



UNIVERSIDAD ANAHUAC

13
rej.

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACTORES ASOCIADOS CON LA ENURESIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

FANNY KORBMAN DRYJANSKI
AMPARO PIÑEURUA FERNANDEZ



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.

I N D I C E

PAGINA

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCION | 2 |
| CAPITULO 1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA ENURESIS | 4 |
| 1.1 Definición del término | 4 |
| 1.2 Rasgos de personalidad | 5 |
| 1.3 Incidencia | 8 |
| CAPITULO 2 ETIOLOGIA DE LA ENURESIS | 11 |
| 2.1 Factores genéticos o heredo familiares | 12 |
| 2.2 Factores orgánicos o somáticos | 12 |
| 2.3 Factores psicológicos | 16 |
| 2.3.1 Factores emocionales | 16 |
| 2.3.2 Tipo de entrenamiento | 26 |
| 2.4 Factores sociales | 30 |
| 2.4.1 Status socio-económico | 30 |
| 2.4.2 Estructura familiar | 33 |
| CAPITULO 3 D I A G N O S T I C O | 36 |
| 3.1 Evaluación del niño enurético y diagnóstico diferencial.. | 36 |
| CAPITULO 4 TRATAMIENTO | 44 |
| 4.1 Historia del tratamiento | 44 |
| 4.2 Tipos de tratamiento | 47 |
| 4.3 Remisión espontánea | 60 |
| 4.4 Selección del tratamiento | 61 |
| 4.5 Evaluación del tratamiento | 63 |
| 4.6 Análisis crítico de la investigación acerca de la enuresis | 65 |

| | PAGINA |
|---|--------|
| CAPITULO 5 M E T O D O | 67 |
| 5.1 Diseño de la investigación | 67 |
| 5.2 Sujetos | 67 |
| 5.3 Material e instrumentos | 67 |
| 5.4 Procedimiento | 68 |
| | |
| CAPITULO 6 ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 69 |
| 6.1 Resultados | 69 |
| 6.2 Discusión y conclusiones | 76 |
| 6.3 Recomendaciones | 78 |
| | |
| R E F E R E N C I A S | 80 |
| | |
| APENDICE A. Cuestionario | |
| APENDICE B. Gráficas de barras | |
| APENDICE C. Tabla de respuestas y porcentajes. | |

R E S U M E N

En el presente estudio se realizó una revisión bibliográfica de la enuresis que incluyó conceptos fundamentales sobre ella, los factores asociados con su etiología, así como su diagnóstico y tratamiento. Además se investigó la influencia de los factores que frecuentemente se asocian con la enuresis en una muestra de niños de 6 a 9 años de edad de clase socio-económica media alta, mediante la aplicación de un cuestionario elaborado especialmente. Entre los resultados principales se encontraron diferencias significativas entre los niños enuréticos y normales en llanto, berrinches, mal humor, conductas evasivas ante situaciones nuevas, temor al abandono y la severidad del entrenamiento.

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

Desde el año de 1550 A.C. en que aparece la primera mención de la enuresis en la niñez (Mc Donald y. Trepper, - 1977, 1978) hasta nuestros días, la literatura médica se ha preocupado por el estudio de este síntoma de características ambiguas y variables.

La enuresis es comúnmente conocida como la salida involuntaria de orina en sujetos mayores de 4 años de edad -- ocurrida ya sea en un estado de vigilia ó de sueño (Silberstein, 1972).

Los expertos difieren en cuanto a la incidencia, etiología y tratamiento de la enuresis. La incidencia variable, depende fundamentalmente de la edad a partir de la cual se considera al niño como enurético, de la frecuencia con que el niño se orina (dato que es esencial para el diagnóstico), de la población de la cual fueron elegidos los sujetos y de las diferencias socio-económicas o étnicas (Halverstadt, 1976).

La etiología se relaciona con diversos factores entre los que se encuentran el genético ó heredo-familiar, el orgánico ó somático, el psicológico y el social. En lo que respecta al factor genético ó heredo-familiar, Kolvin en 1972 afirmó - que el 60% de las familias de niños enuréticos tienen ya sea uno de los padres ó algún familiar con el mismo síntoma. El factor orgánico ó somático que como su nombre lo indica se refiere a anomalías anatómicas, inflamaciones crónicas, alergias y perturbaciones endócrinas y el cual debe ser descartado a través de un estudio médico exhaustivo (Muñoz, 1968). En referencia a los factores psicológicos se ha hablado de una relación anormal entre madre

e hijo (Nilsson, 1973), de la presencia de sentimientos de abandono en el niño enurético motivados por experiencias de separación reales o imaginarias (Benjamin, 1971), de la ansiedad en el tercer año de vida (Mac Keith, 1968) y de un bloqueo de la comunicación que hace que el niño recurra al lenguaje corporal de la enuresis para demandar ayuda (Daniels, 1971) y de la forma y el momento en que el entrenamiento es llevado a cabo. Por último se mencionan los factores sociales, que incluyen el status socio-económico y la estructura familiar.

El tratamiento empleado para la enuresis está en relación directa con la etiología propuesta por cada autor en particular.

La importancia de investigar la enuresis en nuestra sociedad radica en que crea tanto en el niño que la padece como en la familia de éste un motivo de preocupación constante acompañado de sentimientos de angustia y de vergüenza, que hacen que el niño se muestre tímido, irritable y agresivo.

En virtud de que la evaluación de los factores mencionados se realizó comúnmente en forma independiente en esta investigación nos proponemos determinar la influencia relativa de un gran número de factores citados en la literatura.

Los objetivos específicos de la investigación son:

- 1) Elaborar un cuestionario para los padres de niños enuréticos y no enuréticos.
- 2) Validar dicho cuestionario
- 3) Evaluar el efecto relativo de cada uno de los factores considerados.

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA ENURESIS

1.1 Definición del término

El término enuresis proviene de la derivación del griego que significa "hacer agua", "yo hago agua". Actualmente, este término se ha generalizado a "vaciar involuntariamente la vejiga en la noche o en el día" y más específicamente "orinarse involuntariamente en la cama durante la noche" (Halverstadt, 1976).

Según Silberstein (1972), la enuresis se define como "la salida involuntaria e inconsciente de la orina mientras el sujeto se encuentra dormido, después de un límite arbitrario de 4 años de edad".

Desde el punto de vista de Lovibond y Campbell se ha catalogado a la enuresis como la salida involuntaria de orina ocurrida durante el día (diurna) o más comúnmente en la noche cuando el sujeto se encuentra dormido (nocturna), después de los 3 o 4 años de edad, habiéndose descartado la existencia de una patología orgánica (Lovibond citado por Stehbens 1970, Campbell citado por Doleys y Ciminero, 1976).

Los sujetos enuréticos pueden ser clasificados en aquellos que jamás aprendieron a controlar la salida de orina mojando su cama desde el nacimiento y aquellos que han dejado de mojar su cama durante un período estimativo de 6 meses, después del cual reinciden. Los primeros son llamados enuréticos primarios, crónicos o persistentes; los segundos, enuréticos

cos regresivos, enuresis adquirida o secundaria (Silberstein, 1972).

La enuresis primaria, donde el niño jamás logró el control "vesical", ha sido relacionada con un factor importante como lo es la maduración del sistema nervioso, y la enuresis secundaria asociada generalmente con factores ambientales y psicológicos (Anónimo *,1969).

Por lo tanto, para las finalidades del presente estudio se definirá a la enuresis como la salida involuntaria de orina ya sea diurna o nocturna, primaria o secundaria, en un niño que ha sobrepasado los 5 años de edad y en el cual después de un estudio médico exhaustivo se le ha descartado una patología orgánica.

1.2 Rasgos de Personalidad

En un intento por analizar y describir si existen rasgos de personalidad que caractericen al niño enurético se han llevado a cabo diversos estudios con resultados muy diversos y algunas veces contradictorios entre sí.

Kanner describe a los niños enuréticos como niños llorones, quejumbrosos, taciturnos, irritables, inquietos, hiperactivos, desobedientes, tímidos, agresivos, solitarios, esquivos, peleadores, crueles, distraídos, indiferentes, apáticos, etc. (citado por Muñoz, 1968).

* Dentro de la bibliografía existente acerca de la enuresis aparece esta cita que contiene datos importantes y cuyo autor se desconoce. Anónimo "Causes of enuresis" British Medical Journal apr. (1969); vol. 2; núm. 5649; pag. 63-64.

Pototzky define a los niños enuréticos como un grupo neuropático, intelectualmente deficiente, al cual divide en cuatro tipos: 1) niños rencorosos, sin inhibiciones, que se orinan para molestar a sus padres; 2) niños tímidos, inhibidos, que se orinan cuando sienten disgusto y miedo; 3) niños inquietos y distraídos, que se olvidan de sus necesidades urinarias por falta de concentración; y 4) niños indiferentes a los que no les importa si se orinan o no (citado por Muñoz, 1968).

Gerald (1937, 1939) habla de que sus pacientes enuréticos masculinos se caracterizaban por una personalidad del tipo pasivo-agresivo; los niños eran tímidos, se automenospreciaban y demandaban demasiada ayuda, tenían miedo a las mujeres y para sobrellevarlo utilizaban como mecanismo la identificación con la pasividad de la mujer, y la negación y evitación del rol activo masculino. Las niñas enuréticas eran activas, independientes, seguras, hábiles y líderes entre sus compañeros; también tenían miedo del sexo opuesto y para contrarrestarlo se identificaban con él, la enuresis era una realización masculina activa (citado por Daniels, 1971).

Michaels demostró que existía una relación entre la enuresis y la conducta antisocial, incluyendo la irresponsabilidad, la delincuencia juvenil y las actividades psicopáticas (citado por Daniels, 1971).

Goldfarb (1943) encontró a través de la aplicación del test de Rorschach una asociación entre la enuresis, la inmadurez emocional y una falta de inhibición (citado por Bjornsson, 1973).

Bjornsson (1973), en sus estudios realizados en cuenta una relación significativa entre la enuresis y la conducta indisciplinada y negativista; una relación no significativa con problemas de ajuste en la escuela, la ecopresis y el chuparse el dedo, así como con la sensibilidad, la timidez y la ansiedad.

Nilsson et. al. (1973) afirman que los niños -- que se orinan en la cama presentan consistentemente más problemas conductuales reportados por sus madres que cualquier otro niño, además de estar acostumbrados en las noches a pasarse a la cama de sus padres, buscando una mayor atención y dependencia.

Kolvin et. al. (1972) a través de un estudio -- realizado, encontraron un grupo de niños enuréticos a los cuales se les podía herir fácilmente en sus sentimientos, eran -- muy sensitivos ("neuróticos") y sobre-reactivos; y, evaluados en una escala de normalidad-anormalidad, el 27% fue evaluado como anormales psiquiátricamente, porcentaje similar al de --- Shaffer et. al. (1968) correspondiente al 32.5%.

Haver y Michaels hablan de una relación comprobada entre la enuresis, la agresión, la delincuencia y una personalidad inadaptada socialmente (citado por Muñoz, 1968).

Essen y Peckham (1976) en un estudio realizado acerca del desarrollo del niño enurético, encontraron las siguientes características: los niños enuréticos desde temprana edad en comparación con los no enuréticos, eran 0.7 cm. más ba

jos en lo que se refiere a la estatura; en cuanto al lenguaje presentaban una dificultad para comprender debido a un vocabulario limitado; en el rendimiento escolar que estaba medido -- por medio de la lectura, las matemáticas y tests de habilidades en general, los niños enuréticos obtuvieron puntuaciones bajas; respecto a la maduración, el 6.2% de los niños enuréticos comparado con el 3.9% de los no enuréticos no caminaron si no hasta los 18 meses de edad, y el 10.2% de los enuréticos -- comparados con el 5.4% de los no enuréticos no hablaron uniendo dos palabras sino hasta los 2 años de edad.

Aunque algunos autores han asociado a la enuresis con una baja inteligencia (Rauchfuss 1939, Schwidder 1952, Wendt 1952), la gran mayoría de los investigadores reportan que no hay una diferencia en el nivel intelectual de los niños enuréticos y los no enuréticos (Ackerson y Highlander 1928, Anderson 1930, Harnach 1953, Hallgren 1957)(citados por Bjornsson, 1973).

Tapia, Jekel y Domke 1960, comparando un grupo de niños enuréticos con un grupo control concluyeron que no hay un fuerte apoyo para postular que los enuréticos tienen un grado menor de adaptación que los no enuréticos, y afirman que la enuresis no puede ser considerada como un síntoma de disturbios emocionales, especialmente abajo de los 8 o 9 años de edad (citados por Bjornsson, 1973).

1.3 Incidencia

La incidencia de la enuresis en la niñez repor-

tada en la literatura médica va desde un 2.2% a un 2.6% dependiendo básicamente de la definición del autor. La variación depende fundamentalmente de: 1)edad a partir de la cual se empieza a considerar al niño como enurético; 2)frecuencia con -- que el niño se orina en la cama, esencial para el diagnóstico; 3)si los pacientes fueron elegidos de la población general, -- de clínicas de ayuda para niños o de la población de hospitales; 4)si se consideraron las diferencias socio-económicas o étnicas (Halverstadt, 1976).

En cuanto a la edad, algunos autores han encontrado que la incidencia de la enuresis nocturna corresponde a un 24% en niños de 3 años de edad y a un 6% en niños de 14 años (Macfarlane, Allen y Honzik citados por Doleys y Ciminero, -- 1976).

Otras investigaciones estiman que entre el 10% y el 15% de todos los niños que pasan de la edad de 3 años, -- son enuréticos. Por ejemplo, Blomfield y Douglas al realizar un estudio con 4298 niños ingleses, hallaron que el 12% de los niños de 4 años de edad y aproximadamente el 7% de la población de 7 y 8 años eran enuréticos, síntoma que usualmente desaparecía en la etapa de la pubertad (ver Capítulo 4.3 referente a la remisión espontánea) (citados por Freeman, 1975). Lovibond y Coote, en 1970, reportaron haber encontrado que el 15% de los niños de 5 años de edad eran enuréticos (citados por Ciminero y Doleys, 1976).

Sin embargo, en otro estudio acerca de la enure

sis nocturna Benjamín et. al (1971), hablan de un rango de incidencia mayor del 19% en la población normal en niños de 5 a 6 años de edad, y de un 30% en niños institucionalizados.

Los autores coinciden en afirmar que hay más niños que niñas con el problema de la enuresis (Halverstadt, --- 1978; McDonald, 1978; Muñoz, 1968; Nilsson et. al., 1973).

En cuanto a la edad en que el problema de la enuresis es superado, existen datos provenientes de unos investigadores de la ciudad de Baltimore, U.S.A. (Oppel, Harper, y Rider, 1968) quienes encontraron que el 90% de los niños dejó de mojar la cama inicialmente a la edad de 7 años, el 97% a los 12 años y el 10% de la muestra total de 885 niños reincidió por un promedio de 1 a 2 años, 57% recayó a los 12 años, y debido a que de éstos el 90% se mantuvo seco por lo menos durante un período de 6 meses, las causas orgánicas fueron poco probables (Anónimo, 1969).

Respecto a la clase social a la que pertenecen los niños enuréticos, Hallgren (1956) afirma que la enuresis es más común en el estrato de la clase social baja, sin embargo, Von Harnach (1953) encuentra una representación de los enuréticos de un 12.3% en la clase alta y de un 5.9% en la clase media, diferencia que podría deberse a la gran sensibilidad y a la excesiva indulgencia paterna (citado por Bjornsson, 1973).

2. ETIOLOGIA DE LA ENURESIS

Basándose en investigaciones realizadas por diversos autores se ha podido observar que no existe un común -- acuerdo en cuanto al origen del problema de la enuresis, resumiéndose las opiniones en cuatro diferentes áreas: factores ge néticos o heredo familiares, factores orgánicos o somáticos, - factores psicológicos y factores ambientales.

2.1 Factores genéticos o heredo familiares

Entre los estudios que hacen pensar en los factores genéticos o heredo familiares como causa probable del -- problema de la enuresis se encuentra el de McDonald (1978) --- quien ha encontrado que en la enuresis existe un retraso en la maduración neurológica para mantener un control consistente en la vejiga, basándose en los siguientes puntos: una reducida ca pacidad en el funcionamiento de la vejiga en los niños enuréticos; un incremento en la frecuencia de vaciar la vejiga o querer orinar con más frecuencia; un familiar enurético y una alta incidencia de curas espontáneas.

Kolvin et al (1972) encontraron que el 60% de una muestra de 44 familias de niños enuréticos tenía ya sea -- uno de los padres o algún otro familiar con el mismo padeci--- miento. Hallgren (1957) habla de un 39% y de un 23% de las madres de los niños enuréticos que en su niñez habían padecido - el mismo problema.

Silberstein (1972) menciona la existencia de un acuerdo general en cuanto a un incremento de la probabilidad de que un niño sea enurético si sus padres, ya sea uno o ambos, lo fueron (Blume, 1970; De Leon, y Mandell, 1966; Michaels, -- 1955; Silberstein, 1957, Silberstein y Blackman, 1965; Sperling, 1965 y Yates, 1970).

Muñoz (1968) trabajando con un grupo de 79 niños enuréticos, reportó haber encontrado que el 71.8% tenía familiares consanguíneos con alteraciones caracterológicas manifiestas, y que de 33 niños enuréticos el 30% tenía una historia familiar con trastornos psíquicos severos.

Pfister afirma que la enuresis es de origen hereditario debido a la frecuencia de casos de enuresis y psiconeurosis entre los ascendientes de los pacientes enuréticos. Corroborando esta teoría, Kanner menciona que uno o ambos padres de por lo menos el 80% de los casos de niños enuréticos presentan signos de inestabilidad emocional o de mala adaptación social (citados por Muñoz, 1968).

2.2 Factores orgánicos o somáticos

Existen algunos datos de que en el siglo XIX el orinarse en la cama era considerado como el resultado de una disminución de la capacidad de la vejiga (Freeman, 1975; Stehbins, 1970).

Barbour et al (1963) especulan acerca de una

inmadurez estructural y neurofisiológica del control de la vejiga, a la cual equiparan con un trastorno análogo en el desarrollo retardado del habla y del escribir (Kolvin, 1972). Sin embargo, Mac Keith afirma que un retardo maduracional sólo puede explicar una enuresis después de los 6 años de edad.

Muñoz en 1968 se refiere a la causa que origina la enuresis como: inflamaciones producidas por fimosis, prepucio adherente, balanitis, vulvitis, eczema, pruritos, gusanos; anomalías anatómicas, como la espina bífida, inmadurez de los órganos genitales, la mielodisplasia; inflamaciones crónicas, cistitis, pielitis, nefritis, espasmofilia, trastornos funcionales del sistema nervioso central, estigmas de neuropatías hereditarias, factores nutritivos, abundancia de líquidos, concentración de orina "especial", composición química; alergia; perturbaciones endócrinas; hipertrofia de las amígdalas, persistencia de vegetaciones adenoides; la profundidad del sueño, inferioridad orgánica, "riñón y vejiga débiles".

Smith, en 1967, en una revisión acerca de las causas orgánicas de la enuresis afirma que una incontinencia constante va a sugerir en un niño una obstrucción uretral y en una niña un uréter ectópico abierto dentro de la uretra o la vagina o entre la uretra y el orificio vaginal. Entre las otras causas de la enuresis por él revisadas están: diverticulum de la uretra anterior, diastematomyelia, lipoma sacral, agenesia sacral, ausencia de los músculos abdominales con una expansión gruesa de la uretra posterior, epispadias, ectopia ve-

sical, meningomyelocele e infección cuando se presenta cistitis (Anónimo, 1969).

Las causas de la enuresis clasificadas por Basile (1966) están divididas en tres grupos: a) causas urológicas: cistitis, uretritis, trigonitis, balinitis e infecciones altas del aparato urinario; b) causas generales: tuberculosis, luos, alimentos muy condimentados, fatiga, hipertiroidismo, espina bífida, etc., y c) causas funcionales: la persistencia o regresión a la micción refleja automática por falta de ejercitación, traumas psíquicos, inadaptación, etc. (Anónimo, 1969).

La conclusión acerca de que diversos factores médicos unidos a factores de anormalidad del conducto renal o una infección renal hacen que a la edad de 11 años surja el problema de la enuresis, fue reportada tanto por la NCAS (National Child Development Study) como por Kolvin y Taunch (1973).

Cohen (1975) dice que una infección en las vías urinarias es solo ocasionalmente citada como causa de la enuresis, de igual forma que la diabetes, la anemia y las alergias (Kolvin et. al., 1972).

Los estudios electroencefalográficos y psicopatológicos del niño enurético y de su grupo familiar demuestran, según Muñoz (1968), que la enuresis primaria tiene una etiología de base orgánico-cerebral en más del 90% de los casos, lo que se contradice con lo que menciona Silberstein (1972) acerca de que únicamente un 3% de los niños enuréticos mojan sus -

camas por razones orgánicas.

Basándose en algunos estudios realizados por Stein y Susser en 1967 acerca de que los niños con enuresis nocturna generalmente permanecen secos al dormir en hospitales, Mac Keith (1968) concluye que ésto constituye una evidencia en contra de la presencia de una dificultad orgánica.

Otro punto de vista que da una perspectiva diferente a la etiología de la enuresis pero que igualmente puede ser tratado como una causa orgánica, lo constituye la teoría del sueño profundo, la cual afirma que el sueño es el responsable de que no exista una respuesta ante el estímulo de una vejiga llena (Stehbens, 1970).

La evidencia sugiere que la enuresis, por lo general sucede entre las etapas tres y cuatro de MOR (movimientos oculares rápidos) del sueño, aunque también se ha encontrado que el desalajo sucede durante cualquiera de las etapas del sueño o en el momento anterior al despertar. Broughton y Gastaut reportaron que en un grupo de niños enuréticos de 5 a 10 años de edad que fueron estudiados cuando soñaban a través de un electroencefalograma, la enuresis ocurrió durante el paso de una etapa baja del sueño antes del primer período de MOR (movimientos oculares rápidos) a la cual seguía un período de taquicardia, erección del pene y fuertes contracciones de la vejiga; si se despertaban en cuanto se orinaban, los sujetos eran difíciles de levantar y no reportaban lo que estaban soñando (Freeman, 1975).

Sin embargo, Boyd (1960) no encuentra una dife-

rencia entre el tiempo que se necesita para despertar a 100 -- enuréticos y a 100 sujetos del grupo control, además de no -- existir una discrepancia en sus patrones electroencefalográficos; y Ditman y Blinn afirman que un sonido excesivo al dormir, medido por un electroencefalograma, no es un factor contribuyente del problema de la enuresis y argumentan un retardo en la maduración como causa principal (Stehbens, 1970).

2.3 Factores psicológicos

2.3.1 Factores emocionales

Se ha visto que las causas de la enuresis -- son multi-factoriales, no pudiendo así faltar el punto de vista psicológico que ha sido enfocado desde diferentes perspectivas y al que se le atribuye un gran valor.

La literatura contiene multiplicidad de historias que dejan a uno perplejo acerca del problema de la enuresis. Las teorías psicoanalíticas han observado que la enuresis es un síntoma de un problema emocional profundo. Partidarios -- de esta teoría atribuyen la enuresis a una forma defectuosa -- del aprendizaje del control vesical (Ross, 1974 citado por -- Mc Donald, 1977). Estas teorías también sostienen que la enuresis primaria es una regresión ansiosa a las primeras etapas de la infancia, destacándose los componentes de venganza, reivindicatorios, las fantasías de castración y los elementos magturbatorios que de por sí tienen elementos agresivos muy intensos (English, Pearson, Tramer, Gerard, Michaels, Goodman, etc.

citados por Muñoz, 1968).

Freud en su estudio "Tres contribuciones a la teoría del sexo" concluye que los disturbios de la vejiga, incluyendo a la enuresis, son de una naturaleza sexual y que el acto de mojar la cama proporciona al sujeto una gratificación física que puede equipararse más tarde con el orgasmo en un aparato sexual completamente desarrollado. Entonces, la enuresis debería de representar de alguna forma, una regresión a la fase del desarrollo que envuelve erotismo uretral (citado por Daniels, 1971). Dicha fase descrita por Freud es la etapa sádico-anal que va de los 4 a los 5 años de edad, donde los padres tratan de enseñarle al niño el control de esfínteres; se le llama sádico porque el niño encuentra un arma para vengarse de los adultos orinándose cómo y cuándo quiere.

A partir de esta hipótesis algunos escritores han elaborado una conexión entre el orinar y la excitación sexual. Abraham observó en sus pacientes hombres con problemas de eyaculación precoz, que en su niñez, siendo enuréticos, habían gozado de las sensaciones físicas que acompañan al hecho de vaciar la vejiga, además de que en su personalidad tenían un componente femenino que él asociaba con una realización en el acto "pasivo" de dejar caer la orina (citado por Daniels, 1971).

Gerard (1939) encontró que la enuresis ocurre en situaciones conflictivas emocionales. Describe casos de regresión provocados quizás por la llegada de un nuevo hermano,-

casos de venganza asociados con una actitud de castigo materno, y casos neuróticos basados en temores inconscientes de daño por personas del sexo opuesto. Su hipótesis radica en que generalmente la enuresis actúa como un sustituto de la masturbación, atribuyendo su suspensión en la pubertad comúnmente al aumento tanto de intereses heterosexuales como de la masturbación. Michaels (1939) afirma que en la teoría psicoanalítica se considera a la enuresis como un síntoma de un desorden marcado y profundo, y Despet (1944) encuentra en niños con problemas de enuresis una dificultad para la expresión externa de sus impulsos agresivos (citados por Stehbins, 1970).

Pierce et al (1969) citan un estudio con madres que envidiaban y menospreciaban a los hombres, teniendo una tendencia a usar al niño hombre como un vehículo para sustituir sus propias aspiraciones masculinas frustradas; concluyen que estos niños usaban los mecanismos de identificación con la mujer en forma de una actitud pasiva y evitación del rol masculino. Sin embargo, Daniels afirma en relación a esto que un niño que se ha identificado con el sexo opuesto, si es enurético, su enuresis se va a relacionar con otros problemas y no a la identificación del rol sexual.

En otro estudio realizado con niños enuréticos - Pierce et. al. enfatizaron la etiología significativa de la relación anormal paterna-infantil, reportando una asociación de la enuresis con un embarazo no planeado ni deseado y depresiones en el puerperio, lo que indica que una actitud negativa de

la madre hacia el niño incrementa la probabilidad de la conducta de mojar la cama (citado por Nilsson et. al., 1973).

Nilsson et. al. (1973) encontraron que las madres de niños enuréticos que ya tenían uno o más niños, tuvieron un intervalo significativamente menor entre el embarazo presente y el precedente, tendencia que parece indicar un número mayor de embarazos no planeados y/o menor tiempo de las madres para dedicarse al entrenamiento del control de esfínteres de sus hijos. La característica de ser un niño no planeado también se observó en la alta frecuencia de niños enuréticos en mujeres no casadas durante su primer embarazo. Más frecuentemente que otras madres, aquellas que tenían niños con problemas de incontinencia, habían dado a luz un niño del sexo no preferido y con el cual estaban en desacuerdo. Dichas madres se caracterizaban, más que otras, por tener signos de una mala adaptación de sus funciones reproductivas tales como un bajo grado de percepción de similitud con sus propias madres a las que describían como "masculino-agresivas", un mejor contacto durante su infancia con la figura del padre, una actitud hacia los aspectos sexuales más moralista y estricta pero con un debut sexual que se realizó más tempranamente teniendo un número mayor de compañeros sexuales, un grado de dependencia del campo significativamente más bajo y un mayor número de síntomas neuróticos en comparación con las demás mujeres durante los primeros seis meses del post-parto.

Con base en estos resultados encontrados, Nil-

sson et al concluyen que el mojar la cama puede interpretarse como una reacción psicológica comprensible del niño, que emana de condiciones emocionales del hogar; principalmente de una relación deficiente madre-hijo. Una de dichas condiciones que constituye un factor etiológico de la enuresis es el rechazo - de la madre de sus propias funciones reproductivas.

Desde otro punto de vista Katan (1946) menciona a una familia en la cual siete de ocho niños eran enuréticos, situación que enfatiza una aceptación paterna de dicho problema (citado por Blum, 1970); y Blum (1970) enfoca el conflicto inconsciente materno y su rol en estimular la enuresis en el niño, creándola, dirigiéndola y reforzándola para así sacar sus propios deseos intensos de mojar la cama, afirmando sin embargo, que para que ésto se dé se cuestiona la necesidad de una - predisposición somática hacia la enuresis aunada a el conflicto psicológico.

En un estudio sobre la enuresis nocturna Benjamin et al (1968) afirman que el control vesical nocturno es - una habilidad que normalmente debe de ser emprendida y desarrollada por el niño en una época cuando éste se encuentra primeramente buscando y experimentando los movimientos inevitables hacia la independencia y la madurez. La independencia suele - acelerarse entre los 2 1/2 y los 5 años de edad con la entrada a la escuela que simboliza una mayor ruptura de la cercanía paterna. Este proceso se da a través de los alentamientos de separación y diferenciación de los padres y por el interés que -

surge del niño por explorar el mundo y jugar con sus compañeros. Esta transición de una profunda atadura paterna a la separación es ambivalente: ofrece tanto la felicidad de la superioridad y el juego con los compañeros como la pérdida de la indulgencia y la protección constante de los padres. El niño vacila entre irse y regresar a la protección paterna, y regresar es más probable que suceda en la noche, durante una enfermedad o en circunstancias extrañas. Para que el niño logre -- una separación, ya sea espacial o psicológica de los padres es necesario que se sienta "seguro". La disponibilidad de un padre tangible, protector y atento es la única y la más poderosa fuente de seguridad (Bronson, 1968; Cox, Campbell, 1968).

