipo de entrenamiento utilizado por los padres y en general cómo vivieron esta etapa desde su punto de vista y si la relacionan con la enuresis actual de su hijo, de lo cual se observó que un alto porcentaje de madres (45%) respondieron haber enseñado a su hijo el control de esfínteres sentándolo en una bacínica en las horas en que éste acostumbraba evacuar, además de enseñar al niño a expresar su deseo; el 20% utilizó el baño directamente para enseñar a su hijo, (la mayoría de las madres manifestaron haber realizado ellas mismas el entrenamiento); un 10% manifiesta que el niño aprendió por imitación y sin necesidad de enseñarlo, es decir solo, por

último el 20% indica que el niño fué enseñado en la guardería.

Se reportan como respuestas adicionales dos casos que indican que existieron problemas en esta etapa, los cuales hablan de que se emplearon golpes y regaños para lograr el entrenamiento, en un caso por parte de la madre y en otro por una tía; esto incluso puede tener relación con la presencia actual de enuresis, ya que la educación prematura por métodos coercitivos produce casi siempre resultados desfavorables, uno de los cuales puede ser la enuresis como afirma Reca. Se presenta también un caso en el que el niño le tenía miedo a la bacinica. Algunas madres hablaron de la edad en que se logró el control, obteniéndose que 2 casos lo lograron a los 18 meses, 2 a los 30 meses y uno a la edad de 36 meses (ver anexo 22).

Los padres presentan respuestas más variadas al respecto, dentro de las cuales un 20% mencionan haber colocado al niño en la bacinica a cierta hora, al igual que las madres, el 10% indican que se dió por imitación, un 10% reportan que la guardería se encargó de esto y un 30% reportan no saber que método se empleó, lo cual puede indicar que no estuvieron presentes o no tuvieron interés al respecto. Esta indiferencia, pasividad o descuido

también puede tener graves consecuencias y verse afectado el proceso de maduración en el niño como sostiene Reca. Por último se registra un 5% que menciona haber empleado el regaño y que el niño a base de éste logró avisar finalmente. Como respuestas adicionales se reportan principalmente las que dicen que la madre se encargó del entrenamiento (ver anexo 22).

AREA 5. PERCEPCION QUE TIENEN LOS PADRES DEL NIÑO

Observa qué tan importante es para los padres lo que le está sucediendo al niño y lo que creen que él piensa y siente, detecta también qué tanto conocen a su hijo y si realmente les preocupa lo que le sucede. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Reacción del niño de acuerdo a los padres

El 75% de las madres notan en el niño una mala reacción cuando se orinan, tales como responder con miedo, angustia, pena, enojo, ponerse a llorar, quedarse callados e intentar ocultar que se orinaron; lo cual habla de que las madres perciben en su hijo alguna consecuencia o

malestar causado por la enuresis; un 20% reportan que el niño lo toma como cosa normal y un 5% mencionan que al niño le causa gracia, ya que comienza a reír (lo cual puede tratarse de angustia, aunque la madre no lo toma así).

La respuesta adicional más frecuentemente reportada es en la que la madre menciona que el niño manifiesta que no siente, también se menciona que le da pena y se siente mal, además que cuando el niño no se llega a orinar le da gusto (ver anexo 23).

Los padres en un 70% notan en el niño una reacción de miedo, pena y culpa, el 20% hablan de que la reacción del niño cuando se orina es tratar de ocultarlo de alguna manera, cambiandose rápido o poniendo una toalla en la cama por ejemplo; un 5% reporta que el niño no tiene ninguna reacción especial ya que para él es algo normal y el último 5%, al igual que las madres reporta que al niño le da risa. La mayoría de las respuestas adicionales están enfocadas hacia el malestar del niño, entre otras se tienen: "se queda callado esperando el regaño", "no se quiere levantar", "dice que no lo volverá a hacer" y "llora cuando se le amenaza con decirle a sus amigos" (ver anexo 23).

Todas estas respuestas hablan en general de las consecuencias que la enuresis trae consigo, lo cual coincide con el punto de vista de Kanner, quien expresa que "el conjunto se presenta grávido de incertidumbres, sensibilidades, aprensiones y desventura general para el niño que padece enuresis" y si a esto se agrega el hecho de que las personas que son importantes para él emplean castigos, regaños o los avergüenzan se agravan los sentimientos de culpa e imperfección.

Cómo piensan que se ve afectado el niño

El grupo de madres en un 50% respondió no saber en qué sentido podía afectarle este problema al niño, un 45% piensan que si le afecta principalmente en el aspecto social por la burla y rechazo de los demás lo cual produce que se avergüence, el restante 5% piensan que el niño se verá afectado más adelante, cuando sea mayor y siga con esta problemática.

En las respuestas adicionales las madres hablan de que la burla les afecta ya que se ponen a llorar cuando esto ocurre, así como de la angustia del niño al manifestar que

no es bebé por el hecho de orinarse ya que él no lo puede controlar o bien rezando antes de acostarse para que "no le gane" (ver anexo 24).

Los padres respondieron en un 20% no saber cómo le podía afectar la enuresis al niño, sin embargo el 70% de ellos mencionan que el niño se ve afectado en diferentes formas, tales como el miedo por saber que lo van a golpear o a regañar, sentirse culpable, señalado por la familia, por la vergüenza, por el rechazo que sufre de los demás, etc. Sólo un 5% reporta que no han notado que el niño se vea afectado.

En las respuestas adicionales los padres confirman o amplían el malestar del niño al mencionar que se refugia en ellos, le da pena cuando le ponen a alguien como ejemplo y que finalmente él ya se acepta como "muy cochino" (ver anexo 24).

En general, se observa que algunas madres no saben expresar cómo se ve afectado el niño, lo cual puede manifestar su desinterés en este aspecto ya que no han observado al niño de cerca; los padres por otra parte, notan un efecto negativo en el niño, pero su actitud hacia él no cambia ya que siguen empleando los castigos, regaños

y humillaciones. Es importante conocer por ello las actitudes de ambos padres, ya que como afirman Morgan y Young en el tratamiento de cualquier trastorno del niño es básica e indispensable la cooperación que puedan aportar, la cual dependerá en gran medida de su actitud general hacia el problema.

7.2 Conclusiones Generales

Con la información obtenida en el presente trabajo es posible hacer las siguientes conclusiones que serán válidas únicamente para la población que fué considerada en este estudio descriptivo exploratorio:

El análisis de contenido en el cuestionario de respuestas abiertas reveló para las distintas áreas:

Que las causas que los padres consideran que producen la enuresis no son las mismas en el grupo de madres que en el de padres, debido a que las primeras consideran que la enuresis se debe a factores que el niño no puede controlar y la relacionan con aspectos principalmente de tipo emocional, tendiendo a reconocerse en varios casos como responsables directas del problema; mientras que los padres tendieron a culpar más al niño, argumentando que

en sus manos está el controlar dicho problema, ya que lo hace sólo por flojo, mañoso o porque toma mucha agua.

