



207  
**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA ENURESIS  
EN NIÑOS DE 4 A 15 AÑOS**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
p r e s e n t a

**ANA ROSARIO CONCEPCION HERNANDEZ MONTES**

México, D. F.

1987

**FALLA DE ORIGEN**



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.

## I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
Definición del Problema .....	1
Objetivos generales .....	1
Hipótesis. ....	1
Variables.....	1-B
Campo de Investigación .....	1-B
<u>Marco Teórico.</u>	
Enuresis Infantil.....	2
Diagnóstico Diferencial.....	4
Etiopatogenia de la Enuresis.....	4
Personalidad del niño enurético.....	8
Papel de los padres en la génesis del enurético	9
La enuresis en el marco de la evolución del --- Sistema de la micción y la de su realización - funcional.....	11
Esquema de la Investigación. ....	16
Relación de casos de enuresis.....	18
Respuesta a Hipótesis .....	45
Conclusiones y Sugerencias.....	46
Bibliografía .....	51
ANEXOS.....	54

## INDICE DE CUADROS

- CUADRO No. 1 Edad de la Comunidad Ampliación San Marcos
- CUADRO No. 2 Predominio de Sexo
- CUADRO No. 3 Nivel de escolaridad
- CUADRO No. 4 Ocupación de la población
- CUADRO No. 5 Total de población por sexo en edades de 4-15 años
- CUADRO No. 6 Edad de niños enuréticos comprendida de 4-15 años.
- CUADRO No. 7 Predominó de sexo en niños enuréticos.
- CUADRO No. 8 Causa Psicológica. Reprende a su hijo
- CUADRO No. 9 Causa Psicológica. Dedicar cariño
- CUADRO No. 10 Causa Psicológica. Le presta atención
- CUADRO No. 11 Causa Psicológica. Relación padre-hijo
- CUADRO No. 12 Causa Psicológica. Presencia discusiones
- CUADRO No. 13 Causa Psicológica. Trato de hermanos del niño enurético.
- CUADRO No. 14 Causa Psicológica. Comportamiento del niño enurético
- CUADRO No. 15 Causa Psicológica. Los padres ayudan a resolver los problemas.
- CUADRO No. 16 Causa Psicológica. Enuresis en la familia
- CUADRO No. 17 Causa Psicológica. Embarazo deseado
- CUADRO No. 18 Causa Psicológica. Embarazo planeado
- CUADRO No. 19 Causa orgánica. Tipo de parto.
- CUADRO No. 20 Causa orgánica. Traumatismo craneoencefálico.
- CUADRO No. 21 Causa orgánica. Pérdida de conocimiento
- CUADRO No. 22 Causa orgánica. Fiebre mayor de 39°C.
- CUADRO No. 23 Causa orgánica. Crisis convulsivas después de la fiebre.

## 1. INTRODUCCION

### 1.- Definición del Problema.

La enuresis es una de las manifestaciones más frecuentes de los problemas emocionales y consiste en la mayoría de las veces, en que el niño mayor de 4 años de edad se orine en la cama durante la noche al estar durmiendo, pero también puede suceder ésto durante el día en situaciones de tensión.

Para ello ha quedado definido en los siguientes términos:

"Enuresis en niños de 4 a 15 años".

### 2.- Objetivos Generales del Estudio.

- 1º Precisar que se entiende por enuresis.
- 2º Hacer énfasis sobre las posibles causas que desencadenan la enuresis.
- 3º Conocerá la frecuencia de la enuresis por grupo de edad de la comunidad en estudio.
- 4º Hacer resaltar las características sociales y económicas en que vive la población asignada.

### 3.- Hipótesis.

- La enuresis predomina en niños de 4 a 8 años.
- De los factores desencadenantes de la enuresis predominan los de causa psicológica sobre los de causa orgánica.

#### 4.- Variables.

- Edad de 4 a 8 años.
- Causa psicológica.
- Causa orgánica.

#### 5.- Campo de la Investigación.

a) Area geográfica. Este estudio se efectuó en la comunidad "Ampliación San marcos", delegación Xochimilco.

b) Grupos Humanos.

b.1. Niños en edad comprendida de 4 a 15 años.

Se encontraron 50 familias, en donde hubo un total de 119 niños, de los cuales se detectaron 14 niños enuréticos.

## I. MARCO TEORICO.

## ENURESIS INFANTIL

Recibe el nombre de "enuresis" la falta de control en la emisión de -- orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, considerada a la edad de 3 años.

La enuresis puede ser primaria o secundaria.

La enuresis primaria es la más frecuente: B. Hallgren señala un 85% de los casos; M. Schachter y S. Catta, 97.93%; C. Launay e Y. Fayol, 75%; D.J. Duché quiere distinguir en esta forma de síntoma: "La enuresis como un defecto de crianza -dice, la enuresis aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados".<sup>(1)</sup>

La distingue de una enuresis a la que dá el nombre de "congénita", "resultante de una alteración del ritmo urinario".

La enuresis secundaria es más rara.

La enuresis tardía de los niños ya mayores según M. Schachter (1972), aparece en unos medios socioeconómicos modestos, estos niños frecuentemente presentan retrasos, dificultades escolares y trastornos del comportamiento; muy frecuentemente también son débiles mentales.

-----  
1/ Ajuriaguerra, Julián; Psiquiatría Infantil; p. 269.

Según el ritmo nictemeral, la enuresis puede dividirse en enuresis nocturna independiente, diurna independiente y diurna-nocturna.

B. Hallgren establece la siguiente estadística: Enuresis nocturna independiente: 65%; Enuresis nocturna y diurna: 32%; Enuresis diurna: 3%.

Casi todos los enuréticos, especialmente los enuréticos primarios mojan sus lechos todas las noches a casi todas.

El ritmo enurético es variable (M. y N. Bowle), podemos distinguir:

- Enuresis cotidiana
- Enuresis irregular fundamentalmente cumplidos ya los 8 años
- Enuresis intermitente, transitoria y con largos intervalos secos; cuando se dá este caso hay que consultar a la familia sobre la posible transformación de su ambiente.
- La enuresis episódica, episodio corto y raro (a veces de sólo dos o tres).

