



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226  
2oj  
142

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado

Hospital General Regional.  
Orizaba Veracruz.  
Instituto Mexicano del Seguro Social

### ENURESIS

(Conceptos Basicos Diagnóstico y tratamiento)

(Revisión Bibliografica)

## Tesis de Postgrado

Que presenta el Dr.

**NESTOR JOSE LUIS HERNANDEZ NAJERA**

Para obtener el Titulo de

**MEDICINA FAMILIAR**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Orizaba, Ver.

1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE.

I.-	INTRODUCCION.	I
II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III.-	HIPOTESIS.	2
IV.-	OBJETIVOS.	3
V.-	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	
	a) ANTECEDENTES HISTORICOS	4
	b) ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
	c) GENERALIDADES	8
VI.-	MATERIAL Y METODOS.	24
VII.-	RESULTADOS.	25
VIII.-	CONCLUSIONES.	41
IX.-	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	42
X.-	BIBLIOGRAFIA.	43

## I.- INTRODUCCION.

La enuresis es la emisión involuntaria de orina que se presenta en los niños que por su edad ya pueden dominar la función vesical. La población infantil normal adquiere esta función entre el quinto y séptimo año de la vida, por lo tanto debemos de considerar enuresis al niño que en la edad escolar emite involuntariamente la orina. Muchos autores aceptan la presencia de este padecimiento o síntoma a partir del tercer año de vida.

La enuresis se presenta en varias modalidades, es decir -- hay niños que se orinan en la noche durante el sueño, a esta -- forma se le conoce como enuresis nocturna, es la más frecuente y la mayoría de los autores reportan una incidencia del 90 % . Cuando el niño se orina durante el día, se cataloga como enuresis diurna, siendo menos frecuente y se relaciona con pacientes que presentan trastornos de la conducta. Es posible que el niño nunca haya logrado mantenerse seco durante la etapa del sueño y se califica como enuresis primaria. Si se logra el control de -- la micción por un período mayor de tres meses y luego vuelve a orinarse, se califica entonces como enuresis secundaria.

La enuresis es el síntoma y este es el diagnóstico, no -- ocurriendo dificultad alguna si el médico posee una información adecuada respecto a esta entidad.

El presente trabajo tiene como objetivo principal el de -- proporcionar una información al médico familiar para lograr un diagnóstico exacto y efectuar un tratamiento racional en el niño con enuresis.

## JUSTIFICACION

A menudo el médico de atención primaria, no presta la suficiente atención al adiestramiento para el control de esfínteres dado que se presenta en una forma natural en una gran mayoría -- de los niños y sin embargo cerca del 10 al 15 % de los niños -- por arriba de los 5 años presenta o tiene este padecimiento o síntoma, que genera dentro de la familia un conflicto familiar y una inadecuada adaptación social del niño.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Es la enuresis un síntoma o una entidad patológica ?

## HIPOTESIS.

La enuresis es una entidad patológica multifactorial.

## OBJETIVOS.

### a.- GENERAL.

Revisar la literatura en el Index Medicus y proporcionar una guía al médico familiar para lograr un diagnóstico exacto y efectuar un tratamiento racional en el paciente con enuresis.

### b.- ESPECIFICOS.

1.- Analizar el desarrollo del niño.

a) Psicológico.

b) Neurológico.

2.- Enlistar la etiología de la enuresis.

a) Teoría orgánica.

b) Teoría Psicológica.

c) Otras Teorías.

3.- Clasificar a la enuresis.

4.- Describir la sintomatología adyacente a la enuresis.

5.- Enunciar los estudios de laboratorio y gabinete que se requieren para el diagnóstico.

6.- Señalar el tratamiento de la enuresis.

a) Farmacológico.

b) psicoterapéutico.

7.- Enunciar las técnicas del uso del retrete.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

### a.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

1.- En 1545 Sir Thomas Phaire, escribió su libro clasico " Boke of Chyldren " y en la cual incluyó una prescripción para la enuresis y es; evitar sustancias grasas y además administrar un polvo hecho de la traquea de un ave macho o de los testículos de un erizo.

2.- El papiro de Ebers ( 1550 a.c ) describe que; durante la edad media, la oración realizada contra diversas extrañas era conocida como la cura de esta afección.

3.- En 1880 el Dominico Sir John Corrigan de Dublín, describe como tratamiento de la enuresis en niños y jovenes la aplicación de colodión.

4.- En 1909 Fuchs tiende a relacionar a ciertas enfermedades ortopédicas con enuresis, como causa de la misma.

5.- En 1919 Young y cols., relacionan la importancia de la dilatación de la uretra proximal y del cuello vesical con la dificultad del control urinario.

6.- En 1939 Gerard y cols., establecen el caracter sexual como causa de enuresis.

7.- En 1944 Brandny y Robbins introducen la cistouretrografia en la evaluación del diagnóstico del paciente con enuresis.

8.- En 1951 Braithwaite y cols., después de 8 años de estudios concluyen que las condiciones psicológicas dominan el problema de la enuresis.

9.- En 1953 se establece en Toronto Canadá, la Clinica - del niño enuretico.

10.- En 1955 Tang y cols., postulan a acción facilitadora del hipotálamo posterior, la acción inhibitoria de la corteza y la acción inhibitoria del mesencéfalo en el reflejo de micción.

11.- En 1957 Hallgren y cols., establecen el caracter genético dentro de las causas de enuresis.

12.- En 1960 Maclean realiza los primeros estudios empleando el clorhidrato de imipramina, como medicamento principal - en el paciente enuretico.

13.- En 1965 Werry y cols., concluyen que los niños enureticos como tal, cuentan con una probabilidad algo aumentada de estar emocionalmente trastornados, pero no existe justificación alguna para concluir que la enuresis es resultado de psicopatología.

14.- En 1973 Azrin y cols., establecen el tratamiento de la enuresis por medio del método de " Adiestramiento de cama-seca ".

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La palabra enuresis se deriva de la palabra griega ENUREIN que significa Orinar. Se define a la enuresis, como el acto involuntario de orinar después de la edad a la que la mayoría de los niños se conservan secos. La mayoría de los niños establecen el control diurno hacia los tres años y el control nocturno a los 4 años. El control definitivo suele obtenerse como resultado de la interacción entre la maduración neuromuscular y la capacidad psicológica. Esta última situación como parte del desarrollo psicológico total del niño y se deriva de diversas fuentes, principalmente de los factores que contribuyen a las funciones del Yo.

La enuresis se origina por un control defectuoso (de naturaleza neuromuscular) en el esfínter vesical. Esta falta de control puede obedecer a diversas causas: a) Orgánica, tales como: defectos de inervación, defectos en el tono muscular esfinteriano, defecto en las estructuras urinarias o infecciones crónicas b) entrenamiento defectuoso; c) causas psicológicas. Aceptándose a estas dos últimas situaciones como los factores principales en la génesis de la enuresis.

