



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL AUTOCONCEPTO EN ESCOLARES
Y ADOLESCENTES ENURETICOS

T E S I S Q U E P A R A O B T E N E R
E L T I T U L O D E L I C E N C I A D O E N
P S I C O L O G I A
P R E S E N T A
J U L I O R A F A E L D E L A C O N C H A A N G U L O
D I R E C T O R D E T E S I S
D R A . M A R I A M O N T E R O Y L O P E Z L E N A
C D . D E M E X I C O 2 0 0 4



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio evaluativo de campo, con un diseño de dos muestras independientes, comparando el autoconcepto de una población de 20 escolares del 4º. al 6º. año de primaria y adolescentes estudiantes de secundaria que presentaban enuresis funcional con el de una población equivalente en número, sexo y nivel socioeconómico que no presentaba dicho trastorno y que sin embargo tenía las características asociadas de problemas conductuales o de aprendizaje que mostraban los enuréticos. Se obtuvieron 26 varones y 14 mujeres mediante el método intencional por cuota. Se tomó a la enuresis funcional como variable independiente; mientras que el autoconcepto fue la variable dependiente. El sexo y la edad cronológica se consideraron variables atributivas. Se seleccionaron como variables concomitantes al tipo de enuresis, tipo de episodio enurético, tipo de adiestramiento del control vesical, frecuencia de episodio enurético, tipo de familia, número de hermanos y posición entre éstos. Se utilizó la Escala de autoconcepto para niños de tipo diferencial semántico de Andrade y Pick de Weiss (1986) como instrumento de medición y asimismo un cuestionario para los adultos responsables por los menores. Se captaron los pacientes del servicio de consulta externa del DIF y de escuelas primaria y secundaria. El objetivo fue identificar las dimensiones del autoconcepto que se relacionan más estrechamente con la enuresis funcional. Se comprobó que no existen diferencias significativas entre enuréticos y no enuréticos en cuanto al autoconcepto general; por otro lado se detectaron algunas diferencias entre grupos al comparar el autoconcepto físico negativo con el tipo de familia y la escolaridad; el autoconcepto social positivo con el número de hermanos; el autoconcepto emocional positivo con la posición entre los hermanos y el tipo de episodio enurético. Se concluye que la población enurética posee un autoconcepto similar al de los no enuréticos y que existe una estrecha relación entre algunos aspectos tanto positivos como negativos del autoconcepto con el tipo de familia, escolaridad, número de hermanos y tipo de episodio enurético.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres los señores Guadalupe y Julio de la Concha

A mi hermana la Arq. Julieta de la Concha

Al Arq. Reynaldo Zenteno

A mi familia y amigos

Al CPT Eduardo Montaña y a su sra. esposa Susana de la Concha

Por las facilidades prestadas para la realización de este estudio en el DIF

Al Lic. Marcos Verdejo

Por su apoyo en URIDES de la Facultad de Psicología

A la Dra. María Montero y López Lena

Por su invaluable asesoría

CONTENIDO

	Página
AGRADECIMIENTOS	II
INDICE	III
INTRODUCCION	VI
Capítulo I	
EL AUTOCONCEPTO	1
1.1 Origen e historia del autoconcepto	1
Definiciones del término autoconcepto	2
Las corrientes psicológicas y el autoconcepto	5
1.2 Adquisición y desarrollo del autoconcepto	6
1.3 El autoconcepto y otros términos psicológicos	8
1.4 El autoconcepto en la clínica familiar	8
1.5 Algunos estudios sobre autoconcepto en América Latina	13
Estudios en México	14
1.6 Instrumentos más utilizados para la medición del mismo	16
Capítulo II	
LA ENURESIS FUNCIONAL	18
2.1 Fisiología de la micción	18
El aparato genitourinario	18
El control de esfínteres	18
2.2 Etiología	22
Causas orgánicas	22
Un trastorno del sueño	23
Factores Psicológicos	24
Según la Modificación Conductual	25
Según el Psicoanálisis	27
Antecedentes familiares	28
Diferencias socioculturales	28
Adiestramiento vesical	29

	Página
2.3 Evaluación clínica y diagnóstico	30
Edad de comienzo	32
Factores predisponentes y sintomatología asociada	32
Deterioro	34
Prevalencia	34
Incidencia	34
2.4 Tratamiento	35
Medicación	35
Modificación, intervención y terapia conductual	36
Ejercicios para el control de la vejiga	37
Restricción de líquidos	37
Alarma antienurética	38
Terapias alternativas	38
Remisión espontánea	39
2.5 La enuresis en la psicología clínica	39
Algunos estudios sobre la enuresis en México	43
Estudios sobre enuresis y autoconcepto	46
Capítulo III	
METODO	48
3.1 Planteamiento del problema y preguntas de investigación	49
3.2 Planteamiento del objetivo y de las hipótesis	49
3.3 Características del estudio	49
Instrumento de medición	53
3.4 Procedimiento	53
Capítulo IV	
RESULTADOS	55
4.1 Análisis de frecuencias	55
Variables sociodemográficas	55
Variables para el grupo enurético	57
Variables para ambos grupos	58
Variables por subescala	60
4.2 Validez y confiabilidad	62

	Página
4.3 Prueba de hipótesis	63
Diferencias significativas	63
Capítulo V	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION

La *Gaceta Médica de México* publica en su número correspondiente a septiembre-octubre de 1990 una clara definición del término enuresis: "se designa a la emisión de orina, involuntaria o intencional, más allá de la edad en que debe haberse adquirido el control vesical." (*op. cit.*, pág. 414) A diferencia de la incontinencia urinaria que "obedece a una lesión orgánica concreta, mecánica, neurológica, o inflamatoria, la emisión es también involuntaria, pero inevitable." (*idem.*) En ambas definiciones de dichos trastornos se encuentra contemplado el aspecto de lo volitivo que tan familiar le resulta al campo de la psicología; es decir, que nos hallamos ante un padecimiento físico íntimamente ligado a uno de orden psicológico: la incontinencia urinaria que no tiene un origen orgánico, sino psicológico. A este respecto, la enuresis funcional se define de acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* como: "un trastorno no debido a causas orgánicas que en niños mayores de 6 años supone que al menos una vez al mes y repetidamente presenten un episodio de vaciado involuntario de la vejiga urinaria de día o de noche." (pág. 87)

El trastorno se presenta con mucha frecuencia en los consultorios psicológicos. Usualmente, el primer paso clínico es descartar la posibilidad de un padecimiento orgánico, mediante la entrevista clínica y los resultados de pruebas de laboratorio. Una vez que se haya descartado la posibilidad de una incontinencia urinaria como resultado de una lesión orgánica, muy posiblemente estemos ante un caso más de enuresis funcional. La frecuencia de aparición según la información clínica en la mencionada *Gaceta*: "Es más en varones. Se estima que el 10 por ciento de los niños y el 9 por ciento de las niñas presentan enuresis." (pág. 414)

El tipo de familia, así como el nivel económico o el sexo son variables que contemplan con gran frecuencia los estudios psicológicos sobre enuresis. Rutinariamente el psicólogo utiliza medios como la entrevista con los padres del menor enurético, busca datos acerca de posibles antecedentes familiares y explora la dinámica familiar para contar con más criterios en el diagnóstico de la enuresis funcional. Muy útil resulta la historia de las apariciones de los episodios enuréticos, es decir, son generalmente los padres quienes proporcionan los datos sobre la aparición o desaparición de dichos episodios; de esta manera, es posible delimitar el problema al saber qué tipo de enuresis presenta el paciente: "Se conoce como enuresis primaria aquella en la que los niños todavía no han logrado un control a los 5 años de edad y enuresis secundaria los niños que habiendo ejercido dicho control por espacio de un año o más, lo pierden." (Gaceta, *id.*) Otro de los aspectos en que la familia interviene en la enuresis, tiene que ver con el hecho de que generalmente se encuentran antecedentes en algunos de los padres que padecieron igualmente dicho trastorno. En la actualidad los estudios especializados como el de López Crespo (1990) abordan los antecedentes familiares: el tener más de tres hermanos, la separación de los padres y los de orden patológico: historias previas en la familia de drogadicción, enfermedades psiquiátricas y delincuencia. A través de la literatura psicológica se puede observar que existe un gran interés acerca del papel que juega la dinámica familiar en la aparición y desaparición de la enuresis funcional. Conocer a la familia del paciente, cómo influyen su dinámica y características propias, resulta de suma importancia para el tratamiento de la enuresis funcional en el consultorio psicológico.

La enuresis ha sido investigada en el contexto de diferentes estilos en el entrenamiento del control vesical. El aspecto cultural que acompaña a las diversas formas de transmitir un conocimiento, ha sido motivo de preocupación para los científicos de todo el mundo. Resultados distintos a los que se obtiene en las

investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos y Europa son expuestos como diferencias culturales. Abramovitch y Abramovitch (1989) obtuvieron en Israel resultados contrastantes al estudiar la enuresis en tres diferentes grupos étnicos. Contrariamente a los estudios de occidente, no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, pero hubo más altas tasas de enuresis primaria y más bajas tasas de enuresis secundaria (regresiva). Podemos decir que el factor cultural sí influye directamente en la enuresis y como tal no puede ser ignorado. Las diversas comunidades culturales presentan diferencias reales en cuanto a la edad en que se inicia el entrenamiento vesical, y sobre todo en la forma que dicho entrenamiento se realiza (si hay coercitividad, punitividad...)

A través de la práctica en el consultorio psicológico, el profesionista observa la enorme cantidad de casos enuréticos, no sólo en escolares sino también en adolescentes. Una de las constantes que presentan la mayoría de los enuréticos es un autoconcepto disminuido, empobrecido o negativo. El DSM IV es muy claro al respecto. En el apartado acerca del deterioro del padecimiento, dicho manual considera muy importante: "...el efecto del trastorno (la enuresis) sobre la autoestima del individuo..." (pág. 88)

La palabra enuresis proviene del griego "enurin" que significa orinar. Existen datos de acuerdo con Hernández (1985) que sitúan la inquietud por el estudio de la enuresis, desde la Edad Media. El papiro de Ebeis constata como documento histórico, la posibilidad de curar dicho mal mediante una oración "contra diversas y extrañas". Hacia 1545 Sir Thomas Phaire (*idem.*) en su *Boke of Chyldren* manifiesta su prescripción para la enuresis; evitar sustancias grasas y administrar polvo hecho de la traquea de un ave macho. En 1951 Barthwaite y cols. (*id.*) concluyen después de ocho años de estudios, que las condiciones psicológicas dominan el papel de la enuresis. En 1953 se abre la primera clínica de enuresis en Toronto, Canadá (*id.*) En 1960 Mclean propone la imipramina como

medicamento para la enuresis. (*id.*) Han pasado muchos siglos y sin embargo la investigación contempla todavía dentro de sus líneas a la enuresis.

En el presente estudio se abordarán las diversas facetas y aspectos del autoconcepto y la enuresis. La inquietud surgida de la práctica clínica al observar pacientes enuréticos con autoconceptos disminuidos nos llevó a preguntarnos de qué manera se relacionan la enuresis y el autoconcepto en los escolares y adolescentes enuréticos y en los que no lo son.

Du Mars (1999) piensa que la pérdida de la autoestima es un problema potencial para los enuréticos. Dice que los niños que son criticados, humillados o castigados por su conducta enurética, pueden desarrollar un sentimiento profundo de vergüenza que conduce a la creación de una autoimagen negativa. "Debido a que la conducta es un reflejo de la autoimagen y la autoestima, un niño con autoestima negativa comienza a mostrar problemas conductuales asociados" (*id.*)

CAPITULO I

EL AUTOCONCEPTO

Para el psicólogo clínico resulta necesario como parte de la entrevista, conocer la opinión que el paciente tiene de sí mismo; esto es, las descripciones que puede efectuar acerca de su propia persona. La evaluación que el paciente hará de sí en los momentos diferentes de su tratamiento es información sumamente valiosa para el pronóstico y los avances terapéuticos, en los niveles personal, social, moral y ocupacional. Lo anterior se puede generalizar como un valor universal, ya que en diferentes espacios y momentos históricos de la psicología, es posible encontrar diversas corrientes que han tratado al sí mismo, como uno de los principales campos de estudio. (La Rosa, 1986). En este capítulo se presentarán diversos aspectos del autoconcepto en escolares y adolescentes y un bosquejo acerca del origen e historia del término. El desarrollo del término en la psicología norteamericana se incluye debido a la influencia que ha ejercido sobre la psicología mexicana. Se incluyen algunas definiciones del término y su relación con algunos otros términos en la psicología. Se refieren algunos trabajos que psicólogos mexicanos han hecho al respecto.

1.1. Origen e historia del autoconcepto

La psicología no ha sido la única disciplina que se ha ocupado del autoconcepto. Las filosofías orientales y occidentales han tratado al conocimiento del sí mismo, como un medio para la mejora de la salud mental en el propio sujeto y en sus relaciones con los demás.

La filosofía existencialista considera dicho conocimiento como uno de los más importantes.

Entre los primeros psicólogos norteamericanos que hablaron acerca del autoconcepto, de acuerdo con La Rosa (1986), se encuentra William James, quien define al término como: "...la suma de todo lo que se puede llamar lo suyo, incluyendo su cuerpo, su familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social. Se trata además de un fenómeno consciente." (pág. 15) Epstein (1973) escribe acerca de cómo los autores fenomenologistas de la talla de Rogers, Sullivan, Mead, Allport, James y Cooley, consideraron al autoconcepto como el concepto más central en psicología. Rogers (1957) refiere que para su terapia centrada en el cliente; "El constructo central de nuestra teoría sería el concepto del sí mismo como objeto percibido en el campo fenomenológico." (en La Rosa, *op. cit.*, pág. 16) Cooley (*idem.*) contempla al sí mismo como la consecuencia de la percepción que de las reacciones del sujeto, los demás experimentan desde un punto de vista social. Mead (*id.*) integra el objeto para sí mismo del que había hablado James, con la percepción del sí mismo como fenómeno social, y organiza una teoría en la que los símbolos resultan la parte esencial del comportamiento humano.

1.2 Definiciones del término autoconcepto

De acuerdo con Wells y Marwell (1976): "Cualquier definición de autoconcepto tiene problemas porque tal noción es utilizada en muchos sentidos por autores de las más diversas teorías y a veces en el contexto de una misma teoría." (pág. 82) Sin embargo, dichos autores nos brindan una definición que presenta un patrón seguido por la mayoría de las definiciones posteriores, tales como las de Byrne (1984) o Shavelson, Hubner y Stanton. (1986), en las cuales se tomaban en cuenta los aspectos psicológicos fundamentales.

"El autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente

consideradas como teniendo tres aspectos fundamentales: el cognoscitivo (el contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido), y el conativo (respuestas comportamentales a la actitud). La autoestima es comúnmente identificada con el segundo aspecto, lo cual es considerado como principalmente motivacional." (pág. 19)

Shavelson *et al.*, (*op. cit.*) afirman que los términos autoconcepto y autoestima, han sido utilizados de modo intercambiable en la literatura, ya que autoevaluación y autodescripción no han logrado tener ni una distinción conceptual, ni una distinción empírica. Las diferencias entre autoconcepto y autoestima se han manejado en algunos estudios. Generalmente se le otorga a la autoestima un matiz de tipo emocional. A pesar de que algunos estudios establecen estas diferencias de matiz conceptual, en el presente estudio se tomarán como conceptos intercambiables, de acuerdo con Shavleson *et. al* (1976)

Markus y Wurf (1987) explican al autoconcepto con base en los cambios que ha sufrido el término a través del tiempo dentro de la psicología. Dicen que el término se comprendía como un regulador de conducta en un principio; sin embargo, en la actualidad se toma como una estructura dinámica interpretativa, que media y amplía la variedad de procesos interpersonales. Se considera al autoconcepto como:

"...una estructura única, activa, multifacética y multidimensional (colección de imágenes, concepciones, prototipos, metas y tareas) que está sistemáticamente implicado en todos los aspectos del procesamiento de la información social." (Markus y Wurf, *ibid.*, (pág. 302)

Dichos autores consideran que la actuación del autoconcepto, se lleva a cabo dentro de procesos intrapersonales (motivacionales, regulación de afectos, información relevante) e interpersonales (percepción y comparación social, búsqueda de interacción con los

otros). La función del autoconcepto será: "...proporcionar un sentido de continuidad en el tiempo y en el espacio; integrar y organizar las experiencias autorelevantes del individuo; regular al estado afectivo y proporcionar una fuente de incentivo." (Markus y Wurf, *ibid.*, pág. 304)

Stanley Coopersmith (1967) trabaja con el concepto autoestima, al cual define como "...un juicio personal de valores que el individuo sostiene hacia sí mismo, expresándose mediante una actitud de aprobación o reprobación, según se crea capaz, significativo, afortunado y digno." (en Prieto y Bustamante, 1988, pág. 21) Coopersmith establece cuatro grupos de variables que determinan a la autoestima; los éxitos, los valores, las defensas y las aspiraciones. Resulta la familia muy importante para el desarrollo del nivel de autoestima en los niños. La aceptación de los padres, los límites establecidos claramente por ellos, y el respeto de la individualidad del sujeto por parte de los padres, son condiciones importantes para el desarrollo de la autoestima. Coopersmith creó la escala de autoestima, instrumento compuesto por 50 reactivos. El contenido de los reactivos hace referencia a las personas significativas para los niños como padres, maestros y compañeros. Esta escala se ha utilizado en algunos estudios en América latina. En México existe una validación llevada a cabo por Verduzco, Lara, Lancelotta y Rubio (1989). En Estados Unidos la escala fue adaptada con algunos cambios a adolescentes y adultos. (Crandal, 1973, en *idem.*) Se encontraron como factores importantes en la autoestima a la familia, los padres en especial, la popularidad, la autodevaluación, la asertividad y la ansiedad.