Pueden ocurrir estos casos con ocasión de una epilepsia infantil, al escindir una familia al llevarlo a un internado, por estar inquieto. Ante un examen, por ejemplo, o coincidiendo con una psicoterapia o psicoanálisis infantil. (2)

---

2/ Ibidem, p. 270



## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Las causas de incontinencia son:

Poliurias de afecciones del metabolismo: sobresale la diabetes mellitus, ra ra antes de los 5 años; la diabetes insípida; el síndrome poliuria-polidipsia, distinto de la potomanía, o hábito de ingerir una cantidad anormal de líquido.

Afecciones urológicas o renales producidas por una irritación o una infección (cálculos vesicales, cistitis aguda o crónica, urotrotrigonitis crónica de lanña), o de malformación congénita.

Trastornos neuromusculares, relacionados con lesiones adquiridas de la médu la espinal o con afecciones congénitas.

## ETIOPATOGENIA DE LA EHURESIS.

H.Bakwin admite que la manifestación clínica de las anomalías del funcionamiento de la vejiga.

No creemos que la patogenia enurética se base tan sólo en un problema de tolerancia.

La micción es mecánica; el control de la micción es un mecanismo funcional que se transforma en un comportamiento don el paso de lo automático a lo voluntario, en su exacto sentido fisiológico.

La micción tiene sus reglas fisiológicas que podemos considerar como - automáticas.(3)

-----  
3/ Ibidem; p. 272.

El control de la micción lleva implícito:

- Un aprendizaje a partir de cierto grado de maduración funcional que a su vez es condición del control.
- El querer o no querer emplear un sistema fisiológico relacionado a unas normas culturales, especialmente relacionado con los padres.
- El valor consciente o inconsciente concedido a la función primera, que depende de las tempranas catexis de dichos aparatos o de su utilización funcional como placer funcional, como temor o forma de obrar contra otro como búsqueda de afecto o reivindicación.

A partir de este punto podemos distinguir esquemáticamente dos grupos de teorías etiopatogénicas: unas para valorar las alteraciones de la mecánica de la micción y otras que estudian la falta de organización, o la desorganización del mecanismo que cuida del control de la micción.

#### 10. ALTERACIONES DE LA MECANICA DE LA MICCION

Sobre este punto se señalan dos teorías muy diversas.

Hay quien defiende una teoría general y un tanto vaga que considera la enuresis, como lago en relación con una distonia del sistema nervioso vegetativo cuya sintomatología pudiera ir ligada a una hipervagotonía - pelviana.

Otros emiten la hipótesis de una desorganización del control, consecuencia de una lesión cerebral. Pero por más que en los retrasos mentales de consideración sea deficiente dicho control, sabemos que algunos - deficientes mentales pueden permanecer mucho más condicionados que los niños caracteriales, por ejemplo: El concepto de lesión cerebral, según los casos, se considerará como respuesta a lesiones más o menos locali-

zadas y difusas. No olvidemos que frecuentes cambios del trazado E.E.G. en el niño, con trastornos emocionales, cambios en el carácter, etc., son semejantes a los de los epilépticos, y en ningún momento van acompañados de manifestaciones de tipo compulsivo y cambian con el tiempo.

Tampoco hay relación alguna entre enuresis y nivel mental. Entre los enuréticos no existen débiles mentales por más que, como dice D.I.-Duche, aún cuando la proporción de enuréticos entre los débiles mentales sea mayor que en la población normal. Esto es lo que se desprende de los más recientes trabajos.

Muchos autores se han concentrado en el estudio de la capacidad vesical y del mecanismo esfinteriano en niños enuréticos. Es indudable que una importante aportación de líquido que tenga consecuencia el aumento de la excreción urinaria, por su simple volumen puede aumentar la presión intravesical y dar grandes ganas de orinar. C. Launay señala por cada cinco enuréticos un niño muy bebedor, y considera que la potomanía (una necesidad de beber diferente de la propia de la diabetes insípida, ya que los niños pueden someterse a un régimen de restricción hídrica en ambiente hospitalario) interviene en algunos casos de enuresis.

Ya hace tiempo que se dá gran importancia a la profundidad del sueño en la enuresis nocturna. (4)

## 20. FALTA DE ORGANIZACION O DESORGANIZACION DE LA PRAXIS UTILITARIA DEL CONTROL DE LA MICCION

El control de la micción no es una simple mecánica sino un mecanis-

-----

4) Ibidem. p. 274

mo que se desarrolla sobre la base de una aceptación activa o pasiva - impuesta por los padres en función de normas culturales. Dichas normas se basan en reglas generales, en la limpieza, pero igualmente en razones económicas, de tipo indumentario y de lavado. Por consiguiente, la organización de dichos controles no es tan solo la adquisición de unamadurez. La madurez le contiene al niño la posibilidad de adquirir hábitos, pero la ritualización del esfínter no es imaginable prescindiendo - de la persona objeto de control, el niño y de quienes le controlan, esto es, los padres.

Casi todos los autores aceptan que los traumatismos psíquicos y discordancias del medio pueden tener una importancia como factor agravante o desencadenante de la enuresis. Con frecuencia aparece tras una decepción, una separación, por el despertar de los intereses sexuales, por experiencias sexuales inviables y dificultades en el ámbito de la familia.

Pero en lo que no reina la misma unanimidad es en el etiopatogenia de origen afectivo como causa directa y única de dicho síndrome. Entre otros, H. Bakwin considera que no hay una clara y definida diferencia de conducta entre niños enuréticos. Tras los primeros estudios de S. - Freud, muchos autores dan gran importancia al desarrollo afectivo del - niño. Tras una total revisión de la literatura y como consecuencia de sus propias observaciones, F.N. Andreson (1930) llegó ya a la conclusión de que los factores emocionales son, con mucho, la principal raíz de la enuresis, siendo insignificantes los factores físicos en cuanto a la causalidad y sin tener importancia salvo en muy contados casos. Son nume-

rosos los autores que defienden esta tesis: M. Gerard, J. L. Despert, A. Berge, etc. Sobre una base estadística, B. Hallgren -en el grupo de enuréticos estudiados por el mismo- señala un 45% de casos con problemas afectivos personales y un 26% entre sus hermanos.

Antes de pasar a estudiar la importancia de tales factores y su valor patológico, expondremos esquemáticamente la personalidad de los niños enuréticos, el papel atribuido a los padres en la génesis de la enuresis y, finalmente, el valor psicológico de dicho síntoma.

### 3º PERSONALIDAD DEL NIÑO ENURETICO.

Gran número de autores han descrito una tipología psicológica del niño enurético.