Con este marco de referencia Benjamin et. al. - resumen tres condiciones necesarias para la persistencia de la enuresis. La primera consiste en que el niño tiene un sentimiento de inseguridad porque siente que ha sido o va a ser -- abandonado, debido a: (a) la pérdida actual de una persona al cuidado del niño por muerte, divorcio, colocación en una institución (Campbell, 1951) o separación en tiempos de guerra; (b) la percepción de que el conflicto paterno es un precedente de la pérdida de uno o ambos padres; (c) el sentimiento de que un hermano recibe más amor y atención de parte de los padres; (d) ausencia de un sentimiento de que los padres son seguros y con fiables; y (e) abandono actual ya sea físico o psicológico --- (Wexberg, 1940).

La segunda condición necesaria es que el senti-

miento de abandono debe de ocurrir durante la edad crítica que va de los 2 1/2 a los 5 años de edad. En este rango de edad - el niño se encuentra elaborando sus sentimientos de abandono, y si experimenta algunas de las situaciones descritas en la -- primera condición, los stress normales de separación se incrementan y como consecuencia surge la inseguridad y se retarda - el aprendizaje de juegos con compañeros y de habilidades prees colares. Este niño inseguro no sentirá protección, consistencia y gratificación de parte de sus padres para darle valor de lograr su independencia. Y el entrenamiento nocturno es una - de las habilidades de la independencia que emerge en este perío do y por lo consiguiente es vulnerable.

La tercera condición necesaria es el sentimiento del niño de que la reacción paterna hacia el mojar la cama lo reasegura en contra del abandono, lo cual refuerza el hábito. Las reacciones de los adultos que estimulan la enuresis -- son: a) llevar en la noche al niño a la cama de los padres por que la suya está mojada (Sears, Maccobu, Levin, 1957); b) tener a alguien (pariente, enfermera, etc.) que atienda en la no che al niño cambiándole las ropas de la cama; y c) teniendo a la familia dando mucha atención al niño debido a su conducta - de mojar la cama (Campbell, 1951 y Wexberg, 1940).

En un segundo estudio, Benjamin et. al. confirman la hipótesis anterior encontrando un mayor número de niños con problemas de enuresis en el grupo que habfa tenido una experiencia de separación durante el rango de edad crítica de --

2 1/2 a 5 años, en quienes el miedo al abandono era significativamente mayor que en niños no enuréticos y que en niños que no habían experimentado una separación de una persona importante a su cuidado durante esa etapa. Concluyen que el mojar la cama está relacionado con el miedo al abandono durante el período de entrenamiento nocturno, sin ser ésto una correlación necesaria de psicopatología.

En un repaso histórico que hizo Glicklich acerca del problema de la enuresis encontró que Trosseau en 1970 clasificó a la enuresis dentro de la neurosis "dejando la impresión de que era una forma menor de disturbios mentales", y Friedell en 1927 se refirió a la enuresis como un disturbio de origen emocional (citados por Scott, 1967).

Mac Keith (1968) menciona a la ansiedad en el tercer año de vida como un factor frecuente en el origen de la enuresis primaria nocturna. Afirma que en relación con la adquisición del control vesical existen tres fases en la vida de los niños: un período que abarca desde el nacimiento hasta el 1 1/2 años en el cual el aprendizaje del control vesical es poco frecuente, uno que va desde el 1 1/2 años hasta los 4 1/2 años de edad en el cual es común la adquisición del control, y finalmente otro período a los 4 1/2 años en el cual vuelve a ser poco frecuente.

A este período de alta probabilidad, precedido y seguido por uno de baja probabilidad, es lo que ha sido descrito como un "período sensitivo de aprendizaje" (Hinde, 1972).

Existen muchos factores que pueden obstaculizar al niño para aprender el control vesical nocturno durante el período sensitivo de aprendizaje y que puede causar una enuresis primaria que probablemente persistirá aunque la causa provocadora de ello haya dejado de operar. Uno de los factores que impiden el aprendizaje es la "ansiedad" y las circunstancias - potenciales provocadoras de ansiedad son: el arribo de un hermano, una enfermedad o herida, el cambio de casa, etc.. Son -- factores que normalmente un niño podría superar, pero no si -- uno o más de ellos operan durante un período sensitivo de --- aprendizaje del control vesical.

Hay evidencias para la hipótesis de que la ansiedad durante el período sensitivo de aprendizaje del control vesical del niño es frecuente tanto en niños con enuresis primaria nocturna como en niños con enuresis adquirida:

1. De 320 niños enuréticos, 83% han estado sujetos a circunstancias provocadoras de ansiedad en los tres primeros años de vida (Young, 1965).

2. En los niños enuréticos las enfermedades en el tercer año de vida son más frecuentes que en niños no enuréticos (Cust, 1958).

3. Entre los niños de varias familias con disturbios mentales, la prevalencia de enuresis a los cinco años de edad es del 22%, comparado con un 9% en toda la población - (Miller et. al., 1960).

4. Usando un método libre de ansiedad relativa

de entrenamiento para ir al baño, Brazelton (1962) tuvo sólo un 1.5% de 1170 niños que aún se mojaban en la noche, que contrasta con los hallazgos usuales de un 9 a 10%.

5. Douglas (1967) siguiendo a 5000 niños desde su niñez, reportó que la presencia de un stress físico y mental entre los dos y los tres años de edad causa un incremento estadísticamente significativo en la persistencia de la enuresis después de la edad de cuatro años tres meses, y que el stress en la niñez temprana se asocia claramente con una enuresis posterior.

Otra perspectiva que es un intento para reducir la confusión que existe acerca de las teorías psicogenéticas, lo constituye la teoría del lenguaje corporal presentada por Daniels en 1971, quien define a la enuresis como un síntoma regresivo de disturbios emocionales.

Primeramente, es necesario el clarificar el significado del término "lenguaje corporal" que implica que todo lo que el cuerpo hace es de acuerdo con una significancia comunicativa, ya sea orientada hacia uno (como por ejemplo la experiencia sensual de la masturbación solitaria) o hacia los demás (como por ejemplo la enuresis). También es de interés el notar la gran variedad de expresiones coloquiales urinarias -- utilizadas en el lenguaje corporal, como lo son "me orinaste" -- para expresar enojo, "casi siempre mojo mis pantalones" como indicativo de miedo, etc.

En cuanto a la enuresis como un mensaje del len

guaje corporal orientado hacia otros, Gerard se refiere a niños con padres punitivos que mojaban la cama como un símbolo de venganza y de protesta. Daniels complementa el concepto indicando que en la protesta se encuentra además implícita una "súplica" en el sentido de una demanda urgente de ayuda. Un niño mojado, frío e incómodo va a emitir un llanto de angustia que significa protesta y acusación porque ha aprendido que así obtiene la asistencia paterna y por lo consiguiente el alivio de su angustia. El niño no puede pedir abiertamente a sus padres rechazantes y punitivos que lo ayuden cuando los canales usuales de comunicación están bloqueados.

Un dilema análogo sucede con el infante que debido al nacimiento de un hermano regresa a orinarse en la cama anunciando así su resentimiento al usurpador y un deseo de consuelo materno. El estar mojado y la asistencia están unidos - preverbal y preconceptualmente.

2.3.2 Tipo de entrenamiento

Los patrones de entrenamiento utilizados por -- los padres con el propósito de enseñarle al niño el control vesical, constituyen un punto importante cuando se habla de las bases de la etiología de la enuresis. La evidencia a la teoría de la deficiencia del hábito como un origen de la enuresis está dada por Lovibond (1964) quien habla de un entrenamiento erróneo del hábito cuyas bases son tres: 1) un aprendizaje o condicionamiento erróneo; 2) un bajo nivel de condicionabilidad; y 3) una interrupción ocasional de un hábito adquirido -

como resultado de un stress psicológico severo (la emergencia de un desajuste emocional según esta teoría es reactivo a la enuresis) (citado por Kolvin et al , 1972).

Varios autores han mostrado que un entrenamiento temprano probablemente traerá un control temprano con un riesgo menor de reincidir, que un entrenamiento tardío (Newson y Newson; Douglas y Blomfield, Drillien, citados por Anónimo, 1969). Sin embargo, Dimson fué capaz de demostrar en su estudio que los niños enuréticos se diferencian notablemente del grupo control no por la edad en que el entrenamiento fué instituido o la severidad con que éste fué aplicado sino por la resistencia que oponían los niños al proceso (citado por Scott, 1967).

Respecto a este punto de vista, Drillien afirma que es más probable que el entrenamiento retardado sea asociado con la resistencia ya que en este tiempo el niño puede estar pasando por la etapa normal de la negación, agregando además que el entrenamiento se inicia antes en las clases sociales altas que en las bajas, y que las madres jóvenes tienden a empezar el entrenamiento en una etapa posterior lo que explica el gradiente social en la enuresis (citado por Anónimo, 1969).

Mac Keith agrega que cuando un niño se aproxima al final de lo que él llama período sensitivo de aprendizaje, debe de considerarse un entrenamiento inmediato ya que es más fácil que un niño aprenda el control a la edad de 4 o 4 1/2 años que a los 5, 6 o 7 años. Menciona también, que si el ni-

ño tiene durante el tercer año de vida un stress potencial provocador de ansiedad, la madre debe de dar estímulos adicionales y menor presión sobre la adquisición de la habilidad para ir al baño.

Según Halverstadt el entrenamiento del control de la vejiga debe de empezar generalmente entre el 1 1/2 y los 2 1/2 años de edad, los intentos realizados antes de esta edad no tienen éxito y pueden ser nocivos. El fracaso de este entrenamiento puede retardar el control nocturno por un plazo muy prolongado.

Otra posición es la que enmarca que no importa el tiempo en el cual se lleve a cabo el entrenamiento, mientras se tomen en cuenta los principios de no mostrar ansiedad ante lo que el niño hace o no hace en la bacinica, y de no sentarlo en contra de su voluntad ya que aprenderá a asociar el sentarse con el castigo (Anónimo, 1969).

Benjamin et al (1971) con base en sus resultados encontrados afirman que las interacciones personales positivas, especialmente el abrazar y besar, son procedimientos efectivos para el entrenamiento nocturno por otorgar un reaseguramiento en contra del abandono. Concluyen que el entrenamiento debería de empezar a más tardar a la edad de 2 1/2 años, dando recompensas positivas interpersonales incluyendo el contacto corporal con el contexto de este aprendizaje: " ahora eres lo suficientemente grande para empezar a hacer cosas por tí mismo como lo hace la gente grande", lo cual aliente la habilidad sin producir miedo de abandono y sin hacer uso de poder contra la sumi-

misión. El uso de un entrenamiento pobre o inadecuado utilizan do recompensas externas es en su gran mayoría característico - del niño enurético.

Otros factores del entrenamiento severo asociado a la enuresis son una ansiedad elevada y una actitud emocional fría de la madre (Sears, Maccoby y Levin citados por Stehbins, 1970), la rigidez, la inconsistencia y la falta de tolerancia - materna (Schwidder citado por Bjornsson, 1973), y el regaño y los golpes utilizados como castigo a los niños por el hecho de haber mojado sus camas, lo cual los desconcierta (Mc Donald, - 1978).

En cuanto a las actitudes educacionales de los - padres de niños enuréticos, según Becker (1964) las principales conclusiones radican en que los padres de la clase media muestran más calidez con sus hijos y usan en menor grado el castigo físico que los padres de la clase baja donde la enuresis es más frecuente. El retirar el amor y la declaración de poder ha sido asociado con problemas emocionales, y la enuresis y el desorden emocional parecen estar positivamente relacionados. Y una inconsistencia en la actitud paterna ha sido relacionada con - tendencias antisociales en el niño, como probablemente también lo es la enuresis (citado por Bjornsson, 1973).

Aunque existen evidencias acerca de una alteración de los hábitos como causa de la enuresis conjuntamente con las actitudes paternas involucradas en el entrenamiento, los - tantos y tan diversos resultados encontrados en los estudios con niños con problemas de incontinencia urinaria nos hacen pensar -

en una multiplicidad de factores que deben de interactuar para desarrollar la enuresis.

2.4 Factores Sociales

Ya que el problema de la enuresis ha sido relacionado con algunos factores ambientales específicos, se considera a éstos como causa precipitante de la incontinencia urinaria. Dentro de estos factores ambientales es posible enmarcar dos grupos grandes de influencia: status socio-económico y estructura familiar.

2.4.1 Status socio-económico

Nilsson et al en el año de 1973, en relación -- al status socio-económico como un factor determinante de la enuresis, encuentran únicamente una tendencia débil hacia el alto status social en las familias de los niños que mojaban la cama, así como una mayor habilidad y un grado más alto de educación - en las madres de dichos niños.

Von Harnach encuentra también una mayor representación de enuréticos en la clase alta, frecuencia que él asocia con una gran sensibilidad y una actitud de sobreindulgencia en los padres de los niños enuréticos (citado por Bjornsson, 1973).

Sin embargo, existen algunos estudios en los que el problema de la enuresis se encuentra en su gran mayoría en - clases sociales que se caracterizan por familias que carecen de

una facilidad adecuada del baño por encontrarse éste fuera de sus hogares, tienen un promedio de 3.9 niños por familia, y en cuanto al status marital de los padres 14 de 94 estaban ya sea separados o divorciados, lo que confirma la asociación entre ciertos tipos de hogares destruídos y la enuresis reportada por Rowntree en el año de 1955 (Kolvin et al , 1972).

Halverstadt afirma que los niños que viven en casas donde los hábitos de higiene son pobres, donde hay poco lugar disponible, frío en la noche o donde el entrenamiento de ir al baño es ignorado, son los que más comúnmente son enuréticos.

Por otro lado, se ha encontrado que el número más bajo de niños con incontinencia urinaria son hijos de padres profesionistas asalariados y grupos de campesinos, y el nivel más alto de niños enuréticos se encontró en familias que realizan labores manuales (Halverstadt, 1976).

A través de un estudio de la enuresis en niños de 11 años de edad Essen y Peckman (1976) reportaron que ésta se dá más entre niños cuyos padres son trabajadores inexpertos que aquellos cuyos padres son profesionistas o magistrados. Comprueban también la existencia de un mayor número de enuréticos en los hogares donde vivían apiñados, o sea donde mucha gente compartía la misma habitación; y en aquellas familias donde los padres habían tenido serias penalidades económicas o financieras en el trabajo a pesar de ser este problema subjetivo y no necesariamente relacionado con el nivel económico de la familia, pero sí un factor desencadenante de un alto grado de -

stress y desajuste.

En una investigación efectuada en Islandia con el propósito de comparar la incidencia de la enuresis en las diferentes clases ocupacionales, se utilizó una muestra dividida en seis grupos: 1) trabajadores sin habilidades y con algo de habilidades; 2) trabajadores hábiles y artesanos; 3) - trabajo clerical sin habilidades; 4) técnicas administrativas bajas, profesionales artísticas y de enseñanza; 5) ocupaciones de dirección y administración en negocios e industrias y 6) especialistas, directores y oficiales altos, la mayoría con educación académica. Los resultados indicaron claramente una mayor representación de los enuréticos en las clases 1 y 2, y una baja representación en las otras cuatro clases, lo cual constituye una diferencia estadísticamente significativa. -- (Bjornsson, 1973).

En un estudio longitudinal de 12 años realizado con 859 niños por Opiel, Harper y Rider (1968) se relaciona también la incidencia de la enuresis primaria con un mal ajuste marital y falta de felicidad en el hogar, pero asociando a la enuresis secundaria con una clase social baja, al igual que J. y E. Newson quienes observaron que la incidencia del mojar la cama a los 4 años de edad se hallaba más del doble de las veces en clase social 5 que en clases sociales 1 y 2 (citado por Bjornsson, 1973).

Blomfield y Douglas en un estudio epidemiológico mostraron una prevalencia de la enuresis que varió de acuerdo

do con la clase socio-económica; siendo baja para los niños con buen nivel económico como para los niños de trabajadores agrícolas, aunque parezca ésto paradójico (citados por Scott, 1967).

En relación con las diferentes significativas de niños enuréticos en las diversas clases sociales, Stein y Susser (1967) concluyeron que las variaciones existentes son debidas más a las expectativas que tienen los padres hacia sus hijos que a las tantas formas de aplicar el entrenamiento, y sugieren que los factores asociados al medio ambiente y a las clases sociales hacen el aprendizaje más pesado para los niños que el hecho de aprender la demanda requerida (citados por Nilsson et al , 1973).

2.4.2 Estructura familiar

En cuanto a la estructura de la familia como un factor ambiental que influye en la incidencia de la enuresis, Silberstein encuentra un número significativamente mayor de niños enuréticos en familias de grupos minoritarios, entre niños institucionalizados y en niños cuyos padres están ya sea frecuentemente ausentes y/o separados emocionalmente de sus hijos.

Essen y Peckham afirman que existe proporcionalmente un mayor número de niños de 11 años con incontinencia -- urinaria entre aquellos niños que tienen el antecedente de un solo padre dentro de la familia, o sea que los niños con un so

lo padre son más afectos a mojar la cama que aquellos que viven en una familia con ambos padres. La inestabilidad interna de la familia y la separación de los padres como un antecedente del problema de la enuresis es también confirmada por Steinand y Susser (citados por Scott, 1967).

Sin embargo, existen algunos estudios con resultados opuestos, entre los que se encuentran el de Weiss (1936) quien comparando 187 enuréticos con un grupo control observó que en el grupo de los niños que mojaban la cama la incidencia de hogares destruídos eran significativamente más bajo que en el grupo control; Von Harnach, quien no encuentra una relación entre la enuresis y las influencias ambientales no favorables, y Hallgren quien encuentra diferencias no significativas en la incidencia de hogares destruídos en ambos grupos, el de enuréticos y el de control (citados por Bjornsson, 1973).

Bjornsson con el propósito de estudiar la enuresis con respecto a la estructura familiar divide a su muestra dentro de cuatro grupos: hogares intactos; el niño vive con un padre biológico y un padre sustituto (padrastra, madrastra, niños adoptados); el niño vive con su madre (rara vez el padre) quien no está casada, es viuda o divorciada; el niño no vive con sus padres biológicos sino con parientes, personas no relacionadas o dentro de una institución. Los resultados encontrados no revelaron diferencias entre el número de enuréticos y la estructura de la familia. Sin embargo, en --

otro estudio se encuentra una relación positiva de la enuresis con un padre ausente del hogar debido al trabajo y una actitud paterna fría e inconsistente.

Respecto al número de niños que componen la familia, se ha encontrado una relación significativa de .005 entre la frecuencia de la enuresis y el tamaño del núcleo familiar. En las familias pequeñas (de 1 a 2 hijos) la enuresis se encuentra por debajo de lo esperado, y en las familias grandes se encuentra arriba de lo esperado, exceptuando la familia compuesta por 6 hijos. El número promedio de niños por familia en la muestra total del estudio realizado por Bjornsson fue de 3.66 siendo para los enuréticos de 4.07 y para los no enuréticos de 3.66.

Según Essen y Peckman, el lugar que un niño ocupa dentro de la familia también está relacionado con la incidencia de la incontinencia, siendo más común con un porcentaje dos veces mayor en niños que ocupan el cuarto lugar (o más) que en aquellos niños con el antecedente de ser los hijos mayores o los únicos.

3. DIAGNOSTICO

3.1 Evaluación del niño enurético y diagnóstico diferencial.

Con el propósito de establecer si la sintomatología presentada por un sujeto determinado corresponde al problema denominado enuresis, y las causas probables de su iniciación, se hace necesario realizar una evaluación o estudio previo a través del cual podremos excluir o confirmar la presencia de otra enfermedad.

Ciminero y Doleys (1976) afirman que dentro del marco conductual la evaluación de la enuresis debe de incluir principalmente tres aspectos que son: una descripción completa del problema de la conducta, la selección de una estrategia -- apropiada de tratamiento, y la evaluación subsecuente del tratamiento implantado.

Para que una descripción de la conducta sea completa y precisa debe de realizarse: 1) una revisión médica exhaustiva; 2) una entrevista clínica; y 3) un registro de la línea base de la conducta del niño.

1) Revisión médica. La finalidad radica en descartar un posible factor urológico o neurológico en la enuresis. Se realiza un análisis de orina para ver si existen infecciones del tracto urinario y diabetes (ambas asociadas con

la enuresis) y puede efectuarse un cultivo de orina para detectar la presencia de niveles significativos de bacterias así como para la confirmación de los resultados del análisis de orina (Moffet, 1974). El examen médico también puede ayudar a -- descartar dificultades más serias con las cuales está relacionada la enuresis, así como la anemia "sickle-cell" en los negros y desórdenes neurológicos. Desde que los defectos en el tracto urinario no son vistos como una causa común de la enuresis (Bakwin y Bakwin, 1972), las exámenes urológicas extensivas no se dan en forma rutinaria. Sin embargo, si están presentes una combinación de síntomas como el orinar con dolor, un fluido pequeño de orina y signos de goteo constante, deben de realizarse exámenes urológicos más exhaustivos.

Otra enfermedad con la que suele asociarse a la enuresis es con la epilepsia, no obstante Ditman y Blinn reportan que únicamente podrían relacionarse en aquellos casos donde la incontinencia urinaria ocurre durante un período convulsivo (citados por Stehbens, 1970).

Según Halverstadt el diagnóstico diferencial -- debe de abarcar los estudios sobre obstrucciones, infecciones, enfermedades neurológicas y estenosis uretral distal. En cuanto a la obstrucción dice que un tracto bajo urinario obstruido como en las válvulas uretrales o en la sterosis meatal puede - causar pequeños fluidos, un esfuerzo para orinar, distensión - de la vejiga, irritación o dolor al orinar y una posible infección secundaria, problemas que podrían ser revelados con una -

urograffa intravenosa y una uretrocistograffia. Una infección crónica del tracto urinario generalmente producirá que la persona orine ya sea durante el día o en la noche con bastante frecuencia, problema que debe de atenderse de inmediato. Los niños que sufren de enfermedades neurogenéticas tales como una anomalía del cordón espinal o de la raíz del nervio, como se puede ver en la mielodisplasia (estudio del cordón espinal), tendrán ya sea una ausencia o una deficiencia en el control urinario diurno y nocturno ; la observación patológica usual es una dilatación de la vejiga con goteo y frecuentemente una infección urinaria; la cistograffia y la cistometrograffia revelarán una vejiga flácida o atónica. Por último la obstrucción uretral distal es referida por varios autores como una causa común de la enuresis en las niñas cuyo diagnóstico se establece a través de las investigaciones urológicas rutinarias.

2) Entrevista clínica. Aunque los padres van a ser la primera fuente de datos de la entrevista, el niño enurético debe también ser involucrado con la finalidad de lograr una mayor participación del paciente en el programa de tratamiento y aliviar miedos que éste pueda tener acerca de que es lo que van a hacer con él, además de que se podrá observar la forma de interacción padres-hijo.

La entrevista cubre cinco áreas generales.

a) La primera área se refiere al material acer-

ca de la conducta de incontinencia diurna y nocturna; así como la información acerca de posibles factores ambientales que puedan estar afectando dicha conducta. Esto incluiría las estimaciones de la frecuencia del mojado que constituyen patrones de gran utilidad para la selección del tratamiento. También deben de ser explorados varios eventos antecedentes que incrementen la enuresis y las consecuencias actuales de la conducta de mojar. Finalmente, debe de reunirse una información específica sobre el acto de la micturición; esto incluiría preguntas acerca de si resulta doloroso orinar, si hay un goteo constante, el control de esfínteres, la urgencia y la habilidad de retención.

b) El segundo tópico cubierto en la entrevista clínica es la historia del problema y la descripción de cualquier intento previo de tratamiento. Debe de efectuarse una descripción de la historia del entrenamiento del niño para ir al baño, los métodos usados por los padres y las respuestas del niño ante sus estrategias de intervención.

c) El tercer aspecto general de la entrevista es una historia médica breve de la familia que puede proveer datos acerca de las enfermedades relacionadas con la enuresis y alentar al psicólogo respecto a una posible necesidad de consulta médica. Además, el que uno de los padres resulte haber sido enurético en su niñez puede hacer que su grado de cooperación no sea el óptimo ya que su actitud podría ser de comparación hacia su hijo (Young y Morgan, 1972).

d) El cuarto punto está relacionado con otros problemas conductuales que el niño podría exhibir. Si hay problemas emocionales adicionales pueden interferir con el tratamiento de la conducta enurética. En dichos casos puede ser necesario tratar los problemas adicionales antes de tratar la enuresis. Entre los problemas adicionales se encuentran la falta de cooperación y complacencia en el niño; el miedo a la oscuridad que debe ser eliminado para que el niño pueda aprender a ir solo al baño; la profundidad del sueño y el grado físico necesario para levantarse (información necesaria sobre todo si se planea usar una alarma de orina como tratamiento ---- (Browning, 1967); el mojarse durante el día; sonambulismo; pesadillas; y la persistencia de tratar de dormir en el cuarto de los padres.

e) Finalmente, debe de ser obtenida la información acerca de la casa y las necesidades ambientales de la familia. Los factores como las disposiciones para dormir (si el niño duerme solo en una cama, si tiene su propio cuarto) son importantes si se desea utilizar una alarma de orina. La localización del baño en relación con el cuarto del niño, la disponibilidad de una luz nocturna, y si el niño puede alcanzar los apagadores de luz suele ser importante si el niño espera aprender a ir al baño solo, en la noche. También deben ser investigadas las relaciones entre los miembros de la familia ya que la existencia de problemas maritales y familiares han sido relacionados con un fracaso del tratamiento (Turner, Young y ---

Rachman, 1970; Young, 1965).

Bjornsson habla también de la confianza que -- existe en una evaluación clínica global del estado emocional - de los niños enuréticos a pesar de ser inevitable el prejuicio subjetivo y el uso de métodos prácticos. Para confirmar el de sarrollo emocional del niño, él utiliza el test de Rorschach.

3) Registro de la línea base. Los datos obteni dos de un registro de la línea base de la conducta de mojar la cama que presenta el niño tienen dos funciones básicas además de proveer una descripción objetiva del problema; los datos -- pueden ser utilizados para seleccionar un programa de trata-- miento y proveen una línea base contra la que después pueden - ser evaluados los efectos del tratamiento.

Debido a que al iniciarse el registro de la lí- nea base han ocurrido variaciones y aún decrementos significa- tivos en la conducta de mojar la cama, el período del registro debería de ser por lo menos de dos o tres semanas de duración.

Hay cinco medidas diferentes que pueden ser re- gistradas en la línea base y en la fase de evaluación que le - sigue. Estas medidas incluyen: la frecuencia del mojar nocturu no, la capacidad de la vejiga, el tamaño de la mancha mojada, la hora de la noche cuando ocurrió el mojar la cama y el núme- ro de levantadas espontáneas del niño para ir al baño durante la noche.

La frecuencia del mojar nocturno es el dato más

común en la evaluación de la enuresis y puede ser vista en una modalidad de todo o nada lo cual únicamente requiere que los padres indiquen (en un calendario o en una hoja) las noches -- que el niño moj6 la cama por lo menos una vez. Debido a que -- muchos niños mojan la cama más de una vez en cada noche puede obtenerse una medida más sensitiva de la frecuencia revisando la cama antes de la hora en que los padres se van a la cama, a mitad de la noche y en la mañana.

La segunda medida es la capacidad vesical funcional la cual es la cantidad de orina vaciada y no el tamaño estructural de la vejiga. A pesar de la evidencia que muestra la relación entre la capacidad de la vejiga y la enuresis, esta medida es rara vez reunida (Muellner, 1960; Starfield, 1967; Zaleski, Gerard y Shokier, 1973). Actualmente hay dos medidas para la capacidad funcional de la vejiga: la capacidad promedio de la vejiga y la capacidad máxima de la vejiga.

Para medir la capacidad promedio de la vejiga -- se les pide a los padres que midan la cantidad de orina vaciada el mayor número de veces posible durante el transcurso de -- una semana, y el promedio de orina en cada vaciada es la medida de la capacidad vesical.

La capacidad máxima de la vejiga intenta medir la cantidad máxima de orina que un niño puede retener antes -- de orinar. Un método simple para obtener esto es el considerar la capacidad máxima como la medida vaciada con un lapso mayor de tiempo durante la colecta de la medida anterior. Un segundo

método consiste en darle la mayor cantidad posible de líquidos al niño (excepto leche), recomendando una onza por cada 2.2 libras de peso hasta un máximo de 17 onzas. Después se le pide al sujeto que evite vaciar su orina hasta que le sea molesto - esperar más tiempo, y el largo de los dos vaciamientos siguientes se considera la capacidad máxima de la vejiga.

Zaleski, Gerard y Shokier (1973) prefieren la utilización del primer método por producir una medida más sensitiva y útil, además de que con el segundo procedimiento si no se administra con cuidado puede romper la vejiga de un niño con desórdenes urológicos.

Las tres últimas medidas registradas en la línea base, el tamaño de la mancha mojada, la hora de la noche cuando ocurrió y el despertar y levantarse espontáneo, son precedentes de un decremento en la frecuencia de la conducta de mojar cuando se producen cambios en ellas (Turner y Taylor, 1974). Por esto estas medidas pueden proveer un índice de la respuesta al tratamiento durante la fase de evaluación del tratamiento del niño enurético.

Los otros dos aspectos que deben de incluirse dentro de la evaluación de la enuresis son la selección del tratamiento apropiado y su evaluación subsecuente, puntos que se ampliarán con detalle en el capítulo siguiente correspondiente al tratamiento.

4. TRATAMIENTO

4.1 Historia del tratamiento

Para entender mejor las actitudes de nuestra cultura sobre la enuresis y así establecer conceptos para su tratamiento ésta se debe de ver desde una perspectiva histórica.

