

## Maltrato en Niños Enuréticos.

Nora Patricia Sánchez-Chávez\*

Ulises Reyes-Gómez\*\*

Gerardo López-Cruz\*\*

Ulises Reyes-Hernández\*\*

Ernesto Garzón-Sánchez\*\*\*

Katy Lizeth Reyes-Hernández\*\*

Yael Canseco-Sánchez\*\*

### RESUMEN

**Introducción:** La enuresis es una patología frecuente en niños, el objetivo de este trabajo fue identificar a niños enuréticos y el tipo probable de maltrato hacia ellos ante dicha circunstancia de acuerdo a su grupo social.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, analítico, a través de 945 encuestas domiciliarias en busca de niños enuréticos por personal multidisciplinario en 3 esferas sociales de la sociedad de Oaxaca. En familias con niños y niñas de 5 a 14 años de edad con problemas de enuresis de acuerdo al estudio socio económico para poder alcanzar 100 familias por grupo social.

**Resultados:** Se identificaron 28 niños enuréticos: 13 masculinos y 15 femeninos correspondiendo a un 2% de cada 100 encuestados (0.6% del total de la muestra) el tipo de castigo físico que ocasionan a los niños sus padres y/o tutores son: golpes (1, 8, 17) clase alta, media y baja respectivamente, baños con agua fría si mojan la cama (0, 1 y 9) uno de la clase social media y nueve de la clase social baja, dormirles en el suelo o sentados para evitar mojar la cama (0, 3, 11), ataduras en genitales en el sexo masculino (0, 1, 2), quemaduras en abdomen al utilizar remedios caseros: zábila caliente con cenizas (0, 0, 1), restricción de líquidos durante el día (1, 8 y 15). Las actitudes de los niños en el diagnóstico psicológico mostraron: (0, 3, 6) ansiedad /irritabilidad, (1, 4, 5) ansiedad asociada a miedo, (0, 1, 2) hostilidad y (1, 0, 1) se comportaron con indiferencia.

**Conclusión:** Resulta preocupante los niveles de maltrato físico y psicológico que se presentan como intentos de resolver la enuresis, se requiere un programa específico para esta patología.

**Palabras Clave:** Enuresis, maltrato físico y psicológico, niños.

### ABSTRACT

**Introduction:** The enuresis is considered within the abuse indicators to the minor, being this a frequent pathology in children. The objective of this work was to identify to enuretics children and the abuse type toward them.

\* Escuela de Psicología, Universidad Regional del Sureste. Hospital Regional "Presidente Juárez" del ISSSTE. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca.

\*\* Departamento de Enseñanza e Investigación, Servicio de Psicología, Urología y Trabajo Social. Clínica Diana de especialidades, Oaxaca.

\*\*\* Director Médico Hospital de la Niñez Oaxaqueña.

Sobretiros: Dr. Ulises Reyes Gómez Dirección Médica. Clínica Diana de Especialidades. Símbolos Patrios 747 Colonia Agraria, Oaxaca. Telefax: (0195151) 4-36-90 E mail: reyes\_gu@yahoo.com.mx

**Material and Methods:** A descriptive, prospective, analytic, study was carried out, through 945 domiciliary survey in search of enuretic by multidisciplinary staff in 3 social spheres of the society of Oaxaca. In Families with children and girls from 5 to 14 years old with enuretic problems according to the socioeconomic study to be able to reach 100 families for social group. **Results:** 28 enuretics children were identified 13 males and 15 female corresponding to 2% of each 100 interviewed (0.6% of the total of sample) The type of physical punishment who cause the children by theirs parents or tutors are: blow (1, 8, 17) of high, middle and under social classes respectively, bath with cold water if they wet the bed (0, 1 and 9) one of middle social class and nine of inferior class, (0, 3, 11) were obligated to sleep on the floor or seated to avoid to wet the bed (0, 1, 2) were ties in genitals in the male sex (0, 0, 1) were burned in abdomen when using homemade remedies: Hot zabala with ashes, (1, 8, 15) with restriction of liquids during the day. The children's attitudes in the psychological diagnose showed (0, 3, 6) anxiety, irritability, (1, 4, 5) anxiety associated to fear, (0, 1, 2) were shown with hostility and (1, 0, 1) it's behaved with indifference. **Conclusion:** Is worrisome the levels of physical and psychological abuse as intents of solving the enuresis an specific program is required for this pathology.

