

# UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC

INCORPORACIÓN NÚMERO 3290-25 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC  
"Por la Razón y el Saber"

---

---

## Licenciatura en Psicología

### ESTILOS DE CRIANZA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMO PRECURSORES DE LA ENURESIS EN NIÑOS

#### TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**KARLA DENISSE NUÑEZ HERRERA**

#### COMITÉ TUTORAL

**DIRECTORA:** DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS  
**REVISORA:** DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE  
**COMITÉ:** DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN  
DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA  
OROZCO  
LIC. ROSA FLORES HERRERA

CIUDAD DE MÉXICO

Enero, 2020

“



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

# AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a mis padres, quienes me apoyaron hasta donde les fue posible, incluso más que eso, por su infinito amor.

Agradezco infinitamente a Ofe y a Jorge por estar incondicionalmente, gran parte de todo esto es gracias a ustedes, por su gran amor.

A toda mi familia que me apoyaron en todo momento, por creer en mí, este logro también es de ustedes mis HERMANOS.

A quien confió y se comprometió con este trabajo con la misma paciencia y compromiso, la Dra. Claudia Iveth Jaen Cortes.

A la DEC por su guía constante durante este proceso.

A mi gran amigo Alexander Castro por su apoyo y compañía durante todo este proceso.

A todos mis amigos por sostenerme en todo momento.

A la Universidad Chapultepec, por los conocimientos, momentos y amistades que ahí se gestaron.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
<b>CAPITULO I. LA ENURESIS INFANTIL .....</b>	<b>8</b>
1.1 Definición.....	8
1.2 Tipos .....	10
Clasificación de la enuresis nocturna de acuerdo con la Sociedad de Continencia Infantil.....	14
1.3 Epidemiología.....	14
1.4. Causas (Factores de riesgo).....	16
1.4.1. Causas psicológicas.....	16
1.4.2. Causas fisiológicas.....	17
1.4 Diagnóstico .....	20
1.6 Criterios diagnósticos .....	21
1.7 Tratamientos.....	22
<b>CAPITULO II. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ENURESIS INFANTIL: EL PAPEL DE LOS ESTILOS DE CRIANZA, LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD .....</b>	<b>26</b>
2.1 Estilos de crianza.....	26
2.2 Depresión.....	29
2.2.1. Depresión infantil.....	31
2.3. Ansiedad .....	39
2.3.1 Ansiedad infantil.....	42
2.4 Investigaciones sobre las variables de estudio que influyen en la enuresis infantil. ....	46
<b>CAPITULO III. MÉTODO .....</b>	<b>49</b>
Planteamiento del problema .....	49
Justificación.....	49
Propósito general.....	50
Pregunta de investigación .....	51
Hipótesis .....	51
Definición de variables.....	52

Diseño y tipo de estudio .....	55
Participantes.....	55
Criterios de inclusión (grupo con síntomas de enuresis) .....	55
Criterios de exclusión.....	56
Instrumentos de medición .....	56
Procedimiento .....	58
Posible análisis de resultados.....	58
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## RESUMEN

La enuresis es la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o ambos momentos, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (normalmente entre los cuatro y los cinco años) y no existen indicios de patología orgánica. (Bragado, 2009). La enuresis se acompaña de situaciones familiares y ambientales complejas, como por ejemplo, puede presentarse en niños, cuyos padres, presentan patrones de crianza rígidos, lo que provoca en el niño inseguridad o inestabilidad emocional o física que desemboca en situaciones de depresión o ansiedad, por lo que el propósito de este estudio es conocer las diferencias en los estilos de crianza que ejercen los padres, así como en la depresión y ansiedad que presentan niños y niñas con y sin enuresis con edades de siete a diez años. Este trabajo es una propuesta de investigación, en el que participarían 200 niños (100 niños y 100 niñas) de cinco a diez años de edad, de éstos, 50 niños y 50 niñas con síntomas de enuresis referidos de algún centro de atención médica, y 50 niños y 50 niñas sin un diagnóstico con enuresis. Se emplearán la Escala de Estilos de Crianza para Padres, Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Los resultados se analizarán a través de la prueba *t* de Student. Con los resultados obtenidos, se espera aportar información valiosa, para coadyuvar en el desarrollo de intervenciones dirigidas a las familias con esta problemática, para desarrollar patrones de crianza positivos y saludables que redunden en la calidad de vida de los individuos.

**Palabras clave: Enuresis, estilos de crianza, depresión, ansiedad.**

## INTRODUCCIÓN

La enuresis es la micción de orina involuntaria, puede ser de tipo diurna, mixta, e incluso, en la mayoría de las ocasiones ocurre de manera nocturna. Es un trastorno que ocurre principalmente durante la infancia, en niños que tienen aproximadamente cinco años de edad, pues en esa etapa, ya se debería mantener el control de esfínteres.

La enuresis, puede venir acompañada de otros síntomas psicológicos, como el aislamiento, la depresión, la ansiedad, entre otros, lo que afecta no sólo el desarrollo físico y emocional de los niños que lo presentan, sino que afecta el bienestar y la calidad de vida, por lo que se requiere analizar el papel que desempeñan los padres para brindar la atención necesaria ante esta problemática, por lo que el propósito de este estudio, es, por un lado, realizar una investigación documental sobre la enuresis, así como identificar la manera en que influyen la depresión y la ansiedad, así como los estilos de crianza en este trastorno y por el otro, brindar una propuesta de investigación, con la finalidad de establecer diferencias en las puntuaciones de depresión, ansiedad infantil, así como en los estilos de crianza en niños con y sin enuresis.

En el capítulo 1, se hace una revisión de la literatura sobre el tema de la enuresis infantil, que se define como la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o en ambos momentos, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (normalmente entre los cuatro y los cinco años) y no existen indicios de patología orgánica (Bragado, 2009). También

se explican los tipos de enuresis que existen, así como las causas orgánicas y psicológicas; también se explican los criterios diagnósticos, así como los distintos tratamientos que existen para abordarla.

En el capítulo 2, se explican algunos factores que se asocian con la enuresis infantil, entre éstos, la depresión y la ansiedad infantil, pueden estar presentes. Por otro lado, también se analiza el papel de los estilos de crianza en la presencia de estos problemas.

En el capítulo tres se expone la propuesta de investigación, cuyo propósito es conocer las diferencias en los estilos de crianza que ejercen los padres, así como en la depresión y ansiedad que presentan niños y niñas con y sin enuresis con edades de siete a diez años, para ello, se describe la metodología, así como el análisis estadístico que se realizará.

Finalmente, se hace una reflexión, sobre la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas a la familia en donde se analicen estrategias de afrontamiento eficaces, tanto para sus padres como para el niño.

## CAPITULO I. LA ENURESIS INFANTIL

### 1.1 Definición

Litré (en Duche 1972, p.1) indica que la *“Enuresis es un término médico y significa derrame involuntario de orina, o incontinencia de la orina, que se deriva del griego Ev, en, y oüpnðis, acción de orinar, de oupov, “orina”.*

Duche (1972, p.5) la define como: *“Una micción activa y completa, involuntaria, que en la mayoría de las veces tiene lugar cuando se permanece acostado durante el sueño”.*

Toro (1992) la describe como la emisión de orina, ya sea de día, o de noche, cuando el individuo ya cuenta con edad suficiente para haber adquirido el control sobre su vejiga urinaria y sin la existencia de una patología orgánica que lo justifique.

Bragado (2009) define a la enuresis infantil como la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche, o en ambas ocasiones y que se presenta en una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción y sus esfínteres (normalmente entre los cuatro y los cinco años) y donde no existen indicios de patología orgánica. Úbeda (2012) señala que es la micción involuntaria que tiene lugar durante el sueño, que se presenta después de los cinco años, y de manera frecuente.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] por sus siglas en inglés, se define a la enuresis como una emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria y que no se atribuye el

comportamiento a efectos fisiológicos de una sustancia, o a cualquier otra afección médica (Asociación Americana de Psicología, 2014).

De acuerdo con los criterios de la Sociedad Internacional de Continencia Infantil [ICCS por sus siglas en inglés], la enuresis se manifiesta como una emisión de orina intermitente durante el sueño en niños mayores de cinco años. El término “nocturna” puede ser añadido para clarificar (enuresis y enuresis nocturna). La emisión involuntaria de orina durante el día se denomina incontinencia diurna, cuya causa puede ser orgánica, estructural o neurogénica, o deberse a otras causas físicas u orgánicas. (Von Gontard, 2016). Dicha clasificación, se señala en la Tabla 1.

Tabla 1.

*Tipos de enuresis infantil*

Trastorno	Síntomas
Incontinencia diurna	El niño se orina durante el día y tiene cinco años o más.
Enuresis o enuresis nocturna	El niño moja intermitentemente la cama durante la noche y tiene cinco años de edad o más.

Extraído de: Von Gontard (2016). *Trastornos del desarrollo*. Hamburgo: Departamento de salud Infanto-Juvenil, Hospital Universitario, Saarland.

Para Pichon (en Duche, 1972), la enuresis es psicógena, es decir, se lleva a cabo de manera inconsciente, cuando los individuos emiten su orina en lugares no apropiados, ya sea en la cama donde duermen o sobre la ropa que utilizan durante el día, es decir, la enuresis es un síntoma psicossomático (desechando las escasas causales orgánicas)

De acuerdo con Duche (1972) la enuresis infantil constituye el emergente de un daño más profundo y complejo, puesto que el deterioro se da generalmente en el

plano psicológico, o dicho en otros términos: es la reacción interpretativa real o fantaseada del niño a lo que acontece en su hogar y del eco de éste a su conducta. La enuresis es la canalización de turbulencias interiores, como podría serlo un vómito o una crisis asmática. Es el equivalente de íntimas sensaciones de angustia, soledad, desamparo, invalidez, hostilidad, despecho, celos, entre otros, por lo que puede interpretarse como una catarsis por parte del niño a todas las situaciones que lo rodean y que son causadas por una serie de emociones negativas.

## 1.2 Tipos

Reca (en Albarran, 1979) clasificó a la enuresis infantil como primaria o secundaria, la primera se manifiesta desde el comienzo de la infancia y obedece a factores neurobiológicos, es decir, el niño no ha presentado un control vesical, la segunda, también conocida como enuresis intermitente se presenta después de una etapa de control vesical y se debe a causas psicógenas, es decir, es la manifestación de un síntoma que se presenta después de un período de funcionamiento normal.

Duche (1972) establece que la enuresis nocturna es una consecuencia de los malos hábitos de higiene adquiridos, así como a la falta de vigilancia a los niños, y se denomina así, porque existen episodios de micción en el transcurso de la noche mientras se duerme. La enuresis diurna se presenta durante el día, sobre la ropa puesta y en lugares socialmente no adecuados y por último, la enuresis mixta se presenta durante el día y la noche.