Según Mc Donald y Trepper (1977, 1978), la primera mención de la enuresis ocurrió hacia 1550 A.C. cuando la literatura médica del tiempo de Papyrus Ebers recomienda un remedio que consta de jugo de berros, cipreses y cerveza para la incontinencia de la orina. No se vuelve a mencionar este concepto sino hasta la Edad Media, durante este período el "tratamiento" consistía en rezar a Santa Catarina o San Vito para remediar el problema. Hacia finales de la Edad Media apareció un documento que proponía como curas la ingestión de tónicos preparados a base de pulmón de cabra, cresta de gallo y cerebro de liebre, también se incluía un brebaje con un concentrado de ingredientes tales como: la vejiga pulverizada de una puerca, pulpa de algunas partes del puerco y raspadura de los testículos mezclados con vino, y esto se debería de tomar dos veces al día.

Aunque estas curas parecen repulsivas, hace uno o dos siglos todavía se creía que la manera de curar la enuresis era el dar órganos de animales saludables al niño. Existían métodos que proponían la ingestión de una mezcla de hierro mu-

riático, sulfato de zinc, etc., que supuestamente harían que la orina quemara más durante el acto de la micción y así fuera más notoria al niño. Esta terapia terminó cuando empezó a ser substituída por conceptos de patología nerviosa. Se usaron -- también algunos aparatos mecánicos, como una especie de freno de hierro cubierto de tela que se sobreponía al pene para evitar la micción.

En la antigüedad trataban a la enuresis con métodos muy severos y parecía que no les importaba mucho lo relacionado con el bienestar del niño, claro, antes del invento de la lavadora un enurético presentaba muchos problemas en la familia. Un catálogo que salió en los siglos XVIII y XIX sobre métodos para remediar la enuresis y que fue escrito por Glicklich incluía: limitaciones para ingerir líquidos, no dejar que los niños llegaran al sueño profundo y la aplicación de ampo--lletas de sacro (en el siglo XVIII calentaban los nervios sacrales para que trabajaran con más eficacia y en el siglo XIX los enfriaban).

En muchos aspectos esta lista que de ningún modo está completa queda corta comparándola con los métodos ideados durante el siglo XX. Surgieron al principio del siglo numerosos métodos nacidos en ideas algo populares que incluían -- una dieta cuidadosa, regularización de la ingestión de líqui--dos, sueño corto y ligero, dormir en colchones duros, lavati--bas, despertar al niño en períodos cortos de tiempo, baños --- fríos o calientes, etc. (Stehbens 1970).

También se emplearon medios físicos para controlar la enuresis, por ejemplo la creencia de que era más fácil la micción en ciertas posiciones dió origen a la invención de aparatos que mantenían el cuerpo elevado en su parte inferior. Otros métodos incluían el cauterizar la uretra con nitrato de plata para hacer más dolorosa la micción, a las niñas incluso se les metía un globo inflado al conducto vaginal para impedir la salida involuntaria de la orina.

En el occidente se han usado 1330 tratamientos que incluían el atar el prepucio durante la noche y especialmente el uso de una serie de fármacos como la urotropina, testosterona, sales, calcio, etc.

Lo más importante acerca de la enuresis al principio de este siglo fué el dejar de verla como una alteración meramente física sino también psicológica. Las teorías más recientes han señalado el origen de la enuresis como un tropiezo en el desarrollo en el cual el niño regresa a una etapa de mayor dependencia durante el proceso de irse independizando del hogar (Mc Donald y Trepper, 1977).

El "sentido común" se ha ido usando con más frecuencia en los tiempos modernos aunque no ha sido sistemáticamente estudiado. Se ha recomendado levantar al niño durante la noche, la limitación de líquidos ya acercándose la hora de dormir, la hipnosis y en la U.R.S.S. estimulaciones eléctricas en la vejiga (Freeman, 1975).

Finalmente, las opiniones de los psiquiatras modernos estudian el carácter y la formación de hábitos en el niño enurético, terapia por medio de fármacos, re-educación tanto de los padres como el niño, etc.. Actualmente no se hacen tantos estudios sobre la enuresis porque una serie de métodos - tanto clásicos como operantes han sido capaces de curar el problema (Mc Donald y Trepper, 1977).

4.2 Tipos de tratamiento

Han sido muchos y muy diversos los tratamientos que han sido usados para resolver el problema de la enuresis y diversos también han sido los resultados que los numerosos autores mencionan haber obtenido, por esta razón se citarán algunos de estos procedimientos seleccionando y ampliando aquellos - en los que se ha puesto mayor interés.

Doleys y Ciminero (1976) afirman que para que el tratamiento de la enuresis sea exitoso deben de tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:

1) Hay ciertas conductas como prerequisite que si se establecen van a facilitar la adquisición de la continencia nocturna. Una de estas conductas de prerequisite es un control apropiado sobre las funciones urinarias. Muellner (1960) identificó cuatro criterios para determinar si existe dicho control: a) percatarse de tener la vejiga llena y del deseo de orinar; b) retención de la orina bajo el deseo de ori-

nar; c) habilidad para empezar y detener el fluir de la orina con la vejiga casi llena; y d) la habilidad para iniciar y de tener el fluir de la orina usando presión interabdominal y -- control de esfínteres. Si el niño no presenta estas conductas, la intervención del tratamiento debe ser pospuesta hasta que estén establecidas.

El tratamiento nocturno de la enuresis también puede proseguir si el terapeuta se asegura de que no existen conductas como falta de complacencia, miedo a la obscuridad o al excusado, sonambulismo, incontinencia diurna, etc.

2) La enuresis nocturna puede disminuirse o eliminarse indirectamente a través del tratamiento de otras conductas funcionalmente relacionadas. Muchas de las conductas - mencionadas en el párrafo anterior caen dentro de esta categoría.

3) Selección de una técnica de intervención. -- Existen varios procedimientos no complicados que podrían ser - probados por un período breve de tiempo y que en algunos casos son efectivos, además de ser económicos y de fácil implementación por los padres. Estos son:

a) Restricción de la dieta: Esperanca y Gerard (1960) obtuvieron éxito eliminando de la dieta del niño enurético la leche, huevos, fruta y jugos cítricos, jitomate y productos de éste, cocoa y chocolate, bebidas carbonadas que contengan agentes colorantes y "Kool-Aid", afirmando que la enuresis puede ser una respuesta a una alergia.

b) Ejercicio de control de esfínteres: Starfield (1968) y Muellner (1960) demostraron la efectividad de -

los ejercicios antes mencionados para adquirir control sobre la micción.

c) Registro de la línea base: Collins (1973) encontró una relación entre la reducción de la frecuencia de la conducta de mojar la cama y la supervisión sistemática por parte de los padres.

d) Consejo y estimulación: diferentes estudios (Dische, 1971; Meadow, 1970; Paschalis, Kimmel y Kimmel, 1972; White, 1968) han mostrado que una simple estimulación, un consejo y una dirección dada por un contacto periódico con un terapeuta son significativamente efectivas en el tratamiento de la enuresis. Además enfatizan la necesidad de una supervisión paterna para asegurarse de que éstos no critican o actúan adversamente ante el problema del niño.

e) Reforzamiento positivo: según Samaan (1972) el dar un reforzamiento positivo cada mañana que la cama del niño está seca es un procedimiento efectivo.

f) Despertadas espaciadas: en algunos casos el levantar al niño enurético dentro de un horario variable de tiempo ha sido asociado con un decremento en el mojar de la cama (Creer y Davis, 1975; Young, 1964; Turner, Young y Rachman, 1970), sin embargo este procedimiento puede crear una dependencia paterna más que desarrollar una habilidad como una respuesta a la distensión nocturna de la vejiga.

g) Entrenamiento de control de retención: procedimiento diurno utilizado por Kimmel y Kimmel (1970). Es

más difícil de llevar y requiere más tiempo que las otras técnicas. Este tratamiento está basado en la observación de que muchos niños enuréticos tienen poca capacidad en el funcionamiento de la vejiga. El objetivo del tratamiento es el aumentar o incrementar la capacidad de la vejiga. Esto requiere -- que el niño retenga la orina el mayor tiempo posible una vez -- al día durante seis meses. Es registrado el record del volumen de la orina y de las noches que el niño moja la cama. Fué reportada una cura en seis meses en el 33% de los casos.

Este procedimiento debe ser usado cautelosamente ya que si los intervalos de retención se extienden por un tiempo prolongado se puede afectar el tono muscular de la vejiga resultando así en una evacuación incompleta y posibles infecciones urinarias; aunque no existe una guía específica para el intervalo máximo de retención, Campbell (1971) sugiere que un niño debe poder retener de 30 a 40 minutos durante el día -- variando el tiempo obviamente con la edad y la historia de cada niño (citados por Doleys y Ciminero, 1976).

Este programa fué criticado por Cohen (1975) -- por usar un doloroso e inconfortable tratamiento en el control de la vejiga. Ya que ocurren "curas" espontáneas, la experiencia exitosa de este tratamiento se debe tal vez a la maduración del niño, y si la enuresis parece ser el único problema en un niño "normal", probablemente lo que se necesita exclusivamente es establecer confianza y apoyo. En aquellos niños en los cuales la enuresis desencadena una secuencia social --

anormal y un desarrollo emocional inadecuado, debe de considerarse uno de los métodos de tratamiento. En la selección del tratamiento el clínico debe evaluar todas las situaciones y -- las variables sociales que estén influyendo en el niño así como la buena voluntad de sus padres para ayudar a resolver el problema. Con esta visión el niño nunca debe de ser castigado o puesto en ridículo. sino recibir consejos y apoyo para que sea afortunado en su cura (citado por Mc Donald, 1978).

Actualmente hay dos procedimientos nocturnos -- que son considerados como los principales en el tratamiento de la enuresis nocturna. Uno de éstos, el procedimiento de la alarma de la orina (Mowrer y Mowrer, 1938; Lovibond, 1964) ha sido empleado durante muchos años en varios cientos y quizás -- miles de niños, teniendo un éxito aproximado de 71% (Doleys)-- (citados por Doleys y Ciminero, 1976). Este procedimiento con siste en hacer que el niño duerma sobre una hoja delgada de -- aluminio con un cojincillo o almohadilla unida a una cuerda me tállica que al caer en ella una gota de orina completa un cir-- cuito eléctrico, activando un timbre o zumbido que despierta - al niño (Ross, 1974 citado por Mc Donald, 1978).

Mowrer fué el primero que ideó un aparato práctico para condicionar a los niños enuréticos, diseñado para -- readiestrarmalos hábitos urinarios nocturnos. Si bien existen variaciones en los aparatos mecánicos empleados, éstos son esencialmente aparatos eléctricos que motivan al niño a despertar a la estimulación de una vejiga llena antes de relajar su

músculo esfínter-urinario. Lovibond (1964) revisó numerosos artículos y concluyó que "la evidencia disponible apoya fuertemente la conclusión de que los métodos directos de condicionamiento son altamente efectivos en impedir que los niños mojen la cama" (citados por Stehbins, 1970).

Behrle, Elkin y Laybourne (1956) estudiaron los efectos psicológicos y terapéuticos del aparato acondicionador Mowrer en 20 niños enuréticos. A estos niños se les aplicaron pruebas de habilidad y personalidad incluyendo el Rorschach y el test de apercepción temática antes y después del tratamiento. Fue obtenida una historia del comportamiento de los niños durante el tratamiento en una entrevista con la madre realizada a intervalos mensuales durante seis meses. Estos autores reportaron que antes del tratamiento los 20 niños mostraban un alto grado de dificultades emocionales. Siguiendo el tratamiento aproximadamente la tercera parte de las madres sintieron que sus niños habían ganado confianza en sí mismos, y estaban en general mejor adaptados emocionalmente. Las madres cuyos niños enuréticos fallaron en la aplicación de esta terapia no pudieron detectar ningún cambio en sus hijos. Baker (1969) concluyó que el condicionamiento directo tiene efectos secundarios psicológicos benéficos para los enuréticos.

Según Halverstadt (1976) el uso de objetos mecánicos como lo es un reloj con alarma pueden beneficiar al niño en el caso de maduración tardía estableciendo un reflejo condicionado.

En otro procedimiento, que es el del entrenamiento de la cama seca (Azrin, Sneed y Foxx, 1974) ha sido recientemente introducido. Su método es mucho más complicado y requiere de mayor tiempo que los demás. Este método incorpora el uso del reforzamiento positivo, levantadas nocturnas, castigo, control de la retención y el uso de la alarma de orina, pudiendo aplicarse en exceso más que otras técnicas. Sin embargo no hay suficientes datos que permitan comparar y confirmar su eficacia en relación a otros procedimientos. El primer estudio se llevó a cabo con 30 niños y la remisión fue mayor y más rápida que aquella encontrada en un grupo al que se le aplicó la alarma de orina. En un segundo estudio (Doleys, Ciminero, Wells y Williams) se mostró una reducción de la frecuencia de la enuresis pero acompañado de un alto porcentaje de recaídas, y Doleys y sus colaboradores observaron que el éxito estaba directamente relacionado con el grado de cooperación paterna y con un contacto periódico con el niño (citados por Doleys y Ciminero, 1976).

Según Dische (1973) y Lovibond (1974) la característica más importante en la implantación de cualquier tratamiento de la enuresis es la supervisión constante y la consulta con los padres. Las probabilidades de éxito se incrementaban grandemente si los padres visitaban al terapeuta y lo llamaban periódicamente por teléfono dos o tres veces a la semana, si los padres eran proveídos con hojas de datos sobre las que podían llevar un registro del progreso del niño ad-

más de involucrar al niño en registrar su propia conducta y - si el clínico estimulaba persistentemente a los padres y al - paciente (citados por Doleys y Ciminero, 1976).

La farmacología es otra forma no etiológica de aproximación a la enuresis. La belladona fue usada durante un siglo, se pensaba que era efectiva por sus efectos anticolinérgicos en la vejiga, sin embargo, algunos reportes recientes sugieren que estos agentes anticolinérgicos no son benéficos. Se utilizaron tranquilizantes, estimulantes, anticonvulsivos, antidepresivos y el aspirar a la parte posterior de la pituitaria pero sin obtenerse ningún resultado.

Uno de los medicamentos que con frecuencia es usado en el tratamiento de la enuresis es el imipramine (tofranil) el cual es en la actualidad el medicamento más popular en el control del tono muscular de la vejiga que previene los involuntarios desechos de orina, y es también un controlador del sistema nervioso central antidepresivo y su acción en el sistema nervioso central hace un cambio relativo en el patrón de la etapa REM del sueño en el niño y con esto un cambio en la enuresis nocturna (Mc Donald, 1978).

En un análisis descriptivo de la enuresis, Kolvin, et. al. utilizaron una muestra de 94 niños a los cuales dividieron en tres grupos de tratamiento: 35 niños recibieron imipramine, 32 fueron tratados con el timbre y la almohadilla y 27 recibieron placebo. Hubieron cuatro etapas de seguimiento: al comienzo del tratamiento, un mes después aún durante -

el tratamiento, dos meses después de terminado el tratamiento y cuatro meses después.

El análisis de los resultados obtenidos muestra que hubo una mejoría de aproximadamente un 50% con el placebo que se mantuvo después de terminado el tratamiento, y -- que puede atribuirse según Mac Keith (1968) a una disminución de la ansiedad como resultado de un aprendizaje de inhibición. El grupo de imipramine mostró una rápida mejoría inicial, pero una deteriorización drástica después de que el tratamiento terminó. La mejoría con el grupo del timbre fue inicialmente lenta, pero se mantuvo y aún mejoró después del período de entrenamiento, lo que parece indicar la presencia de un proceso de aprendizaje.

En un estudio hecho por Poussaint y Ditman --- (1965) quienes evaluaron el efecto del imipramine en 54 niños enuréticos que oscilaban entre los 5 y los 16 años de edad, se comparó el resultado que se obtuvo entre niños enuréticos a los que se les dió imipramine de 25 mg. y a los que se les dió placebo, y se evaluó a lo largo de ocho semanas. Los resultados que se obtuvieron fueron: la droga fué mejor que el placebo en el 69% de los casos e igual en el 23% de los intentos, siendo únicamente mejor el placebo en el 8% de los casos. Los investigadores también notaron a manera de anécdota que - estos niños se levantaban en la noche a orinar; además de que los niños que mostraban irritabilidad como un efecto secundario tuvieron una gran mejoría. Estos resultados han sido re-

plicados por otros autores, y el imipramine parece ser la única droga para el tratamiento de la enuresis, especialmente en la enuresis primaria (citados por Freeman, 1975).

Cohen revisó algunos estudios en los que encontró que el uso de imipramine en niños enuréticos era mejor -- que el uso del placebo y el no dar tratamiento alguno, pero -- su eficacia varía de estudio en estudio. En general de un 25% a un 40% de los niños son ayudados por el imipramine pero la recaída ocurre en más del 60% de los casos. Comúnmente una -- parte de los efectos secundarios de la imipramine son: somnolencia, insomnio, pérdida de peso, leves disturbios gastrointestinales, y con menos frecuencia reacciones tales como constipación, ansiedad, inestabilidad emocional y convulsiones -- (Werry, Dowrick, Lampen y Vamos, 1975). El dejar repentinamente la droga después de un tratamiento prolongado ocasiona síntomas tales como náuseas, dolor de cabeza y malasia. De todas maneras la gran mayoría de los niños que usan esta droga no experimentan efectos secundarios, sin embargo revisando lo que se ha escrito la medicación no suele recomendarse para el tratamiento de la enuresis. Por tanto Cohen y Werry (1975) -- concluyeron que el imipramine podría ser usado por períodos -- cortos de tiempo y con supervisión médica (citados por Mc Donald, 1978).

Se ha reportado que el imipramine y algunas -- otras drogas curan entre el 50% y el 70% de los pacientes. -- Usualmente es suficiente una dosis de 25 mg. pero puede ser --

necesaria una dosis de 50 mg., Los agentes parasimpaticomiméticos tales como la atropina o la belladona pueden servir algunas veces para reducir el tono muscular. Los agentes parasimpaticomiméticos tales como el sulfato de destroanfetamina de 5 a 10 mg. administrado al acostarse puede causar que el sujeto esté lo suficientemente despierto para que pueda levantarse a desalojar. El "Diphenylhydantoin" ha sido efectivo en el control de los niños con electroencefalogramas anormales (Halverstadt, 1976).

A pesar de que durante muchos años la imipramine fue considerada una droga específica para el tratamiento de la enuresis, la experiencia ha demostrado ciertas contradicciones por sus cualidades de atropina, lo que hace que el paciente tenga dificultades para orinar (Silberstein, 1972).

En cuanto a la psicoterapia como método de tratamiento de la enuresis, la mayor parte de los terapeutas reportan una falta total de éxito, a pesar de que muchos psiquiatras infantiles consideran a la terapia individual, de grupo o familiar, el tratamiento adecuado para la incontinencia urinaria (Silberstein, 1972).

Benjamin et. al. en cuanto al tratamiento psicológico afirma que una vez que se ha descartado una patología urológica y ha fallado un condicionamiento clásico y/o el tofranil, debe de: a) ayudarse a los padres para que estén conscientes del miedo que el niño tiene al abandono con el fin de que lo ayuden a expresarlo y que le ofrezcan un reaseguramien-

to realista contra ese miedo; b) alentar a los padres para que descubran y eliminen las conductas o actitudes que puedan estar utilizando en el manejo de la incontinencia urinaria para así reasegurarle contra el abandono. Algunos ejemplos de conductas paternas deseables serían darle atención al niño cuando se encuentra seco y no mojado, permitirle pasarse a la cama de los padres después de que ha dormido una noche seco, utilizar el modelo de "aproximaciones sucesivas" diciéndole que si llama en la noche para que lo ayuden a ir al baño uno va a acudir para ayudarlo, después de ésta etapa acudirá, lo acompañará al baño, pero no lo ayudará, luego irá a su cuarto a platicar pero no lo acompañará al baño, y finalmente le dirá que él ya es suficientemente grande para ir solo al baño y que el padre desca dormir toda la noche para descansar bien y apreciará si no se le necesita más en las noches, pasando las pláticas para el día.

Con frecuencia un niño enurético ha sido referido para psicoterapia por el solo hecho de orinarse considerándose una patología que requiere tratamiento. Si el niño es razonablemente "normal", los padres únicamente necesitan establecer confianza y recibir un consejo que deben darle al niño. Si el disturbio emocional existe y la familia tiene aberración por la enuresis se requiere una terapia más amplia (Shaw y Lucas, 1970 citados por Mc Donald 1978).

Los que ven la enuresis como un síntoma de un problema emocional dicen que el tratar de resolver únicamente

el síntoma sin antes haber investigado y saber las causas del problema emocional dará como resultado la sustitución del síntoma o será psicológicamente dañino para el niño. Novick --- (1966) reporta que muchos de los sujetos a los que se les dá tratamiento al síntoma, más tarde tienen nuevos síntomas y de deteriores en otras áreas del desarrollo (citado por Mc Donald, 1978). Sin embargo Gillison y Skinner (1958) afirman que no se han reportado efectos psicológicos secundarios adversos o síntomas sustitutos durante ni subsecuentemente al tratamien- to; en verdad espontáneamente los padres han advertido cuán - feliz y contento se ha sentido el niño desde que ya no se orinna (citados por Stehbins, 1970).

Durante el tratamiento terapéutico según Mar-- vin Daniels el terapeuta debe de apreciar sinceramente los aspectos constructivos del acto enurético y afrontar al niño -- ante este problema o aspecto para crear una continuación y favavorecer la interacción incrementando las posibilidades de lo- gro.

Otros estudios fueron resumidos por Lovibond (1964) de la siguiente manera.

A) Todavía no ha sido reportado ningún caso de sustitución de síntoma siguiendo el tratamiento directo.

B) Casi todos los escritores reportan que en - una mayoría substancial de los casos por lo menos aparece una mejoría por haber seguido el tratamiento con éxito o de otra forma. Asi Lovibond argumenta muy fuertemente que la enure--

sis existe principalmente como un mal hábito, él concede que la evidencia no es concluyente debido a la inadecuada metodología empleada en la mayoría de las investigaciones de condicionamiento además de que la falta de investigaciones de grupo controlados no solo afecta las investigaciones de varios de los proyectos de condicionamiento sino también eclipsa los reportes retrospectivos en relación a los adelantos de la psicoterapia de la enuresis (citados por Stehbins, 1970).

Baker (1969) trató a 30 niños enuréticos con un método de condicionamiento y comparó el tratamiento que él empleó con igual número de niños que no recibieron tratamiento alguno. Los resultados revelaron una mejoría significativa en el grupo que recibió tratamiento, no hubo sustitución del síntoma y los niños tuvieron mejores relaciones con compañeros, un mejor comportamiento escolar y en general estuvieron mejor adaptados (citado por Mc Donald, 1978).

Según Silberstein, una evidencia que permite subrayar la importancia de un tratamiento es la de que aquellos niños que permanecen sin tratamiento hasta llegar a la pubertad se encuentran preocupados por un problema que otros niños ya superaron con anterioridad lo cual interfiere con el aprendizaje, el desarrollo de la amistad y los propósitos más maduros del niño. Más aún, el enurético que no recibe tratamiento, mantiene una imagen pobre de si mismo que persiste hasta la adultez influenciando el desarrollo de su carácter y su vida adulta.

4.3 Remisión espontánea

Daniels utiliza el término de remisión espontánea

nea para describir la terminación del problema de la enuresis generalmente en la etapa de la pubertad. Ya que el problema central de la enuresis se encuentra alrededor del eje de la identificación del rol sexual, las oportunidades situacionales de modelos de identificación que se ofrecen serán los responsables de dicha remisión.

En relación con este punto de vista Biggar --- (1966) dice de curar a niñas de siete años de edad con una enuresis persistente en el transcurso de una sola entrevista. Su teoría radica en que en el mensaje que ella da reconoce la feminidad de la niña y la alienta en ella concluyendo que todo lo que la niña necesita es una mujer con quien identificarse (citado por Daniels, 1971).

Un dato interesante referente a esta remisión espontánea es dado por Pierce y confirmado también por Biggar, que reportan una terminación de la enuresis en niños cuyos padres han entrado en psicoterapia teniendo cambios favorables (citados por Daniels, 1971).

4.4 Selección del tratamiento

Ciminero y Doleys presentan una serie de consideraciones para determinar cual estrategia de tratamiento va a ser la más efectiva con un niño determinado, siempre y cuando se haya descartado una etiología orgánica para la enuresis:

A. La primera consideración para seleccionar un

procedimiento es la tasa de éxito en general de las diversas técnicas.

B. La siguiente consideración es si los padres y el niño desean y pueden instituir un procedimiento dado, ya que algunas técnicas tienen grandes demandas, si los padres o el niño no poseen motivaciones o una actitud de complacencia, pueden interferir en el tratamiento y hacer que éste falle. - Por ésta razón dichas conductas deben ser cambiadas antes de iniciar el programa o en su lugar implementar una estrategia simple.

C. Otro factor que debe tomarse en cuenta para la selección del tratamiento es si la familia puede soportar económicamente ciertos programas (como por ejemplo la alarma de orina).

D. La edad del niño es otra variable que puede influenciar en la selección de una técnica en particular. La alarma de orina se usa generalmente en niños mayores de 4 --- años de edad. Los niños enuréticos menores pueden ser tratados con el control de retención (Doleys y Wells, 1975) o el - entrenamiento de la cama seca (Azrin, Sneed y Foxx, 1974). -- Para el niño mayor o adolescente resulta muy útil un involu-
cramiento propio para ayudar a sobrellevar el programa de tra-
tamiento (Turner y Taylor, 1974), un tratamiento que no re---
quiera un control paterno extremo (por ejemplo la alarma de -
orina o el entrenamiento de control de retención).

E. Si el niño tiene una vejiga con una capaci-

dad abajo de lo normal (normas impartidas por Starfield, 1967) sería de utilidad un entrenamiento de control de retención ya que incrementa la capacidad de la vejiga provocando un decremento en la enuresis, además de ser un procedimiento simple - que puede combinarse fácilmente con otros para implantar así un tratamiento más completo. Si la capacidad de la vejiga -- del niño es normal, es poco probable que este tipo de tratamiento tenga éxito.

F. Una consideración final para seleccionar un tratamiento determinado es si existe la necesidad o el deseo de que el decremento en el mojar de la cama sea en un tiempo muy breve. La alarma de orina a pesar de ser muy efectiva, - para que se establezca un control nocturno pueden transcurrir varias semanas o aún meses. En contraste, el procedimiento - de la cama seca decrementa la enuresis nocturna en un lapso - muy breve de tiempo.

4.5 Evaluación del tratamiento

Asumiendo que se han registrado adecuadamente los datos de la línea base, es relativamente fácil evaluar la efectividad del tratamiento seleccionado, vigilando ya sea -- los padres y/o el niño la frecuencia de la conducta de mojar la cama.

Los signos de que el tratamiento puede ser -- efectivo son: un decremento en el tamaño de la mancha mojada;

un retardo en el tiempo del mojado y un incremento en la capacidad de la vejiga o un despertar espontáneo. Sin embargo si a estas indicaciones de efectividad no sigue un decremento en la conducta de mojar, debe ser seleccionada otra técnica de tratamiento.

El tiempo transcurrido que debe ser permitido antes de seleccionar un segundo tratamiento es arbitrario pero depende de cual tratamiento está siendo evaluado. Cuando se usa la alarma de orina se debe de esperar más de seis semanas de tratamiento antes de que se elimine la enuresis. Si se usa el procedimiento de entrenamiento de control de retención o el de la cama seca, cuando la técnica es efectiva debe de esperarse un decremento de la conducta de mojar la cama en el transcurso de cuatro a seis semanas. Campbell (1970) sugiere que si el tratamiento no tiene éxito después de tres meses de implantado, deben de hacerse más exámenes urológicos.

Ya que la recaída de el problema de la enuresis puede ser de un 30% de probabilidades (Doleys) una parte esencial de la evaluación es un periodo de seguimiento mínimo de tres meses, aunque Dische (1971) recomienda un tiempo de dos años. Durante el seguimiento se registra únicamente la frecuencia de la conducta de mojar la cama, sin embargo si se trata de un segundo tratamiento deben volver a registrarse -- las otras medidas como el tamaño de la mancha, etc. (citados por Ciminero y Doleys, 1976).

4.6 Análisis crítico de la investigación acerca de la enuresis

Debido al amplio y variado material dentro de nuestra parte teórica quisieramos hacer un análisis de algunas de aquellas investigaciones que se han hecho en relación con la enuresis.

En general nos parece que la mayor parte de los estudios realizados adolecen de serias deficiencias ya sea teóricas o metodológicas. Así algunos de los reportes elaboran simplemente las expectativas de una teoría clínica pero no llevan a cabo ningún estudio empírico, por Ej. en el estudio realizado por A. Nilsson, P.E. Almgren, E.M. Kohler y L. Kohler acerca de la importancia de la personalidad y las actitudes maternas, se quiso ver cual era la relación que existía entre la enuresis y los conflictos profundos de la madre de importancia fundamental para la futura relación entre ésta y el hijo. Los resultados no dejan de ser interesantes ya que nos muestran mucha de la dinámica del problema de la enuresis y de la relación existente entre madre e hijo que puede ser decisivas para tener o no un hijo enurético, sin embargo no son resultados que se puedan apoyar empíricamente ya que se trata de observaciones subjetivas y que pueden variar mucho de investigación a investigación, además de que habría que definir con precisión ciertos términos usados como "síntomas neuróticos", "similitud con el padre" etc.

Otros estudios emplean métodos de investigación poco confiables y válidos por lo que sus conclusiones no pueden

ser aceptadas como es el caso de Harold P. Blum cuyo estudio se basa en datos de psicoanálisis de una madre de 3 niños enuréticos y de como éstas dirigen y reforzaban la enuresis de sus hijos.