Con respecto a los sentimientos que produce en ellos la enuresis, se encuentra que las madres por un lado, tienden a enojarse más que los padres; y los padres niegan sus sentimientos diciendo simplemente que "no sienten nada". Como sentimientos reportados en segundo lugar se encuentran principalmente la preocupación, angustia, tristeza e impotencia en ambos, lo cual indica que se ven afectados de manera directa por lo que le sucede al niño, al igual que se ve modificada también la dinámica familiar.

Se observa también que tanto padres como madres realizan como primer acción la de regañar al niño, siendo más frecuente este hecho en el grupo de padres (lo cual muestra una contradicción en ellos, ya que dicen que no sienten nada y sin embargo si regañan al niño). Las madres reportan desesperanza debido a que han intentado varias alternativas sin obtener mejoras, por lo que expresan "ya no hacer nada".

En lo que se refiere a correcciones empleadas, ambos grupos reportan más frecuentemente el no haber hecho nada

al respecto, sin embargo mencionan haber empleado desde el diálogo, el regaño y los golpes hasta haberle administrado medicamento al niño sin obtener mejoría, como segundas respuestas, quizá esto tenga relación con el hecho de que el problema en estos casos sea causado por factores psicológicos y no de tipo físico, o bien a que no se ha indicado el medicamento adecuado y a que los padres han intentado todo menos brindar apoyo y comprensión al niño, por lo que su ansiedad aumenta y el problema se agrava o simplemente persiste.

Con respecto a la dinámica familiar se observó en general que no es muy buena, debido a que la relación entre hermanos es descrita por ambos padres como mala y agresiva, reportando al niño enurético como el iniciador de las riñas. La relación de pareja se reporta como "buena" en ambos grupos, aunque destacan el hecho de haber discutido o peleado delante de los niños, lo cual indica que no es tan buena como dicen, ya que están aceptando al mismo tiempo que discuten y pelean. Las madres hablan de que su relación con el niño es buena en un 30% y mala en un 20%, por lo que no existe un consenso en este caso ya que se presentan ambas direcciones en la relación y en la negativa las madres aceptan emplear el regaño y los golpes con el niño. Los padres por otro lado, hablan de una

relación con su hijo "muy buena", pero mencionan también que casi nunca están en casa y por ello conviven poco con el niño. Se presentó también un hecho difícil de explicar, el cual es que tanto padres como madres reconocen una mejor relación del niño con el padre opuesto.

Con respecto a la información extrafamiliar de que el niño se orina en la cama se observó que ambos grupos de padres no mantienen en secreto este hecho, ya que lo han divulgado a otras personas, realizando en ocasiones burlas y ridiculizaciones, aceptando además que el niño se siente mal por ello.

En cuanto a la historia del control de esfínteres se observa que las madres presentan mayor conocimiento al respecto y aportan más datos en sus respuestas que los padres, quizá por el hecho de que ellas mismas llevaron a cabo el entrenamiento, aunado a que el padre por lo regular se encuentra ausente. En esta área se considera que deben hacerse preguntas más concretas, ya que es poco lo que los padres aportan al respecto por ellos mismos, por lo que no se pueden presentar conclusiones definidas en cuanto a la historia del control de esfínteres llevada a cabo en la muestra.

La percepción que tienen los padres del niño en ambos grupos, es que el hecho de orinarse produce en él una reacción negativa, ya sea de miedo, pena o culpa, la cual lo afecta. Los padres piensan que el niño se ve afectado principalmente porque sufre del rechazo de los demás y se muestra temeroso y se siente culpable. Lo anterior confirma el hecho de que el niño que padece enuresis, como consecuencia de ésta, presenta modificaciones en su personalidad como lo explican Albarrán, Kanner y Pacheco. Las madres por otra parte, responden en gran proporción no saber en qué le afecta este problema al niño.

En general se observó que los pensamientos, sentimientos, creencias y acciones de los padres hacia la enuresis de sus hijos se encuentran influenciadas por la ignorancia e incomprensión del síntoma, así como por su propia ansiedad y la crueldad dirigida hacia el niño, aunado todo esto con las alteraciones familiares a que está expuesto, lo cual muy probablemente agrave el problema del niño tal como lo mencionaron Michaux, Reca, Kanner, Morgan y Young, Senn, Aberastury, Butler y Ackerman. Así como también se confirma el hecho mencionado por Gerard, citado en Kanner (op. cit.) de que es muy difícil encontrar algún factor definido que produzca el síntoma, ya que se presentan una gama muy amplia de ellos

y en general no se obtuvo un patrón definido de respuestas debido a que fueron abiertas.

Como punto de controversia, se observa que el proceso de medición de las actitudes resulta bastante complejo, debido a que éstas no pueden observarse directamente y su estudio se basa únicamente en inferencias; el realizar un cuestionario de respuestas abiertas es sólo una forma de aproximación a dicha medición, la cual como todas las demás posee sus inconvenientes, en este caso se está expuesto al error debido a que el sujeto puede presentar cierto cuadro de sí mismo para impresionar al entrevistador e interferir o contaminar las respuestas de alguna forma. Sin embargo, se utilizó dicho procedimiento debido a que la muestra se compuso de sujetos muy dispersos, además de que la elaboración de un instrumento necesita tener bases sólidas y con respecto al tema abordado aún no se tienen; por lo que el presente trabajo puede considerarse como un primer paso hacia el estudio de este tópico y servir de soporte para la creación de un instrumento estructurado que intente medir de manera más objetiva la actitud paterna hacia la enuresis de los hijos.

Es importante mencionar un hecho muy frecuente en la población que se entrevistó en el INSaMe-DIF, este es, que la mayoría de los pacientes llevan a consulta al niño por otras causas diferentes a la enuresis, ya que principalmente asisten a pedir ayuda porque el niño presenta problemas en la escuela, lo cual puede deberse a que en los padres no cabe la idea de que es un problema que requiera atención profesional, a pesar de que no lo ven normal y les afecta, causandoles molestia principalmente.

Relacionado a lo anterior, se observó que la enuresis es un trastorno que se presenta con mucha frecuencia en los niños, ya que durante el transcurso de captación de pacientes en el Departamento de Admisión (aproximadamente 5 meses) se registraron en total 51 casos de enuresis en general, de los cuales se excluyeron y eliminaron 31 casos del estudio.

En cuanto a las limitaciones hay que considerar que por el tipo de muestreo con que se realizó el presente trabajo, no es posible generalizar los resultados a cualquier otra población de padres.

Otra limitante importante fué la falta de investigación realizada al respecto, principalmente en México, ya que existen algunos estudios como los de Butler, pero se han realizado en los Estados Unidos.

Se trabajó indistintamente con casos de enuresis tanto funcional como posiblemente orgánica, debido a que la realización de análisis y estudios para descartar causas físicas no estuvo al alcance, ya que éstos podían solicitarse únicamente por los médicos del instituto.