Se ha clasificado en diurna o nocturna, a esta última se ha subdividido en primaria y secundaria, reportándose una mayor incidencia en la forma nocturna, teniendo un mayor predominio en el sexo masculino y en familias de estrato socio económico y educativos bajos.

El diagnóstico se hará en base a una buena historia clíni-

ca para establecer la importancia de los diversos factores que intervienen en la génesis de la enuresis, la realización de una buena exploración física así como la realización de un buen examen general de orina. Daley establece como base para el diagnóstico; a) una observación médica continua; b) un análisis y registros conductuales y; c) entrevistas médico familiares.

El manejo será de dos tipos: a) Psicológico; b) Farmacológico. En el manejo psicológico, los padres serán la base y deberán evitar actitudes rígidas, autoritarias, angustiadas o resignadas y asumir serenidad y responsabilidad, es decir el verdadero tratamiento es el cambio de conducta y actitud en los padres

En el manejo farmacológico, el fármaco más utilizado es un antidepresivo tricíclico, Imipramina clorhidrato, usado por primera vez por el Dr. Maclean en el año de 1960 y cuyos resultados hasta la fecha han sido favorables y eficaces en el niño con enuresis.

Se han sugerido otros manejos no farmacológicos como: el uso de dietas restrictivas con restricción de líquidos sin un éxito favorable; el uso de alarma de orina ( almohadilla y timbre ) cuyo éxito fluctúa entre un 75 % con recaída de un 14 a 40 % , y otros muchos más sin éxito alguno.

Actualmente el tratamiento que se está utilizando es el llamado " Adiestramiento de cama seca ", creado por los psicólogos conductistas Azrin y Foxy; y cuya eficacia es de un 85 % en todos los casos. Este es un método de tipo Psicoterapéutico.

## GENERALIDADES

### 1.- ANATOMIA DE LA VEJIGA.

La vejiga es un receptáculo músculo membranoso, cuya función es recoger la orina que llega por el ureter y expulsarla posteriormente al exterior.

Está situada en la escavación pélvica inmediatamente por detrás de la sínfisis del pubis, tiene una forma ovoide cuyos diámetros principales son: a) vertical de 11 o 12 cm., b) transversal de 8 a 9 cm., c) antero-posterior de 6 a 7 cm. Su capacidad varía de acuerdo con la edad y la cantidad de orina producida por el riñón; en el R/N la capacidad media de la vejiga es de 30 a 60 ml. mientras que en el adulto la capacidad media fisiológica es de 200 a 550 ml., y en los estados patológicos se ha encontrado una capacidad hasta de 6 lts.

Su constitución anatómica está dada por 3 túnicas; a) Externa o serosa; b) Media o muscular; c) Interna o mucosa. La primera es una prolongación del peritonéo y solamente recubre la porción posterior de la vejiga, formando en el hombre y la mujer los fondos de saco vesico rectal y vesico uterino respectivamente. La capa muscular está constituida por fibras circulares, longitudinales y transversales, que en conjunto forman el músculo detrusor y a nivel del cuello y porción inicial de la uretra el esfínter vesical o esfínter interno de la uretra.

La capa mucosa, la cual está formada por un epitelio estratificado mixto con escasas glándulas, dando una configura-

ción de aspecto rugoso.

Está dividida en 3 partes; a) Base. b) vertice. c) Cuerpo  
La base esta formada por el triángulo de LISTAUD o TRIGONO cuyos ángulos estan marcados por 3 orificios; a) angulos posteriores los orificios inferiores de los ureteres. b) ángulo anterior, el orificio posterior de la uretra. El vertice presenta una pequeña depresión en forma de mbudo en cuyo fondo se lo caliza el orificio que conduce al conducto del uráco. El cuerpo lo constituye el músculo detrusor.

Su irrigación está dada por las arterias, hipogástrica, - hemorroidal media y la pudenda interna. El retorno venoso está dado por 3 redes que se originan en la mucosa, la intramúscular y la perivesical y donde finalmente drenan en la vena hipogástrica.

Su inervación emana de los gánglios hipogastricos que su vez hacen sinapsis con las ramas anteriores de los nervios sacros 3 y 4.

## 2.- TRANSPORTE DE LA ORINA.Y LLENADO DE LA VEJIGA.

Los ureteres son pequeños tubos de músculo liso que nacen de la pelvis renal y se dirigen hacia abajo para incertarse en la vejiga. Cada ureter esta inervado por fibras simpáticas y - parasimpáticas que se extienden a lo largo de todo su trayecto Cuando se ha acumulado cierta cantidad de orina en la pelvis renal, se aumenta la presión y se origina una onda peristáltica que se dirige, siguiendo el ureter, para impulsar la orina hacia la vejiga; apareciendo una onda peristáltica cada 10 --

seg. o hasta cada 2 o 3 min. La estimulación simpática disminuye y la estimulación parasimpática aumenta la frecuencia peristáltica.

A medida que se llena la vejiga con orina, está aumenta su presión intravesical, es decir cuando se ha acumulado dentro de la vejiga una cantidad aproximada de 100 ml. de orina, la presión intravesical es de aproximadamente 10 cc. de agua, una cantidad de orina hasta de 400 ml. pueden acumularse sin modificar la presión intravesical de 10 cc. de agua, pero una cantidad mayor de 400 ml. de orina es causa de inicio para la micción.

Basicamente la vejiga; a) se llena progresivamente hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de su valor umbral entonces, b) se desencadena un reflejo neurógeno denominado " Reflejo de Micción " que; c) aumenta considerablemente la presión intravesical y crea el deseo constante de orinar.

### 3.- REFLEJO DE MICCIÓN.

Micción se define como el proceso por el cual la vejiga urinaria se vacía a través de la uretra.

La micción es fundamentalmente un reflejo espinal facilitado e inhibido por los centros cerebrales superiores y está sujeto a facilitación o inhibición voluntaria.

Resulta de un reflejo de distensión, iniciado por los receptores de tracción de la pared vesical. Las señales sensoriales van a parar a los segmentos sacros de la medula por los nervios perineales retornando a la vejiga por los nervios para

simpáticos del pléxo pelviano. Este ciclo o arco reflejo se repite hasta que la vejiga ha alcanzado un grado máximo de contracción para inhibirse.

Durante la micción los músculos perineales y el esfínter uretral se relajan mientras el músculo detrusor se contrae y la orina sale a través de la uretra.

El control de la micción por el cerebro está dado por los centros facilitadores e inhibidores localizados en la corteza tálamo cerebral, y centro facilitador de la región pontina, una área inhibidora en el mesencéfalo.

#### 4.- DESARROLLO DE ADQUISICION Y CONTROL DE LA FUNCION VESICAL.

La vejiga del R/N tiene una capacidad de 30 a 60 ml. comparada con los 250 a 550 ml. del adulto. El R/N usualmente orina de 12 a 16 veces en 24 hrs por reflejo urinario, iniciado por aumento de la presión intravesical, no hay control cortical consciente en esta edad. Entre el primer y segundo año de edad el niño desarrolla una respuesta al llenado vesical, sin maduración de los nervios sensitivos que llevan a sensibilidad de vejiga. A los 3 años, el niño está capacitado para retener orina por un período corto cuando la vejiga está llena, por acción de los músculos pubo-ccoccigeo y elevador del ano.