Y finalmente otros estudios realizados adecuadamente en el trabajo empírico pero carecen de un marco teórico adecuado tal es el ejemplo de un estudio realizado por --- Sigurjón Bjornsson acerca de la enuresis en la niñez que aún cuando se llevó a cabo empleando una muestra numerosa de sujetos (1098 niños de 5 a 15 años) es un estudio típicamente correlacional en el cual se incluyeron en nuestra opinión variables que no se pueden considerar como determinantes de la enuresis tales como CI y clase socio-económica por lo cual las conclusiones del autor no ayudan a esclarecer el problema.

Estos a nuestro juicio son los tres principales puntos de análisis que nosotros podemos hacer acerca de las investigaciones realizadas.

5. M E T O D O

5.1 Diseño de la investigación

La revisión de la literatura aunada a la falta de estudios en niños mexicanos ha mostrado la necesidad de -- realizar un estudio sobre los factores que en forma más frecuente han sido asociados con la enuresis.

Para tal fin se empleó un diseño de dos grupos, uno de niños no enuréticos comparado con otro de enuréticos y apareados por nivel socio-económico, en los cuales se aplicó un cuestionario especialmente elaborado para detectar los factores asociados al origen de la enuresis y los factores de -- stress que la mantienen.

5.2 Sujetos

Se emplearon sujetos de ambos sexos, 40 sujetos no enuréticos y 40 enuréticos, en edades comprendidas entre 6 y 9 años de edad de nivel socio-económico medio-alto, y sin algún padecimiento orgánico que pueda inducir a la enuresis.

5.3 Material e instrumentos

Se elaboró un cuestionario que consta de 5 --- áreas y de 59 preguntas. Las áreas que se midieron en ésta -

investigación son: factores maduracionales; rasgos de personalidad del niño tales como dependencia, independencia, capacidad de adaptación, agresividad, inhibición, miedos, angustias (miedo al abandono); situaciones de stress como divorcio, llegada de un nuevo hermano, separaciones (muertes, hospitalización, institucionalización, viajes, etc.), enfermedades, cambios radicales en el medio ambiente, y por último las áreas correspondientes al entrenamiento y al tratamiento. El cuestionario consta de 59 preguntas que fueron elaboradas especialmente para este fin, con bases en la parte teórica (ver Apéndice A). Las preguntas se contestaron de varias formas - escogiendo entre dos o más opciones, entre sí y no, y algunas otras con frases cortas, dependiendo del área de la que se trataba.

5.4 Procedimiento

Todas las respuestas o las preguntas abiertas fueron clasificadas en un número reducido de categorías no mayor de cinco, a las cuales se les asignaron valores numéricos del 1 al 5 como correspondió para que pudieran ser objeto de análisis cuantitativo.

El propósito de la investigación fué explicado a padres, psicólogos, directores, etc., habiéndose hecho la aplicación en forma individual.

6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Resultados

Para comparar las frecuencias de respuestas de los niños enuréticos y los niños normales en las diferentes preguntas del cuestionario se usó la prueba ji cuadrada.

$$\chi^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \quad \begin{array}{l} f_o = \text{frecuencia observada} \\ f_e = \text{frecuencia esperada} \end{array}$$

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de enuréticos y el de normales usando la prueba χ^2 en las siguientes preguntas: 16, 17, 19, 23 y 52.

El nivel de significación fue de .05 en las preguntas 16, 17 y 23 mientras que en la pregunta 19 el nivel fue de .025 y en la 52 de .02. Además el valor de χ^2 se aproximó a la significación estadística en las preguntas 21, 48 y 50 ya que el nivel de probabilidad fue menor que .10.

A continuación se presentan las tablas de frecuencias observadas y esperadas de las respuestas a las preguntas del cuestionario. La frecuencia esperada aparece entre paréntesis. Asimismo se presentan las frecuencias marginales para cada una de las columnas e hileras de la tabla y el valor de ji cuadrada.

Tabla 1 Pregunta 16

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|---------|-----------|----------|---------|----|
| Enuréticos | 2 (2.0) | 23 (28.5) | 11 (7.0) | 4 (2.5) | 40 |
| Normales | 2 (2.0) | 34 (28.5) | 3 (7.0) | 1 (2.5) | 40 |
| | 4 | 57 | 14 | 5 | 80 |

$$\chi^2 = 8.84922$$

Como puede observarse en este cuadro los enuréticos superaron a los normales en la frecuencia con que se reportó llanto más allá de lo normal y exagerado.

Tabla 2 Pregunta 17

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|-----------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 12 (15.0) | 15 (17.0) | 7 (4.0) | 6 (4.0) | 40 |
| Normales | 18 (15.0) | 19 (17.0) | 1 (4.0) | 2 (4.0) | 40 |
| | 30 | 34 | 8 | 8 | |

$$\chi^2 = 8.17058$$

Como se puede observar en esta pregunta los enuréticos presentan un mayor índice respecto a la conducta de hacer berrinches que los normales siendo la significación de -- .05.

Tabla 3 Pregunta 19

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|-----------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 22 (21.5) | 10 (14.5) | 4 (2.0) | 4 (2.0) | 40 |
| Normales | 21 (21.5) | 19 (14.5) | 0 (2.0) | 0 (2.0) | 40 |
| | 43 | 29 | 4 | 4 | 80 |

$$\chi^2 = 10.81630$$

En la pregunta # 19 en donde se ve como respon de el niño ante una situación nueva el indice en cuanto al - mal humor, llanto y tratar de retirarse es mucho mayor en los niños enuréticos que en los niños normales.

Tabla 4 Pregunta 23

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|-----------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 21 (23.0) | 8 (10.5) | 4 (2.5) | 7 (4.0) | 40 |
| Normales | 25 (23.0) | 13 (10.5) | 1 (2.5) | 1 (4.0) | 40 |
| | 46 | 21 | 5 | 8 | 80 |

$$\chi^2 = 7.83829$$

En cuanto a la pregunta # 23 que se refiere a - la separación de los padres cuando salen de la casa el nivel - de angustia de los niños enuréticos es mucho más exagerado que en los normales.

Tabla 5 Pregunta 52

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|----|
| Enuréticos | 1 (1.0) | 17 (11.0) | 5 (3.5) | 13 (18.0) | 4 (6.5) | 40 |
| Normales | 1 (1.0) | 5 (11.0) | 2 (3.5) | 13 (18.0) | 9 (6.5) | 40 |
| | 2 | 22 | 7 | 36 | 13 | 80 |

$$\chi^2 = 12.53180$$

Referente a esta pregunta en donde se ve el tipo de entrenamiento, se puede observar que en los niños enuréticos el castigo fue usado con mucha más frecuencia que en los niños normales.

Tabla 6 Pregunta 21

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|---------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 22 (25.5) | 7 (7.5) | 7 (4.5) | 6 (3.5) | 40 |
| Normales | 29 (25.5) | 8 (7.5) | 2 (4.5) | 1 (3.5) | 40 |
| | 51 | 15 | 9 | 7 | |

$$\chi^2 = 7.37663$$

En este cuadro en que se observa la frecuencia de los miedos nocturnos, aunque la significación únicamente fue de .10 si se observa que el nivel de probabilidad es mayor para los niños enuréticos que para los niños normales.

Tabla 7 Pregunta 48

| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|----------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 22 (26.5) | 10 (9.0) | 3 (1.5) | 5 (3.0) | 40 |
| Normales | 31 (26.5) | 8 (9.0) | 0 (1.5) | 1 (3.0) | 40 |
| | 53 | 18 | 3 | 6 | 80 |

$$\chi^2 = 7.41718$$

Otra de las preguntas donde se encontró una -- significación de .10 a favor de los enuréticos en relación -- con los normales es la 48 que se refiere a que si algún miembro de la familia fué o es enurético.

Tabla 8 Pregunta 50

| | 1 | 2 | 3 | |
|------------|-----------|---------|---------|----|
| Enuréticos | 32 (31.0) | 8 (6.5) | 0 (2.5) | 40 |
| Normales | 30 (31.0) | 5 (6.5) | 5 (2.5) | 40 |
| | 62 | 13 | 5 | |

$$\chi^2 = 5.75681$$

Y por último en la pregunta # 50 que dice --- ¿Quien fue la persona que se encargó de enseñarle al niño a ir al baño?, se encontró una significación de .10 en que los enuréticos superan a los normales que indica que un porcentaje mayor de niños enuréticos fue entrenado por instituciones o nanas.

Se ha podido observar en los cuestionarios aplicados a las madres de niños enuréticos diferentes respuestas - que consideramos importantes mencionar ya que éstas nos proporcionan datos interesantes acerca del problema de la enuresis.

Existe un 42.5% de padres de niños enuréticos - que han solicitado diferentes estudios para ver la posible -- existencia de causas orgánicas o fisiológicas que determinen - el que el niño no pueda contener la orina. Los estudios realizados por dichos padres son en general: estudios urológicos, - encefalogramas, urografías, radiografías, examen general de - orina, orina minutada, pielograma endoveno, antropometrias, análisis de sangre clínicos y psicológicos. Los resultados de dichos exámenes no mostraron ninguna causa orgánica o fisiológica.

La falta de control de orina ocurrió en un 80% de los niños durante la noche y en un 15% durante el día y la noche. No se observó ningún tipo de enuresis diurna. Únicamente el 17.5% de los niños se orinaba siempre en presencia de la misma persona, y el 57.5% con diferentes personas; el 25% - ocurría siempre en el mismo lugar y el 62.5% en lugares diferentes. Los porcentajes restantes corresponden a sujetos que no contestaron a la pregunta.

Del monto total de niños enuréticos el 57.5% - correspondió a la enuresis primaria y el 42.5% a la enuresis de tipo secundaria, el 75% fué del sexo masculino y el 25% -- del sexo femenino.

En los niños con incontinencia secundaria el volverse a "hacer pipí" después de haber logrado su control durante algún tiempo, coincidió en un 5.2% con alguna situación particular entre las que se encuentran: el nacimiento de un nuevo hermano, la pérdida de una sirvienta querida para el niño, divorcio de los padres, cambio de casa, enfermedad, viaje de los padres y presiones escolares.

En cuanto a tratamientos que ha recibido el niño, a un 4.8% se le administraron medicamentos (Tofranyl, Evadyne, Donatal, Melleril, Norpramin, Tegretol, Tryptanol, Sulphor, (homeopatía), y el 4.8% de los sujetos asistió a terapia de tipo psicológico.

Los datos recopilados sobre la opinión de los padres de niños enuréticos acerca de que creían que influya o provocaba el hábito de la enuresis se resumen de la siguiente manera: es una forma de llamar la atención, problemas fisiológicos, flojera de levantarse en las noches, el ser el más pequeño después de varios hermanos y de varios años por lo consiguiente el consentido, por imitación, por frío, ausencia del padre, causas orgánicas aún no descubiertas, divorcio de los padres, celos, ansiedad, regaños, comparaciones con otros niños, carencias económicas, miedos, distracción, angustia e inseguridad en la madre, inmadurez emocional, rebeldía, angustia al entrenamiento para ir al baño, etc.

Además del análisis con ji cuadrada utilizado para comparar las respuestas de los enuréticos y los no enuréticos

ticos a las preguntas del cuestionario, se elaboraron gráficas de barras para aquellas preguntas que de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada señalaban factores relacionados con la enuresis (ver Apéndice B).

6.2 Discusión y Conclusiones

Existen factores en los cuales se encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños enuréticos y normales, acerca de los cuales se pueden mencionar: un llanto exagerado, berrinches más allá de lo normal, respuestas de mal humor y evasivas ante situaciones nuevas.

Este tipo de conducta presentada por los niños enuréticos coincide con lo descrito en las investigaciones -- realizadas por Kanner (citado por Muñoz, 1968) y Nilsson et. al. (1973).

Igualmente, es importante mencionar el sentimiento de angustia que presenta en un grado elevado el niño enurético cuando sus padres van a salir de su casa, no soportando estar separado y teniendo miedo a ser abandonado, sentimiento que es parte de las tres condiciones necesarias para la persistencia de la enuresis postuladas por Benjamin et. al. en 1968.

El tipo de entrenamiento parece también ser un factor que influye en la aparición de la enuresis. Se encontró que en el grupo de niños enuréticos las madres utilizaban

un tipo de entrenamiento aversivo como lo es el amarrar a sus hijos en la bacinica, darles nalgadas, castigos y reprimendas verbales, lo cual coincide con el tipo de actitud negativa - hacia el hijo en el entrenamiento de niños enuréticos encontrada por Benjamin et. al. (1968), con una ansiedad elevada - debido a una actitud emocional fría de la madre observada por Sears, Maccoby y Levin (citados por Stehbens, 1970) y con la falta de tolerancia materna vista por Schwidder (citado por -- Bjornsson, 1973) y el regaño y los golpes como castigo desc^{ri}to por Mc Donald (1978).

Se encontró en el grupo de niños enuréticos -- que un 45% de ellos tenfa ó tiene algún familiar con enuresis. Esta cifra se aproxima a las encontradas por Kolvin et. al. - (1972) quienes hablan de un 60% en una muestra de 44 familias de niños enuréticos y las mencionadas por Hallgren (1957) -- quien habla de un 39%.

No se encontraron diferencias en algunos factores que podfan haber sido significativos, como lo son el naci^miento de un nuevo hermanito como factor desencadenante, la agresividad mostrada por el niño, situaciones de stress como enfermedades, muertes cercanas al niño, cambios de casa o de país y/o accidentes.

En cuanto al nacimiento de un nuevo hermano no se encontraron diferencias probablemente debido a que el 40% de los niños enuréticos de nuestra muestra eran hijos menores ó únicos.

La agresividad mostrada por el niño si se desea investigar debe de ser mejor analizada, elaborando más -- preguntas enfocadas directamente a ésta área.

Los factores desencadenantes de stress aunque fueron investigados, en nuestros sujetos no fueron relevantes.

Finalmente de acuerdo con la revisión bibliográfica y la investigación realizada acerca de la enuresis se concluye que ésta es considerada no como una enfermedad sino como un síntoma, siendo las causas que la configuran multifactoriales en donde aunque una de ellas no esté presente el problema se sigue dando.

6.3 Recomendaciones

A lo largo de esta investigación se han encontrado ciertas limitaciones en cuanto a la aplicación del --- cuestionario entre las cuales se pueden mencionar una falta - de cooperación de los padres y actitudes evasivas quizá provocadas por la angustia y la culpa que el tema les ocasionaba.

También se observó que se cometieron ciertos - errores en la elaboración de algunas preguntas como es el caso de la pregunta # 24 en donde se debió de especificar si -- los padres están divorciados o separados, ya que muchas veces entendían por separados una separación temporal y no una ruptura definitiva.

En la pregunta # 28 se tendría que haber quitado "días de la semana" y especificar que es frecuente y que es casi nunca, ya que las respuestas fueron muy ambiguas.

En la pregunta # 47 se debió de haber eliminado lo que está entre paréntesis en donde se sugieren las actividades que los padres y los hijos realizan juntos y dejar -- que ellos mencionen sus propias actividades.

Otro ejemplo se encuentra en la pregunta # 51 en donde se debió de haber preguntado a que edad se empezó a entrenar al niño.

En cuanto a la pregunta # 52 que dice ¿Cuándo el niño no logra controlar los esfínteres y se orina en los calzones, usted que le decía (palabras textuales y/o forma de castigarlo)?, las palabras entre paréntesis son confusas ya que varios padres solían darlas como respuesta sin agregar -- nada más.

Para futuras aplicaciones se sugiere aumentar el tamaño de las muestras de niños normales y enuréticos de tal forma que se disponga de 100 niños por lo menos en cada grupo de niños.

Asimismo será conveniente replicar el estudio en niveles socio-económicos medios y bajos ya que es posible que otros factores no considerados hasta ahora contribuyan a la aparición del problema en éstos niveles socio-económicos.

R E F E R E N C I A S

- Anónimo, "Causes of enuresis". British Medical Journal, Apr. (1969); vol. 2; num. 5649; pag. 63-64.
- Benjamin L.S., Stover D.O., Geppert T. V., Pizer E.F., Bundy J., "The relative importance of psychopathology, training procedure, and urological pathology in nocturnal enuresis". - Child Psychiatry and Human Development. (1971); Vol. 1; num. 4; pag. 215-232.
- Bjornsson S., "Enuresis in childhood". Scandinavian Journal of Educational Research (1973); vol. 17; num. 3; pag. 63-82.
- Blum H.P., "Maternal psychopathology and nocturnal enuresis". Psychoanalytic Quarterly, Oct. (1970); vol. 39; num. 4; pag. 609-619).
- Ciminero A. R. and Doleys D.M., "Childhood enuresis: considerations in assessment". Journal of Pediatric Psychology Medical Diagnosis Children Posttreatment, (1976); vol. 4; num. 1; pag. 17-20.
- Daniels M., "Enuresis, body language, and the positive aspects of the enuretic act". American Journal of Psychotherapy, Oct. (1971); vol. 25; num. 4; pag. 564-578.
- Doleys D.M. and Ciminero A.R., "Childhood enuresis: considerations in treatment". Journal of Pediatric Psychology (1976); vol. 4; num. 1; pag. 21-23.
- Essen J., Peckham C., "Nocturnal enuresis in childhood". Development Medicine and Child Neurology. (1976); vol. 18;

Num. 5; pag. 577-589.

Faschingbauer R., "Enuresis: Its nature, etiology, and treatment: A review of the literature, 1924-1970". Catalog of Selected Documents in Psychology (1975); vol. 5; num. 5; pag. 194-195.

Freeman E.D., "The treatment of enuresis: an overview". International Journal of Psychiatry in Medicine (1975); vol. 6; num. 3; pag. 403-412.

Fritz G.K. and Anders T.F., "Enuresis: the clinical application of an etiologically based classification system". Child Psychiatry and Human Development (1979); vol. 10; num. 2; pag. 103-113.

Halverstadt D. B., "Medical aspects and assessment of enuresis". Journal of Pediatric Psychology (1976); vol. 4; num. 1; pag. 13-14.

Kolvin, I.; Taunch J.; Currah J.; Garside R.F.; Nolan J.; Shaw W.B., "Enuresis: a descriptive analysis and a controlled trial". Development Medicine and Child Neurology. Dec. (1972); vol. 14; num. 6; pag. 715-726.

McDonald J. E., "Enuresis: a social problem". Child Study Journal (1978); vol. 8; num. 4; pag. 235-241.

McDonald J.E. and Trepper T., "Enuresis and historical, cultural and contemporary account of etiology and treatment". Psychology in the school, July (1977); vol. 14; num. 3; pag. 308-314.

Mac Keith R., "A frequent factor in the origins of primary -- nocturnal enuresis: anxiety in the third year of life". --- Development Medicine and Child Neurology, (1968); vol. 10; -- num. 4; pag. 465-470.

Muñoz Bautista C., "Enuresis: correlato clínico-electroencefalo gráfico". Revista de Neuro-Psiquiatría, Dic. (1968); vol. 31; num. 4; pag. 277-289.

Nilsson A., Almgren P.E., Kohler E.M. and Kohler L., "Enure-- sis: the importance of maternal attitudes and personality". - Acta pshychiatrica Scandinavica, (1973); vol. 49; num. 2; pag. 114-130.

Scott J.W., "Enuresis - A psychosomatic entity?". Canadian Medical Association Journal, (1967); vol. 97; num. 7; pag. 319-327.

Silberstein R.M. "Enuresis: a controversial problem in child psychiatry". Slow Learning Child, March (1972); vol. 19; num. 1; pag. 53-59.

Stebbens J.A., "Enuresis in school children". Journal of School Psychology (1970); vol 8; num. 2; pag. 145-151.

A P E N D I C E A

C U E S T I O N A R I O

- 1.- Sexo _____
- 2.- Fecha de nacimiento _____ Edad _____
- 3.- Escuela a la que asiste _____
Grado Escolar _____
- 4.- ¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿De qué sexo son?
_____ ¿Qué edades tie-
nen? _____
- 5.- ¿Cuánto pesó al nacer?
(a) menos de 2 Kgs.
(b) de 2 a 2.5 Kg.
(c) de 2.5 a 4 Kgs.
(d) más de 4 Kg.
- 6.- ¿A qué edad empezó su hijo a caminar?
(a) antes de los 15 meses
(b) Entre los 16 y 18 meses
(c) Después de los 18 meses (especificar edad) _____
- 7.- ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con frases completas?
(a) antes de los 24 meses
(b) después de los 24 meses (especificar edad) _____

- 8.- ¿Cuál es la edad del padre del niño? _____
¿Cuál es la edad de la madre? _____

9.- Escolaridad de los padres: Padre: _____

Madre: _____

10.- ¿Tiene casa propia? _____

11.- ¿Tiene coche propio? _____

12.- ¿Cómo fue el parto? (normal, cesárea; condiciones; a término, etc. _____

13.- ¿Se le han hecho estudios al niño para ver la posible existencia de causas ya sean fisiológicas u orgánicas - que determinen el que el niño no pueda contener la orina?

SI () NO ()

14.- ¿Qué tipos de estudios? _____

15.- ¿Cuáles fueron los resultados obtenidos? _____

Encierre en un círculo el número que mejor explique la conducta de su hijo en cada una de las situaciones a continuación presentadas:

| | No existe | Normal | Más de lo normal | Exagerado |
|---|-----------|--------|------------------|-----------|
| 16.- El llanto de su hijo es | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17.- Hace berrinches (tiene explosiones de ira, llanto, grita después de no conseguir lo que quiere, pateo, se tira al suelo, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18.- Habla deteniendo la respiración (de repente deja de | 0 | 1 | 2 | 3 |

No existe Normal Más de lo Exagerado
normal

respirar, generalmente a -
la mitad del llanto; fre-
cuentemente el niño se po-
ne "azul").

19.- Ante una situación nueva -- 0 1 2 3
el niño responde con remil-
gos, mal humor, llanto y -
tratando de retirarse.

20.- Es agresivo (con frecuencia 0 1 2 3
usa la violencia para arre-
batar objetos o juguetes -
de otros niños, pega, muer-
de, pateo, destruye, inter-
fiere en los juegos de ---
otros niños o se comporta -
de forma cruel con animales
y la gente).

21.- Tiene miedos nocturnos (se 0 1 2 3
levanta o llora en la no-
che, pide la presencia de
un adulto más de dos veces
a la semana por un período
de dos meses o más; pide -
que se le prenda la luz).

No existe Normal Más de lo Exagerado
normal

22.- Es un niño muy activo, incapaz de sentarse tranquilo por un tiempo moderado, -- "siempre está en marcha", es intranquilo.

23.- El niño lloró o se angustia cuando sus padres van a salir de su casa, no soporta estar separado de la madre ó el padre y se comporta como si tuviera miedo de ser abandonado.

24.- ¿Ustedes están divorciados ó separados?

SI ()

NO ()

25.- ¿Qué edad tenía el niño cuando esto sucedió?

26.- ¿Han estado ustedes separados de su hijo durante un periodo de más de tres meses?

SI ()

NO ()

27.- ¿Qué edad tenía el niño? _____

28.- ¿Con qué frecuencia se separan de su hijo durante los días de la semana debido a actividades fuera del hogar, estudios de algún padre, viajes, etc.? _____

29.- ¿Cuál fué la reacción del niño ante el nacimiento del -
nuevo hermanito?

- (a) agresión
- (b) indiferencia
- (c) agrado
- (d) coraje
- (e) otras _____

30.- ¿Ha tenido enfermedades graves su hijo?

SI () NO ()

31.- ¿Qué edad tenía el niño? _____

32.- ¿Ha muerto alguna persona cercana al niño?

SI () NO ()

33.- ¿Qué persona era? _____

34.- ¿Qué edad tenía su hijo cuando esa persona murió? _____

35.- ¿Han tenido ustedes que salir de un país o ciudad para
irse a vivir a otro lugar?

SI () NO ()

36.- ¿Qué edad tenía su hijo cuando ocurrió el cambio? _____

37.- ¿Ha estado su hijo internado en una institución (guarde-
rías, internados, etc.)?

SI () NO ()

38.- ¿En qué institución? _____

39.- ¿Qué edad tenía el niño? _____

40.- ¿Cuánto tiempo? _____

41.- ¿Ha sufrido su hijo algún accidente ó herida que le haya impactado?

SI () NO ()

42.- ¿Qué tipo de herida o accidente? _____

43.- ¿Qué edad tenía cuando ésto ocurrió? _____

44.- ¿El niño ha necesitado ser hospitalizado?

SI () NO ()

45.- ¿Qué edad tenía su hijo? _____

46.- ¿Cuánto tiempo al día pasan ustedes con su hijo, (madre, padre)? _____

47.- ¿Cuándo están juntos qué es lo que hacen (jugar, ver T.V., pasear, ayudarlo en su tarea, etc.)? _____

48.- ¿Alguno de los miembros de su familia (padre, madre, hermanos) se hacía pipí o se sigue haciendo (después de los 5 años de edad)? ¿Quien? _____

49.- ¿Estuvo o está actualmente alguno de los padres en psicoterapia? ¿Quien? _____

50.- ¿Quien fue la persona que se encargó de enseñarle al niño a ir al baño? _____

51.- Explique detalladamente la forma en que se llevó a cabo el entrenamiento para que el niño aprendiera a orinar - en el baño: _____

52.- ¿Cuando el niño no lograba controlar sus esfínteres y se orinaba en los calzones, usted que le decía (palabras - textuales y/o forma de castigarlo)? _____

53.- (A) Esta falta de control ocurre, siempre en el mismo lugar o en lugares diferentes _____

(B) Con la misma persona o con diferentes personas _____

(C) Se orina: () De día
() De noche
() De día y de noche

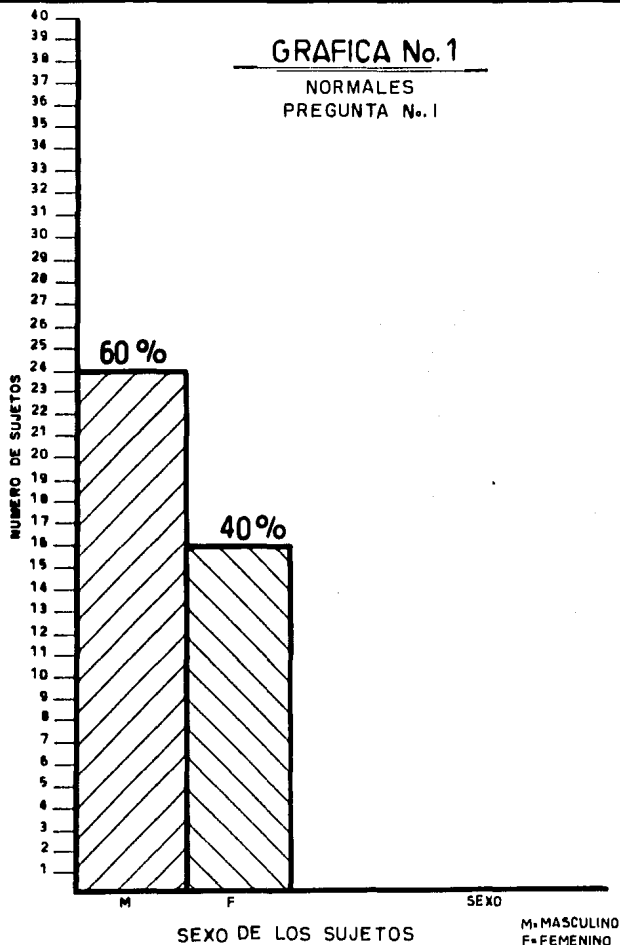
54.- ¿El niño generalmente pide "hace pipí" en tiempos espaciados regularmente de tal forma que pueden predecirse?