La aplicación del cuestionario a padres y madres en distintos lugares constituye sin duda una variable que pudo interferir de alguna manera en los resultados, pero resultó imposible realizarlo en el mismo lugar, debido a que se trató de no bloquear o interferir el curso normal de las actividades del Instituto.

En el reactivo No. 4 ¿Cómo es la relación entre Usted y su pareja? algunas madres reportaron varios casos de alcoholismo de su pareja, se considera que este aspecto debió haberse preguntado de forma directa, ya que es muy probable que el número de familias con este problema sea mayor que el registrado (debido a que estos últimos "simplemente lo manifestaron").

Es importante mencionar que la muestra no pudo ser más grande, debido a que los padres presentaron mucho ausentismo a las citas, por lo que se tuvieron que eliminar del estudio 13 casos por esta causa.

En relación a las sugerencias, se propone en primer lugar la realización de instrumentos psicológicos dirigidos a las actitudes paternas, los cuales permitan organizar mejor la información obtenida, así como el realizar estudios dirigidos a conocer las actitudes paternas en otras patologías y en distintas poblaciones.

Sería interesante también el observar las actitudes de los niños enuréticos en relación con las de los padres, además de utilizar una muestra representativa para poder generalizar los resultados.

En general, se sugiere que se dirija la atención del Psicólogo mexicano hacia el problema tan común de la enuresis y sin embargo tan poco estudiado hasta hoy en día, aún incluso dentro de la formación profesional.

Se considera de gran importancia la intervención del psicólogo a nivel preventivo, ya que su trabajo evitaría

este síntoma y muchos otros mediante pláticas informativas dirigidas a padres de niños en edad preescolar sobre la formación de la personalidad del niño, así como de los principales problemas que enfrentan los padres, los cuales al no tener una orientación adecuada pueden perjudicar gravemente al niño sin desearlo, como lo es sin duda alguna el caso de la enuresis.

Finalmente y con el objetivo de que los padres reflexionen sobre la importancia que ejercen sobre el niño enurético a través de sus actitudes, se propone la elaboración de un folleto ilustrado dirigido a ellos con un lenguaje claro y popular, en el cual se contengan los puntos más importantes del trastorno y se brinden algunas recomendaciones principalmente encaminadas al manejo del niño enurético. Dicho folleto podría proporcionarse en el INSaMe-DIF e incluso en las escuelas primarias y jardines de niños, ya que una gran cantidad de población presenta esta problemática y sin embargo nunca acuden a ningún instituto o centro de salud a pedir ayuda por esta causa.

A N E X O S

ANEXO 1

DATOS GENERALES

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

TIPO DE ENURESIS: P - S

D - N

EDAD DE APARICION:

FRECUENCIA:

ANTECEDENTES DE ENURESIS EN LA FAMILIA:

FAMILIOGRAMA:

SITUACION FAMILIAR:

NOMBRE DE LA MADRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

ESCOLARIDAD:

NOMBRE DEL PADRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

ESCOLARIDAD:

INGRESO MENSUAL:

CLASIFICACION:

QUESTIONARIO PADRES

1. ¿Cómo es la relación del niño con Usted?
2. ¿Cómo es la relación del niño con su padre (madre)?
3. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos?
4. ¿Cómo es la relación entre Usted y su pareja?
5. ¿Porqué cree que su hijo moje la cama?
6. ¿Qué siente Usted cuando su hijo moja la cama?
7. ¿Qué hace Usted cuando su hijo moja la cama?
8. ¿Cómo reacciona el niño cuando se orina en la cama?
9. ¿Qué han hecho para corregirlo?
10. ¿Cómo cree que le afecte este problema a su hijo?
11. ¿Cómo entrenaron a su hijo para que aprendiera a ir al baño?
12. ¿Saben otras personas ajenas a la familia que el niño se orina en la cama?

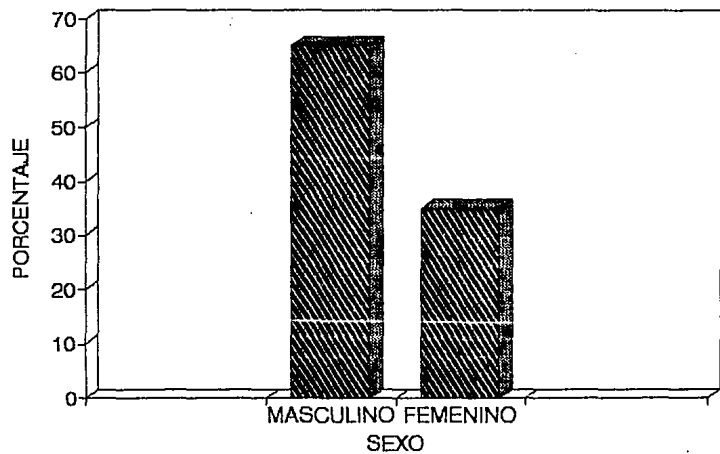
INSaMe - DIF
Trabajo Social

TABLA DE CLASIFICACION FAMILIAR-NIVEL ECONOMICO

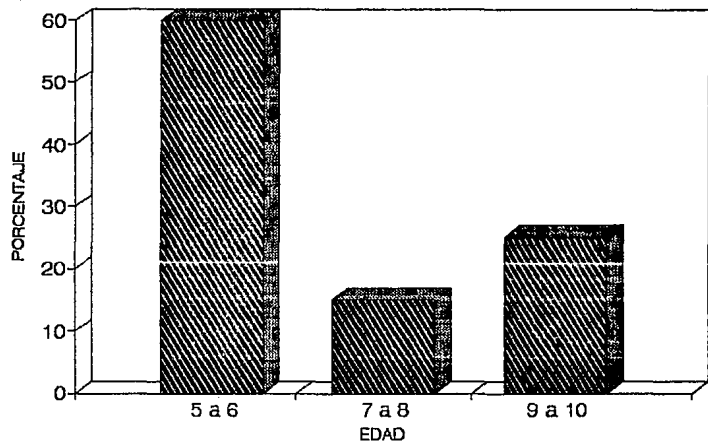
Salario Mínimo D.F.