Algunos, como L. Kanner y A. Doumic, señalan dos polos caracterológicos. L. Kanner, distingue, entre otros, los "agitados hiperactivos excitables", los "llorones gruñones irritables" y los "desvergonzadamente rencorosos tozudos". En su estudio de la enuresis femenina, A. Doumic opone enuréticas pasivas, asténicas, perezosas, muelles, a las que tienen rasgos semejantes a los masculinos. En opinión de ambos autores, no se puede describir una personalidad enurética. M. Gerard no establece oposiciones en un marco común, sino que describe diversas personalidades enuréticas según el sexo que representa, en cierto modo, lo contrario de la forma evolutiva, masculina o femenina. Los chicos serán pasivos, retraídos, autodesvalorizadores, temerosos, dependientes, con necesidad de afirmarse; las chicas se acercarán a la normalidad en su conducta externa, pero se caracterizarán por su necesidad de independencia, de competencia con los chicos, por su ambición. En ambos sexos se advierte la ansiedad, las pesadillas y los

terrores nocturnos. D. A. Duché no ve una unidad en las diversas descripciones caracterológicas de la enuresis, y piensa que es ilusorio establecer un perfil psicológico válido para todos los enuréticos. El mismo C. L. Launay cree que es un intento vano.<sup>(5)</sup>

#### 4º EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA GENESIS DE LA ENURESIS.

El papel que tienen los padres en el origen de la enuresis podemos contemplarlo de dos formas: como un comportamiento erróneo en cuanto al adiestramiento del esfínter infantil o como algo más general en el plano de su desarrollo afectivo.

Muchos autores subrayan que una conducta irrazonable o neurótica por parte de los padres dificulta la formación del control del esfínter en su momento normal, tanto por coaccionar excesivamente al niño -con rebeldía o autodefensa por parte de éste- como si obran blandamente, con lo que no se llega a formar el control de la micción. Como señala Telma Reca, unos padres también enuréticos tendrán un comportamiento temeroso o de excesiva -superprotección, al recordar su propia humillación. El no saber ejercer --adecuadamente los padres (prematura educación del esfínter) es propio de -mujeres obsesionadas que aplican las reglas con excesiva rigidez, o propio de mujeres fóbicas, temerosas de la sociedad.

Mirado más generalmente, el comportamiento de los padres es motivo de una especial afectividad infantil, según sea aquél protector o, a la inversa, cruel y repelente.

-----

5/ Ibidem. p. 276.

A veces la intervención de los padres es provocada por el comportamiento entre hermanos: cuando hay celos hacia el hermano menor, máxime si ha nacido en el momento en que está aprendiendo a controlar el esfínter, lo que hace que la regresión sea más frecuente en niños superprotegidos; en otras ocasiones, por la rivalidad con el hermano mayor, la enuresis obliga a la madre a ocuparse del pequeño y abandonar al otro (Telma Reca).

#### 5º VALOR DEL SINTOMA.

El síntoma puede tener diversos significados. Para darle algún sentido, es indispensable tener en cuenta la evolución libidinal y de relación, y con P. Luquet conviene distinguir entre enuresis nacida durante el período pregenital y enuresis del período edipiano.

Durante el período pregenital la enuresis puede ser manifestación de pasividad: satisfacción por los cuidados maternos, placer cutáneo por encontrarse en un medio húmedo, o manifestación de actividad: ésta a su vez, puede manifestarse agresivamente, con miras a su propia satisfacción (erotismo uretral) o, de manera más general, con miras a la satisfacción del poder del niño por el uso que hace de su aparato.

En la fase edipiana o postedipiana la enuresis puede equivaler a una masturbación. Este es un hecho señalado por numerosos autores seguidores de S. Freud. Como señala A. Berge, la enuresis puede ser una defensa ante el miedo a la castración o una comprobación de la no-castración, una concepción sádica del comportamiento genital, o tener un valor de identificación fantasmática con la virilidad paterna. M. Gerard expone la hipótesis de que

la enuresis es un sustituto de la masturbación, que en la niña va asociado a fantasmas de acción -habida cuenta de que la micción en ella pasa por un fenómeno destructivo- y en el niño con fantasmas exponentes de pasividad - al dejar salir la orina sin control alguno. Ciertos autores señalan que la enuresis responde a la satisfacción de un ansia de castigo para liberarse del sentimiento de culpabilidad, pero, como dice M. Soulé, hay que ver posibles castigos: uno secundario, relacionado con la reprobación general, y otro primario, que es el causante de la enfermedad. (6)

#### LA ENURESIS EN EL MARCO DE LA EVOLUCION DEL SISTEMA DE LA MICCION Y DE SU REALIZACION FUNCIONAL

No creemos que teorías excesivamente unívocas mecanicistas o psicogénicas puedan explicar la suma de casos descritos como "enuresis".

Quando analizamos el conjunto de las teorías que se fundan en un trastorno de la mecánica miccional, observamos que, para cada hipótesis etiológica, se dan distintas maneras de concebir el trastorno de la mecánica misma. Si bien algunos consideran que el déficit depende de un componente lesional y admiten que existe una relación directa entre la lesión y el síntoma, de ahí las hipótesis cuyos mecanismos se acercan a los epilépticos, - en cambio otros consideran que se llega a la mecánica funcional por una -- insuficiencia madurativa o constitucional. La insuficiencia constitucional comportaría la aceptación de una distonía general o de una insuficiencia de capacidad fija. Pero sabemos que la enuresis desaparece con la edad, y por lo tanto deberíamos aceptar la hipótesis de los mecanismos de compensación.

-----  
6/ Ibidem. p. 277



Al admitir que la evolución del control miccional depende hasta cierta edad, de unos procesos madurativos, se ha planteado, acertadamente, la pregunta de si la enuresis no respondería a una insuficiencia madurativa. Pero en éste caso las interpretaciones pueden ser distintas según se invoque una inmadurez de la mecánica local (inmadurez miccional de Lauret), un retraso de la maduración motriz (P. Merklen, J. Roudinesco); según se admita una madurez cerebral (E.E.G. inmaduro) o una inmadurez afectiva; según se acepte de forma más general que la enuresis puede incluirse, como el retraso del habla, dentro de un marco más general, a saber: una insuficiencia en edesarrollo, desviación familiar corriente, que tiende a la mejora espontánea durante la segunda década (H. Bakwin).