A los 4 años de edad el niño imita la micción cuando la vejiga está casi llena por acción de contracción del diafragma y músculos abdominales, esto hace que se aumente la presión in-

travesical y se inicie el vaciamiento. En esta edad existe un control cortical parcial y el control nocturno es eficaz.

Finalmente entre los 6 y 7 años el niño aprende a vaciar la vejiga ante cualquier grado de llenado de la vejiga.

Concluyendo, hay 4 etapas de desarrollo de adquisición y control vesical:

- a) Percepción demostrada de plétora vesical ( de 1 a 2 años )
- b) Capacidad de retener voluntariamente orina.
- c) Capacidad de iniciar y detener el flujo de orina una vez iniciada. ( de 4 a 5 años )
- d) Capacidad de iniciar y detener el flujo de orina en cualquier grado de plétora vesical. ( ceca de los 5 años. )

#### 5.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Crecimiento y desarrollo implican cambios constantes en los tejidos y segmentos que integran el organismo del niño y se logra gracias a las funciones de nutrición.

El crecimiento es el aumento de masa ( aumento de tamaño ) que se logra:

- a) Las células incorporan sustancias y aumentan su tamaño.
- b) Las células se reproducen ( se multiplica ) y aumentan en número.

Desarrollo es " diferenciación " y " adquisición de funciones " y se logra a través del tiempo.

Los factores que normalmente determinan el crecimiento y desarrollo pueden resumirse como sigue:

- a) Herencia.

- b) Influencia neuro-endocrina.
- c) Alimentación.
- d) Ejercicio físico.
- e) Estímulos emocionales.
- f) Carencia de enfermedades.

Gesell y Anatruda en 1941 describen en forma detallada las etapas y sucesos de los acontecimientos del desarrollo del niño y refieren que el desarrollo es un proceso continuo que se inicia desde la concepción y es de manera ordenada, etapa por etapa y que cada etapa representa un grado o nivel de madurez, dividiendo al desarrollo en 4 etapas.

- a) Desarrollo motor.
- b) Desarrollo de la Adaptación.
- c) Desarrollo del Lenguaje.
- d) Desarrollo personal y social.

#### 6.- CONDUCTA PRIMARIA PRE-ESTABLECIDA.

Al nacer el ser humano dista mucho de estar totalmente desarrollado. Su proceso de maduración es excepcionalmente largo dado el complejo de su estructura y de sus funciones. El R/N tiene un sistema nervioso muy inmaduro, carece de hecho de desarrollo psíquico, del habla y del intelecto, y su único medio de expresión es el llanto.

La actividad cerebral se realiza en los primeros días a través de una conducta heredada de especie, es decir una conducta instintiva; el R/N tiene así los reflejos de conservación de

individuo y de especie. Entre los primeros se señalan a los de la alimentación y los reflejos de defensa.

Los reflejos de alimentación son: a) Reflejo de manecillas de reloj; b) Reflejo de implantación.

Los reflejos de defensa son: a) Reflejo de seguridad; b) - Reflejo de huida.

Es a partir de esta conducta instintiva, primaria y pre-establecida que se desarrollan las funciones que cada día son más complejas del sistema nervioso y que se pueden agrupar en 3 categorías.

- a) Neurológicas.
- b) Intelectuales.
- c) Afectivas.

#### 7.- DESARROLLO AFECTIVO o PSICOSOCIAL.

Todo individuo al nacer cuenta con una estructura biológica heredada y propia, es decir cuenta con determinadas características que lo identifican como individuo y del que nace el temperamento y personalidad.

Esta estructura biológica manifiesta tendencias e impulsos instintivos para la satisfacción de sus necesidades, las cuales constituyen motivaciones básicas de conducta.

Molinowsky divide las necesidades del hombre en 3 categorías: a) Necesidades básicas vitales; b) Necesidades adquiridas c) Necesidades derivadas. Define a las primeras como " las condiciones biológicas y vitales para la supervivencia del indivi-

duos y su grupo.." Matagu manifiesta que existen otras necesidades no vitales pero que son necesarias para satisfacer el organismo y se desarrolle y se mantenga en un estado adecuado de salud, principalmente de salud Mental.

La teoría del desarrollo psicosocial descansa sobre el conocimiento de la "Epigenesis ". Este concepto de epigenesis significa un desarrollo secuencial de los órganos y sistemas de tal manera que en cierto momento un órgano es el que domina el desarrollo.

Erikson y Freud son los que establecen las bases del desarrollo psicosocial del individuo. Freud utiliza el concepto de libido para describir lo que él creyó ser un impulso fundamental para la obtención del placer. Freud propuso que en la infancia los impulsos sexuales pasan por 3 etapas del desarrollo; a) oral, b) Anal, c) fálica.

Durante el primer año el niño encuentra placer por medio de la estimulación de la mucosa de la boca esta es la etapa oral La etapa anal del segundo al tercer año los placeres se obtienen de la excreción y retención de heces fecales, dominando la vida erótica del niño. La etapa fálica entre el final de los tres años y principio de los cuatro años la obtención del placer es a partir de la estimulación y excitación de las áreas genitales. Después de esta etapa fálica el niño entra en una etapa de latencia donde los impulsos del placer están en reposo para despertar al inicio de la pubertad.

Freud al igual, establece el concepto de ego, para señalar los impulsos primordiales y básicos del individuo; el concepto del ello, que conciste en impulsos inconcientes que buscan expresión y gratificación inmediata; el concepto de superyo, que esta formado por prohibiciones internalizadas y que actúan para suprimir la satisfacción de ello o/y del yo. primordialmente es inocente, pero sus efectos pueden ser manifestados por un sentimiento de culpabilidad o remordimiento.

Erikson conceptua al desarrollo a partir de 3 fase;

- a) el organismo.
- b) Ego individual.
- c) Principio social.

El organismo es la organización potencial para el tipo de personalidad que tendra un ser humano.

El Ego-individual, se trata de un proceso que " Defiende" al individuo contra las inconformidades del organismo, que mantiene la coherencia y que permite que el individuo se anticipe a los peligros internos. y externos, es el que da un sentido de individualidad y entidad social.

Factor social, el ser humano en todas sus etapas, esta organizado en grupo con sentido historico y geográfico.

Erikson describe 8 etapas evolutivas del desarrollo psicosocial del niño y son.

- a) Infancia
- b) Niñez temprana.
- c) edad del juego.

- d) Edad Escolar.
- e) Adolescencia.
- f) Adulto joven.
- g) Edad Adulta.
- h) Madurez.

Manifiesta que en cada etapa o estado del desarrollo existe un problema que debe ser resuelto para continuar en la siguiente etapa del desarrollo, es decir que en cada etapa del desarrollo psico social esta dominada por un problema central o crisis llamado por Erikson como " Sentimiento " y son:

- a) Confianza
- b) Autonomia
- c) Iniciativa.
- d) Industriocidad.
- e) Identidad.
- f) Intimidad.
- g) Generatividad.
- h) Integridad.

