

236

FALLA DE ORIGEN

236

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LA AUTOESTIMA EN
NIÑOS ENURETICOS Y NO ENURETICOS**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

LIC. EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA:
VÁZQUEZ HERRERA, MARIBEL**

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

236
7/1

A mis hijos:

Dulce y Aarón, delicia de mi vida, manantial de motivación, fuente de mi fortaleza por ustedes el valor de la vida aumenta cada día más.

A mi Madre:

María, la que me dio la vida, que engendró una esperanza de logro que transmitió un deseo de superación.

A mi esposo:

Juan Martín, mi compañero, por su confianza amor y apoyo tesoro de incalculable valor.

A un Dulce recuerdo que me dejó al morir.

Francisco Vázquez Guevara a su memoria.

A Norma mi amiga, por toda esa ayuda que me dio por saber escuchar y soportar.

A Raquel, gracias por tu gran apoyo y amistad.

AGRADEZCO

Muy en especial al Dr. Hector Lara Tapia, por creer en nosotros los universitarios, trabajadores y con muchas ganas de triunfar, gracias por apoyarme desde la concepción misma de mi tema de tesis, por decir SI a las ideas que surgieron y por apoyarme en el desarrollo de ella. Plasmar mi agradecimiento es poco, difundirlo es mínimo, por eso lo grabo en mi corazón.

Al Lic. Nestor Fernández Sánchez, en especial por su apoyo amistad, y profesionalismo, por esta sugerencias tan acertadas en la redacción de esta tesis.

Al Lic. Rubén Miranda Salceda, por permitir llevar a cabo esta empresa desde su inicio, por el tiempo permitido para su elaboración por la paciencia que me tuvo en cada interrupción nunca negando una asesoría y poniéndome atención.

Al Lic. Josep Ollivier Cuervo, le agradezco su atenta revisión sus sugerencias, tiempo y dedicación.

Lic. Marcela Miranda, por su voto de confianza y apoyo, el cual motivo la búsqueda de una mejor presentación.

A mis amigos agradezco su presencia, cuando más la necesite, una palabra de aliento, cuando me desalente y un fuerte empujón cuando claudique

Alejandro, Debora, Carmen, David, José, Hugo, Adrián, Miguel, Pedro,

A todos los que creyeron en mi, gracias por su confianza y amistad.

María de la Paz, Teresa, Marco antonio, Ernesto, Marielena, Paty, Isabel.

A todas estas parejas, que han contribuido como ejemplo de lucha, tenacidad y superación.

Adela y Eduardo, Sofía y Gerardo, Carmen y Jaime,
Araceli y Francisco.

El buen termino de este trabajo fue posible gracias al apoyo que recibí de diversas personas, entre ellos al Lic. Benito Ramírez Prado por sus consejos y por compartir conmigo sus conocimientos de análisis computarizado de la información, por inmiscuirse en el trabajo, esto solo digno de un profesional. A la Unidad de Computo, Informática e Instrumentación, por las facilidades prestadas. A la Secretaría de la UNAM a través de la Coordinación de Programas Académicos por su Apoyo financiero, gracias a Lulú Méndez, por su preocupación e interes.

A todos los que de alguna forma, me apoyaron, a todos ellos gracias por permitirme y ayudarme a tener este logro.

Gracias.
M.V.H.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	---

CAPITULO 1

ENURESIS

1.1	ANTECEDENTES.....	7
1.2	ALTERACIONES DEL SUEÑO.....	18
1.3	DEFINICIONES.....	22
1.4	INVESTIGACIONES.....	32

CAPITULO 2

AUTOESTIMA

2.1	AUTOESTIMA.....	39
2.2	INVESTIGACIONES.....	50

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	58
-----------------------------------------	----

JUSTIFICACIÓN	59
----------------------------	----

OBJETIVO	59
-----------------------	----

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	61
----------------------------------------	----

HIPÓTESIS	61
------------------------	----

VARIABLES	62
------------------------	----

MÉTODO	63
---------------------	----

RESULTADOS	71
-------------------------	----

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	83
---------------------------------------	----

SUGERENCIA	100
-------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	101
---------------------------	-----

APÉNDICE 1	107
APÉNDICE 2	108
APÉNDICE 3	109

RESUMEN

El presente estudio, se realizó en 44 niños de los cuales 22 presentaron enuresis (grupo Experimental) y 22 no la presentaron (grupo Control), se compararon sus puntuaciones por medio del Inventario de Autoestima de Coopersmith, y los trastornos de sueño, se verificó la incidencia de estos en los sujetos y sus familiares, en relación con la enuresis. No se encontró diferencia significativas entre las puntuaciones de autoestima en ambos grupos. Se concluye que el carácter familiar de los trastornos de sueño tienen tanta incidencia en el grupo control como en el grupo experimental y en sus familiares, dando un porcentaje tendiente a ser mayor en el grupo Experimental. La probable explicación es que al no tener actitudes punitivas los familiares, hacia el niño, y no sentirse rechazado, no afectan el factor psicológico, social y cultural de el niño por lo tanto la autoestima de estos es similar en ambos grupos y no afectó su desarrollo académico y su interrelación familiar y social. Con base a lo anterior se afirma que la enuresis, tiene un factor genético importante, en el grupo experimental se presentó una incidencia de un 72.7% en relación a la familia y se relaciona en un alto porcentaje con los trastornos de sueño, en el grupo experimental con un 59.9 % en síntomas asociados y con un 27.3% en el Grupo Control.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis aborda en el primer capítulo un panorama general de la enuresis y su base fisiológica. En el capítulo 2 se describen conceptos, antecedentes e investigaciones de la autoestima. Posteriormente se presenta el método y los resultados de la investigación relacionada al tema al final se expone la discusión, conclusiones y sugerencias al respecto. De esta manera, espero presentar una perspectiva psicofisiológica de las alteraciones conductuales y adaptativas en relación a la enuresis y la autoestima.

El desarrollo de la psicología, a finales de este siglo ha construido su estructura propia dentro del campo del estudio de las alteraciones mentales, donde frecuentemente se discute la incidencia y características de los cuadros clínicos y emocionales propios de los niños y su posible prevención. Entonces, muchas de las alteraciones "emocionales" en los niños son observadas con frecuencia fuera de este contexto, en las consultas pedagógicas y aun especializadas, por la escasa información acerca de los problemas específicos relacionado con aspectos psicofisiológicos.

Muchos de los problemas observados en los niños, no son considerados psicológicos sino tan solo educativos o

pedagógicos, y muchas alteraciones psicológicas permanecen ignoradas o son consideradas sólo como un patrón de mal ajuste ambiental o una mala educación que amerita por lo tanto únicamente observaciones pedagógicas para el niño o los padres, pero el hecho real es que muchos de estos "malos ajustes" están asociados frecuentemente con alteraciones de las funciones orgánicas que hacen imperiosa una explicación e intervención con enfoque psicofisiológico concomitante a uno clínico.

Los descubrimientos biológicos actuales acerca de la existencia de etapas críticas en la edad temprana en relación del Sistema Nervioso Central, ha creado nuevas perspectivas para la investigación de estos procesos en el ser humano, Gesell (1958) menciona, que entre los 15 a 24 meses, las micciones diurnas se regularizan progresivamente hasta mantenerse limpio de día; de los 24 a los 36 meses el niño no se moja durante la noche siempre que se levante una vez por noche a orinar, a los 36 meses llega a la continencia arreglandoselas sin un adulto, conservándose limpio durante la noche aumentando el interés en el estudio de los solo aparentes desajustes que se pueden presentar durante el desarrollo infantil.

Aunado a la importante suma de conocimientos obtenidos en años recientes acerca de los procesos neurofisiológicos y

psicofisiológicos, la enuresis es un tema que ha podido ser cada vez mejor conocido, dentro del contexto de las alteraciones del sueño en los niños. El conocer los mecanismos subyacentes permite descartar teorías tales como la "agresividad reprimida" en estos niños o ideas tales como pensar en parasitosis intestinales cuando un niño rechina los dientes dormido, teorías que antes se aceptaban aún sin clara explicación de su psicopatología.

La población atendida en los Servicios de Higiene Mental en México esta formada por niños, de los cuales una parte son canalizados por alteraciones del sueño, dentro de los cuales son 15% fundamentalmente por enuresis o sonambulismo. Esta proporción aumenta cuando la alteración del sueño se encuentra como síntoma de otro padecimiento, tal como se observa en la enuresis dentro de la deficiencia mental.

Como diagnóstico primario, dentro de un sistema de seguridad social (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado), visto a través de estudios epidemiológicos de enfermedades neurológicas y psiquiátricas, se encuentran que las alteraciones del sueño se presentaron en el 1.45% de los niños enfermos mentales y el .70% en niños enfermos neurológicos dentro de un total de mas de 2,600

pacientes atendidos por primera ocasión en el lapso de un año.

En estos estudios, referidos estos pacientes a los grupos de menores de edad, los casos del sueño alterado constituyeron el 14.45% del total ocupando el tercer lugar en frecuencia dentro de las entidades nosológicas psiquiátricas y el 13o. dentro de 37 de éstas cuando se concluyen los grupos formados por adultos.

La literatura extranjera proporciona datos parciales, como a través de los estudios de Pierce (1961) y de Jacobson (1995), referidos al sonambulismo y su coincidencia con la enuresis. También se ha estudiado la autoestima en; déficit de atención (Verduzco y col., 1989), buena relaciones con los compañeros (Reasoner, 1982), ansiedad (Rosenberg, 1962), estandarización del inventario de Autoestima de Coopersmith para México, Verduzco y col., (1989) quienes asumen con gran interés el funcionamiento del ser humano, y en especial en la niñez, por lo que se da importancia al tomarla en cuenta para el óptimo desarrollo de los niños en el aprovechamiento educativo en la interacción interpersonal y el adecuado desarrollo de su autoestima, base de sus valores y sus formas de vida.

Para Coopersmith, (1967), la autoestima es " Aquella

evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo; es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos". (Verduzco y col., 1989.)

Estas circunstancias constituyen la motivación básica para esta investigación, tratando de proporcionar información original al respecto por medio de la relación de estas dos variables. Y corroborando la relación de las alteraciones oníricas con la enuresis, investigaciones realizadas por Lara Tapia H. y col., 1989, donde existe una correlación entre la enuresis y la alteraciones oníricas, a partir de un factor genético. Su posible causa de deterioro en la autoestima de los niños, también se ha mencionado que repercute en el adecuado desarrollo de los niños en el medio escolar, familiar y social, es un factor predisponente a ser ansioso, delincuente, aislado, agresivo, etc. Hay que atacar las posibles causas de este tipo de problemas, porque esto es en perjuicio no solo del sujeto sino de las personas que interactúan con él, ya que rompen la homeostasis de la dinámica en el ámbito familiar, escolar y social, propiciando depresión, deserción escolar, disminución

del nivel educativo, causando conflictos familiares. Elevando el nivel de delincuencia y paralelamente el de inseguridad publica. Siendo el psicólogo un profesional de la conducta, que puede detectar las alteraciones conductuales o adaptativas dando un diagnostico con enfoque no solo clínico sino psicofisiológico adecuado, a nivel preventivo, de intervención y remedial.

1.1 ANTECEDENTE DE LA ENURESIS

La primera descripción de enuresis data del año 1550 a.c., considerada en aquel entonces como una perturbación que requería un tratamiento médico, según Glincklich, L.B. En el libro IV de la obra del poeta latino Lucrecio (98 ?-55 a.c.) titulada "De Natura Rerum". Después de explayarse sobre el sueño y sus causas, el poeta habla de los ensueños, este texto hace referencia a la enuresis del adulto, aunque también a la de los niños; así existe testimonio de que hace 2000 años ya se registraba la presencia de la enuresis. En la edad media siguiendo fielmente las tradiciones de la antigüedad matizadas por el fervor religioso, Santa Catalina de Alejandría, se creí que ayudaba a los enuréticos, implorando el 25 de noviembre día de su santo. El Inglés Thomas Paer (1544), publicó la primera edición del "Libro del niño" que fué el primero de pediatría, escrito en inglés, mencionando "orinarse en la cama" tanto hombres viejos como niños ocurre ya sea en sueño o caminando, no teniendo poder para retenerla. (op. cit. Glincklich, 1951)

En el siglo XVII Y XVIII, se aproxima a un modelo médico Desault P.J. (1799), en su tratado de las enfermedades de las vías urinarias, mencionaba que la incontinencia de orina es un trastorno en la expresión de orina, ese fluido se escapa

involuntariamente, sin que sea posible retenerlo ... la incotinencia de orina es sobre todo la enfermedad de los niños. La incontinencia viene del hecho de que la fuerza expulsora de la vejiga esta aumentada sin que ese aumento haya sido proporcionalmente el mismo en la urétra, o bien de que la resistencia esta debilitada, pero la potencia permanece intacta. De acuerdo con ese principio, resulta fácil explicar porque esta "enfermedad" es tan frecuente entre los niños... la edad, al disminuir la irritabilidad de la vejiga y volver al hombre más atento a sus necesidades, cura comúnmente la indisposición... las amenazas, e incluso los castigos cuando las primeras son infructuosas , constituyen el remedio mas eficaz para quienes se orinan en la cama únicamente por pereza o por indolencia y alcanza un desarrollo importante en los siglos XVIII Y XIX. El concepto de enfermedad desplaza a la noción de que las alteraciones de la conducta eran provocadas por el pecado, corrupción o demonio. Dando una base racional para comprometer numerosas disfunciones humanas y tratarlas. (op. cit. Glincklich)

West, (1875), decía que se podía curar la incontinencia nocturna de orina tomando ciertas precauciones, tales como la disminución de la cantidad de bebidas en la ultima comida, lo que se considera valido actualmente. Comby, Ribadeau-Dumas y R. Clément están de acuerdo en prescribir, a partir de las 16

horas, una serie de restricción de líquidos (op. cit. Duche 1972). Campbells (1967), no encuentran sentido alguno a ese régimen. También se utilizan ejercicios miccionales que esencialmente aceleran y completan la maduración miccional del enfermo ese tratamiento requiere la cooperación tanto del niño como de su medio. No es posible esperar una cura en tanto que el niño no se convierta en dueño absoluto, durante la jornada, de su reflejo miccional.