- 55.- ¿Cuánto espacio debe de recorrer el niño para ir de su cuarto al baño? _____
- 56.- Si el niño actualmente no controla la salida de orina, ¿La logró controlar durante algún tiempo? _____
- 57.- El volverse a "hacer pipí" después de haber logrado su control durante algún tiempo, ¿coincidió con alguna situación particular? ¿Cuál? _____

- 58.- Marque el tipo de tratamiento que ha recibido su hijo
- a), Medicamentos (cuáles) _____
- b). Terapia (con un psicólogo o psiquiatra) _____
- c). Limpias (hierbas, etc.) _____
- d). Otros _____
- 59.- ¿En su opinión que creen que influya o provoque el hábito de la enuresis? _____

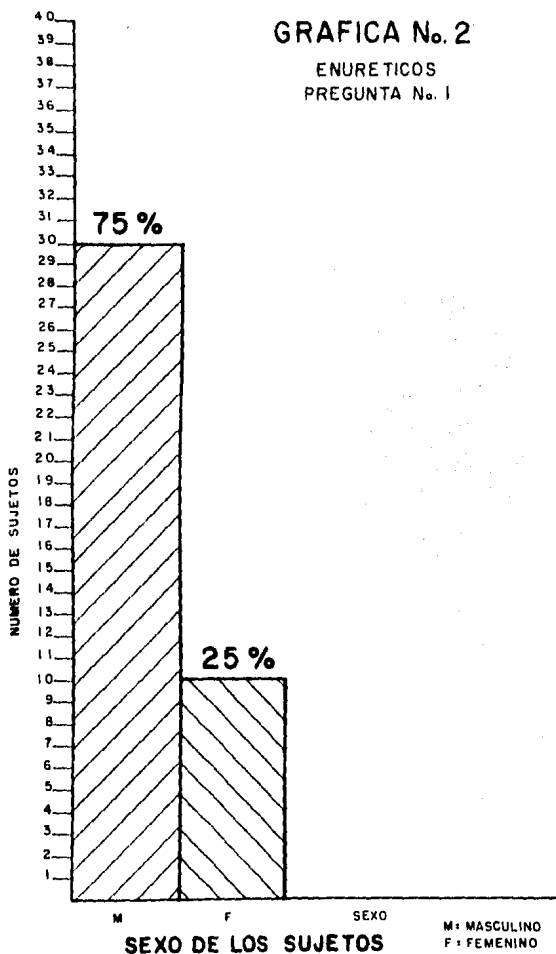
GRAFICA No. 1

NORMALES
PREGUNTA No. 1



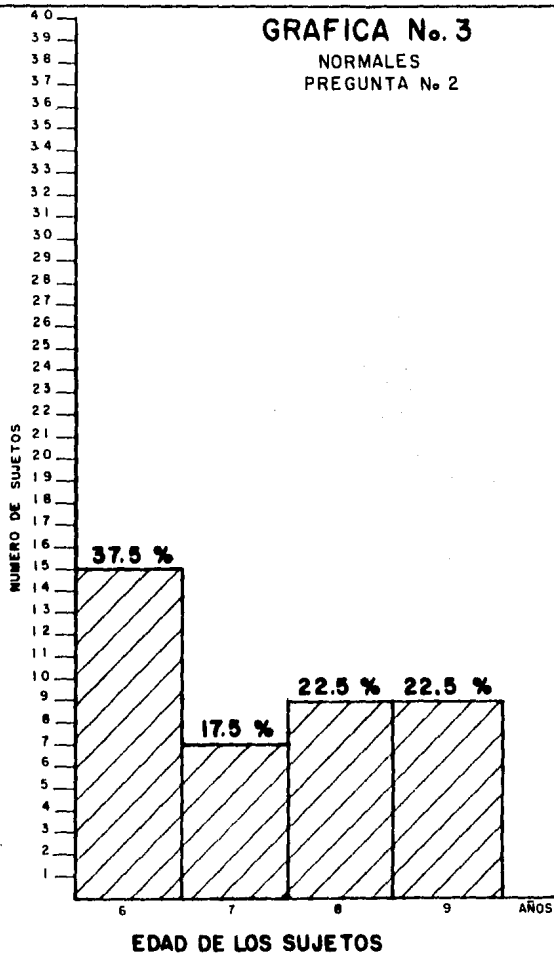
GRAFICA No. 2

ENURETICOS
PREGUNTA No. 1



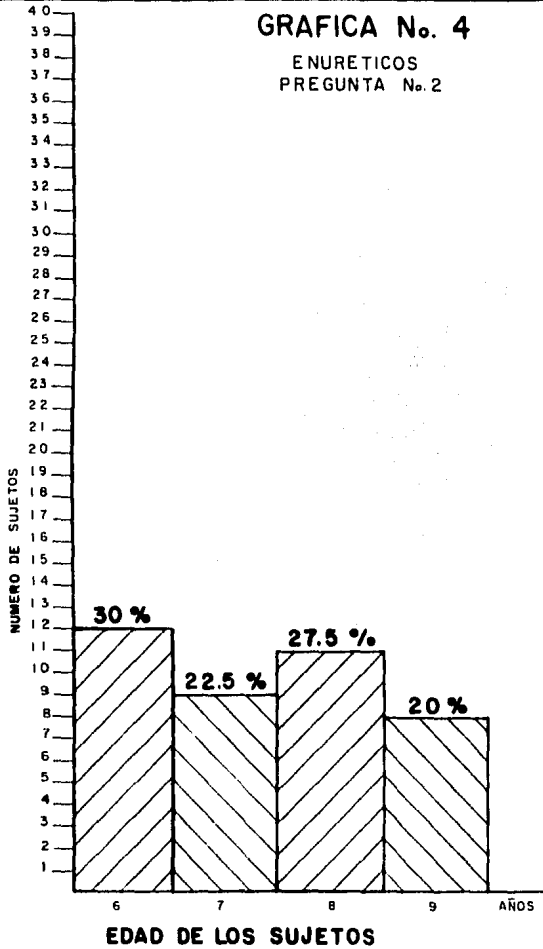
GRAFICA No. 3

NORMALES
PREGUNTA No. 2

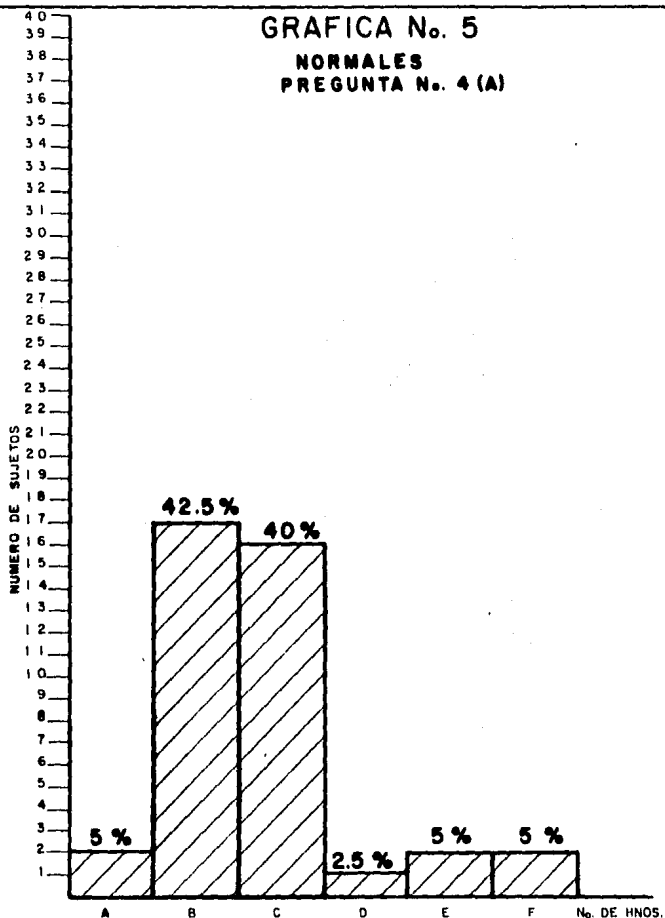


GRAFICA No. 4

ENURETICOS
PREGUNTA No. 2



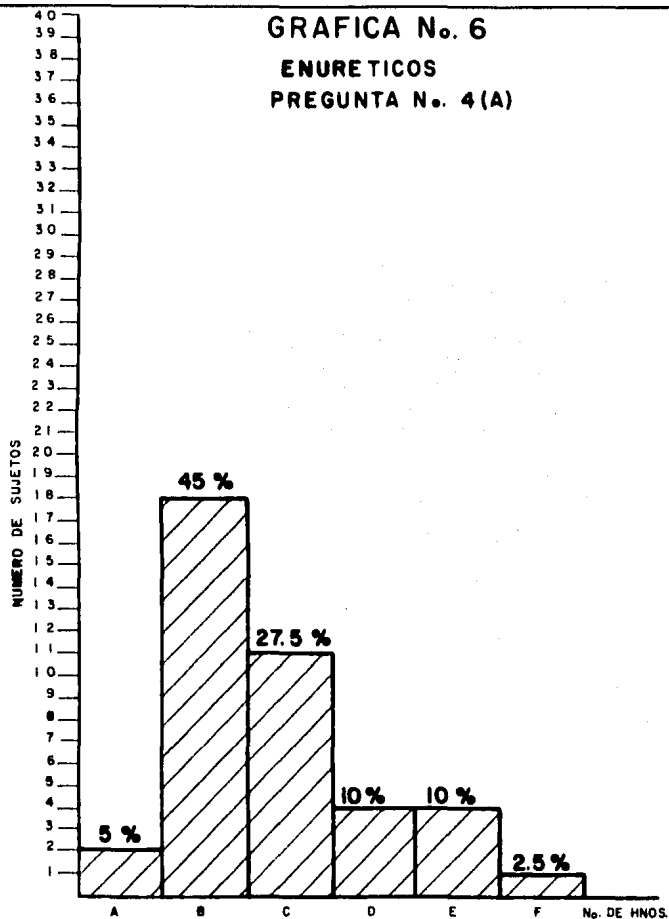
GRAFICA No. 5
NORMALES
PREGUNTA No. 4 (A)



¿CUANTOS HERMANOS TIENE ?

A: SIN HERMANO D: 3 HERMANOS
 B: 1 HERMANO E: 4 HERMANOS
 C: 2 HERMANOS F: 5 HERMANOS

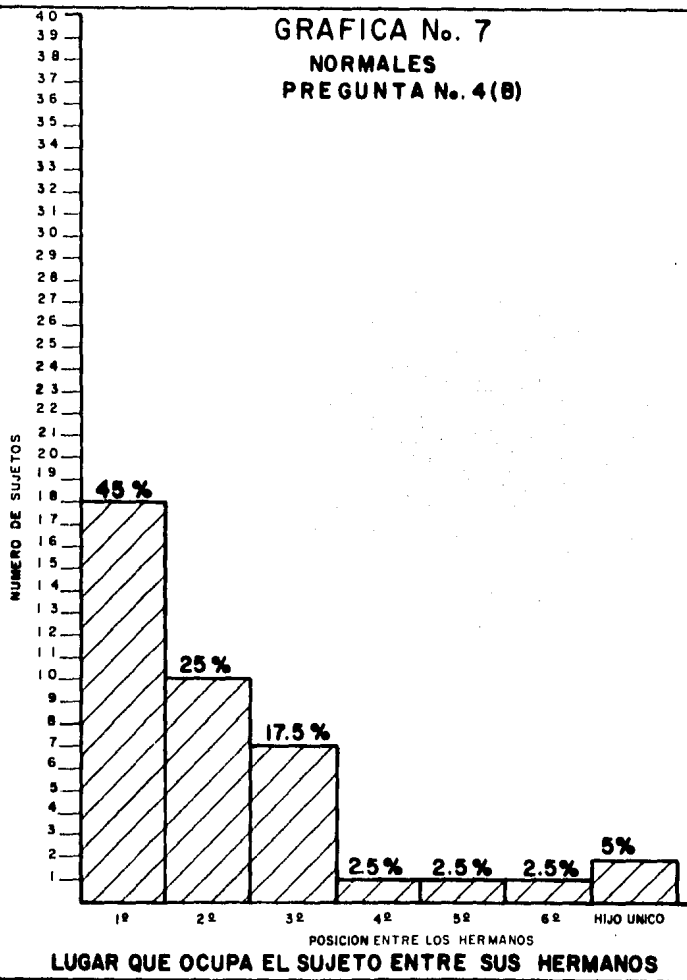
GRAFICA No. 6
ENURETICOS
PREGUNTA No. 4(A)



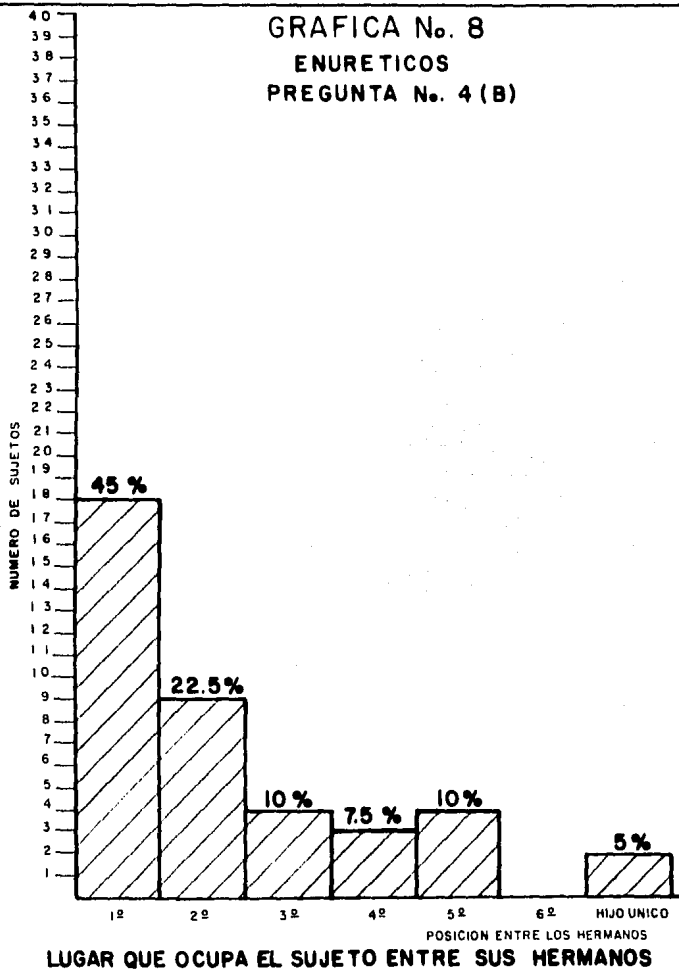
¿CUANTOS HERMANOS TIENE ?

A: SIN HERMANO D: 3 HERMANOS
 B: 1 HERMANO E: 4 HERMANOS
 C: 2 HERMANOS F: 5 HERMANOS

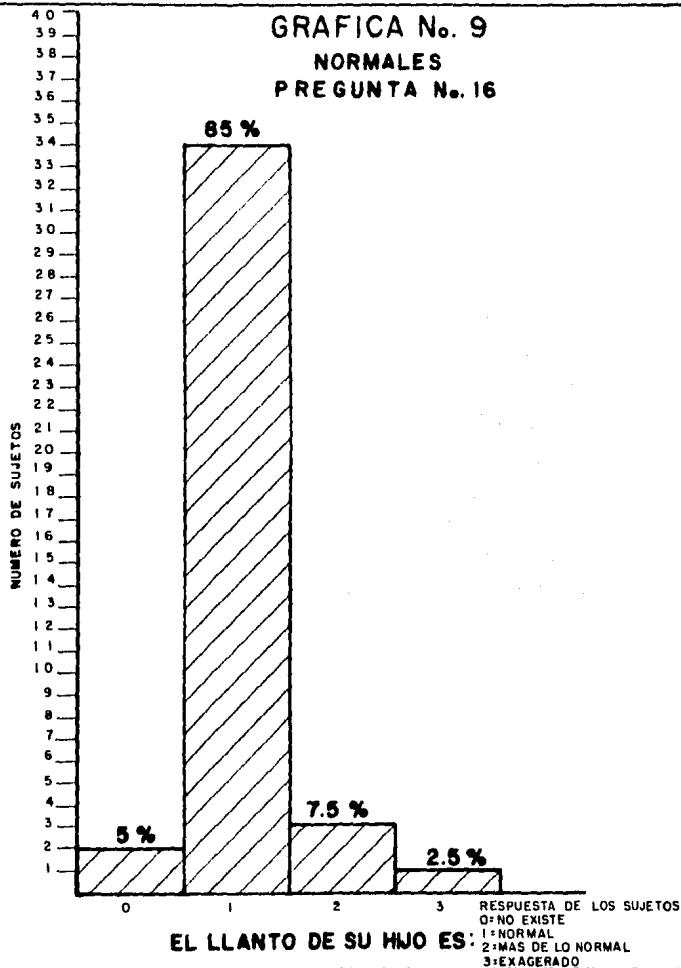
GRAFICA No. 7
NORMALES
PREGUNTA No. 4(B)



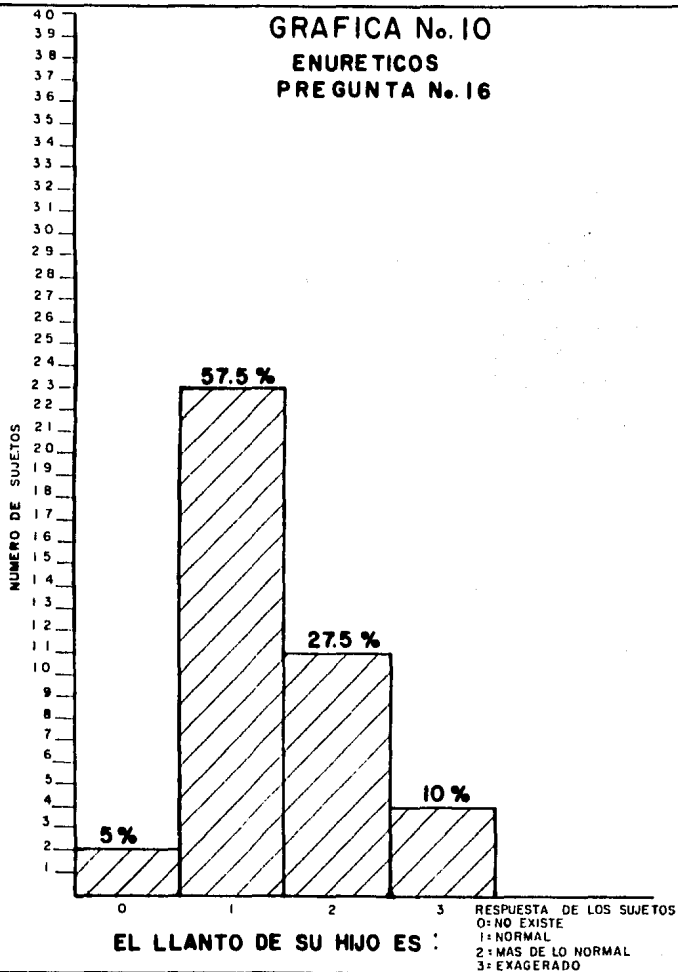
GRAFICA No. 8
ENURETICOS
PREGUNTA No. 4 (B)



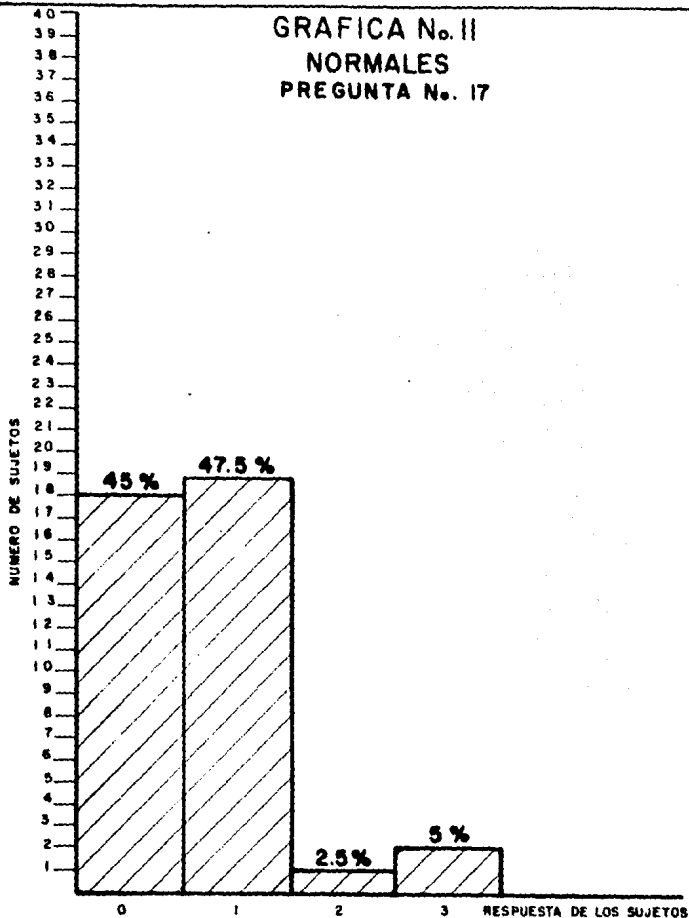
GRAFICA No. 9
NORMALES
PREGUNTA No. 16



GRAFICA No. 10
ENURETICOS
PREGUNTA No. 16



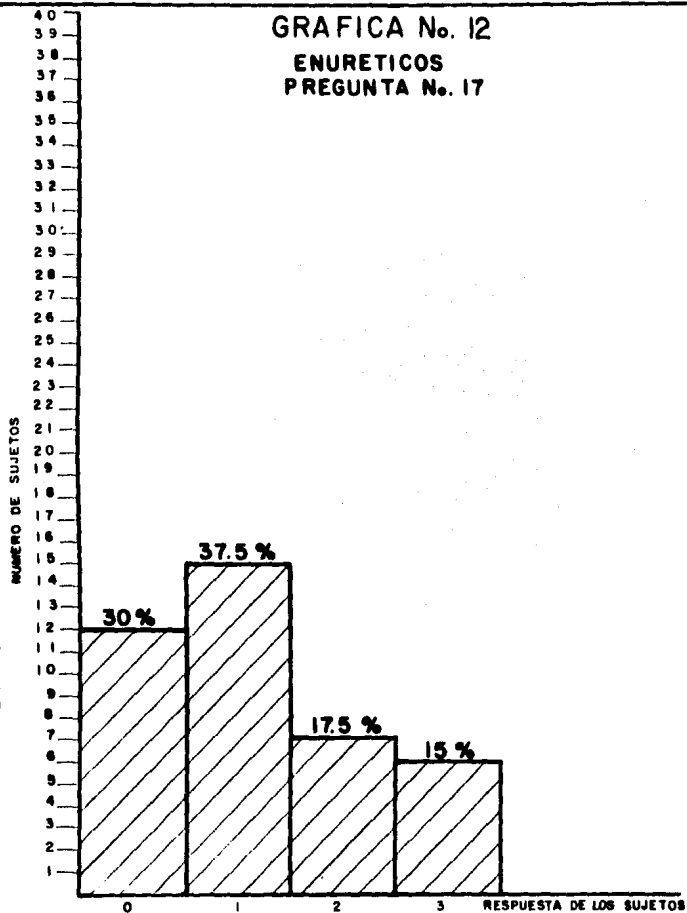
GRAFICA No. II
NORMALES
PREGUNTA No. 17



HACE BERRINCHES (TIENE EXPLOSIONES DE IRA, LLANTO, GRITA DESPUES DE NO CONSEGUIR LO QUE QUIERE, PATEA, SE TIIRA AL SUELO, ETC.): 0: NO EXISTE; 1: NORMAL; 2: MAS DE LO NORMAL; 3: EXAGERADO.

GRAFICA No. 12

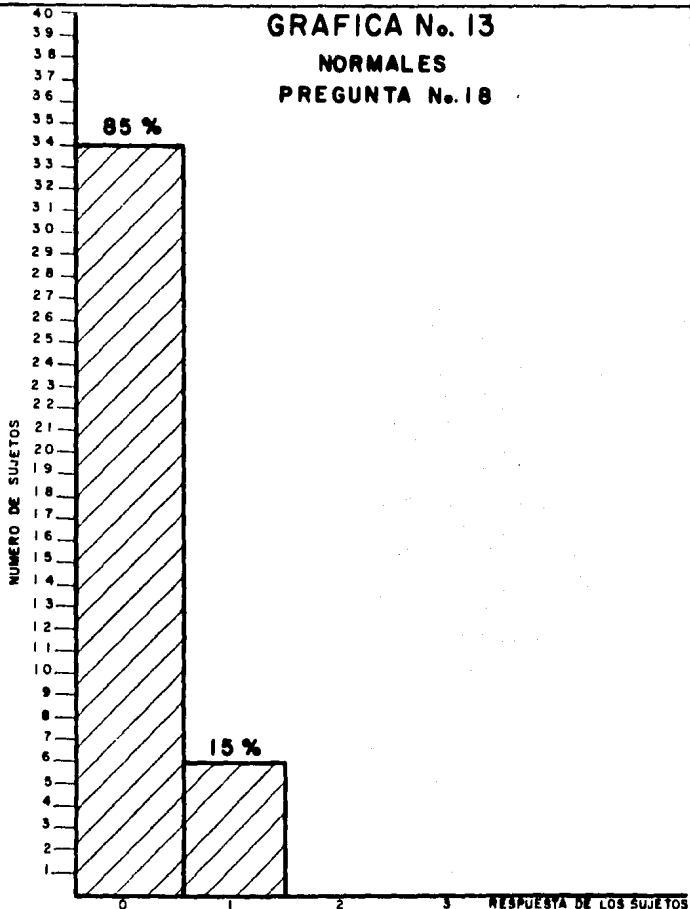
ENURETICOS PREGUNTA No. 17



HACE BERRINCHES (TIENE EXPLOSIONES DE IRA, LLANTO, GRITA DESPUES DE NO CONSEGUIR LO QUE QUIERE, PATEA, SE TIRA AL SUELO, ETC.): 0= NO EXISTE ; 1= NORMAL ; 2= MAS DE LO NORMAL ; 3= EXAGERADO.

GRAFICA No. 13

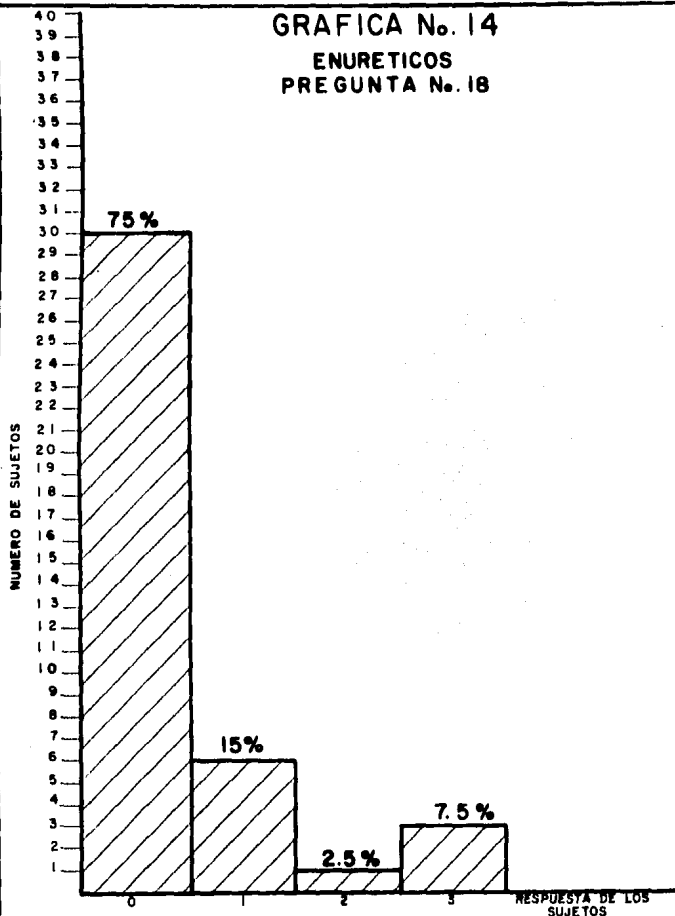
NORMALES
PREGUNTA No. 18



HABLA DETENIENDO LA RESPIRACION (DE REPENTE DEJA DE RESPIRAR, GENERALMENTE A LA MITAD DEL LLANTO; FRECUENTEMENTE EL NIÑO SE PONE "AZUL"):
0: NO EXISTE, 1: NORMAL, 2: MAS DE LO NORMAL, 3: EXAGERADO.

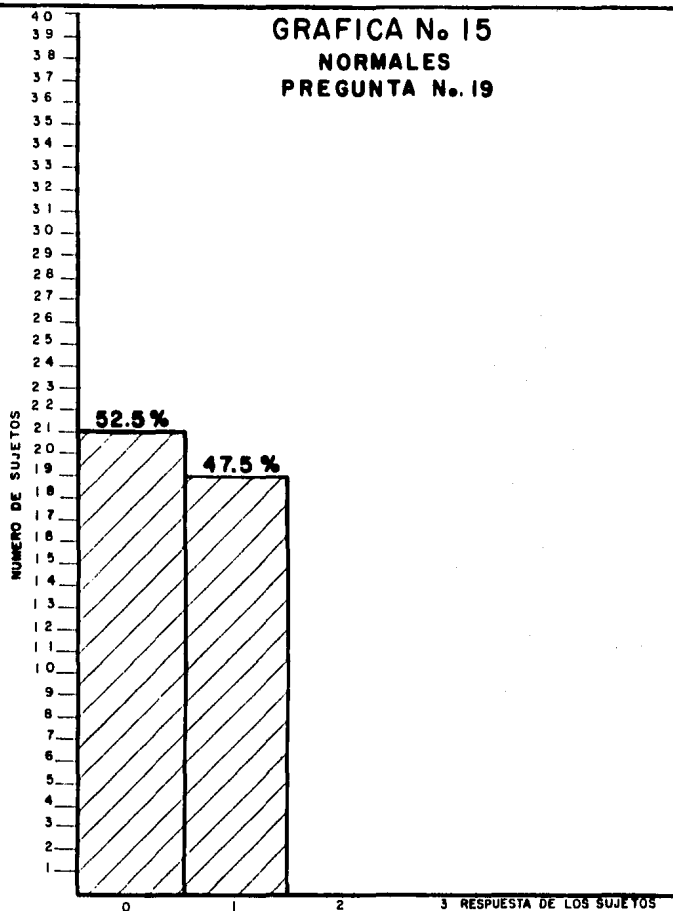
GRAFICA No. 14

ENURETICOS PREGUNTA No. 18



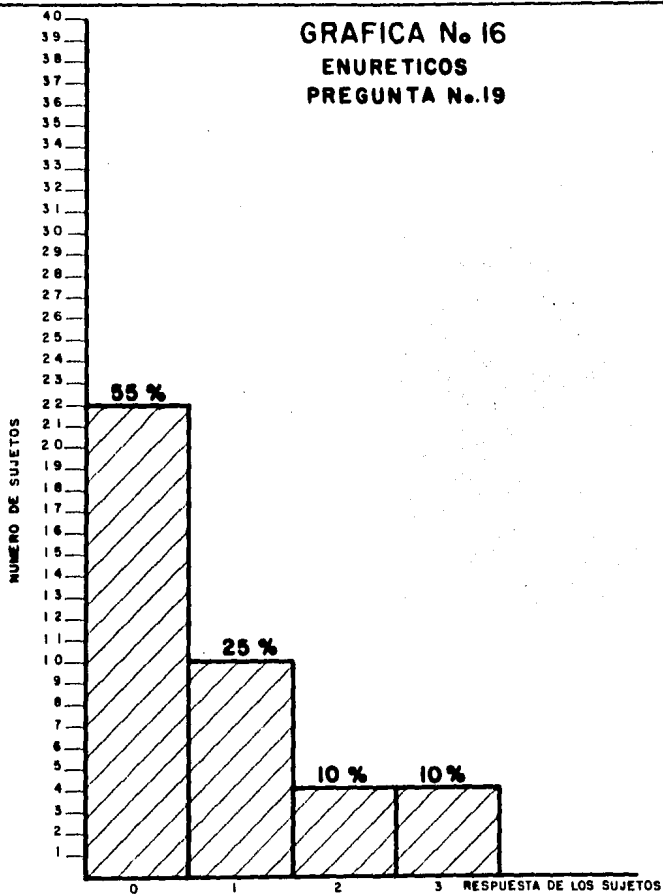
HABLA DETENIENDO LA RESPIRACION (DE REPENTE DEJA DE RESPIRAR, GENERALMENTE A LA MITAD DEL LLANTO; FRECUENTEMENTE EL NIÑO SE PONE "AZUL"); 0=NO ENURE; 1= NORMAL; 2= MAS DE LO NORMAL; 3= EXAGERADO.