Al conjugar o unir estos sentimientos con las etapas del desarrollo se forma el concepto de Crisis social. Cada crisis enfrenta a la potencialidad del niño con las situaciones socio-culturales que lo rodean.

## 8.- DESARROLLO COGNITIVO o INTELECTUAL.

Como parte integradora del desarrollo del niño esta el desarrollo intelectual o cognitivo.

Piaget es el que establece las bases del desarrollo intelectual, utilizando el esquema Epigénético u Ontogénético y lo divide en 3 grandes periodos.

a) Período de Inteligencia Sensorio-Motriz; que comprende desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje hablado y que subdivide en 6 etapas: ( En este periodo se constituye una base llamada por Michutte " Prefiguración Nocional ", es decir -- hay una organización de los movimientos físicos y desplazamientos ). Las sub.etapas son:

- 1.- Del ejercicio de la conducta pre-establecida ( primer mes de vida ).
- 2.- De la coordinación progresiva y asimilación del esquema anterior, para formar hábitos motores y percepciones ( de 1 a 5 meses ).
- 3.- Inicio de la intencionalidad ( Hasta los 8 a 9 meses ). Se muestra cierta anticipación de la conciencia de sus actos.
- 4.- De la coordinación neurógena alcanzada para aplicarla a situaciones nuevas, ( principio de los primeros contactos intelectuales. ( 12 meses )
- 5.- Elaboración del objeto . ( 15 a 18 meses ).
- 6.- Inteligencia práctica, termina entre los 18 y 24 meses.

Piaget marca que hasta esta etapa, ... queda aun un largo camino por recorrer entre esta inteligencia preverbal y el pensamiento operacional.

- b) Periodo de preparación y de organización de las operaciones concretas de clase, relaciones y de número. Este periodo abarca desde los 2 a los 12 años aproximadamente.
- c) Perido de operaciones formales. Se sub-divide en 2 periodos:
- 1.- El sub-periodo de las representaciones pre-operativas.
  - 2.- El sub-periodo de las operaciones concretas.

Estas dos sub-periodos abarcan las edades pre y escolares y el sub-periodo pre-operativo se sub-divide en 3 etapas.

- a) De los 2 a 3 años y medio; aparece la forma simbólica y se inicia la interiorización de los esquemas de acción en representaciones. Es la etapa más difícil debido a la pobreza de comunicación del niño. Se caracteriza por el juego simbólico ( Imaginación ) imitación, inicio y desarrollo del lenguaje existiendo dificultad en uso de espacio tiempo, objeto y causalidad.
- b) De los 4 a 5 años y medio, etapa en el que el niño desarro--lla organizaciones representativas basadas sobre figuras estáticas y sobre asimilaciones propias. Se caracteriza por el inicio de las percepciones estáticas sin asimilacion de conjunto.
- c) De los 5 a 7 u 8 años, se presenta la etapa de regulaciones representativas es decir aparecen las nociones de orden y calificación.

El sub-periodo de operaciones que abarca de los 7 a los 12 años, el niño ha de ingresar a la escuela con las implicaciones de socializacion y desarrollo, del pensamiento.

Piaget manifiesta que lo fundamental en la integración del conocimiento y afectividad es el desarrollo del " Concepto Objeto ". Lo define como una cosa del mundo externo que puede no --

ser percibido, oído, tocado cuando existe y no cuando esta solo en el campo perceptual. Se identifican 5 etapas en el desarrollo de el " Objeto "; estos pasos comprenden desde el periodo de nacimiento hasta los 18 o 20 meses de edad aproximadamente - en que el niño tiene el "concepto de permanencia."

Enmarca la importancia de los esquemas de acción estructural y " asimilación " que implica la inclusión de más conocimientos o adquisición y " acomodación " que precede a un adecuado funcionamiento, bajo nuevas condiciones; llegando a un equilibrio transitorio es decir el contacto con el mundo permite nuevas adquisiciones, asimilaciones y por lo tanto nuevas acomodaciones y un mejor DESARROLLO INTELECTUAL.

#### 9.- DESARROLLO NEUROLOGICO.

La actividad motora se revela en las primeras semanas de la vida por los reflejos primarios pre-establecidos e instintivos - los que posteriormente se convierten en reflejos condicionados.

Según Spitz es la boca el órgano que forma el primer eslabón entre la vida vegetativa y la orientación sensorial y de relación con el ambiente.

Gesell y Anatruda describen en forma detallada las etapas y sucesos del desarrollo del niño y refieren que el desarrollo es un proceso continuo que se inicia desde la concepción y es - de manera ordenada, etapa por etapa y que cada etapa representa un grado o nivel de madurez. Dividen al Desarrollo Neurologico del niño en 4 etapas:

- a) Desarrollo Motor.
- b) Desarrollo de la Adaptación.
- c) Desarrollo de el Lenguaje.
- d) Desarrollo Personal y social.

En termino generales y concisos, los sucesos que se presen-  
tan en cada una de las etapas son:

- a) Primer trimestre, durante las primeras semanas de vida el R/  
N la actividad neurológica se manifiesta a traves de los reflé-  
jos de postura y de defensa. Se mantiene el reflejo tonico-nu-  
cal, la respuesta emocional es a travez de la sonrisa, y al fi-  
nal el niño obtiene el control de sus músculos oculomotores es  
decir hay fijacion de la mirada, hay tendencia a seguir un ob-  
jeto luminoso, hay percepcion de los estímulos táctiles y ter-  
micos.
- b) Segundo trimestre, se supera la posicion tono-nucal, se ini-  
cia la relación social y el proceso de adaptación, sigue la mira-  
da un objeto, adquiere control del tronco y manos, han desapare-  
cido los reflejos primitivos, oye bien, ya que se detiene cuando  
existe un sonido, y el bebe empieza a darse cuenta de las partes  
de su cuerpo, y la conducta es menos instintiva.
- c) Tercer trimestre. El niño toma una posicion simetrica cuando  
esta acostado, es capaz de alargar la mano para tomar un objeto  
y lo hace con la palma de la mano. La boca le sirve para explo-  
rar lo que lo rodea, empieza a pasar un objeto de una mano a -  
otra, se sienta durante un buen rato sin caerse, cuando se le -  
para, apoya las piernas con fuerza y prácticamente soporta su -

peso, se mueve en todas direcciones dandose la vuelta en ambos sentidos arquendo el tronco y las extremidades, explora el mundo que lo rodea , oye bien y voltea hacia el sitio donde proviene - el sonido, tomalos objetos con palma de la mano y todos los dedos, y al final del dia se muestra irritable, fenomeno que Ana Freud llama " Desintegracion del ego " al final del dia, le encanta verse al espejo y su conducta social es bastante aceptable. HA aprendido que su mano y su pie son parte de simis mo, ha biendo cierto grado de discreminación y se inicia laetapa de imitaci6n. Esta imitaci6n puede ser tanto oral como visual. SE i nician las primeras palabras a partir de sonidos que emite tales como "da da".

d) Cuarto trimestre. Asocia a su padre y madre con el placer, - la satisfacci6n y la protecci6n que proviene del mundo que lo - rodea. Puede pararse solo, cogiendose de los barrotes de su cuna o de algun objeto, aparece el reflejo, del equilibrio. La cogr dinacion es mejor en sus manos, en lugar de tomar los objetos - con la palma de la mano y los dedos, usa el indice y despu6s lo toma en la forma indicada, trata de hacer una torre con los dedos, observa la caida de los objetos, y trata de colocar dentro de un recipiente un objeto. y el lenguaje es a traves de soni-- dos y su comunicaci6n es a traves de se~alamientos. Diferencia - entre lo conocido y lo desconocido, empezando a tener miedo a - las alturas.