En la terapéutica del sueño Laccase, (op. cit. Duché, 1972) decía que se tiene que provocar la micción mediante un despertar nocturno a hora fija, es antifisiológico y el mejor medio de mantener la enuresis. El vacío vesical obtenido de esa manera aumenta la poliuria. Este medio, destinados a despertar al enurético en el momento de la micción, son reemplazados en la actualidad ventajosamente por los aparatos avisadores eléctricos que consisten en despertar al niño por medio de un sistema de timbre puesto en marcha cuando la orina viene a cerrar un circuito eléctrico sobre el cual el pequeño está acostado: numerosos aparatos han sido construidos con ese propósito (Mahowald y Rosen, 1990)

Por otro lado la psicoterapia es un tratamiento de la enuresis implica un enfoque que puede revestir formas muy

numerosas, pero que resulta sin duda indispensable, aunque no suficiente. Se tiene que comprender el significado que tiene la enfermedad para el enurético y las consecuencias que implica. La curación del síntoma por si sólo no basta generalmente, aun cuando las repercusiones que acarreo esta cura resulten siempre extremadamente benéficas. Desde este punto de vista no existe tratamiento verdadero, fuera de un tratamiento global de toda la personalidad del niño, esto no implica de manera obligatoria un tiempo individualizado de la terapéutica, ni que resulte imprescindible confiar en un especialista. (op.cit. Duché 1972).

Uriarte, 1991. menciona que actualmente el tratamiento farmacológico, sobre todo con Imipramina (Tofranil) es el más empleado por los médicos sobre todo por su efecto anticolinérgico y sobre las fases del sueño en que el tratamiento por drogas tiene una función de una concepción patógena y están dirigidas a corregir determinado factor considerado responsable de la enuresis, es el tratamiento de elección y el mas empleado en la actualidad.

1.1.1 PSICOFISIOLOGÍA DEL SUEÑO

La enuresis como alteración, se ha modificado en su concepción desde que se conocen sus bases psicofisiológicas.

El sueño, etapa del ciclo circadiano que tiene que ver directamente con la enuresis nocturna. Sueño proceso de dormir, abordado desde 3 teorías, restaurativa, reorganizativa, y ecológica. (Van Sommers P. 1976)

- 1- Restaurativa donde se supone que durante las horas de vigilia, se consumen determinados recursos a un ritmo que excede su producción o bien se acumulan productos indeseables a un ritmo mas rápido que el de su destrucción o eliminación, por lo tanto se necesita un período de inactividad relativa para compensar el desequilibrio sufrido, no esta claro si el principio y la duración del sueño están controlados directamente por el estado químico del sistema que se supone regula el sueño.

- 2- La Reorganizativa, donde la base es el descubrimiento, que en ciertas etapas de sueño, el sistema nervioso tiene altos niveles de actividad, especulandose que en estos niveles el S. N. sufre de ciertos procesos de

reorganización funcional, consolidando o transformando los residuos de la experiencia cotidiana.

- 3- La Ecológica, donde los mecanismos del sueño son mecanismos que se forman para inmovilizar a los animales durante el período del día, según la especialización para sobrevivir del animal, podrá ser en períodos circadianos, si así lo requieren.

Relacionado con el sueño se encuentra el dormir, fenómeno conductual donde se permite diferenciar, dos estados alternos y relativamente claros de sueño:

Sueño normal o de ondas lentas, con 4 niveles, etapa 1, 2, 3, y 4, las cuales se distinguen por los cambios cualitativos observados en los electroencefalogramas (EEG), "el cual sale del electroencefalógrafo, instrumento que registra señales eléctricas de los electrodos sujetos al cuero cabelludo", cuando un sujeto empieza a dormirse, inicia el primero de varios ciclos que se repetirán cuatro o cinco veces durante la noche, inicia con un descenso que va de dormitar hasta llegar a un sueño de ondas lentas, el cual se hace progresivamente mas profundo durante un período de una hora

o mas, seguido de cierto grado de recuperación, que conduce a un período de sueño paradójico o de movimientos oculares rápidos, (en el EEG, es difícil distinguirlo del modelo de vigilia alerta normal), entonces se repite e inicia un descenso a un sueño profundo de ondas lentas y el ciclo se repite, en el descenso al sueño profundo aunado va el descenso de la temperatura corporal, una desaceleración del ritmo cardíaco, de la respiración y de la presión sanguínea, en el hombre estos procesos fisiológicos alcanzan su nivel mínimo en la primera mitad de la noche y a partir de ese momento aumentan lentamente.

Broughton, (1968) menciona a los trastornos en el sueño de ondas lentas: exclusivos de esta etapa.

La enuresis en los niños y en los adolescentes ocurre durante un momento que se puede reconocer al despertar espontáneamente del sueño de la etapa 4, en los adultos, la enuresis ocurre con motivo de un estado especial de sueño en el cual el sujeto tiene una norma de vigilia (EEG, estar despierto) por lo demás parece estar dormido. Los terrores nocturnos, son un fenómeno del sueño de ondas lentas, son episodios infantiles en los cuales los sujetos despiertan aterrorizados y confusos, pero amnésicos en cuanto a la causa

de su ansiedad, donde además de ser un mal sueño es de sensación confusa y terrorífica de presión, parálisis y ansiedad.

Jacobsen, Kales, Lehmann y Zweizing (1965), en sus estudios sobre el sonambulismo, donde el sujeto se levanta de la cama, deambula, evade objetos, puede incluso subir escaleras, implica que al despertar, las ondas lentas de la etapa 4 son substituidas por una norma EEG, similar a las ondas alfa (alerta) de la vigilia relajada, a los sujetos que presentan alguna/s de estas alteraciones en el sueño de ondas lentas, puede experimentar estados espontáneos y secundarios de despertar a lo largo de su sueño y durante estos episodios experimentan un estado profundo de confusión, murmullos, mala coordinación y amnesia, condiciones características de cualquier otro sujeto despertado artificialmente del sueño de la etapa 4, contrastando de los sujetos despertados del sueño paradójico que se encuentran alertas y lucidos.

Con base a lo anteriormente descrito existen diferencias entre el sueño paradójico y el de ondas lentas desde el punto de vista conductual y fisiológico (ver inciso 1.1.2)

En la etapa 4 donde las ondas lentas presentan una

frecuencia de una por segundo y cuya amplitud es de aproximadamente cinco veces el ritmo alfa que se registra en el estado de vigilia, son las que dan al sueño normal profundo el nombre de Sueño de ondas lentas.

A continuación se presenta un cuadro con:

1.1.2 Características del sueño de onda lenta.

Frecuencia;	75% del sueño total. Predominan en la primera mitad del período de sueño.
EEG;	Descargas de husos de sueño y onda lentas.
Actividad motora;	Tono muscular reducido. No hay movimientos oculares rápidos.
Estado fisiológico;	disminución constante de la presión sanguínea frecuencia cardíaca, respiratoria y la temperatura del cerebro.
Trastornos del sueño;	Sonambulismo, enuresis, terrores

nocturnos, pesadillas, bruxismo.

Despertar;

Confuso amnésico.

Estado del sueño;

Predominan las imágenes
transitorias y el ensueño.

Probable mediador

neuroquímico;

Serotonina.

Kawamura y Sawyer, (1965) mencionan que la temperatura cerebral, que es baja en el sueño de onda lenta, asciende y puede exceder los niveles de vigilia.

En cuanto a las sensaciones, durante el sueño como los sonidos, la luz, y la aplicación local de frío pueden afectar el contenido onírico, Dement y Wolpert, (1958); Berger, (1963). Los efectos indican que la información sensorial no esta completamente filtrada, ni bloqueada, ni siquiera en los sujetos que son difíciles de despertar. El registro eléctrico de los acontecimientos neurales del cerebro, que resultan de la estimulación sensorial (potenciales evocados), confirma que la información sensorial puede llegar al cerebro durante el sueño. Paradójicamente los potenciales evocados que se han registrado en el sueño de ondas lentas son mayores que los del estado de

vigilia (Rosner, Goff y Allison, 1963.)

Dice Roffwarg, Muzio y Dement, (1966), que existe una tendencia muy clara en el desarrollo de los estados del sueño que va de acuerdo con la edad en los humanos y en otros mamíferos, estudios sobre bebés humanos han revelado una relación entre la edad y el grado de sueño paradójico, en promedio el bebé humano recién nacido pasa 8 horas, de las 16 horas, que duerme en estado paradójico, la proporción desciende hasta el 30% a los 6 meses y alcanza una asintota de 18 a 20% alrededor de los 5 años de edad, esta situación sugiere que el sueño de ondas lentas aparece progresivamente, conforme madura el Sistema Nervioso. En relación a esto menciona Jouvett (1969) que las estructuras del sueño están en el área del puente: Un conjunto de núcleos que se hallan próximos a la línea media (núcleos del Raphé) son lo que intervienen en el sueño de onda lenta y el (locus Coeruleus) interviene en el sueño paradójico, y que estas estructuras tienen una alta concentración de los neurohumores, serotonina y norepinefrina.

1.2 ALTERACIONES DEL SUEÑO

Las alteraciones del sueño se presentan regularmente en algunos trastornos mentales y somáticos, podrán ser de depresión o físicos, también propician otros trastornos.

Existen dos grandes grupos :

Disomnias: Alteración predominante depende de la cantidad, calidad y horario del sueño.

Parasomnias: La alteración predominante tiene que ver con fenómenos anómalos que ocurren durante el sueño.

Fernández Guardiola y Calvo, 1987, clasifican los Trastornos del sueño ;

-Insomnio: Es un estado de alteración del sueño es de muy diversa naturaleza y lleva implícitos dos conceptos; uno objetivo, que se refiere a la disminución de la duración total del sueño, y otro subjetivos, que se relaciona con la sensación de no haber dormido bien.

--Hipersomnia: Es el sueño excesivo durante el día se caracteriza por la necesidad irresistible de dormir.

Ocasionalmente, si se trata de mantener la vigilia, se presentan dolores de cabeza, dificultad para mantener la atención y por ultimo períodos de sueños prolongados. Los individuos que sufren este trastorno pueden tener etapas de contacto con el ambiente, en los que se muestran responsivos y alertas. El inicio de la somnolencia no tiene el carácter brusco y apremiante que tiene la somnolencia del narcoléptico. La necesidad de dormir se acentúa gradualmente. Durante los despertares diurnos, el paciente puede mostrar confusión y somnolencia. Dichos estados pueden prolongarse hasta una o dos horas.

-Narcolépsia: otra forma de hipersomnía es el síndrome caracterizado por una necesidad irresistible de dormir, de corta duración y recurrente a intervalos cortos. (Gélineau, 1880)

Alrededor de 1930, el síndrome de la narcolépsia se vió enriquecido con la descripción de otros síntomas clínicos, como los ataques de sueño, la catapléjia, las parálisis de sueño y las alucinaciones hipnagógicas; posteriormente, con los registros polisomnográficos se agregaron a la lista de síntomas la presentación temprana de sueño con movimientos oculares rápidos y la atonía muscular, características de la fase de sueño MOR, completándose entre los años 70 y 80, la descripción del síndrome al agregarse a la lista el insomnio nocturno y la

disociación de los procesos inhibitorios del sueño MOR
(Guilleminault y col., 1976)

Parasomnias: Son fases particulares del sueño y/o despertares parciales durante la noche, su sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en la existencia de un fenómeno anómalo durante el sueño o durante el umbral que existe entre el sueño y el despertar. El síntoma principal se centra en esta alteración y no en su efecto sobre el hecho de dormir o despertar. Entre ellos cabe mencionar al sonambulismo, la enuresis nocturna, las pesadillas, el bruxismo, el jactatio capitis (movimiento rítmicos de la cabeza y del tórax durante el sueño) la Noctilalia y los terrores nocturnos. Este último consiste en episodios repetidos de despertar frecuente, que normalmente empieza con un grito de pánico, el episodio aparece durante el primer tercio del período de sueño principal (fase 3 y 4 de sueño no REM, en los que hay una actividad EEG delta típica) y dura de uno a diez minutos. También se le conoce como pavor nocturno a este trastorno. Antes de un episodio grave, las ondas EEG delta del sueño pueden tener mayor amplitud de lo habitual en la fase NMOR/NREM del sueño y la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca están más enlentecidas. El comienzo del episodio se acompaña de un aumento de dos a cuatro veces más en la frecuencia cardíaca, y el EEG adopta

rápidamente un patrón muy similar al del despertar.

Otra parasomnia es el sonambulismo el cual consiste en episodios repetidos de una secuencia de conductas complejas que llevan a que el sujeto se levante de la cama y camine, sin que tenga conocimiento del episodio, ni pueda recordarlo después. El episodio ocurre normalmente durante el primer tercio del período de sueño principal (fases 3 y 4 de sueño no REM en los que hay una actividad EEG delta típica) y dura de algunos minutos a media hora. En el EEG, el sueño de ondas lentas aumentan en amplitud en el estadio 4 del sueño, justo antes del comienzo del episodio, pero también puede haber un aplanamiento, es decir un EEG es de mayor amplitud, con presencia de ondas lentas, dando lugar a una mezcla de estadios NMOR/NREM y una actividad EEG de menor amplitud. El inicio se da entre los 6 y 12 años, se menciona que por lo menos el 15% de los niños han experimentado, episodios aislados.

1.3 DEFINICIONES DE ENURESIS

La enuresis ha sido definida por varios autores de una manera diferente.

Litré, (op. cit. Duché, 1972), la define como " enuresis es un termino médico y significa derrame involuntario de orina, incontinencia de la orina".

La definición la deriva del griego Ev "en", y o'vpncif, "acción de orinar", de oupov, "orina".

Para Fichón (1951), es necesario "reservar el nombre de enuresis a lo que suele denominarse incontinencia esencial". En consecuencia, no es impredecible que ese término comprenda las incontinencias de orina de naturaleza sintomática; o aquellas que tienen una causa local verdadera, neurológica o vinculada plausiblemente con un síndrome de Dupre y Merklen, ni las que forman parte, en realidad, de "accidentes epilépticos". La definió como psicógena.

Déchambre (1886), decía que la necesidad de orinar es algunas veces tan imperiosa que el enfermo no puede resistirse a ellas y no tiene tiempo de tomar las disposiciones

imprescindibles. Esto ocurre sobre todo durante el sueño y el enfermo moja su cama, la define así:

"Es la salida involuntaria e inconsciente de orina, casi siempre esta ligada a una afección de las vías urinarias, pero puede resultar permanente".

La incontinencia infantil es muy especial, coincide con una perfecta integridad del aparato urinario y se vincula con una perturbación de la motilidad. En general comienza hacia los 4 o 5 años.

La incontinencia infantil es, sobre todo, nocturna 2 o 3 veces por noche los pequeños enfermos orinan a chorros en su cama, sin tener conciencia de ello y sin despertarse.