**Key Words:** Enuresis, physical and psychological abuse, children.

## INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno complejo no solo por sus distintas manifestaciones a nivel individual y colectivo o por la diversidad de factores que la originan, sino también por la gama de consecuencias sociales que genera y sobre todo cuando los derechos de los individuos son muy limitados, en el caso de los niños es fácil llegar a trasgredirlos<sup>1</sup>.

En México, un número indeterminado de niños y niñas sufre violencia en su familia, por ello en el ámbito médico surgió la preocupación de documentar casos que, por su gravedad, afectaban la salud de los infantes, los cuales se originaban de manera inadvertida en conductas familiares, cuyas secuelas resulta muy difícil prevenir desde el punto de vista estrictamente médico.

En la actualidad, el trabajo con menores maltratados ha avanzado, sin embargo y a pesar de que se cuenta con un marco jurídico que los protege, en comparación con la magnitud del problema son pocos los casos evidenciados y sancionados. Se requiere sensibilizar a quienes enfrentan la paternidad y la maternidad sin pleno conocimiento de que implican más que derechos, obligaciones<sup>2</sup>.

Las lesiones físicas causadas por traumas intencionales y no intencionales han cobrado interés en muchas áreas de la medicina, debido principalmente a la frecuencia, en este contexto irremediablemente los niños no se escapan de las consecuencias de vivir en un mundo cada vez más agresivo<sup>3</sup>.

El maltrato psicológico es la forma de violencia más recurrente; comprende aquellos actos de cualquier miembro o adulto del grupo familiar que tiende a la hostilidad verbal crónica, ya sea mediante el insulto, la burla, el desprecio o la amenaza y al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, esta modalidad de violencia puede adoptar gran variedad de expresiones y combinaciones, las

cuales incluyen: intimidación, devaluación, amenaza, abandono, negligencia, descuido reiterado y marginación; también se presenta en situaciones extremas como celotipia, crítica constante o comparaciones destructivas. Donde se busca provocar un estado de indefensión total, el maltrato psicológico es una de las formas de violencia menos estudiada. Algunos autores señalan que se trata de la más perniciosa, ya que si bien puede presentarse aislada, siempre acompaña a otras<sup>4</sup>.

Dentro de los indicadores de maltrato al menor se menciona la enuresis considerando a estos niños con un riesgo de sufrir alguna forma de maltrato. La enuresis es una enfermedad frecuente en niños, por lo tanto, un motivo importante de consulta en todos los servicios de pediatría<sup>5</sup>. Se considera un trastorno benigno<sup>6</sup>, sin embargo puede producir una gran preocupación en los padres y en el niño afectado.

Se denomina enuresis nocturna a los episodios de micción involuntaria que se producen durante el sueño, a partir de la edad en que ya debía haberse adquirido el control voluntario de la micción, hecho que, de acuerdo con algunos autores, debe ocurrir a los 5 años de edad<sup>7-11</sup>.

El desarrollo de modelos efectivos para la atención de la salud implica romper la concepción tradicional del fenómeno salud-enfermedad y terminar con la concepción dualista-mentalista que divide al campo de la salud en dos: la salud física y la salud mental.

Los programas de intervención que se requiere desarrollar deben ser de carácter interdisciplinario y orientados a resolver problemas específicos de la comunidad, teniendo de igual manera, como uno de sus objetivos prioritarios la prevención del problema, su identificación y atención inmediata tanto para resolverlo como para prevenir que se desarrollen problemas adicionales<sup>12</sup>.

Lo anterior ha implicado que en la mayor parte de

los centros de salud se desarrollen programas multidisciplinarios respecto a cuatro programas básicos: a) Salud materno infantil, b) Salud del Escolar, c) Salud del adulto y el anciano y d) Salud ambiental. También ha implicado el reconocimiento en numerosas instituciones de atención primaria a la salud y en hospitales de segundo y tercer nivel de la necesidad evidente de atender las demandas psicosociales de los enfermos y sus familias, así como de desarrollar programas para tal fin<sup>13, 14</sup>.

La importancia de estudiar y atender los factores psicosociales involucrados en el comportamiento relacionado con la salud se vuelve prioritario sobre todo a partir de los estudios que han demostrado las estrechas relaciones existentes entre el comportamiento y el proceso de enfermar. Baste citar como ejemplo el hecho de que solo una parte de las personas enfermas consulta al médico, en algunos estudios anglosajones se ha observado que de cada 1000 personas en un momento dado 750 presentan síntomas de enfermedad, 250 consultan al médico, 17 acuden a consulta externa de un hospital y 3 acuden a un hospital universitario, sin embargo lo problemático de esta situación además de la alta tasa de incidencia de manifestaciones de enfermedad en las población considerada sana es el hecho de que los que acuden al médico no son necesariamente los que presentan los problemas mas graves<sup>15</sup>.