Durante el primer y segundo a~o el ni~o anda, corre, articula palabras y frases, adquiere el control de la defecaci6n y

de la micción, obtiene un rudimentario sentido de identidad personal y de posición personal.

En el tercer año habla formando oraciones y hace uso de la palabra como instrumento de pensamiento, muestra una inclinación positiva a comprender su ambiente y a satisfacer sus demandas.

En el cuarto año de vida hace innumerables preguntas, percibe analogías, exhibe una activa tendencia a formar conceptos y a generalizar.

A los cinco años se ha madurado su control de movimientos prefiere el juego asociado, siente orgullo social por su ropa - y está adaptado a su pequeño mundo. SE inicia la etapa de socialización.

## MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo es una revisión bibliografica de la literatura nacional e internacional, sobre los aspectos basicos - de la Enuresis: Etiología, Diagnóstico y Tratamiento.

Se revisó el Index Medicus de los años de 1970 a 1984

Los recursos con los que se conto fueron:

1) Físicos.

- a) Biblioteca del Hospital General Regional del IMSS Orizaba.
- b) Biblioteca del Hospital Nacional de Pediatria.
- c) Biblioteca del Hospital General de C.M.N. México.
- d) Index Medicus.

2) Humanos.

- a) Encargada de la Biblioteca del Hospital General Regional.
- b) Médico Residente

El materail utilizado fueron.

- a) Fichas bibliograficas.
- b) Fichas de Trabajo.

## RESULTADOS.

En terminos generales podemos señalar que la enuresis tiene como etiología.

- a) Pequeña capacidad vesical funcional. Este defecto se debe a una inadecuada inhibición cortical o es parte de un retraso en el desarrollo o como parte de una reacción alérgica.
- b) Sueño profundo o trastorno del despertamiento.
- c) Como signo de algun trastorno emocional o psiquiatrico.
- d) Factor genético. Existe una mayor incidencia de enuresis 77% cuando ambos padres fueron enureticos. a diferencia del 34 % — cuando uno de ellos fué y del 15 % cuando ninguno de ellos fué.
- e) La enuresis se aprende y se atribuye a deficiencias en los hábitos, malas experiencias de aprendizaje y de reforzamiento — negativo.

SE han establecido diversas teorías, para explicar la génesis de la enuresis y las más aceptadas son:

### 1) Teoría orgánica.

- a) Tracto genito-urinario. Las lesiones obstructivas y las infecciones urinarias están en relación con la genesis de la enuresis.
- b) Sistema Nervioso. Los trastornos lumbosacros afectan la innervación de la vejiga y por lo tanto guardan una relación etiológica con la enuresis.
- c) Otras causas orgánicas. se señala que la enuresis es debido a un efecto irritante sobre la vejiga sensible a determinados alimentos.

## 2) Teoría del desarrollo retardado.

Esta teoría enmarca que la enuresis es debida a un retraso hereditario en el desarrollo de la maduración neuromuscular para mantener un control permanente de la vejiga y se apoya en:

- a) Capacidad funcional pequeña de la vejiga.
- b) Frecuencia aumentada de vaciado y apremio de vaciar.
- c) Aspecto hereditario.
- d) Alta frecuencia de curas espontáneas o maduración del desarrollo.

## 3) Teoría Psicológica.

El desarrollo psicológico se relaciona con la enuresis en dos formas.

- a) que la enuresis no podrá constituir más que un aspecto de la dificultad general de un niño en la adaptación de la conducta.
- b) La enuresis constituye un síntoma aislado en un niño cuyo funcionamiento behavioral es adecuado.

## 4) Teoría Higiénica

La enuresis es resultado de la formación deficiente del hábito, durante la disciplina higiénica. SE basa en el hecho de -- que los padres inician la disciplina higiénica antes que se tenga un desarrollo muscular apropiado y siendo igualmente la técnica de enseñanza de tipo opresivo para el niño.

Existen cuatro dificultades de disciplina higiénica susceptibles a conducir enuresis.

- 1) Falta de conocimiento en las técnicas de disciplina higiénica
- 2) Padres excesivamente solícitos e infalizantes.
- 3) el no transmitir los padres el carácter inaceptable del pa---

trón de mojar la cama.

- 4) Una disciplina prematura excesiva y puntitiva.
- 5) Teoría del Abandono.

Esta teoría está apoyada por la observación de persistencia en el niño probablemente.

- a) AL niño se le permite ir a la cama de los padres durante la noche.
  - b) Los padres prestan mucha atención al síntoma.
  - c) Los padres ayudan a cambiar la ropa de noche.
- 6) Teoría S<sub>e</sub>xual.

Esta teoría se refiere a que la enuresis es el resultado de una mala adaptación sexual.

En las muchachas se ha considerado a la enuresis como un - acto destructivo activo, que resulta del temor de agresión por - los varones. En los muchachos es un acto pasivo que se desarrolla en respuesta al rechazo materno.

Se ha clasificado a la enuresis desde diferentes aspectos clínico, etiológico psicológico médico.

#### Clasificación médica.

- 1) Psiquiátrica. Anomalías de la Personalidad.
- 2) Psicológica. Situaciones averantes.
- 3) Orgánica.
  - a) Anomalías congénitas con o sin infección agregada.
  - b) Infecciones.
  - c) Trastornos Metabólicos.
  - d) Epilepsia ( Nocturna ? )

- 4) Escencial.
- a) Nocturna.
- b) Diurna y nocturna.
- c) Diurna.

Clasificación etiológica.

- a) Tipo I . Enuresis que obedece a lesión orgánica demostrable.
- b) Tipo II. Enuresis que se presenta por retraso en el desarrollo del control de la micción.

Tipo III. Enuresis secundaria a trastorno de la conducta.

Clasificación clínica.

- 1) Diurna.
- 2) Nocturna.
- a) Primaria. Cuando el niño nunca ha logrado mantenerse seco.
- b) Secundaria. Cuando logra el control de la micción por un periodo mayor de 3 meses.

Clasificación Psicológica.

- 1) Retraso del desarrollo
- a) Maduración lenta.
- b) Adiestramiento inadecuado.
- c) Estimulación deficiente.