L'Ecuyer (1978) visualiza al autoconcepto igualmente desde un punto de vista multidimensional. En la actualidad se maneja dentro de la investigación al autoconcepto como una entidad con características de multidimensionalidad en la mayoría de las investigaciones. L'Ecuyer propuso un modelo teórico de las diversas

dimensiones del autoconcepto y su organización. Define al término como:

"...un sistema multidimensional jerárquico compuesto por estructuras fundamentales que se desdoblán en subestructuras y en categorías que van a caracterizar sus múltiples facetas, configuradas por la experiencia directamente vivida, percibida, simbolizada y conceptualizada por el individuo." (pág. 17)

1.3 Las corrientes psicológicas y el autoconcepto

Rosemberg (1989) habla del autoconcepto y su utilización dentro de las ciencias sociales. Explica que de acuerdo con la teoría de los paradigmas dominantes: el conductista en psicología, el freudiano en el psicoanálisis y el positivista en sociología, el autoconcepto no tuvo gran desarrollo, ya que no formaba parte legítima del objeto de estudio de cada uno de ellos; sin embargo, el término adquirió relevancia, de acuerdo con Muñiz (1990):

"...debido a que la totalidad de los pensamientos y sentimientos del individuo con referencia hacia sí mismo como objeto (autoconcepto), es dentro de la psicología, un componente principal de la cognición del individuo; en sociología, un producto y fuerza social; y en psicoanálisis, una fuente de estrés y conflicto psicológico. Todo esto hace que en la actualidad teoría e investigación en autoconcepto, sean un campo próspero en cada una de estas áreas, aunque durante un lapso amplio no se haya investigado con relación al tópico." (págs. 24 a 25)

Los fenómenos subjetivos quedaban fuera de la objetividad deseada por el modelo conductista, dentro de un sistema hipotético-deductivo basado en hechos observables (conducta evidente, observable y medible). El paradigma fenomenológico propuesto por William James (1968) resulta una nueva alternativa, dentro del

mismo, la psicología abarcará más allá de la conducta observable. La actividad mental ocupa un lugar preponderante ya que la misma conducta puede ser afectada por la manera que los sujetos perciben e interpretan su realidad externa. El autoconcepto se visualiza como un producto y una fuerza social.

En cuanto al psicoanálisis, el término de autoconcepto se había mantenido al margen hasta que de acuerdo con Rosemberg (1989) se examinan hacia los años cuarenta los mecanismos de defensa de una manera cuidadosa. Dichos mecanismos tienen como propósito la defensa de la autoestima, por lo cual el contenido manifiesto de los pensamientos resulta tan importante como su voluntad latente. Los teóricos neo-freudianos de los sesenta colocan en sitio central de sus postulados al autoconcepto. Los consideran como un componente de suma importancia para el sistema de la personalidad. (*idem.*)

Otros autores manejan al autoconcepto desde el punto de vista del rol social. El desempeño del mismo, según Newcomb (1950) y Sherwood (1965, 1967) en los procesos sociales, da como resultado las autoevaluaciones. (*id.*) Rosenberg (1965) habla de la autoimagen positiva que posee como principales factores influyentes al medio social, y en especial al medio familiar.

1.2 Adquisición y desarrollo del autoconcepto

Según Johnson (1973) el autoconcepto se desarrolla en tanto el sujeto tome o asuma el papel del otro. El individuo se percibe de acuerdo a la visualización que como objeto, tenga de él otro individuo. La díada madre-hijo determina la seguridad del sujeto en primera instancia. La sensación de sí mismo se halla siempre determinada por lo que sienta la madre.

Allport (1975) escribe acerca del sí mismo de cómo al cobrarse conciencia de éste, pasa a desempeñar un papel relevante dentro de la misma, la personalidad y el organismo. El autoconcepto se convierte en el núcleo del ser. Dicho autor diferencia una serie de estadios correspondientes a edades en los cuales evoluciona. Hacia

los tres años se adquiere el sentido del sí mismo corporal (el niño marca una diferencia ente su cuerpo y el medio), el sentido de autoidentidad continuado (se amplía el concepto del sí mismo gracias al lenguaje), y en tercer lugar el sentido del orgullo (autoimagen y extensión del sí mismo). Las personas que le resultan relevantes al niño actúan como espejo; esto es, el ambiente social determina la concepción que el individuo posee de sí mismo.

Hurlock (1982) asigna una naturaleza jerárquica a los diferentes autoconceptos. Inicia con el básico (experiencias de los niños en el hogar), en el que los padres y el grupo familiar determinan las imágenes físicas y psicológicas. El secundario se origina a partir del mismo tipo de imágenes, pero en esta ocasión, determinadas por un grupo extrafamiliar, como pueden ser los maestros, amigos y vecinos.

Newman y Newman (1985) consideran cuatro etapas que van del nacimiento hasta los 12 años o edad en que se alcanza la pubertad. Con la aparición de la pubertad se adquiere una imagen absolutamente nueva del yo. Se tiene más conciencia en cuanto a las expectativas, la imagen se favorece debido a los cambios experimentados y se lleva a cabo un proceso de revisión del autoconcepto.

Marshall (1989) expone una visión evolutiva, en la que el nivel de desarrollo cognoscitivo determina las diferentes categorías en la descripción de sí mismo. Otros factores externos como el ambiente, la regulación y calidad de las respuestas de los adultos, ejercen una fuerte influencia en el desarrollo del autoconcepto. La competencia y la confianza, tan importantes para la formación de un autoconcepto positivo o negativo, están fuertemente determinadas por dichos factores.

Bricklin (1991) sigue el desarrollo del autoconcepto a través de un enfoque ecológico que pone énfasis en las influencias ejercidas por la familia y la escuela sobre el desarrollo del sentido del sí mismo.

1.3 El autoconcepto y otros términos psicológicos

Se ha relacionado al autoconcepto o autoestima con el locus de control (externalidad-internidad) (Morrison y Morrison, 1979; Lloyd *et. al.*, 1979; en La Rosa, 1986), motivación de logro (Hansford y Hattie, 1982, *idem.*), rendimiento académico (Campbell, 1967; Caplin, 1969; Irwin, 1967, en *id.*) En dichos estudios la internalidad se asocia positivamente con un alta autoestima, autoconcepto positivo con motivación de logro y rendimiento académico.

El autoconcepto se asocia en la psicología mexicana con términos como escuela personalizada (Alvear, 1989); locus de control (Andrade, 1984); comunicación entre padres e hijos (Becerra y Chavarría, 1983); menores infractores (Castillo y Tena, 1981); ceguera de nacimiento y adquirida (Chávez y Flores, 1988); alumnos problema (Díaz, 1985); calificaciones escolares y ansiedad (Emmite y Díaz Guerrero, 1983); maternidad (Gutiérrez, 1989); padres alcohólicos (León, 1988), farmacodependencia y ausencia de figura paterna (Monroy, 1987), familia integrada (Salgado y Santillán, 1985); e hijos de madres solteras (Vázquez, 1983). Se expondrán algunos de ellos en el apartado correspondiente a los estudios específicos sobre el autoconcepto en México.

1.4 El autoconcepto en la clínica familiar

William Fitts (1965) relaciona al autoconcepto con la rehabilitación. Entiende al primer término como el aspecto positivo del mismo, o sea la autoestima según su teoría. Contempla a la familia y al entorno familiar y social. Dicho autor es el creador de un instrumento muy socorrido dentro de la psicología norteamericana para la medición del autoconcepto: la escala Tennessee de autoconcepto (TSCS, 1965). Utiliza un diferencial semántico de cinco opciones que van de verdadero a falso. Se compone de 90 reactivos.

Robert Reasoner (1982) habla de que la autoestima positiva es importante en el niño y el adolescente debido a que determina su actuación y su aprendizaje. Los niños que tienen un alta autoestima, están deseosos de aprender, se llevan bien con los demás, están muy motivados, y llegan a ser personas exitosas. Los niños a los que les falta autoestima, no aprenden tan bien, se sienten inadecuados y compensan esos sentimientos criticando los logros de los demás. Rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar; lo cual trae por resultado una subsecuente disminución de la misma autoestima.

Hinton (1984) y Pedro-Carroll y Cowen (1985) publicaron estudios en los que no encontraron ningún cambio significativo al medir el autoconcepto. Se centraron en los sentimientos, creencias, comunicación y habilidades para la resolución de problemas (en Phillips y Asbury, 1990). Estos últimos dicen que generalmente en los primeros años que siguen al divorcio, los sujetos de la familia muestran más conductas antisociales y más "acting-outs" impulsivos. Más agresión y dependencia, más depresión, ansiedad y dificultades para las relaciones sociales. También encontró más trastornos conductuales en la escuela que los sujetos de familias intactas. Phillips y Asbury (*idem.*) examinaron la relación entre la separación parental o el divorcio y algunas variables seleccionadas, tales como el autoconcepto. Emergieron diferencias significativas entre los sexos en dos indicadores del autoconcepto y dos en salud mental. Los efectos negativos del divorcio o la separación de los padres varían de acuerdo con las dimensiones específicas. La investigación conclusiva, de acuerdo a estos autores, carece desafortunadamente de información que permita diferenciar si se trata solamente de un tensor temporal, o de un factor asociado con trastornos a largo plazo, debido a que las relaciones interpersonales ayudan a los individuos a confirmar su identidad, la repetición de una interacción negativa puede distorsionar la autopercepción y en consecuencia, dañar la autoestima del individuo.

Los resultados en este estudio sugieren que los hijos varones tienen un mejor autoconcepto en las familias con padres separados o divorciados que las hijas, ya que ellas se perciben como afectadas por algunos eventos en el pasado reciente.

Gecas y Schwalbe (1986) estudiaron a la autoestima desde el punto de vista de la relación entre la conducta de los padres reportada por ellos mismo, las percepciones de los niños acerca de la conducta de los padres, y los efectos de cada uno de los varios aspectos de la autoevaluación, especialmente la autovaloración, la autoeficacia, y la autoestima en general. Encontraron muy poca correspondencia entre los reportes de los padres acerca de su propia conducta. La autoestima de los niños resultó ser más sensible al aspecto control-autonomía de la conducta de los padres; mientras que la autoestima de las niñas resultó más afectada por el apoyo y la participación de los padres. Las variables de interacción entre padres e hijos resultaron estar más fuertemente relacionadas en la autoestima de los varones que en la de las mujeres. Se utilizó para la medición de la autoestima, un diferencial semántico de 12 reactivos. Encontraron que los padres tienen una más fuerte influencia en la autoestima de los adolescentes, que la ejercida por las madres de los mismos.

Raphael (1990) demuestra un patrón de ajuste más pobre en aquellos estudiantes que han perdido a alguno de los padres, pero también demuestra que el tipo de pérdida y la reconstitución familiar, no tienen diferencias en los efectos de los mismos sobre el desarrollo psicosocial. La información replica hallazgos previos (Dietrich, 1989, en Raphael., *op. cit.*) acerca de que los adolescentes en familias perturbadas, tienen más problemas emocionales, autoestima más baja, una más pobre percepción de su desempeño escolar y más probabilidades de tener que consultar a un especialista debido a problemas mentales, que aquellos adolescentes de familias intactas.

Bhatnagar y Rastogi (1990) administraron un cuestionario (la escala Rastogi de autoconcepto, 1978) a 192 estudiantes adolescentes. La estructura y el tamaño de la familia determinaron qué papel jugarían los estudiantes en la constelación familiar. Las mujeres de familias grandes resultaron el grupo más consistente, seguido por el de hombres de familias pequeñas. Las mujeres de familias pequeñas tuvieron la máxima discrepancia entre su autoconcepto básico y su autoconcepto ideal.

Koski y Steinberg (1990) estudiaron la satisfacción parental en madres de mediana edad. Los resultados sugieren que las preocupaciones intensas durante la mediana edad, se asocian con una satisfacción parental reducida, y un pobre autoconcepto en el niño o el adolescente, aunque esta relación se encuentra moderada por la satisfacción marital y su bienestar psicológico. Las madres de mediana edad se perciben como madres inadecuadas más frecuentemente que en cualquier otro estadio.

Crosbie-Burnett y Newcomer (1990) reportan una estimación de niños nacidos en el año de 1983, que experimentarán el divorcio de sus padres para cuando alcancen la edad de 18. Se estudió a un grupo de once niños de 6º. grado de primaria mediante un grupo de apoyo e intervención multimodal. El grupo experimental mejoró significativamente en algunos aspectos del autoconcepto. Se utilizó el Perfil de autopercepción para niños. Se encontró que una intervención en el control de los impulsos, el control de la ira y las habilidades comunicativas tuvo éxito para mejorar el autoconcepto; mientras que en los otros dos grupos en los que no se efectuó intervención, no hubo diferencias en el mismo. El único otro estudio que se reporta con puntajes mejorados en el autoconcepto, fue una aproximación conductual, que se dirigió hacia el control de los impulsos, de la ira, la relajación y la comunicación (Stolberg y Garrison, 1985, en Crosbie-Burnett, *op. cit.*)

Lawrence (1991) expone las teorías del autoconcepto y discute la relación entre la imagen corporal y la autoestima. De acuerdo con

este autor, los otros significativos en la vida de uno (los padres, los maestros, los tutores) pueden ayudar a los adolescentes a establecer un autoconcepto positivo.

Barber y Eccles (1992) consideran que muy pocos estudios han examinado el impacto a largo plazo en el crecimiento de los niños o adolescentes, en los hogares de madres solteras o divorciadas. Las familias sin padres se han tomado como incompletas y son frecuentemente vistas como uno de los principales contribuyentes a la delincuencia, el bajo rendimiento escolar, la deserción escolar, las relaciones negativas con los padres y el decremento de la autoestima. Según estos autores millones de niños de familias con padres divorciados o madres solteras, funcionan normalmente una vez que han superado la crisis inicial que acompaña al periodo inmediato; sin embargo los estereotipos persisten y crean problemas adicionales a dichas familias. Barber y Eccles (*op. cit.*) hablan de los estudios que han asociado la ausencia del padre con una baja autoestima y sentimientos de inferioridad en niños y adolescentes, especialmente a corto plazo (Brodi, 1986; Nastasi y Guidubaldi, 1987; Parish y Dostal, 1980; Parish y Wigle, 1985; Smith, 1990; Young y Parish, 1977), aunque estas diferencias declinan con el tiempo frecuentemente (Nastasi y Guidubaldi, 1987; Parish y Wigle, 1985; en *idem.*) Otros estudios fallan al encontrar tales diferencias en los niños (Berg y Kelly, 1979; Kinnarg y Reinherz, 1984; en *id.*) De esta forma, al igual que la ejecución cognoscitiva, las diferencias en el autoconcepto entre niños de familias intactas y niños de familias incompletas, no son consistentes y, cuando se encuentra, éstas decrecen con el tiempo (Barber y Eccles, 1992). Estos autores escriben sobre las expectativas de los padres y la influencia que ejercen sobre el autoconcepto de los niños. Por un lado, altas expectativas de los padres pueden guiar a una alta autoestima y autoconfianza; y por el contrario bajas expectativas pueden reducir el autoconcepto. Concluyen que las diferencias en las expectativas parentales pueden jugar un papel

importante en el autoconcepto, desempeño escolar y sus valores como género.

1.5 Algunos estudios sobre autoconcepto en América Latina

Novaes estudió al autoconcepto en Brasil (1985). Partió del modelo propuesto por L'Ecuyer (jerárquico-multidimensional), tomó una muestra de 1, 156 adolescentes de once a dieciocho años, provenientes de diversos contextos socioculturales. Comprobó su hipótesis teórica del modelo, acerca de la constante evolución del autoconcepto, las diferencias entre sexos y las influencias socioculturales. La autora concluye que se evidencia la necesidad de contextualizar al autoconcepto, desde el punto de vista social y cultural, a fin de evitar generalizaciones tendenciosas, que llevan comúnmente e interpretaciones apresuradas y superficiales.

Paulinelli y Tamayo (1987) estudiaron variables ambientales que según ellos influyen y dan forma al autoconcepto. Dicen que el medio social y las condiciones específicas en las cuales vive el individuo, están en relación íntima con el modo como él mismo se percibe. Demostraron diferencias significativas en el autoconcepto somático, la autoconfianza y la actitud social de acuerdo con las características sociales en las que el individuo se desenvuelve.

Pico de Rosales y Salom de Bustamante (1987) confirmaron a través de un estudio con una escala para medir la autoestima general (AESTIGE) su hipótesis acerca de que los sujetos con un alto rendimiento académico, tienen una autoestima equivalente a la de los sujetos con bajo rendimiento académico; asimismo comprobaron que los sujetos con una alta necesidad de logro, presentan una autoestima más elevada que los sujetos con baja necesidad de logro. Los adolescentes con un alta necesidad de logro se conceptualizan como poseedoras de mucha habilidad, es decir tiene un autoconcepto más positivo.

Estudios en México

Henze (1980) registró mediante el uso de técnicas de motivación para el mejoramiento humano, un aumento del autoconcepto en la mayoría de los sujetos adolescentes a los que estudió. Demostró cómo una técnica de intervención puede modificar el autoconcepto positivamente. Con sujetos mexicanos, Gómez y Pérez-Mitre (1981) encontraron una relación significativa entre puntajes altos o bajos, en la autoestima y los puntajes respectivos en cuanto a las expectativas de éxito o fracaso. Castillo y Tena (1981) trabajaron con menores infractores. La imagen global que presentaron del autoconcepto en estos sujetos, los mostró como poseedores de un bajo nivel de autoestima. Las áreas más afectadas fueron la ético-moral, física, social y familiar.

Con la utilización de la técnica del diferencial semántico, Díaz-Guerrero (1982) llevó a cabo un estudio que contempla al autoconcepto en las dimensiones de valor, poder y dinamismo del yo. Presenta un análisis detenido acerca del yo del mexicano en específico. Su analogía entre el yo y la pirámide mesoamericana es un ejemplo de la explicación del autoconcepto, desde la perspectiva interdisciplinaria, en la que concurren historia, sociología y psicología. Validó una escala multidimensional, para medir el autoconcepto en estudiantes a nivel licenciatura y preparatoria (Díaz-Guerrero y Salas, 1975, Osgood, 1952, 1962, citados en *id.*)

Vázquez (1983) expone el pobre nivel de autoconcepto en los hijos de hogares de madres solteras. Encontró que estos adolescentes presentan una capacidad de autocrítica distorsionada.