En el apartado F98.0 del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R, 1988) se le conceptualiza como un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o durante la noche, que es anormal para la edad mental del enfermo y no es consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario.

La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado.

La variedad de comienzo tardío (secundario) suele iniciarse entre los cinco y los siete años. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio. En este último caso, no hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación.

Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia secundaria a las molestias producidas por la enuresis, al sentirse, estigmatizado por la misma o formar parte de algún otro trastorno psiquiátrico, o bien ambos, la enuresis y el trastorno de las emociones de comportamiento pueden presentarse paralelamente, como expresión de factores etiológicos corrientes.

No hay una manera correcta y clara de decidir en casos concretos entre estas alternativas y el diagnóstico se hará teniendo en cuenta qué tipo de trastorno es el problema principal.

En el DSM-III-R. Es clasificada de manera independiente,

enuresis funcional dentro de los trastornos de la niñez y se considera como, la sintomatología esencial de este trastorno consiste en la emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o por la noche, en la cama, o en la ropa, a una edad que se espera que haya continencia. Para establecer el diagnóstico conviene descartar previamente las posibles etiologías físicas.

1.3.1 TIPOS DE ENURESIS

DSM-III-R. Enuresis Primaria si no va precedido de un período de continencia urinaria de un año de duración

Enuresis secundaria si va precedido por un período de continencia urinaria de un año de duración.

Cada uno de estos tipos puede ser a su vez:

-Nocturno (mas frecuente) definido como la emisión de orina únicamente durante la noche.

-Diurno, definida como la emisión de orina durante las horas del día.

-Mixto, con emisión de orina durante el día o la noche.

En muchos casos de enuresis funcional nocturna el niño se despierta sin recordar haber soñado u orinado. De un modo típico, esta alteración ocurre durante el primer tercio de la noche. En algunos casos, el vaciado de la vejiga tiene lugar durante el estadio de movimientos oculares rápidos del sueño

(MOR o REM) y en estos casos, el niño puede recordar el contenido del sueño relacionado con el acto de orinar.

Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10, 1992) menciona que hay ocasiones en las que un niño presenta una enuresis transitoria como consecuencia de una cistitis o de una poliuría. Sin embargo, esto no es una explicación suficiente para la enuresis que persiste después que la infección o la poliuría hayan remitido. No es raro que una cistitis sea secundaria a una enuresis, por haber aparecido una infección ascendente del tracto urinario (en especial en niñas) como consecuencia de la humedad persistente.

Incluye: Enuresis funcional

Enuresis psicógena

Incontinencia urinaria no orgánica

Enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria.

1.3.2 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

Aunque la gran mayoría de los niños con enuresis funcional no sufren un trastorno mental, la prevalecencia de trastornos mentales asociados es mayor en aquellos niños con enuresis funcional que en la población general. También puede haber encopresis funcional, sonambulismo y terrores nocturnos.

1.3.2.1 Curso:

Muchos de los niños con este trastorno, controlan perfectamente sus esfínteres en la adolescencia, pero cerca de un 1% de los casos continúan con su trastorno hasta la vida adulta.

1.3.2.2 Edad de comienzo.

Por definición, la enuresis funcional primaria empieza hacia los cinco años. En muchos casos la enuresis funcional secundaria comienza entre los cinco y los ocho años.

1.3.2.3 Deterioro:

El grado de deterioro atribuible directamente al trastorno depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social al que se ve sometido por sus compañeros y

la hostilidad, castigo y rechazo a que se le someten sus cuidadores.

complicación: ninguna

1.3.2.4 Factores predisponentes.

Son el 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 particular la hospitalización entre las edades de dos a cuatro años, la entrada a la escuela y el nacimiento de un hermano.

1.3.2.5 Prevalencia e incidencia en cada sexo.

La prevalencia de la enuresis funcional es del 7% en los niños y el 3% en las niñas a los cinco años; el 3% en los niños y el 2% en las niñas a los diez años; en 1% en los varones y prácticamente inexistente en las mujeres a los 18 años.

1.3.2.6. Antecedentes familiares:

Aproximadamente el 75% de todos los niños con enuresis funcional tienen un familiar de primer grado que ha tenido o

tiene este trastorno. La concordancia del trastorno es mayor entre los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos.

Diagnóstico diferencial. Deberían descartarse las causas orgánicas de la enuresis, como la diabetes, las crisis convulsivas, y la infección del tracto urinario mediante la exploración clínica apropiada.

1.3.2.7 Criterios para el diagnóstico de enuresis funcional.

- A. Emisión repetida de orina durante el día o por la noche en la cama o en las ropas, involuntaria o intencional.
- B. Dos episodios al mes por lo menos en niños que tienen entre cinco y seis años, y únicamente un episodio al mes para niños mayores.
- C. Edad cronológica de cinco años y edad mental de cuatro años.
- D. No se debe a trastorno físico como la diabetes, infección del tracto urinario, o crisis convulsiva

Especificar: Si es de tipo primario o secundario.

Especificar: Únicamente nocturna, únicamente diurna, o nocturna y diurna.

1.3.2.8 Criterios para el diagnóstico de enuresis no orgánica.

La enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o en una edad mental inferior a cuatro. Si la enuresis se acompaña de alguna otra alteración, emocional o del comportamiento, la enuresis será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionado con la intensidad de la enuresis. La enuresis se acompaña en ocasiones de encopresis. En este caso se hará el diagnóstico de encopresis.

1.4 INVESTIGACIONES DE LA ENURESIS

En sus estudios Melanie Klein y Berge (1962), sostiene que la agresividad hacia los padres, las normas y su medio se manifiestan, y una de ellas es que la enuresis es una regresión inconsciente a etapas anteriores y primitivas del período evolutivo de la vida psíquica del niño.

Para Butler, R. J., (1992), conformó una escala de tolerancia materna hacia la enuresis nocturna, ésta fue probada en su consistencia y su valiosa predicción, con madres quienes retiraban prematuramente a los niños del tratamiento para la enuresis nocturna, este estudio buscó repetir el trabajo original examinando la estructura de la escala de un grupo independiente de madres, los resultados obtenidos fueron examinados por medio de una validación cruzada, aunque parece pesar hacia la medida de intolerancia mas bien que a la tolerancia, un análisis factorial, produjo 6 factores y estos se discutieron respecto al posible ruta principal del desarrollo de la intolerancia.

El resultado de la rotación ortogóna fue:

- 1er. Factor, aceptación social o no aceptación del problema.
- 2do. Refleja una actitud punitiva del problema percibido, es

superficial el control de la madre.

3ro. Los principales 4 ítems parecen reflejar un conocimiento favorable en el impacto social y emocional de la cama mojada del niño.

4to. Aparece el punto de vista de la madre, de las molestias e incomodidad de los otros y una aptitud que implica que el niño carezca de esfuerzo y responsabilidad de la cama mojada.

5to. Lo principal de dos de los ítems concernientes al impacto emocional materno y la cama mojada en el niño, paciencia emocional.

6to. Minimización de el problema.

Lluis J. (1993), tras investigar la incidencia en un amplio grupo con trastornos psicopatológicos en una muestra de 1.350 niños varones, averiguó la incidencia de la enuresis primaria y secundaria en los diversos grupos clínicos. De este modo pudo comprobar que la enuresis primaria se asocia a los trastornos del sueño, a la lesión cerebral y a ciertas conducta impulsivas, mientras que la secundaria guarda relación con las anomalías especialmente dependientes de la ansiedad y los conflictos ambientales. Concluye que la enuresis no puede considerarse un fenómeno unitario, y que, por consiguiente, debería ser tratada de forma específica y diferenciada.

Coleman (1982), realizó en Estados Unidos de Norte América, en 11 clínicas de sueño, un análisis 5000 casos de alteraciones del sueño en un período de 2 años. Se observó que el trastorno de mayor incidencia fue la hipersomnias, que ocupó el 42% del total de casos. El trastorno que le siguió en prevalencia fue el insomnio, con el 26% las parasomnias con el 3% y finalmente los trastornos en el horario del ciclo sueño-vigilia con el 2%.

Sonambulismo, trastorno del sueño estudiado en 57 sujetos sonámbulos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología, incluyendo datos clínicos, psicológicos, y electroencefalográficos, mostrando en sus resultados la existencia de una estrecha correlación del sonambulismo y otras alteraciones del sueño en la familia y una correlación negativa con el diagnóstico psiquiátrico tradicional y la epilepsia. Los datos obtenidos de la presencia aislada del sonambulismo es mínimo ya que solo 4 sujetos lo presentaron así (7.01%), el (71.93%) asociado a la enuresis y otras alteraciones como la noctilalia, bruxismo. Belsasso y cols., (1976) op. cit.

En 1976, Lara Tapia y cols., reportó el primer estudio epidemiológico, en el se estudiaron tres grupos de 75 familias c/u, incluyendo un grupo de consultas pediátricas uno

de consulta neuropediátrica y otro de la consulta de paidosiquiatría, con un total de sujetos estudiados de 1498 de estos, se encontró afectado por trastornos del sueño del tipo parasomnias a 492 sujetos constituyendo el 32.84%. No obstante se encuentran diferencias estadísticas significativas, siendo mayor la frecuencia encontrada en el grupo paidosiquiátrico que constituye el 45.94% comparativamente con el grupo pediátrico que involucra al 16.19%. Estas parasomnias encontradas es un cuadro secundario diagnosticado al investigarse propositivamente.

En cuanto al tipo de alteraciones del sueño, la más frecuente es la noctilalia en segundo lugar la enuresis nocturna (aunque en la clasificación del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), no esta contemplada como una parasomnia). El bruxismo, los terrores nocturnos y el sonambulismo se presentan con mayor frecuencia, en orden decreciente, encontrándose una vez más diferencias estadísticas significativas entre los grupos (Lara Tapia y cols., 1976). El número de trastornos del sueño que se presentaron en cada grupo revelan que el 56.62% de los casos presentó solo una alteración, mientras que el porcentaje restante mostró la presencia de dos o más alteraciones concomitantes. Nuevamente se observa este fenómeno de la

multiplicidad de alteraciones con mas frecuencia en los grupos neuropsiquiátricos comparativamente con el normal pediátrico. Aquí se destaca el hecho de que casi las dos terceras partes de los casos presentan estas alteraciones en forma familiar, asimismo que tan solo el 8% de las familias no presentan alteraciones del sueño, o sea que el 92% tenía antecedentes positivos. (Lara Tapia y cols., 1976). Debido a que los casos estudiados correspondía a un nivel socioeconómico medio, correspondiente a una institución de seguridad social de los trabajadores al servicio de las dependencias gubernamentales, se procedió a estudiar otra muestra correspondiente al sistema de la asistencia pública correspondiendo a un grupo de 50 familias estudiadas al azar en el hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, con 427 sujetos en total, Lara T. H. y cols., (1982) op. cit. Lara Tapia H. (1989). Aquí se encontró afectado al 98.59% de los sujetos, es decir, casi a la totalidad de los casos, presentándose en todos ellos, 100% los casos en forma familiar. Debiéndose destacar además que solo el 23.51% presentaba una alteración, generalmente es en forma múltiple.

Esto difiere significativamente en cuanto a la frecuencia observada en un nivel socioeconómico más alto, incluso en la población psiquiátrica. Considerando el diagnóstico clínico de estos casos, formado principalmente por casos de menores con

problemas de aprendizaje, se muestreo propositivamente otro grupo de 310 menores atendidos en el centro de Investigaciones Cerebrales de la Universidad Autónoma del Estado de México, (H. Lara Tapia, 1986) op. cit. A pesar que no fueron atendidas primariamente por las alteraciones del sueño, son estas las que ocupan el principal número en cuanto al diagnóstico principal, ocupando casi las dos terceras partes de los casos, tanto del grupo experimental formado por los menores con trastornos de aprendizaje como los menores del grupo control, en el primer grupo encontramos que la principal entidad nosológica los forma el síndrome hiperkinético, principalmente de la variedad de alteraciones de la conducta, y en segundo lugar el retardo selectivo del desarrollo, tal como problemas de lenguaje, etc. La frecuencia porcentual total corresponde debido a que un menor presentaba dos o más categorías diagnóstica.

También se destacó el hecho de que solo el 9,53% de los menores no presentaban posibles alteraciones diagnosticables incluyendo los casos control tomados por su buen rendimiento escolar y su aparente salud, y que solo una mínima frecuencia cercana al 2% presentaba primordialmente alteraciones puramente emocionales; concluyó que las alteraciones del sueño en niños son más frecuentes de lo aparente. Asimismo que se presentan con más frecuencia en forma coincidente, y que estos es más

aparente cuando se investigan todas propositivamente, que puede observarse principalmente en forma familiar, y este carácter hereditario sigue las leyes de Mendel, mostrándose con un carácter dominante sin relación al sexo, y en cuanto a los casos en que se presenta en forma individual, la etiología aparente es un cuadro de inmadures del desarrollo neurológico como existe en los síndromes de disfunción cerebral mínima, encontrándose frecuentemente asociados a la hipercinesia con las alteraciones conductuales entidad clínica que involucra en su fisiopatología a las estructura relacionadas con los ciclos del sueño, tal como el sistema reticular activador ascendente.

2.1 AUTOESTIMA

La Autoestima tema que se ha abordado desde diversos enfoques teóricos en la Psicología, donde se le ha dado una gran importancia en el funcionamiento del ser humano, en la niñez es de vital importancia para un adecuado desarrollo de esta, pero para los niños es una tarea difícil ya que tienen que adquirir, valores y formas de vida ya establecidas, tiene que mirarlos, sentirlos y vivirlos pero así mismo como adquieren, la sociedad inicia sus exigencias para con el, así el concepto que se forma del si mismo deriva en gran medida de nuestras relaciones con el resto de la gente, por ello la importancia de el si mismo es el centro fundamental para el desarrollo de la autoestima.

En México no existía un instrumento diseñado para nuestra población, pero Verduzco y cols., 1989, adaptaron e hicieron la primera versión en español del inventario de autoestima de Coopersmith.

2.1 DEFINICIONES DE LA AUTOESTIMA

William James (1892), con la primera noción de sí mismo, señalando que como el ser humano responde de diferentes maneras a diferentes roles, tendría que existir por lo tanto varios, selves. (op. cit., Muñoz M., 1986).

Wells L. (1976), menciona que Taylor (1955), propuso que el self es el resultado de una actividad exploratoria y de la experiencia con el propio cuerpo . Durante la edad temprana el autoconcepto del individuo se basa en sus propias percepciones mas tarde el panorama de sí mismo está basado de acuerdo a los valores que adquiere de las interacciones con otras personas.