II) Conflicto psicológico.

- a) Fenómenos represivos temporales.
- b) Formación relativamente estable de síntomas neuróticos.

En el grupo I la causa primaria de enuresis tiende a ser extrapsíquica o de naturaleza reactiva.

En el grupo II la causa primaria de enuresis tiende a ser intrapsíquica y de naturaleza interna; como enfermedad, naci-

miento de un hermano, separación, pérdida etc ).

La enuresis es el síntoma y el diagnóstico, se señala que cerca del 82 % de esta condición ha estado presente desde que nació el niño y cerca del 12 % después de iniciado un periodo de seguridad y el 6 % restante moja en forma intermitente. Es más frecuente entre niños que entre niñas y cerca del 50 % de los niños con enuresis tiene el antecedente familiar de enuresis. SE señala que cerca del 90 % de los niños afectados tiene síntomas diurnos, es decir presenta síntomas y signos genito-uritarios como frecuencia, urgencia, fuerza de vaciamiento, dificultad en el vaciamiento inicial, micción por goteo y el 10 % restante de los niños afectados puede ser asintomático, el 2 % de estos niños afectados de enuresis tienen bacteriuria.

Otros síntomas o signos asociados a la enuresis son; fiebre recurrente, infección asociada con hidronefrosis o reflujo o estenosis del meato, se ha observado infección del tracto urinario en un 7 % en los niños y un 12 % en las niñas.

La encoprosis asociada con la enuresis se ha observado en una incidencia de un 15 a un 20 % .

Los niños enureticos se caracterizan por tener un sueño profundo y mojar la cama por la noche principalmente cerca de la mañana ( estadio III y IV del sueño ) siendo en un 76 % en los niños y un 62 % de las niñas afectadas con enuresis.

Existen otros muchos síntomas asociados a la enuresis como constipación, anemia, desnutrición disfuncion neurológica etc.

Si la enuresis es generada por un trastorno de la conducta

los síntomas están condicionados al tipo de magnitud del fenómeno psicopatológico y a la forma y a la edad que se presenta.

Se señala que el 12 % de los niños afectados con enuresis tienen una predisposición ambiental importante, y que el 50 % de ellos tienen un disturbio emocional o conductual.

El síntoma emocional en un niño representa la forma como se libera de angustia, ansiedad o soledad, la forma de demandar atención o afecto, el modo de expresar algo que le está sucediendo y le disgusta pero que no puede comprender o resolver por sí mismo.

Se han clasificado estos problemas emocionales en dos grupos;

- a) Problemas psicológicos causados por lesión orgánica.
- b) Problemas psicológicos causados por acción ambiental inadecuada.

El segundo grupo se subdivide en:

- a) Conducta Infantil normal, la cual es interpretada equivocadamente como anormal, generalmente por los padres quienes son los que sufren de diversas psicopatologías.
- b) ansiedad infantil.
- c) Problemas de carácter.
- d) desorganización o dispersión de las funciones previamente adquiridas.

El urianálisis es probablemente el examen de laboratorio de más utilidad, dado que proporciona un margen de información bastante amplio en cuanto a trastornos orgánicos susceptibles de a-

compañar o estar asociados a enuresis. Generalmente el estudio de la orina es normal y la presencia de glucosuria o cetonuria podría constituir la indicación de patología metabólica, al igual que la presencia de proteinuria podrá reflejar presencia de trastornos glomerulares y tubulares, la presencia de leucocituria puede constituir el indicio de infección de vías urinarias por lo que el estudio citobacteriológico y sensibilidad estaría indicado a la sospecha de infección.

La biometria hemática, química generalmente están normales. Existe la controversia acerca de que si los estudios de investigación radiológica están o no indicados en el paciente con enuresis, estudios tales como; Pielograma intravenoso, cistouretrograma de vaciamiento etc., Se reporta solamente un incidencia de 1 % anormalidades halladas en niños enureticos, generalmente no se encuentran anormalidades.

El comité de Radiología de la Academia Americana de Pediatría refiere que los estudios radiológicos no están indicados en niños con enuresis con examen general de orina de orina normal exploración genital normal con cultivo negativo y ausencia de patología neurológica.

El estudio electroencefalografico es el otro estudio que desempeña y juega un papel importante en la evaluación de la enuresis. Se clasifican tres tipos de episodios enureticos.

a) DE vigilia; b) de Despertamiento; c) Sin despertamiento.

El 65 % de los episodios son precedidos de señales de despertamiento con síntomas diversos de psicopatología, como mucha an-

siedad.

Se señala que hay un 50 % de cura espontánea en el niño con enuresis.

Se divide en 5 categorías el tratamiento del niño con enuresis.

- a) Soporte afectivo paternal y una participación activa de refuerzo para el niño.
- b) Programa de reforzamiento para el componente diurno con un incremento en la ingesta de líquidos.
- c) Terapia farmacológica.
- d) Dispositivo de vigilancia.
- e) Dieta.

Los principios del tratamiento de la enuresis se dividen en dos categorías.

- a) Tipo I. Niño como participante activo de la terapia.
- b) Tipo II. Niño como participante pasivo en la terapia.

En el primer tipo de la terapéutica el niño es parte activa y es responsable de sí mismo y el médico es solo apoyo, es decir es el niño el que debe intentar de resolver básicamente el problema y cambiar sus parámetros de conducta.

En el segundo tipo, el médico puede alterar los parámetros anatómicos y psicológicos del niño con el uso de instrumentos, cirugía, medicamentos o dispositivos de condicionamiento por lo que el niño es un participante pasivo en el tratamiento.

Se han utilizado en el tratamiento de la enuresis diversos

agentes farmacológicos con propiedades anticolinérgicas o simpá-  
ticomiméticas, como el clorhidrato de imipramina, amitriptilina  
nortriptilina y actualmente se está utilizando la oxibutilina -  
clorhidrato( Ditrofan ).

El clorhidrato de Imipramina ( Trofanil ) es el fármaco an-  
tidepresivo tricíclico con resultados más satisfactorios y más  
ampliamente usado en el tratamiento de la enuresis de niños. Su  
mecanismo de acción consiste en un efecto anticolinérgico direc-  
to sobre el músculo pubo-vesical y un efecto depresivo o estimulan-  
te sobre el S.N.C.

Su efecto anticolinérgico sobre la vejiga consiste en un  
efecto parasimpácolítico y atropínico al mismo tiempo relajan-  
do el músculo detrusor de la vejiga urinaria, disminuyendo la i-  
rritabilidad de la musculatura de la vejiga y aboliendo las con-  
tracciones involuntarias de la vejiga involuntaria. Este efecto  
aun es mayor por el efecto de la imipramina en el centro para-  
simpático del mesencéfalo ( Activa la formación reticular del -  
mesencefalo e inhibe el complejo amigdalino ).

Su efecto sobre el S.N.V. en la inhibición de la actividad  
nerviosa en general, con cambios en los parámetros del sueño --  
consistente en alargamiento del sueño.

La imipramina es el medicamento de elección en los pacien-  
tes con enuresis por inmadurez del control vesical.