Díaz Guerrero y Emmite (1983) realizaron una investigación con estudiantes de secundaria. Encontraron que el autoconcepto positivo se relacionaba positivamente con las calificaciones escolares, y negativamente con ansiedad como rasgo. Dentro de la psicología educativa el autoconcepto ha ocupado un lugar preponderante en las investigaciones a nivel escuela secundaria.

Andrade (1984) comenta en su tesis sobre el locus de control que la autoestima y el estilo cognoscitivo correlacionan positiva y significativamente con dicho LC, o sea que, los sujetos internos tiene un nivel de autoestima mayor que los externos y desarrollan un estilo cognitivo independiente, opuesto al que desarrollan los externos, que es dependiente del campo (Fish y Karabenick, 1971, en Andrade, *ibid*.)

Salgado y Santillán (1985) estudiaron a familias integradas y a las carentes de la figura paterna. La ausencia del padre crea problemas en el desarrollo adecuado del autoconcepto, Es más evidente si el padre ha muerto, pues crea en los hijos problemas de adaptación social.

Díaz (1985) se ocupó de los alumnos problema y el estigma de ser uno de ellos. Independientemente del estigma, tanto el grupo de malos alumnos, como el de buenos, presentaron bajo nivel de autoconcepto. El adolescente joven se siente estigmatizado por ser adolescente, más que por ser mal alumno, lo cual le crea problemas de identidad.

Andrade y Pick de Weiss (1986) llevaron a cabo la construcción y el análisis psicométrico de una escala de autoconcepto, misma que se apoya en la utilización de un diferencial semántico en niños mexicanos, De esta forma, proporcionaron un instrumento estandarizado para la medición multidimensional del autoconcepto en niños de la ciudad de México

Monroy (1987) concluyó que la ausencia del padre, no llega a influir en el desarrollo negativo del autoconcepto del farmacodependiente. Dañado en el área moral y en la personal, no hay una integración de la autoimagen en general. León (1988) por su parte encontró un autoconcepto más devaluado en adolescentes hombres con padre alcohólico, cuya figura es ausente e inestable, Magaña (1988) estudió los factores que según su hipótesis, influían en el autoconcepto: estructura corporal, defectos físicos, condiciones

físicas, química glandular, vestimenta, inteligencia, niveles de aspiración, emociones, patrones culturales, escuela, estrato social, padres y relaciones familiares en general.

Con una muestra de 200 sujetos de ambos sexos cursando el sexto grado de primaria. Le interesó evaluar si el autoconcepto del escolar se relaciona con el de los padres. Aplicó la escala de autoconcepto de Andrade y Pick de W. (1986) para medir a los niños y un diferencial semántico para los padres. Encontró que los conceptos positivos del padre se relacionan con el autoconcepto positivo del niño; mientras que los conceptos negativos de ambos padres se relacionan con el autoconcepto negativo del niño.

1.6 Instrumentos más utilizados para la medición del autoconcepto

De acuerdo con Marsh (1990) los instrumentos más populares en los países industrializados de habla inglesa son: la escala Piers-Harris (1984), el cuestionario de autodescripción (Marsh, 1988) y la escala para niños de la percepción de la competencia (Harter, 1979, 1982). Crandal (1978, en Marsh, *op. cit.*) recomienda la escala Piers-Harris como la mejor existente. Posee revisiones favorables y de amplio uso. El cuestionario de autodescripción presenta la desventaja de que los niños preadolescentes no son capaces de responder honestamente a reactivos con palabras negativas, por lo tanto muchas veces estos reactivos se eliminan. La escala de percepción para la competencia (Harter, 1979) se centra en la hipótesis de que no todos los niños se sienten igualmente competentes en los diversos campos. Según Harter los niños de ocho años o mayores han construido también una visión de su valía en la autoconfianza que va más allá de los elementos de la competencia específica (Marsh 1988; Marsh y Shavelson, 1985).

A través de la práctica en la clínica psicológica especializada en la salud mental del grupo familiar (DIF) y apoyado en los datos estadísticos, nació la inquietud por investigar el autoconcepto en el

grupo de adolescentes y preadolescentes. Los pacientes no experimentaban remisión espontánea y presentaban generalmente un autoconcepto muy poco favorable, acompañado por trastornos conductuales o de aprendizaje y una pobre dinámica familiar.

Autores tan reconocidos dentro de la Psicología como Sullivan o Horney postularon que la disminución de la autoestima es un componente básico en toda psicopatología. Epstein al hablar de la enuresis piensa que se halla relacionada con dicha disminución (en Epstein, *idem*.) El paciente enurético al llegar al consultorio, llevado por los padres o enviado por su escuela, muestra en general un autoconcepto disminuido.

CAPITULO II

LA ENURESIS FUNCIONAL

Considerada como un síndrome, la enuresis funcional posee como síntoma esencial de acuerdo al DSM IV: "...la emisión involuntaria de orina durante el día o por la noche, a una edad en la que se espera que haya continencia, sin que se deba a ningún trastorno somático." (pág. 87) En este manual se especifica que el trastorno enurético puede ser primario (no ha sido precedido por un periodo de continencia urinaria de por lo menos un año), o bien de tipo secundario (se cuenta con un periodo previo de continencia urinaria de por lo menos un año). La enuresis nocturna es el trastorno más frecuente, presentándose casos diurnos o bien mixtos.

2.1 Fisiología de la micción

El aparato genito-urinario

La orina tiene como función principal la transportación de algunos productos residuales de los diversos procesos vitales internos. De acuerdo con Cáceres (1991) "...la orina se forma en el riñón, de donde desciende por el uréter hasta la vejiga. En la vejiga se acumula para ser expulsada al exterior de forma periódica en el acto de la micción a través de la uretra. Los niños excretan proporcionalmente, de tres a cuatro veces más orina que los adultos por Kg. de peso." (pág.16)

La vejiga permite que la orina proveniente del riñón se acumule y a la vez la evacua hacia el exterior, mediante cuatro mecanismos,

dos de retención y dos de expulsión, así es como funciona el proceso de vaciado.

El control de esfínteres

Dos esfínteres proporcionan la contención. El interno no es voluntario, es decir, no se abre ni se cierra cuando el sujeto así lo desea; mientras que el esfínter externo puede actuar de acuerdo al dominio de la voluntad. El externo refuerza la acción del interno. Los mecanismos de expulsión funcionan gracias a un músculo detrusor en las paredes de la vejiga y a los músculos abdominales que se contraen voluntariamente. La presión del líquido acumulado sobre la vejiga que lo contiene, provoca las contracciones que indican la urgencia de orinar. La acción de orinar es tan sólo un acto reflejo en el niño que no ha logrado el control de esfínteres. Conforme el niño se desarrolla se adquiere un control parcial de los mecanismos reflejos que contribuyen a la micción. Estos mecanismos son extremadamente complicados y presentan mucha coordinación entre sí. Cuando el individuo se halla inconsciente, o bien el volumen de orina supera los ochocientos centímetros cúbicos, el funcionamiento continúa de manera involuntaria. Debido a lo anterior el control es solamente parcial. (Cáceres, *idem.*)

Varios procesos de aprendizaje intervienen para lograr un control sobre el reflejo de la micción. Primero se debe aprender a iniciar el acto de orinar una vez que la presión en la vejiga sea baja, segundo se debe aprender a frenar las contracciones del músculo detrusor, tercero se debe aprender a distinguir las sensaciones que experimenta el cuerpo cuando la vejiga se repliega, cuarto se debe aprender a frenar de manera voluntaria el flujo urinario cuando se ha empezado a emitirlo (contracción del esfínter externo), quinto se debe aprender que los mecanismos anteriores se pueden trasladar de la vigilia al sueño, sexto se debe aprender a despertarse cuando

la presión de la vejiga aumente al grado de provocar la urgencia urinaria antes de que ocurra el reflejo automático para evacuar, séptimo se debe aprender la asociación entre estímulos internos (por ejemplo la urgencia) y los externos (e.g. un letrero que anuncia un WC cercano). (Cáceres, *ibid.*, pág. 19)

Para que el niño logre llevar a cabo los procesos de aprendizaje antes mencionados, son necesarias la maduración del tracto genitourinario, el desarrollo de los centros nerviosos que facilitan el aprendizaje, y un proceso de entrenamiento discriminativo adecuado que posibilite la motivación y socialización. (Cáceres, *id.*)

En el aprendizaje del control de esfínteres la socialización juega un papel sumamente importante. Las condiciones socioculturales que rodean al niño o al adolescente en sus diferentes etapas de maduración o crecimiento, modelarán aquellas conductas que tiendan a permanecer en los repertorios e influirán sobre aquellas otras que tiendan a desaparecer. El humano como un ser eminentemente social lleva a cabo el proceso del aprendizaje dentro de las normas que rigen al grupo social y a la cultura a la que el sujeto pertenece.

La familia y la escuela resultan ser las principales influencias que el niño y el adolescente encuentran dentro de su proceso de socialización. Las primeras interacciones sociales se llevan a cabo dentro del seno familiar. Las figuras materna y paterna son las más representativas usualmente. Una segunda instancia en la socialización es el ambiente escolar, en donde además de la interacción con el maestro (quien posee la figura de autoridad más fuerte después de los padres) los compañeros actúan como agentes socializantes.

“La socialización en el niño es la forma en que se desarrollan los tipos de conducta que éste aprende y que le son indispensables para actuar como un miembro adulto en una sociedad. Mediante la influencia de sus padres y otras personas adquiere las formas sociales de conducta (actitudes,

valores, etc.); se da lugar a la interacción en grupo." (Bieheler, 1980; Baron, Birne y Kantowitz, 1980, Pág. 22)

El aprendizaje de la cultura y la integración del individuo en su sociedad son los dos aspectos en los que se centra la socialización. Las relaciones sociales son el vehículo del acercamiento del sujeto a su cultura. Elkin (1972) define tres condiciones necesarias para que el proceso de socialización se lleve a cabo: a) existencia de una sociedad en funcionamiento; b) la naturaleza humana, esto es, los rasgos de los que el individuo está provisto, más allá de aquellos de carácter biológico; y c) la herencia. Esta última dependerá del adecuado desarrollo de las dos primeras. A medida que el niño socializa, su repertorio conductual se vuelve más complejo. Algunas de las personas que rodean al niño, se convierten en los objetos de relaciones emocionales y resultan especialmente significativas. Los padres generalmente sirven de modelos conductuales. Las normas, los valores, las actitudes, los sentimientos y las emociones van abarcando cada vez a un mayor número de gente. La adquisición de hábitos se encuentra íntimamente ligada al aprendizaje sociocultural. Las conductas que responden a las necesidades fisiológicas primarias, se modelarán de acuerdo a lo que culturalmente se impone como estímulo social. El repertorio conductual de autocuidado será elaborado a partir de aquello que los adultos gratifiquen o castiguen.

Newman y Newman (1985) plantean la importancia que conducta, ideas, pensamientos y fantasías, tanto del niño como del padre, la madre y los hermanos, influyen mutuamente en sus vidas. La tonalidad emocional de las actitudes sociales posteriores está dada por la interacción familiar. Los mecanismos de socialización (premios y castigos) además de proporcionar modelos de conducta, servirán para brindar una primera imagen de sí mismo. En los casos de enuresis, los patrones de crianza, las normas y la dinámica

familiar son datos imprescindibles para el expediente clínico. Algunos padres, ya sea por negar una situación en la que pueden encontrarse involucrados emocionalmente, o bien por actuar bajo pensamientos supersticiosos (por ejemplo: "Es algo temporal", "No tiene mayores consecuencias" o "Así es mi hijo") pueden tardar en reportar el trastorno.

2.2 Etiología

Las actitudes que con respecto a la enuresis han tomado los diversos investigadores, reflejan siempre la especialidad a la que se han abocado los mismos. De esta forma, los psiquiatras han descrito conflictos tales como el temor a la castración, los urólogos han tendido a centrarse en las anormalidades urológicas y los neurólogos han sugerido una relación con la epilepsia.

Los factores socioeconómicos pueden influir en el desarrollo y la persistencia de la enuresis. Se ha comprobado en estudios llevados a cabo por Bloomfield, Essen y Starfield (citados en Scharf, Pravda, Jennings, Kauffman *et. al.*, 1987), que el trastorno es más frecuente en niños desprotegidos social o económicamente, Asimismo, se ha detectado que el adiestramiento esfinteriano comienza más tardíamente en los grupos menos favorecidos económicamente o con menor escolaridad.

Causas orgánicas

Se ha insistido a lo largo de la investigación científica, que la enuresis está íntimamente relacionada con la capacidad, la presión y/o las contracciones vesicales. Scharf *et. al.* (*op. cit.*) opinan que se debe tener en cuenta el aspecto funcional además del anatómico; esto es, los enuréticos no sólo pueden presentar una capacidad vesical disminuida, sino que pueden tener una capacidad funcional menor. Mientras que un no enurético controla con más éxito la

urgencia de la micción, un enurético por lo regular reporta que su necesidad de orinar, incluso durante el día, se presenta intempestivamente y con gran urgencia. La presión es mayor aun con una menor cantidad de orina acumulada. En el enurético existe una falla en la habilidad para responder a la incomodidad de una contracción intensa.

La investigación médica reciente ha encontrado que muchos niños con enuresis pueden presentar deficiencia de la hormona antidiurética. Slomski (1995) explica: "Dicha hormona ayuda a concentrar la orina durante las horas del sueño, lo cual significa que la orina va a contener menos agua y requerirá de menor espacio en la vejiga" (citada en Gale Encyclopedia, 1988. pág. 1)

En un estudio de 256 niños enuréticos, Starfield (1972) encontró sólo 10 casos relacionados con anomalías genitourinarias. Forsythe y Redmond (citados en Scharf *et. al. Idem.*) encontraron una etiología orgánica en tan sólo un 1% de los casos que estudiaron. En contraste, los urólogos reportan altas frecuencias de anomalías genitourinarias, resultando las más comunes, la obstrucción vesicular y la angostura de la uretra. Otros factores médicos que pueden causar enuresis son la diabetes, las alergias a diversos alimentos tales como los lácteos ingeridos por la noche, las bebidas carbonatadas, los cítricos y el chocolate.

Un trastorno del sueño

La incontinencia urinaria nocturna no corresponde totalmente a algún periodo del sueño; si bien se presenta con mayor frecuencia en la fase del sueño no REM (durante el primer tercio de la noche), puede tener lugar en algunos casos, durante la fase de movimientos oculares rápidos (REM), de esto último dependerá si hay recuerdo de lo sucedido en el paciente o no.

En un principio los estudios en el laboratorio de los trastornos del sueño, sugerían que la enuresis primaria no era otra cosa sino

un desorden en el despertar, similar a los terrores nocturnos y al sonambulismo. Una vez que se comprobó el hecho de que el episodio enurético puede suceder en cualquier fase del sueño, se desechó la idea de relacionar la enuresis con la patología del sueño profundo. "El pensamiento actual es que la enuresis no refleja comúnmente ninguna anormalidad del sueño." (Schaffer *et al.*, 1984, pág. 656) Tampoco se le relaciona ya con el soñar, empíricamente se ha demostrado que los enuréticos a los que se despierta inmediatamente después del episodio, no recuerdan haber soñado nada relacionado con la micción; mientras que al no ser despertados, los niños podían incorporar el sentido de hallarse mojados con los sueños posteriores y creer a la mañana siguiente, que sí habían tenido un sueño relacionado con la micción. (*id.*)

La gran mayoría de los padres de un paciente enurético nocturno piensan que su hijo (a) se orina en la cama por estar profundamente dormido (a). Cáceres (1990) opina que "los estudiosos del tema no están de acuerdo, no se han podido descubrir diferencias entre la profundidad del sueño del niño con problemas enuréticos y del niño que no tiene tales problemas." (pág. 27)

Factores Psicológicos

Si bien son frecuentemente significativos en la etiología de una enuresis secundaria, no resultan tan importantes en la enuresis primaria. En esta última los problemas emocionales pueden ser una consecuencia de la respuesta parental a los episodios; sin embargo, los problemas psicológicos raramente son la causa de una condición enurética (Scharf *et. al.*, 1987)

La presencia de una mala dinámica familiar o el nacimiento de un hermano menor se hallan más relacionadas con la enuresis secundaria, ésta es monosintomática muy raramente. Se acompaña

con frecuencia de otros síntomas como trastornos en la alimentación, onicofagia y rabietas temperamentales.

El estrés en los periodos tempranos del desarrollo está considerado como un factor de importancia en la etiología de la enuresis (MacKeith, 1968; Douglas, 1973; Kaffman y Elizur, 1977; en Moilanen, *et. al.*, 1988). La falta de aprendizaje y desarrollo es un factor psicológico que puede causar enuresis aun cuando no exista lesión orgánica. Otros factores son: hábitos de higiene deficitarios o inexistentes, falta de conexión adecuada entre la vejiga y los centros centinelas del cerebro, y la desensibilización de la piel a la humedad, generalmente provocada por el uso de pañales hasta edades en que ya no se deben utilizar.

El hecho de que exista un porcentaje muy elevado de niños que responden a tratamientos básicamente centrados en aspectos fisiológicos, puede significar que la enuresis no es siempre un síntoma revelador de serios problemas profundos; no obstante, muchos profesionistas de la salud aún piensan así.