Sal. Cant.	Min. No.	INTEGRANTES																	
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
399	01	B	A	4		A3		A2											A1
798	02	D	C																
1197	03	F	E	D	C														
1596	04			F	E	D	C												
1995	05					F	E	D	C										B
2394	06						F	E	D	C									
2793	07							F	E	D	C								
3192	08									F	E	D	C						
3591	09										F	E	D	C					
3990	10											F	E	D	C				
4389	11												F	E	D	C			

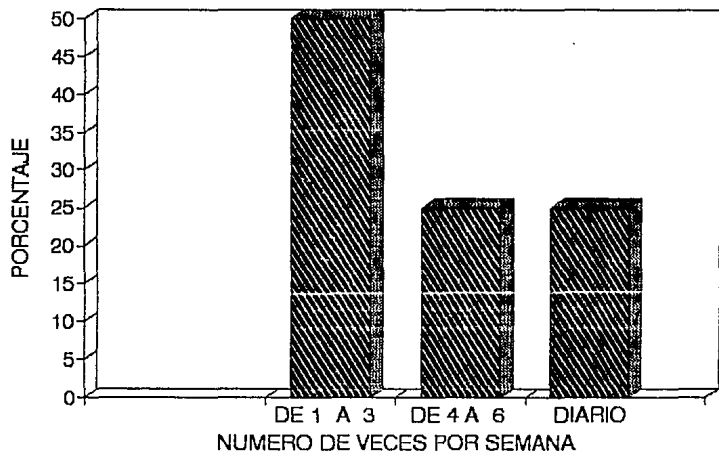
GRAFICA No.1
FRECUENCIA DE ENURESIS EN CUANTO AL SEXO



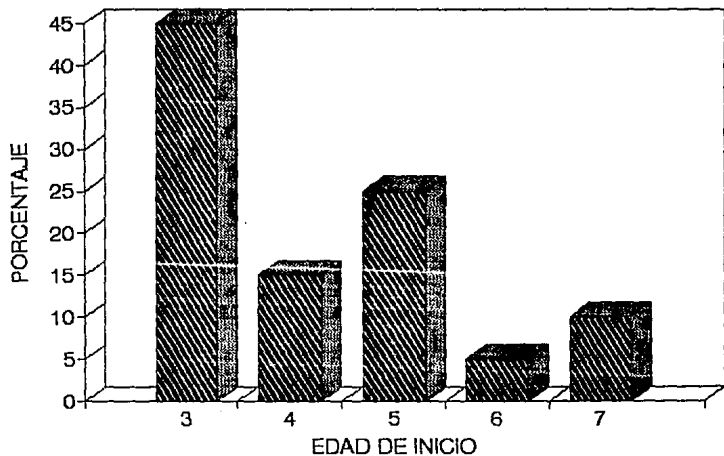
GRAFICA No. 2
PRESENCIA DE ENURESIS, DISTINTAS EDADES



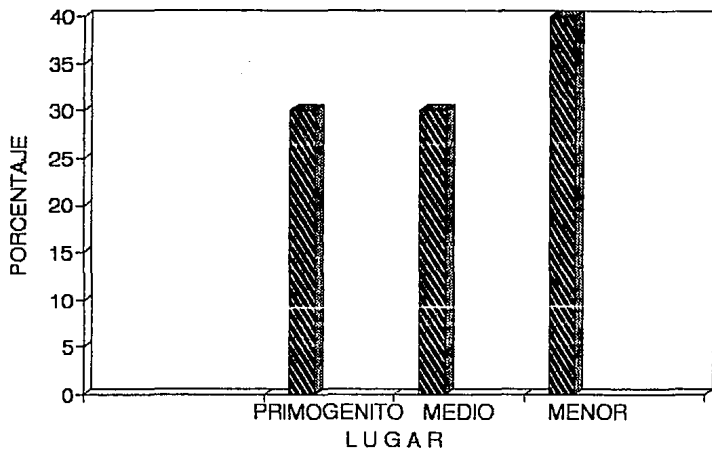
GRAFICA No. 3
FRECUENCIA DEL No. DE MICCIONES POR SEM.



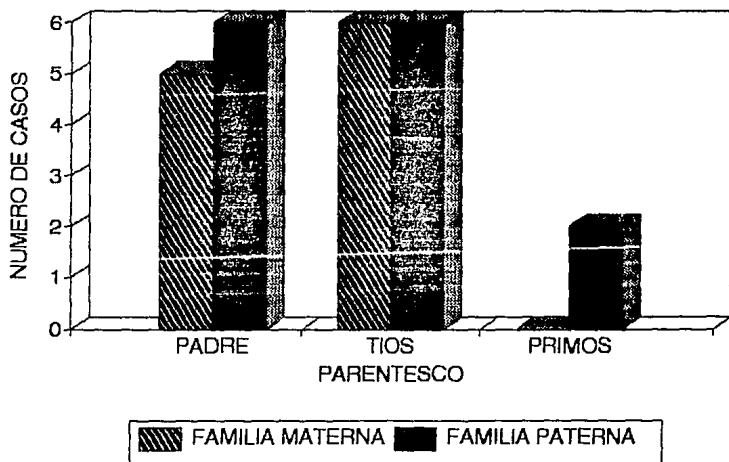
GRAFICA No. 4
EDAD EN QUE SE INICIO LA ENURESIS



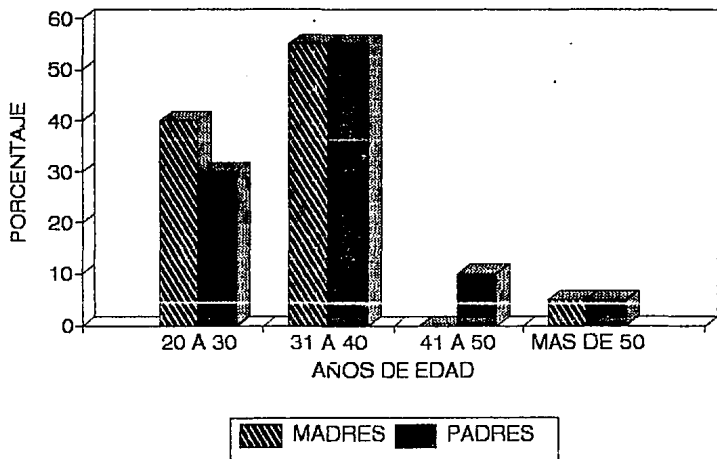
GRAFICA No. 5
LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO ENTRE HERMANOS