James Drever (1956), define a la identidad como "la condición de ser él mismo, o similar en todo respecto al carácter de persistir esencialmente inmodificado.

Rosenberg (1965), mencionó que el self se caracteriza por su dinámica, organización y armonía y en sus estudios muestra que los conflictos entre padres e hijos son la causa mas reiterativa para que se produzca una baja autoestima.

Para Coopersmith (1967), la Autoestima es definida como " Aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo; es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos (op. cit., Verduzco y cols., 1989)

Coopersmith (1976), menciona también al Self, como una abstracción que el individuo desarrolla con respecto a los atributos, capacidades, objetos y actitudes que posee y persigue, teóricamente la persona realiza una abstracción del objeto, también subraya la importancia de la interacción con los padres para el desarrollo de la autoestima, en cuanto a los antecedentes y el nivel de autoestima esta dando por tres condiciones básicas.

- 1- Total o casi total aceptación de los niños por parte de sus padres.
- 2- Límite al comportamiento claramente definido.
- 3- Respeto y libertad para la acción individual que existe dentro de los límites definidos.

Erikson (1973), expresó que las madres crean en sus hijos un sentimiento de autoconfianza mediante el cuidado de las necesidades del niño. esto le da al infante un sentimiento de confiabilidad dentro del estilo de vida de la cultura a la que pertenecen . Lo que crea en el niño un sentimiento de identidad, que más adelante se convertirá en " ser aceptable" " ser uno mismo" y de convertirse en lo que la otra gente confía en uno " llegara a ser". El estado de confianza, dice este autor, es para el niño no solo un aprendizaje que puede confiar en sus padres o sustitutos, sino que también puede desarrollar su propia autoconfianza.

Deutch y Krauss (1974), consideran que el individuo experimenta un sentimiento de sí mismo a medida que se define como consecuencia de los papeles que desempeña; en este sentido, el concepto de sí mismo, es una estructura cognitiva que surge de la interacción del organismo humano y su ambiente social. en (1979). Se origina el concepto de sí mismo siendo un self individual condicionado por un rol social y es en este sentido en donde el concepto de rol desarrollado tradicionalmente ha concentrado su atención en tres distintos factores.

1- Biológico Aquellos aspectos cuyo centro están dados sobre factores biológico, individuo que determina su rol sexual

por su género (Hult, 1972).

2- Medio Ambiente. Aspectos cuyo centro es dado sobre los factores ambientales que argumentan su conducta, que son roles sexuales aprendidos precariamente como consecuencia de distintas conductas de otros niños y después de adultos así es la propia cultura la que refuerza patrones de conducta implicando esta sustancia la aceptación de una vista biológica (Hoffman, 1977).

3- Una tercera alternativa, postulando que ambas es decir la biológica y medio ambiente den la visión del desarrollo del rol sexual que puede ser llamada aproximación cognitiva (Kakberg 1966), afirmo que no solo es el aspecto genético y el del medio ambiente los que conforman el rol es el aspecto cognitivo es el punto activo en la formación del sí mismo y los anteriores serían tan solo un vistazo pasivo en el desarrollo humano.

Allport, G. W. (1986), manifiesta que el "sí mismo" se va formando gradualmente a lo largo de la vida del individuo; este constituye un proceso que se inicia desde los 3 años en el infante, durante este proceso se logran 7 aspectos de particular relevancia para la constitución del sí mismo:

1.- Sentido del sí mismo corporal.

- 2.- Sentido de una continua identidad de sí mismo.
- 3.- Estimación de sí mismo, amor propio.
- 4.- Extensión del sí mismo.
- 5.- Imagen del sí mismo.
- 6.- El sí mismo como solucionador racional.
- 7.- Esfuerzo orientado.

El sí mismo representa el núcleo de nuestro ser, por ello desempeña un papel primordial en la vida de todo individuo "El sí mismo es el primer criterio de la existencia" (Allport, 1986).

La autoestima se forja a través de la interacción social, debido a su naturaleza netamente social, así Secord y Blackman (1979), mencionaron que las teorías del autodesarrollo dan importancia a la percepción que el individuo tiene de como las otras personas lo consideran a el " centrando su atención en el proceso por el cual, el compara sus ideas sobre sí mismo con las normas sociales, es decir con las expectativas que cree que las otras personas tienen sobre lo que el debe hacer y sobre lo que el es.

En un documento de Coopersmith (1981), se encontró una aportación sobre el tema "Es la evaluación que hace y mantiene

constantemente el individuo en relación consigo mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En suma, la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo; es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos".

Díaz Guerrero (1979), la poca o nula impresión o reacción del Mexicano al escuchar hablar de amor o ternura, se debe a que si al Mexicano le han faltado muchas otras cosas, en la infancia, no le han faltado ternura afecto y amor, "dos aspectos importante para el mantenimiento o preservación de la propia estima, son; uno el de poderse autoevaluar con cierta firmeza y mas o menos positivamente, es decir considerarse así mismo como valioso, el otro implica la necesidad de ser valorado altamente por los demás, y para poder valorarse altamente a sí mismo, se necesita que la persona se sienta tranquila, en varios aspectos", que incluyen haber aprovechado las oportunidades que le ha dado la vida, oportunidades de aprender de crear , en si de ser.

Rodríguez E. y cols., (1985), escriben que el Autoconcepto es el conjunto de creencias que el individuo tiene de sí mismo.

La afirmación de Ochoa, (1987), considera que la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo la alta autoestima implica que el individuo se respeta y se estima sin considerarse peor que los otros y sin creerse perfecto, por el contrario, reconoce sus limitaciones y espera mejorar. En cambio la baja autoestima se refiere a la insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo. (op. cit., Phina Ychay Ux, 1993).

Pilar (1989), percibe la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficiencia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que el siente hacia sí mismo. estas actitudes indican lo que el individuo cree ser capaz (op. cit., Phina Ychay Ux, 1993).

2.1.1.2 ANTECEDENTES DE LA AUTOESTIMA

La autoestima ha sido un tema abordado desde diferentes puntos de vista, pero ciertamente es que en la infancia se va formando, estructurando el llamado self y se va cimentando el autoconcepto o autoestima del niño, también cierto es que las alteraciones físicas, psicológicas y/o sociales tiene gran importancia en su formación, por ello hay que tomar en cuenta cualquiera de ellas, ya que existen factores que de detectarse prematuramente se lograría, un gran avance a nivel preventivo.

Entre los resultados adecuados de la autoestima durante los primeros años de vida, resulto que la relación de esta y los deseos del niño por aprender dentro de la escuela, tiene relación con una alta motivación en las tareas, con buenas relaciones con sus compañeros.

La autoestima positiva es importante en los primeros años de la vida del niño debido a que determina la actuación y su aprendizaje. Los niños que tienen una alta autoestima están deseosos de aprender, se llevan bien con los demás, están muy motivados y llegan a ser personas exitosas. Los niños que les falta autoestima no aprenden tan bien, se sienten inadecuados y compensan esos sentimientos criticando los logros de los demás

se vuelven sensibles, se preocupan de lo que los demás pueden pensar y están desmotivados. Cuando surgen los problemas culpan a sus compañeros y siempre encuentran excusas para ellos mismos. Como no confían en los mismos, creen que van a fracasar, así es que rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar, pues después de continuos fracasos llegan realmente a creer que no pueden. Como resultado su nivel de autoestima y su motivación disminuyen más, Reasoner, 1982 (op. cit., Lara A. y cols., 1989).

Fenichel (1988), siguiendo la línea psicoanalítica, comenta que la nostalgia del sentimiento del narcicismo primario se denomina "necesidad narcisista". La autoestima constituye la manera en que el individuo se hace cargo de la distancia que lo separa de la omnipotencia primitiva. Los métodos primitivos de la regulación de la autoestima surgen del hecho que el primer anhelo de objetos tiene el carácter de eliminación del placer perturbador y que la satisfacción por el objeto suprime el objeto mismo y surge el estado narcisista. Cuando uno logra librarse de un estímulo displicente, se produce una restauración de la autoestima. La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo, el suministro de alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima. El niño pierde autoestima cuando pierde amor y lo logra, cuando

recupera amor. Es esto lo que hace decrecer la autoestima, todo ideal que se cumple, la eleva (op. cit., Phina Ychay Ux, 1993).

Se plantea que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas mas activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosos y con mejores capacidades para tolerar el stres interno o externo, Lundgren (1978); (op. cit., Verduzco y cols., 1989). Así mismo se manifiesta que la alta autoestima presenta menos sensibilidad a las criticas, suelen tener mejor salud física, a disfrutar de sus relaciones interpersonales y a valorar su independencia, Rosenberg (1962); (op. cit., Verduzco y cols., 1989).

La formación de la autoestima esta estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de limites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas (Coopersmith, 1976).

2.2 INVESTIGACIONES DE LA AUTOESTIMA

Entre las consecuencias positivas de la autoestima en los primeros años de vida, se reporta una relación entre ésta y los deseos del niño por aprender dentro de la escuela, se le asocia con una alta motivación en las tareas, con buenas relaciones con los compañeros (Reasoner, 1982), y con un mayor compromiso con el trabajo y con el respectivo éxito en el mismo (Bledsoe, 1984; Brookever, Thomas & Patterson, 1984; Bodwin & Bruck, 1984); (op. cit., Verduzco y cols., 1989). Y por el contrario se muestra en los estudios que una baja autoestima en un niño tiene relación, con fracaso escolar, drogadicción, delincuencia (Reasoner, 1982), con depresión (Beck, 1967), ansiedad (Rosenberg, 1962), Apatía, Aislamiento, y pasividad (Coopersmith, 1967), trastorno de déficit de atención (Verduzco y cols., 1989).

Vite San Pedro (1990), dice que la gran diversidad de estudios nos permite observar que existen diferencias en la autoestima, después de estas investigaciones como fue la hecha en madres con mayor y menor antigüedad en el trabajo, con edades entre 25 y 50 años con uno o mas hijos, dando por resultado que las que tienen menor antigüedad en el trabajo remunerado, se autoestiman negativamente como trabajadoras

presentan una evaluación positiva como amas de casa, muestran una mayor dependencia social de la autoestima en su rol de amas de casa, sus antecedentes familiares de la autoestima son positivos. Las madres que tienen mayor antigüedad en el trabajo remunerado, se autoestiman positivamente como trabajadoras, se evalúan negativamente como amas de casa, se evalúan positivamente como esposas, no presentan una dependencia social de la autoestima como amas de casa y sus antecedentes familiares de la autoestima son negativos.

Verkuyten (1993), realizó un estudio donde explora la importancia de reflejo de Valuación (Tasación), comparación social y el autoatributo, es tomo en cuenta la autoestima en la cantidad de niños minoritario de tribus étnicas. Estos resultados indicaron que para entender el nivel de la autoestima, entre diferentes grupos es igualmente necesaria de concentración en los procesos formativos de la autoestima y el camino en que operan en estos grupos. Esto sugiere que la posición minoritaria y la cultura pueden afectar la importancia atribuida para los diferentes orígenes de la autoestima.

Vallerand, Francoys Gagñe, en la Universidad de Quebec de Montreal; Pelletier, de la Universidad de Ottawa (1991), reportaron un trabajo donde el propósito del este estudio fue

comparar una escala unidimensional contra una multidimensional de autoestima usando un enfoque de comparación de grupos, en el primer estudio, hombre y mujeres que fueron estudiantes talentosos y regulares realizaron el test. La percepción de competencia (Harter, 1982). Esta escala mide autoestima de 3 maneras: cognitivas (escuela), Física (deportes y actividad física) y social, que es la autoestima en general. Los resultados mostraron que los estudiantes talentosos tienen mas alta autoestima que los estudiantes regulares solamente en dominancia cognitiva. en el segundo estudio, se realizo una replica y extensión de este campo , para el contexto de los deportes, mujeres y hombres talentosos presentan significativamente un nivel mas alto de autoestima, también reportan un nivel alto de autoestima física aunque en menor extensión. Además los hombres estudiantes reportaron un nivel alto de autoestima que las mujeres en dominancia física, (estudio 1 y 2), igual que en natación (estudio 2). Estos campos fueron interpretadas como evidencia fuerte para una escala miltidimensional de autoestima.

Verduzco y cols., (1989), motivadas porque la autoestima había sido poco estudiada en México y por no contar con los instrumentos apropiados para medirla, probaron un instrumento que ha sido muy utilizado e investigado en los países de habla

inglesa, y se comparó el comportamiento de la población mexicana. Este trabajo presenta el procedimiento para la elaboración de la primera versión en español del inventario de autoestima de Coopersmith, así como los datos normativos, correspondientes, para que puedan servir de parámetros en investigaciones posteriores. Se analizaron las diferencias en relación con el sexo y el grado escolar, y se compararon los resultados obtenidos en la población norteamericana y mexicano-norteamericana de los Estados Unidos de Norteamérica.

Verduzco y García R., (1989), idearon un curso para padres a fin de que pudieran trabajar en los aspectos básicos de la formación de la autoestima de sus hijos, por medio de la aceptación, el respeto y el apoyo, fijando los límites. Para poder llevar a cabo esto y obtener resultados fue necesario trabajar primero con los padres en relación con ellos mismos, y después en relación con sus hijos, pues se encontró que los padres no manejaban ninguno de estos aspectos en ellos mismos. Todo ello en base en que los niños son seres en formación necesita del apoyo de los adultos porque el no puede hacerlo todo y solo.

Dada su importancia, se han desarrollado instrumentos de evaluación de la autoestima que sirvan como herramienta clínica

y de investigación, entre las que se encuentra el inventario de autoestima de Coopersmith (1967) para niños. La validez y confiabilidad del instrumento ha sido ampliamente estudiado (Kokones, 1973, 1974, 1978; Coopersmith, 1982; Johnson, 1983; Robertson, 1986; Kozeluk y cols., 1990); (op. cit. Verduzco y cols., 1989). En el caso de México, este instrumento ha sido traducido y aplicado a población infantil mexicana con buenos resultados en cuanto a su validez y confiabilidad. (Verduzco y cols., 1989). Este estudio tuvo por objetivo lograr un instrumento que tuviera validez y confiabilidad para la población mexicana en su versión en español del inventario de autoestima de Coopersmith para niños, en una muestra más amplia que la usada con anterioridad, introduciendo algunos cambios en la redacción de ciertos reactivos. El resultado de estos trabajos fructifico en un instrumento con 5 escalas; Deseabilidad social, social, escolar, self general y hogar en 58 reactivos, la cual se contesta en forma dicotomica que concluye con la calificación del instrumento

DESEABILIDAD SOCIAL

6. Soy despreocupado.....		
13. Siempre hago lo que esta bien.....		
20. Siempre estoy contento.....		
27. Me cae bien toda la gente que conozco.....		
34. Casi nunca me regañan.....		
41. Rara vez me apeno.....		
48. Yo siempre digo la verdad.....		
55. Siempre se que decir a la gente.....		