Según la modificación conductual

De acuerdo con Cáceres (1990), tres modelos teóricos han tratado de explicar el aprendizaje del control de esfínteres:

- "a) el modelo de Mowrer implicando el condicionamiento clásico de varios reflejos, necesarios para conseguir dicho control; b) el modelo operante de Azrin, en el cual diversos aspectos sociales influirían en el control de una capacidad que incluso fisiológicamente no puede reducirse al condicionamiento interno de varios reflejos;
- b) el modelo operante de Azrin, en el cual diversos aspectos sociales influirían en el control de una capacidad que incluso fisiológicamente no puede reducirse al condicionamiento interno de varios reflejos;

c) el modelo orgánico de Kimmel, que parece implicar que este control se consigue una vez expandida la capacidad funcional de la vejiga." (pág. 599)

Dentro del enfoque conductual, la enuresis resulta una falla del aprendizaje del control esfinteriano-vesical (Van Wagenen *et. al.*, 1969, en Cáceres, *op. cit.*) Dicho aprendizaje no sólo conlleva una serie de asociaciones a escala fisiológica, sino que se ve ampliamente relacionado con los estímulos que el medio ambiente proporciona al niño.

Azrin y Foxx (1971) consideran que un entrenamiento en el control adecuado de los esfínteres, se traduce en una cadena compleja y larga de respuestas. Se incluye en ellas tanto a estímulos psicológicos, como físicos y sociales.

"(El control de esfínteres)...requiere la presencia de consecuencias operantes tanto negativas como positivas para que esa secuencia de respuestas pueda mantenerse, y este entrenamiento no puede ser considerado como un simple reflejo muscular asociativo entre estímulos internos." (pág. 98)

El punto de vista conductual sugiere que un adiestramiento precoz incrementa la probabilidad de una continencia urinaria rápida y sostenida (Schaffer, 1980) Mc Namara (1988) estudió el tratamiento conductual en un niño de 11 años con enuresis secundaria diurna. Creó un programa que utilizó la simple corrección y reforzamiento. Logró la continencia total a los tres meses. Brown (1985) investigó si la enuresis diurna en escolares, podría modificarse positivamente con el uso de la economía de fichas en conjunto con los padres. Demostró la efectividad de su programa a los 32 días del tratamiento. Copeland *et al.*, (1990) probaron que los métodos para el entrenamiento de las habilidades en la continencia, se reconocen como más efectivos y seguros que el tratamiento farmacológico.

Según el psicoanálisis

Freud explicó como causa de la enuresis a un mecanismo central y dinámico, poseedor de iguales características: un yo escindido que se presenta en el fetichismo. (1927, 1940)

“Las observaciones analíticas sugieren una estrecha conexión entre enuresis y una forma de pensamiento arcaico; esto es, una escisión en el yo que dependerá de la ausencia o una falla en la integración de los procesos conscientes e inconscientes.” (Calef *et. al.*, 1980, pág. 295)

Calef (*idem.*) explica que tal escisión en el yo puede originarse ya sea en una fijación, o bien en una regresión. Se manifiesta clínicamente en el fetichismo, los trastornos del sueño, la despersonalización, el *deja vu*, y en una variedad de alteraciones en el sentido de realidad, que traen como consecuencia una confusión entre realidad y fantasía. Para la corriente psicoanalítica la probabilidad de ocurrencia de la enuresis, se halla directamente relacionada con la escisión entre lo consciente y lo inconsciente. El objeto de fetichismo es el flujo urinario mismo. El paciente adquiere la sensación de no haber sido castrado al experimentar que está capacitado para producir flujo urinario. En la enuresis nocturna por lo general el paciente no se siente culpable o responsable de manifestar sus deseos, ya que está dormido. Esta escisión del yo es la manera en que el paciente maneja su ansiedad de castración.

La enuresis se relaciona dentro del psicoanálisis con una posición defensiva hacia la realidad, en la que hay una confusión entre el flujo sexual y orina. Ante un padecimiento enurético, los psicoanalistas utilizan generalmente psicoterapia de apoyo “...para reducir el problema conflictivo y mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de tipo afectivo.” (Tercedor *et. al.* 1990, pág. 167) Algunas veces será necesario utilizar una psicoterapia de

tipo analítico. El psicodrama se sugiere como una técnica que ayuda a comprender la dinámica de dicho comportamiento.

Berlanda (1982) aborda a la enuresis desde el punto de vista psicoanalítico. Dice que este trastorno ya sea primario o secundario, presenta estadios correspondientes a los del desarrollo psicopatológico. Todos los factores del desarrollo presentan una característica en común: la supresión de la masturbación. El valor psicodinámico de la enuresis es diferente de acuerdo al estadio psicoafectivo de la madurez del niño, su personalidad y la manera en que la libido y la agresión varían en intensidad y predominancia. La enuresis de esta forma resulta un síntoma que puede tener por tanto diferentes aproximaciones psicoterapéuticas.

Antecedentes familiares

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: "Aproximadamente, el 75% de todos los niños con enuresis funcional tienen un familiar de primer grado que sufre o ha sufrido este trastorno." Autores como Frary (1935, citado en Cáceres, 1980) concluyeron que la enuresis es un rasgo distintivo hereditario, transmitido por un solo gene recesivo. Otros autores como Kanner (1972 en *id.*) han sugerido sin embargo, que los antecedentes positivos en la historia familiar, no necesariamente confirman la base genética de la enuresis; sino que indican más bien una tradición familiar. Schaffer (1984) no encontró diferencias entre los niños con familias enuréticas y los niños con antecedentes familiares no enuréticos.

Diferencias socioculturales

Algunos autores se han ocupado de estudiar las diferencias socioculturales y cómo éstas pueden influenciar definitivamente un diagnóstico de enuresis funcional. Abramovitch y Abramovitch (1989)

piensan que el padecimiento consiste en una falla de la socialización en el control de la vejiga. En el mundo occidental, dicha socialización da énfasis a la enseñanza de lo que el niño debe evitar. Muchas sociedades no occidentales, en contraste, basan la enseñanza en los lugares donde el niño no debe excretar; esto de acuerdo con Ainsworth (1967) es mucho más fácil de aprender. Mientras que el entrenamiento vesical comienza en Uganda aproximadamente a los 3 meses, en el mundo occidental puede tardar mucho más. Abramovitch piensa que las diferencias étnicas en la enuresis, se hallan quizá íntimamente relacionadas al estilo de entrenamiento.

Adiestramiento vesical

El entrenamiento vesical es uno de los posibles factores etiológicos más discutidos: "Las características y el contexto de las prácticas familiares, habitualmente maternas, dirigidas a que el niño adquiera control sobre su micción." (Toro y Nina, 1991, pág. 79) Distintos estudios transculturales han llevado a desestimar este tipo de hipótesis. Nunca ha podido demostrarse que la precocidad o la tardanza en el inicio del adiestramiento vesical influya en la frecuencia de enuresis. (Bloomfield y Douglas, 1956; Lovibond, 1964; Sears y cols., 1957; citados en Toro y Nina, *idem.*) De acuerdo con los resultados de estos últimos autores en su experimento de adiestramiento familiar vesical, afirman con suficiente margen de seguridad que "...ninguna de las prácticas de crianza habitualmente asociadas a la adquisición del control vesical diferencia a niños enuréticos de los que no lo son." (Toro y Nina, *ibid.*, pág. 83)

Una de las conductas más comunes dentro de las prácticas de crianza es el castigo. De acuerdo con Cáceres (1991) no se debe llevar a cabo pues: "A largo plazo, sus efectos son mucho menos positivos: el comportamiento no deseado vuelve a aparecer una y otra vez en ausencia del agente punitivo —a veces con una

intensidad mayor a la inicial- y además produce una gran cantidad de efectos secundarios.” (págs. 30-31)

Miller (1993) obtuvo resultados en que el castigo fue la aproximación preferida por un 25 a 30% de los padres entrevistados en un estudio. El porcentaje se incrementó a un 70% en los padres que sólo contaban con estudios básicos. (citado en Du Mars 1999, pág. 2).

En el entrenamiento vesical de tipo punitivo, el niño puede aprender que de esta manera, justamente, puede lograr de los demás lo que él mismo desea. Se aprende que las cosas se logran con la utilización de la violencia. Si bien el castigo no funciona la mayoría de las veces, tampoco la permisividad exagerada. Los padres que liberan de toda responsabilidad al niño, no lo ayudan a comprender sus dificultades. Precisamente con base en la propia responsabilidad, es que los programas y contratos terapéuticos funcionan. El uso de los pañales para evitar un colchón mojado y ahorrar trabajo no es recomendable ya que se interfiere con el desarrollo de los mecanismos necesarios para lograr el control. El niño puede llegar a un acostumbramiento y desensibilizar su piel. En todo caso, se recomienda el uso de un plástico protector del colchón.

2.3 Evaluación clínica y diagnóstico

Se deben descartar las posibles causas orgánicas como la diabetes y las crisis convulsivas mediante el examen físico y las pruebas de laboratorio y gabinete. En el presente estudio se llevará a cabo el diagnóstico, de acuerdo a los criterios marcados por el DSM IV: “A. Vaciado involuntario y repetido de la vejiga urinaria, de día o de noche. B. Al menos dos de estos episodios al mes en niños con edades comprendidas entre 5 y 6 años, y al menos una vez al mes en niños mayores. C. Todo ello no se debe a un trastorno somático, como diabetes o crisis convulsivas.” (pág. 89)

El diagnóstico de enuresis se basa de acuerdo con Bragado Alvarez (1980), en dos conceptos claves: el primero se extrae de los datos médicos, esto es, el niño está preparado neurológicamente para su control voluntario sobre el reflejo de micción a los tres años de edad. El segundo concepto es aquél que se encuentra guiado por las normas y los valores sociales que varían de una cultura a otra, de acuerdo con los grupos sociales a los que pertenezca el individuo.

El aspecto más importante en la evaluación del niño enurético reside en la obtención de una buena historia clínica. Debe prestarse una especial atención al desarrollo y crecimiento general del niño. Ya que se ha determinado si se trata de un padecimiento primario o secundario, y después de detectar la edad de reaparición en el segundo caso, se debe recolectar la frecuencia por semana o por mes de episodios, la hora en que suceden (de ser posible), las horas de sueño y el tipo de alimentación (presencia de alimentos diuréticos). La frecuencia de orina durante el día también resulta significativa. Una historia del adiestramiento de esfínteres y los métodos utilizados (coercitivo o no coercitivo), así como las actitudes de los padres deberán ser contemplados. Resulta esencial determinar si existen antecedentes familiares. La presencia de trastornos en el sueño, tales como sonambulismo, terrores nocturnos o pesadillas puede resultar importante; el escenario de los episodios (sólo en casa o sólo fuera de ella) y la relación con otros padecimientos urológicos, son una rutina en la evaluación del paciente enurético. Las pruebas de gabinete son el requisito para descartar organicidad. Asimismo, la capacidad para retener la orina durante el día resulta un dato imprescindible

Edad de comienzo

La enuresis funcional primaria empieza a los 5 años de acuerdo con la definición del DSM IV; mientras que la secundaria comienza generalmente entre los 5 y 8 años. Fergusson *et al.* (1986 en Toro y Nina, 1991) afirman que a los cuatro años, el 80% de la población ya ha alcanzado el control esfinteriano pleno, Shaffer escribe en 1984 que "...el mojar la cama hasta los 3 años de edad es normal, pero a partir de los 4 años ya existen diferencias cualitativas entre niños continentes e incontinentes." (pág. 782)

A pesar de que el DSM IV es muy claro al respecto de la edad de comienzo, se debe recordar que las líneas de desarrollo varían de acuerdo al medio ambiente y a los patrones culturales. Parece haber un cierto consenso acerca de que los niños adquieren con posterioridad a las niñas, el control voluntario sobre la orina. (Bragado Alvarez, 1980) El periodo vulnerable a la enuresis se ha estimado con una cobertura del segundo al cuarto año de vida (Douglas, 1973; en Jarvelin *et al.*, 1991), esto es en el periodo que resulta más frecuente la adquisición del control vesical (Brazelton, 1962; Oppel, Harper y Rider, 1968; *id.*)

Factores predisponentes y sintomatología asociada

En el consultorio psicológico se reciben casos de enuresis como motivo de consulta; no obstante, es muy común que la principal razón no sea justamente el síndrome enurético. Con mucha frecuencia el psicólogo se enfrenta a una sintomatología asociada, es decir, el paciente presenta algún trastorno mental concurrente. De esta forma, niños con trastornos conductuales, emocionales o de aprendizaje presentan la enuresis funcional como otro de sus diagnósticos o síntomas. "Casi con seguridad cualquier psicólogo clínico dedicado a problemas infantiles habrá notado que la enuresis es uno de los desórdenes más frecuentes, junto con problemas de

inadaptación y rendimiento escolar.” (Bragado Alvarez, 1980, pág. 884)

El retardo o descuido en el aprendizaje de los hábitos de higiene, o el estrés psicosocial se han identificado como factores predisponentes al igual que los antecedentes antónomico-fisiológicos tales como el retardo en el desarrollo de la musculatura que soporta a la vejiga, o bien la capacidad vesical. “Aunque la gran mayoría de los niños con enuresis funcional no sufren de un trastorno mental asociado, la prevalencia de trastornos mentales concurrentes es mayor en los individuos con enuresis funcional que en la población general.” (DSM IV, pág. 88)

Algunos otros trastornos con manifestaciones físicas como la encopresis funcional, el sonambulismo o los terrores durante el sueño pueden presentarse asimismo como sintomatología asociada. En la historia de la investigación psicológica se ha relacionado a la enuresis con la succión del pulgar, las dificultades de lenguaje, la onicofagia y los ataques de cólera (Michaels y Goodman, 1934; citados en Lluís-Font, 1987); la influencia de los factores ambientales, la herencia, la organicidad y el control de los impulsos han sido repetidamente relacionados con la enuresis “...parece lógico admitir una pluralidad de factores etiológicos que interactúan, a la vez que plantear la importancia relativa de esos factores en los diferentes tipos de enuresis.” (Lluís-Font, pág. 175) Algunos de los factores son de orden biológico: genético, madurativos, vesicales funcionales, infecciosos, relacionados con el sueño, sensorio-perceptivos, asociados a encopresis y hormonales. Otros pertenecen al orden psicológico. Essen y Pechman (1976) consideran que puede hablarse de la asociación de enuresis con privación sociofamiliar e institucionalización infantil. Otros factores a considerar son; intolerancia de los padres, características de la personalidad, situaciones estresantes, anomalías conductuales y emocionales, y falta de aprendizaje y/o de desarrollo.

Deterioro

El padecimiento puede agravarse ante la aparición de algunos factores de deterioro como el grado de ostracismo social, el enfado, el castigo, el rechazo de los cuidadores, sean los padres, educadoras o personal de la institución; o bien "...el efecto del trastorno sobre la autoestima del individuo..." (DSM IV, pág. 88)

Prevalencia

La enuresis funcional tiene una prevalencia de acuerdo con el DSM IV del 7% para los niños y un 3% para las niñas de 5 años; un 3% para los niños y 2% para las niñas de 10 años. Finalmente un 1% para los varones y menos de 1% para las mujeres de 18 años.

La prevalencia descubierta por Gunnar fue del 10% a la edad de 4 años; 3% a los 9 años y un 1% a los 15 años. Los datos referidos por Balman (en López Crespo, 1990) fueron de un 10% a los 5 años; alrededor de un 6% a los 10 años y de un 2% a los 12 años. Se estima de acuerdo a los datos de Scharf (1988) que existen de cinco a siete millones de niños enuréticos tan sólo en los Estados Unidos. Los niños hasta los 10 años de edad son más susceptibles a ser afectados por la enuresis que las niñas hasta en un 50%- Un niño que presenta episodios enuréticos a la edad de 6 años, tiene un 70% de probabilidades de continuar enurético a la edad de 8 años. De un uno a un tres por ciento continúan enuréticos a los 18 años.

Incidencia

La incidencia de enuresis detectada por M. Campbell (citado en López Crespo, 1990) "...fue del 15% entre niños de 4 a 5 años; 5% hacia los 10 años; y un 1% a los 15." (pág. 51) Los criterios médicos

contemplan como una de las causas de mayor incidencia a una capacidad funcional de la vejiga disminuida. Cáceres (1991) opina que: "Hoy en día no existe ninguna duda de que la capacidad funcional de la vejiga es notablemente inferior en los niños enuréticos que en los que no lo son." (págs. 21-22) Otras causas con incidencia mucho menor son: afecciones urológicas o renales y trastornos neuromusculares (Cáceres, *idem.*) La lesión de los centros del cerebro que controlan el sistema genitourinario es una de las causas posibles con una incidencia mínima.

La población clínica se encuentra distorsionada, ya que si atendemos la premisa de que los niños y adolescentes enuréticos son llevados al consultorio por sus padres, esta decisión se hallará fuertemente influenciada por la percepción del problema en los padres y los factores de educación.

2.4 Tratamiento

Medicación

El tratamiento alopático es el más utilizado por los médicos familiares y pediatras, y es la imipramina el medicamento usualmente prescrito, éste actúa reduciendo la irritabilidad de la vejiga a través de su acción anticolinérgica. Los niños experimentan contracciones vesicales menos frecuentes o menos intensas. La imipramina tiene una eficacia en el 70% de los casos de acuerdo con Bindeglas (1978). La inconveniencia aparece cuando se suspende el medicamento, ya que en muchos casos se incrementan los episodios enuréticos. La imipramina no se autoriza para el tratamiento de niños menores de 6 años. En la actualidad se recomienda su uso principalmente para las noches en las que el niño no va a dormir en casa.

Los compuestos simpático-miméticos activan al niño cuando duerme y facilitan su despertar, además contraen esfínteres

vesicales e impiden la micción voluntaria. No hay evidencia de su efectividad en los estudios comparativos con otros procedimientos. Ya se ha explicado que el sueño profundo no se relaciona directamente con la enuresis.

Los compuestos tricíclicos antidepressivos se recetan también por sus efectos enticolinérgicos. "Este tipo de medicación parece ayudar a un porcentaje reducido de niños (menos de un 20%)...en general difícilmente puede justificarse su recomendación." (Cáceres, 1991, pág. 36) Los nombres comerciales de algunos de ellos son: Tofranil, Anafranil, Tryptizol y Paidenur. En el uso de estos medicamentos se observa también un gran porcentaje de recaídas una vez suspendidos.