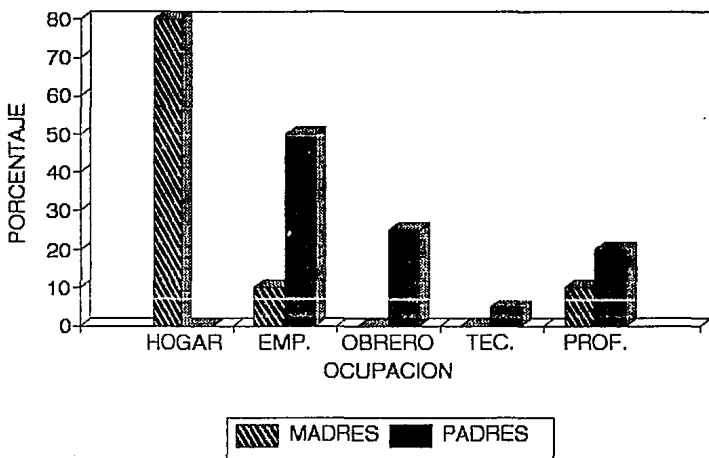


GRAFICA No. 6
ANTECEDENTES DE ENURESIS

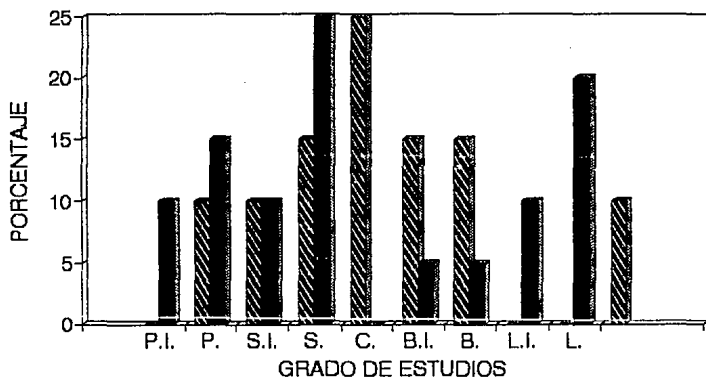




GRAFICA No.7
EADAES DE LOS PADRES



GRAFICA No.8
OCUPACION DE LOS PADRES

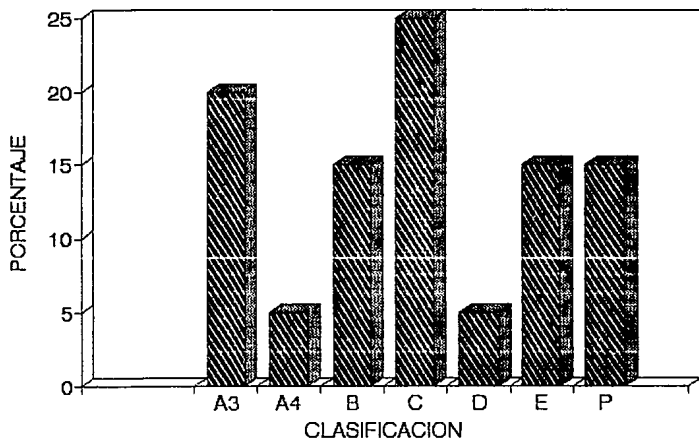
GRAFICA No.9
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



 MADRES
  PADRES

P.I. PRIMARIA INCONCLUSA
 P. PRIMARIA
 S.I. SECUNDARIA INCONCLUSA
 S. SECUNDARIA
 C. COMERCIO
 B.I. BACHILLERATO INCONCLUSO
 B. BACHILLERATO
 L.I. LICENCIATURA INCONCLUSA
 L. LICENCIATURA

GRAFICA No.10
NIVEL ECONOMICO DE AMBOS GRUPOS



A3 - NIVEL ECONOMICO BAJO
 A4 - " " "
 B - " " "
 C - NIVEL ECONOMICO MEDIO
 D - " " "
 E - " " "
 P - NIVEL ECONOMICO ALTO

AREA 1. ETIOLOGIA DE LA ENURESIS (Reactivo 5)

MADRES

Respuestas	Frec	%
!No sé	5	25%
!Por flojera	2	10%
!Porque es muy nervioso	2	10%
!Porque tuvo un accidente que lo ocasionó	2	10%
!Porque extraña a su papá cuando no está	1	5%
!No le gusta la manera en que su papá lo trata	1	5%
!Por los problemas de mi esposo y yo	1	5%
!Por coraje hacia su nuevo hermanito	1	5%
!Por sus experiencias en el hospital	1	5%
!Porque no le puse la atención debida	1	5%
!Por un problema sentimental	1	5%
!Por miedo a los golpes y regaños	1	5%
!Porque le pegaba de pequeño para que avisara	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
!Porque toma mucha agua en la noche	3	15%
!Por llamar la atención	2	10%
!Por miedo a la obscuridad	2	10%
!Por mañoso	2	10%
!Por flojo	2	10%
!Por una falla en su organismo	2	10%
!Por nerviosismo o ansiedad	2	10%
!Es normal, yo también la padecí	1	5%
!Es una enfermedad hereditaria	1	5%
!Es una forma de liberar su estrés	1	5%
!Por miedo a su mamá	1	5%
!No sé	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

<u>MADRES</u>		
!Por frio en el estómago	2	
!Porque lo descuidé al irme a trabajar	1	
!Por celos de su hermana	1	
!Por miedo a la obscuridad	1	
<u>PADRES</u>		
!Por flojo	2	
!Por miedo o nervios	3	
!Es una forma de mostrar su inconformidad hacia nosotros	2	
!Por inseguridad	1	
!Por falta de cariño	1	
!Para llamar la atención de mamá	1	
!Está reprimido por tanto regaño	1	
!Creía que por falta de atención	1	
!Puede ser hereditario	1	

AREA 2. REACCION DE LOS PADRES
(Reactivos 6,7 y 9)

EN CUANTO A SENTIMIENTOS

MADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Me da coraje o enojo	12	60%
!Me preocupo	2	10%
!Tristeza	1	5%
!Angustia de no saber qué tiene	1	5%
!Preocupación, coraje e impotencia juntas	1	5%
!Nada ya	2	10%
!Nada	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Coraje	6	30%
!Preocupación	3	15%
!Tristeza	3	15%
!Confusión	1	5%
!Nada	6	30%
!Decepción porque estoy fallando como padre	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

!MADRES		
!Me preocupo	2	
!Desesperación	1	
!Trato de entender pero no sé	1	
!Nosotros tenemos que ver con eso	1	
!PADRES		
!Al principio molestia	2	
!Siento que no hay problema	1	
!Impotencia	1	
!La que se enoja es ella	1	
!Antes lo tomaba a broma y le hacía burla	1	

ANEXO 15

AREA 2. REACCION DE LOS PADRES (Reactivos 6, 7 y 9)

EN CUANTO A ACCIONES

MADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Lo regaño	6	30%
!Le digo que trate de no hacerlo	2	10%
!Le pregunto porqué lo hizo	2	10%
!Le digo que pronto no se va a hacer	1	5%
!Cambio la cama	2	10%
!Lo levanto a que se cambie	1	5%
!Lo baño	1	5%
!Le digo que es un cochino	1	5%
!No le digo nada	2	10%
!Nada ya	2	10%
TOTAL		100%

PADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Llamarle la atención o regañarlo	10	50%
!Decirle que se asee y asee su cama	2	10%
!Decirle que no lo debe hacer	2	10%
!Preguntarle porqué se hizo	2	10%
!Le explico que no debe tomar tanta agua	1	5%
!Lo cambio	1	5%
!Le pongo pañal	1	5%
!Le digo que si no se hace le daré un premio	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