Su forma de administración de acuerdo a Mackendry es de:

- a) No administrarla después de la cena.
- b) Dosis inicial de 10 mg. cada noche durante una semana, si --

hay mejoría la dosis se mantiene durante varios meses.

c) Si no hay mejoría se incrementará la dosis a 20 mg. y puede recurrirse a incrementos semanales de 10 mg. según se necesite hasta llegar a las dosis máxima recomendadas que son.

de 5 a 6 años incrementar gradualmente hasta 40 mg.  
de 6 a 8 años incrementar gradualmente hasta 50 mg.  
de 8 a 10 años incrementar gradualmente hasta 60 mg.  
de 10 a 12 años incrementar gradualmente hasta 70 mg.  
de 12 a 14 años incrementar gradualmente hasta 75 mg.

Quando se logran los resultados deseados se mantiene la dosis durante 2 a 3 meses, luego se disminuye de manera muy gradual en un lapso de 3 a 4 meses. La dosis se disminuye y finalmente se dará dosis pequeñas cada 2 o 3 noches. Los resultados terapéuticos satisfactorios varían entre el 30 y 60 %.

En dosis tóxicas, la imipramina deprime la respiración e induce a arritmias cardíacas e hipotensión, no habiendo tratamiento específico, el tratamiento es solo de sostén dado que la diuresis forzada y diálisis peritoneal no son eficaces en estos casos ocurriendo la muerte cuando las dosis es mayor de 32 mg x Kg o el empleo de grandes dosis por largo tiempo.

La instrumentación ( endoscopia ) debe recurrirse para aquellos niños que satisfacen los criterios para lesiones obstructivas distales. Arnold señala que el 3.6 % de los pacientes enuréticos sintomáticos presentan lesiones obstructivas a diferencia de un 1.6 % de los enuréticos asintomáticos. y señala una mejoría de un 70 a 85 % con procedimientos quirúrgicos como la neotomía

tomía, uretrotomía y dilatación uretral, con fulguración de valvas uretrales por lesión y áreas de lesión.

Mahoney señala una mejoría de un 61 % en niños y de un 71% en niñas con procedimientos endoscópicos.

La alarma de orina ( almohadilla mas timbre ) es una de las técnicas enunciadas para el tratamiento de la enuresis.

El aparato conciste en dispositivo sensor que se activa an la presencia de orina. Dispositivo se coloca sobre la cama y el niño despierta con el sonido del timbre o sumbador lo que le condiciona ir al baño. El índice de éxito con este tipo de terapéutica es de un 75 a 90 %, siempre y cuando los dispositivos empleados estén bien contruidos y sensibles. El índice de recaída por el empleo de esta técnica terapéutica es de un 15 a 40 %. El tiempo de tratamiento varia de 5 a 12 semanas según el criterio de " Seguridad" ( No mojar la cama ) es decir se sugiere que se siga empleando el dispositivo hasta que se registre 21 noches consecutivas sin episodios enureticos.

La restricción dietética y alimentaria ha sido de utilidad limitada en el tratamiento de la enuresis. Pero en los casos en que existe algún tipo de alergia y que se considere que es causa directa de enuresis, la restricción alimentaria o dietética es de utilidad en la terapia. Inicialmente se recomienda la regtricción de líquidos, después de comida y restricción antes de acostarse.

El niño como participante activo en la terapia .

Actualmente se considera a la psicoterapia dirigida como el prin

pal método de tratamiento en el niño con enuresis.

SE enuncia como principal método psicoterapeutico al método de:

a) Responsabilidad con refuerzo positivo y se divide en:

1) Principio de la realidad. El cual enfatiza que el paciente asume la responsabilidad de aceptar su conducta.

2) Principio de la Terapia de refuerzo positivo y respuesta condicionada para modificar su conducta.

Algunos objetivos del asesoramiento psicoterapeutico para el manejo del niño con enuresis son :

a) Compresion de parte de los padres del caracter multifactorial de la enuresis.

b) La aceptación por parte de los padres del síntoma del niño.

c) Infundir al niño y su familia optimismo proyectado por el médico.

d) Aceptación por parte del niño de su síntoma.

e) Desarrollo de una responsiba por parte del niño para crear - una responsabilidad en él y no en sus padres sobre el control - de la enuresis.

f) Refuerzo en el desarrollo psicosocial del niño.

## ENSEÑANZA DEL USO DEL RETRETE.

El adiestramiento en el uso del retrete es de gran importancia tanto para los padres como para el médico.

Es necesario considerar varios factores para iniciar el adiestramiento en el control de esfínteres en un niño:

- a) Control vesical.
- b) Actitud física.
- c) Actitud para obedecer instrucciones.

SE considera que hay control vesical cuando el niño.

- a) Orina buena cantidad de orina de una sola vez.
- b) Logra permanecer seco por varias horas.
- c) Se da cuenta de la necesidad de orinar.

Se demuestra actitud física si el niño tiene suficiente coordinación motora fina, en dedos, manos como para tomar objetos y pueda desplazarse con facilidad.

La actitud para obedecer instrucciones, es cuando el niño tiene la capacidad de entender lo que se le pide y actuar a conciencia.

Otros factores a considerar antes de iniciar el adiestramiento son:

- a) Valorar la existencia de ciertas anomalías del crecimiento y desarrollo.
- b) Conocer las expectativas y opiniones de los padres acerca del adiestramiento en el control de esfínteres.
- c) La edad por sí sola no es un indicador para iniciar el adiestramiento.

Los métodos de adiestramiento en el control de esfínteres varían desde los más sofisticados hasta los más sencillos y varían de familia a familia, de cultura a cultura etc., y van de los métodos centrados en el niño hasta los métodos de enfoque estructural, es decir a los métodos " Cálculo ", pero en general todo método tiene como objetivo que el niño adopte gradualmente el uso de la bacinica, cuando tiene la edad y se encuentra en la fase de desarrollo óptima.

Uno de los métodos usados es, aquel en el que participan varias personas pero una es la principal y responsable en el adiestramiento. Otro método usado es aquel en que se delega toda responsabilidad del adiestramiento a los padres principalmente a la madre.

Un método más sistematizado en el control de esfínteres es el método de modelaje o imitación y el método de condicionamiento operante, ambos basados en la teoría del aprendizaje.

El método de modelaje o imitación, se basa en un modelo simbólico, y por medio de la observación de símbolos.

Este método tiene como objetivo lograr:

- a) La adquisición de nuevas conductas de eliminación.
- b) La inhibición de conductas inapropiadas pre existentes.

El procedimiento de este método es inicialmente llevando al niño a observar la forma de eliminación de un adulto o del símbolo. y recibir una recompensa por su conducta de observación. La segunda fase consiste que el niño observe lo que sucede cuando el símbolo se orina en la ropa y observar la desaprobación -

por parte de los padres.

El método de condicionamiento operante tiene como base que exista un control vesical, el objetivo de esta técnica es adiestrar para sustituir conducta pre existentes y estimular la conducta de acercamiento ala bacinica.