Algunos otros medicamentos como la hormona antidiurética han resultado eficientes; sin embargo, no se ha demostrado que actúen con mayor éxito que los placebos. Entre otros medicamentos se utiliza un aerosol nasal demopresinacetato, que es una sustancia similar a la hormona antidiurética.

Modificación, intervención y terapia conductual

Levantar al niño de noche no es siempre una tarea fácil de ejecutar, ya que implica un gran esfuerzo tanto del paciente, como de los padres. En la actualidad los programas conductuales tratan de no interferir en el desarrollo de los mecanismos que permiten al niño despertar, una vez que se sienta la urgencia de la micción.

En la modificación conductual se utiliza un condicionamiento operante al reemplazar conductas no deseadas por conductas deseadas. Se pueden utilizar la desensibilización sistemática o la exposición implosiva en conjunto con el modelamiento.

Mc Namara (1988) considera a la enuresis como una fobia a ir al baño. Con un programa de reforzamiento positivo demostró tener éxito. Brown (1985) probó eficacia en su programa con economía de fichas. Otros tratamientos conductuales contemplan la técnica del

timbre y las gasas (aparato antienurético), técnicas de relajación y control de la vejiga. De acuerdo con Cáceres (1991) "...el programa más utilizado es del tipo que se basa en contratos terapéuticos." (pág. 49). Este autor español comparó la eficacia de dos métodos: el operante y el aparato antienurético. Encontró mayor éxito en el operante que a su vez ofrecía una duración de tratamiento más corta. Concluye que diferentes tipos de enuresis deben recibir diferentes tratamientos. (*id.*)

Sluckin (1989) aborda el tratamiento conductual desde la perspectiva del trabajo social. Propone como tratamientos a las "tablas de estrellas" (reforzamiento positivo), al entrenamiento del control de la retención, al tratamiento específico para niños y adolescentes. Concluye igualmente que depende del tipo de enuresis y personalidad del paciente, el tipo de tratamiento a seguir.

Ejercicios para el control de la vejiga

Tienen como objetivo aumentar la capacidad funcional de la vejiga del niño. Se anima al paciente a beber más líquidos de lo habitual. De forma gradual y progresiva se le motiva a que intente contener durante el día las ganas. El niño va mejorando su propia marca. Se puede establecer un sistema de premios.

La fortificación de la vejiga es necesario en los niños que poseen un control debilitado. Una vez que ha retenido las ganas de evacuar, el niño comienza a orinar y corta el flujo de orina hasta que lo logre casi inmediatamente después de empezar a orinar.

Restricción de líquidos

Resulta inoperante ya que se le priva al niño de ensayar los mecanismos volitivos. Se crea una situación artificial que muy difícilmente se puede prolongar. Cáceres (1991) recomienda en consulta que el niño ingiera líquidos para darle la oportunidad del

ensayo. Sluckin (1989) habla de la necesidad de permitir al niño "...la sensación de llenura vesical para ejercitar los músculos y obtener control." (pág.487) Scharf *et.al.*(1987) están a favor de no controlar la ingesta de líquidos en su tratamiento, para contar con los elementos necesarios en el estiramiento vesical y la interrupción del fluido.

Alarma antienurética

Recurso ampliamente utilizado sobre todo en los países desarrollados. Son muy seguros de acuerdo con Cáceres (*op. cit.*) y constan básicamente de un sensor de humedad y una alarma. "Su funcionamiento es muy simple: las primeras gotas de orina cierran un circuito eléctrico que pone en funcionamiento la alarma, que a su vez despierta inmediatamente al niño." (Cáceres, *ibid.*, pág. 43) La cantidad de tiempo que cada niño requiere de su uso varía de acuerdo con las condiciones de cada uno de los casos. La frecuencia de mojar la cama va disminuyendo. El porcentaje de casos al que suele ayudar, se halla por encima del 75%. Debido a que el niño no siempre responde de la misma manera a un particular tipo de alarma, existen diferentes compañías que por ejemplo en los EE.UU. producen aparatos de distintas características en cuanto al tipo de sonido a emitir. De acuerdo con Morgan (1980, citado en Sluckin, 1989) "La terapia que se ha desarrollado a partir de este aparato ha demostrado ser más efectiva que cualquier otra forma de tratamiento." (pág. 482). La alarma funciona como un condicionamiento aversivo.

Terapias alternativas

El masaje con presión en algunos puntos del cuerpo puede aliviar la condición. Es importante sobre todo en los casos neurológicos. Los remedios herbales y homeopáticos como la cola

de caballo o equiseto, el causticum, lycopodium y pulsatilla. La hipnosis para entrenar al paciente a despertarse e ir al baño cuando se llene la vejiga.

Remisión espontánea

Sucede generalmente durante la adolescencia y consiste en que el paciente tiende a volverse continente. No siempre acontece de la misma forma y en algunos casos puede contemplarse en la edad adulta. La remisión espontánea es de un 15% al año. (Cáceres, 1991) Según Didier (en Tercedor *et. al.*, 1990) "la enuresis evoluciona siempre hacia la cura espontánea, sólo raramente sobrevive a la aparición de la pubertad." (pág. 168) Eysenck y Rachman (1965) sugieren que la remisión espontánea es un fenómeno común aunque en muchos casos "...la conducta enurética se mantiene persistentemente, pese a múltiples ensayos de extinción y a las propias consecuencias autodestructivas de dicha conducta." (pág. 37) Tercedor (1990) encontró una muy alta remisión espontánea (95%) de los casos, siendo los 18 años la edad tope para lograrla.

2.5 La enuresis en la psicología clínica

A continuación se abordarán algunos estudios que tratan al autoconcepto como uno de los indicadores más significativos en el proceso terapéutico de los pacientes enuréticos. Moilanen, Jarvelin *et. al.* (1987) investigaron a la familia y los rasgos de la personalidad de 157 enuréticos y 170 no enuréticos de 7 años. Utilizaron entrevistas y cuestionarios con los padres. Los resultados indican que los no enuréticos vivían más frecuentemente con sus familias originales y con ambos padres biológicos, mientras que el divorcio de los padres o su separación era más común entre los enuréticos. Los enuréticos diurnos mostraron el nivel de autoestima más baja.

Los enuréticos nocturnos resultaron los más inestables y con los rasgos más descuidados en su personalidad. Dichos autores concluyen que los factores psiquiátricos juegan un papel más importante en la enuresis que el retardo en el desarrollo en muchos de los casos.

Moilanen y Rantakallio (1989) encontraron que los desórdenes psiquiátricos eran más frecuentes en estudiantes de familias con un solo padre, especialmente cuando el padre se encontraba ausente durante la niñez. La enuresis fue más frecuente en los sujetos que habían experimentado el divorcio de sus padres.

Wagner (1988) estudió el ajuste psicológico de 134 niños y adolescentes que presentaban enuresis nocturna, o bien mixta. Se les administró la escala Piers-Harris y la escala llamada Lo que pienso y siento. Los resultados indican que aunque los padres (a quienes también se les administró un cuestionario: la escala de molestia y tolerancia a la enuresis) describieron a sus hijos como individuos relativamente normales que no presentaban signos de psicopatología; los enuréticos mixtos obtuvieron un promedio más bajo en su autoestima, el cual resultaba significativamente inferior al reportado por los enuréticos nocturnos. Asimismo, los padres de los enuréticos mixtos describieron la conducta de orinarse como algo más molesto que los padres de los enuréticos nocturnos.

Nuevamente Wagner en colaboración con Gefken (1986) afirmó que los niños enuréticos presentan en promedio y tomados como grupo, un autoconcepto favorable y no exhibían un número excesivo de trastornos conductuales comunes en la población escolar. El problema dice Wagner es que "...los enuréticos reportaron sentirse infelices ante la conducta de orinarse y deseaban ponerle fin." (pág. 13)

Jarvelin *et al.* (1991) describen a los enuréticos (y especialmente los enuréticos diurnos) como niños con una autoconfianza (una de las dimensiones del autoconcepto) muy reducida. Jarvelin y Moilanen (1990) analizaron los cambios de vida

y los factores de protección en los mismos 156 niños enuréticos y 170 no enuréticos de 7 años de edad. De los eventos que provocaron cambios en la vida, el divorcio o la separación incrementó el riesgo de enuresis. La enuresis nocturna se precipitaba cuando aparecía el estrés, pero no sucedía así con la enuresis diurna. La represión mostró estar asociada significativamente con la enuresis. Un yo fuerte sirvió como un factor de protección contra la enuresis, bajo condiciones de vida cambiantes.

Henning, Dober, Bielick y Hausmann, (1987) estudiaron a la enuresis como parte de una serie de desórdenes psiquiátricos en 300 niños y adolescentes que los padecían y en 300 niños sanos. Los datos obtenidos demuestran una asociación significativa entre la enuresis y los hogares de padres solos, los hogares desintegrados, y otros tipos de familias disfuncionales. También encontraron asociaciones significativas entre enuresis y ser el primer hijo de la familia, así como en personalidades demasiado extrovertidas o introvertidas.

Pillay (1989) encontró que los sujetos institucionalizados mostraban de manera significativa más conductas enuréticas que los no institucionalizados. Asimismo, detectaron que los niños cuyos padres se encuentran detenidos por la policía, presentan más conductas enuréticas que aquéllos cuyos padres no poseen antecedentes penales.

Schaffer *et. al.* (1984) hablan acerca de la presencia o ausencia de la desprotección social y de la historia familiar como factores que se relacionan poco o nada con la aparición de la enuresis. Piensan que la división en secundaria y primaria no ayudan en nada a la comprensión del problema. Explican el trastorno psiquiátrico como algo asociado con las anomalías constitucionales del sujeto.

Willie (1984) estudió la relación de la enuresis con la encopresis. 48% de los casos de enuresis mostraban encopresis.

Los factores etiológicos contribuyentes incluyeron bajo desarrollo neurológico, traumas a edades tempranas, y dinámicas familiares especiales, causadas por trastornos neuróticos, descuido de la madre y trastorno orgánico o estrés ambiental.

Butler (1991) establece los criterios que según él debe poseer un estudio sobre enuresis. Habla de la importancia de establecer muestras en las que se puedan comparar los sexos. Explica que es de suma importancia separar los análisis de resultados, entre los enuréticos diurnos y nocturnos, los primarios y secundarios; ya que de acuerdo con sus estudios, dichas características marcan una etiología, evolución y condiciones contextuales diferentes.

Otros autores que se han ocupado en estudiar los aspectos terapéuticos de la enuresis son: Dische (1983) y su especial interés por los resultados del aparato antienurético; Esman (1981) desde el punto de vista psicoanalítico; Hanson (1988) quien compara los tratamientos conductual y el de aparato antienurético, llegando a la conclusión de que para algunos niños, la alarma es el mejor tratamiento; mientras que para otros no funciona, debido a las características de la familia y su participación en el tratamiento; Komissarov (1990) estudia la posibilidad de remediar la enuresis mediante acupuntura; Korrelbloom (1988) habla sobre el autocontrol y la enuresis; Libbo (1983) expone la autorregulación y la bioretroalimentación como factores esenciales en el tratamiento de la enuresis; Nitka (1980) hace énfasis en los aspectos ambientales; Reinhard (1990) habla sobre los estilos para enfrentar a la enuresis; Sacks (1989) trata el condicionamiento y reentrenamiento de esfínteres; Trityakova (1990) habla de las actitudes elegidas como medio de conocer a la enuresis; Van-Son (1984) se aboca más que nada a los aspectos terapéuticos de la enuresis; Wille (1984) trata a la enuresis y su relación estrecha con la encopresis; Zerín (1988) utiliza el poder de la sugestión como una posibilidad terapéutica para la enuresis; Lunarde (1985) trabajó con una combinación de terapia conductual e hipnosis en pacientes enuréticos.

Algunos estudios sobre la enuresis en México

Durán (1981) estudió a la enuresis y su relación con el nivel socioeconómico y el sexo. Describe la indiferencia con la que es vista por los padres; "...(la enuresis) ciertamente varía en los distintos estratos sociales; así, en el nivel socioeconómico bajo, la enuresis después de los 4 años de edad, se tolera." (pág. 1) Este autor encontró una alta incidencia de enuresis en su población (en el 41% de las 120 familias estudiadas). Considera que las alteraciones psiquiátricas y emocionales de los padres, son un factor de importancia para la facilitación de conductas enuréticas. En cuanto a la personalidad, describe a los enuréticos que estudió (de 4 a 16 años), como infantiles, inmaduros y refractarios a asumir responsabilidades. Encontró una mayor incidencia en los grupos socioeconómicos más bajos (87.88%). No confirmó su hipótesis de que el sexo masculino presentaba una mayor prevalencia, pues no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo. La escolaridad de los enuréticos estuvo por debajo del promedio esperado de acuerdo a la edad. La incidencia resultó un 16.66% mayor a la esperada de acuerdo con las estadísticas. La frecuencia de más aparición en cuanto a los episodios enuréticos fue de cada 4 días. El estado civil de los padres no resultó significativo. El 40% de los pacientes tuvieron antecedentes familiares de enuresis. Apoyaron la teoría que asocia la enuresis con trastornos conductuales (81.2% de los casos). Consideró como trastornos conductuales a la hiperquinesis, agresividad, sonambulismo, ansiedad, encopresis, caprichos y succionar un dedo.

Cordero (1983) considera que la enuresis en la mayor parte de los casos, es un síntoma de alteraciones en la dinámica familiar y específicamente en el sistema parental, por lo tanto piensa que el tratamiento debería enfocarse a la familia. Propone que la terapia familiar entre sus objetivos incluya:

"1) La detección por parte del terapeuta de la alteración en el sistema familiar. 2) La concientización del problema por parte de los integrantes de la familia. 3) Participación activa de cada uno de los miembros. 4) El planteamiento de alternativas para la solución de las alteraciones encontradas en los diferentes subsistemas familiares." (sin pág.)

Augusta Cordero estudió niños enuréticos en 6 familias de Orizaba, Ver. Comprobó que no fueran casos de etiología orgánica. En todas las familias encontró alteraciones en la dinámica. Como factores condicionantes, desencadenantes o causales menciona a la muerte o separación de los padres, el nacimiento de un hermano, la falta cultural de disciplina necesaria por parte de los padres, disciplina prematura, excesiva o punitiva y tensiones emocionales familiares y sociales significativas. "No puede haber curación para la enuresis si no se han corregido las alteraciones en los diferentes subsistemas y especialmente en el parental." (sin pág.)

También en Orizaba, Hernández (1985) hace una revisión bibliográfica y una investigación sobre la enuresis. Encontró que de acuerdo a la literatura médica, la enuresis nocturna es la más frecuente. "La mayoría de los autores reportan una incidencia del 90%." (pág. 1) Relaciona a la enuresis diurna con pacientes que presentan trastornos de conducta. "Este padecimiento o síntoma genera dentro de la familia, un conflicto familiar y una inadecuada adaptación social del niño." (pág. 2) Comprobó la hipótesis de que la enuresis es una entidad patológica multifactorial. Habla sobre la teoría psicológica que postula al desarrollo como un factor que se relaciona con la enuresis de dos formas: 1) La enuresis no constituye más que un aspecto de la dificultad general de un niño en la adaptación de la conducta. 2) La enuresis constituye un síntoma aislado en un niño cuyo funcionamiento conductual es adecuado. Habla de una predisposición ambiental importante y encuentra que la mitad de los enuréticos tiene un disturbio emocional o conductual. Propone una clasificación psicológica de la etiología del

padecimiento como un retraso en el desarrollo (maduración lenta, adiestramiento inadecuado, estimulación deficiente), o como un conflicto psicológico (fenómenos represivos temporales, formación relativamente estable de síntomas neuróticos). Opina que la enuresis se debe a: "a) el deseo de regresión a fin de recibir los cuidados y atenciones que le prodigaron durante la infancia. B) Denota un resentimiento inconsciente contra los padres. C) manifiesta ansiedad, angustia, temor o inseguridad." (pág. 41)

Enciso (1985) piensa que "La presentación de enuresis funcional nocturna en niños de 4 a 10 años obedece en gran parte a la presencia de factores de estrés originados dentro del núcleo familiar." (pág. 2) Piensa que un factor importante de estrés en el niño es el estado civil de los padres, agudizándose cuando uno de esos es soltero. Relaciona la edad de los padres con la presentación de la enuresis, ya que es un factor de estrés, especialmente cuando el padre o la madre son jóvenes. La mitad de los niños en su estudio mojaban la cama con una frecuencia diaria. Encontró relación entre enuresis y padres casados a temprana edad, permanencia en guarderías, hábito de beber en el padre y alteraciones en el subsistema fraterno.

Valdez (1987) estudió en el hospital Ignacio Chávez del ISSSTE a una población de enuréticos. "No existe acuerdo general en el tratamiento, aunque ningún método tiene éxito constante, algunas modalidades son superiores para grupos de edad particulares." (pág. 12) Recomienda que de 3 a 6 años se aplique el consejo para incentivos, de 6 a 8 años ejercicios vesicales y para mayores de 8 años dispositivos de alarma o medicamento. La dinámica familiar es más compleja de acuerdo con Valdez en los pacientes enuréticos. Piensa que viven en un ambiente que por su actitud y estructura, restringe las actividades motoras del niño. Propone como criterios para la funcionalidad de la familia: 1) Comunicación, 2) Individualidad, 3) Toma de decisiones y 4) Reacciones ante las demandas de cambio. Estudió una población de

127 pacientes (65 con enuresis primaria y 35 con secundaria). Fueron más frecuentes los casos masculinos. Las frecuencias de periodo enurético encontradas fueron del 78% diario, 14% dos o tres veces por semana y 7.1% ocasional. Las incidencias de acuerdo a su estudio fueron de un 23% en el jardín de niños, 66% en la primaria, 8.7% en la secundaria y 0.8% en la preparatoria. También encontró relación significativa entre el trastorno conductual y la enuresis primaria (17%), secundaria (42%) y mixta (26.4%). Los pacientes de 7 a 12 años fueron los más afectados por la enuresis.