Ajuriaguerra (en Albarran, 1979), menciona otros tipos de enuresis: La enuresis **quotidiana**, o **irregular**, que es aquella que habitualmente sucede después de los

ocho años, la **intermitente** sucede temporalmente y existen períodos largos donde no se presenta y finalmente, la **enuresis episódica** ocurre después de un suceso estresante, como por ejemplo: separación de los padres, el nacimiento de un nuevo hermano, entre otros.

Bragado (2009) menciona tres formas básicas, a saber: enuresis nocturna, diurna y mixta. En la Tabla 2 se muestran algunas características de los diferentes tipos de enuresis infantil.

Tabla 2

*Clasificación de la enuresis*

PARÁMETROS	TIPOS
Factores causales (diagnóstico diferencial)	-Funcional -Orgánica
Inicio o curso del problema	-Primaria -Secundaria
Síntomas miccionales	-Monosintomática -Polisintomática
Momento de ocurrencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nocturna:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo I (alteración moderada del despertar)</li> <li>• Tipo IIa (alteración grave del despertar)</li> <li>• Tipo IIb (funcionamiento vesical anómalo)</li> </ul> </li> <li>○ Diurna:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinencia de urgencia</li> <li>• Aplazamiento del vaciado</li> <li>• Vaciado disfuncional</li> </ul> </li> <li>○ Mixta: nocturna y diurna</li> </ul>
Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Regular</li> <li>○ Esporádica</li> </ul>

Extraído de: Bragado (2009). *Enuresis nocturna: Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.

En general, Bragado (2009) señala que la enuresis ocasionalmente es funcional pues se debe a causas psicológicas, ya que no existen alteraciones en las funciones de algún órgano o lesiones anatómicas que la expliquen, sin embargo, pueden

presentarse casos de enuresis orgánica o primaria, la cual, se debe a la presencia de alguna enfermedad médica, o por el retraso en la maduración de los mecanismos fisiológicos involucrados en el control voluntario de la orina.

La enuresis monosintomática es cuando el niño está dormido y no padece ningún otro síntoma miccional. La polisintomática es cuando el niño padece micciones frecuentes, infecciones urinarias y disuria (micción dolorosa o difícil). Moffatt(1997) explica que ocurre cuando los individuos tienen una capacidad vesical reducida y en los casos más graves, presentan incontinencia diurna.

Respecto al momento de ocurrencia, en la enuresis tipo I existe un adecuado desarrollo vesical, así como un funcionamiento normal de la vejiga, sin embargo, los niños no logran despertarse por completo y por consiguiente, ante un estado de somnolencia, emiten la orina; en la enuresis tipo IIa, el funcionamiento vesical durante el llenado es normal, pero los niños no logran despertarse con enuresis terminan por orinarse sin, es decir, los mecanismos responsables del despertar no se ponen en marcha, dado que no reciben la información oportuna y como consecuencia ocurre la micción. En la enuresis de tipo IIb existe un funcionamiento anormal de la vejiga durante el sueño (vejiganeurogénica latente), ya que cuando los niños con enuresis están despiertos su funcionamiento vesical es normal al de los niños que no presentan enuresis. Por lo que la micción se presenta de manera automática.

La enuresis diurna se clasifica en incontinencia de urgencia, aplazamiento de vaciados y vaciado disfuncional, la primera se caracteriza por episodios repentinos

de urgencia miccional lo cual provocan escapes de orina, en la segunda el niño retrasa la evacuación voluntariamente más de lo recomendable fisiológicamente hasta que pierde el control y termina orinándose.

Y por el último el vaciado disfuncional se define como la contracción paradójica del esfínter externo durante el acto de orinar, lo que da lugar a un flujo de la vejiga, potenciando el riesgo de infecciones y la incontinencia (Von Gontard, Mauer-Mucke, Plücker, Berner, y Lehmkuhl(1999 en Bragado, 2009).

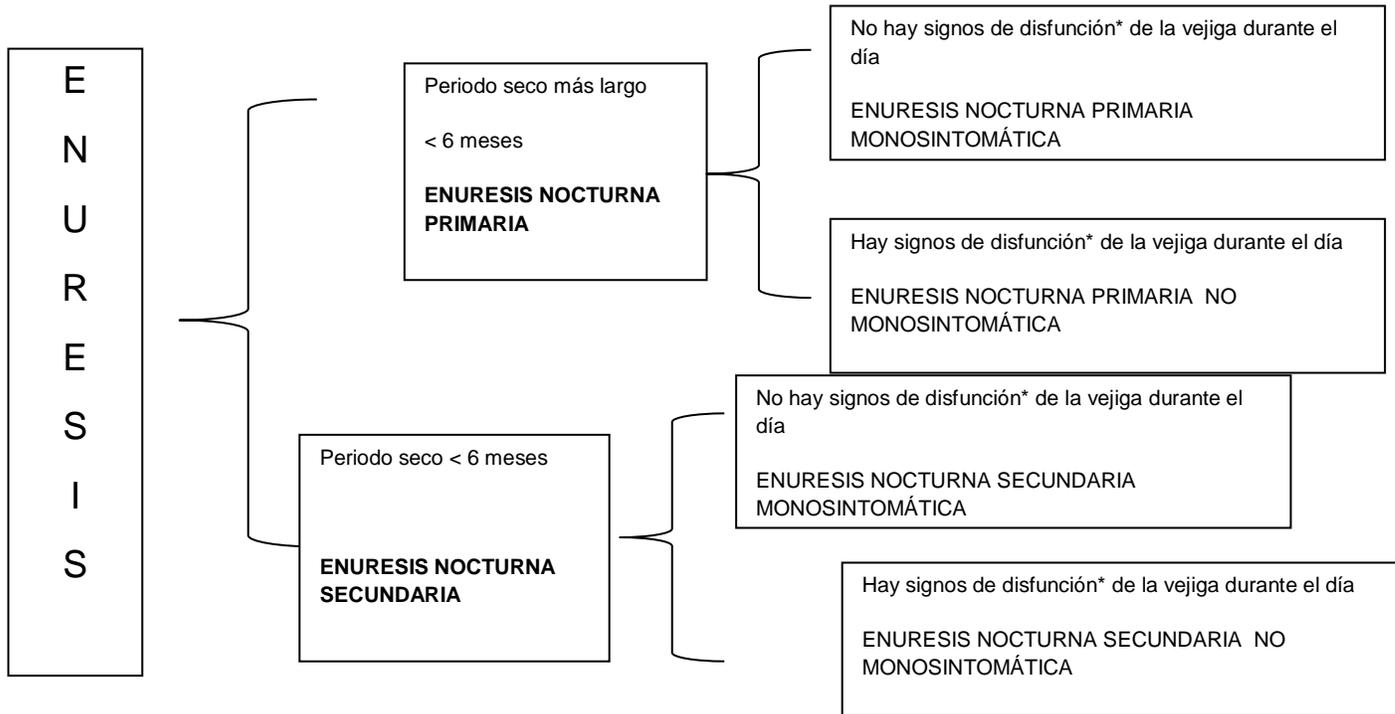
El hecho de mojar la cama habitualmente o diariamente se le considera enuresis regular y esporádica cuando el niño sufre la micción de forma intermitente.

En 2012 la enuresis se clasifica solo en enuresis de tipo: primaria, mosintomática, no monosintomática y secundaria, coincidiendo con las definiciones de autores anteriores.

Aunque en algunos autores consideran la enuresis sólo de tipo nocturna y no diurna el DSM-5 sí la especifica de tal manera.

Sólo nocturna: emisión de orina solamente durante el sueño nocturno, sólo diurna: emisión de orina durante las horas de vigilia, y nocturna y diurna: una combinación de los dos subtipos anteriores. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

## Clasificación de la enuresis nocturna de acuerdo con la Sociedad de Continencia Infantil.



Extraído de: Von Gontard (2016). *Trastornos del desarrollo*. Hamburgo: Departamento de salud Infanto-Juvenil, Hospital Universitario, Saarland.

### 1.3 Epidemiología

Las investigaciones sobre la prevalencia de la enuresis desde un principio han presentado distintos problemas, como consecuencia de la discrepancia acerca de su definición y edad, lo cual por lo mismo los criterios diagnósticos utilizados para llevar a cabo el estudio pueden ser diferentes y los resultados difíciles de comparar.

Rodríguez y Gracia (2008,) realizaron un estudio y encontraron que la enuresis está presente entre el 10 al 13% de los niños de 6 años y al 6-8% de los 10 años. La

enuresis será primaria en el 80% de los niños y monosintomática en el 90% de los casos.

Existe una mayor prevalencia en los niños que en las niñas, se mantiene así en todas las edad hasta la adolescencia y tiende a reducir esta desigualdad a partir de los 8-10 años (Rodríguez& Gracia, 2008).

En un estudio realizado en Guadalajara se encontró una prevalencia de 8.5% en niños de 8-10 años y en niñas de la misma edad una prevalencia de 9.4%. Aunque en México aún existen pocos estudios sobre esta patología (Cortina, 2010).

La enuresis nocturna disminuye con la edad, a la edad adulta sólo un pequeño porcentaje continúan con enuresis. A demás de que existe un componente familiar que interviene en su incidencia, menciona (Liria, 2012). Un 10% de los niños de siete años orinan sobre la cama habitualmente más de tres veces por semana. De un 30-50% la enuresis es no monosintomática (Fernández & Cabrera, 2014). Taborga & García (2014, p. 7) señalan que *“la enuresis nocturna afecta al 16% de los niños de 5 años, al 10% de los de 6 años y al 7,5% de los de 10 años de edad”*. Como mencionan algunos autores la prevalencia disminuye con el aumento de edad, pero es importante señalar que la frecuencia y la severidad de los incidentes aumentan. (Taborga & García, 2014).

Meave, Díaz, y Garza (2014) mencionan que de acuerdo a su estudio: *“la enuresis tiene una tasa de curación espontánea de 14% anual entre los 5 y 9 años, de 16% entre los de 10 y 14 años y de 16% entre los 15 y 19 años. En mayores de 20 años persiste incluso en 3%”*.

En el DSM-V la prevalencia de la enuresis es del 5-10% en los niños de 5 años, del 3-5% en los niños de 10 años y de alrededor del 1% en las personas de 15 o más años.

Desde un inicio hasta los estudios más recientes se ha concluido que la enuresis tiene mayor incidencia en los niños y disminuye con el aumento de la edad. Además de que existe una alta influencia hereditaria.

#### **1.4. Causas (Factores de riesgo)**

Hay una serie de factores que son desencadenantes de una enuresis, pero que desde hace décadas distintos autores difieren acerca de cuáles son realmente los responsables de este trastorno.