Incluso cuando se habla de una insuficiencia de la capacidad vesical, se puede admitir esta insuficiencia como un dato fijo o en evolución, y -- también como hace S. R. Muellner, como una insuficiencia debida a un uso - inadecuado de los mecanismos voluntarios de la micción. Este tipo de mecanismo, que llamamos "ausencia de organización por falta de activación", -- nos parece capital, ya que puede ir emparejado con una teoría madurativa y con un trastorno del mecanismo de utilización del control miccional.

La hipótesis de hipertonia vesical o de insuficiente capacidad vesical, conceptos como el de inmadurez general o local, nos explican a veces cierto tipo de enuresis primaria, pero no nos bastan para explicar plenamente todo tipo de enuresis, su evolución, los hábitos a que dan lugar, ni las alteraciones por cambios de lugar o de ambientes, ni explican el valor ya clásico de ciertas terapéuticas sugestivas. Y este tipo de explicación aún es menos válido para las enuresis secundarias.

Por otra parte, las teorías psicogenéticas carecen de valor si no se aplican con precisión a un sistema de evolución, teniendo en cuenta el momento evolutivo de dicho sistema. Por otra parte, no debe confundirse la génesis psicológica de la alteración con la reacción psicológica ante este mismo trastorno. Por eso conviene desconfiar de determinadas aceptaciones de la enuresis, que de por sí ya nos parecen patológicas.

En general, la enuresis responde a mecanismos de satisfacción uretral a una regresiva humidificación genital, a una reacción contra el miedo a perderla, a una forma de diálogo, relación con los demás en forma de agresión, pasividad o dependencia.

No creemos que todos los mecanismos sean válidos para todas las formas de enuresis. Creemos que el síntoma puede tener un valor y un sentido iniciales, pero también puede adquirir un sentido de evolucionar; y, en este caso, asistimos a una catexia de la disfunción.

Hay que distinguir la persistente enuresis primaria del "no entrenado", con sus problemas en cuanto al aprendizaje funcional, y la secundaria, que se plantea en el plano de la regresión.

En la enuresis primaria el no aprender a controlar la micción puede estar en relación con la pasividad o despreocupación familiar, o con una actitud pasiva por parte del niño, con su reacción ante la coacción o con la insatisfacción infantil pero encontrarse en un ambiente conflictivo. El síntoma se utiliza en el plano de la satisfacción productora de ciertos beneficios secundarios o en el plano de la expresión. Es evidente que el sistema miccional, al no utilizarse como control, no consigue sus capacidades ni su posibilidad de frenar la presión del elemento líquido.

En la enuresis secundaria la regresión puede depender de un auténtico abandono o de frustraciones mal soportadas, como contrapartida de un estado de dependencia o de una erotización regresiva.

Pero tanto en casos de enuresis primaria como de secundaria la enuresis se torna en hábito, que en uno no se adaptará por falta de condicionamiento y en otro por un nuevo condicionamiento patológico. Pasado un tiempo, - en ambos casos el síntoma perderá su significado para convertirse en un simple signo. En una personalidad en evolución, la enuresis es activa y soportada, beneficio y molestia. En ésta ambivalencia la terapéutica, aportando nuevas ventajas o creando nuevas motivaciones, o poniendo en marcha sistemas orgánicos pasivos, podrá ayudar al niño a hallar una salida, permitiéndole conseguir su curación y haciéndole liberarse de su molesta situación, que en definitiva, en nuestra cultura, le trae más inconvenientes que ventajas. (7).

#### TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

Al analizar los resultados de las diversas terapéuticas, tras la aplicación de cada una de ellas, se advierte cierta proporción de resultados - válidos. Cuando en los ensayos terapéuticos el resultado es doble, cuando son válidos son un determinado medicamento también hay un tanto por ciento de efectos positivos con grupos placebo. Esto nos hace comprender que el - síntoma enurético no obedece a un sólo mecanismo. La alteración común a toda enuresis es la falta de control de la micción, lo que indica que su etiología patogenia sea siempre la misma.

Al tratar a un enurético no tratamos únicamente el síntoma, sino un -

7/ Ibidem; p. 278.

comportamiento cuyo contexto psicofisiológico hay que dilucidar. Ante los trastornos primarios o secundarios hemos de tomar una determinada actitud psicológica, tanto frente al niño, como frente a los padres. Hay que dar confianza al niño, tranquilizarle y quitarle el sentimiento de culpabilidad. Hacerle cooperar con la terapia, poniéndole al corriente -como hacen algunos autores- del mecanismo de la micción. También los padres necesitan palabras de aliento para soportar una afección tantas veces considerada como algo vergonzoso, necesitan que se les informe de cómo han de hacer para educar el esfínter y que se les avise para no servirse del síntoma con finalidad agresiva o de protección, protección buscada y aceptada por el niño. Con eso podrían transformar el síntoma-reacción en una conducta de la que el niño sacaría beneficios secundarios.

En algunos casos no basta ésta actitud de apoyo y puede disponerse -- una psicoterapia cuyos objetivos esenciales serán los siguientes: reducir el problema conflictivo, mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de orden afectivo. Si bien a veces bastará una psicoterapia de apoyo o mediante sugerencias, en otras ocasiones habrá que actuar en profundidad mediante una psicoterapia de tipo psicoanalítico para descubrir la especial forma organizativa de la personalidad infantil. Se pretende analizar la personalidad del niño enurético cuya enuresis es expresión de un conflicto más profundo que dificulta su organización afectiva y de relación. M. Soulé señala que el psicodrama ayuda a comprender mejor la dinámica de dicho comportamiento, ayudando al niño a tomar conciencia replanteando el síntoma en una dinámica más general cuya más clara expresión es la enuresis. (8)

### III ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.

#### METODOLOGIA EMPLEADA

##### 1. La muestra.

###### 1.1. Selección y características de la comunidad en estudio.

La comunidad Ampliación San Marcos fué seleccionada debido a los antecedentes que tenía el Centro de Salud Xochimilco.

La población está sensibilizada para recibir al personal del Centro de Salud, además tiene disponibilidad para dar información.

Se puede decir que la población que habita en la Ampliación San Marcos, tiene características homogéneas en cuanto a condiciones y niveles de vida.

##### Barrio Ampliación San Marcos.

Tiene aproximadamente 5,000 habitantes, donde existen alrededor de 680 viviendas.

El número de manzanas es de 17.

Tiene 18 años de haberse fundado.

Cuenta con un mercado, una escuela primaria, dos médicos.