SOCIAL

4. le caigo bien a la gente casi siempre.....		
11. Soy una persona divertida.....		
18. Soy popular entre los niños (a) de mi edad.....		
25. Prefiero jugar con niños(as) mas chico(as) que yo.....		
32. Los niños(as) casi siempre siguen mis ideas.....		
39. Me disgusta estar con otras personas.....		
46. Los niños(as) la traen contra mi muy seguido.....		
53. Los demás son mas aceptados que yo.....		

ESCOLAR

7. Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase..		
14. Esto orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.....		
21. Estoy trabajando lo mejor que puedo.....		
28. Me gusta que me pregunten en clase.....		
35. Trabajo en la escuela menos de lo que me gustaría.....		
42. Casi siempre me siento a disgusto en la escuela.....		
49. Mi maestro(a) me hace sentir que no soy suficientemente capaz.....		
56. Muchas veces me desanimo en la escuela.....		

SELF GENERAL

1. Me paso mucho tiempo soñando despierto.....		
2. Soy muy seguro de mi mismo(a).....		
3. muchas veces me gustaria ser otra persona.....		
8. Me gustaria ser mas chico (a).....		
9. Me gustaria cambiar muchas cosas de mi si pudiera.....		
10. Puedo tomar una decision sin mucha dificultad.....		
15. Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer.		
16. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.....		
17. Muchas veces me apeno por las cosas que hago.....		
22. Me doy por vencido(a) muy facilmente.....		
23. Casi siempre hago mis cosas yo solo(a).....		
24. Soy muy feliz.....		
29. Me entiendo a mi mismo.....		
30. Me cuesta mucho trabajo aceptar como soy.....		
31. Las cosas estan muy enredadas en mi vida.....		
36. Puedo decidirme ha algo y no dudar de mi decision.....		
37. Me disgusta ser niño(a).....		
38. Tengo una mala opinion de mi mismo(a).....		
43. Muchas veces me averguenzo de mi.....		
44. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoria de la gente.		
45. Si tengo algo que decir casi siempre lo digo.....		
50. Me importa muy poco lo que me pase.....		
51. Soy un fracaso.....		
52. Me molesto facilmente cuando me regañan.....		
57. Las cosas me afectan muy poco.....		
58. Se puede confiar muy poco en mi.....		

HOGAR

5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.....		
12. En casa me molesto fácilmente.....		
19. Mis papas casi siempre toman en cuenta mis sentimiento..		
26. Mis padres esperan demasiado de mí.....		
33. Me ponen muy poca atención en mi casa.....		
40. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.....		
47. Mis padres me comprenden.....		
54. Siento como si mis padres me forzaran a hacer las cosas.		

La calificación de los reactivos se hace de la siguiente manera:
SI corresponde a 1 y NO corresponde a 0 en los reactivos
siguientes:

2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29,
32, 34, 35, 36, 41, 45, 47, 48, 52, 55, 57.

SI corresponde a 0 y NO corresponde a 1 en los reactivos
siguientes:

1, 3, 6, 7, 8, 12, 15, 16, 17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 37, 38,
39, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 58.

Tomando en cuenta dichas indicaciones, se obtiene la suma
de los puntajes y dicho puntaje constituye la calificación
final.

En el artículo que se retoma para esta calificación
sugieren que no se apliquen los reactivos 32, 17, 35, 8, 37,

y 57 por no ser valido para niños mexicanos por cuestiones culturales, (Verduzco y col., 1989). Pero para mantener confiabilidad y validez se optó por aplicar el inventario completo.

Verduzco y cols., (1992). Con los siguientes resultados en cuanto a los parámetros de la muestra, se obtuvo una puntuación media de 70.28, con una desviación estándar de 11.2, con un rango de 14 a 94 puntos, con una kurtosis de 1.1 y simetría de -.834. Las frecuencias de respuesta por ítem mostrando valores superiores al 37% con excepción de algunos reactivos que pueden estar funcionando de manera opuesta en México. Se evaluó la confiabilidad del instrumento, por medio del coeficiente Alpha de Cronbach en el que se observo un valor de 0.77.

En la observación clínica, Verduzco y col., (1989). demuestran que los niños que presentan trastornos por déficit de atención, son inseguros y tienen niveles bajos de autoestima, esta investigación analizó los principales aspecto de este padecimiento en relación con la autoestima medida a través del inventario de Coopersmith para niños se compararon tres grupos diferentes:

1) Niños con trastornos de atención, que no habían recibido

tratamiento (n-20).

- 2) Niños con trastornos de atención que habían estado en tratamiento de reeducación pedagógica por un período mínimo de 6 meses y máximo de un año (n-20).
- 3) Niños sin trastornos de atención o grupo control (n-292).

Los resultados demuestran diferencias significativas entre los grupos, con una clara tendencia hacia puntajes menores de autoestima en niños con trastornos de atención sin tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el desarrollo de la autoestima, varios factores pueden afectar la formación de la autoimagen de uno mismo y de como se es percibido, en los problemas de conducta, adaptativos o relacionados con el desarrollo de la autoestima del niño es importante tener conocimiento de los posibles factores que producen esto, para obtener una visión mas amplia y confiable para la evaluación y detección temprana de problemas de conducta, aprendizaje y otros gestados no como un problema aislado sino como un reflejo de alguna alteración física o psicológica en los niños como es la enuresis y su incidencia en niños escolares, lo cual daría pauta a un primer indicio y a una posible solución.

JUSTIFICACIÓN

Si como se supone la enuresis tiene relación con la autoestima, siendo esta un factor importante, que forma parte del ser humano como un ser biopsicosocial, el cual al tener una alteración en alguna de sus áreas, modifica su desarrollo, y su formación, altera su conducta muchas veces en decremento de un óptimo funcionamiento en el medio, todo esto es con el fin de proceder a un tratamiento oportuno, eficaz y adecuado y más importante una detección temprana y diferencial de la causa, que puede ser, una alteración del sueño como la enuresis la cual es más frecuente de lo que se piensa y poco detectable por factores sociales y culturales la cual tiene tratamientos que en su mayoría resultan eficaces. Con este trabajo se pretende aportar más elementos que permitan al Psicólogo intervenir en forma eficiente en los problemas comportamentales relacionados con la autoestima y la enuresis.

OBJETIVO

Este proyecto tuvo como finalidad principal llevar a cabo una investigación que permitiera determinar si existen, o no, diferencias en la autoestima entre niños enuréticos y no enuréticos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Hay diferencias en la autoestima de niños enuréticos comparada con la de los niños no enuréticos?

HIPÓTESIS

H_1 : Los niños enuréticos tienen menor autoestima que los no enuréticos.

H_0 : No existen diferencias significativas entre los niños que presentan enuresis y los que no la presentan con respecto a su nivel de autoestima.

H_a : Existen diferencias significativas entre los niños que presentan enuresis y los que no la presentan con respecto su nivel de autoestima.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE.

Enuresis:

Conceptual

Emisión involuntaria de orina durante la noche o el día. No debería tener lugar en niño después de los tres años (DSM-III-R).

VARIABLES DEPENDIENTE.

Autoestima:

Evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso, es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo.

VARIABLES INDEPENDIENTE.

Enuresis:

Operacional

Derrame involuntario de orina, "incontinencia de la orina"

VARIABLES DEPENDIENTES.

Autoestima:

Es la respuesta que se da a la escala que la mide por medio de puntajes obtenidos a través del inventario de Autoestima Coopersmith.

MÉTODO

SUJETOS

El estudio se realizó con 44 niños y niñas, fueron clasificados en el presente estudio dentro de 2 grupos relacionados de los cuales, 22 niños presentaron enuresis nocturna (Grupo Experimental) que no fueron tratados en ninguna institución al momento de la investigación y 22 niños que no presentaron enuresis (Grupo Control), las edades oscilaron entre los 6 y 12 años, todos ellos cursando la educación primaria,

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Variable	grupo exp.	grupo control
Sexo	masc.	14
	fem.	8
Edad	6-12	6-12
	X	8.3
	D.E.	1.8
Escolaridad	1o. a 6o.	1o. a 6o.
	X	3.0
	D.E.	1.7

MUESTREO

Fué intencional al azar, se selecciono de la población niños enuréticos y no enuréticos (Kerlinger, 1990).

TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación EX POST FACTO, no se introdujo ningún tratamiento o factores modificadores, únicamente se observó las características que mostraron los niños enuréticos . El tipo de estudio realizado es de campo (Kerlinger 1990).

DISEÑO

Preexperimental de comparación entre dos grupos apareados

$$O_A - O_B.$$

INSTRUMENTOS

1-. El inventario de autoestima de Coopersmith (1967) estandarizado en niños mexicanos por Verduzco y col. (1989)

consta de 58 reactivos agrupados en las diferentes escalas: Deseabilidad Social, Social, Escolar, Self General y Hogar. En el artículo que se retoma para esta calificación sugieren que no se apliquen los reactivos 32, 17, 35, 8, 37, y 57 por no ser valido para niños mexicanos por cuestiones culturales. (Verduzco y col., 1989). Pero para mantener confiabilidad y validez se optó por aplicar el inventario completo.

2-. Se utilizó el cuestionario de alteraciones oníricas de Lara Tapia y col. (1976).

Para apoyar el proceso de inclusión de la muestra se conformo el cuestionario elaborado de acuerdo a las necesidades de la investigación: Nombre, edad, sexo, escolaridad, núm. de hermanos, lugar entre los hermanos, con quien vive, número de familiares con alteraciones de sueño, ocupación del padre y de la madre, escolaridad de los padres, ocupación, ingresos familiares, lugar del hijo preferido si lo hay, datos clínicos, tratamiento psicológico, tratamiento médica, enfermedades contagiosas, evolución.

PROCEDIMIENTO

Se efectuó una entrevista, (en la casa de cada uno de los niños), con los papás o persona encargada de ellos, se les aplicó un cuestionario que incluye preguntas respecto al trabajo, escolaridad y características de la familia, se incluyeron las alteraciones oníricas, que se presentan en el niño y en su familia, (tabla, de H. Lara Tapia.). Al niño se le aplicó, el inventario de autoestima de Coopersmith. estandarizado por Verduzco y cols., (1989). (VÉASE APÉNDICE 1,2 Y 3).

Se procedió a seleccionar a los niños enuréticos y no enuréticos. como se describe en características de la muestra.

Con los niños enuréticos, se concertaron citas en sus escuelas, esto fue por medio de una visita previa donde se solicitó una entrevista con el director de cada una de las escuelas y posteriormente con los padres de familia.

Los directores permitieron el acceso a sus instalaciones, se dio información general de los objetivos de la investigación y el posible apoyo que se les puede dar a los padres de familia

de tipo "informativo" de lo que es la enuresis y de la amplia gama de posibilidades de curar esta alteración, y la posibilidad de canalizar a los niños enuréticos a los centros de salud que les corresponda, si así lo solicitase el padre del niño.

Se solicitó el permiso para poder entrevistar a los niños, de acuerdo a los tiempos y disposición de la escuela, procurando no afectar las labores académicas, y se propuso se permitiera utilizar las aulas o el salón de usos múltiples, esto fue posible solo en 2 de las 4 escuelas contactadas, ya que en 2 de ellas aceptaron la información pero negaron la existencia de niños enuréticos, en las otras 2 se consiguieron 5 niños enuréticos.

Dada esta circunstancia se optó por buscar en la población en general, propiciando una platica en la calle con personas transeúntes, vertiendo información sobre el proyecto, y solicitando una entrevista a niños que se "hicieran de la pipí en la cama, por las noches," obteniendo una respuesta mas favorable por la espontaneidad de algunas personas para ayudar a encontrar y ubicar a estos niños, cambiando la estrategia, e iniciando la entrevista con los padres directamente, y posteriormente con los niños, pasando a ultimo lugar la escuela (en ese momento, se contacto la escuela para igualar la

muestra), de tal manera que en el transcurso de 2 meses y medio se ubicaron a los 17 niños enuréticos faltantes y paralelamente se fue igualando la muestra con los niños que no presentaron enuresis.

Se traslado a las escuelas donde estudiaban los niños enuréticos, a solicitarseles a las autoridades educativas el permiso para poder entrevistar a los niños sin enuresis y a sus maestros.

Se integró una lista de preguntas para los maestros, donde se exploró la habilidad de lectura del niño según su edad y grado, (solo fue de opinión y tomando en cuenta la experiencia y el conocimiento de cada niño por parte del maestro) tratando de no tener otras posibles alteraciones que pudieran afectar los resultados.

El investigador se traslado al lugar el día y en la hora en que se le permitió por cada uno de los entrevistados y su familia, la aplicación fue en los lugares sugeridos por la familia y donde hubo posibilidad de realizarlo, en las casas de los niños, en el salón de clases, se aplicaron en un solo día el inventario y los cuestionarios uno después del otro. Después de la primera entrevista con el niño, se procedió a

solicitarle contestara, a las preguntas del inventario, para éllo, se leyeron las instrucciones al niño, se apoyo con el ejemplo que hay en el inventario, asegurándose que se comprendió, se les leyó las preguntas a todos los niños y se respondió cada reactivo del inventario (véase apéndice 1). Después, que contestó se le aplicó a los padres o persona responsable del niño los cuestionarios de alteraciones oníricas y demográfico leyéndoles cada una de las preguntas y contestando todas las que ellos hicieron, el cuestionario obtuvo datos de nivel escolar y socioeconómico; el cuestionario de alteraciones de oníricas se aplicó al final, especificando que incluiría, no solo a el niño sino también el entrevistado el cónyuge, hermanos, abuelos, primos, tíos, y sobrinos, procurando obtener información de parientes que hubiesen padecido alguna alteración en alguna etapa de su vida, sin importar que actualmente ya no presentasen dicha alteración o que ya hubiesen fallecido. El tiempo aproximado de aplicación de los instrumentos fue de 30 a 45 min. (véase apéndice 2), una vez transformada en números las respuestas se capturaron en una base de datos y procesados estadísticamente.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Variable	grupo exp.	grupo control														
Sexo	masc.	14														
	fem.	8														
Edad	6-12	6-12														
\bar{X}	8.3	8.3														
D.E.	1.8	1.8														
Escolaridad	1o. a 6o.	1o. a 6o.														
\bar{X}	3.0	3.0														
D.E.	1.7	1.7														
Escuela	Privada	Particular														
Frecuencia	9	5														
Grado Escolar	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Frecuencia</td></tr> <tr><td>1°</td><td>12</td></tr> <tr><td>2°</td><td>8</td></tr> <tr><td>3°</td><td>7</td></tr> <tr><td>4°</td><td>7</td></tr> <tr><td>5°</td><td>5</td></tr> <tr><td>6°</td><td>5</td></tr> </table>		Frecuencia		1°	12	2°	8	3°	7	4°	7	5°	5	6°	5
Frecuencia																
1°	12															
2°	8															
3°	7															
4°	7															
5°	5															
6°	5															

RESULTADOS

Importante es la frecuencia en cuanto a la ubicación del niño dentro de la familia pues se observa que es más frecuente la enuresis en los hijos primogénitos y el 2do. hijo de la familia y no así en los subsecuentes hijos, a partir de el tercer lugar, se observa como va disminuyendo la probabilidad de verse afectado por la enuresis.