##### **1.4.1. Causas psicológicas**

Toro (1992), han mencionado la influencia que tienen los eventos estresantes en la aparición de una enuresis.

Reca (en Albarran, 1979) distingue cinco causas psicológicas de la enuresis:

- Las que producen el síntoma
  - Las que mantienen el síntoma una vez que se produjo.
1. Relaciones y sucesos que varían la relación y circunstancias del niño dentro de la familia.
    - a) Relación con los padres.
    - b) Nacimiento de un hermano y la relación con los mismos

2. Forma equivocada con respecto a la educación esfinteriana y a la educación general del niño.
3. Situaciones, o conjuntos de hechos, capaces de generar un estado de ansiedad intenso, prolongado o permanente.
4. Experiencias de orden sexual, traumática o no
5. Experiencias particulares, relacionadas con la función urinaria.

Gerard (en Albarran, 1979) habla de casos regresivos, causados por la llegada de un nuevo hermano y causas de venganza para de esa manera recobrase por los regaños y castigos de la madre, casos también neuróticos que se basan en el miedo inconsciente por recibir algún daño de personas del sexo opuesto.

Werner (1980) expone las siguientes causas: el nacimiento, la fase de lactancia, fase de enseñanza de la limpieza, suceso desencadenante, fijación por agresión estructural secundaria y condiciones vitales externas desfavorables.

Provocando de manera conjunta ansiedad, miedo, ya sea por la amenaza y/o castigo (por los padres si no tiene un control miccional) e inseguridad.

Los factores psicosociales que son clasificados por Bragado en 2009 son:

- Condiciones inadecuadas de aprendizaje
- Circunstancias ambientales adversas
- Experiencias estresantes
- Otro

#### **1.4.2. Causas fisiológicas**

Albarran (1979), menciona nueve causas fisiológicas o neurológicas:

1. Capacidad vesical insuficiente
2. Inmadurez de los órganos genitales en cuanto a la estructura muscular y al control urinario.
3. Espina bífida, aquellos niños que padecen de espina bífida sufren de retención de orina por parálisis de la vejiga y no por una enuresis.
4. Anomalías en la parte inferior de la columna vertebral.
5. Irritación local de la zona, por ejemplo; fimosis, balanitis, etc., son causas de una incontinencia urinaria, aunque también ha comprobado que no en todos los casos de niños con enuresis exista una fimosis.
6. La composición de la orina, es decir, el peso o acidez de la orina puede determinar una incontinencia urinaria.
7. Las vegetaciones adenoides, ya que perturban la respiración normal y ocasionan una excesiva abundancia de CO<sub>2</sub> en la sangre, lo que a su vez produce un sueño profundo, impidiendo que el niño se despierte ante la necesidad de orinar.
8. Duche ha estudiado estudian la relación entre la epilepsia o trastornos bioeléctricos corticales y la enuresis, pero más que un causante de la enuresis es de la micción involuntaria.
9. Factores nutritivos, sin embargo, a pesar de que algunos pediatras recomendaban no ingerir líquidos en abundancia por las tardes o durante la cena, los niños continuaban orinándose por la noche.

También menciona otras posibles causas mixtas como lo son la falta de oportunidad para una enseñanza apropiada, la relación entre la enuresis y la herencia y un sueño profundo.

García (2006), menciona varios factores desencadenantes: factores genéticos, factores urodinámicos (la reducida capacidad de la vejiga), poliuria nocturna (excesiva producción de orina), trastornos del sueño, constipación (disfunción esfinteriana vesical y anal) y alteraciones en el desarrollo.

Pérez (2006), otras de las causas que dan lugar a una aparición de la enuresis son:

- Infecciones de vías urinarias
- Uréter ectópico
- Diabetes insípida y mellitus
- Obstrucción uretral
- Encopresis (estreñimiento)
- Vejiga neurógena o inestable.

Todos los factores implicados en la enuresis pueden combinarse de forma diferente en cada niño, pero ninguno de ellos por separado. (Bragado, 2009).

Bragado en el 2009 indica que la enuresis se produce como consecuencia de un fallo al despertar, una predisposición genética que al igual otros autores ya han considerado. Cortina (2010), asocia distintos factores de riesgo relacionados con la enuresis primaria monosintomática: la cefalea crónica, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad o TDAH, así como también hiperactividad del detrusor y que ha sido diagnosticado en el 45% de los pacientes con enuresis.

En conclusión, la enuresis es un problema multicausal que requiere de una evaluación rigurosa y multidisciplinaria, ya que diversos autores (Albarran en 1979, García en 2006, Bragado en 2009, etc.) plantean que para diagnosticarla se deben presentar algunos de los síntomas anteriores. En la Tabla 3 se observan clasificadas

las causas de la enuresis en fisiológicas y psicológicas, por año y autor así como su descripción de manera más concreta.

Tabla 3.

*Causas de la enuresis*

Autor y año	Tipo de causa	Descripción
Reca y Gerard (en Albarran, 1979) Werner 1980 Bragado 2009	Psicológicas	Relaciones y sucesos dentro de la familia del niño (nacimiento de un hermano, divorcio, mudarse de hogar), educación equivocada con respecto al control esfinteriano y su educación en general, ansiedad, miedo y experiencias estresantes.
Albarran 1979 García 2006 Pérez 2006	Fisiológicas	Capacidad vesical insuficiente, espina bífida, herencia, trastornos del sueño, uréter ectópico, fimosis, poliuria, etc.

#### 1.4 Diagnóstico

Para diagnosticar la enuresis se consideran distintos tipos de evaluaciones:

Olivares (2008) considera que se debe realizar una adecuada anamnesis al igual que otros autores como Rodríguez y Gracia en el mismo año, Liria en 2012, Fernández y Cabrera (2014).

La **anamnesis** permite descartar cualquier patología orgánica y obtener información que permita proporcionar un adecuado tratamiento al niño.

Liria (2012) la anamnesis debe incluir cuatro aspectos importantes: existencia de patología orgánica, características de la enuresis, factores favorecedores y actitud de los padres ante la enuresis.

La **exploración física** no es muy extensa pero si debe realizarse de manera meticulosa. Son varios los autores que han coincidido con este tipo de evaluación y con la forma en que se realiza.

Rodríguez y Gracia (2008) deben prestarse mayor atención al peso y la talla del niño, la presión sanguínea, genitales y región lumbosacra, abdomen, fosas renales y sistema nervioso.

En algunos casos se considera conveniente hacer una **exploración complementaria** sobre todo en los niños con enuresis no monosintomática para descartar por completo cualquier patología orgánica y este se hace mediante un análisis de orina (sistemático y sedimento y cultivo). (Rodríguez y Gracia, 2008).

## **1.6 Criterios diagnósticos**

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014) los criterios diagnósticos son:

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo

o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p.ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

## **1.7 Tratamientos**

La enuresis es un trastorno que tiene una múltiple etiología por lo cual la forma en que se aborda son muchas. Los tratamientos no farmacológicos o conductuales pueden realizarse como primera línea antes de comenzar con otro tipo de tratamientos, como medicamentos o la alarma, ya que estos pueden tener consecuencias secundarias.

Cada niño tiene condiciones clínicas y circunstancias concretas diferentes por lo tanto las indicaciones deben adecuarse a cada niño, aun así existen recomendaciones generales, que son válidas para la mayoría de los niños con enuresis. (Liria, 2012).

En la Tabla 4 se presentan los distintos tratamientos y la función de cada uno de ellos. Varios autores coinciden en los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos que pueden ser utilizados para abordar la enuresis, así como la eficacia que han resultado obtener.

Tabla 4.

*Tratamientos para el control de la enuresis.*

<b>Tratamientos No Farmacológicos</b>		
Autores y año	Tipo	Función
Rodríguez y Gracia (2008) Bragado (2009) Meave(2010) Liria (2012) Fernández y Cabrera (2014) Alcocer (2014) Marcelli y Ajuariaguerra(1996 en Martínez, 2015)	Alarma	Es un método conductista, el cual se activa cuando la humedad de las primeras gotas de orina alcanza al electrodo, se emite el sonido despertando al niño y por consecuente debe ir al baño, si es necesario limpiar su cama y cambiar su ropa interior. No se recomienda cuando los escapes son muy infrecuentes.
Rodríguez y Gracia en 2008  Meave en 2010  Marcelli y Ajuariaguerra en 1996 (en Martínez, 2015)  Liria en 2012  Fernández y Cabrera en 2014  Alcocer en 2014	Medidas generales o uroterapia familiar	<p>Se modifican los estilos educativos, se deben de seguir ciertas medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Moderación en la ingesta de líquidos a partir de las 7pm</li> <li>-Práctica de algún deporte</li> <li>-Evitar bebidas con cafeína</li> <li>-No reprender ni castigar al niño</li> <li>-Recompensa en las noches que no moja la cama</li> <li>-Despertarlo y levantarlo ya sea por sí solo o con ayuda en un principio por parte de los padres</li> <li>-Entrenamiento para el control de la retención para el aumento de la capacidad de la vejiga</li> <li>-Se explica al niño que no tiene culpa sino que se trata de un retraso madurativo.</li> </ul>
Olivares en 2008  Rodríguez y Gracia en 2008	Hipnosis	El niño es inducido entrar a un estado hipnótico o trance, involucrando la sugestión en el trance, para que el niño se levante

		durante la noche si necesita orinar y pueda así tener un control cuando orine.
Olivares en 2008		
Rodríguez y Gracia en 2008	Acupuntura	Publicaciones chinas sugieren que puede ser un tratamiento eficaz.
Marcelli y Ajuariaguerra en 1996 (en Martínez, 2015)	Psicoterapia	Cuando prevalecen los factores emocionales es utilizada. Existen diferentes enfoques y en muchas ocasiones se realiza mediante el juego
Liria en 2008	Tratamientos combinados	La alarma y desmopresina no se recomienda de forma rutinaria, solo en casos refractarios o con respuesta parcial sin mejoría posterior.
Alcocer en 2014	La alarma y la desmopresina	No es aconsejable como tratamiento inicial.
	Desmopresina y anticolinérgicos	La desmopresina y anticolinérgicos, tampoco se utiliza de manera inicial en el tratamiento, queda limitado a niños con fracasos terapéuticos previos.