GRAFICA N.º 15
NORMALES
PREGUNTA N.º 19



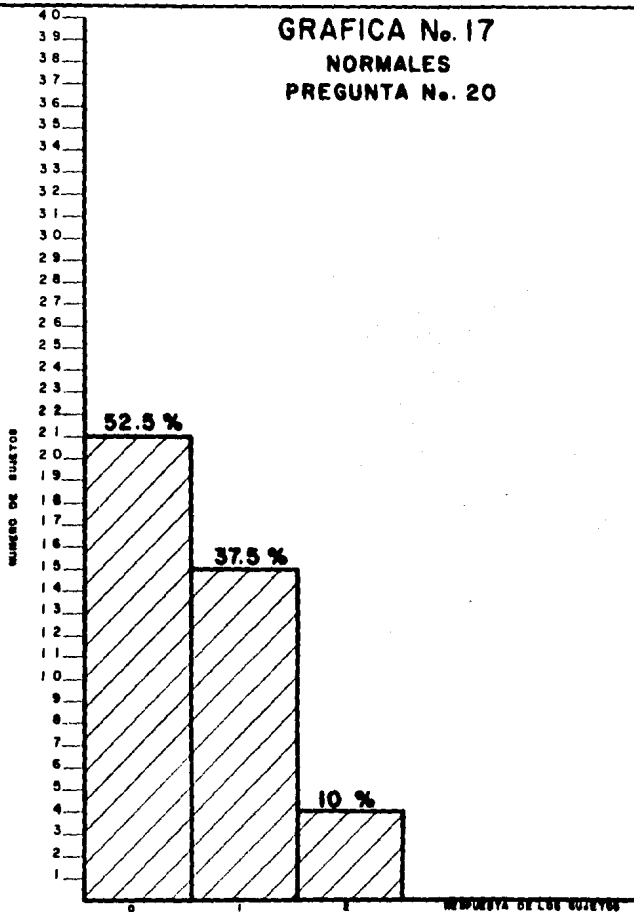
ANTE UNA SITUACION NUEVA EL NIÑO RESPONDE CON REMILGOS, MAL HUMOR, LLANTO Y TRATANDO DE RETIRARSE . 0: NO EXISTE, 1: NORMAL, 2: MAS DE LO NORMAL, 3: EXAGERADO.

GRAFICA N.º 16
ENURETICOS
PREGUNTA N.º 19



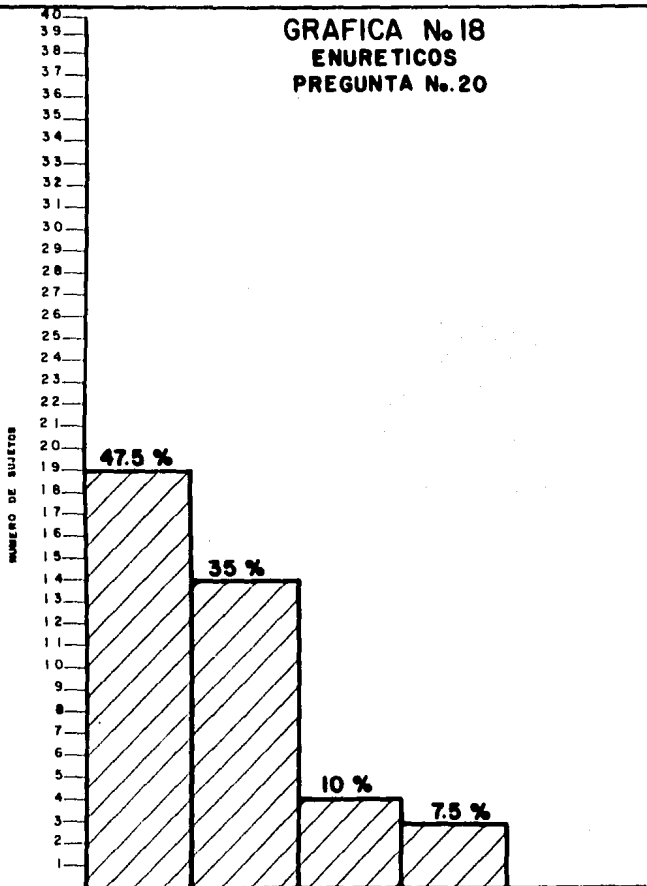
ANTE UNA SITUACION NUEVA EL NIÑO RESPONDE CON REMIGOS, MAL HUMOR, LLANTO Y TRATANDO DE RETIRARSE : 0=NO EXISTE ; 1=NORMAL ; 2=MAS DE LO NORMAL ; 3=EXAGERADO.

GRAFICA No. 17
NORMALES
PREGUNTA No. 20



ES AGRESIVO (CON FRECUENCIA USA LA VIOLENCIA PARA ARREBATAR OBJETOS O JUGUETES DE OTROS NIÑOS, PEGA, MUERDE, PATEA, DESTRUYE, INTERFIERE EN LOS JUEGOS DE OTROS NIÑOS O SE COMPORTA DE FORMA CRUEL CON ANIMALES Y LA GENTE): 0=NO EXISTE; 1= NORMAL; 2= MAS DE LO NORMAL; 3= EXAGERADO.

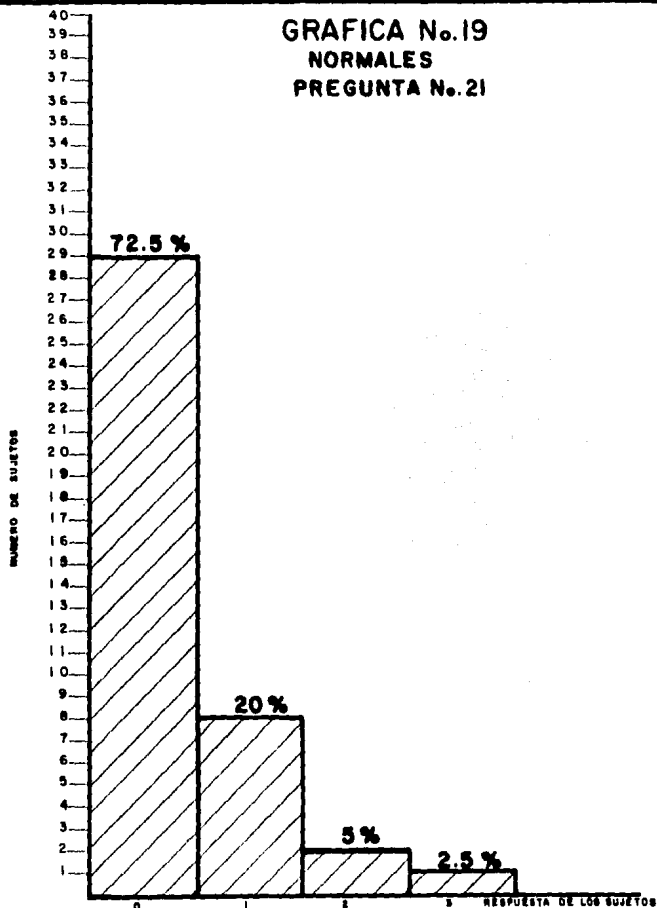
GRAFICA No 18
ENURETICOS
PREGUNTA No. 20



RESPUESTA DE LOS SUJETOS
ES AGRESIVO (CON FRECUENCIA USA LA VIOLENCIA PARA ARREBATAR OBJETOS DE OTROS NIÑOS,
PESA, MUERDE, PATEA, DESTRUYE, INTERFIERE EN LOS JUEGOS DE OTROS NIÑOS, O SE COMPOR
TA DE FORMA DE FORMA CRUEL CON ANIMALES Y LA GENTE):

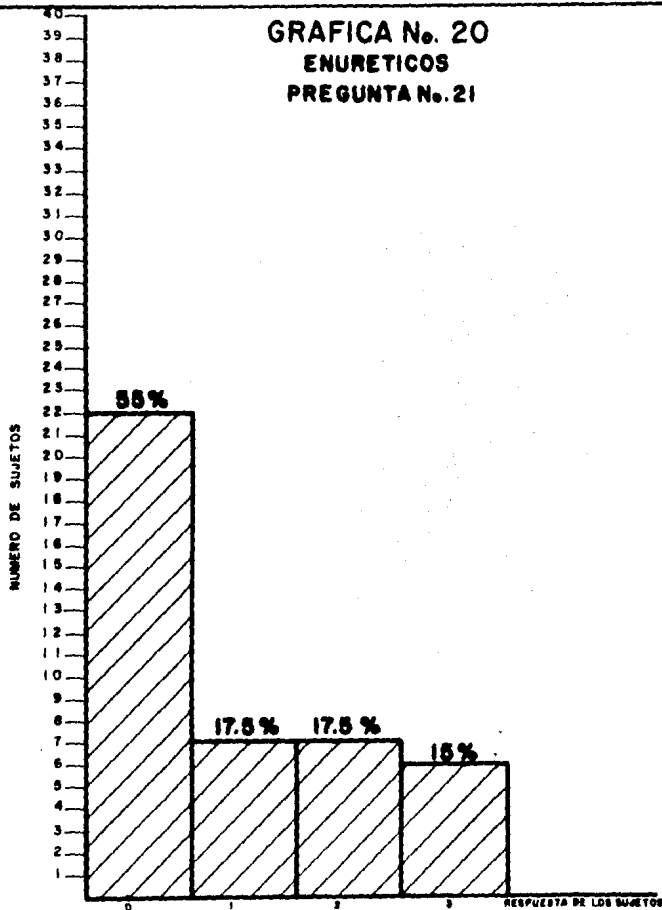
0= NO EXISTE; 1= NORMAL; 2= MAS DE LO NORMAL; 3= EXAGERADO.

GRAFICA No.19
NORMALES
PREGUNTA No.21



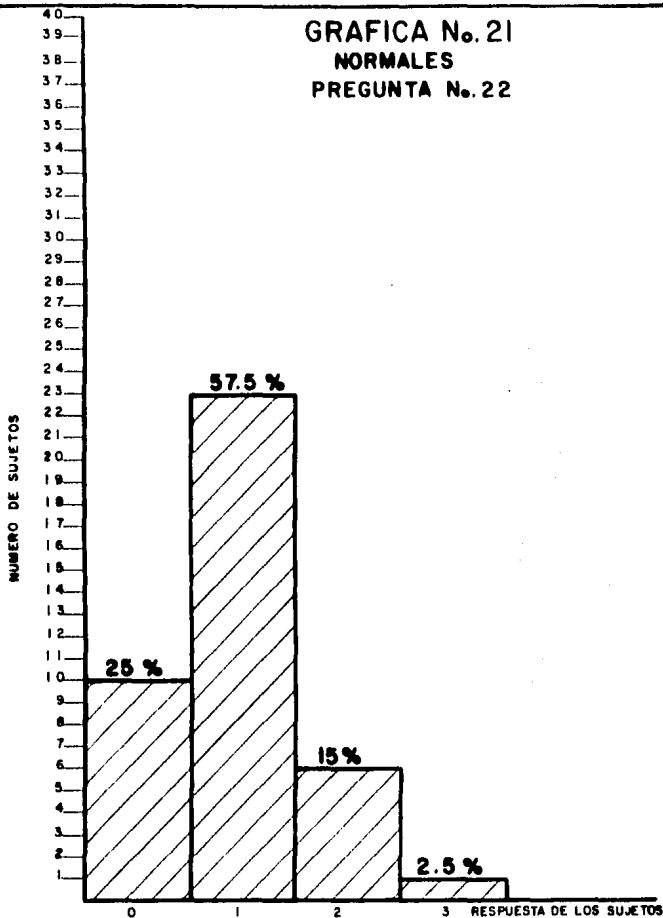
TIENE MIEDOS NOCTURNOS (SE LEVANTA O LLORA EN LA NOCHE, PIDE LA PRESENCIA DE UN ADULTO MAS DE DOS VECES A LA SEMANA POR UN PERIODO DE DOS MESES O MAS; PIDE QUE SE LE PRENDA LA LUZ): 0=NO EXISTE; 1= NORMAL; 2= MAS DE LO NORMAL; 3= EXAGERADO.

GRAFICA No. 20
ENURETICOS
PREGUNTA No. 21



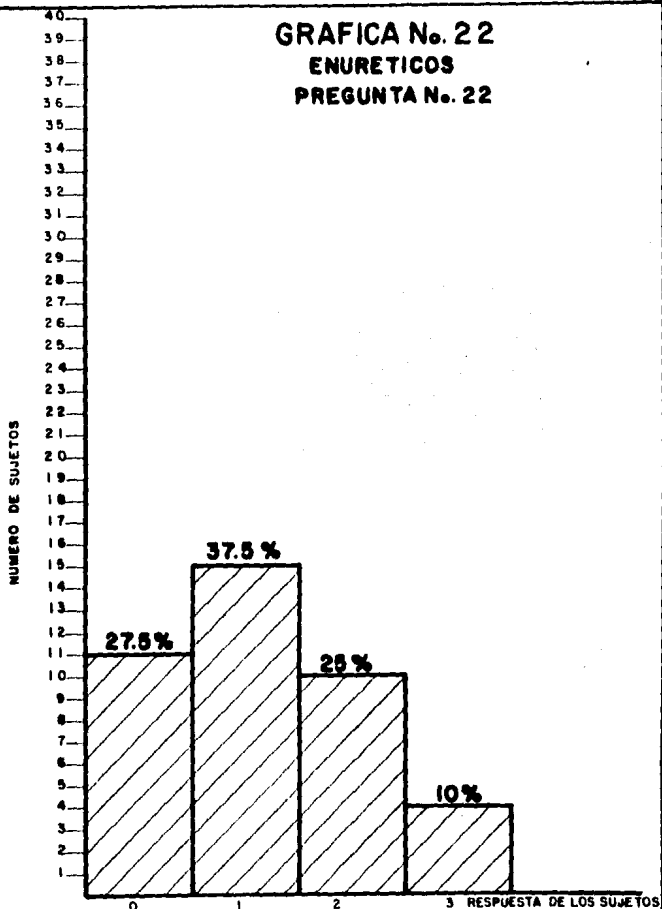
TIENE MIEDOS NOCTURNOS (SE LEVANTA O LLORA EN LA NOCHE, PIDE LA PRESENCIA DE UN ADULTO MAS DE DOS VECES A LA SEMANA POR UN PERIODO DE DOS MESES O MAS, PIDE QUE SE LE PRENDA LA LUZ).
0= NO EXISTE, 1= NORMAL, 2= MAS DE LO NORMAL, 3= EXAGERADO.

GRAFICA No. 21
NORMALES
PREGUNTA No. 22



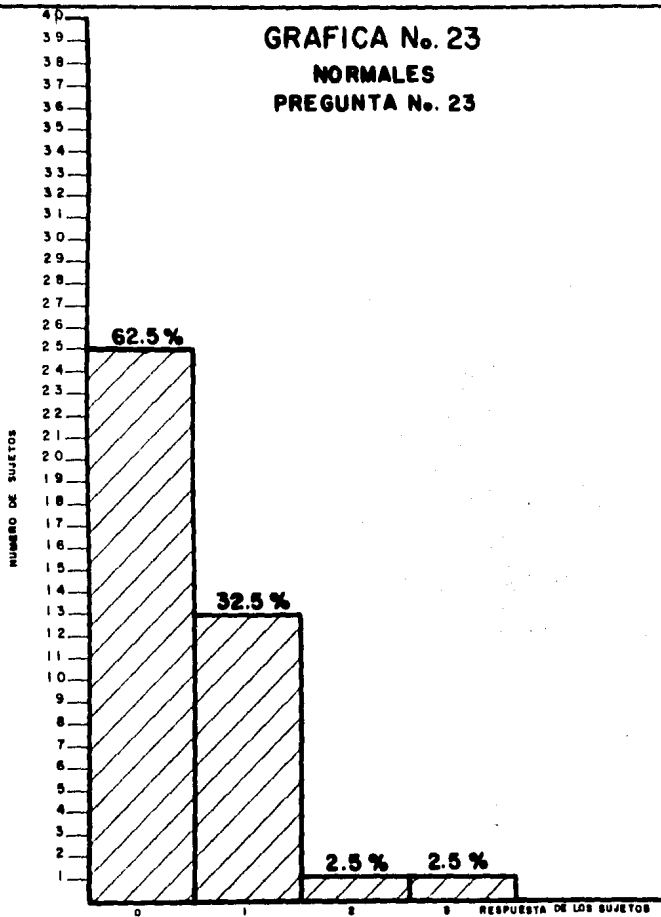
ES UN NIÑO MUY ACTIVO, INCAPAZ DE SENTARSE TRANQUILO POR UN TIEMPO MODERADO "BIEN PRE ESTÁ EN MARCHA", ES INTRANQUILO: 0=NO EXISTE; 1=NORMAL; 2=MÁS DE LO NORMAL; 3=EXAGERADO.

GRAFICA No. 22
ENURETICOS
PREGUNTA No. 22



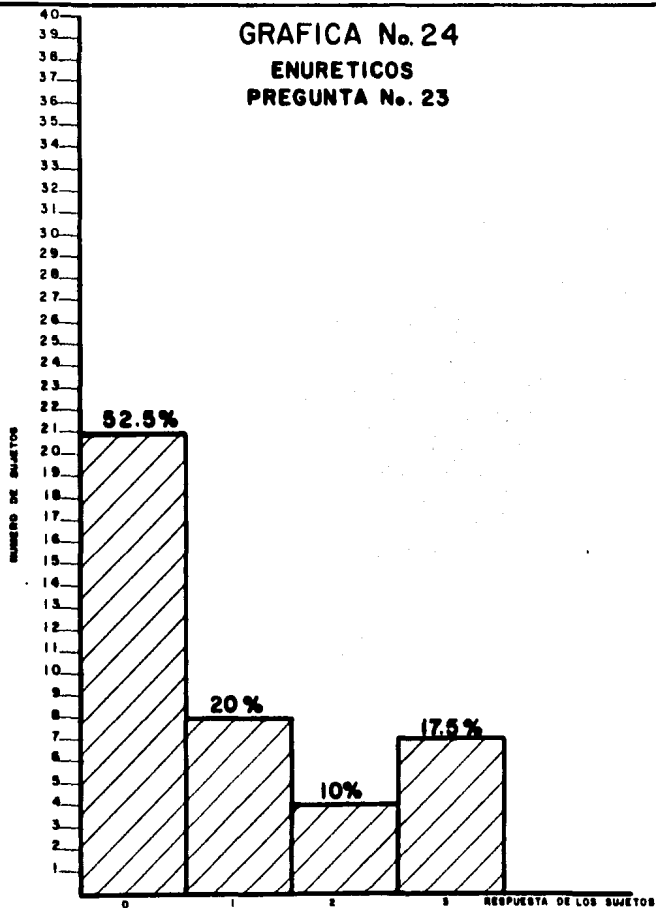
ES UN NIÑO MUY ACTIVO, INCAPAZ DE SENTARSE TRANQUILO POR UN TIEMPO MODERADO "SIEMPRE ESTA EN MARCHA"; ES INTRANQUILO: 0= NO EXISTE 1= NORMAL, 2= MAS DE LO NORMAL, 3= EXAGERADO.

GRAFICA No. 23
NORMALES
PREGUNTA No. 23



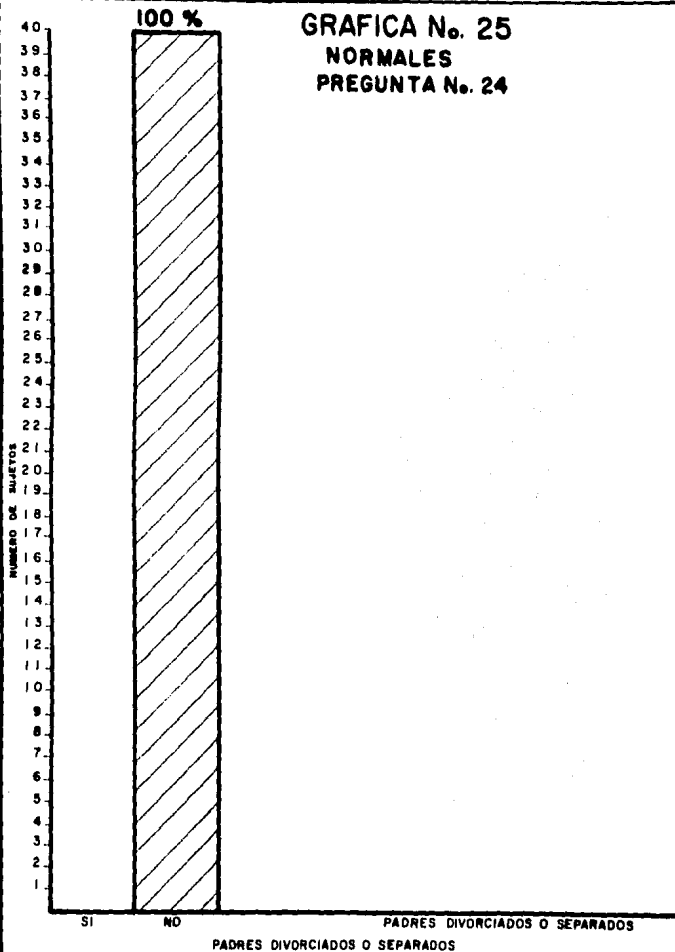
EL NIÑO LLORA O SE ANSUSTA CUANDO SUS PADRES VAN A SALIR DE SU CASA, NO SOPORTA ESTAR SEPARADO DE LA MADRE DEL PADRE Y SE COMPORTA COMO SI TUVIERA MIEDO DE SER ABANDONADO:
0=NO EXISTE; 1=NORMAL; 2= MAS DE LO NORMAL; 3= EXAGERADO.

GRAFICA No. 24
ENURETICOS
PREGUNTA No. 23

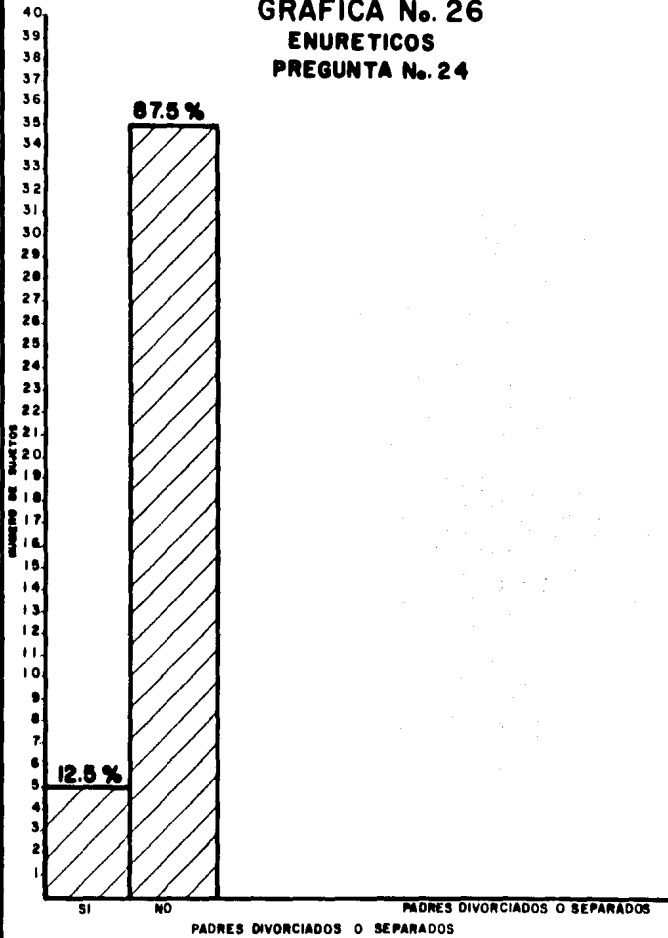


EL NIÑO LLORA O SE ANGSTIA CUANDO SUS PADRES VAN A SALIR DE SU CASA, NO SOPORTA ESTAR EL PARADO DE LA MADRE DEL PADRE Y SE COMPORTA COMO SI TUVIERA MIEDO DE SER ABANDONADO:
0=NO EXISTE; 1=NORMAL; 2=MÁS DE LO NORMAL; 3=EXAGERADO.

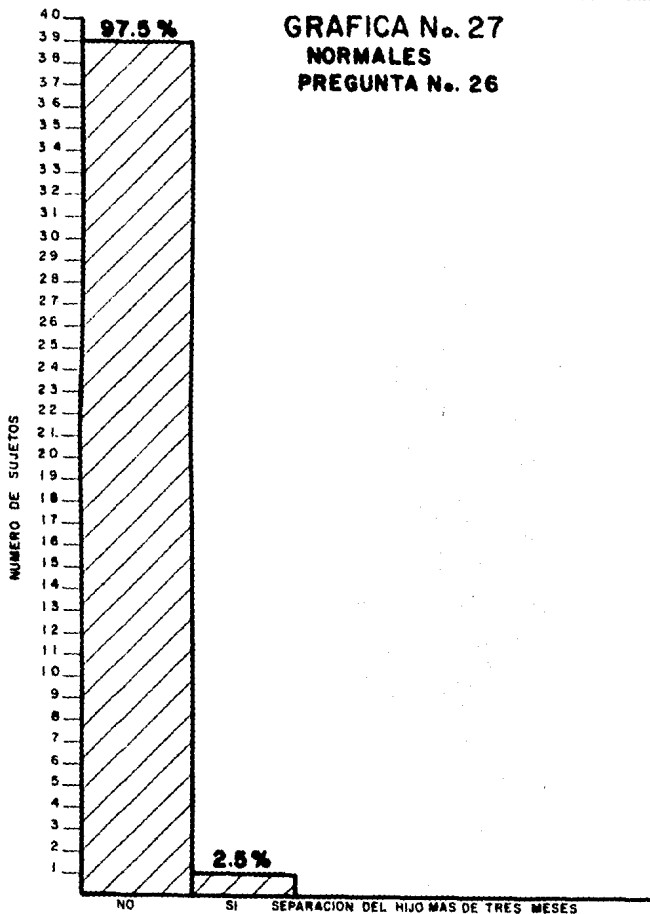
GRAFICA No. 25
NORMALES
PREGUNTA No. 24



GRAFICA No. 26
ENURETICOS
PREGUNTA No. 24

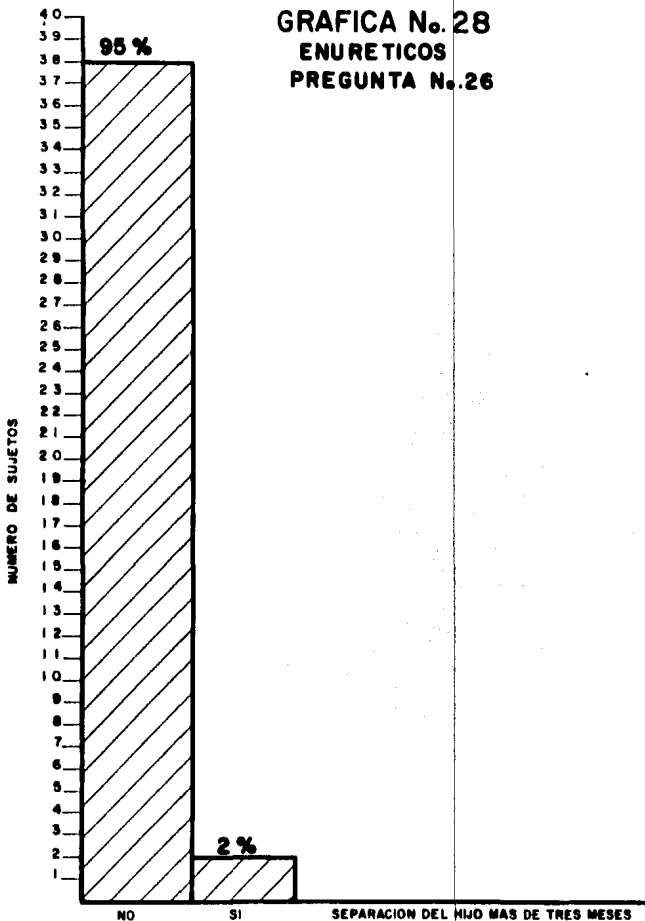


GRAFICA No. 27
NORMALES
PREGUNTA No. 26



¿HAN ESTADO USTEDES SEPARADOS DE SU HIJO DURANTE UN PERIODO DE MAS DE TRES MESES.?