Estudios sobre enuresis y autoconcepto

Langstaffe, Moffat y Whalen (2000) piensan que la literatura sobre enuresis ha obtenido conclusiones contrarias acerca de si esta condición es un síntoma de algún trastorno mental subyacente, o si se trata tan sólo de una alteración benigna autolimitada en el funcionamiento conductual. Mientras que la literatura temprana mostraba más tendencia a presentar resultados en que los enuréticos tendían a tener problemas conductuales, los estudios más recientes concluyen con mayor frecuencia que existen muy leves diferencias entre los autoconceptos de los enuréticos y los que no lo son. (pág. 1) "Existe una preocupación por saber si la baja autoestima presente en algunos enuréticos, puede ser un indicador de presentes o posibles futuras disfunciones psicológicas." (id.)

Moffat, Kato y Pless (1987) obtuvieron que al comparar dos grupos de enuréticos, uno con tratamiento y otro no; la autoestima mejoraba en los enuréticos después del tratamiento. En el grupo control también, una vez que fue sometido al tratamiento subsecuentemente.

Hagglof (1996) encontró que la autoestima fue más favorable en los enuréticos que habían superado su condición después de 6 meses de tratamiento que los que persistía el problema. El mismo

autor encontró dos años después que una autoestima empobrecida antes del tratamiento mejoró después del mismo (1998).

Friman (1998) comparó a tres grupos: enuréticos, niños con problemas conductuales y un grupo control con población no clínica. No encontró diferencias significativas en los mismos

Langstaffe et col llevaron a cabo un estudio en el año 2000 con el objetivo de determinar si la autoestima mejora después de 6 meses de tratamiento con alarma enurética, medicamento (hormona antidiurética en aerosol nasal) o placebo. Utilizó tres diferentes instrumentos: para los padres la lista Achenbach sobre conducta infantil; para los niños las escalas Piers-Harris de autoconcepto y la Harter de competencia percibida para niños. Encontraron mejoras significativas no relacionadas directamente con el tratamiento o la recuperación. En las subescalas del Piers-Harris hubo diferencias significativas en el autoconcepto intelectual, apariencia física, ansiedad y popularidad. "Los resultados sugieren una mejora en el autoconcepto tanto en el grupo sometido al tratamiento como al que no lo fue, independientemente que el tratamiento haya sido exitoso." (id.) Langstaffe piensa que en los niños que no funcionó el tratamiento no hay necesariamente una visualización como más competentes, aunque tengan mejores opiniones de sí mismos.

Los pacientes que no han logrado una remisión hacia los 10 años llaman la atención desde el punto de vista del desarrollo. El padecimiento enurético no desaparece siempre con la adolescencia. Dichos pacientes necesitan ayuda. Es por eso que resulta necesario un estudio que permita conocer más datos sobre la psicología de esos pacientes. En el siguiente capítulo se expondrá la manera en que se llevó a cabo la presente investigación, las hipótesis de las que se partió, los objetivos, instrumentos y procedimientos de la misma.

CAPITULO III

METODO

En el presente capítulo se exponen los aspectos metodológicos de esta investigación. Se describe hacia donde se dirigió la misma, cuáles fueron las preguntas de investigación, y la manera en que se planteó la hipótesis de una estrecha relación entre enuresis y autoconcepto, a partir de la práctica clínica. Asimismo, se puntualizan las razones por las que se escogió un estudio comparativo, las características de la muestra seleccionada (escolares y adolescentes) y las variables que intervinieron en la investigación. Se describe el instrumento utilizado y las razones por las que fue elegido, el diseño y el procedimiento que se usó para su aplicación, calificación e interpretación.

3.1. Planteamiento del problema y preguntas de investigación

Las fallas en el control de esfínteres que generalmente acompañan algunos padecimientos de orden psicológico, han ocupado como motivo de consulta uno de los diez primeros lugares en los servicios de consulta externa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (Manual Estadístico del DIF). El DSM-IV considera que la enuresis está sujeta al deterioro producido por "el efecto del trastorno sobre la autoestima (o autoconcepto), el grado de ostracismo social y el enfado, el castigo, y el rechazo de los cuidadores." (pág. 88). Resulta de suma importancia en una institución dedicada a la salud del grupo familiar, el contar con la información que permita el conocimiento integral del paciente enurético. Los padecimientos asociados más frecuentes de

acuerdo al manual de la institución, son problemas de conducta y/o de aprendizaje.

El grado de deterioro medido con base en el autoconcepto puede ser de gran utilidad para conocer la profundidad del trastorno y proporcionar un diagnóstico más atinado. Uno de los parámetros para comparar la evolución de los diversos trastornos psicológicos, antes y después de una estrategia de intervención, es el análisis de la percepción del yo o autoconcepto en el propio paciente.

¿De qué manera se relacionan la enuresis y el autoconcepto?
¿Cuáles son las dimensiones del autoconcepto que se presentan más deterioradas en los pacientes enuréticos? ¿Existen diferencias significativas en el autoconcepto de los sujetos enuréticos y los que no lo son?

3.2 Planteamiento del objetivo y de las hipótesis de investigación

Objetivo: Identificar las dimensiones del autoconcepto que se relacionan más estrechamente con la enuresis.

H1 Los sujetos enuréticos poseen un autoconcepto negativo mayor y un autoconcepto positivo menor que los no enuréticos.

H0 No existen diferencias significativas entre dichos autoconceptos.

3.3 Características del estudio

Tipo

Se trata de un estudio evaluativo de campo, con un diseño de dos muestras independientes. Se eligió un estudio comparativo con el objeto de contrastar la muestra de enuréticos con la población no enurética, pero con las características de problemas de aprendizaje o conducta asociados.

Muestra

El universo del estudio se halla compuesto por veintitres escolares de 4º. a 6º. de primaria y diecisiete adolescentes de cualquier grado de secundaria, en un rango de edad entre los 10 y los 16 años, enuréticos funcionales que acuden como pacientes de consulta externa al DIF por problemas de conducta o aprendizaje, así como por un grupo equivalente numéricamente en cuanto al sexo, nivel socioeconómico, con problemas de conducta o aprendizaje asociados y con escolaridad semejante. El tamaño de la muestra es de 40 sujetos elegidos mediante el método intencional por cuota, de los cuales 26 son varones y 14 mujeres.

Criterios

Inclusión:

- a) Niños y adolescentes detectados como enuréticos por el servicio de consulta externa del DIF que cursen del 4º. Al 6º. De primaria, o cualquier grado de secundaria de cualquier edad y sexo, que presenten problemas de conducta o aprendizaje.
- b) Niños y adolescentes de una primaria y una secundaria oficial dentro del mismo rango de escolaridad que presenten problemas de conducta o aprendizaje, de edad y sexo equivalente al grupo de los enuréticos.

Exclusión:

- a) Aquellos enuréticos cuyo padecimiento sea por trastorno somático (infección urinaria, diabetes, daño orgánico cerebral o problemas estructurales en el aparato genitourinario).
- b) Aquellos escolares y adolescentes que reporten episodios enuréticos, o bien, no presenten problemas de aprendizaje o conducta.

Variables Atributivas:

- a) Sexo: cualquiera de las dos partes designadas como masculino o femenino, de acuerdo con la propiedad o cualidad por la cual los organismos se clasifican de acuerdo con sus funciones reproductivas.
- b) Edad cronológica: número de años de vida.

Variable Independiente:

La enuresis funcional que conceptualmente se define de acuerdo al DSM-IV como aquel trastorno en la niñez o la adolescencia en el cual "El síntoma esencial es la emisión involuntaria de orina durante el día o por la noche, a una edad en la que se espera que haya continencia, sin que se deba a ningún trastorno somático." (pág. 87)

Operacionalmente se define a la enuresis como "...el vaciado involuntario de orina de por lo menos una vez al mes en los niños mayores de 6 años". (*idem.*)

Variable Dependiente:

El autoconcepto que se define como la percepción que el escolar tiene de sí mismo en cuanto a su físico, relaciones como estudiante, como amigo, como hijo, y en sus aspectos moral y emocional. (Andrade *et. al.* 1986)

Operacionalmente queda definido el autoconcepto de acuerdo a los puntajes obtenidos en la Escala de autoconcepto para niños de Pick y Andrade (1986), en la cual queda como criterio de clasificación que a mayores puntajes en las subescalas positivas se observa una tendencia hacia un autoconcepto positivo; mientras que a mayores puntajes en las subescalas negativas, existe una tendencia hacia un autoconcepto negativo.

Se tomaron como variables concomitantes para el grupo de los enuréticos, aquellas que de acuerdo con Butler (1991), se deben establecer como criterios de inclusión, al trabajar con definiciones en la investigación de la enuresis:

a) Tipo de enuresis: primaria o secundaria

"Se puede considerar la enuresis funcional, como un trastorno primario cuando no ha sido precedida por un periodo de continencia urinaria de por lo menos un año, y se puede considerar un trastorno secundario cuando hay un periodo previo de continencia urinaria de por lo menos un año." (DSM IV, pág. 87)

b) Tipo de episodio enurético: diurno, nocturno y mixto

"Cada uno de estos tipos puede ser, a su vez nocturno (más frecuente) –definido como el vaciado de orina durante la noche solamente- diurno –definido como el vaciado de orina durante las horas del día- o mixto (enuresis diurna y nocturna)." (DSM IV, pág. 87)

c) Tipo de adiestramiento del control vesical: coercitivo o no coercitivo

d) Frecuencia de episodio enurético: de una a diez veces, de diez a veinte veces y de 20 a 30 veces mensuales

Para ambos grupos se tomaron en cuenta variables relacionadas con la familia:

a) Tipo de familia

De acuerdo con el criterio de clasificación del DIF puede ser nuclear (madre, padre e hijos), extensa (se incluyen abuelos, tíos, primos o cualquier parentesco más allá de padres e hijos que comparten la misma casa), incompleta (falta alguno de los padres, o bien ambos).

b) Número de hermanos y posición entre estos

Otras variables que se tomaron en cuenta en el grupo de los no enuréticos fueron problemas en el aprendizaje o conducta. Estos se definieron de acuerdo a los puntajes dados por bajas calificaciones y fueron reportados por los maestros y prefectos en las escuelas primaria y secundaria.

Instrumento de medición

El autoconcepto se midió con la Escala de autoconcepto para niños de tipo diferencial semántico (Andrade y Pick de Weiss, 1986), la cual fue probada y validada en la ciudad de México. Se considera al autoconcepto en dicha escala como un término multidimensional. Las subescalas corresponden a los estímulos: yo físicamente soy (7 reactivos), yo como estudiante soy (9 reactivos), yo como amigo soy (8 reactivos), yo moralmente soy (8 reactivos) y yo como hijo soy (8 reactivos). La escala consta de 43 adjetivos bipolares con cinco opciones de respuesta. Se eligió esta escala debido a que ha sido validada con una población de edades muy similares en el mismo escenario de la ciudad de México. Debido a las características de la muestra en una población clínica, se decidió llevar a cabo una validación del instrumento en dicha población. Las poblaciones clínicas presentan generalmente una sensibilidad diferente. Se aplicaron alfas de Cronbach en cada una de las subescalas para ver la consistencia de la prueba en la población. Cabe destacar que en el Yo Físico, debido a que no conformó factores, los análisis se hicieron reactivo por reactivo y sólo se invirtió el valor del reactivo correspondiente a enfermo. De esta manera se conformaron los factores para medir autoconcepto, uno positivo y otro negativo de cada dimensión y siete reactivos de la dimensión del Yo Físico que se usaron como indicadores. Dado que la calificación de los reactivos es de 5 a 1, esto indica que a mayor calificación más se tiene de un factor, ya sea positivo o negativo, esto es, una persona con alto autoconcepto debe tener puntajes altos en el aspecto positivo y bajos en el aspecto negativo.

3.4 Procedimiento

Los escolares y adolescentes enuréticos se captaron directamente del servicio de consulta externa del DIF, antes de que los pacientes fueran sometidos a cualquier tipo de intervención. Se aplicó al paciente un cuestionario para evaluar las variables concomitantes descritas. Dicho cuestionario fue contestado por el paciente con la ayuda de un adulto responsable, quien reportó el cuadro enurético. Se aplicó entonces el instrumento de autoconcepto en forma individual. Se controló la posibilidad de casos de enuresis por trastorno somático, mediante la exclusión de los casos asociados con epilepsia, irregularidades urinarias y antecedentes diabéticos en la familia. La aplicación de pruebas de laboratorio y gabinete fue necesaria en algunos casos.

La muestra de escolares y adolescentes no enuréticos, se seleccionó entre alumnos que presentaban problemas de aprendizaje o conducta, de acuerdo con los psicólogos que trabajaban en la escuela primaria y secundaria. La muestra comparativa tuvo la edad cronológica, sexo y nivel socioeconómico equivalentes a la muestra de enuréticos. La aplicación del instrumento de autoconcepto se hizo en forma colectiva, en un salón destinado para tal propósito en ambas escuelas. Se controló la posibilidad de encontrar algún enurético mediante un cuestionario. En éste se preguntaba si había tenido la necesidad de acudir al doctor por diversos padecimientos durante el último mes, debido a dolores de cabeza, estómago, gripes u orinarse sin darse cuenta durante el día o noche. Se tomaron para la muestra únicamente a aquellos que no reportaron alteraciones asociadas con la enuresis.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación del instrumento de medición y el análisis de la información obtenida.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de Frecuencias

El análisis de las frecuencias obtenidas arrojó los siguientes datos, una vez que se aplicó y calificó la Escala de Autoconcepto y se valoraron las variables sociodemográficas obtenidas del cuestionario.

4.1.1 Variables sociodemográficas

Edad Cronológica

La mayor frecuencia correspondió a los 10 años ($n=14$) con un 35%. La tabla 1 muestra el número decreciente de sujetos hacia la adolescencia, llegando a los 16 años ($n=2$) con tan sólo un 5%. Se obtuvo una muestra equivalente de no enuréticos de acuerdo a la edad cronológica de los enuréticos.

Sexo

La frecuencia más común de enuréticos se encontró en el sexo masculino ($n=13$) con un 65%, mientras que el sexo femenino estuvo representado por un 35% correspondiente a ($n=7$). Hubo más varones con enuresis de acuerdo a su ingreso conforme una selección de la muestra al azar. De acuerdo con la sugerencia de Bragado (1980) al respecto de utilizar poblaciones generales no clínicas, se obtuvo una muestra equivalente en sexo y edad cronológica del grupo no enurético.

TABLA 1
MUESTRA DE ENURETICOS

Edad cronológica	Varones	Mujeres
10 años	4	3
11	1	1
12	2	1
13	2	1
14	2	1
15	1	0
16	1	0
Total	13	7

Escolaridad

Los resultados muestran que el 5°. Año de primaria (n=12) con un 30% fue donde se situó la mayor frecuencia, seguida por el 2°. de secundaria (n=11) con un 27.5%. La frecuencia menor se encontró en el 3°. de secundaria (n=1) con un 2.5%. Estos resultados se relacionan con la obtención de muestras equivalentes en edad y sexo, mas no en escolaridad.

TABLA 2

	Escolaridad	Número de sujetos
Primaria	4°.	7
	5°.	12
	6°.	4
Secundaria	1°.	5
	2°.	11
	3°.	1
Total		40

Grupos

Se obtuvieron grupos equivalentes en edad y sexo, mas no en escolaridad para enuréticos y no enuréticos, de acuerdo al criterio de selección de la muestra conformando una población total de 40 sujetos .

4.1.2 Variables para el grupo enurético

Tipo de enuresis

La mayor frecuencia se encontró en la enuresis secundaria (n=14) con un 35%, seguida por la enuresis primaria (n=6) correspondiente a un 15% .

Tipo de episodio enurético

El episodio nocturno presentó la mayor frecuencia (n=15) con un 37.5%, seguido por el episodio mixto (n=3) equivalente a un 7.5%, y la menor frecuencia correspondió al episodio diurno (n=2) con tan sólo un 5%.

Frecuencia mensual de episodio enurético

De una a diez veces fue la mayor frecuencia (n=10) con un 25% y continuó en orden decreciente hasta 21 a 30 veces (n=4) correspondiente a un 10%.

Tipo de adiestramiento esfinteriano

Se sitúa la mayor frecuencia en el adiestramiento coercitivo con un 32% (n=13), mientras que el coercitivo ocupó un 17.5% (n = 7). Ver tabla 3 en la siguiente página.

4.1.3 Variables para ambos grupos

Tipo de familia

La mayor frecuencia se situó en la familia nuclear ($n=23$) con un 57.5% y en orden decreciente se observa la familia incompleta ($n=10$) con un 25% y la familia extensa ($n=7$) con un 17.5%.

Número de hermanos por familia

3 hermanos ocupó la frecuencia más común ($n=15$) con un 37.5%, seguida por 2 hermanos ($n=11$) equivalente al 27.5%. La menor frecuencia se encontró en 5 hermanos o más ($n=2$) con un 5%.

Posición entre los hermanos

El primer hermano en la familia ocupó la frecuencia mayor con ($n=21$) correspondiente a un 52.5%, continuando en orden decreciente hasta el 4º. Hermano en la familia con ($n=4$) y un porcentaje del 10%.

Problemas de Aprendizaje asociados: bajo rendimiento escolar

En el grupo enurético la presencia de BRE correspondió a la mayor frecuencia ($n=16$) o sea un 40%, mientras que en el grupo no enurético se encontró una frecuencia más común hacia la no presencia de BRE ($n=14$) con un 35%.