---

### Tratamientos Farmacológicos

---

Autores y año	Tipo	Función
Rodríguez y Gracia en 2008		
Bragado en 2009	Desmopresina	
Meave en 2010		Reduce el volumen de orina durante la noche.
Liria en 2012		
Fernández y Cabrera en 2014		
Alcocer en 2014		
Meave en 2010		
Rodríguez y Gracia (2008)	Imiprina/antidepresivos tricíclicos	
Liria en 2012		
Fernández y Cabrera en 2014		Es un relajante muscular, tiene influencia sobre las características del sueño y con su posible efecto antidiurético.
Alcocer en 2014		

---

---

Marcelli y Ajuariaguerra en 1996 (en Martínez, 2015)		
Olivares en 2008	Oxibutinina/ anticolinérgico	Es un relajante muscular, disminuye la hiperactividad del músculo detrusor y aumenta la capacidad vesical, reduce o elimina las contracciones involuntarias de la vejiga. Su uso es frecuentemente combinado con terapia psicológica.
Rodríguez y Gracia en 2008		
Liria en 2012		
Liria en 2012	Trospio/anticolinérgico	Tiene una actividad reductora del tono parasimpático.
Liria en 2012	Tolterodina/anticolinérgico	Es un antagonista de los receptores muscarínicos, pocos estudios en la pediátrica, no está aprobado su uso, por lo cual no se utiliza.
Liria en 2008	Tratamientos combinados	La alarma y desmopresina no se recomienda de forma rutinaria, solo en casos refractarios o con respuesta parcial sin mejoría posterior. No es aconsejable como tratamiento inicial.
Alcocer en 2014	- La alarma y la desmopresina	
	- Desmopresina y anticolinérgicos	
Rodríguez y Gracia en 2008	Otras modalidades farmacológicas: mesterolona, inhibidores de la prostaglandinas, sulfato de anfetamina, efedrina + atropina, furosemida, atomoxetina, fenmetrazina o clorprotixina.	La desmopresina y anticolinérgicos, tampoco se utiliza de manera inicial en el tratamiento, queda limitado a niños con fracasos terapéuticos previos.

---

## **CAPITULO II. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ENURESIS INFANTIL: EL PAPEL DE LOS ESTILOS DE CRIANZA, LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD**

### **2.1 Estilos de crianza**

La vida familiar es interactiva y compleja, lo cual significa que la conducta de padres e hijos se influye mutuamente, de tal manera que, por una parte, cuestiones como la personalidad de los padres, sus antecedentes familiares, actitudes, valores, educación, creencias religiosas, status socioeconómico, expectativas y creencias sobre el desarrollo de sus hijos tienen una importante influencia en cómo y qué socializan (Sigel, 1992; Rodrigo y Triana, 1996, Rodrigo y Palacios, 2002 en Flores, Cortés y Góngora, 2009).

El niño aprende a través de las relaciones familiares, principalmente de la relación con sus progenitores a conformarse con los estándares de los grupos, costumbres y tradiciones y a cooperar con los demás. (Hurlock, 1979).

Los estilos de crianza se refieren al clima emocional en el cual los padres crían a sus hijos; son una actividad compleja que implica comportamientos específicos que trabajan individualmente y en conjunto para influir en los resultados del niño (Darling, 1999; Darling & Steinberg, 1993 en García, Rivera y Reyes, 2014).

En la mayoría de los padres se asume que los estilos de crianza giran en torno a los temas de control (Baumrind, 1991).

Las dos formas de control son el psicológico y el conductual. El control psicológico es perjudicial debido a que se asocia con problemas emocionales y de conducta de los hijos; los padres pretenden controlar el desarrollo psicológico y emocional del

niño: sus pensamientos, expresiones y emociones. El control conductual puede ser positivo cuando se maneja el razonamiento por parte de los papás y mamás en el manejo de los niños (Barber, 1996; Betancourt & Andrade, 2011 en García, Rivera y Reyes, 2014).

Los estilos de crianza están relacionados con las actitudes de los padres ante la educación de los hijos. (Gómez, 2014).

En un primer momento los estilos de crianza, educativos o parentales eran tres, más tarde se clasificó uno más.

Los estilos de crianza son:

- Estilo autoritario: son padres que utilizan el control y el valor de la obediencia es muy importante, el castigo es usado de manera frecuente, se establecen normas, no muestran afecto de manera abierta o clara, no dejan expresar a sus hijos sus necesidades o inquietudes.

Los hijos tienen poca independencia, resulta difícil socializar, dejan de comunicarse son retraídos e insatisfechos, tienden a ser deprimidos.

Ejemplo: la familia B son padre y madre y dos hijos, son distantes con sus padres, procuran no estar mucho tiempo con ellos, cada uno se encierra en su habitación para evitar conflictos y estar alejados.

- Estilo permisivo: los padres no son tan controladores ni exigentes, a diferencia del estilo autoritario aquí los padres no castigan pero tampoco existen premios, ausencia de enseñanza (creencia de que aprenderán por

sí solos), no hay normas, no hay supervisión, falta de apoyo, están muy poco implicados en la educación de sus hijos.

Para los hijos es complicado interiorizar las reglas, menor capacidad de autocontrol, son inconstantes a la hora de realizar sus tareas.

Ejemplo: en la familia O uno de los hijos adolescentes invitó a sus amigos a una fiesta en su casa como su madre era muy permisiva, había música, alcohol, etc., su madre llegó cansada de trabajar y muy molesta los echó de la casa, con el asombro de todos y la sensación de vergüenza de su hijo.

- Estilo democrático o autorizado: los padres respetan los intereses, opiniones y personalidad de sus hijos, pero los guían, comunicación y comprensión, hay normas y límites, niveles altos de afecto.

Los hijos se sienten seguros, queridos y satisfechos, son responsables, tienen mejor autoestima, son más felices.

Ejemplo: Una familia X habla durante la cena, sobre las experiencias durante el día, si a alguno le ocurrió un problema o un logro se le anima y felicita y al problema se le busca solución. Tienen acordado apagar los celulares y cualquier tipo de distracción que no permita la interacción entre ellos.

- Estilo indiferente o negligente: los padres actúan de manera fría son distantes, es escasa o nula la educación y crianza de sus hijos, indiferente ante las necesidades del hijo.

Los hijos presentan baja autoestima, son vulnerables a los conflictos, falta de empatía hacia los demás, no acatan reglas.

Según Hurlock cuando las actitudes de los padres hacia sus hijos no son favorables influyen de manera significativa en la salud psicobiológica del niño.

Algunas de las actitudes que generan conflicto en la crianza de los niños son: Padres posesivos, dominantes, protectores, o aquellos que aplican castigos severos tienen como consecuencia hijos poco adaptados y les resulta difícil socializar. Por el contrario en los hogares donde el ambiente es democrático y existe una buena relación familiar entre los miembros de la familia fomentará el buen desarrollo psicobiológico del niño.

Los problemas que se relacionan con la comida, tics nerviosos, enuresis y toda una serie de problemas equivalentes, se encuentran característicamente en niños cuyas situaciones familiares incluyen dificultades paternas. (Hurlock, 1979).

En el ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil es frecuente encontrar casos en los que los padres utilizan un estilo disfuncional de relación con su hijo, que de una u otra manera conserva el problema por el que se acude a consulta. (Valencia, Vicente, Saavedra, Pozueta & Coto, s/a).

## **2.2 Depresión**

La depresión es un sentimiento de tristeza extrema, y marca una baja en el ánimo respecto de un estado de ánimo anterior. Se hace notoria en la pérdida de interés o placer por casi todas las cosas. (Zon, 2009).

Zon (2009), la depresión tiene síntomas psíquicos y físicos.

El agotamiento, la fatiga, la falta de energía, el sueño (dificultad para dormir, o dormir demasiado), pérdida de la libido y lentitud mental son algunos de los síntomas físicos.

Las causas según Zon son: biológicas, sociales y psicológicas.

- El factor de herencia
- La personalidad
- Acontecimientos de la vida (un duelo por algún familiar, una separación, atravesar un largo período sin trabajo)
- Factores de riesgo (la acumulación de sucesos estresantes, la muerte temprana de los padres, el aislamiento social y las carencias afectivas en la infancia).

En el DSM-5 (2014), los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno del estado de ánimo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, se diferencian en la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Del Barrio y Carrasco (2013), mencionan diferentes características de la depresión en general: profunda desesperanza, agotamiento, una nostalgia que lo invade todo, falta de entusiasmo, dificultad para concentrarse y hacer satisfactoriamente las labores de la vida cotidiana, sensación de una inadecuación y hundimiento y, sobre todo, la convicción de que todo está mal y que no tiene solución. Éstas características pueden aplicarse a cualquier tipo de depresión y edad.

Por otro lado De la Paz y Sanz (2016) mencionan que la depresión debe diferenciarse como síntoma, síndrome y trastorno.

Se trata de un síntoma cuando existe una tristeza de carácter patológico, para lo cual debe verificarse su frecuencia, duración e intensidad.

Hace referencia a un síndrome a partir de que se presenta un conjunto de síntomas, los cuales están formados por tristeza, irritabilidad, fatiga, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, insomnio, enlentecimiento psicomotor, falta de apetito, etc.

### **2.2.1. Depresión infantil**

La depresión infantil es un cambio constante en el comportamiento del niño, consistente en el declive de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, participar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y habitualmente seguida de acciones múltiples de protesta (Del Barrio, 2007).

Del Barrio (2007) menciona que la primera vez que se ha definido la depresión infantil se ha hecho en un rango de edad muy joven de seis a doce meses. Spitz trabajo con niños en un hospicio y la denominó “Depresión anaclítica”.

Algunos de las características que presentaban estos niños fue negación al contacto, yacen postrados, el lloriqueo que daba seguimiento al retraimiento, dificultad para dormir, además de que comienza la pérdida de peso. Los niños habían presentado una experiencia igual, en algún momento de su vida, todos habían sido apartados de su madre por un período de tres meses.

Según Malmquist 1971 (en Polaino, 1988) los síntomas somáticos que más frecuentemente encubren la depresión infantil son: dolor de cabeza, desvanecimientos, náuseas, dolores abdominales, enuresis, encopresis, etc.

Existen once signos y síntomas que se observan en un niño con depresión según Del Barrio que son:

- 1) Más taciturno, triste y retraído; antes bromeaba, se mostraba alegre, contaba todo lo que le sucedía y ahora se muestra más silencioso y difícil de comunicarse con él.
- 2) Se hace solitario; se aparta del grupo, deja de hablar con los amigos, prefiere estar todo el tiempo en casa y viendo televisión.
- 3) Se vuelve irascible; pelea con los amigos y familia, todo le parece incomodo, nada le agrada, protesta mucho más que antes, se siente vulnerable además de que el mal genio se presenta muy a menudo.