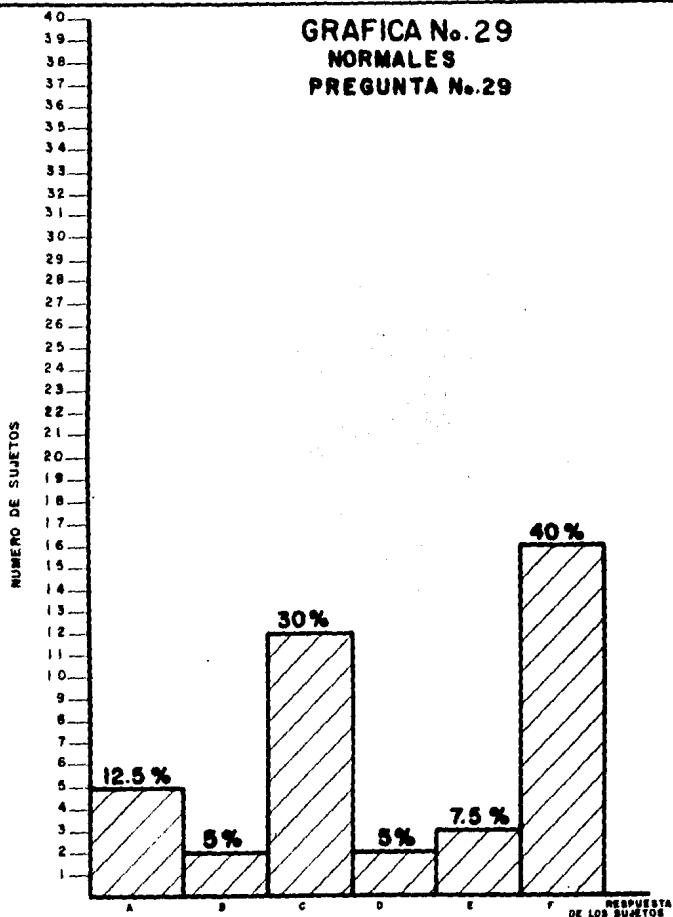
GRAFICA No. 28
ENURETICOS
PREGUNTA No. 26



SEPARACION DEL HIJO MAS DE TRES MESES

¿HAN ESTADO USTEDS SEPARADOS DE SU HIJO DURANTE UN PERIODO DE MAS DE TRES MESES?

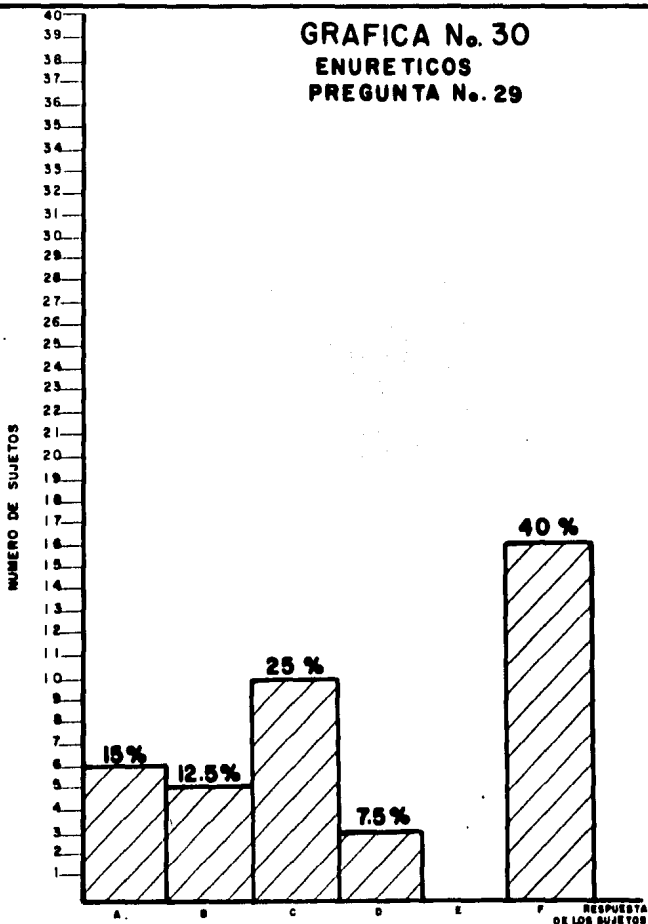
GRAFICA No. 29
NORMALES
PREGUNTA No.29



¿CUAL FUE LA REACCION DEL NIÑO ANTE EL NACIMIENTO DEL NUEVO HERMANITO?

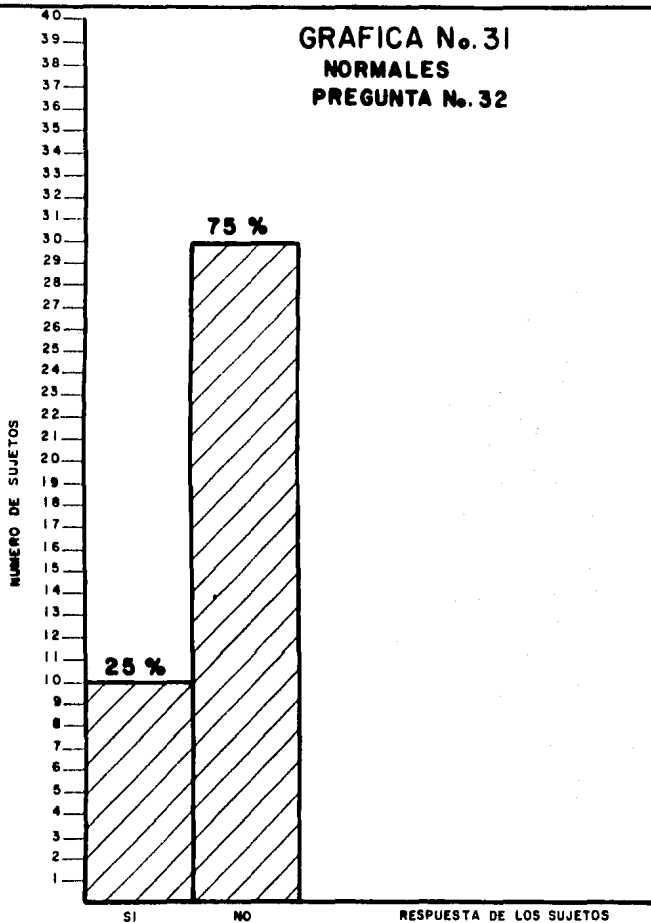
A=AGRESION; B=INDIFERENCIA; C=ABRADO; D=CORAJE; E=OTRAS; F=NO HAY RESPUESTA POR SER EL SUJETO EL HIJO MENOR.

GRAFICA No. 30
ENURETICOS
PREGUNTA No. 29



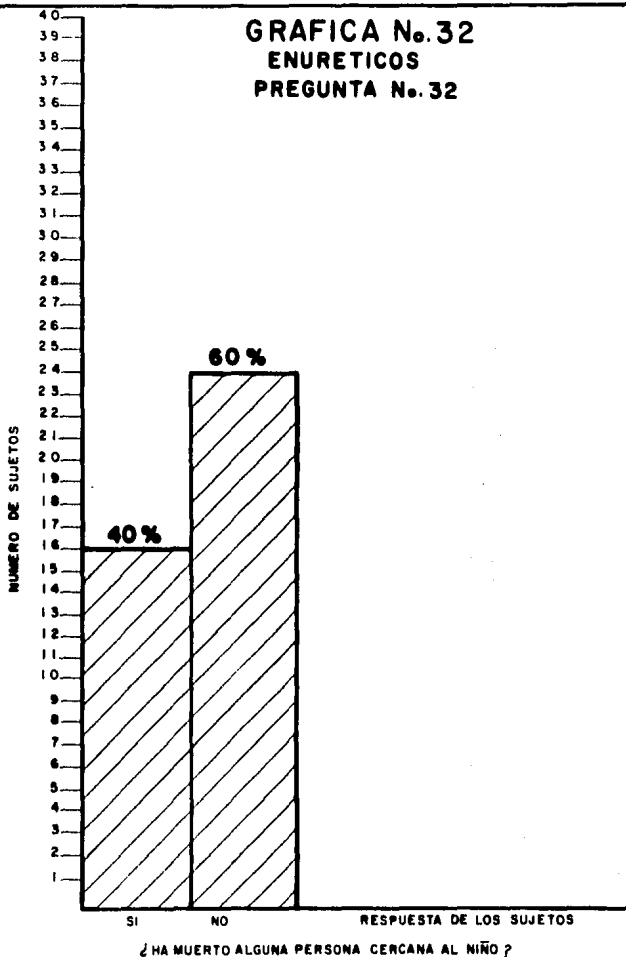
¿CUAL FUE LA REACCION DEL NIÑO ANTE EL NACIMIENTO DEL NUEVO HERMANITO?
A= ABRESION; B= INDIFERENCIA; C= ABRADO; D= CORAJE; E= OTRAS; F= NO HAY RESPUESTA POR SER EL SUJETO EL HIJO MENOR.

GRAFICA No. 31
NORMALES
PREGUNTA No. 32

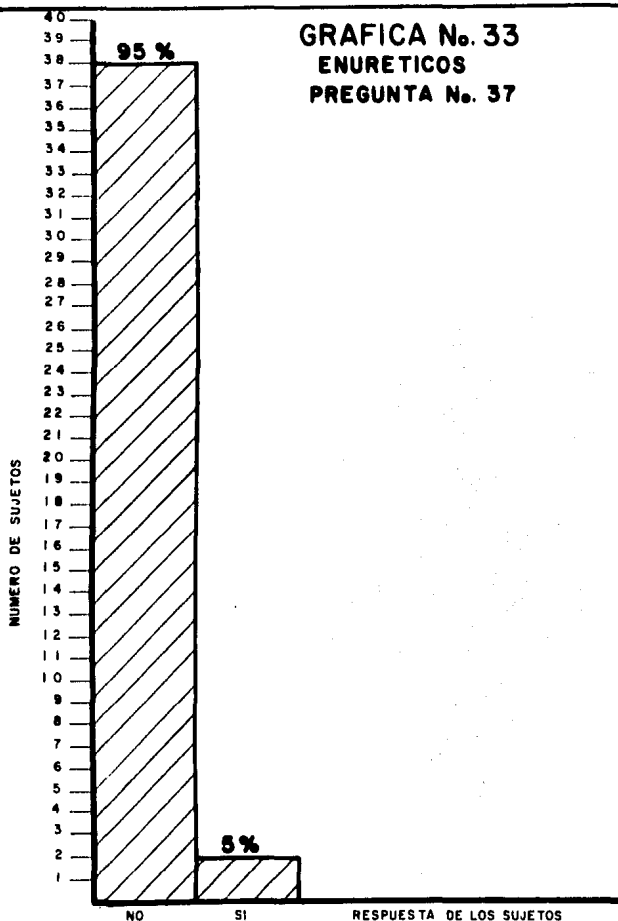


¿HA MUERTO ALGUNA PERSONA CERCANA AL NIÑO ?

GRAFICA No. 32
ENURETICOS
PREGUNTA No. 32

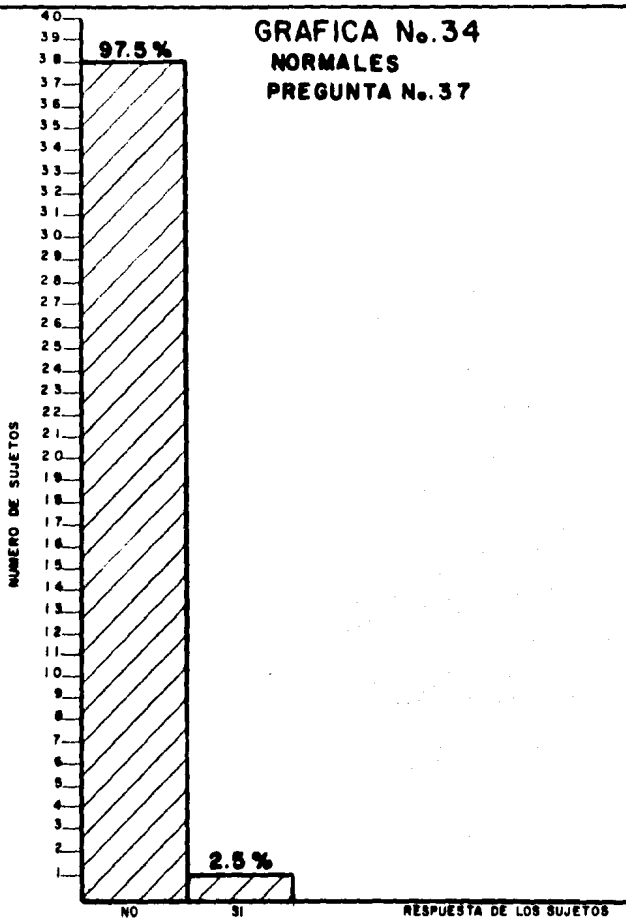


GRAFICA No. 33
ENURETICOS
PREGUNTA No. 37



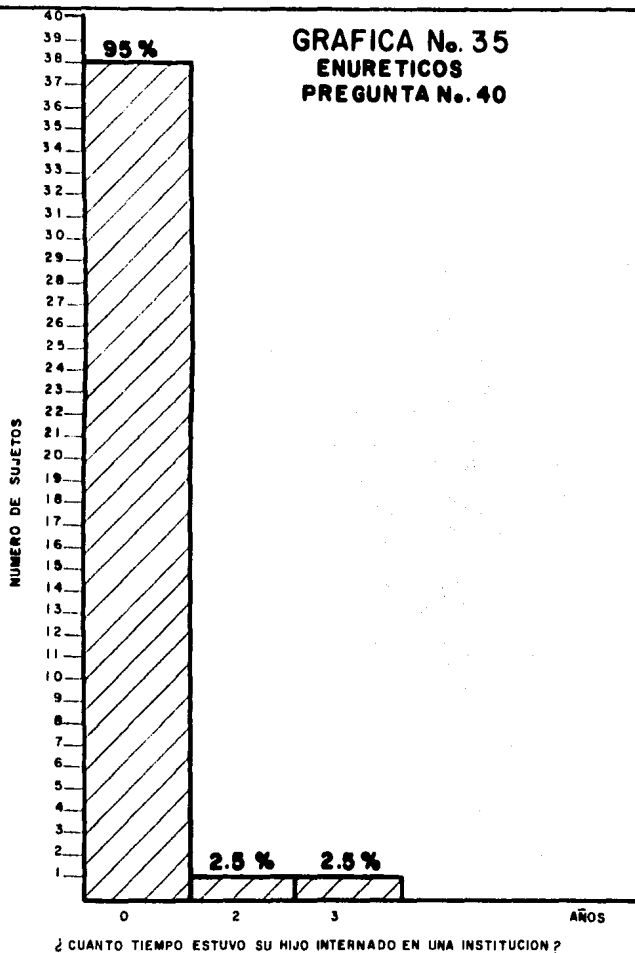
¿ HA ESTADO SU HIJO INTERNADO EN UNA INSTITUCION (GUARDERIA, INTERNADO, ETC.)?

GRAFICA No.34
NORMALES
PREGUNTA No.37

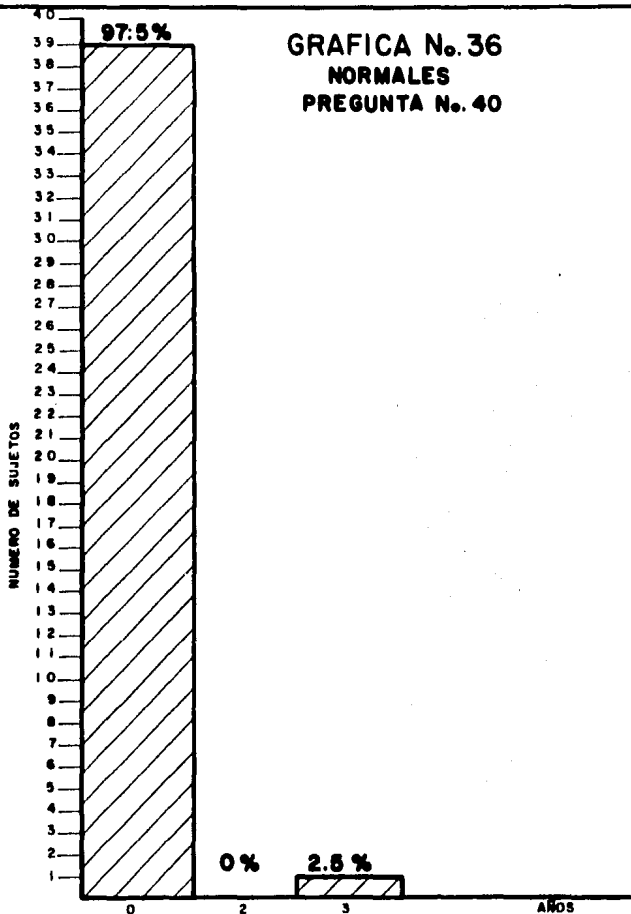


¿HA ESTADO SU HIJO INTERNADO EN UNA INSTITUCION (GUARDERIAS, INTERNADO, ETC.)?

GRAFICA No. 35
ENURETICOS
PREGUNTA No. 40

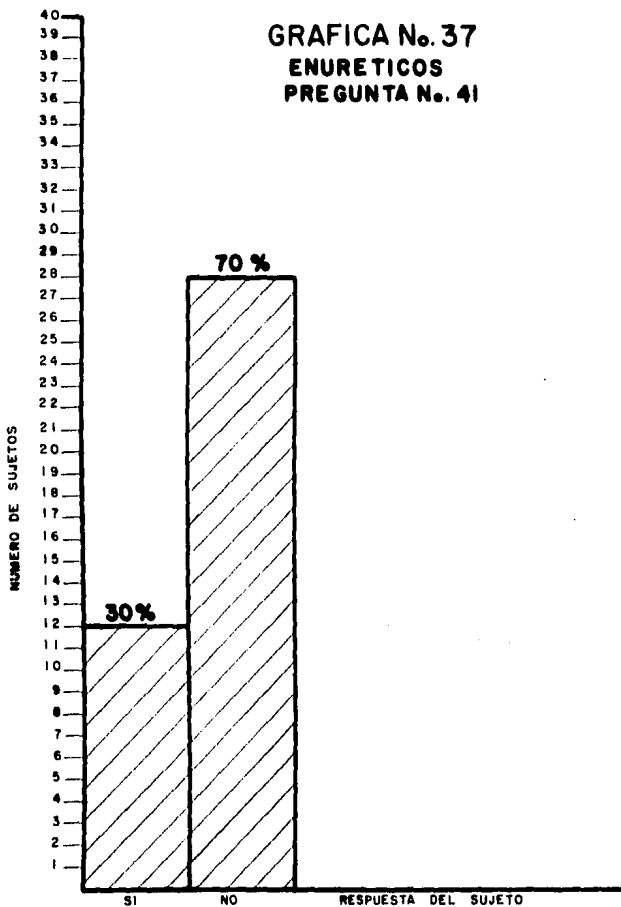


GRAFICA No. 36
NORMALES
PREGUNTA No. 40



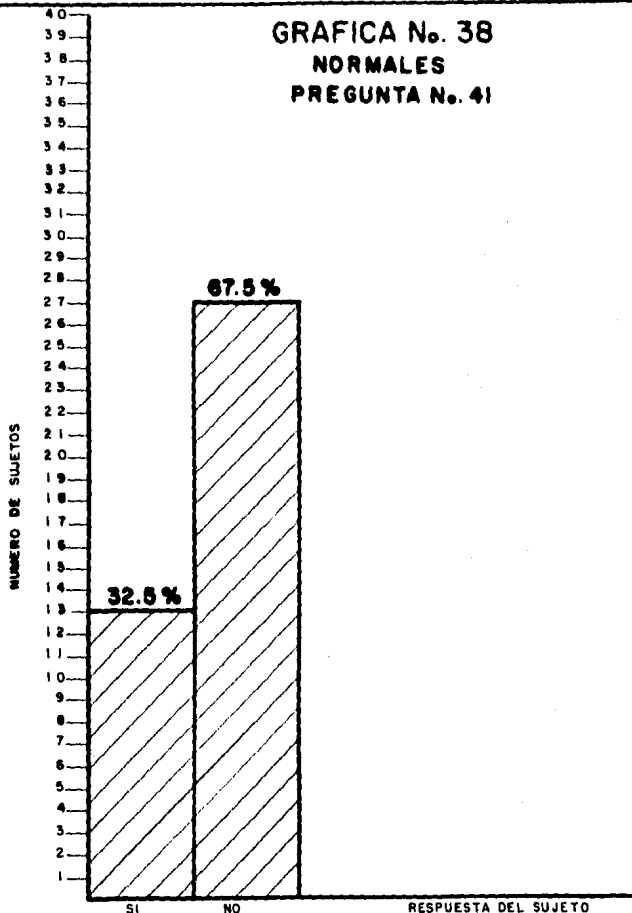
¿ CUANTO TIEMPO ESTUVO SU HIJO INTERNADO EN UNA INSTITUCION ?

GRAFICA No. 37
ENURETICOS
PREGUNTA No. 41



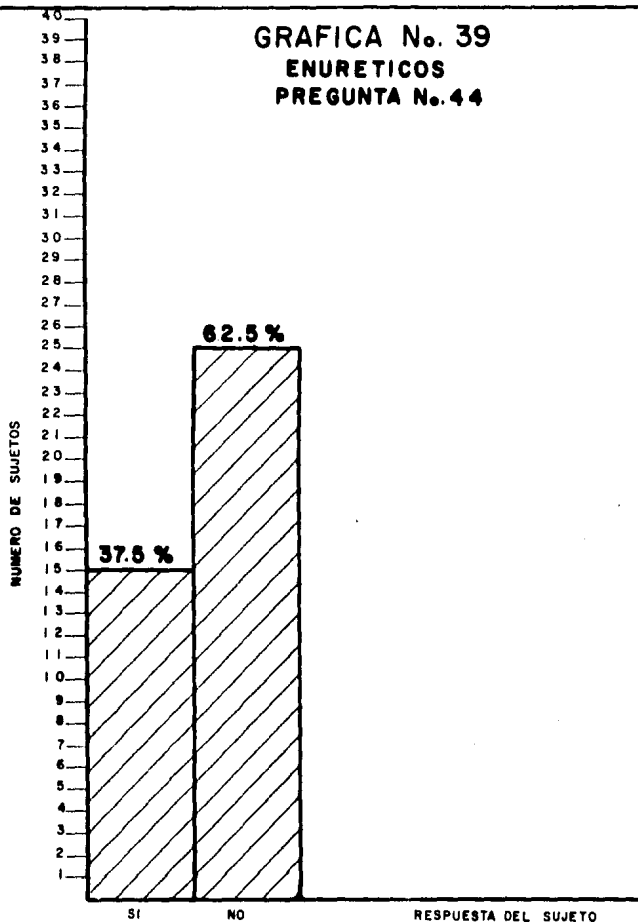
¿ HA SUFRIDO SU HIJO ALGUN ACCIDENTE O HERIDA QUE LE HAYA IMPACTADO?

GRAFICA No. 38
NORMALES
PREGUNTA No. 41



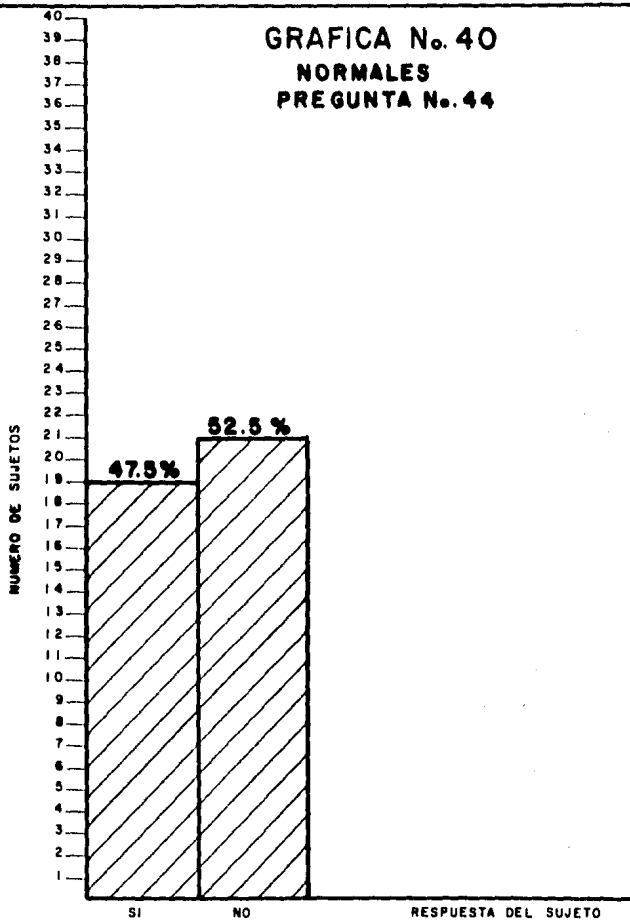
¿HA SUFRIDO SU HIJO ALGUN ACCIDENTE O HERIDA QUE LE HAYA IMPACTADO ?

GRAFICA No. 39
ENURETICOS
PREGUNTA No. 44



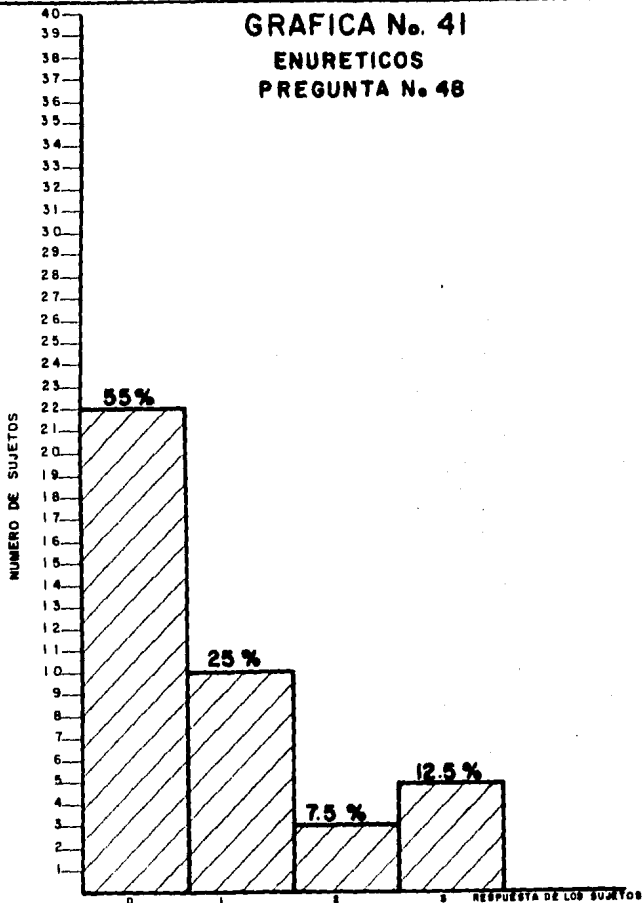
¿EL NIÑO HA NECESITADO SER HOSPITALIZADO?

GRAFICA No. 40
NORMALES
PREGUNTA No. 44



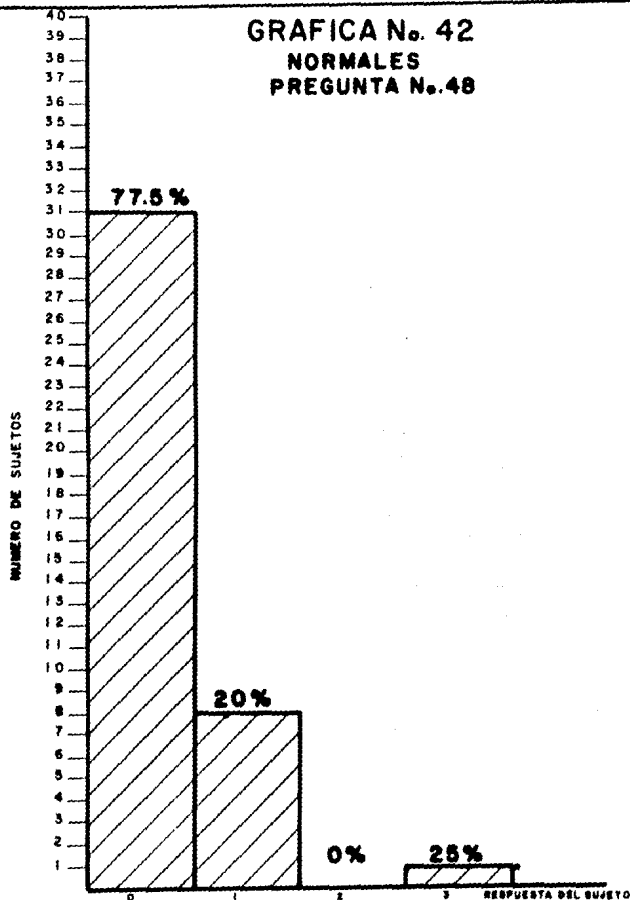
¿ EL NIÑO HA NECESITADO SER HOSPITALIZADO ?