La tecnica de adiestramiento se subdivide en tres fases:

- a) Fase preparatoria.
- b) Fase de adiestramiento.
- c) Fase de seguimiento.

SE inicia a partir de los 2 años de vida en forma gradual, y consiste en la enseñanza de instrucciones, palabras, objetos, y observar la conducta de eliminación en los adultos ( padre o madre ).

Durante esta fase preparatoria debe utilizarse un lenguaje adecuado, no disfrazado, con empleo de palabras inadecuadas como: Baño, orina, estar mojado, bacinica, etc., y se incluire una fase de adiestramiento en el vestirse ( subir y bajar pantalon o vestido).

El primer paso para enseñar la eliminación es empleando el método de modelaje o imitación, con la finalidad de enseñar los pasos del proceso de eliminación.

El segundo paso es utilizar nuevamente el método de modelaje o imitación para la enseñanza de no mojar la ropa, cama, y dar un reforzamiento positivo.

El tercer paso es enseñar al niño las consecuencias de tener un " accidente " es decir de orinar en la ropa, dando un reforzamiento " negativo ".      39

En la ultima fase de adiestramiento solo sera de reforzamiento positivo de las tecnicas de eliminación, aprendidas durante la fase de adiestramiento, empleandose dos tecnicas.

a) Practica.

b) Sobre-corrección positiva,

En la practica positiva se le pide al niño que ensaye repetidas veces la respuesta de eliminación correcta.

La sobre corrección positiva es que el niño se cambie por si solo la ropa mojada, que seque el piso etc.

## CONCLUSIONES.

- 1.- Se realizó una exhaustiva revisión de la literatura nacional e internacional sobre los conceptos básicos de Enuresis: Etiología Diagnostico y Tratamiento.
- 2.- La enuresis NO es una Entidad patológica.
- 3.- La enuresis es un síntoma que expresa:
  - a) El deseo de regresión a fin de recibir los cuidados y atenciones que le prodigaron durante la primera infancia.
  - b) Denota un resentimiento inconciente contra los padres.
  - c) Manifiesta ansiedad, angustia, temor, inseguridad.
- 4.- La enuresis se presenta en un 15 a 20 % por arriba de los 5 años de edad.
- 5.- La enuresis es producto de psicopatología en un 55 a 65 % de los casos de enuresis.
- 6.- La enuresis se presenta en un 65 a 75 % de los casos durante la noche en las fases III y IV del sueño profundo.
- 7.- El 50 % de los casos de enuresis tienen cura espontánea.
- 8.- El Clorhidrato de Imipramina es el medicamento de elección para el tratamiento farmacológico de la enuresis.
- 9.- El método de Responsabilidad con refuerzo positivo es el método psicoterapéutico ideal en el manejo del niño con enuresis.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

### Sugerencias a los Padres.

- a) El adiestramiento no debe comenzar antes de los dos años de edad.
- b) El niño aprende observando e imitando conductas.
- c) Muestre una conducta agradable durante la fase de adiestramiento y utilice conductas de reforzamiento positivo.
- d) Dedique tiempo a jugar con su niño y ha conocerlo mejor.
- e) Dedique tiempo a fomentar sus actividades.
- f) Elogie al niño lo más a menudo posible y ante la realización de una conducta positiva.
- g) Hablele al niño cuando lo atiende, usando un lenguaje normal y mirandolo a la cara.
- h) No utelice conducta restringidas y no coercitivas.
- i) No le enseñe a jugar, a dibujar etc., simplemente dele oportunidad y permitale que juegue, construya y crea.
- j) No leexiga permanecer sentado en el retrete.

GITAS CONSULTADAS.

- 1.- Andersen O. Petersen KE. Enuresis. Acta pediatri Scand 63: 512-516. 1974.
- 2.- Arnold SJ. Ginsburg A. Enuresis in Children. Postgrad Med. 58 ( 6 ) 73-82. 1975
- 3.- Avila LP. Enuresis. Salud del Niño y del Adolescente Ed. Hospital de Occidente del IMSS. pag 1298 - 1304.
- 4.- Cohen MW. Enuresis. Pediatric Clin N. Am. 22 ( 3 ) 549-64 1975.
- 5.- Diccionario Enciclopedico Quillet. Tomo IV. Cumbre Ed. 1983
- 6.- Doley DM. Dolce JJ. Control de esfinteres y Enuresis. Pediatric Clin N Am. 29 ( 2 ) 297-312. 1982.
- 7.- Edvardsen P. Neurophysiological aspect of Enuresis. Acta - Neurol Scand. 48; 222- 230. 1972.
- 8.- Excretory Urography for evaluation of Enuresis. Commite on - Radiology. American Academy of Pediatric. 65 ( 3 ) 644-45 1980.
- 9.- Faure G. Enuresis. Praxis Medica. Tomo IV. pag. 2.526.
- 10.- Guyton A. Fisiologia y fisiopatologia basica. Ed. Interamericana Primera edición 1972.
- 11.- Gilbert MI. Imipramine Pamoato in the treatment of childhood Enuresis. Am J Dis Child. 122; 42-46 1972.
- 12.- Kempe H. Silver HK. Obrien D. Diagnostico y tratamiento Pediatrico. Ed. Médico Moderno. Tercera Edición 1978.

- 13.- Lewis N. Desarrollo Psicológico del Niño. Ed. Nueva Interamericana. Primera Edición en español. 1973.
- 14.- Mahoney DT. Laferte RO. Blais DJ. Studies of enuresis. J Urology. 126; 520-23 oct 81.
- 15.- Marshall S. Marshall HH. and Lyon RP. Enuresis. An Analysis of various therapeutic approaches. Pediatric 52 ( 6 ) 813-17 dec. 73.
- 16.- Mahoney DT. Studies of Enuresis. I.- Incidence of obstructive lesions and pathophysiologic of enuresis. J Urology 106; 951-58 dec 70.
- 17.- May HJ. Colligan RC and Schwarts MS. Childhood Enuresis. Important point in assessment trends in treatment. Postgrad Med. 74 ( I ) 111-19 Jly 1983.
- 18.- Mackendry BA and Stewarts DA. Enuresis. Pediatric Clin N Am 21 ( 4 ) 1019-28 Nov 74.
- 19.- Nelson WE. Vaughan VC.III. and McKay RJ. Tratado de Pediatría. Sexta edición Tomo I. Ed. Salvat Mex.
- 20.- Reece RM.Enuresis. Am Fam Physic. 8 ( 4 ) 109-111 oct 73
- 21.- Roy P. Enuresis. Aust Family Physician. 12 ( 7 ) 539-41 july 83.
- 22.- Solorzano R.LL Problemas emocionales en la infancia. Bol Med Hosp Infant 28; 5-13 1970.
- 23.- Stella MC. Benentt JS. Carter R. and Walker. Behavioral - and evioromental characteristics of treated and untreated enuretic children and matched noenuretic control. J Pediatric 99( 5 ) 812-16 Nov 81.