- 4) Deja de hacer lo que habitualmente le divertía; abandona las actividades que más le agradaban, no le interesa algo nuevo, el aburrimiento se vuelve parte de él, y se vuelve apático.
- 5) Cambia sus hábitos de comida; ingiere más de lo usual y comida poco saludable como chucherías y bebidas, provocando que obtenga más peso al igual que esto representa otro motivo de insatisfacción. Así como también puede presentar una conducta totalmente opuesta, es decir, que las cantidades de comida desciendan y por lo tanto presentando pérdida de peso.
- 6) Se le altera el sueño; duerme demasiado o al contrario, le es difícil conciliar el sueño.
- 7) Parece agitado; puede parecer intranquilo y continuo movimiento.
- 8) En ocasiones, parece faltarle energía; se muestra cansado y agotado sin haber tenido algún tipo de esfuerzo que lo explique.
- 9) Experimenta sentimientos de culpa; “todo lo hago mal” es una de sus frases más comunes, se siente inseguro.
- 10) Desciende su capacidad de concentración; no presta atención en las cosas, todo se le hace muy complicado aunque no sea de esta manera, no rinde en la escuela, no puede decidir, parece estar “desconectado” del mundo.
- 11) Piensa cosas negativas o morbosas; piensa que quiere matarse y en ocasiones cómo lo conseguiría. Piensa que sus padres lo abandonan, etc.

De la Paz y Sanz mencionan tres puntos importantes a considerar para diferenciar lo que podrían considerarse comportamientos normales de aquellos que son síntomas depresivos.

1. La tristeza y la pérdida de interés en cosas que anteriormente le agradaban al niño.
2. La tristeza puede a veces no ser evidente y en su lugar se presenta irritabilidad, o enfado en forma de explosiones de genio ante sucesos insignificantes, peleas, insultos, etc., los cuales deben diferenciarse del “niño mimado”.
3. Los síntomas y su expresión varían con la edad, es decir en los niños menores son frecuentes los síntomas psicofisiológicos y motores, mientras que los niños mayores son más frecuentes los síntomas cognitivos.

Del Barrio explica la depresión a través de varias teorías como la orgánica, cognitiva, conductual y psicoanalítica que intentan dar una respuesta a tal trastorno.

La teoría orgánica sostiene que se debe a una disfunción de los neurotransmisores especialmente el cortisol, la hormona de crecimiento y la serotonina; los cuales regulan el nivel de activación y la intensidad de las respuestas emocionales a los sucesos. Esto sería debido ya a transmisión hereditaria.

En la depresión infantil aún es muy reducida este tipo de investigación y los datos encontrados irregulares.

En la teoría cognitiva el investigador Beck explica la depresión a partir del sujeto que la padece, es decir, por la presencia de pensamientos erróneos y negativos a

cerca de todo lo que los rodea, se sienten miserables y no ven el futuro como algo prometedor. Todo esto debido a una distorsión cognitiva y la cual puede tener aplicación en la depresión infantil.

Las personas con depresión tienen presentes las cosas negativas olvidando aquellas positivas. Esta teoría tanto puede ser causa como consecuencia de la depresión.

Desde el punto de vista de la teoría conductual la depresión se debe por una ausencia de refuerzos. Esto significa que no se recibe ningún tipo premio, esto puede suceder porque los padres o los maestros no están atentos a la conducta del niño por lo tanto no alaban ni dan recompensas, también puede ser porque el entorno es negativo lo cual no permite alegrías.

Freud en la teoría psicoanalítica mantiene que la depresión se presenta debido a una falta, en este caso es la falta de la estima del Yo, es decir se pierde el autoestima.

En el caso de los niños, la pérdida es del objeto bueno que es representado por la madre o los atributos de ésta. Por lo tanto cuando el niño es separado de la madre desarrollará depresión.

La depresión infantil tiene ciertos factores de riesgo como lo son: vulnerabilidad personal, factores ambientales (dentro de estos se encuentran; la familia, los estilos de crianza, la depresión de la madre y todo aquello que pueda ocurrir en el núcleo familiar y a su alrededor de manera negativa para el niño).

Se ha estimado que los niños de padres depresivos tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión, que los niños de padres sin depresión. (De la Paz & Sanz, 2016).

De la Paz y Sanz hacen referencia también a que la transmisión familiar de la depresión no solo se debe a mecanismos genéticos, sino también a factores ambientales, uno de los cuales podría ser la calidad de los cuidados parentales que dirigen a los niños, tanto la depresión de las madres como de los padres influye de manera significativa en las relaciones paternofiliales.

Los factores de riesgo se manifiestan en las diferentes etapas del desarrollo del niño.

Nissen 1971 (en Polaino, 1988) los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión en las distintas edades son:

- a) Edad preescolar: retraimiento, rechazo al juego, agitación (síntomas psíquicos). Chillidos y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y falta de apetito (síntomas psicossomáticos).
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, evitación al juego, falta de concentración, retraimiento (síntomas psíquicos). Enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, chillidos y gritos (síntomas psicossomáticos).
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, pensamientos suicidas, agotamiento e inseguridad (síntomas psíquicos). Y cefaleas (síntomas psicossomáticos).

De acuerdo a Nissen en las mujeres los cinco síntomas psíquicos más frecuentes son: inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo.

En los hombres, ansiedad, inhibición e incapacidad para socializar.

Los síntomas somáticos más comunes en mujeres son: mutismo, agresividad, llanto, enuresis y compulsión alimentaria. En los hombres son: agresividad, enuresis, llanto sin motivo, alteración del sueño.

Etapas del desarrollo según Del Barrio son:

Primera infancia (de cero a tres años): en esta etapa es fundamental la relación positiva con los integrantes de la familia, especialmente con la madre; uno de los desencadenantes de la depresión infantil es la separación, la cual tiene efectos emocionalmente negativos.

El apego es la relación paterno-filial más precoz, pues se establece en los primeros años de vida. Esta relación de apego puede establecerse con cualquier persona que tenga trato de crianza con el niño. Existen dos tipos de apego el inseguro y seguro, en el primero la madre no es atenta, irresponsable e inactiva, los hijos tienen alta reacción emocional y bajo acercamiento. En el segundo tipo de apego las madres son atentas, responsables y cariñosas, por parte de los hijos tienen baja reacción emocional y un alto acercamiento.

En esta etapa del desarrollo pueden encontrarse por lo tanto algunos elementos explicativos de la depresión, pues es en la primera infancia donde el niño construye su primera relación y todo lo que se refiere a la emoción, es por ello que la separación de la madre suele ser tan estresante para el niño, aparece una reacción

de tristeza ante una pérdida. El apego inseguro genera una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

Etapa escolar (entre los seis los doce años): el niño extiende su mundo, es decir se convierte en un ser hábil, puede comenzar a aprender cosas escolares y comienza la socialización ahora con profesores y amigos.

Al ser un cambio para el niño y tener ahora que buscar sus propias actividades, la aceptación de los otros y capacidad para los estudios puede derivarle problemas si esto no resulta como lo esperaba.

El acoso escolar, la inadaptación con sus compañeros y la dificultad para aprender son algunos de las situaciones estresantes que presentan los niños en esta etapa de la vida lo cual puede llevarlo a caer en depresión.

Pubertad (12 años): el cuerpo es el motor de todos los cambios. En esta etapa el adolescente presenta cambios corporales, lo cual por ser algo desconocido le crea cierta inseguridad, además de soportar burlas por parte de otros de acuerdo a los cambios que presenta.

El descontento por la apariencia es otro de los motivos por los que los adolescentes se sienten infelices.

Los cambios cognitivos que se refiere a una maduración mental. Por lo tanto comienza una tensión entre los deseos, opiniones e ideas del adolescente y las de los adultos.

La adolescencia es una etapa complicada, el principal conflicto es que el niño se está convirtiendo en adulto y mientras esto ocurre existen logros y fracasos, aciertos y errores provocando esto a su vez depresión.

### **2.3. Ansiedad**

De la Paz y Sanz (2016), conciben la ansiedad como: un síntoma, un síndrome, un trastorno y como una emoción normal.

Cuando se menciona ansiedad como un síntoma se refiere a un estado de ánimo, centrado en el miedo.

Se convierte en síndrome cuando se está indicando un conjunto de síntomas que incluye: insomnio, taquicardias, irritabilidad, etc.

Por último se llama trastorno cuando se hace indicación a varios síndromes de síntomas de ansiedad que difieren entre sí en cuanto a los síntomas específicos que presentan, las situaciones en las cuales aparecen, las causas que lo provocan, la intensidad y frecuencia, etc., por ejemplo: fobia social, trastorno de ansiedad por separación, trastorno por estrés postraumático, etc.).

La ansiedad es también una experiencia normal en los seres humanos, en la cual existen síntomas ansiosos normales como tensión muscular, palpitaciones preocupaciones, entre otras, que se vuelven patológicas a partir de la frecuencia e intensidad con que se presentan.

Beck & Emery (2014), los síntomas que manifiestan un trastorno de ansiedad pueden dividirse en: cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos.

- Síntomas cognitivos de los trastornos de ansiedad: 1. Sensorio-perceptuales: timidez, mente confusa, sensación de irrealidad. 1. Dificultades para pensar: confusión, bloqueo, dificultad para razonar, dificultad para concentrarse, no se recuerdan cosas importantes. 3. Conceptual: distorsión cognitiva, miedo a la lesión física/muerte, miedo a un trastorno mental, imágenes visuales atemorizantes.
- Síntomas afectivos: irritabilidad, impaciente, inquieto, nervioso, tenso, temeroso, agitado, excitado.
- Síntomas conductuales: inhibición, evitación, coordinación, disfluencia del habla, hiperventilación, agitación.
- Síntomas fisiológicos: 1. Cardiovasculares: palpitaciones, aumento o disminución de la presión sanguínea, desmayo. 2. Respiratorios: respiración rápida, falta de aire, presión en el pecho, sensación de ahogo. 3. Neuromusculares: aumento de reflejos, reacción sobre saltada, dificultada para dormir, rigidez, inquietud, flojera de piernas. 4. Gastrointestinales: dolor abdominal, ardor estomacal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, molestias intestinales. 5. Tracto urinario: Presión para orinar, frecuencia de micción. 6. Epidermis: sonrojo, cara pálida, sudor generalizado, picores, rachas de frío y calor, sudor localizado (palmas).

Los trastornos se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición

asociada. Muchos de estos trastornos se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. (DSM-V, 2014).

Según el DSM-5 el trastorno de ansiedad generalizada puede ser:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (con en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

En los niños solo se requiere un reactivo.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

De la Paz y Sanz (2016) la ansiedad como síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas covariantes, que contiene un estado de ánimo ansioso, evitación de objetos o escenarios temidos, preocupación excesiva, insomnio, rigidez muscular, taquicardias, irritabilidad, etc.

### **2.3.1 Ansiedad infantil**

La ansiedad infantil son aquellas reacciones de miedo y ansiedad en los niños que no genera una función adaptativa, sino que se presentan con gran intensidad e incontroladamente, frecuencia y persistencia tan intensas que provocan en el niño

un malestar, conductas de huida o evitación completamente inadecuados (De la Paz & Sanz, 2016).