GRAFICA No. 41
ENURETICOS
PREGUNTA No. 48



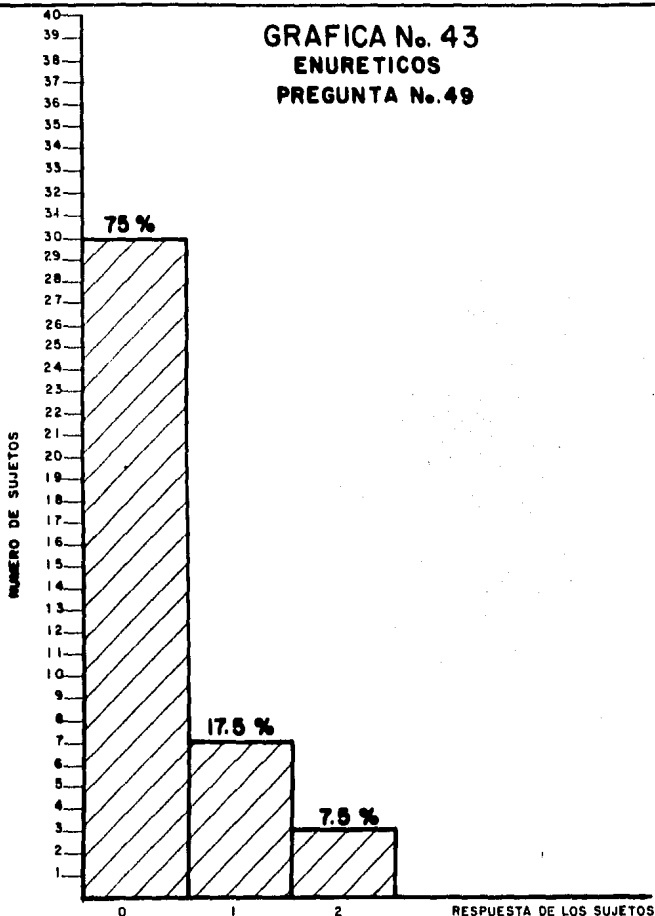
¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (PADRE, MADRE, HERMANO) SE HACIA "PIPI" O SE SIGUE HACIENDO (DESPUES DE LOS CINCO AÑOS DE EDAD)?
 0) NADIE 1) UN MIEMBRO DE LA FAMILIA 2) DOS MIEMBROS DE LA FAMILIA 3) TRES O MAS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

GRAFICA No. 42
NORMALES
PREGUNTA No. 48



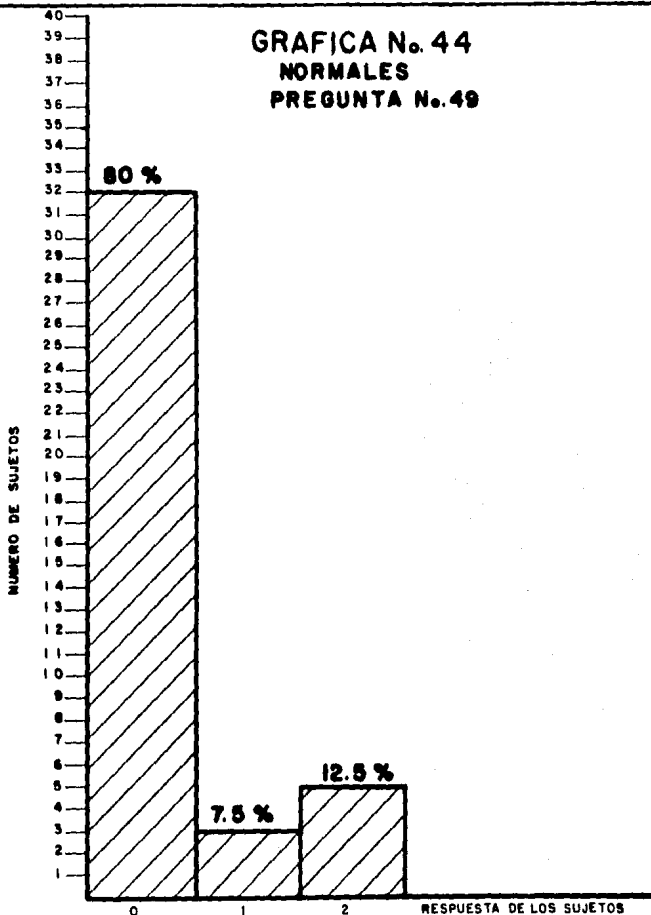
¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (PADRE, MADRE, HERMANOS) SE HACIA O SE SIGUE HACIENDO "PIPI" (DESPUES DE LOS CINCO AÑOS DE EDAD)?
OJADIS, 1) UN MIEMBRO DE LA FAMILIA 2) DOS MIEMBROS DE LA FAMILIA 3) TRES MIEMBROS DE LA FAMILIA O MÁS.

GRAFICA No. 43
ENURETICOS
PREGUNTA No. 49



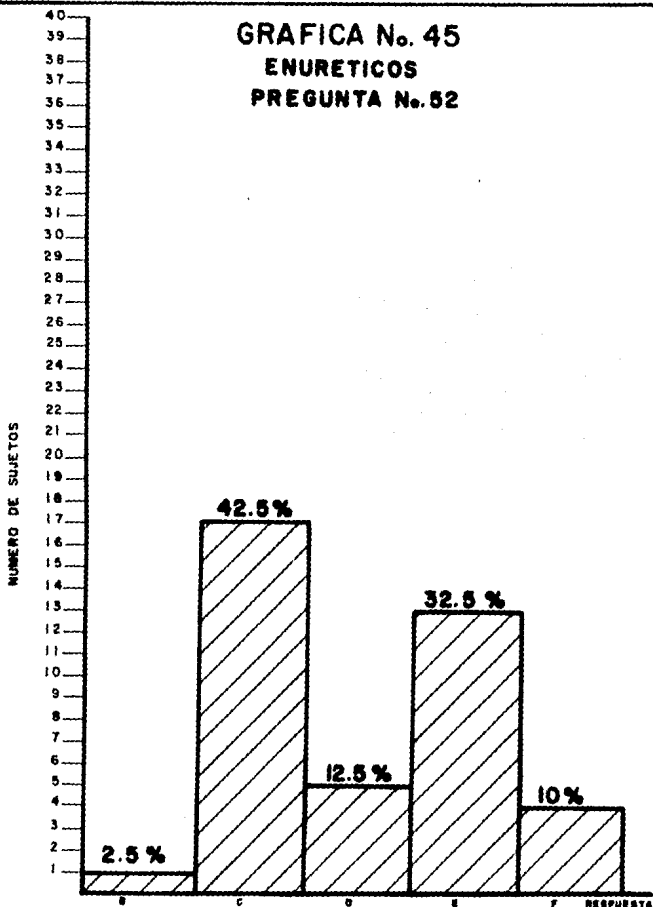
¿ ESTUVO O ESTA ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS PADRES EN PSICOTERAPIA ?
0) NADIE 1) MADRE O PADRE 2) AMBOS

GRAFICA No. 44
NORMALES
PREGUNTA No. 49



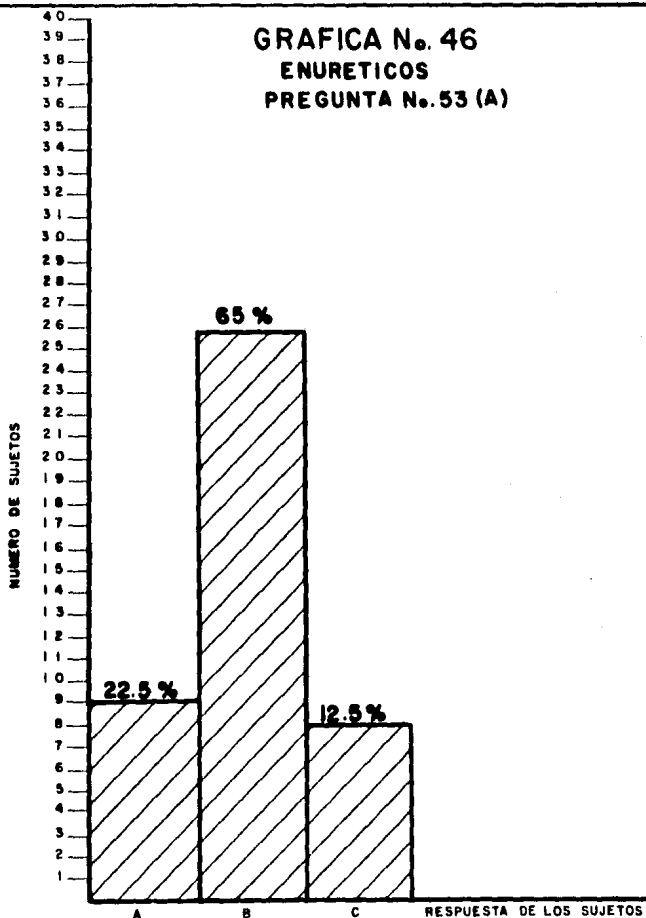
¿ ESTUVO O ESTA ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS PADRES EN PSICOTERAPIA ?
0)NADIE 1)MADRE O PADRE 2)AMBOS

GRAFICA No. 45
ENURETICOS
PREGUNTA No. 52



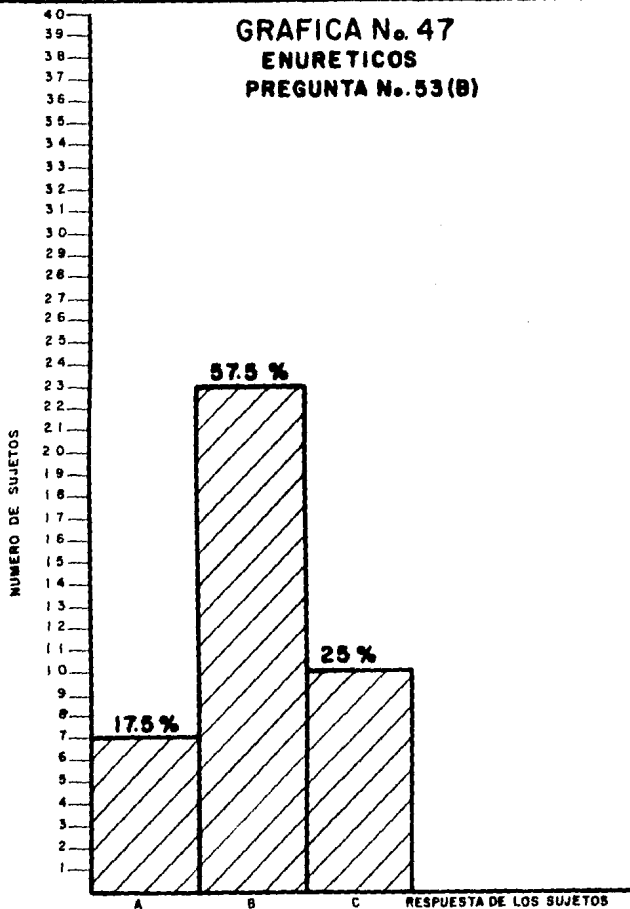
CUANDO EL NIÑO NO LOGRABA CONTROLAR SUS ESFINTERES Y SE ORINABA EN LOS CALZONES USTED QUE LE DECIA (PALABRAS TEXTUALES Y/O FORMA DE CASTIGARLO)? A) BIENHECHO B) CASTIGO, REPRIMENDA VERBAL (REGAÑO) C) CASTIGO FISICO (AVERSIVO, AMARRABLE, MALBADA, PEGABLE) D) CASTIGO FISICO (AVERSIVO, AMARRABLE, MALBADA, PEGABLE) E) ACTITUD POSITIVA DE LA MADRE (VENTE CAMBIO, DORMIRAS MEJOR SECO, ETC.) F) NINGUNO

GRAFICA No. 46
ENURETICOS
PREGUNTA No. 53 (A)



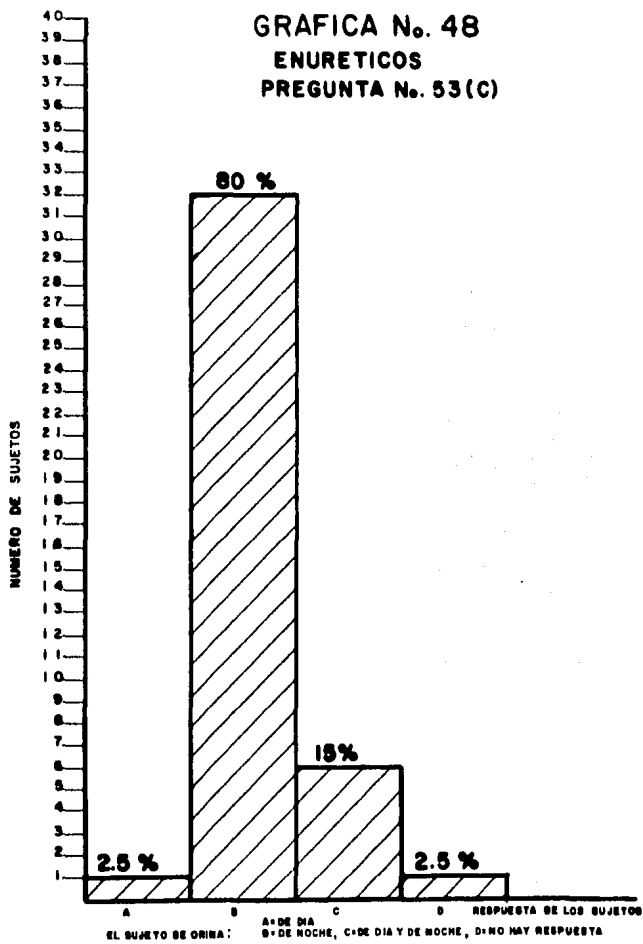
ESTA FALTA DE CONTROL OCURRE SIEMPRE EN EL MISMO LUGAR O EN LUGARES DIFERENTES: A=MISMO LUGAR; B= DIFERENTE LUGAR; C= NO HAY RESPUESTA.

GRAFICA No. 47
ENURETICOS
PREGUNTA No. 53(B)

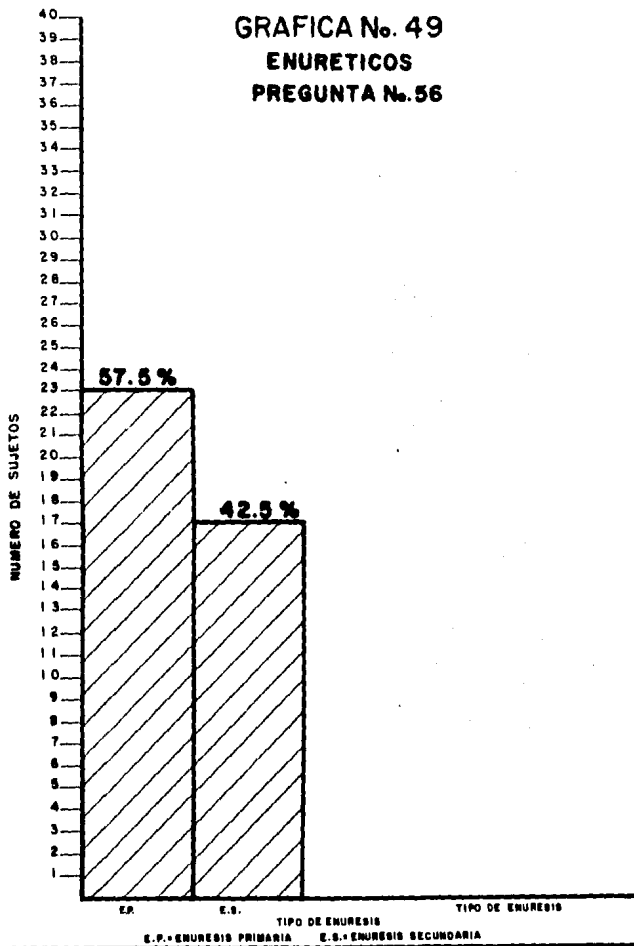


LA FALTA DE CONTROL OCURRE CON LA MISMA PERSONA O CON DIFERENTES PERSONAS: A= MISMA PERSONA; B= DIFERENTES PERSONAS; C= NO HAY RESPUESTA.

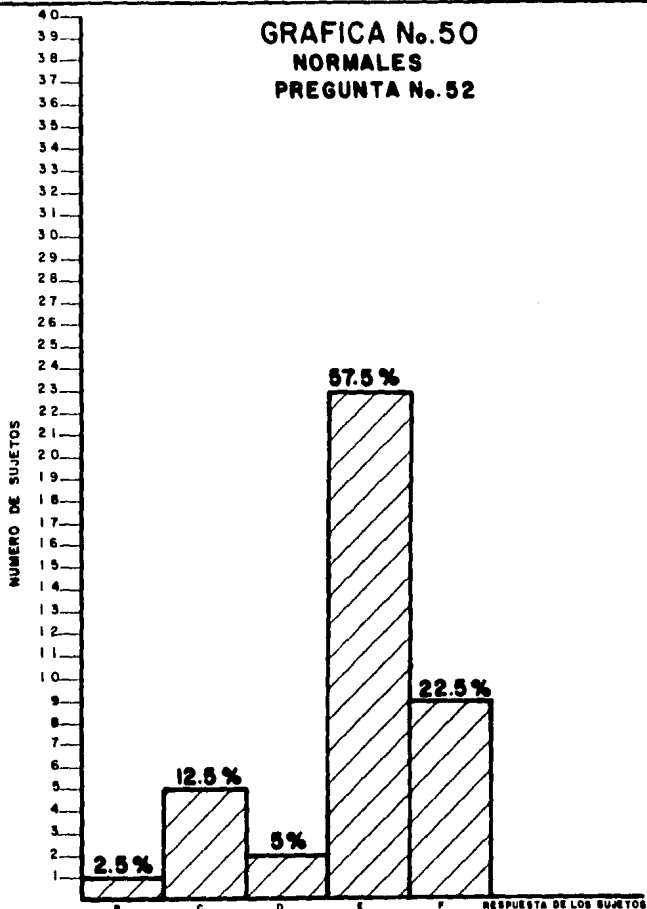
GRAFICA No. 48
ENURETICOS
PREGUNTA No. 53(C)



GRAFICA No. 49
ENURETICOS
PREGUNTA No. 56

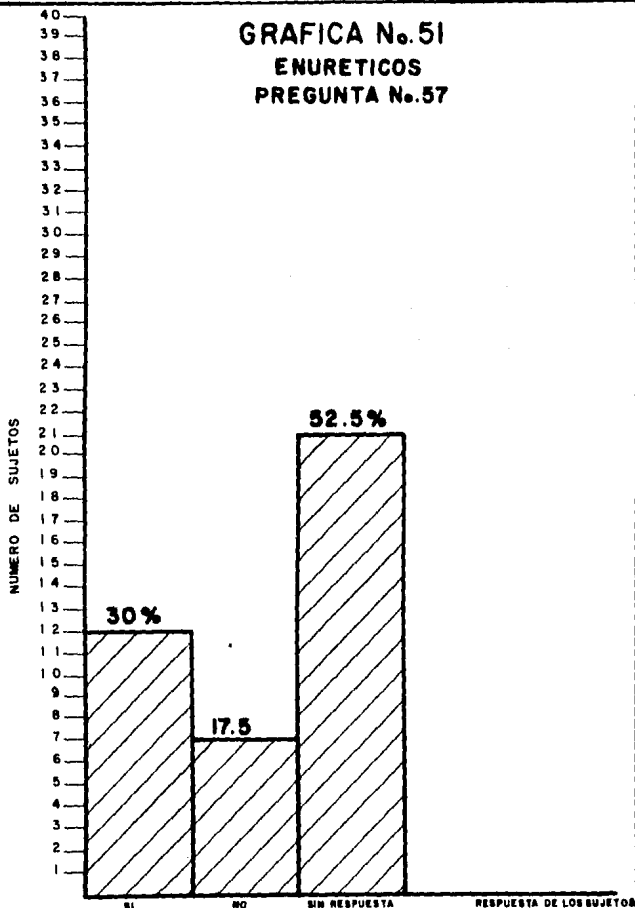


GRAFICA No. 50
NORMALES
PREGUNTA No. 52



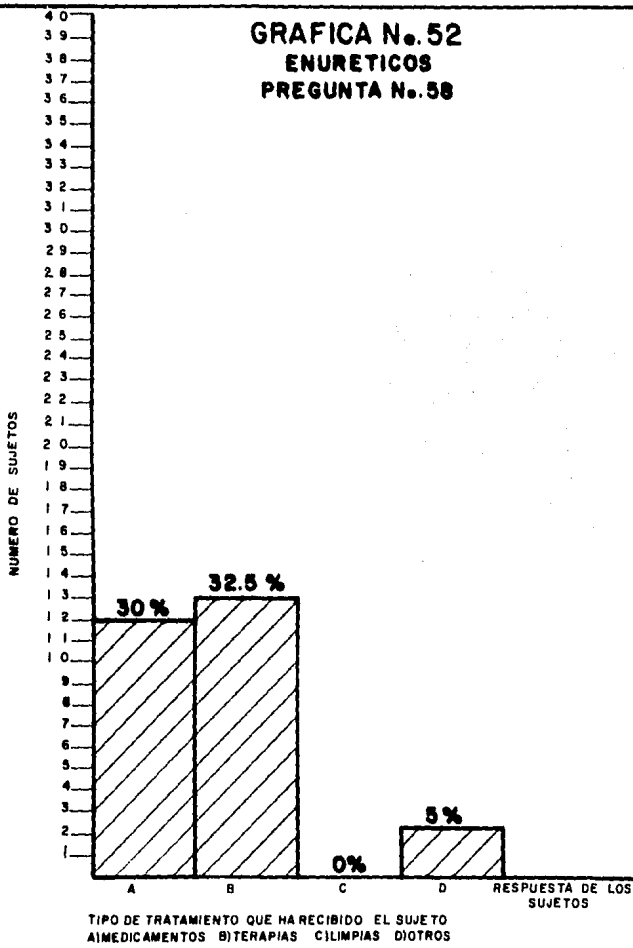
¿CUANDO EL NIÑO NO LOGRABA CONTROLAR SUS ESFINTERES Y SE ORINABA EN LOS CALZONES USTED QUE LE DE CIA (PALABRAS TEXTUALES Y/O FORMA DE CASTIGARLO)? B) PREMIO, C) CASTIGO REPRIMENDA VERBAL (REGAÑO) - DEJARLO MOJADO, D) CASTIGO FISICO AVERSIVO, AMARRARLO, MANGADAS, PEGARLES, E) ACTITUD POSITIVA DE LA MADRE (VENTE CAMBIO, DORMIRAS MEJOR SECO, ETC. F) NO CONTESTO.

GRAFICA No. 51
ENURETICOS
PREGUNTA No. 57



EL VOLVERSE HACER "PIPI" DESPUES DE HABER LOGRADO SU CONTROL DURANTE ALGUN TIEMPO ¿COINCIDIO CON ALGUNA SITUACION EN PARTICULAR ?

GRAFICA No. 52
ENURETICOS
PREGUNTA No. 58



| <u>E N U R E T I C O S</u> | | | | | <u>N O R M A L E S</u> | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------|----|------|------------------------|--------------------------|---------|----|------|
| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | | PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | |
| 16 | 0 | - | 2 | 5 | 16 | 0 | - | 2 | 5 |
| | 1 | - | 23 | 57.5 | | 1 | - | 34 | 85 |
| | 2 | - | 11 | 27.5 | | 2 | - | 3 | 7.5 |
| | 3 | - | 4 | 10 | | 3 | - | 1 | 2.5 |
| 17 | 0 | - | 12 | 30 | 17 | 0 | - | 18 | 45 |
| | 1 | - | 15 | 37.5 | | 1 | - | 19 | 47.5 |
| | 2 | - | 7 | 17.5 | | 2 | - | 1 | 2.5 |
| | 3 | - | 6 | 15 | | 3 | - | 2 | 5 |
| 18 | 0 | - | 30 | 75 | 18 | 0 | - | 34 | 85 |
| | 1 | - | 6 | 15 | | 1 | - | 6 | 15 |
| | 2 | - | 1 | 2.5 | | 2 | - | 0 | 0 |
| | 3 | - | 3 | 7.5 | | 3 | - | 0 | 0 |
| 19 | 0 | - | 22 | 55 | 19 | 0 | - | 21 | 52.5 |
| | 1 | - | 10 | 25 | | 1 | - | 19 | 47.5 |
| | 2 | - | 4 | 10 | | 2 | - | 0 | 0 |
| | 3 | - | 4 | 10 | | 3 | - | 0 | 0 |
| 20 | 0 | - | 19 | 47.5 | 20 | 0 | - | 21 | 52.5 |
| | 1 | - | 14 | 35 | | 1 | - | 15 | 37.5 |
| | 2 | - | 4 | 10 | | 2 | - | 4 | 10 |
| | 3 | - | 3 | 7.5 | | 3 | - | 0 | 0 |

ENURETICOSNORMALES

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | | |
|----------|-----------------------|---------|----|----------|-----------------------|---------|---|----|------|
| 21 | 0 | - | 22 | 55 | 21 | 0 | - | 29 | 72.5 |
| | 1 | - | 7 | 17.5 | | 1 | - | 8 | 20 |
| | 2 | - | 7 | 17.5 | | 2 | - | 2 | 5 |
| | 3 | - | 6 | 15 | | 3 | - | 1 | 2.5 |
| 22 | 0 | - | 11 | 27.5 | 22 | 0 | - | 10 | 25 |
| | 1 | - | 15 | 37.5 | | 1 | - | 23 | 57.5 |
| | 2 | - | 10 | 25 | | 2 | - | 6 | 15 |
| | 3 | - | 4 | 10 | | 3 | - | 1 | 2.5 |
| 23 | 0 | - | 21 | 52.5 | 23 | 0 | - | 25 | 62.5 |
| | 1 | - | 8 | 20 | | 1 | - | 13 | 32.5 |
| | 2 | - | 4 | 10 | | 2 | - | 1 | 2.5 |
| | 3 | - | 7 | 17.5 | | 3 | - | 1 | 2.5 |
| 24 | SI | - | 5 | 12.5 | 24 | SI | - | 0 | 0 |
| | NO | - | 35 | 87.5 | | NO | - | 40 | 100 |
| 26 | SI | - | 2 | 5 | 26 | SI | - | 1 | 2.5 |
| | NO | - | 38 | 95 | | NO | - | 39 | 97.5 |
| 28 | 0 | - | 14 | 35 | 28 | 0 | - | 14 | 35 |
| | 1 | - | 16 | 40 | | 1 | - | 10 | 25 |
| | 2 | - | 6 | 15 | | 2 | - | 12 | 30 |
| | 3 | - | 4 | 10 | | 3 | - | 4 | 10 |

E N U R E T I C O S

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % |
|----------|-----------------------|---------|------|
| 29 | A | - 6 | 15 |
| | B | - 5 | 12.5 |
| | C | - 10 | 25 |
| | D | - 3 | 7.5 |
| | E | - 0 | 0 |
| | | - 16 | 40 |
| 30 | SI | - 7 | 17.5 |
| | NO | - 33 | 82.5 |
| 32 | SI | - 16 | 40 |
| | NO | - 24 | 60 |
| 35 | SI | - 4 | 10 |
| | NO | - 36 | 90 |
| 37 | SI | - 2 | 5 |
| | NO | - 38 | 95 |
| 40 | 0 | - 38 | 95 |
| | 2 | - 1 | 2.5 |
| | 3 | - 1 | 2.5 |

N O R M A L E S

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % |
|----------|-----------------------|---------|------|
| 29 | A | - 5 | 12.5 |
| | B | - 2 | 5 |
| | C | - 12 | 30 |
| | D | - 2 | 5 |
| | E | - 3 | 7.5 |
| | | - 16 | 40 |
| 30 | SI | - 2 | 5 |
| | NO | - 38 | 95 |
| 32 | SI | - 10 | 25 |
| | NO | - 30 | 75 |
| 35 | SI | - 2 | 5 |
| | NO | - 38 | 95 |
| 37 | SI | - 1 | 2.5 |
| | NO | - 39 | 97.5 |
| 40 | 0 | - 39 | 97.5 |
| | 2 | - 0 | 0 |
| | 3 | - 1 | 2.5 |

| E N U R E T I C O S | | | | | N O R M A L E S | | | | |
|---------------------|-----------------------|---------|------|--|-----------------|-----------------------|---------|------|--|
| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | | PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % | |
| 41 | SI | - 12 | 30 | | 41 | SI | - 13 | 32.5 | |
| | NO | - 28 | 70 | | | NO | - 27 | 67.5 | |
| 44 | SI | - 15 | 37.5 | | 44 | SI | - 19 | 47.5 | |
| | NO | - 25 | 62.5 | | | NO | - 21 | 52.5 | |
| 46 | 1 | - 4 | 10 | | 46 | 1 | - 3 | 7.5 | |
| | 2 | - 15 | 37.5 | | | 2 | - 17 | 42.5 | |
| | 3 | - 21 | 52.5 | | | 3 | - 20 | 50 | |
| 48 | 0 | - 22 | 55 | | 48 | 0 | - 31 | 77.5 | |
| | 1 | - 10 | 25 | | | 1 | - 8 | 20 | |
| | 2 | - 3 | 7.5 | | | 2 | - 0 | 0 | |
| | 3 | - 5 | 12.5 | | | 3 | - 1 | 2.5 | |
| 49 | 0 | - 30 | 75 | | 49 | 0 | - 32 | 80 | |
| | 1 | - 7 | 17.5 | | | 1 | - 3 | 7.5 | |
| | 2 | - 3 | 7.5 | | | 2 | - 5 | 12.5 | |
| 50 | 1 | - 32 | 80 | | 50 | 1 | - 30 | 75 | |
| | 2 | - 8 | 20 | | | 2 | - 5 | 12.5 | |
| | 3 | - 0 | 0 | | | 3 | - 5 | 12.5 | |

E N U R E T I C O S

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % |
|----------|-----------------------|---------|------|
| 51 | B | - 27 | 67.5 |
| | C | - 2 | 5 |
| | D | - 5 | 12.5 |
| | E | - 6 | 15 |
| 52 | B | - 1 | 2.5 |
| | C | - 17 | 42.5 |
| | D | - 5 | 12.5 |
| | E | - 13 | 32.5 |
| | F | - 4 | 10 |

N O R M A L E S

| PREGUNTA | OPCIONES DE RESPUESTA | SUJETOS | % |
|----------|-----------------------|---------|------|
| 51 | B | - 33 | 82.5 |
| | C | - 2 | 5 |
| | D | - 0 | 0 |
| | E | - 5 | 12.5 |
| 52 | B | - 1 | 2.5 |
| | C | - 5 | 12.5 |
| | D | - 2 | 5 |
| | E | - 23 | 57.5 |
| | F | - 9 | 22.5 |