##### Estructura Ocupacional.

Predomina el comerciante, así como el sub-empleo y desempleo constituyendo un problema significativo es esta comunidad.

### Organización Social y Política.

La familia está constituida por el padre, madre y niños.

La mujer en esta comunidad se dedica al hogar, generalmente el hombre es quien se hace cargo de la familia y presupuesto.

### Organización Política.

Este barrio pertenece a la Delegación Político-administrativa de Xochimilco, la cual con otras 15 delegaciones forma parte del Distrito Federal.

### Organización Religiosa.

Los aspectos religiosos son controlados por la iglesia católica.

#### 1.2. Marco de la Muestra.

El croquis de la comunidad estudiada fué proporcionado por el Centro de Salud Xochimilco.

En este barrio, la vivienda casi siempre tiene cocina; cuando se localizan varias viviendas en un lote, cada una tiene cocina.

#### 1.3. Tamaño y Tipo de Muestra.

Se tomó un muestreo al azar, seleccionando una vivienda por --cuadra. En el momento de la entrevista se hizo la localización en el croquis.

### Relación de casos de Enuresis.

- Familia Pérez Ramos. Dom. Jabín N° 12-1, niña de 6 años.
- Familia Rodríguez Jurado. Dom. Cerrada Olmos N° 2, niño de 10 años.
- Familia Romero Díaz. Dom. Cerrada Tepozanes N° 5, niño 10 años.
- \* Familia Vargas Hernández. Dom. Jabín N° 8; niña de 10 años, niña de 6 años; niño de 8 años.
- \* Familia Mariscal Pulido. Dom. Rododendros N° 27, niña de 10 años, niño de 8 años.
- Familia Amado Aldama. Dom. Cazuarinas N° 21, niña de 11 años.
- Familia Matías Eligio. Dom. Cda. Tepozanes s/n , niña de 10 años.
- Familia Alvarez Durán. Dom. Apallanes N° 8, niña de 12 años.
- Familia Espinoza Ramírez. Dom. Cda. Olmos N° 2, niña 4 años.
- Familia López Rico. Dom. Jabín N° 9, niña de 7 años.
- Familia Chavarría Ramírez. Dom. 2ª Cda. de Olmos N° 55, niño de 4 años.

#### 1.4. Fuente de Datos.

Los datos registrados fueron obtenidos por interrogatorio directo a 50 amas de casa con hijos; las respuestas a las preguntas planteadas fueron registradas en un formato escrito (Cédula de entrevista).

#### 1.5. Sistematización de los datos

Para lograr el orden y comprensión de los datos recogidos, se utilizaron los pasos básicos del método estadístico.

- El conteo de los datos se hizo manual utilizando el procedimiento de

palotes.

- Se tomó la decisión de hacer la presentación de los datos sólo en cuadros estadísticos.
- Los datos se presentaron en números absolutos y relativos.
- Se recurrió al análisis descriptivo de los datos considerados en cada cuadro estadístico, ello por ser el procedimiento accesible a los recursos disponibles en esta etapa del estudio.
- Las conclusiones planteadas se elaboraron considerando los datos de la realidad del fenómeno estudiado, así como los elementos Teóricos adaptados para este estudio.

#### 1.6. Descripción del Instrumento Empleado en la Recolección de Datos.

Se utilizó una Cédula de Entrevista; éste formulario consta de 21 preguntas.

Estas cuestiones fueron agrupadas en los siguientes capítulos:

- a) Datos generales. Que incluye nombre y domicilio
- b) Personas integrantes del Grupo Familiar.
- c) Causas Psicológicas.
- d) Causas Orgánicas.

Se anexa cédula.



CUADRO No. 1

## EDAD DE LA COMUNIDAD AMPLIACION SAN MARCOS

EDAD:	Fo	%
0 - 3	23	7.3
4 - 6	25	7.9
7 - 8	27	8.5
9 - 10	21	6.6
10- 11	12	3.8
12- 13	11	3.5
14- 15	23	7.3
16- 18	10	3.8
19- 22	37	11.7
23- 26	20	6.3
27-30	17	5.4
31- 34	21	6.8
35- 38	24	7.6
39- 42	32	10.60
+ de 43	11	3.5
<b>T O T A L</b>	<b>314</b>	<b>100</b>

FUENTE: Recuento de los datos obtenidos de la encuesta aplicada en la Comunidad Ampliación San Marcos por la Pasante de Enfermería Nivel Licenciatura. E.N.E.O.U.N.AM. Agosto 1987.

INTERPRETACION: La edad de la población que predomina es de:

19-22 años - 11.7%	7-8 años 8.5%
39- 42 años - 10. %	35-38 años 10%
	4-6 años 7.90

CUADRO No. 2  
PREDOMINIO DE SEXO

SEXO	Fo	%
MASCULINO	132	42.00
FEMENINO	182	58.00
T O T A L	314	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION:

Los datos reportados en este cuadro indican que el sexo que predomina es el femenino con un 58% y en segundo lugar el masculino con un 42%.

CUADRO No. 3

## NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIANTIL

ESCOLARIDAD	Fo	%
Pre-escolar	25	7.0
Primaria completa	37	12.0
Primaria incompleta	80	26.0
Secundaria completa	20	7.0
Secundaria incompleta	77	24.0
Sin estudios	63*	21.5
Profesionistas	5	1.5
T O T A L	314	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: Los datos reportados indican que un 26% tiene primaria incompleta; el 24% Secundaria incompleta; un 21.5% no tienen estudios (aquí se incluyen los niños de 0 a 3 años); primaria completa 12%; secundaria completa el 7.0% y profesionistas el 1.5%

\* Se anexaron los niños de 0 -3 años.

CUADRO No. 4

## OCUPACION DE LA POBLACION

OCUPACION	Fo	%
PROFESIONAL	5	1.5
EMPLEADO	15	4.9
OBRAERO	21	6.7
COMERCIANTE	32	10.1
HOGAR	45	14.4
ESTUDIANTE	129	41.0
NO TRABAJA	67*	21.4
t o t a l	314	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: De los datos obtenidos se detectó que un 41% es estudiante; 21.4% no trabaja; el 14.4 se dedica al hogar; el 10.1% es comerciante; un 6.7% es obrero; empleado 4.9% y profesionista 1.5%.

(\*) Dentro de las personas que no trabajan se incluyeron los niños de 0 - 6 años.