TABLA 1.1

NUM. DE HIJO	
Valor	Frecuencia
1ro.	15
2do.	15
3ro.	8
4to.	5
5to.	1
Total	44

Se consideraron elementos de juicio para determinar esto, y proponer otras investigaciones, de los factores determinantes en la autoestima, tomando en cuenta o no a la enuresis.

Las respuestas de los reactivos fueron sumadas y la calificación fue sometida a una prueba t de confiabilidad, donde primero se obtuvo la diferencia del inventario de Autoestima de Coopersmith, en general (todo el inventario) y posteriormente se hizo por áreas. Donde se obtuvieron los siguientes resultados, no existen diferencias significativas entre los niños enuréticos y los no enuréticos, en general, ni en particular.

TABLA 3
AUTOESTIMA

Medias y desviaciones del inventario de Coopersmith						
ESCALAS	Grupo Control		Grupo Experimental		t	N O S I G.
	media	Desv. Std.	Media	Desv. Std.		
Calificación Total	38.22	6.07	35.63	7.44	1.26	*
Deseabilidad Social	5.18	1.14	5.09	1.71	0.21	*
Social	5.45	1.94	4.68	1.39	1.51	*
Escuela	5.63	1.43	5.77	1.27	-0.33	*
Hogar	5.40	1.46	5.31	1.72	0.19	*
Self-General	16.54	3.01	14.77	3.57	1.78	*

No habiendo encontrado diferencias en estos puntos y pese a no haber sido considerada originalmente en este estudio, se procedió a realizar un análisis más detallado de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas.

**DIFERENCIAS DE LA AUTOESTIMA DE NIÑOS ENURÉTICOS Y NO
ENURÉTICOS COMPARACION ENTRE AMBOS GRUPOS**

No existen diferencias significativas entre el grupo control, y el grupo experimental en ninguna de las subescalas de el inventario de Coopersmith, a pesar de que algunas de ellas denotan ciertas tendencias a ser diferentes.

Se puede observar que no existen diferencias significativas en cuanto a la deseabilidad social, pueden tener las misma aspiraciones de éxito o similares.

DESEABILIDAD SOCIAL

TABLA 3.1

	numero de casos	media	Standard Desviación	Standard Error
Grupo 1	22	5.1818	1.140	.243
Grupo 2	22	5.0909	1.716	.366

		Pooled Variance Estimate			Separate Variance Estimate		
F	2-Colas Valor Prob.	t	Grados de Libertad	2-Colas Prob.	t	Grados de Libertad	2-Colas Prob.
2.27	.068	.21	42	.837	.21	36.51	.837

En el área social tampoco existen diferencias significativas, esto se justifica a la igualdad de la muestra y apoya la opinión de Coopermith de no encontrar diferencias significativas, entre la autoestima y la clase social, tomando en cuenta la ocupación, ingreso y residencia.

SOCIAL

tabla 3.2

	número de casos	media	Standard Desviación	Standard Error
Grupo 1	22	5.4545	1.945	.415
Grupo 2	22	4.6818	1.393	.297

F 2-Colas		Pooled Variance Estimate			Separate Variance Estimate		
Valor	Prob.	t	grados de libertad	2-Colas Prob.	t	grados de libertad	2-Colas Prob.
1.95	.134	1.51	42	.137	1.51	38.06	.138

Tampoco se observan diferencias significativas en el área escolar, lo cual sugiere que tiene tanta probabilidad de tener bajo rendimiento un grupo como el otro, similar probabilidad de fracaso escolar, podrán ser tan agresivos unos como los otros y podrán tener problemas de aprendizaje unos y otros.

ESCOLAR

tabla 3.3

		Numero de casos	Media	Standard Desviación	Standard Error
Grupo 1		22	5.6364	1.432	.305
Grupo 2		22	5.7727	1.270	.271

		Pooled Variance Estimate			Separate Variance Estimate		
F	2-Colas	t	Grados de Libertad	2-Colas Prob.	t	Grados de Libertad	2-Colas Prob.
1.27	.586	-.33	42	.740	.33	41.40	.740

No se observan diferencias significativas, en el hogar, son tratados de manera similar en el núcleo familiar, son aceptados y reciben apoyo, suponemos que la aceptación del niño con sus cualidades y el respeto de sus intereses y un apoyo a sus desiciones en el hogar permiten un desarrollo paralelo al de cualquier otro niño.

HOGAR

tabla 3.4

	Numero de casos	Media	Standard Desviación	Standard Error
Grupo 1	22	5.4091	1.469	.313
Grupo 2	22	5.3182	1.729	.369

		Pooled Variance Estimate			Separate Variance Estimate		
F	2-colas	t	grados de	2-Colas	t	grados de	2-Colas
Valor	Prob.	Valor	Libertad	Prob.	Valor	Libertad	Prob.
1.39	.462	.19	42	.852	.19	40.93	.852

No existen diferencias significativas en el self-general, lo cual indica que podrán manifestar su aprobación o rechazo y podrán indicar el grado en que sientan capases, significativo, exitosos y valiosos.

SELF GENERAL

tabla 3.5

	Numero de Casos	Media	Standard Desviación	Standard Error
Grupo 1	22	16.5455	3.019	.644
Grupo 2	22	14.7727	3.571	.761

		Pooled Variance Estimate		Separate Variance Estimate	
valor f	2-Colas Prob.	t Valor	grados de Libertad	t Valor	grados de Libertad
1.40	.448	1.78	42	.083	40.87
					.083

Se observa en esta tabla que ninguna de las áreas esta afectada en su autoestima, pues todas no llegan a ser significativas aunque existe una tendencia hacia una mayor autoestima en los niños del grupo control, excepto en el área escolar.

TABLA GENERAL

TABLA 3.6

	\bar{X}	\bar{X}	t
Calificación Total	38.22	35.63	1.26
Deseabilidad Social	5.18	5.09	0.21
Social	5.45	4.68	1.51
Escuela	5.63	5.77	-.33
Hogar	5.40	5.31	.19
Self-General	16.54	14.77	1.78

En lo que respecta a las alteraciones oníricas apoyan en su mayoría lo reportado por (Lara Tapia y col., 1976) son mas frecuentes de lo que se piensa y se reporta.

TABLA 2

TIPO DE ALTERACIONES ONÍRICAS QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DEL GRUPO CONTROL, Y EXPERIMENTAL

Variables	No Enuréticos		Enuréticos	
	%	\bar{x}	%	\bar{x}
Síntomas asociados.	27.3	.45	59.9	1.0
Noctilalia.....	63.6	1.22	77.3	1.60
Bruxismo.....	49.1	.68	50.0	.682
Terrores nocturnos.	31.8	.36	36.4	.682
Sonambulismo.....	31.8	.45	45.5	.59
Aluc. hipnagógicas.	13.6	.13	22.7	.22
Encopresis.....	0	0	4.5	.04

NÚMERO DE SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DE LOS NIÑOS ENURÉTICOS Y NO ENURÉTICOS

TABLA 2.1

	No Enuréticos Núm. de fam.					*	Enuréticos Núm. de familiares.						*
	0	1	2	3	%		0	1	2	3	4	5	
Enuresis.....	12	8	2		45.5	6	9	2	3	1	1	72.7	
Noctilalia...	8	5	5	4	63.6	5	5	7	3	1	1	77.3	
Bruxismo.....	13	5	2	2	40.9	11	7	4				50.0	
Terrores nocturnos....	15	6	1		31.8	14	6			1	1	36.4	
Sonambulismo..	15	4	3		31.8	12	7	3				45.5	
Alucinaciones hipnagógicas.	19	3			13.6	17	5					22.7	
Encopresis...	22				00	21	1					4.5	

% de la alteración de sueño presente en los familiares.

* Los porcentajes no corresponde ya que un solo familiar puede presentar varios síntomas

En la enuresis; se obtuvo el porcentaje, de los familiares que presentaron en algún momento de su vida enuresis, en los niños que no presentan enuresis (grupo control) se observa un alto porcentaje en la presencia de uno a dos familiares afectados por la enuresis siendo del 45.5 %, comparado por el porcentaje presentado por el grupo experimental, el cual presenta el 72.7% de familiares afectados por la enuresis, con

hasta 5 de ellos afectados.

La noctilalia; es lo que se refiere a el hablar dormido, se observa que el grupo control con 63.6% y el grupo experimental con el 77.3%, presentan ambos familiares afectados con noctilalia, variando con el numero de familiares afectados, que va de 3 (grupo control) a 5 familiares (grupo experimental).

El bruxismo; o rechinar los dientes dormido es otra alteración del sueño en la cual se observa, que el 40.9% de los familiares del grupo control esta afectado, comparado con el 50.0% en el grupo experimental, pero en esta alteración podemos ver que los niños del grupo control presentaron un mayor índice de familiares con bruxismo, que los niños afectados con enuresis (grupo experimental).

Los terrores Nocturnos; se observa que el porcentaje es similar entre uno y otro grupo, con una diferencia de un familiar extra en el grupo experimental, ya que aunque se registran a un número de cinco familiares con este trastorno en los niños enuréticos, no existen familias con 2 o 3 miembro afectados.

El sonambulismo; es menos frecuente en un número no mayor a dos familiares afectados por familia, como se puede observar

y en ambos casos es abajo del 50% en ambos grupos.

Las alucinaciones hipnagógicas; en esta alteración se encontró entre el 10% y el 20% para ambos grupos con un sólo familiar afectado por familia en cada grupo, es de las menos frecuentes.

La encopresis; Esta última alteración del sueño es la menos frecuente y solo se reportó un caso, en el grupo de los niños enuréticos. Cabe mencionar que en diagnóstico de encopresis, esta se encuentra asociada en un 25% a la enuresis.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en lo que respecta al inventario de autoestima, se puede observar que en ninguna de las áreas existen diferencias significativas, aunque la enuresis es una alteración del sueño (fisiológica), que inicia en la infancia, y la autoestima se empieza a gestar también en esta etapa, por eso decimos que es paralela.

Podemos decir que no existen diferencias significativas entre el grupo de niños enuréticos y el que grupo de niños no enuréticos. Esto se determinó por los resultados obtenidos, sin embargo, hay una tendencia a una mayor autoestima en el grupo experimental, pero en ningún caso llegó a ser significativo.

Esto es explicable, de acuerdo a las observaciones de Coopersmith, S. (1976), quien manifiesta que es la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, en este caso por medio del inventario de autoestima.

En cuanto a que la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, aprueba o desaprueba, el grado en que el individuo se cree capaz significativo y exitoso y es una

experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y de otros comportamientos del como se siente, no se dió en los niños que participaron en esta investigación ya que por sus características, se observó que no provienen de familias desintegradas, que no presentan algún tipo de problema de aprendizaje o algún problema físico, y dónde se corroboró que existen familiares enuréticos, y donde desde el primer momento de aceptar ser entrevistados, tanto los padre como los niños, se observó que la formación de la autoestima, como menciona Coopersmith, S. (1976), se está moldeando dentro del núcleo familiar y esta no se ha visto decrementada ya que estos niños son aceptados con sus cualidades y defectos, e incluso son bien respetados por ser ello mismos, o por alguna otra cualidad que les distinga. Son bien aceptados en el núcleo familiar, a la enuresis se le minimiza o se integra a la vida familiar e incluso social, como algo normal, no se le considera un estímulo displicente aun cuando es desagradable, no afecta al niño en sentir desamor o rechazo, por ello la enuresis se manifiesta como algo secundario, estas características de la dinámica familiar permiten suponer como menciona Rosenberg, tiene razón en afirmar que la causa de baja autoestima depende de los conflictos que surgen entre padres e hijos. Se observó que no tienen baja autoestima los niños de esta muestra ya que no se da tal conflicto.

También, como es mencionado por Secord y Backman (1979), la autoestima se forja a través de la interacción social y en las teorías de desarrollo dan gran importancia a la percepción que el individuo tiene de como las otras personas lo consideran a el "centrando su atención en las normas sociales, o sea las expectativas que otros tiene de él y sobre lo que el es", o como dice Erikson, E. (1979), se crea un sentimiento de confiabilidad dentro del estilo de vida de la cultura a la que pertenecen por ello difícilmente, afectará, tomando en cuentas que muchas provienen de progenitores o familiares enuréticos.

Así mismo, William James, menciona con la noción de sí mismo; señala como el ser humano responde de diferentes maneras a diferentes roles, es el resultado de una actividad exploratoria y de la experiencia con el propio cuerpo en la edad temprana el autoconcepto del individuo se basa en sus propias percepciones y mas tarde el panorama de sí mismo esta basado de acuerdo a los valores que adquiere de las interacciones con otras personas.

Concuerda con Coopersmith (1976) y Allport; el primero subrayando la importancia de la interacción con los padres para el desarrollo de la autoestima y el segundo quien dice que, el sí mismo se va formando gradualmente a lo largo de la vida del

individuo.

Por todo esto suponemos que responde el niño enurético al medio en el que se desarrolla de una manera normal, sin perjudicar su desarrollo de la autoestima, siempre y cuando se respete la característica de factor principal, la enuresis.