!MADRES	
!Le pego	2
!Antes le pegaba	1
!Lo regaño	1
!Lo regaña su padre	1
!Lo amenazo de acostarlo en el suelo	1
!Le digo que lo voy a llevar así a la escuela	1
!Le pongo de ejemplo a su hermanito	1
!Lo baño	2
!Cambio la cama	1
!Le digo que me avise	1
!No lo regaño	1
!PADRES	
!Lo invito a que trate de no hacerlo	2
!A veces nada	2
!Antes le llamaba la atención	1
!Lo amenazo con decirles a sus amigos	1
!En broma le digo cochino	1
!No le he pegado	1
!Mi esposa lo presiona mucho	1
!Le pido que no lo vuelva a hacer	1
!Le digo que no hay problema	1
!Trato de que haya comunicación	1

AREA 2. REACCION DE LOS PADRES (Reactivos 6, 7 y 9)
 EN CUANTO A CORRECCIONES EMPLEADAS
 MADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Nada	5	25%
!He platicado con él	4	20%
!Ir con doctores	4	20%
!Levantarlo en la noche para que orine	2	10%
!Amenazarlo con acostarlo en el suelo	2	10%
!Ponerlo a que lave sus sábanas	1	5%
!Lo he ignorado	1	5%
!Motivarlo con decirle que le voy a		
!comprar una cama nueva si se deja de orinar	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Nada	6	30%
!Llamarle la atención	2	10%
!Levantarlo en la noche	2	10%
!Llevarlo al Pediatra	2	10%
!Darle consejos	2	10%
!Disminuir la cantidad de líquidos	1	5%
!Tratar de ya no regañarlo tanto	1	5%
!Darle más atención	1	5%
!Bañarlo con agua fría	1	5%
!Ponerle pañal	1	5%
!Premiarlo cuando no se hace	1	5%

RESPUESTAS ADICIONALES

MADRES		
!Le he pegado y castigado	6	
!Le he suspendido líquidos en la noche	2	
!Lo he dejado mojado	1	
!Ponerle pañal	1	
!Ponerlo a lavar su ropa	1	
!Antes lo regañábamos	1	
!Su padre si lo regaña	1	
!Levantarlo en las noches	1	
!Decirle que no lo haga	1	
!Aplicarle vaporub o yodex para el frio	1	
!Ponerle trapos calientes en el estómago	1	
PADRES		
!Levantarlo en la noche	1	
!Darle medicamento	1	
!No darle líquidos en la noche	1	
!Decirle que avise para llevarlo al baño	1	
!Mandarlo a orinar antes de acostarse	1	
!Prohibirle el agua y los dulces	1	
!Ponerlo a lavar sus cobijas	1	
!Amenazarlo	1	

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
(Reactivos 1,2,3 y 4)
RELACION MADRE-HIJO

MADRES

Respuestas	Frec	%
Nos llevamos bien, jugamos y platicamos bastante, nos entendemos bien	6	30%
Agresiva, peleamos mucho y no nos ponemos de acuerdo	4	20%
Lo regaña mucho y le grito	3	15%
Es muy desobediente	2	10%
Lo sobreprotejo demasiado	2	10%
Buena, pero en el estudio no lo controlo	1	5%
El es muy reservado en sus cosas	1	5%
Ahora ya es más amigable	1	5%
TOTAL		100%

PADRESCOMO VEN ELLOS LA RELACION MADRE-HIJO

Respuestas	Frec	%
Mejor que conmigo	5	25%
Está muy consentido por ella	3	15%
La quiere más que a mí	1	5%
Platican	1	5%
Idéntica que conmigo	2	10%
Más alejada que conmigo	1	5%
Distante, a ella le gusta que la respeten	1	5%
Ella lo presiona demasiado	2	10%
No se llevan bien, la desobedece, es rebelde	4	20%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

<u>MADRES</u>		
Lo apapacho mucho, aveces abusa	1	
Hay más confianza conmigo	1	
Antes era muy agresivo	1	
Yo lo he alejado por regañona y gritona	1	
No le pongo mucha atención	1	
Ultimamente está desobediente	1	
Sólo me obedece cuando está el papá	1	
<u>PADRES</u>		
Me sigue más a mí que a ella	2	
El niño le tiene a ella más confianza	1	
Se llevan mejor	1	
Con ella abusa	1	

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
(Reactivos 1, 2, 3, 4 y 12)
RELACION PADRE-HIJO

PADRES

Respuestas	Frec	%
Buena, convivimos mucho, somos amigos y nos tenemos confianza	11	60%
Nos queremos mucho, es muy cariñoso conmigo	2	10%
Muy cercana con respecto a su mamá	1	5%
Distante, nos falta comunicación	3	15%
Me tiene miedo	1	5%
Me desobedece y es enojón	2	10%
TOTAL		100%

MADRES

COMO VEN ELLAS LA RELACION PADRE-HIJO

Respuestas	Frec	%
Buena, conviven mucho y platican	6	30%
Es mejor que conmigo	6	30%
Se ven poco por el trabajo de mi esposo	1	5%
Igual que conmigo	2	10%
El es más regañón con él	1	5%
Le tiene miedo porque le pega y lo regaña	4	20%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

PADRES		
Nos vemos poco por el trabajo	4	
Lo tengo muy consentido	3	
Trato de platicar con él	1	
Hechamos relajo cuando está de buenas	1	
Antes no le ponía atención	1	
A él le gusta estar solo	1	
La madre se encela de la niña	1	
Me desespera porque es muy inquieto	1	
MADRES		
El fin de semana conviven mucho juntos	2	
El es menos estricto que yo	1	
Lo consiente mucho	1	
El es muy alejado y no le da cariño	1	
Antes él era más agresivo con él	1	
Al niño le molesta que lo regañe	1	
Para la resolución de problemas me busca a mí	1	
Los dos no lo entendemos	1	

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
 (Reactivos 1, 2, 3, 4 y 12)
 RELACION ENTRE HERMANOS

MADRES

Respuestas	Frec	%
Les pega constantemente, es muy agresivo	8	40%
Se pelea mucho con uno en particular	5	25%
Todos se pelean entre sí	3	15%
Están siempre compitiendo	1	5%
Alejada, porque sus hermanos son más grandes que él	2	10%
Sus hermanos lo miman y cuidan mucho	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
Es muy agresivo con ellos y los molesta mucho	5	20%
Le pega a uno en particular	3	15%
Pelean mucho entre sí	3	15%
A veces llegan a pelearse	3	15%
Juegan mucho	4	20%
Se lleva bien con uno de ellos	2	10%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

MADRES		
No pelean mucho	1	
Es envidioso y quiere todo para él	1	
PADRES		
Es muy inquieto y latoso, le aguantan demasiado	3	
Considero normal que se peleen	2	
Siente que preferimos a su hermano	2	
Cuida a su hermano mucho	2	
Están juntos para todo	1	

ANEXO 20

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR (Reactivos 1, 2, 3, 4 y 12)

RELACION DE PAREJA

MADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Buena, casi no peleamos	6	30%
!Regular, aveces tenemos problemas	4	20%
!Estable, con algunas diferencias	2	10%
!Muy variante, aveces bien y aveces mal	3	15%
!Muy buena	1	5%
!Perfecta, no tenemos dificultades	1	5%
!Muy mala y agresiva, son puros pleitos	3	15%
TOTAL		100%