## CUADRO No. 5

TOTAL DE POBLACION POR SEXO DE NIÑOS COMPRENDIDOS  
EN EDAD DE 4 - 15 AÑOS.

SEXO	Fo.	%
MASCULINO	52	43.7
FEMENINO	67	56.3
T O T A L	119	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Interpretación: De la población comprendida en edades de -  
4 - 15 años predomina el sexo femenino con  
56.3% y el masculino con 43.7%

## CUADRO No. 6

EDAD DE NIÑOS ENURETICOS COMPRENDIDA DE  
4 - 15 AÑOS

EDAD:	Fo	%
4-6	4	28.6
7 - 8	3	21.4
9 - 10	5	35.8
11 -12	2	14.2
13 - 14	0	00.0
15	0	00.0
<b>T O T A L</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: Como se observa en el cuadro, la enuresis predomina en niños de 9 -10 años con un - 35.8% ; segundo lugar niños de 4-6 años con 28.6%; tercer lugar, niños de 7-8 años con - 21.4% y cuarto lugar, niños de 11-12 años -- con 14.2 %

CUADRO No. 7

PREDOMINIO DE SEXO EN NIÑOS ENURETICOS

SEXO	Fo	%
MASCULINO	5	35.8
FEMENINO	9	64.2
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El sexo que predomina es el femenino con con 64.2% sobre el masculino que es de -- 35.8%

## CUADRO No. 8

## CAUSAS PSICOLOGICAS

REPRENDE A SU HIJO CUANDO HACE ALGO INDEBIDO.

REPRENDE A SU HIJO	Fo.	%
SI	10	71/5
NO	4	28.5
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro informa que si reprenden al niño enurético en un 71.5% y no lo reprende un -- 28.5%.



## CUADRO No. 9

## CAUSA PSICOLOGICA

EL TIEMPO QUE LE DEDICA A SU HIJO SE LO DEDICA  
CON CARIÑO.

SE DEDICA CARIÑO	Fo	%
SI	9	64.00
No	5	36.00
T O T A L	14	100.00

FUENTE: Misna dekl Cuadro No. 1

INTERPRETACION: Como muestran los datos del cuadro, el 64% le dedica tiempo con cariño y el 36 % no le brindan cariño al niño.

## CUADRO No. 10

## CAUSA PSICOLOGICA

LE PRESTA ATENCION AL NIÑO CUANDO LE HACE  
ALGUN COMENTARIO.

PRESTA ATENCION	Fo	%
SI	3	21.00
NO	11	79.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Interpretación: / El cuadro nos reporta que el 79 % no --  
presta atención al comentario de los ni-  
ños y un 21% si lo hace.

## CUADRO No. 11

## CAUSA PSICOLOGICA

## COMO SON LAS RELACIONES DE PADRE E HIJO.

RELACION PADRE E HIJO	Fo	%
BUENA	5	36.00
REGULAR	9	64.00
MALA	0	0.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El mayor porcentaje lo obtuvo la relación regular de padre-hijo, con un 64% y buena relación un 36%.

## CUADRO No. 12

## CAUSA PSICOLOGICA

CUANDO HAY DISCUSIONES ENTRE LOS PADRES  
ESTAN PRESENTE LOS HIJOS.

PRESENCIA DISCUSIONES	Fo.	%
SI	11	79.00
NO	3	21.00
T O T A L	14	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: Los datos nos indican que un 79% presencia las discusiones de los padres y un - 21% no.

CUADRO No. 13  
CAUSA PSICOLOGICA  
COMO TRATAN LOS HERMANOS AL NIÑO ENURETICO

TRATO DEL NIÑO ENURETICO	Fo	%
BIEN	1	7.00
MAL	13	93.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro nos informa que el trato de los hermanos del niño enurético es malo con un 93% y bueno un 7%

## CUADRO No. 14

## CAUSA PSICOLOGICA

COMO ES EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ENURETICO  
EN LA ESCUELA

COMPORTAMIENTO	Fo	%
TIMIDO	12	86.00
AGRESIVO	2	14.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION II: Los resultados fueron que el comportamiento del niño enurético es de timidez en un 86% y de agresividad en un 14%.

## CUADRO No. 15

## CAUSA PSICOLOGICA

LOS PADRES AYUDAN AL NIÑO A RESOLVER LOS  
 PROBLEMAS DE LA ESCUELA POR CAUSA DE LA --  
 ENURESIS

AYUDAN A RESOLVER SUS PROBLEMAS	Fo	%
SI	6	43.00
NO	5	36.00
A VECES	3	21.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION : El resultado fué que los padres ayudan a resolver los problemas a los niños enuréticos un 43%; no los ayudan a un 36% y a veces 21%

## CUADRO No. 16

## CAUSA PSICOLOGICA

AIGUN INTEGRANTE DE LA FAMILIA TUVO ESTE PROBLEMA

PROBLEMA EN LA FAMILIA	FO	%
SI	12	86.00
NO	2	14.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro nos reporta que dentro de la familia un 86% tuvo este problema y un 14% - (2 familias) no lo presentaron.



## CUADRO No. 17

## CAUSA PSICOLOGICA

SU (S) EMBARAZO (S) FUERON DESEADOS

EMBARAZO DESEADO	Fo	%
SI	10	71.00
no	4	29.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro reporta que el 71% fué embarazo deseado y un 28% no lo fué.

CUADRO No. 18  
CAUSA PSICOLOGICA  
SU (S) EMBARAZO (S) FUE PLANEADO

EMBARAZO PLANEADO	Fo	%
SI	7	50.00
NO	7	50.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro 1

INTERPRETACION: Los resultados nos indican que un 50% de embarzos fué planeado y un 50 % no lo fué.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 19  
CAUSA ORGANICA  
TIPO DE PARTO

PARTO	Fo	%
EUTOCICO	11	79.00
DISTOCICO	3	21.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No, 1

INTERPRETACION: El reporte obtenido fué el siguiente:  
79% fué de parto eutócico y el 21% fué  
de parto distócico.