Así Rodríguez (1985) y Ochoa (1987), tendrían razón, ya que el sí mismo de estos sujetos, son el conjunto de creencias que tienen de ellos mismos, manifestando una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, en este caso el inventario de Copersmith, basándonos en que no existen diferencias significativas, podemos suponer que su actitud es positiva, y no negativa a partir de que el inventario esta estandarizado y confiabilizado para la población infantil de México ahora bien no se puede afirmar lo mencionado por Pilar en cuanto a la satisfacción personal del propio funcionamiento y una actitud de aprobación del si mismo, ya que todo lo mencionado gira en torno a la relación interpersonal, familiar y cultural, como parte de el desarrollo de la autoestima en la infancia

También la investigación de Verduzco, A. (1989), del curso para padres comprueba que la autoestima es aprendida, ya que

para poder darles el curso a los padres de como trabajar con sus hijos y su autoestima primero tuvieron que enseñarlos a ellos mismos a trabajar para adquirir su autoestima, tomando en cuenta que los niños requieren orientación y que no pueden hacer todo ellos solos.

Para validar lo anterior, debemos referir que las respuestas de los reactivos, fueron sometidas a una prueba de confiabilidad, donde primero se obtuvo la diferencia del inventario de Autoestima de Coopersmith, S. (1976), en general (todo el inventario) y posteriormente se hizo por áreas donde obtuvo resultado que no existen diferencias significativas entre los niños enuréticos y los no enuréticos, en general ni en particular.

Al igual que no existen diferencias significativas entre el grupo control, y el grupo experimental en ninguna de las subescalas de el inventario de Coopersmith, S. (1976), una mas que otras denotan cierta diferencia, pero sin llegar a ser significativas.

Tambien se puede observar que no existen diferencias significativas en cuanto a la deseabilidad social, pueden tener las misma aspiraciones de éxito o similares.

En el área social tampoco existen diferencias significativas, esto se justifica a la igualación de la muestra y apoya la opinión de Coopermith, S. (1976), de no encontrar diferencias significativas, entre la autoestima y la clase social, tomando en cuenta la ocupación, ingreso y residencia. Verkuyten (1993). encontró en su comparación de lo social y el autoatributo que los niños de las etnias holandesas y turcas no tiene una autoestima baja académicamente y que la ejecución de la auto-atribución que es solo importante el origen de autoestima según Dutch. Si también es importante el origen entre los niños Turcos los resultados indicaron que para entender el nivel de la autoestima, entre diferentes grupos es igualmente necesaria de concentración en los procesos formativos (asumiendo que la aceptación mencionada por Coopersmith, S., es fundamental) de la autoestima, esto sugiere que la posición minoritaria y la cultura pueden afectar la importancia atribuida para los diferentes orígenes de la autoestima. No dándose lo primero en nuestra muestra, pero si lo ultimo, la importancia de la cultura.

Reafirmando lo mencionado por Díaz G. R. (1979), para valorarse altamente a sí mismo , se necesita que la persona se sienta tranquila en varios aspectos, intervienen factores tanto psicológicos, sociales y culturales en este último, el Mexicano, pudo haber carecido de muchas cosas pero de ternura

afecto y amor no, si esto ayuda a su evaluación firme y mas o menos positiva (valioso, por alguna otra aptitud o actitud) apoyada por una valoración alta por los demás esto , sugiere que la enuresis es una alteración del sueño que si bien causa ciertas molestias, e incóveniente, no es suficientemente, grave para poder, opacar, los diversos aspectos de la dinámica familiar y mucho menos social de estos niños.

Ahora bien como lo manifiesta Secord y Blackman (1979), tiene gran importancia la percepción que el sujeto del como las otras personas lo consideran a el, comparando sus ideas sobre sí mismo con las normas sociales y si las que conoce dentro de su familia no impiden el orinarse, no rompe ninguna norma y si las expectativas de sus padres no contemplan que el niño deje de orinarse tampoco es trascendente sobre lo que el niño debe hacer y lo que él es.

Por ello los resultados se fundamentan ya que la muestra de niños enuréticos se caracterizó por provenir de familias que se encuentran completas en el sentido de tener presencia tanto paterna como materna aunque en un caso la figura paterna es un sustituto (padrastro), en todas ellas la aptitud de la familia fue de aceptación, hacia la posibilidad de recibir información

que pudiese servir para eliminar la enuresis, manifestando el desconocimiento de que existen técnicas para curarla, y manifestando (remedios caseros los cuales han pasado de generación en generación) como; " se coloca un lienzo de agua caliente en el estómago", " calentar los riñones, porque es enfriamiento con papel caliente", argumentando; "en época de frío es normal que se orinen los niños", "es que es de temperatura fría"

Los resultados no apoyan el área de deterioro que maneja el DSM-III-R (1988), ya este se atribuye directamente al trastorno dependiente de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social al que se ve sometido por sus compañeros y la hostilidad, castigo y rechazo a que se le someten sus cuidadores, en este caso por sus padres, y en lo social por sus compañeros, simplemente, esta alteración del niño no es conocida en sus relaciones interpersonales fuera de casa, y al comparar sus ideas sobre sí mismo con las normas sociales, es decir con las expectativas que cree que las otras personas tienen sobre lo que debe hacer y sobre lo que el es no están enfocadas precisamente a las cuestiones de alteraciones de sueño, sino mas bien de logros, académicos y sociales, estos propios de su infancia.

Retomando lo dicho por West, Comby, Ribadeau-Dumas, en lo que respecta a la enuresis se reconoce que el disminuir líquidos puede ayudar, en algunas de las técnicas para eliminar, la enuresis, esto dependiendo de la orientación del terapeuta, aun cuando el tratamiento farmacológico es el mas usado en la actualidad.

Como se ha mencionado, el tratamiento con economía de fichas, avisadores y el farmacológico han dado excelentes resultados, disminuyendo costos, en tiempo, dinero, y esfuerzo, ya que en aproximadamente de 2 a 6 semanas desaparece la enuresis con tratamientos farmacológicos específicamente con Imaprimina.

Contrariamente a lo que menciona la terapéutica del sueño Laccase, que decía que se tiene que provocar la micción mediante un despertar nocturno a hora fija, es antifisiológico y el mejor medio de mantener la enuresis.

Por medio de estos resultados se rechaza lo dicho por Melanie K. (1962), donde la agresividad hacia los padres y las normas se manifiestan y sostiene en sus estudios que la enuresis es una regresión inconsciente a etapas anteriores y primitivas del período evolutivo de la vida psíquica del niño.

Los resultados manifiestan que el factor genético es el principal, esto se apoya en las investigaciones de Belsasso y cols. (1976) en el Sonambulismo, trastorno del sueño estudiado en 57 sujetos Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía incluyendo datos clínicos, psicológicos, y electroencefalográficos, mostrando sus resultados la existencia de una estrecha correlación del sonambulismo y otras alteraciones del sueño en la familia y que la presencia aislada del sonambulismo es mínimo ya que solo 4 sujetos lo presentaron así (7.01%), el (71.93%) asociado a la enuresis y otras alteraciones como las ya referidas de Lara Tapia y col., (1976, 1989).

No comprobándose lo dicho por Lluís J. M. (1993), ya que el estudio la incidencia de enuresis primaria y secundaria en un grupo con trastornos psicopatológicos y en diversos grupos clínicos, y nuestro grupo experimental se conformo de niños con una integración al ambiente escolar y familiar, ninguno con lesión cerebral, o con conductas impulsivas o problemas de aprendizaje, ya que se considero que no tendría valor, la medida de la autoestima, por deberse a otros factores, que tuviesen un mayor impacto o trascendencia en el desarrollo adecuado de la autoestima, no debiéndose al factor principal de la enuresis, en cuanto a los trastorno asociados a enuresis primaria como

son los trastornos del sueño, si se confirma su relación con la enuresis. Esto último también apoyado aunque minimamente por Coleman (1982) después de 5000 casos de alteraciones del sueño analizados en un período de 2 años, observó una incidencia del 3% en las parasomnias .

Un mayor porcentaje y mas cercano al encontrado en este estudio por Lara Tapia H. (1976) en consultas pediátricas, neuropediátrica y paidosiquiatría, con 1498 sujetos se encontraron afectados por trastornos del sueño del tipo parasomnias a 492 sujetos constituyendo el 32.84%. No obstante se encuentran diferencias estadísticas significativas, siendo mayor la frecuencia encontrada en el grupo paidosiquiátrico que constituye el 45.94% comparativamente el grupo pediátrico involucra al 16.19%, comparada con los 44 sujetos de esta investigación donde los niños que no presentan enuresis grupo control.(normal) presenta una incidencia de 26% con algún trastorno del sueño que no es enuresis, y que el grupo Experimental o grupo 2 que presentó enuresis en un 59.1% incide con otro tipo de alteraciones de sueño la diferencia puede basarse en que esta incidencia es obtenida en un cuadro primario de enuresis y no como parasomnias encontradas es un cuadro secundario diagnosticado al investigarse propositivamente como lo hizo el Lara Tapia H.(1982) .

En cuanto al orden decreciente que presentan este tipo de alteraciones del sueño, se confirma lo reportado por Lara T. H. (1976), la mas frecuente es la noctilalia en segundo lugar la enuresis nocturna, el bruxismo, los terrores nocturnos y el sonambulismo, en estos últimos fue invertido el orden ya que en esta investigación el sonambulismo fue mayor que los terrores nocturnos. (ver tabla 2)

El número de trastornos del sueño que se presentaron en cada grupo fluctuó desde 0 a la presencia de dos o más alteraciones concomitantes, se observa este fenómeno de la multiplicidad de alteraciones con mas frecuencia en el grupo que presento enuresis que con el que no la presento. (ver tabla 4).

Una vez mas se reafirman los estudio de Lara Tapia, H. (1982), que destaca en sus estudio (1) ISSSTE, consultas pediátricas, neuropediátricas y paidosiquiátricas, que las dos terceras partes de los casos presentan estas alteraciones en forma familiar, asimismo que tan solo el 8% de las familias no presentan alteraciones del sueño, o sea que el 92% tenía antecedentes positivos, (2) SSA, (Hospital Psiquiátrico Infantil), ahí se encontró afectado al 98.59% de los sujetos, es decir, casi a la totalidad de los casos, presentándose en

todos ellos, 100% los casos en forma familiar, (3) UAM, centro de investigaciones cerebrales, G.1.- Presento, trastornos de aprendizaje G.2.- Buen rendimiento y buena salud, en donde solo el 9.53% no presentaron posibles alteraciones, incluyendo el G.2.

En el presente estudio se observa que 45% de los familiares de los niños que no presentan enuresis, si la presentaron en algún momento de su vida, y se observó que un mayor porcentaje de los familiares de los niños enuréticos si la presento con el 72.7%, también adjudicamos esta diferencia en los estudios a el hecho de tomarse como factor único y primario a la enuresis. (ver tabla 4). La frecuencia porcentual total que corresponde es debido a que un familiar presentaba dos o más alteraciones de sueño.

Y en cuanto al carácter hereditario no era objetivo de esta investigación, obtenemos información peculiar ya se observa como los hijos primogénitos y el sucesor son mas susceptibles de padecer de enuresis en comparación con los demás hermanos donde va disminuyendo la probabilidad, correspondiendo con lo descrito por Lara Tapia. H., que es de acuerdo a las leyes de Mendel.

Por último mencionaremos a Butler, R. J. (1993), con su

escala de tolerancia materna hacia la enuresis nocturna, los resultados parecen pesar hacia la medida de intolerancia mas bien que a la tolerancia, no correspondiendo a lo obtenido en este estudio, ya que al no hacer sentir al niño rechazado y evitar, hacer comentario punitivos podemos, suponer que existe tolerancia materna y familiar ante esta situación.

Las aportaciones de este trabajo a la población Mexicana, principalmente al hecho que no presentaron diferencias significativas en cuanto a la autoestima probablemente esto debido a la clase de niños que entraron en la muestra, son mexicanos, del D.F. es importante aclarar, que se tuvo conocimiento de mas niños, pero dado que esta investigación fúe con el consentimiento de los padre y maestro e incluso del propio niño, no se pudierón incluir se queda una gran duda, ¿ que es lo que pasa con esos niños que se sabe que padecen enuresis y esta es negada, por ellos y por sus padres ?, si bien la intención de la investigación fue descubrir la autoestima afectada de los niños enuréticos, también es cierto que existe un factor importante que no se había tomado en cuenta que es la cultura y sus premisas, ya que desde el momento que todas las familias visitadas y entrevistadas, no presentan comentarios o actitudes punitivas y no siendo la limpieza un factor principal en la población mexicana, y conociéndose el

alto índice de alteraciones de sueño incluyendo la enuresis, la cual es parte del desarrollo, de los individuos dentro de la familia, esta es una parte mas de nosotros mismos.

Se corrobóra lo escrito por Coopersmith en 1967 ya que la formación de la autoestima esta estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, en la relación de lo niños con la familia se pudo observar que al no ser rechazado el niño y evitar los comentarios punitivos, estos niños se desarrollan de una manera adecuada y se encuentran dentro de una dinámica familiar, en la cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, esto sugiere que los padres que presentaron enuresis o que tienen parientes que la han padecido, integran esta alteración a su interrelación familiar (sin ser considerada por el niño y su familia como una alteración, sino como una "normalidad" y al desarrollo integral del niño lo cual evita que este se sienta rechazado, consciente que existe una diferencia, la cual es parte de la familia, perfectamente integrada a su desarrollo, se le respeta al niño por ser como es con sus triunfos y fracasos incluyendo sus intereses, el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas.

Y si bien es cierto que el trastorno de las emociones o

del comportamiento existe en esta población, no hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación.

Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia secundaria a las molestias producidas por la enuresis, al sentirse, estigmatizado por la misma o formar parte de algún otro trastorno psiquiátrico, o bien ambos como lo describen algunas investigaciones, donde al no ser la principal alteración la enuresis, existen otros factores que pudieron ser la fuente de la baja autoestima, como son familias desintegradas, falta de atención, donde si se ha comprobado que la autoestima es baja debido a ello y con ello tener en cuenta que tipo de trastorno es el problema principal.

El papel del psicólogo en el tratamiento integral de los niños afectados con enuresis es importante, pues se comprueba que la generalidad de la gente desconoce que es una alteración del sueño y que es curable en la mayoría de los casos esta desinformación incluye a un buen número de psicólogos principalmente clínicos los cuales atribuyen esta alteración a trastornos emocionales, lo cual repercute en técnica o método elegido para eliminar el trastorno, alargándose o fracasando el intento, muchas de las veces por desinformación. La enuresis no puede considerarse un fenómeno unitario, y que por

consiguiente debería ser tratada de forma específica y diferenciada y que estos es mas aparente cuando se investigan propositivamente, que puede observarse principalmente en forma familiar, que las alteraciones oníricas se presentan con mayor frecuencia y cantidad en la población de niños enuréticos, pero se observa un alto índice de estas alteraciones de sueño en la población en general.