PADRES

	Frec	%
!Respuestas		
!Estable, con algunas diferencias	7	35%
!Aveces discutimos y tenemos problemas	4	20%
!Buena, ahora	1	5%
!Formal	1	5%
!Luchamos siempre por conservar la unidad en la familia	1	5%
!Mala, no nos comprendemos	6	30%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

!MADRES		
!Aveces peleamos o discutimos delante de los niños	6	
!Antes teníamos problemas pero ya estamos bien	2	
!No nos ponemos de acuerdo en tratar al niño	1	
!Es muy voluble y es difícil de sobrellevar	1	
!Antes él tomaba mucho	1	
!Es muy celoso y me insulta y golpea	2	
!Siempre estamos jugando	1	
!Tenemos un bonito matrimonio, nos apoyamos	2	
!PADRES		
!Aveces discutimos o peleamos delante de los niños	6	
!Le dedico poco tiempo a la familia	1	
!Me casé muy joven	1	
!Siempre hemos tenido problemas	1	
!Yo soy cerrado y no platicamos	1	
!No nos ponemos de acuerdo	1	
!Me hace enojar mucho	1	

AREA 3. ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR

(Reactivos 1, 2, 3, 4 y 12)

INFORMACION EXTRAFAMILIARMADRES

Respuestas	Frec	%
Nadie	6	30%
Familia materna	3	15%
Familia paterna	1	5%
Algunos parientes	7	35%
Vecino	1	5%
Amiguitos	1	5%
La maestra	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
Nadie	7	35%
Algunos parientes	9	45%
Vecinos	1	5%
Amiguitos	1	5%
Toda la familia	1	5%
No sé	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

<u>MADRES</u>		
Me da pena decirlo por el niño	1	
Este pariente lo sabe porque vive con nosotros	2	
Tal vez en la escuela	1	
El niño se siente mal de que lo sepan	1	
<u>PADRES</u>		
Los parientes saben porque viven cerca	4	
Es un secreto de la familia no evidenciarlo	1	
Su amiguito es enurético también	1	
En broma le han dicho cochino	1	

AREA 4. ENTRENAMIENTO DEL CONTROL DE ESFINTERES

(Reactivo 11)

MADRES

Respuestas	Frec.	%
!Lo ponía en la bacinica a una hora	9	45%
!Llevandolo al baño	4	20%
!Por imitación	2	10%
!Diciendole que avisara	1	5%
!En la Guardería	4	20%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
!Sentándolo en la bacinica a una hora !y diciendole cómo	4	20%
!Por imitación	2	10%
!Llevandolo al baño	3	15%
!Dejandolo en la nica hasta que hiciera	1	5%
!Le compré un bañito entrenador	1	5%
!Lo regañabamos cuando se hacía y así él !solo empezó a avisar	1	5%
!En la Guardería	2	10%
!Lo ignoro	6	30%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

<u>MADRES</u>		
!Fue llevado a cabo por mí	7	
!Lo logró a la edad de:		
!18 meses	2	
!30 meses	2	
!36 meses	1	
!La nica le daba miedo	1	
!Le pegaba yo mucho y lo regañaba para !que aprendiera rápido	1	
!Su tía lo regañaba y le pegaba	1	
<u>PADRES</u>		
!Su madre se encargó de eso	15	
!Aprendió al año de edad	1	
!No le gustaban los pañales al niño	1	

ANEXO 23

AREA 5. PERCEPCION QUE TIENEN LOS PADRES DEL NIÑO

(Reactivos 8 y 10)

REACCION DEL NIÑO DE ACUERDO A LOS PADRES
MADRES

Respuestas	Frec	%
Lo toma como cosa normal	4	20%
Se queda callado y quieto	3	15%
No se quiere levantar	2	10%
Le da pena, se siente mal	2	10%
Se preocupa y se angustia	1	5%
Con miedo	2	10%
Se enoja y se pone a llorar	2	10%
Se cambia solo	2	10%
Tapa la cama con algo	1	5%
Le causa gracia y se rie	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
Le da pena	8	40%
Llora	2	10%
Está a la defensiva y con miedo al regaño	2	10%
Aveces se siente culpable	1	5%
Se queda en la cama	1	5%
Lo oculta	1	5%
El solo se cambia	1	5%
Pone una toalla y se vuelve a dormir	2	10%
Lo toma como algo normal	1	5%
Le da risa	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

MADRES		
Dice "Me oriné"	1	
Dice que no siente	3	
Le da pena	1	
Antes se sentia mal, ahora lo acepta	1	
Cuando no se hace le da gusto	1	
PADRES		
Se queda callado esperando el regaño	2	
Lo oculta	1	
Aveces como si nada hubiera pasado	1	
No se quiere levantar	1	
Dice que ya no lo volverá a hacer	1	
Antes se levantaba llorando	1	
Dice que no lo volverá a hacer	1	
Se levanta despacio y se mete a bañar	1	
Pone su cara de apachurrado	1	
Tiende su cama de inmediato	1	
Llora cuando se le amenaza con decirle a sus amigos	1	

ANEXO 24

AREA 5. PERCEPCION QUE TIENEN DEL NIÑO
(Reactivos 8 y 10)
COMO PIENSAN QUE SE VE AFECTADO EL NIÑO

MADRES

Respuestas	Frec	%
No sé	10	50%
Sentirse mal, desvalorado por no superar el problema	2	10%
El no quiere hacerlo	2	10%
Se relega de la gente él solo	1	5%
Socialmente, porque le hacen burla y sufre del rechazo de sus compañeros	3	15%
En que va a ser grande y se va a seguir orinando	1	5%
Se apena	1	5%
TOTAL		100%

PADRES

Respuestas	Frec	%
No sé	4	20%
Moralmente, por miedo a los golpes	2	10%
El regaño que viene después es el que le afecta	2	10%
Se siente señalado por toda la familia	1	5%
Se siente culpable	2	10%
Es molesto levantarse y cambiarse	1	5%
Se deteriora la relación con su madre		
Porque a ella le molesta mucho que se orine	1	5%
Se vuelve desordenado	1	5%
Le da pena	1	5%
Va a empezar el problema cuando entre a la escuela y le digan cochino	1	5%
Psicológicamente por miedo a la burla	1	5%
Ser rechazado por los demás	1	5%
No he notado que se sienta afectado	1	5%
Cuando esté grande y se sienta mal	1	5%
TOTAL		100%

RESPUESTAS ADICIONALES

MADRES	
El dice que no es bebé	1
Reza en las noches para no orinarse	1
Su hermano y papá le hacen burla	1
Un amiguito le gritó "miona" y se puso a llorar	1
PADRES	
Se refugia en mí	1
El se acepta como "muy cochino"	1
Le da pena cuando le ponemos a alguien de ejemplo que no se orina en la cama	1

B I B L I O G R A F I A

Aberastury, A. Aportaciones al Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires. Paidós, 1984. pp. 169-180.