CUADRO No. 20  
CAUSA ORGANICA  
SU NIÑO HA SUFRIDO TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

TRAUMATISMOS CEFALICOS	Fo	%
SI	10	72.00
NO	4	28.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro nos indica que 72% de niños si ha  
tenido traumatismo y 28% no

## CUADRO No. 21

## CAUSA ORGANICA

## PERDIO EL CONOCIMIENTO AL SUFRIR EL TRAUMATISMO

PERDIDA DEL CONOCIMIENTO	Fo	%
SI	3	22.00
NO	11	78.00
T O T A L	14	100.00

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: El cuadro nos reporta que sólo el 22% de los 14 niños, si perdió el conocimiento y 78% no,

## CUADRO No. 22

## CAUSA ORGANICA

HA PRESENTADO FIEBRE MAYOR DE 39°C.

FIEBRE	Fo	%
SI	5	36.00
NO	9	64.00
T O T A L	14	100

FUENTE: La misma del Cuadro No. 1

INTERPRETACION: Se obtuvo el dato de que 36% si presentó fiebre de más de 39°C y el 64% no presentó.

## CUADRO No. 23

## PRESENTO CRISIS CONVULSIVAS DESPUES DE LA FIEBRE

CRISIS CONVULSIVAS	Fo	%
SI	3	22.00
NO	11	78.00
T O T A L	14	100

FUENTE: Misma del Cuadro No, 1

INTERPRETACION: El cuadro demuestra que 22% presenta crisis convulsivas después de la fiebre y el 78% no presenta.

## COMPROBACION DE HIPOTESIS.

### HIPOTESIS.=

La enuresis predomina en niños de 4-8 años.

Esta hipótesis se aprueba ya que la enuresis si predomina en esta edad.

De los 14 niños en estudio 4 tienen edad comprendida entre 4-6 años y 3 niños en edad de 7-8 años por lo que se hace un total de 7 niños enuréticos con edad comprendida entre 4 y 8 años, cinco niños con edad entre 9-10 años y 2 niños con -- con edad de 10-12 años.

Por lo que se refiere a factores desencadenantes causas psicológicas, causas orgánicas de la enuresis. También es -- aprobada esta hipótesis ya que de los 14 niños en estudio 11 - fueron de parto eutócico con un gran rechazo psicológico por - su enuresis; y 3 niños se detectaron de parto distócico (problemas orgánicos), que, presentan fiebre mayor de 39°C y que - también presentan crisis convulsiva.



SUGERENCIAS

Ya que es una area que está supervisada por el Centro de - Salud Xochimilco, hacer llegar el informe para el está comuni-- nidad sea contratada por el psicólogo, enfermera, Trabajador (a) social y médico.

Es una comunidad accesible para que los estudiantes de en-- fermería nivel Licenciatura en el 7o. semestre en la asignatu-- ra de Salud Mental Comunitaria amplie sus conocimientos propor-- cionan de atención a esta población que necesita gran ayuda, -- siempre y cuando esté asesorado por el personal de la especiali-- dad.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.-

Con lo que corresponde a la población estudiada en general, se obtuvieron los siguientes datos:

Con lo que respecta a edad la población es joven, ya que un 48.8% comprende edades de 0 a 18 años,

El sexo femenino predominó un 8% sobre el masculino.

En escolaridad predomina la primaria incompleta, esto es debido a que la población escolar es de 29.70 o sea niños con edad comprendida de 7-15 años.

Desde el punto de vista que abarca el estudio en sí y que es la parte medular del trabajo, la conclusión es la siguiente:

Se obtuvo un total de población de 119 niños en edad comprendida de 4-15 años.

De esa población de 119 niños se detectaron 14 niños enuréticos, de los cuales predominó la edad de 9-10 años con un 35.8% (5 niños); en segundo lugar los niños de 4-6 años con un 28.6% (4 niños); tercer lugar niños de edad comprendida de 7-8 años con 21.4% (3 niños) y un cuarto lugar, niños con edad de 11-12 años con un 14.2% (dos niños)

De este grupo de niños en estudio predomina el sexo femenino con un 14.2% superior al masculino.

Las conclusiones de las causas psicológicas que influyen en el niño enurético, después de haber obtenido los resultados, son los siguientes:

- 1) El padre o madre reprende al niño enurético predominando un 71.5%
- 2.) El tiempo que se le dedica al niño enurético de los 14 casos 64% contestó que el tiempo que le dedica al niño lo hacen con cariño, esto contradice la pregunta anterior.
- 3) En la pregunta "le presta atención al niño cuando le hace algún comentario", predominó que el 79% no le presta atención y al 21% sí lo hace. Esto también contradice la pregunta No. 2
- 4) Dentro de las relaciones padre-hijo, se obtuvo -- que el 64% lo tiene regulares relaciones con los hijos enuréticos y un 36% dijo haber tenido buenas relaciones.
- 5) Por lo que respecta a las discusiones, de los padres un 79% (niños) si las presencias y un 21%no. Sigo insistiendo que el tiempo que se le dedica - con cariño queda en interrogante.
- 6.) Desde el punto de vista psicológico este dato es sumamente importante ya que el niño enurético es tratado mal por sus hermanos en un 93% y es aceptado en un 7%

- 7) Por lo que respecta a su comportamiento en el colegio el niño es tímido en un 85% y agresivo en un 14% por lo que no puede observar que el niño necesita un gran apoyo desde el grupo familiar y escolar.
- 8) El niño enurético cuando necesita ayuda para resolver sus problemas un 43% ( 6 niños ) si la encuentran en sus padres; no encuentran ayuda 36% ( 5 niños) y a veces el 21% (3 niños). Esta respuesta no es verídica si se analizan los resultados anteriores, por lo que este tipo de niños sigue siendo "rechazado".
- 9) Si se pone atención a este resultado o sea que de los 14 niños en estudio, 12 familias tuvieron este problema en su niñez y 2 familias no; esto nos indica que el problema es de tiempo atras y está repercutiendo en los hijos.
- 10) Donde el punto de vista del embarazo este es otro -- problema serio ya que según la información un 71% fué deseado y un 29% no lo fué.
- 11) Esta respuesta contradice la anterior ya que el embarazo en un 50% fué planeado por lo tanto esto alterará la psicología de los padres que tendrá recuperación en el desarrollo y crecimiento del niño.