La autoestima de esta población no fue afectada, por sus características culturales, principalmente el de la interrelación familiar, ya que al no tener una actitud punitiva hacia estos niños y al pertenecer a familias donde se observa una alta proporción porcentual de alteraciones de sueño es probable que hallan integrado a esta como parte de su vida cotidiana, llevando una vida y dinámica similar a las demás familias ya que no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y el otro por lo tanto tendrán las mismas oportunidades de ser buenos o malos estudiante, delincuentes o no delincuentes, con problemas de aprendizaje o sin ellos, ansiosos o pasivos. concluyendo que la enuresis no tiene relacion con el desarrollo de autoestima, por lo antes discutido, en su caso la probable relación se puede deber a la cultura en la cual se encuentre inmersa la alteración, a este respecto seria a las llamadas premisas socioculturales.

SUGERENCIAS

En el contexto metodológico las sugerencias es realizar esta investigación en otro tipo de población, que permitan obtener las base de un tratamiento interdisciplinario adecuado y para el tratamiento de la enuresis. En el contexto social se recomienda dar información amplia y adecuada a los padres de familia, en las escuelas, que permita tener una vision mas realista de este tipo de alteraciones. Eliminando el pensamiento en que los niños tienen lombrices en el estómago por rechinar los dientes, que a los sonámbulos no se les puede despertar cuando caminan dormidos, porque se vuelven locos, o que el frío es el único causante de que un niño se haga de la "pipí en la cama".

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. W. (1986). La personalidad, su configuración y desarrollo. Barcelona, Herder.
- Belsasso, G., Fernández G. A., Lara T. H., Barroeta R. M., (1976). Sonambulismo y sus Equivalentes. Rev. Int. Nal. Neurología, 10, 2, 77-85.
- Berger, R. J. (1963). Experimental modificación of dream content by meaningful verbal stimuli. Brit. J. Psychiat., 109, 722-740.
- Butler, R. J., Redfern E. J., Forsythe, I. (1993). Case Histories and Shorter Communications. The Maternal Tolerance Scale and Nocturnal Enuresis. Behavior Respose Therapy, 31, 4, 433-436.
- Broughton, R. J. (1968). Sleep disorders : Disorders of arousal. Science, 159.
- Campbell, M. (1967). Urology. U.S.A.: Saunder Co.
- Coleman, R. M., Roffwarg, H. P., Kennedy, S. J. Y cols., (1982). "Sleep-wake disorders based one polysomnographic diagnosis. A national cooperative study", JAMA; Journal of the American Medical Association, 247: 997-1 003.
- Coolican, H. (1994), Métodos de investigación y Estadística en Psicología. México: Manual, 287-296.
- Coopersmith, S. (1976). The antecedents of Self-Steem. W.H., U.S.A.: Freeman and Company San Francisco.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. U.S.A.:Consulting Psychologists Press.
- Dechambre, (1886). Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas.
- Dement, W. C., Wolpert, E. A. (1958). The relationship of eye movement, body motility and external stimuli to dream content. J. exp. Psychol., 55.
- Deutch, M., Krauss, R. (1994). Teorías en Psicología Social. Buenos Aires: Paidos.

- Díaz, G. R. (1979). Estudios de Psicología del Mexicano. México: Trillas, 30-51.
- Duché, J. D. (1972). La Enuresis. Formación de Hábitos Higiénicos en los Niños. Buenos Aires: El Ateneo.
- Erikson, E. (1979). Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Horme.
- Fenichel, O. (1988). Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. México: Paidós.
- Fernández, G. A., Calvo, J. M.; en Harmony, T., Alcaraz, V. M. (1987). Daño Cerebral. México: Trillas, 104-139.
- Gélineau, J. (1880). "De la Narcolepsie", Gaz.D. Hóp. (París), 53: 626-628;54: 635-637.
- Gesell Arnold y Ilg, F. L. (1958). El niño de 1 a 5 años. Buenos Aires: Paidós.
- Glincklich, L. B. (1951). An historical account of enuresis. Pediatrics, i. 859-876.
- Glasser, G. H. EEG and behavior. Nueva York: Basic Books.
- Guillminault, C., Dement, W. C., Passouant, P. (1976). (dirs), Narcolepsy. Nueva York: Spectrum Pub.
- Hoffman, L. W. (1977). Changes in Family roles, socialization and sex differences. American Psychologist, 644-647.
- Hult, C. (1972). Males and Females. London C. Nichols & Company.
- Jacobsen, A., Kales, A., Lehmann, D., Zweizig, J. R. (1995). Somnambulism: All night EEG. Studies. Science, 148, 975-977.
- James, W., (1982). Principles of Psicology. New York. Holt Rinehart and Winston, 1-2.
- Johnson, B. W., Redfield, D. C., Miller, R. L., Simpson, R. E. (1983). The Coopersmith Self-Esteem Inventory: a construct validation study. Educational and Psychological Measurement, 43-907-913.

- Jouvet, M. (1967). The states of sleep. Sci. Amer., 62-72.
- Jouvet, M. (1966). Biogenic amines and the states of sleep. Science, 163, 32-41.
- Kakberg, L. A. (1966). The Development of sex differences. Stanford University press.
- Kales, A., Hoedemaker, F. S., Jacobson, A., Lichtenstein, E. L., (1964). Dream Deprivation: An experimental reappraisal. Nature, 204, 1337-1338.
- Kawamura, H., Sawyer, C. H., (1965). Elevation of brain temperature during paradoxical sleep. Science, 150.
- Kerlinger., (1990). Investigación del Comportamiento. México: Mc Graw Hill.
- Klein, M. (1962). Desarrollo en Psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé Paidós.
- Kokenes, B. (1978). A factor analytic study of the Coopersmith self-esteem Inventory. Adolescence, 13:149-155
- Lara, C. A. (1989). Inventario de Autoestima de Coopersmith niños y adultos, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Lara, T. H., Ramírez De Lara, L., Ramírez De Robles, A., Da Silveira, E. (1976). Un Estudio Epidemiológico Sobre las Alteraciones del Sueño en Niños. Rev. Inst. Nal. Neurología, 10, 1, 42-51.
- Lara, T. H. (1989). On the etiology of sleep disorders in children Read at the IX International Congress of Psychiatry. Athens, Greece.
- Lluis, J. (1993). Enuresis Nocturna: Su relación con otros trastornos. Anuario de Psicología, 58 105-118.
- Lundgren, D. (1978). Public esteem, self esteem and interpersonal stress en: Robson, J. (1988). Self-Esteem A Psychiatric View. British Journal of Psychiatric, 153, 6-15.
- Mahowald, M. W., Rosen, G. M. (1990). Parasomnias in Children. Pediatrician, 17:21-31, University of Minnesota Medical School, U.S.A.: Minneapolis, Minn.

- Muñoz, M. P. (1986). Un Perfil de la Mujer en el Trabajo. Tesis Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Ochoa, A. (1987). Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Pacheco, S. C. (1984). Depresión, Retraimiento, Angustia. Culpa y Rechazo en el niño con enuresis. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Phina Yung Ux, (1993). La Autoestima en el Proceso Migratorio. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM, 28-33.
- Pichon, A. (1951). Revista de Psicoanálisis, III, Buenos Aires.
- Pierce, J. T., Nutall, R. L. (1961). Slef-paced sexual Behavior, in the female rat. J. Comp. Physiol. Psychol., 54, 310-313.
- Pilar, M. (1989). El Autoconcepto. Madrid: Narcea Editores.
- Reasoner, R. W. (1982). Building Self-Esteem. Parent's Guide. Consulting Psychologists Press, California: Palo Alto
- Rodríguez, E., Pellicer, G., Domínguez, M., (1985). Autoestima clave del éxito personal, México: Manual Moderno.
- Roffwarg, H. P., Muzio, J. N., Dement, W. C. (1966). Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. Science, 152.
- Roger, C. (1959). Psichoterapy and personay change: Coordinater Studies in the Client centered approach. Chicago University.
- Rosenberg, B. G., Sutton-Smith, B. (1965). Family interactions effects on Masculinity-Feminity. J. of Pers. of Soc. Psych, 8, 2, 117-120.
- Rosenberg, M. (1962). The association between self-esteem and anxiety; en Robson, J. (1988). Self-esteem A Psychiatric View. British Journal of Psychiatry, 153, 6-15.

- Rosenberg, N. (1965). Society and the adolescent self imagen.
- Rosenberg, M. (1975). A escola e as diferen cas j excais Cuadernos de Pesquisas, 15, 78-89.
- Rosner, B. S., Goff, W. R., Allison, T. (1963). Cerebral electrical responses to external stimuli.
- Secord, P. F., Blackman, C. (1979). Psicología Social. México: Mc Graw Hill.
- Stefan's, (1984). CN., Soldatos CR & Rabavilas AD (Eds) Psychiatry Today. Excepto Médica, Génova ICS 899;60.
- Thompson, F. R, (1973). Fundamentos de Psicología fisiológica, México: Trillas, 15.
- Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10. Madrid: Meditor, 348-349.
- Uriarte, V. (1991). Guía de Medicamentos. México: Sianex, 317-318.
- Vallerand, R. J. (1991). On the Multidimensional Versus Unidimensional Perspective of Self-Esteem: A test using the group-comparison approach. Society for Personality Research, Social Behavior and Personality, 19, 2, 121-132.
- Van Sommers, P. (1976). Biología de la Conducta, México: Limusa, 103-118.
- Verduzco, A. M., Lara, C. M. A., Lancelotta, G. X., Rubio, S. (1989). Un Estudio Sobre la Autoestima en Niños en Edad Escolar: Datos Normativos. Salud Mental, 12, 3, 50-54.
- Verduzco, A. M. García, R. S. (1989). Programa de Apoyo en el Area de Autoestima para Padres de Niños con Trastornos de Atención. Salud Mental, 12, 2.
- Verduzco, A. M., García, R. S. (1989). La Autoestima en Niños con Trastornos de Atención. Salud mental, 31, 6.
- Verkuyten, M. (1993). Self-Esteem Among Ethnic Minorities and Three Principles of Self-Esteem Formation: Turkish Children in the Netherlands. International Journal of Psychology, 28, 3, 307-321.

- Valdés, M., De Flores, I. F. T., Masana, R. J., Treserra, J., Udina, A. C., en Spitzer, M. R., Williams, B. W. J., (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. Barcelona: Masson.
- Vite San Pedro, S. (1990). Antigüedad Laboral y su Relación con la Autoestima de la Mujer. Revista Mexicana de Psicología, 7, 1-2.
- Wells, E. L., Marwell, G. (1976). Self Esteem its conceptualization and Measurement Sage. Publicacions Beverly Hills, London.

APÉNDICE 1

Cuestionario Demográfico.		
Nombre: _____		
Edad: _____	Escolaridad: _____	Fecha: _____
DATOS FAMILIARES:		
Núm. de hermanos: _____ Lugar entre los hermanos: _____		
Con quien vive: _____		
Núm. de familiares con alteraciones de sueño: _____		
Ocupación del padre _____ de la madre: _____		
Escolaridad del padre _____ de la madre: _____		
Sostiene la familia: el padre: _____ la madre _____ ambos _____		
Otros Hnos. (No.): _____ Núm. de miembros _____		
Ingreso familiar aproximado: _____		
Rivalidad aparente con Hnos. (Núm.): _____ Lugar del Hno _____		
Preferencia manifiesta del padre _____ de la madre: _____		
Lugar del hijo preferido; del padre _____ de la madre: _____		
DATOS CLÍNICOS		
Enfermedades contagiosas _____		
Diagnostico clínico _____		
Tiempo de evolución _____		
Tratamiento médico _____		
Tratamiento Psicológico _____		

APÉNDICE 2

TIPOS DE ALTERACIONES ONÍRICAS						
TRASTORNOS	PADRE	MADRE	ABUELO	ABUELA	TÍO	TÍA
Enuresis.....	—	—	—	—	—	—
Noctilalia.....	—	—	—	—	—	—
Bruxismo.....	—	—	—	—	—	—
Terrores nocturn.....	—	—	—	—	—	—
Sonambulismo.....	—	—	—	—	—	—
Jactatio capitis.....	—	—	—	—	—	—
Aluc. hipnagógicas....	—	—	—	—	—	—
Encopresis.....	—	—	—	—	—	—

	HNO.	HNA.	PRIMO	PRIMA	SOBRINOS
Enuresis.....	—	—	—	—	—
Noctilalia.....	—	—	—	—	—
Bruxismo.....	—	—	—	—	—
Terrores nocturnos....	—	—	—	—	—
Sonambulismo.....	—	—	—	—	—
Jactatio capitis.....	—	—	—	—	—
Aluc. hipnagógicas....	—	—	—	—	—
Encopresis.....	—	—	—	—	—

APENDICE 3

INVENTARIO DE AUTOESTIMA.

Nombre grado
 Escuela fecha

Por favor marque cada oración de la siguiente manera:

Si la oración describe como tu te sientes casi siempre, pon una marca en la columna "SI" (X)

Si la oración NO describe como tu te sientes casi siempre, pon una marca en la columna "NO" (X) No hay respuestas buenas ni malas.

Ejemplo

Soy muy trabajador

SI	NO
----	----

1. Me paso mucho tiempo soñando despierto.....
2. Soy muy seguro de mí mismo(a).....
3. muchas veces me gustaría ser otra persona.....
4. le caigo bien a la gente casi siempre.....
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.....
6. Soy despreocupado.....
7. Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase.
8. Me gustaría ser mas chico (a).....
9. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí si pudiera....
10. Puedo tomar una decisión sin mucha dificultad.....
11. Soy una persona divertida.....
12. En casa me molesto fácilmente.....
13. Siempre hago lo que esta bien.....
14. Esto orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.....
15. Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer
16. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.....
17. Muchas veces me apeno por las cosas que hago.....
18. Soy popular entre los niños (a) de mi edad.....
19. Mis papas casi siempre toman en cuenta mis sentimientos
20. Siempre estoy contento.....
21. Estoy trabajando lo mejor que puedo.....
22. Me doy por vencido(a) muy fácilmente.....
23. Casi siempre hago mis cosas yo solo(a).....
24. Soy muy feliz.....
25. Prefiero jugar con niños(as) mas chico(as) que yo....
26. Mis padres esperan demasiado de mí.....
27. Me cae bien toda la gente que conozco.....
28. Me gusta que me pregunten en clase.....
29. Me entiendo a mí mismo.....
30. Me cuesta mucho trabajo aceptar como soy.....
31. Las cosas están muy enredadas en mi vida.....

--	--