De esta forma la investigación de comportamientos que mantienen la salud, previenen la enfermedad y contribuyen a incrementar los recursos que posee las personas para enfrentar la enfermedad previniendo la cronificación o la invalidez no debe ser menospreciado por los profesionales de la salud.

Uno de los problemas típicos en los que se reflejan claramente las concepciones clínico mentalistas respecto a los problemas de salud, la falta de detección oportuna del padecimiento y la ausencia de un conocimiento adecuado es la enuresis.

La enuresis no orgánica (F98.0) de acuerdo al CIE-10 es un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina durante la horas diurnas o durante la noche, que es anormal para la edad mental del niño y que no es consecuencia de la falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario. Esta puede estar presente desde el nacimiento o bien aparecer después de un periodo de control vesical adecuado<sup>16</sup>.

Otros criterios estandarizados para la enuresis son los asentados por la American Psychiatric Association (APA) en Diagnostic and Statistical Manual revisado, en el cual se establecen criterios para el diagnóstico de los niños. Se dice que hay enuresis cuando los niños de entre 5 y 6 años tienen dos o más emisiones de orina al mes y cuando los mayores de 6 años tiene una o más<sup>17</sup>.

En el presente trabajo se realiza una primera

aproximación a las características del entrenamiento que hacen los padres con respecto al control de esfínteres y a la solicitud de ayuda que realizan en los servicios médicos para buscar resolver la problemática ya mencionada. Así mismo se realiza un diagnóstico de diversas situaciones psicológicas que los niños y niñas enuréticos enfrentan ante el maltrato.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, analítico, a través de 945 encuestas domiciliarias en busca de niños enuréticos, se realizan entrevistas con seguimiento a familias en su domicilio, por grupo social, en los (A.G.E.B.). Áreas geográficas estadísticas básicas del estado de Oaxaca por personal multidisciplinario.

Se realizó un *muestreo por etapas estratificado*, con un mapeo de áreas por conglomerados para finalmente identificar familias con niños y niñas de 5 a 14 años de edad con problemas de enuresis, de acuerdo al estudio socio económico para poder alcanzar 100 por grupo social se realizaron de la clase social baja 175, de la clase social media 312 y de la clase social alta 458 en total 945 entrevistas.

De estas una vez identificadas las 300 familias a participar se incluyeron a los niños con problemas de enuresis, de los cuales quedaron un total de 28, 13 de sexo masculino y 15 de sexo femenino.

Una vez estratificada la muestra se dió inicio a la labor de entrevistar a los padres de familia o tutores y a los niños y niñas, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, maltrato verbal (insultos, ridiculizarlos, compararlos, desprecios, amenazas, privación de libertad), variable maltrato físico (golpes, baño con agua fría, dormir sentado o en el suelo, ataduras, restricción de líquidos, otros) de la variable antecedentes heredofamiliares, (madre, padre, otros, ninguno, no contesto). Posibles enfermedades relacionadas con el maltrato, (infección de vías urinarias, neumonía, infección de vías respiratorias altas, otras).

Se realizaron entrevistas directas y una vez identificado el problema se realizó el diagnóstico de enfermedad tanto: médico y psicológico de los niños enuréticos.

La importancia de incorporar personal de psicología y trabajo social radicó en la labor de convencimiento que realizaron para obtener las respuestas de los padres y niños, cabe mencionar que se firmó un convenio en donde se les aseguraba a los padres y a los pequeños el anonimato de los casos. Así como el proporcionarles ayuda gratuita a los niños en los casos específicos, fueron mantenidos en observación como grupo asistiendo a pláticas de orientación, y a tratamiento psicológico, en un segundo estudio se presentarán los resultados de estas actividades secundarias específicamente enfocados a su tratamiento.

**Criterios de inclusión** Familias con niños y niñas de 5 a 14 años de edad con problemas de enuresis que entrevistadas en su domicilio aceptaran ingresar al grupo de estudio.

**Criterios de exclusión** Se excluyeron aquellos casos en los cuales los padres no aceptaran continuar con el estudio o que sus respuestas no concordaran con lo referido por el niño.