Problemas de conducta asociados

En el grupo enurético hubo una mayor frecuencia hacia la presencia de problemas de conducta ($n=16$) con un 40% mientras que en el grupo no enurético se situó la frecuencia más común igualmente en la presencia de este tipo de problemas con un porcentaje del 35% ($n=14$). Ver Tabla 3 en la siguiente página

TABLA 3
VARIABLES PARA AMBOS GRUPOS

	Enuréticos	No enuréticos
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	9= 45%	14= 70%
Incompleta	8= 40%	2= 10%
Extensa	3= 15%	4= 20%
 NÚMERO DE HERMANOS		
Uno	4= 20%	2= 10%
Dos	2= 10%	9= 45%
Tres	8= 40%	7= 35%
Cuatro	5= 25%	1= 5%
Cinco o más	1= 5%	1= 5%
 POSICION ENTRE LOS HERMANOS		
Primero	9= 45%	12= 60%
Segundo	4= 20%	5= 25%
Tercero	5= 25%	1= 5%
Cuarto	2= 10%	2= 10%
 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		
	16= 80%	10= 50%
 PROBLEMAS DE CONDUCTA		
	16= 80%	14=70%

4.1.4 Variables por subescala

Ambos grupos (enuréticos y no enuréticos) contestaron de manera muy similar y no se obtuvieron diferencias significativas de acuerdo a los puntajes. En las subescalas física, filial, moral y emocional hubo una tendencia hacia un autoconcepto positivo; mientras que en las subescalas académica y social se percibió una tendencia hacia un autoconcepto negativo.

Subescala física

El autoconcepto en los dos grupos tendió a ser positivo (enuréticos $\bar{x}=16.25$ y no enuréticos $\bar{x}=16.35$) aunque ante la presencia de enuresis los sujetos tendieron a percibirse como ligeramente más débiles, chicos y feos, no se encontraron diferencias significativas en ambos puntajes. No se detectó un "yo físico" mermado lo cual concuerda con la visión contemporánea dentro de la ciencia en la que se investiga a la enuresis como un padecimiento básicamente psicológico y no anatómico-fisiológico. Esto concuerda con Friman (1998) quien no encontró tampoco diferencias significativas en el autoconcepto de grupos con características similares de enuresis y problemas conductuales.

Subescala académica

En general ambos grupos tendieron a puntajes negativos (enuréticos $\bar{x}=16.80$ y no enuréticos $\bar{x}=16.70$) percibiéndose los enuréticos un poco más lentos, malos, burros, flojos y atrasados. Se puede plantear una relación estrecha entre la enuresis y los problemas de aprendizaje con un pobre autoconcepto académico. Esto se explica de acuerdo al criterio de inclusión en el cual se procuraron sujetos no enuréticos equivalentes en edad y sexo que presentaran problemas de aprendizaje.

Subescala social

El autoconcepto social de ambos grupos tendió a ser negativo (enuréticos $\bar{x}=15.70$ y no enuréticos $\bar{x}=15.35$). En el grupo con enuresis se observó una tendencia a autoconceptualizarse como levemente más aburridos y mentirosos. De acuerdo con estos resultados vemos que el "yo como amigo" presenta un autoconcepto disminuido en ambos grupos muy probablemente relacionado con la vergüenza del episodio enurético y con los problemas conductuales asociados en los no enuréticos.

Subescala filial

Los enuréticos se percibieron como ligeramente más malos, callados, rezongones y traviosos. A pesar de que en ambos grupos el autoconcepto tendió a ser más calmados como hijos, en el grupo de los no enuréticos, se observó una mayor tendencia a percibirse de esta manera que en los enuréticos. En ambos grupos la tendencia fue a considerarse irresponsables, aunque en los no enuréticos la tendencia fue mayor. Se observó en ambos grupos una tendencia hacia un autoconcepto positivo (enuréticos $\bar{x}=18.80$ y no enuréticos $\bar{x}=19.15$). El "yo como hijo" no se percibe afectado. Esto concuerda con las investigaciones de Schaffer *et. al.* (1984) quienes piensan que la historia familiar es un factor que se relaciona poco con la aparición de la enuresis. Parecería que los sujetos enuréticos percibieron su trastorno más relacionado con aspectos sociales en general que con aspectos familiares en particular. La censura o la burla por el episodio enurético o los problemas de aprendizaje proviene más frecuentemente de los amigos que de los padres.

Subescala moral

Ambos grupos tendieron a un autoconcepto positivo (enuréticos $\bar{x}=18.70$ y no enuréticos $\bar{x}=20.15$); sin embargo, el primer grupo se conceptualizó como levemente más egoístas, irresponsables y

malos. De acuerdo con estos resultados podemos decir que los sujetos enuréticos no visualizaron su problema como un aspecto en el que haya valores morales implícitos.

Subescala emocional

Tanto enuréticos como no enuréticos tendieron a un autoconcepto positivo (enuréticos $\bar{x}=18.70$ y no enuréticos $\bar{x}=20.15$) no obstante los primeros tendieron a conceptualizarse un poco más sentimentales, juguetones y cariñosos. La enuresis o los problemas de aprendizaje o conducta de acuerdo con estos resultados, no afectan directamente el autoconcepto emocional.

4.2 Validez y Confiabilidad

Se ratificaron la validez y la confiabilidad de acuerdo con los criterios establecidos por Andrade *et. al.* (1986). El análisis arrojó los siguientes datos:

TABLA 6

CUADRO COMPARATIVO DE CONSISTENCIA INTERNA PUNTAJES EN ALPHAS DE CRONBACH

SUBESCALA	Andrade <i>et al</i> 1986		de la Concha 2004	
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
ACADEMICA	.80	.73	.74	.87
EMOCIONAL	.73	.61	.75	.63
SOCIAL	.73	.65	.56	.33
MORAL	.87	.72	.84	.67
FILIAL	.85	.61	.67	.73

4.3 Prueba de hipótesis

Se utilizó un análisis de varianza simple de una vía con el fin de someter a pruebas empíricas las hipótesis planteadas, comparando las medias de las diferentes subescalas del instrumento de autoconcepto en ambos grupos (enuréticos y no enuréticos) a través de la prueba t. Los resultados indican que no hubo diferencias significativas en general entre enuréticos y no enuréticos, o bien al comparar ambos sexos en las diferentes subescalas del autoconcepto, lo cual explica que respondieron muy parecido; sin embargo, al hacer comparaciones entre las subescalas y variables sociodemográficas tales como escolaridad, posición entre el número de hermanos, número de hermanos, tipo de episodio enurético y tipo de familia, sí surgieron algunas diferencias que merecen reportarse.

4.3.1 Diferencias significativas

a) En la subescala física negativa

Al compararla con la escolaridad. ($F= 2.83$, $gl=5$, $p<0.031$) Siendo el cuarto año de primaria y el primero de secundaria los que marcaron diferencias al puntuar más alto (4º. Primaria $\bar{x}=7.13$ y 1º. Secundaria $\bar{x}=7.00$) contrastando con el segundo y tercero de secundaria que obtuvieron ($\bar{x}=3.9$ y $\bar{x}=3.0$ respectivamente). Asimismo surgieron diferencias al comparar la subescala física negativa con el tipo de familia. ($F= 3.11$, $gl=2$ $p<0.056$) resultando la familia extensa la que marcó diferencias al puntuar más alto ($\bar{x}= 7.14$) contrastando con la familia incompleta. ($\bar{x}= 4.10$)

b) En la subescala emocional positiva

Cuando se comparó con la posición entre el número de hermanos. ($F = 4.25$, $gl=3$, $p<0.011$) Resultó el grupo de los que ocupan un tercer sitio en el orden cronológico de los nacimientos en la familia el que marcó diferencias al obtener puntajes altos ($\bar{x}= 16.83$) al compararlo con el grupo que ocupa el primer sitio en dicho orden ($\bar{x}= 12.67$) Por otro lado surgieron diferencias al comparar la subescala emocional positiva con el tipo de episodio enurético, ($F= 2.48$, $gl=3$, $p<0.076$) siendo tipo de episodio diurno el que marcó diferencias al obtener puntajes altos ($\bar{x}=16.00$) al compararlo con el tipo de episodio mixto ($\bar{x}= 9.67$).

c) En la subescala social positiva

Al compararse con el número de hermanos. ($F=2.69$, $gl=4$, $p< 0.047$) siendo el grupo de los que no tienen hermanos el que obtuvo puntajes altos ($\bar{x}=13.67$) marcando diferencias al contrastarlo con el grupo de los que tienen 4 o más hermanos ($\bar{x}=8.00$).

d) En la subescala filial negativa

Cuando se comparó con el tipo de familia. ($F =3.11$, $gl=2$, $p<0.056$) fue la familia extensa la que marcó diferencias al obtener puntajes altos ($\bar{x}=7.14$) en contraste con la familia incompleta ($\bar{x}=4.10$). Asimismo surgieron diferencias al comparar la subescala filial negativa con la escolaridad ($F=2.82$, $gl=5$, $p<0.031$) siendo el grupo del cuarto año de primaria el que marcó diferencias al obtener puntajes altos ($\bar{x}=7.13$) al contrastarlo con el grupo de tercero de secundaria ($\bar{x}=3.00$).

e) En la subescala académica negativa

Se estableció una comparación con la escolaridad ($F=2.91$, $gl=5$, $p<0.027$) siendo el grupo de cuarto año de primaria el que marcó diferencias al obtener puntajes altos ($\bar{x}=20.13$) a diferencia del grupo de sexto de primaria que sólo obtuvo ($\bar{x}=13.00$).

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La mayor frecuencia de casos de enuresis sucedió entre los 10 y 11 años, lo cual confirma los datos presentados por Cáceres (1991), quien refiere la aparición de casos con remisión espontánea hacia esta edad, asimismo concuerda con la práctica en el consultorio, en la cual lógicamente se observa que llegan los casos que no han logrado la mencionada remisión espontánea. También se confirma la información de Valdez (1980), quien describe como el rango de edad más afectado al comprendido entre los 7 y los 12 años.

La obtención de la muestra al azar comprendida por más varones que mujeres enuréticas contrasta con lo obtenido por Bragado (1980), el cual afirma que no hay en realidad más varones que mujeres con enuresis; sin embargo concuerda con Valdez (1983) en cuyo estudio encontró un mayor número de varones enuréticos. De igual manera la muestra va de acuerdo con la proporcionada por el DSM-IV, en la que se reporta una prevalencia de 3% para los varones y 2% para las niñas de 10 años. Lo reducido de la muestra no permite apoyar cualquier dato estadístico relacionado con la población general, aunque resulta ilustrativo al respecto. La mayor prevalencia de varones enuréticos se puede explicar debido a:

1. Diferencias anatomofisiológicas
2. Diferencias en la educación en general y en particular del control de esfínteres

3. Actitudes diferentes según el sexo al reportar los padres el padecimiento (Reticencia más pronunciada al reportar niñas enuréticas).

Se percibe una relación estrecha con los resultados de Loza y Núñez (1987) quienes encontraron mediante estudios de la dinámica familiar y específicamente parental, una vulnerabilidad masculina infantil, sobre todo con respecto a la enuresis; sin embargo, cabe mencionar que en general la púber o adolescente muestra más reticencia para aceptar su conducta enurética, y que esto también se puede relacionar con la maduración más temprana de la mujer en comparación al varón, según su edad cronológica.

La escolaridad estuvo de acuerdo con la esperada para ambos grupos, lo cual se relaciona más con la selección de la muestra que con la presencia de problemas de aprendizaje.

El número de casos con enuresis secundaria resulto mayor que el de casos con enuresis primaria, lo cual concuerda con Forsythe y Redmond (en Scharf *et al.*, 1987), quienes relacionan a la enuresis primaria con un padecimiento orgánico, y a la secundaria con uno de tipo psicológico, ya que ha logrado un control y después éste se ha perdido. Se relaciona a la enuresis de tipo secundario con un poco probabilidad de encontrarse ante daño orgánico cerebral, o cualquier otro padecimiento por causas físicas. La enuresis secundaria se relaciona más con trastornos asociados a déficits en la maduración, retrasos psicobiológicos y con trastornos de la personalidad o del aprendizaje.

La mayor frecuencia en el tipo de enuresis correspondió a los casos nocturnos, información que concuerda con la proporcionada por el DSM-IV (p.87). Si partimos de la premisa en que a mayor número de casos primarios y diurnos, podremos asociar una relación más estrecha con un padecimiento de orden médico; la presencia de un mecanismo psicológico se vuelve a hacer presente, pues se ha adquirido un adiestramiento vesical durante el día, mismo que se pierde durante el sueño. Nuevamente se comprueba la información

de Forsythe y Redmond (op. cit, 1987) acerca de relacionar estas manifestaciones enuréticas secundarias y nocturnas con un padecimiento más de tipo psicológico que médico.

Los casos más comunes correspondieron a la frecuencia de entre uno y diez episodios al mes, lo que concuerda con Durán (1981). Este autor detectó un promedio de episodios cada cuatro días. También se puede hablar de una relación con lo escrito por Butler (1991) quien encontró con más frecuencia, episodios enuréticos en un rango de uno a siete por semana.

Los padres de los enuréticos reportaron con mayor frecuencia un entrenamiento de esfínteres de tipo coercitivo. Se demuestra que el castigo como parte del proceso del aprendizaje para el control de esfínteres falló. La información obtenida está de acuerdo con la posición de Young (1965) al afirmar que el entrenamiento coercitivo con castigos y amenazas, genera estados de elevada ansiedad que imposibilitan la adquisición del control; y con la posición de Cáceres (1991) al describir que el comportamiento enurético no deseado, vuelve a aparecer una y otra vez en ausencia del agente coercitivo, a veces con una intensidad mayor a la inicial.

A pesar de que la mayoría de las familias de los enuréticos fueron de tipo nuclear, apenas se logró sobrepasar por escaso margen al de las familias incompletas. El grupo de los no enuréticos por el contrario obtuvo una gran mayoría de familias nucleares frente a un escaso número de incompletas. Se estableció una relación significativa entre familias incompletas y enuresis. Estos datos confirman lo encontrado por Enciso (1985) acerca de la tensión producida por el estado civil de los padres, misma que se agudiza en las familias incompletas y provoca conductas no deseadas. Por otro lado se puede relacionar con Moilanen, Jarvelin et al. (1987) quienes hablan de los enuréticos como sujetos que viven menos frecuentemente con los padres biológicos, y cuyos padres se divorcian más frecuentemente que los de los no enuréticos. La misma Jarvelin (1991) encontró que entre todos los eventos que

provocaron cambios de vida en su estudio, el que más incrementó el riesgo de enuresis fue la separación de los padres.

Los enuréticos forman parte con mayor frecuencia de familias con tres hermanos mientras que el grupo de los no enuréticos se reduce a dos. En ambos grupos fueron los hermanos mayores más frecuentemente los que presentaron enuresis. Los datos apoyan lo encontrado por Enciso (1985) al relacionar la enuresis con alteraciones en el subsistema fraterno.

Una gran mayoría de los sujetos enuréticos (80%) presentaron algún problema de aprendizaje (como consecuencia un bajo rendimiento escolar) y/o conductual, por lo que se tomó una muestra equivalente de no enuréticos.

Con base en los hallazgos no se acepta la hipótesis de que existan diferencias significativas en el autoconcepto de los enuréticos y los no enuréticos. Estos resultados concuerdan con las recientes investigaciones hechas por Langstaffe y Moffat (2000) en las que obtuvieron resultados que no presentan dichas diferencias.

Se lograron obtener diferencias al comparar las subescalas académica, filial y física negativas con la escolaridad, en el 4º de primaria y el 1º de secundaria hay un autoconcepto más tendiente a la negatividad, mientras que en el 2º y 3º de secundaria el autoconcepto tiende a ser menos negativo. Estos datos pueden asociarse con los cambios naturales de la infancia a la pubertad, y de la pubertad a la adolescencia; la subescala emocional positiva con el tipo de episodio enurético y la posición entre el número de hermanos; la subescalas física y filial negativas con el tipo de familia y por último la subescala social positiva con el número de hermanos. Se concluye que la muestra se relacionó con un autoconcepto negativo en las subescalas social y académica, mientras que tendió hacia un autoconcepto positivo en las subescalas emocional, filial, moral y física.

Se detectaron diferencias significativas al comparar la subescala física negativa con la escolaridad. El autoconcepto tendió

a ser más negativo hacia el 4º año de primaria y el 1º de secundaria, lo que se halla relacionado directamente con los cambios de niñez a pubertad y adolescencia. Hacia el 2º y 3º de secundaria hay mucho menos tendencia a la negatividad. El adolescente se visualiza mejor al haber crecido. Asimismo, hubo diferencias en esta subescala al compararla con el tipo de familia. Hubo más tendencia a visualizarse negativamente, en cuanto el autoconcepto físico, al pertenecer a una familia extensa. No hubo prácticamente diferencias entre las familias nuclear e incompleta. Las familias extensas se ubican con más frecuencia en los niveles socioeconómicos más afectados con problemas como hacinamiento que llevan al individuo, lógicamente, a un autoconcepto negativo.

Se detectaron también diferencias significativas al comparar la subescala emocional positiva con la posición entre el número de hermanos. Los hermanos nacidos después de dos hijos tienen un autoconcepto emocional más positivo que los primogénitos. Pareciera ser que es más factible una estabilidad emocional al no llevar el rol del primogénito. En esta subescala también se encontraron diferencias al compararla con el tipo de episodio enurético. Lo reducido de la muestra no permite hacer generalizaciones, sin embargo la información obtenida se puede utilizar para enfocar la posterior investigación a objetivos más específicos.

Se recomienda profundizar en los aspectos que relacionan a la escolaridad, tipo de episodio enurético, posición entre el número de hermanos, número de hermanos y tipo de familia con los autoconceptos académico, filial, físico y social. La aplicación en una muestra con más sujetos sería recomendable para contar con una base de datos con alcances estadísticos más amplios.

Se sugiere continuar esta investigación con un enfoque más directo hacia los aspectos familiares, morales y académicos del autoconcepto en pacientes enuréticos. Por lo reducido de la muestra

se sugiere continuar con un mayor número para contar con un mayor apoyo estadístico.