Desde el punto de vista de causas organicas que sean las que desencadenen el problema de la enuresis se obtuvo lo siguiente:

- 1) De los 14 niños en estudio 79% fueron de parto autóctico y un 21% (3 niños) fueron de parto distósico.
- 2) Por lo que respecta a traumatismos craneoencefálicos 10 niños si han tenido traumatismo y 4 no.
- 3) Por lo que respecta a la pérdida del conocimiento debido al traumatismo se nos reportó que únicamente 3 niños perdieron el conocimiento; si analizamos la pregunta No. 1 anterior coincide con los 3 niños de parto distósico.
- 4) Con lo que respecta a fiebre mayor de  $39^{\circ}\text{C}$  se obtuvo un total de 5 niños que presentaron fiebre mayor de  $39^{\circ}\text{C}$  y 9 niños no. Nuevamente juntemos los 3 niños de parto distósico con este nuevo dato.
- 5) Por lo que respecta a crisis convulsivas el dato es sumamente importante ya que 3 niños presentan crisis convulsivas después de la fiebre y el no. Esto confirma nuevamente que el parto distósico es la causa desencadenante del problema de enuresis.

En resumen las causas psicológicas predominan sobre las orgánicas.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA PAZ G. Instrumentos de Investigación  
Editores Mexicanos Unidos,  
México, 1981, 130 pp.
- BURH MECKS Educación sexual. 2ª edición,  
Edit. Interamericana. México 1980,  
539 pp.
- DENNIS B. L. Psicología Evolutiva. Edit. Inte-  
ramericana. México, 1986. 371 pp.
- FLANZER, J. R. Family management in the treat ment  
of alcoholismo. British Journal on -  
alcohol and alcoholism England, 1979.  
49 pp.
- GOMEZ JARA, FRANCISCO Sociología. Ed. Porrúa S.A. 10ª ed.  
México, 1984, 472 pp.
- GONDONNEAU JEAN La infidelidad, Ed. Kairos; --  
Barcelona, 1974.
- HARRY BAKWIN Desarrollo Psicológico al Niño.  
Ed. Interamericana, México, 1974.
- HILDEGARD E. PEPLAU Preparación y funciones del Personal  
de los Equipos de Salud Mental Comuni-  
taria. U.N.A.M.- E.N.E.O.; 15 pp.

## INFORME DEL COMITE

Libro de texto de la O.P.S./O.M.S. para la Enseñanza de Enfermería en Salud Mental Comunitaria. Washington, D.C. 23 de Sept. 1º de Oct. de 1976, Publicación Científica N° 363. 1978.

## J. DE AJURIAGUERRA

Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª ed.; Edit. Toray-Messon; España, 1979; pp. 984.

## JULES HENRY

Los hombres se drogan, El Estado se fortalece. Edit. Laertes S.A. Barcelona 1977, 189 pp.

## KOLB, C.L.

Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. La Prensa Médica Mexicana, 6ª ed.; México, 1983, 1015 pp.

## MC CARY JAMES LESLIE

Sexualidad Humana. Edit. El Manual Moderno, S.A.; 3ª ed. México, 1980.

## OFUSA-AMAMAH, VIRGINIA

Experiencias Nacionales en el empleo de trabajadores de Salud de la Comunidad, Washington D.C. O.P.S./O.M.S. 1891, 283 pp.

## OLGA CARDENAS DE OJEDA

Toxicomanías y Narcotráfico. Aspectos legales. Fondo de Cultura Económica, México, 1974, 255 pp.

- ROTTNER JOSEF                      Psicología y Psicopatología de la vida  
Amorosa. 12ª ed.; Ed. Siglo XXI, --  
México, 1976.
- RECAEENS SECHES LUIS              Tratado General de Sociología. Ed. Porrúa  
S. A., México, 1982, 692 pp.
- RUIZ AMEZCUA L.                    Etica Profesional para la Enfermera.  
10ª ed.; Edit. ECA, México, 1982, 309 pp.
- VIRGINIA SATIR                      Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar.  
Edit. Pax, México, 1985, 300 pp.
- SALOMON P.                          Manual de Psiquiatría. 2ª ed.; Ed. El  
Manual MÓderno; México, 1976, 466 pp.
- S.S.A.                                  Planeación del Sistema Nacional de Salud,  
México, Coordinación de Estudios y Pro-  
yectos de la subsecretaría de PLaneación  
de la S.S.A.; 1984, 132 pp.
- S.S.A.                                  Programa Nacional de Salud 1984-1988.  
México, Cuadernos Técnicos y PLaneación  
Nº 6 Subsecretaría de Planeación de la -  
S.S.A., 1984, 132 pp.
- TREVETT REGINALD                  Psicología Sexual; Edit. Morata; España,  
1966.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CEDULA DE ENTREVISTA

Indicación: La información que requiere esta encuesta deberá ser proporcionada por personas adultas que vivan en el domicilio.

1.- Datos Generales:

Familia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

II.- Integrantes de la Familia:

Parentesco	Edad	Sexo		Escolaridad	Ocupación
		M	F		
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					

NOTA: Marcar con un asterisco (\*) al rubro correspondiente del niño enurético.

1.- ¿Reprende a su hijo cuando hace algo indebido?

Si ( )            No ( )

2.- El tiempo que se dedica al niño, ¿Se lo dedica con cariño?

Si ( )            No ( )

3.- ¿Le presta atención al niño cuando le hace algún comentario?

Si ( )            No ( )

4.- ¿Cómo son las relaciones Padres-Hijos enuréticos?

Buenas ( )        Malas ( )        Regulares ( )

5.- Cuando hay discusión entre los padres, ¿Están los niños presentes?

Si ( )            No ( )

6.- ¿Cómo tratan los hermanos al niño enurético?

Bien ( )        Mal ( )

7.- ¿Cómo es el comportamiento del niño enurético en la Escuela?

Introvertido ( )                    Extrovertido ( )

8.- ¿Los padres ayudan al niño a resolver los problemas de la escuela por causa de la enuresis?

Si ( )            No ( )            A veces ( )

9.- ¿Algún integrante de la familia tuvo este problema?

Si ( )            No ( )

10.- ¿Su(s) embarazo(s) fué(ron) deseado(s)?

Si ( )            No ( )

11.- ¿Su(s) embarazo(s) fué(ron) planeado(s)?

Si ( )            No ( )

12.- ¿Qué tipo de parto tuvo?

Eutósico ( )                      Distócico ( )

13.-¿Su niño ha sufrido traumatismos en la cabeza?

Si ( )                      No ( )

14.- ¿Perdió el conocimiento al sufrir el traumatismo?

Si ( )                      No ( )

15.- ¿Ha presentado fiebres mayores de 39<sup>o</sup>C?

Si ( )                      No ( )

16.- ¿Presentó crisis convulsivas después de la fiebre?

Si ( )                      No ( )

Observaciones.-