Por ejemplo, deserción escolar, retraimiento social, mutismo o rituales compulsivos.

El trastorno de ansiedad por separación es uno de los más comunes en los niños y de acuerdo al DSM-V, los criterios son los siguientes:

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.

7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
  8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, duran al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

La prevalencia en niños en un período de entre 6 y 12 meses es del 4%. En los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia es del 1,6%. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, además es el más prevalente en los niños menos de 12 años.

Solloa (2006) los niños sufren por todo aquello que limita o frustra sus necesidades corporales. Sufren por la separación, por celos, rivalidades con sus hermanos y por las angustias del propio desarrollo cognitivo, social y afectivo, es decir la angustia forma parte de la vida de todo niño, sin embargo, puede ser también la declaración de una evolución de carácter patológico.

El niño está lleno de situaciones que pueden inducir ansiedad, cuando los padres no están presentes, son agresivos, hay un rechazo o están deprimidos, serán factores adicionales a la angustia del niño.

La ansiedad puede manifestarse a través de fobias, o quejas somáticas, contiene una gran diversidad de respuestas fisiológicas, de comportamiento y cognitivas inapropiadas a la experiencia del peligro interno o externo.

Algunas de las manifestaciones somáticas es la enuresis, éste caso aparece asociado a la angustia de separación.

Lluís y María (1993), la enuresis suele asociarse a trastornos dependientes de la ansiedad y a situaciones estresantes. La enuresis debe considerarse como un lenguaje, como una forma de respuesta, tal vez regresiva, a una amenaza percibida por el niño.

En la ansiedad existen factores familiares como desencadenantes de la ansiedad infantil, investigaciones han demostrado que los hijos de padres ansiosos tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad en la adultez. (Solloa, 2006).

Según Werkman y Sarason (en Solloa 2006) en la familia los factores que predisponen la aparición de ansiedad son:

- Los padres ansiosos, cuando son sobreprotectores con el cuidado del niño ante los peligros probables o exagerando éstos, enseñan al niño a ser ansioso, provocando que no sean capaces de separarse de ellos.
- Cuando los padres no han resuelto algún conflicto, la ansiedad fóbica puede ser comunicada a los niños.
- Situaciones de separación, por ejemplo: divorcios, por situaciones de enfermedad de los padres u hospitalización, muerte de alguno de los padres, o cambio de ciudad.

#### **2.4 Investigaciones sobre las variables de estudio que influyen en la enuresis infantil.**

Sauceda, Fernández, Cuevas, Fajardo, & Maldonado (2006) realizaron un estudio de 30 niños con enuresis de 9 a 14 años de edad referidos al psiquiatra. Los niños y sus padres contestaron la Escala de Columbia (CIS) que mide adaptación social y la Escala de Comportamiento de Niños y Adolescentes (CBCL) que mide el grado de psicopatología. Los resultados reportaron que 16 de los 30 niños presentaban síntomas internalizados, es decir un poco más de la mitad, siendo aislamiento,

depresión y ansiedad unos de los más frecuentes. La enuresis puede ser origen de vergüenza, provocar burlas y castigos por parte de sus progenitores, y baja autoestima, provocando de ésta manera ansiedad y depresión en los niños.

Koca et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de investigar el efecto que tiene la enuresis sobre la depresión y autoestima en los niños. Ingresaron 90 niños con enuresis al Hospital de formación e investigación *HaydarpasaNumune*, en el Departamento de Urología en Estambul, Turquía, de ellos 38 niños y adolescentes en un rango de edad de 8 a 18 años con enuresis nocturna monosintomática aceptó participar y 46 niños sanos con un rango de edad semejante. Se realizaron varios estudios para descartar causas orgánicas y se aplicaron las escalas *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PHCSCS) y formularios del Inventario de Depresión Infantil (CDI) fueron contestados. Los resultados en la escala de depresión fueron significativamente mayor en el grupo de niños con enuresis, en conclusión se encontró que tanto para los niños como para sus familias la enuresis es una fuente de estrés y puede causar pérdida de confianza así como depresión en el niño.

Villaloz, Andrade, & Mancilla (2017) realizaron un estudio en una escuela primaria de la Ciudad de México con 150 niños de 8 a 12 años de edad, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Infantil-EDI (Espino, 2008). Y a las madres se aplicó el Cuestionario de Prácticas Parentales (Andrade & Betancour, 2010), al igual que el Cuestionario de Parentalidad Positiva (Gómez & Muñoz, 2015). Los resultados indicaron que cuanto mayor imposición y control psicológico perciben los niños, se presenta mayor sintomatología depresiva, y los niños que perciben una mejor

comunicación, mayor autonomía y mayor control conductual por parte de sus madres, presentan síntomas depresivos menores.

Los niños que reportan síntomas depresivos mayores se sienten criticados por sus madres y les incitan sentimientos de culpa.

Peñaherrera (2013) realizó una investigación con 30 niños de 5 a 7 años de edad, que acuden a CPD INFA AMBATO. El objetivo principal fue determinar si la actitud parental negligente es la causa del apareamiento de enuresis secundaria en los niños, partiendo desde la apreciación de las alteraciones a nivel emocional y conductual que los niños presentaron durante la investigación. Se evaluaron mediante la Historia Clínica Multimodal de Enuresis Infantil de Arnold A. Lazaruz, identificando en los niños y niñas a padres y/o familiares que están a su cuidado, una actitud negligente, ya que fue evidente la privación física y emocional de los mismos debido a problemas laborales, familiares, educativas o la idiosincrasia que rige en este nivel cultural, pudiéndose observar claramente que, esta actitud incide directamente en la formación del cuadro de E.S. Dentro del periodo descrito se evidenció, que la actitud parental negligente en este caso afectiva, es de un 66.66% de los niños y niñas, considerada la de mayor gravedad.

## **CAPITULO III. MÉTODO**

### **Planteamiento del problema**

#### **Justificación**

La enuresis es la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o ambos momentos, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (normalmente entre los cuatro y los cinco años) y no existen indicios de patología orgánica. (Bragado, 2009).

¿Por qué en niños de siete a diez años? Porque es a partir de la tercera etapa del desarrollo: La niñez; que el niño comienza adquirir más capacidades cognoscitivas como la percepción y razonamiento, es capaz de distinguir entre realidad e imaginación. Lo que suceda a partir de esta etapa del desarrollo del niño (a) trascenderá a su adultez. Por lo tanto un niño que presenta enuresis en esta etapa, se verá más turbado por lo que le acontece, al incorporarse en una etapa donde comienza a socializar, a distinguir que no todo es producto de su imaginación, etc.

Sin duda la enuresis se acompaña de determinada situación familiar, ambiental, que provoca en el niño inseguridad o inestabilidad emocional o física (Knobel, 1977).

La enuresis representa para el niño una molestia grave, se cuestiona el por qué no es capaz de controlar su cuerpo, es un problema que para el niño con enuresis es motivo de vergüenza y por lo tanto crea una serie de inestabilidades emocionales, como miedo, fobia, ansiedad y depresión, etc.

Agregando a todo esto la actitud pasiva que algunos padres presentan ante este problema que resulta aún más agravante para el niño, al no sentirse comprendido. Y como consecuencia niños, retraídos, apáticos, ansiosos, agresivos, solitarios, etc.

Es por ello que es de gran importancia brindar toda la información teórica con respecto a la enuresis, sus causas y consecuencias, así como también el papel y prevalencia de los estilos de crianza, la depresión infantil y ansiedad infantil ante la enuresis para que una vez que se conozca se pueda dar una mejor solución al problema.

Si se conoce la gravedad de la enuresis, lo que provoca en el niño, y como lo vive desde su perspectiva, así como también la influencia de las actitudes de los padres que toman con respecto a la educación de sus hijos, se podrá entonces modificar los tipos de crianza, por el que mejor convenga. Siendo la familia los primeros en brindarle a sus hijos herramientas para afrontar todo aquello que se presente durante su desarrollo.

Si se es capaz de identificar cuando un niño se encuentre en una situación vulnerable se podrá hacerle frente y además el especialista tendrá mejores herramientas para dar una solución a la enuresis.

### **Propósito general**

Conocer las diferencias en los estilos de crianza que ejercen los padres, así como en la depresión y ansiedad que presentan niños y niñas con y sin enuresis con edades de siete a diez años.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las diferencias en los estilos de crianza que ejercen los padres y en los niveles de depresión y ansiedad en niños con y sin enuresis con edades de siete a diez años?

## **Hipótesis**

### Hipótesis conceptual

Algunos problemas internalizados y externalizados entre éstos, la enuresis, la depresión y la ansiedad, se presentan en niños, cuyas situaciones familiares incluyen dificultades paternas o patrones de crianza disfuncionales, a diferencia de los niños cuyos padres ejercen estilos de crianza favorables (Hurlock, 1979; Polaino, 1988).

### Hipótesis estadísticas

#### Estilos de crianza

### Hipótesis nula

$H_0$ = No existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de crianza que ejercen los padres, entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

### Hipótesis alterna

$H_1$ = Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos de crianza que ejercen los padres, entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

## Depresión

### Hipótesis nula

$H_0$ = No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

### Hipótesis alterna

$H_1$ = Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

## Ansiedad

### Hipótesis nula

$H_0$ = No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

### Hipótesis alterna

$H_1$ = Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre niños en edad escolar con y sin enuresis.

## **Definición de variables**

### **Enuresis**

#### *Definición conceptual*

La enuresis es la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o ambos momentos, después de una edad en la que el niño ya debería haber

aprendido a controlar la micción y en donde no existen indicios de patología orgánica (Bragado, 2009).

#### *Definición operacional*

Se elegirán aquellos niños con un diagnóstico médico previo de enuresis o bien, los niños que cumplan con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) que son:

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p.ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

#### *Estilos de crianza*

#### *Definición conceptual*

Conforman el clima emocional en el cual los padres crían a sus hijos, constituyen una actividad compleja que implica comportamientos específicos que trabajan individualmente y en conjunto para influir en los resultados del niño (Darling, 1999).

#### *Definición operacional*

Puntuaciones de la Escala de Estilos de Crianza para padres de García-Méndez (2014), así como y respuestas a la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN). (Galaz et al., 2009).

#### *Depresión*

##### *Definición conceptual*

La depresión infantil es un cambio constante en el comportamiento del niño, consistente en el declive de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, participar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y habitualmente seguida de acciones múltiples de protesta (Del Barrio, 2007).

##### *Definición operacional*

Puntuaciones en el Cuestionario de Depresión para Niños [CDS], de Lang y Tisher (2014).