Otros aspectos en los que se sugiere profundizar son:

1. El fenómeno de la remisión espontánea: al conocer más a fondo los mecanismos del mismo, se pueden establecer programas de detección, tratamiento y enseñanza. Siempre presente en la estadística relacionada con la enuresis, resulta de suma importancia en la planificación de una clínica de la enuresis y las estrategias a seguir en la misma.
2. La utilización del autoconcepto del paciente en conjunto con el concepto de los padres, el maestro o el terapeuta, como instrumentos útiles para la detección, tratamiento y seguimiento de los casos.
3. El estudio de la enuresis y su dinámica de acuerdo a la psicología de las diferencias sexuales, atendiendo no sólo a los aspectos anatómicos o fisiológicos, sino también a la dinámica familiar, pautas de crianza, trastornos en la conducta y el aprendizaje.

Sería aconsejable debido al gran número de motivos de consulta por enuresis, y a los casos detectados aun como fuera del motivo de consulta, la creación de una clínica de la enuresis que incluya actividades de investigación, tratamiento y enseñanza. La enseñanza debe estar dirigida a pacientes, padres o adultos responsables del menor, maestros y terapeutas. La enuresis debe ser tratada de manera interdisciplinaria por el psicólogo, y en los casos que se amerite recibir apoyo de los servicios de pedagogía, paidopsiquiatría, trabajo social, neurología y/o enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Abramovitch, I.; Abramovitch, H. 1989. Enuresis in cross-cultural perspective: a comparison of training for elimination control in three Israeli ethnic groups. *Journal of Social Psychology*. 129,1,47-56.
- Ainsworth, M.D.S. 1967. *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Allport, G.W. 1975. *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Alvear, M.T. 1989. El autoconcepto en niños de escuela personalizada. Tesis inédita de licenciatura, México, Universidad Intercontinental.
- Anderson, J.; Durston, B.H. ; Poole, M. 1991. *Redacción de tesis y trabajos escolares*. (14ª. Ed.) México: Diana.
- Andrade, P.. 1984. Influencia de los padres en el locus de control de los hijos. Tesis inédita para maestría, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Andrade, P. y Pick de W., S. 1986. *Una escala de autoconcepto para niños*. (Memoria). Trabajo presentado en el I Congreso Mexicano de Psicología Social, La Trinidad, Tlaxcala.
- Arnold, S. J. 1997. *No more bedwetting: How to help your child stay dry*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Azrin, H.H. y Foxx, R.M. 1971. A rapid method of toilet training for the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behaviour Analysis*. 4, 98-99.
- Barber, B. L. y Eccles, J. S. 1992. Long-term influence of divorce and single parenting on the adolescent family and work-related values, behaviors, and aspirations. *Psychological Bulletin*. 3, 108-126.
- Baron, R.A., Byrne, D. Y Kantowitz, B. 1980. *Psicología en un enfoque conceptual*. México: Interamericana.

- Becerra, R.M. y Chavarría, L.M. 1983. La comunicación padres e hijos y su efecto en el autoconcepto del adolescente. Tesis inédita de licenciatura, México, Univ. Del Valle de México.
- Berlanda, C., 1982. Enuresis: psychosomatic and psychotherapeutic evaluation. *Centro Ricerche Biopsichiche, Padova*. 25, 19-37.
- Bhatnagar, P. Y Rastogi, M. 1990. Basic-ideal disparity, structure and size of family, and sex. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*. 33, 4, 264-267.
- Bieheler, R.F. 1980. *Introducción al desarrollo del niño*. México: Diana.
- Bragado Alvarez, M.C. 1980. Incidencia de la enuresis: un estudio piloto. *Revista de psicología general, España*. 35, 5, 883-899.
- Bricklin, P. 1991. The concept of "self as learner": Its critical role in the diagnosis and treatment of children with reading disabilities. *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities*. 7, 3, 201-217.
- Brown, J.C. 1985. Modification of diurnal enuresis by parental application of token reinforcement: A clinical study. *Journal of Human Behavior and Learning*. 2, 1, 26-29.
- Butler, R.J. 1991. Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Archives of Disease in Childhood*. 66, 267-271.
- Cáceres, J. 1980. Comparación de la eficacia de dos métodos de tratamiento de la enuresis. *Revista de psicología general y aplicada*. 35, 4, 597-616.
- Cáceres, J. 1991. *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. (4ª. Ed.) Madrid: Siglo XXI.
- Calef, V.; Winshel, E.M.; Renik, O.; Mayer, E.L. 1980. Enuresis: a functional equivalent of a fetish. *International Journal of Psychoanalysis*. 61, 3, 295-305.
- Cañedo, V.M. 1989. Estudio comparativo con respecto al autoconcepto entre un grupo de menores infractores y un grupo de adolescentes sin antecedentes penales. Tesis inédita de licenciatura, México, Universidad Intercontinental.
- Castillo, M. y Tena, G., 1981. Perfil de autoconcepto en jóvenes infractores en la escuela de orientación para varones. Tesis inédita de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Copeland, E.; Baucom-Copeland, S.; Perry, L. 1982. A behavioral approach to enuresis for the family physician. *Journal for the National Medical Association*. 74, 10, 1035-1040.
- Cordero, A. 1983. ¿Es la enuresis un síntoma cuando hay alteraciones en la dinámica familiar? Tesis inédita de posgrado, especialización, México, Facultad de Medicina, UNAM.
- Crosbie-Burnett, M. y Newcomer, L. L. 1990. Group counseling children of divorce: the effects of a multimodal intervention. *Journal of Divorce*. 13, 3, 69-91.
- Chávez, R. y Flores, B. 1988. Estudio preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida. Tesis de licenciatura, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Díaz, E.C. 1985. El estigma y su relación con el autoconcepto. Un estudio comparativo entre alumnos problema y buenos alumnos en una escuela secundaria oficial. Tesis inédita de licenciatura, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Díaz Guerrero, R. 1982. *Psicología del mexicano*. México: Ed. Trillas.
- Dische, S. Yule, W.; Corbett, J.; Hand, D. 1983. Childhood nocturnal enuresis: factors associated with outcome of treatment with enuresis alarm. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 25, 1, 67-80.
- Du Mars, R. 1999. Treating primary nocturnal enuresis: the counselor's role. *College Student Journal*. June 1999. 1-7
- Durán, F. 1981. Enuresis y su relación con el nivel socioeconómico y sexo. Tesis de posgrado, especialización, México, Facultad de Medicina, UNAM.
- Elkin, F. 1972. *El niño y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Emmite L., Díaz-Guerrero, R. 1983. Crosscultural differences and similarities in coping style, anxiety and success failure in examinations. *Cross-Cultural Anxiety*. 2, Washington Hemisphere Publ. Co. 38.
- Enciso, R. 1985. Enuresis funcional nocturna y factores de stress intrafamiliares en niños de 4 a 10 años de edad. Tesis inédita de posgrado, especialización, México, Facultad de Medicina, UNAM.

- Epstein, S. 1973. The self-concept revisited. *American Psychologist*. 28, 404-416.
- Esman, A.H. 1981. A.H. Esman on enuresis: a functional equivalent of a fetish. *International Journal of Psychoanalysis*. 62, 3, 372-373.
- Essen, J. y Peckham, C. 1976. Nocturnal enuresis in childhood. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 18, 577-589.
- Eysenck, H.J. y Rachman, S. 1965. *The causes and cures of Neurosis*. Rontledge and Kega. 24.
- Fitts, W. 1965. *Tennessee sel-concept manual*. Nashville, Tenn.: Counselor Recordings and Tests.
- Freud, S. 1940. *Splitting of the Ego in the process of defence*.
- Friman, P.C. y Warzak, W.J. 1990. A prevalent, persistant, yet curable parasomnia. *Pediatrician*. 17, 1, 38-45.
- Friman, P.C. 1998. Do children with primary nocturnal enuresis have significant behavior problems. *Archives of Pediatric Adolescence Mod*. 152, 537-539.
- Gaceta Médica de México*. 1990. Información clínica y terapéutica. 126, (5), 414-415.
- Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence. University of Massachusetts Lowell, 1998.
- Gecas, V.; Shwalbe, M.L. 1986. Parental behavior and adolescent self-esteem. *Journal of Marriage and Family*. 48, 37-46.
- Gómez, Pérez-Mitre. 1981. Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*. 1, 135-156.
- Gutiérrez, M. E.. 1989. Estudio del autoconcepto materno y la influencia del mismo en el autoconcepto de su hijo adolescente. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Hagglof M. 1996. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scandinavian Urology*. 33, 16-19.
- Hanson, R.H.; Thomson, T.; Wieseler, N.A. 1988. Methodological considerations in enuresis treatment research; athree treatment comparison. *Behavior Modification*. 12, 3, 335-352.

- Henning, H.; Dober, B.; Bielick, I.; Hausmann, U. 1987. Problems created by the family constellation of child and adolescent psychiatric patients (from the perspective of personality characteristics). *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*. 39, 9, 551-556.
- Henze, L.M.I. 1980. Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Hernández, N. 1985. Enuresis. Conceptos básicos, diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Tesis inédita de posgrado, especialización, México, Facultad de Medicina, UNAM.
- Hurlock, E.B. 1982. *Desarrollo del niño*. México: McGraw-Hill.
- James, W. 1968. *The self* in Gordon, C. & Gergen K.J. (Eds.), *The self in social interaction*. 1, New York: John Wiley & sons, inc.
- Jarvelin, M.R.; Moilanen, Irma; Vikevainen-Tervonen, L.; Huttunen, N.P. 1990. Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 31, 5, 763-774.
- Jarvelin, M.R. et col. 1991. Aetiological and precipitating factors for childhood enuresis. *Acta Paediatrica Scandinava*. 80, 361-369.
- Johnson, H.M. 1973. *Sociología de la socialización*. Buenos Aires: Paidós.
- Komissarov, V.I.; Trretyakov, E.E. 1990. The time-course of changes in function of the kinesthetic and acoustic analyzers in children with enuresis as influenced by acupuncture. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 90, 8, 44-47.
- Korrelbloom, K.; Kernkamp, B. 1988. Self-control procedures in functional enuresis. *Gedragstherapie*. 21, 1, 57-65.
- Koski, K. y Steinberg, L. 1990. Parenting satisfaction of mothers during midlife. *Journal of Youth and Adolescence*. 19, 5, 465-474.
- La Rosa, J. 1986. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis doctoral inédita, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Lawrence, B. 1991. Self-concept formation and physical handicap: Some educational implications for integration. *Disability, Handicap and Society*. 6, 2, 139-146.

- L'Ecuyer, R. 1978. *Le concept de soi*. Paris: PUF.
- Libbo, L.M. 1983. EMG biofeedback for functional bladder sphincter dysynergia: a case study. *Biofeedback and Self-regulation*, 8, 2, 243-253.
- León, O. 1988. Estudio comparativo de autoconcepto entre dos grupos de adolescentes, uno con padres alcohólicos y otro con padres no alcohólicos. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Langstaffe, S.; Moffat, M.; Whalen, J. 2000. Behavioral and self concept changes after six months of enuresis treatment. *Pediatrics*. 4, 1-7.
- López Crespo, R. 1990. Enuresis en una población de adolescentes con trastornos de adaptación social: estudio epidemiológico. *Archivos de pediatría*. 41, 2, 88-91.
- Loza, C., Núñez, M. 1987. La vulnerabilidad masculina infantil y la contribución de la dinámica parental. *Psiquis*. 8, 171-175.
- Lunardi, C. 1985. Behavioral and hypnosis therapy applied to enuresis. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*. 26, 1, 49-52.
- Lluis-Font, J.M. 1987. Enuresis y lenguaje. *Anuario de psicología*. 36, 37, 1, 2, 171-190.
- Magaña, M.R. 1988. Autoconcepto, adolescencia y familia. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* American Psychiatric Association. Washington D.C. 1994.
- Markus, H. y Wurf, E. 1987. The dynamic self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review Psychology*. 38, 299-337.
- Marsh, H. 1990. Confirmatory factor analysis of multitrait-multimethod data: the construct validation of multidimensional self-concept responses. *Journal of Personality*. 58, 4, 661-692.
- Marsh, H. W. y MacDonald, I. W. 1990. Multidimensional self-concepts: construct validation of responses by children. *American Educational Research Journal*. 27, 1, 89-117.

- Marshal, H.H. 1989. The development of self-concept. *Young Children*. 44, 5, 44-51.
- Mc Namara, J.R. 1988. The behavioral treatment of secondary diurnal enuresis occasioned by a fear of going to the bathroom: a case report. *Phobia Practice and Research Journal*. 1, 1, 58-63.
- Moffat, M.; Kato, C.; Pless, I. 1987. Improvements in self concept after treatment of nocturnal enuresis: a randomized clinical trial. *Journal of Pediatrics* 2, 23-36
- Moilanen, I.; Jarvelin, M.R.; Vikevainen-Tervonen, L.; Huttunen, N.P. 1987. Personality and family characteristics of enuretic children. *Psychiatria Fennica*. 18, 53-61.
- Moilanen, I.; Rantakallio, P. 1989. The single parent family and the child's mental health. *Social Science and Medicine*. 27, 2, 181-186.
- Monroy, M.O. 1987. Perfil de autoconcepto en jóvenes farmacodependientes provenientes de un hogar carente de figura paterna. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Newman, D.B. y Newman, P.R. 1985. *Desarrollo del niño*. México: Limusa.
- Nitka, T. 1980. Enuresis and environment. *Psychiatria Polska*. 14, 3, 271-275.
- Normas para regular el proceso de investigación*. 1992. México: Instituto Nacional de Salud Mental, DIF.
- Novaes, M. H. 1985. Autoconceito –um sistema multidimensional hierárquico e sua avaliação em adolescentes. 37 (3), 27-43.
- Paulinelli, J.; Tamayo, A. 1987. Autoconceito e cidade de origem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 39, 1, 68-71.
- Phillips, C.; Asbury, Ch. 1990. Relationship of parental marital dissolution and sex to selected mental health and self-concept indicators in a sample of black university freshmen. *Journal of Divorce*. 13, 3, 79-91.
- Pico de Rosales, N.; Salom de Bustamante, C. 1978. Necesidad de logro, autoestima y rendimiento académico. *Avepsa Boletín*, 10, 2, 22-27.

- Pillay, A.L., 1989. Secondary enuresis in institutionalized conduct-disordered children. *Psychological Reports*. 64, 2, 624-626.
- Prieto, S.; S. De Bustamante, C. 1988. La autovaloración y su efecto mediador en la relación entre el autoconcepto y la autoestima. *Avepsa Boletín*. XX, 3, 21-28.
- Raphael, B. 1990. The impact of parental loss on adolescents' psychosocial characteristics. *Adolescence*. 25, 99, 689-700.
- Reasoner, R. 1982. *Building Self-esteem Parents' Guide*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, Calif.
- Reinhard, H.G. 1990. Coping styles of enuretic children. *Acta Paedopsychiatrica*. 52, 1, 65-70.
- Rosenberg, M. 1989. Self-concept research: a historical overview. *Social Forces*. 68, 1, 34-44
- Rosenberg, M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Sacks, S.; de León, G. 1983. Conditioning functional enuresis: follow-up after retraining. *Behavior, Research and Therapy*. 21, 6, 693-694.
- Salgado, D.F. y Santillán, E.L. 1985. Estudio sobre la formación del autoconcepto entre adolescentes procedentes de familias integradas y adolescentes procedentes de familias donde falta la figura paterna. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Scharf, M.B.; Pravda, Myra F., Jennings, S.W.; Kauffman, Renée, et al. 1987. Childhood enuresis: a comprehensive treatment program. *Psychiatric Clinics of North America*. 10, 4, 655-666.
- Scharf, M.B.; Jennings, S.W. 1988. Childhood enuresis: relationship to sleep, etiology, evaluation and treatment. *Annals of Behavioral Medicine*. 10, 3, 113-120.
- Shaffer, D.; Gardner, A.; Hedge, Barbara. 1984. Behavior and bladder disturbance of enuretic children: a rational classification of a common disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 26, 6, 781-792.
- Shavelson, R.J., Hubner, G.J. y Stanton, G.C. 1976. Self-concept: validation of construct interpretations. *Reviews of Educational Research*. 49, 1, 131-150.

- Sluckin, A. 1989. Behavioral social work treatment of childhood nocturnal enuresis. Special issue: empirical research in behavioral social work. *Behavior Modification*. 13, 4, 482-497.
- Tercedor, A.; et al. 1989. La enuresis: su evolución y resolución espontánea. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 40, 2, 165-181.
- Toro, J.; Nina, I. 1991. Adiestramiento familiar vesical y enuresis nocturna. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 18, 2, 78-88.
- Trityakova, E.E.; Komissarov, VI. 1990. Electric activity of the projection zones of the large hemispheres in children with enuresis. *Zhurnal*. 90, 8, 41-44
- Valdez, Martha. 1987. Enuresis, frecuencia, tratamiento y asociación con disfunción familiar. Tesis inédita de posgrado, especialización, México, Facultad de Medicina, UNAM.
- Van-Son, M.H. 1984. Psychotherapy in practice: nocturnal enuresis in adults and behavioral therapy. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 10, 6, 404-409.
- Vázquez, P. 1983. Diferencias en el autoconcepto entre un grupo de adolescentes hijos de madre soltera y un grupo de adolescentes hijos de hogar integrado. Tesis inédita de licenciatura, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Verduzco, A.; Lara, 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
- Wagner, W.; Geffken, G. 1986. Enuretic children: how they view their wetting behavior. *Child Study Journal* 16, 1, 13-18
- Wagner, W. 1988. The Psychological adjustment of enuretic children: a comparison of two types. *Journal of Pediatric Psychology*. 13, 1, 33-38.
- Wells, L.E. & Marwell, G. 1976. *Self-esteem. Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Willie, A. 1984. Encopresis in children and juveniles. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*. 35, 142.
- Yates, A. J. 1970. Enuresis and encopresis. In A. Yates (Ed.), *Behavior Therapy*. New York: Wiley. 77-106

Zerin, E.. 1988. The power of suggestion: a case of enuresis.
Transactional Analysis Journal. 18, 2, 148-151.