Ackerman, N.W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Argentina. Paidós, 1974. pp. 35-46, 303-305.

Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. México. Masson, 1983. pp. 263-279.

Albarrán, A.J. Enuresis: Diagnóstico, etiología y tratamiento. Madrid. Ciencias de la Educación, 1979. pp. 45-128.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III. México. Masson, 1984. pp. 86-89, 401, 453, 480.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R. México. Masson, 1988. pp. 402-405.

Bakwin, H: y Morris, R: Desarrollo Psicológico del Niño Normal y Patológico. México. Interamericana, 1974. pp. 389-401.

Butler, R.J. y col. The Child's Construing of Nocturnal Enuresis: A Method of Inquiry and Prediction of Outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1990, Mar., Vol. 31 (3). pp. 447-454.

Butler, R.J. y col. Maternal Atributions and Tolerance for Nocturnal Enuresis. Behavior Research Therapy, 1986, Vol. 24 (3). pp. 307-312.

Cáceres, J. Cómo Ayudara su Hijo si se Hace Pis en la Cama. Madrid. Siglo XXI, 1986.

Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos. Facultad de Psicología, U.N.A.M., 1988.

De Landsheere. Diccionario de la Educación y de la Investigación Educativas. España. Okius-Tau, 1985. pp. 10-11, 129, 194-195.

Dorsch, F. Diccionario de Psicología. Barcelona. Herder, 1985. pp. 6-7.

Duché, D.J. La Enuresis. Formación de hábitos higiénicos en los niños. Buenos Aires. El Ateneo, 1972.

Ey, H. Tratado de Psiquiatría. México. Masson, 1987. pp. 379. Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México. Paidós, 1989. pp. 89, 203, 221, 232, 268-270.

Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México. Paidós, 1989. pp. 89, 203, 221, 232, 268-270.

Flores, V. R. Detección de enuresis en Niños de 4 a 8 Años de Edad en Clínica de 1er. Nivel "Gustavo A. Madero" del ISSSTE. Tesis de Medicina General - - - U.N.A.M., 1990.

Jarvelin, M.R. Developmental History and Neurological Findings in Enuretic Children. Developmental Medicine and Child Neurology. 1987 Dec. Vol. 31 (6) pp. 728-736.

Jarvelin, M.R: Life Changes and Protective Capacities in Enuretic and Non Enuretic Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1990 Jul. Vol. 31 (5) pp. 763-774.

Kanner, L. Psiquiatría Infantil. Buenos aires. Siglo XXI, 1972. pp. 132-140, 449-461.

Kerlinger, F.N. Investigación del Comportamiento. Técnicas y metodología. México. Interamericana. 1987. pp. 225,268,348.

Linna, S.L.; Moilanen, I. y Keistien, H. Prevalence of Psychosomatic Symptoms in Children. 18th. European Conference on Psychosomatic Research. Psychotherapy and Psychosomatics. 1991. Vol. 56 (1-2), pp. 85-87.

Macías, A.E. Métodos y Técnicas de Investigación Documental. Apuntes para la Escritura de Trabajos Científicos. México, 1993.

Madrigal, R.S. Alteraciones en la Dinámica Familiar y su Relación con la Presentación de Enuresis. Tesis de Medicina Familiar. U.N.A.M., 1984.

Mejía, S. Enuresis: Estudio de casos y sus implicaciones psicodinámicas. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M., 1988.

Michaux, L. Psiquiatría Infantil. Barcelona. Luis Miracle, 1950. pp. 211-213.

Moilanen, I. y Rantakallio, P: The Single Parent Family and the Child's Mental Health. Social Science and Medicine. 1988 Vol. 27 (2) pp. 181-186.

Morgan, R. T. y Young, G.C. Case Histories and Shorter Communications. Parental Attitudes and the Conditioning

treatment of Childhood Enuresis. Behavior Research and Therapy. 1974 Nov., Vol. 13. pp. 197-199.

Mogyoros, F.E. Enuresis. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M., 1968.

Ollendick, T.H. Psicopatología Infantil. Barcelona. Martínez Roca, 1986. pp. 280-293.

Olmos, P.T. Working Through and Insight in Child Psychoanalysis. Melanie Klein and Object Relations. 1990 Jun. Vol. 8 (1) pp. 99-112. Journal Articles 1/87-6/92.

Oudshoorn, D.N. Hypnoseanwendung bei Bettnasern. Experimentelle und Klinische Hypnose. 1988 Vol. 4 (1) pp. 59-73. Journal Articles 1/87-6/92.

Pacheco, S.C. Depresión, Retraimiento, Angustia, Culpa y Rechazo en el Niño con Enuresis. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M., 1988.

Papalia, D.E. Psicología del Desarrollo. México. Mc Graw Hill, 1985. pp. 584-585.

Parke, R.V. El Papel del Padre. España. Morata, 1981. pp. 12-15.

Porot, M. La Familia y el Niño. México. Planeta Mexicana, 1976. pp. 17-25.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. España. Espasa-Calpe, 1981.

Reca, T. y col. Problemas Psicopatológicos en Pediatría. Buenos Aires. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1961. pp. 189-196.

Ross, A.O. Psychological Disorders of Children. U.S.A. Mc Graw Hill, 1974. pp. 171-175, 247, 258, 262-267.

Rutter. Helping Troubled Children. New York. Plenum Press, 1975. pp. 161, 290-295.

Sarafino, E.P. y Armstrong, J.W. Desarrollo del Niño y del Adolescente. México. Trillas, 1988. pp. 91-92, 184-185, 361-362.

Senn, M.J. y Solnit, A.J. Trastornos de la Conducta y del Desarrollo del Niño. Barcelona. Pediátrica, 1971. pp. 175, 206, 249.

Shaw, Ch. R. Psiquiatría Infantil. México. Interamericana, 1969. pp. 244-249.

Summers, G.F. Medición de Actitudes. México. Trillas, 1978. pp. 13-31, 41-43, 54.

Tamayo y Tamayo. El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación. México. Limusa, 1987.

Uriarte, V. Neuropsicofarmacología. México. Trillas, 1988. pp.111-112.

Uriarte, V. Psicopatología Básica Moderna. México. Sianex, 1991. pp. 209-217.

Urquieta, M.A. Estudio Comparativo de enuresis Primaria y Secundaria, Encuesta Comparativa. Tesis de Medicina General. U.N.A.M., 1988.

Valdéz, C.M. Enuresis: Frecuencia, Tratamiento y Asociación con Disfunción Familiar. Tesis de Medicina General. U.N.A.M., 1987.

Vigueras, A.S. Enuresis: Una Revisión Histórico-Teórica de su Explicación y Tratamiento. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M., 1983.

Yates, A.J. Terapia del Comportamiento. Trillas, 1987. pp. 93-118.