#### *Ansiedad*

##### *Definición conceptual*

La ansiedad infantil son aquellas reacciones de miedo y ansiedad en los niños que no genera una función adaptativa, sino que se presentan con gran intensidad e

incontroladamente, frecuencia y persistencia tan intensas que provocan en el niño un malestar, conductas de huida o evitación completamente inadecuados. (De la Paz & Sanz, 2016).

### *Definición operacional*

Respuestas a la versión mexicana de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence, SCAS de Hernández-Guzmán et al., 2009).

### **Diseño y tipo de estudio**

Se tratará de un estudio transversal (Kerlinger, 2002) de dos muestras no relacionadas.

### **Participantes**

Colaborarán 200 niños y niñas con edades de siete a diez años. Se trabajará a partir de dos muestras: 100 niños con síntomas de enuresis referidos de algún centro de atención médica infantil y 100 niños sin síntomas de enuresis.

Para conformar el grupo sano se seleccionarán niños con características similares a los niños con síntomas de enuresis, con la finalidad de obtener grupos equivalentes respecto al grado escolar y edad.

### **Criterios de inclusión (grupo con síntomas de enuresis)**

- Tener entre ocho y once años de edad, lo cual permite el uso adecuado de los instrumentos de medición.

- Ser paciente de cualquier centro de atención médica infantil.
- Diagnóstico de enuresis infantil.

### **Criterios de exclusión**

- Niños con algún diagnóstico de daño neurológico o discapacidad.
- Padres analfabetas o niños que no sepan leer ni escribir.
- Que decidan abandonar el estudio o simplemente se rehúsen a participar
- No contar con el consentimiento informado de los padres y el asentimiento informado de los niños.

### **Instrumentos de medición**

Escala de Estilos de Crianza para padres (García-Méndez, 2014). Está compuesta por 68 reactivos con formato de respuesta tipo Likert distribuidos en seis intervalos de respuestas que van de 1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo. La escala contiene tres apartados. En el primero incluye una explicación sobre los objetivos de la investigación y el anonimato de los participantes. En este apartado el participante firma su consentimiento para responder la escala. El segundo apartado está integrado por un grupo de reactivos que tienen como objetivo recabar información e datos sociodemográficos de los participantes y en el tercer apartado la escala con 68 reactivos.

Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN). (Galaz et al., 2009): Consta de 70 afirmaciones tipo Likert pictográfico de cinco opciones de respuesta que evalúan la frecuencia de siempre a nunca con la que los

niños perciben que el papá y la mamá, realizan una serie de acciones día con día para educarlos.

Cuestionario de Depresión para Niños CDS (Lang & Tisher, 2014). Está compuesto por 66 reactivos, 48 de carácter depresivo y 18 de carácter positivo, estos reactivos evalúan dos dimensiones (Total depresivo y la Total positivo) y se agrupan en ocho escalas que contribuyen a clarificar la manifestación de la sintomatología depresiva en los niños.

La dimensión Total depresivo incluye los reactivos que se refieren a las respuestas afectivas negativas, a las dificultades en la interacción social, al retraimiento y a la soledad del niño, a los sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo hacia su propia autoestima valor, a los sueños y fantasías en relación con la enfermedad y la muerte y a los sentimientos autopunitivos y los reactivos de la dimensión Total positivo hacen referencia al abandono de alegría, regocijo y felicidad en la vida del niño o a su inhabilidad para experimentar estos sentimientos.

Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Hernández-Guzmán et al., 2009): Compuesta por 32 reactivos referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada reactivo. A mayor puntaje, más ansiedad. El valor máximo es de 114.

## **Procedimiento**

Se presentará a los padres una lectura que precisa la finalidad y los detalles con la que se realizará la investigación, una vez obtenida la aprobación para trabajar con sus hijos se realizarán la firma de documento que será denominada “carta consentimiento informado” y por último se pedirá a colaboración de los niños.

La participación será voluntaria y solo se recopilará el sexo y la edad del niño.

Se contestará en un grupo los niños y en otro grupo los padres, confidencial en ambos grupos.

## **Posible análisis de resultados**

Con el fin de conocer la asociación entre la enuresis y las siguientes variables: estilos de crianza, depresión infantil, y ansiedad infantil se compararán los niños con síntomas de enuresis con los niños sanos a través de los instrumentos de medición Escala de Estilos de Crianza para Padres, Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS).

Se empleará la prueba *t* de Student (Rivera & García, 2005) para averiguar si existen diferencias con respecto a los estilos de crianza, depresión infantil y ansiedad infantil entre los niños sanos y los niños con enuresis.

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El presente trabajo se propuso investigar acerca de la prevalencia de estilos de crianza, depresión infantil y la ansiedad infantil en la enuresis. Para ello se planteó la hipótesis de que los estilos de crianza, la depresión y la ansiedad se presentan en mayor rango en niños con enuresis que en niños sin enuresis.

De acuerdo a la metodología y la relación que se ha revisado con base a distintos autores así como a partir de ciertas investigaciones podríamos hablar de la posible relación de las variables ya mencionadas con la enuresis y como a partir de dicha relación pueden resultar ser una de las causas principales de la enuresis.

Pichon y Ramos (en Duche, 1972) son algunos de los principales autores en definir la enuresis como psicógena, es decir sin presencia de alguna causa física evidente, haciendo esto a su vez difícil de diagnosticar y por lo tanto más difícil de tratar. Es a partir de esto que el propósito de la presente investigación fue estudiar los estilos de crianza, la depresión y ansiedad infantil siendo algunas de las posibles causas así como también su intensidad en niños con enuresis.

Para esto se planteó la propuesta de un estudio transversal, que ayudará a comprender y reafirmar si la prevalencia de estas variables (estilos de crianza, depresión infantil y ansiedad infantil) en la enuresis son ciertas. Resultando de esta manera una mejor comprensión de la enuresis y lograr un tratamiento adecuado.

Apoyando esta hipótesis a partir de lo mencionado por Ramos: la enuresis es la reacción interpretativa real o fantaseada del niño a lo que acontece en su hogar

y del eco de éste a su conducta. La enuresis es la canalización de turbulencias interiores, como podría serlo un vómito o una crisis asmática. Es el equivalente de íntimas sensaciones de angustia, soledad, desamparo, invalidez, hostilidad, despecho o celos (Duche, 1972). Lo cual hace referencia a estilos de crianza incorrectos que generan un ambiente estresante para el niño y como consecuencia también desarrollando depresión y ansiedad en el niño, al sentirse incomprendido.

De ahí que Duche se acerca un poco más a lo que posiblemente esté pasando detrás de una enuresis, es decir, como el niño a través del trastorno manifiesta sus preocupaciones, miedos, angustias, tristezas, etc. Y que de esta manera la enuresis es solo un grito desesperado por parte del niño, descartando cualquier otra causa fisiológica.

Los mismos autores como Pichon, Toro, Ramos, entre otros plantean que la integración de elementos importantes nos servirán para aproximarnos a como la enuresis es un fenómeno totalmente aislado a causas orgánicas y va más allá de un síntoma corporal que permite comprender los síntomas internalizados de los niños que no se expresan con palabras.

La calidad de los estilos de crianza de los padres, especialmente la existencia de hostilidad hacia sus hijos, está relacionada con la presencia de depresión en niños y adolescentes. Ciertos menores tienen la predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que habrían adquirido a lo largo de su vida por el tipo de

cuidado parental, educación, ambiente social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado. (Hurlock, 1979).

Cuanto más conflictos viva un sujeto, tanta mayor probabilidad habrá que ese síntoma (enuresis) se desencadene (Font & María, 1993).

Es decir, el niño se crea a través de sus vivencias y es por esto que el niño necesita un tratamiento de acuerdo a un criterio establecido por su ambiente familiar, escolar, etc.

Si solo se atiende a la sintomatología presentada por el menor y se deja de lado a los padres, dándoles únicamente pautas generales, es probable que el proceso terapéutico se quede estancado o que abandone la consulta. (Valencia, s/a).

Por otro lado autores como Kemper (1980) menciona que las situaciones negativas poseen una importancia escasa como momento patógeno específico de la enuresis. A través del estudio se podrá esclarecer dicha polémica y tener una mejor respuesta de que ocurre detrás de una enuresis.

De la Paz y Sanz hacen referencia a la transmisión familiar de la depresión no solo se debe a mecanismos genéticos sino también a factores ambientales, que generan en el niño situaciones más estresantes, lo cual lo lleva a presentar enuresis como una forma de externalizar lo que sucede a su alrededor.

Aunque la ansiedad es una respuesta frecuente ante una situación que genera inseguridad o simplemente se desconoce como por ejemplo la enuresis, es

importante retomar todas aquellas variables que intervienen para que se presente y varíe en intensidad y frecuencia en cada niño.

Así pues que un niño con enuresis presente estilos de crianza mal empleados, depresión y ansiedad mayor que un niño sano depende de factores como el contexto familiar, la atención y calidad de crianza que reciben por parte de sus padres, etc. Es decir, la familia es el punto fundamental de las herramientas donde el niño llega a desarrollarse y con lo cual logra adaptarse a su situación de vida.

Atender y en medida de lo posible tratar cada una de estas variables, permitiría entonces tener un control parcial de las respuestas de depresión y ansiedad ante la enuresis, brindándole herramientas para poder afrontar la enuresis y sus posibles causas (estilos de crianza, depresión infantil y ansiedad infantil) tanto al niño como al especialista que lo atienda.

Es importante el apoyo psicológico y familiar para que el niño se sienta psicológicamente mejor.

De acuerdo a la revisión teórica se hace notar la necesidad de enfocarse en el estudio de las herramientas de afrontamiento, tanto para sus padres como para el niño. Y la posible presencia de trastornos emocionales que pueden instalarse en el sistema familiar y el niño mismo. Finalmente esta información es importante ya que esta propuesta de estudio solamente sugiere la posibilidad de que los estilos de crianza, la depresión infantil y la ansiedad infantil sean desiguales en un grupo de niños sanos y un grupo de niños con enuresis, lo cual será de manera útil para futuras investigaciones. Y por lo tanto presentar un mejor diagnóstico y tratamiento.

## Referencias

- Albarrán, A. J. (1979). *Enuresis: Diagnóstico, etiología y tratamiento* (2ª. ed.) Madrid: ciencias de la educación preescolar y especial.
- Beck, A. & Greenberg, R. (2014) *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Bragado, C. (2009). *enuresis nocturna: Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Bragado, C. (1999). *Enuresis infantil: Un problema con solución*. Madrid: Pirámide.
- Cabrera, J. & Fernández, M. (2014) *Trastornos Miccionales y Enuresis en la infancia*. Asociación Española de Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr.* 1:119-34.
- Cortina, M. (2010) *Evaluación de las evidencias y recomendaciones de la guía de práctica clínica: "Diagnostico y Tratamiento de la Enuresis infantil en el primer nivel de Atención" Con el instrumento SIGN*. México: UNAM.
- Del Barrio, V. (2007) *Como evitar que tu hijo se deprima*. Síntesis: Madrid.
- Del Barrio, V. (2013) *Depresión en niños y adolescentes*. Síntesis: Madrid.
- Duche, D. J. (1972). *La Enuresis: Formación de hábitos higiénicos en los niños*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Fernández de Soto, p., & Osorio, á. (2006). Enuresis y Encopresis en adolescentes de 12 años. *Universitas Médica*, 47 (2), 190-196.
- Font, L. (1993) *Enuresis nocturna: Su relación con otros trastornos*. ----- Barcelona.
- Galaz, F. (...) Alfonso, E. (2009). *Desarrollo y validación de la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para niños de una muestra mexicana*. Vol. 2. Núm. 28. 45-66. Portugal: Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación.

- García, M. & Sanz, J. (2016) *Tratamiento de los Trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- García, M., Rivera, S. & Reyes, I. (2014) *La Percepción de los padres sobre la crianza de los hijos*. Vol. 17. Núm. 2. 133-141. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- García, V. & Taborga, E. (2014) *Manejo y Diagnóstico Terapéutico de la Enuresis Infantil*. Madrid: SEPEAP.
- Gómez, E. & Heredia, C. (2014) *Psicopatología: Riesgo y Tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Gonzalo, C. (2012). *Tratamiento de la enuresis Nocturna*. Universidad Autónoma de Barcelona. Vol. 23. Núm.2.
- Hernández, L. (...) Guajardo, J. (2010) *Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS)* Bogotá: Revista Latinoamericana de Psicología.
- Hurlock, E. (1979) *Desarrollo psicológico del niño*. México: McGraw-Hill.
- Koca, O. (...) Ihsan, M. (2014) *Evaluation of depression and self-esteem in children with monosymptomatic nocturnal enuresis: A controlled trial*. 86, 3. Turkey.
- Lang, M. & Tisher, M. (2014) *Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: tea.
- Martínez, A. (2015) *Enuresis relacionada a estresores familiares: caso clínico*. México: UNAM.
- Martínez, R. & Úbeda, M. (2012) *Enuresis Nocturna*. Revista Pediatría. Atención Primaria. Supl. (21) 37-43.

- Meave, L. (2010) *Evaluación de las evidencias con el instrumento de la USPSTF de la guía de práctica clínica: "Diagnóstico y tratamiento de la enuresis infantil en el primer nivel de atención"*. México: UNAM
- Olivares, L. (2008) *Curso Universitario. Experiencia en el diagnóstico, tratamiento y respuesta al tratamiento de la enuresis mono sintomática como patología organiza en el servicio de urología del hospital pediátrico iztacalco*. México: UNAM.
- Peña, S. (2013). *La actitud parental negligente, como causa de aparecimiento de enuresis secundaria, en niños de 5 a 7 años de edad, que acuden al CPD INFA AMBATO, en el primer semestre del año 2011*. Universidad Técnica de Ambato: Ecuador.
- Polaino-Lorente, A. (1988) *Las depresiones infantiles*. Morata: Madrid.
- Rivera, S. (2005) *Aplicación de la estadística a la psicología*. Miguel Ángel Porrúa: México.
- Rodríguez, L. & Gracia, S. (2008) *Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna*. Asociación Española de Pediatría. Murcia.
- Sauceda, J. (...) Maldonado-Duran, M. (2006) *Adaptación psicosocial y psicopatología de niños en enuresis y sus hermano. Un estudio comparativo*. Departamento de Ediciones Médicas: México.
- Solloa, L. (2006) *Trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Torán, C. (2017) *Proyecto de investigación educativa en relación a los trastornos de enuresis en niños con y sin TDAH. Influencia del TDAH en la enuresis infantil.*

UNIR: Madrid, España.

Toro, J. (1992). *Enuresis: Causas y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

Zon, M. (2009) *¿Qué es la depresión? Guía para pacientes y familiares.* Lumen: Argentina.

# ANEXOS

Los siguientes anexos son solo ejemplos de los instrumentos propuestos a utilizar.

## ANEXO 1

### Escala de Ansiedad Infantil de Spence

EDAD.....

SEXO.....

Marca con una **X** la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Hay cosas que me preocupan				
2. Me da miedo la oscuridad				
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago				
4. Tengo miedo				
5. Me da miedo usar aseos públicos				
6. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres				
7. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia				
8. Soy bueno en los deportes				
9. Me dan miedo los insectos o arañas				
10. De repente me siento mareado o siento que me voy a desmayar sin motivo				
11. Me siento feliz				
12. Me preocupa lo que otras personas piensen de mi				
13. Me daría miedo pasar la noche lejos de casa				

14. Me gusta como soy				
15. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?  Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?				

Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). (Hernández-Guzmán et al., 2009).

## ANEXO 2

### Cuestionario de Depresión para Niños CDS

#### Material

<b>Manual</b>	En el manual se expone la fundamentación teórica de la prueba, el proceso de desarrollo de la misma y varios estudios de fiabilidad y validez. También se describe la forma de aplicación de corrección y de interpretación.
<b>Hoja de respuesta</b>	Contiene los espacios necesarios para anotar las contestaciones a las cuestiones del CDS. Cuando el cuestionario se aplica de forma colectiva leyendo en voz alta los elementos son los propios evaluados los que responden en la hoja de respuestas. Cuando la aplicación es individual utilizando las tarjetas del CDS es el examinador quien anota las contestaciones en la hoja de respuestas.
<b>Tarjetas para la aplicación individual</b>	Se utilizan cuando se aplica el CDS de forma individual debido a que el niño presenta una menor capacidad lectora o cuando se desea realizar una evaluación más pormenorizada, indagando en las respuestas del niño y atendiendo a los aspectos cualitativos. Incluye 66 tarjetas con los ítems, cada uno contiene un único reactivo del CDS impreso y otras cinco tarjetas de clasificación que se utilizan para guiar la respuesta del niño. Se presenta una a una al niño y se le pide que las agrupe en montones a función de su respuesta al contenido de la misma. Cuando se utilice esta forma de aplicación se deberá utilizar también una hoja de respuestas para anotar las contestaciones del niño.

Adaptado por N. Seisdedos (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones) (2014). Lang, M. y Tisher, M. (2014).

## ANEXO 3

### Escala de Estilos de Crianza para Padres

EDAD.....

SEXO.....

Encierra en un círculo el número que consideres de acuerdo a las actitudes que estableces con tus hijos. Son seis intervalos de respuestas que van distribuidos de 1 = totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo		
1-Castigo a mis hijos por no seguir las reglas establecidas.	1	2	3	4	5	6
2- Cuando mis hijos me desobedecen, les pego.	1	2	3	4	5	6
3-Si mi hijo obtiene bajas calificaciones, lo castigo.	1	2	3	4	5	6
4- Me entristece que mis hijos se porten mal.	1	2	3	4	5	6
5-Me molesta que mis hijos no hagan lo que les pido.	1	2	3	4	5	6
6- Me enojo cuando mis hijos me desobedecen.	1	2	3	4	5	6
7-Salimos a pasear cuando mis hijos obedecen.	1	2	3	4	5	6
8-Me resulta difícil educar a mis hijos.	1	2	3	4	5	6
9- Se me dificulta que mis hijos sigan las reglas establecidas.	1	2	3	4	5	6
10- Consiento a mis hijos cuando hacen lo correcto.	1	2	3	4	5	6
11- Me desilusiona el mal comportamiento de mis hijos.	1	2	3	4	5	6
12-Me frustra que mis hijos sean maleducados.	1	2	3	4	5	6
13-Les doy regalos a mis hijos cuando hacen las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
14- Cuando mis hijos me obedecen juego con ellos.	1	2	3	4	5	6
15-Consiento a mis hijos cuando hacen lo correcto.	1	2	3	4	5	6
16-Es complicado educar a mis hijos.	1	2	3	4	5	6
17-Si mi hijo obtiene bajas calificaciones, lo castigo.	1	2	3	4	5	6
18- Regaño a mis hijos cuando me desobedecen.	1	2	3	4	5	6
19-Dejo que mis hijos se acuesten a la hora que ellos quieran.	1	2	3	4	5	6
20- Para que mis hijos dejen de hacer berrinches, cedo a sus peticiones.	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 4

### Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPPCN)

EDAD.....

SEXO.....

Marca con una **X** la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones.

	<b>Siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
1. Se acerca a mí para conversar mis problemas				
2. Estudia conmigo en los exámenes				
3. Me escucha cuando tengo un problema				
4. Me revisa mis tareas terminadas				
5. Se interesa por conversar conmigo				
6. Platica conmigo de lo que hago en el día				
7. Le gusta salir conmigo de paseo				
8. Me regaña cuando no lo (la) obedezco.				
9. Me castiga cuando no quiero hacer la tarea				
10. Me obliga a cumplir las tareas				
11. Se molesta porque soy travieso (a)				
12. Me castiga cuando no cumplo mis obligaciones				
13. Se molesta si lo (la) interrumpo cuando platica con alguien				
14. Deja que lo abrace/bese				
15. Me abraza/besa				
16. Me pega cuando hago un berrinche				
17. Me resuelve los problemas que tengo				
18. Me exige que lo ayude en casa				
19. Fija los horarios de mis actividades				
20. Me pega porque dice que es una forma de disciplinarme				

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE ESTILOS DE CRIANZA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD INFANTIL EN NIÑOS CON ENURESIS

**Título del Programa: Estilos de crianza, depresión y ansiedad como precursores de la enuresis en niños**

**Responsable:** Karla Denisse Nuñez Herrera

**Se le solicita atentamente su aprobación para su participación y la de su hijo en el proyecto de investigación, mediante la aplicación de instrumentos de medición, a continuación se presentan los puntos a considerar:**

**EVALUACIÓN:** Se empleará la Escala de Estilos de Crianza para Padres, Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños (EPPCN), Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)

- A. Estoy enterado(a) de que mi participación y la de mi hijo NO afectará la estancia, atención, derechos u obligaciones dentro del centro de salud médica infantil en el que me presento.
- B. Estoy enterado(a) de que las aplicaciones son grupales.
- A. Estoy enterado(a) de que la información y los resultados obtenidos de la intervención serán de carácter confidencial y para uso exclusivo del estudio.
- B. El material requerido para la investigación será totalmente gratuito y será proporcionado por el facilitador.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo y no se hará alguna compensación económica por mi participación.-----

-----  
Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

**Sí acepto participar**

**No acepto participar**

Dudas y preguntas: se sugiere ir al documento original citado en cada uno de los anexos presentados.