## RESULTADOS

Para contabilizar un total de 300 entrevistas, 100 por grupo social, se realizaron en total 945 encuestas de las cuales 175 se realizaron en la clase social baja, 312 en la clase social media y 458 en la clase social alta.

De las 300 encuestas finales por criterios de inclusión se consideraron para el muestreo final un total de 28 (9%) del total de la muestra niños y niñas con problemas de enuresis de los cuales 13 correspondieron al sexo masculino y 15 al sexo femenino, encontrando que el 2% de cada 100 encuestados (0.6% del total de la muestra) de la población de la clase social alta con niños enuréticos, en la clase media 9% (3% del total de la muestra) en la clase baja 17%, (5.6% del total de la muestra), esta última con el mayor número de niños con problemas de control de esfínteres es importante mencionar que esto únicamente con pacientes que refieren enuresis nocturna (durante el sueño) por grupos de edad de 5 a 7 años un total de 14 de 8 a 10 años de edad 11 y de 11 a 14 años 3. (Figura 1).

Dentro de los antecedentes heredofamiliares encontramos que por antecedente materno en la clase social alta no se encontró, de la clase social media 1 y de la clase social baja 2, los antecedentes por parte del padre fueron de (0, 1 y 2) por grupo social respectivamente, (0, 1, 3) reportaron que otros en los que se incluyen tía, abuelos fueron enuréticos, diez contestaron que ninguno de los progenitores ni familiares fueron enuréticos en su infancia (1,4,5) por grupos sociales respectivamente, y ocho no contestaron (1, 3, 4), (Figura 2).

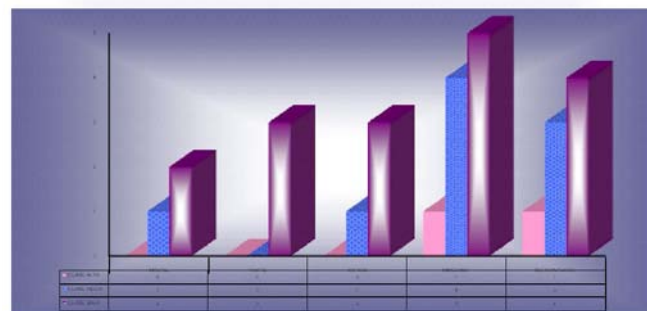
En la Figura 3 se muestra el tipo de castigo físico que ocasionan a los niños sus padres y/o tutores, golpes (1, 8, 17) clase alta, media y baja respectivamente, los padres que bañan a sus hijos con agua fría si mojan la cama (0, 1 y 9) uno de la clase social media y nueve de la clase social baja, los niños que duermen en el suelo o sentados para evitar mojar la cama de la clase social alta ninguno, de la clase media 3 y de la baja 11, sin duda alguna lo más alarmante es el tipo de castigo como ataduras en genitales en el sexo masculino (1, 2) de los niños clase media y baja respectivamente y un caso de quemaduras en abdomen al utilizar remedios caseros (zabala caliente con cenizas) en la clase social baja, pensando que “es por enfriamiento” la ignorancia y la falta de información hacen que los padres

actúen de manera negligente hacia la actitud de sus hijos, a (1, 8 y 15) se les restringe de tomar líquidos durante el día para evitar la enuresis.

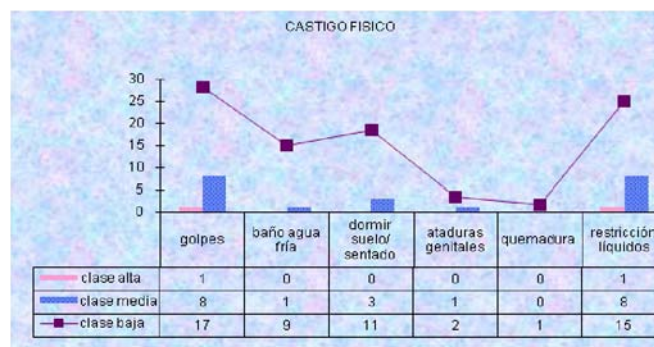


**Figura 1.- GRUPO DE ESTUDIO**, La distribución por edades muestra que el grupo predominante estuvo constituido por niños entre 5 a 7 y 8 a 10 años en la clase baja tanto en niñas y niños.

## ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES



**Figura 2.- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE ENURESIS**, Se documentó dicho antecedente en padres de niños de clase social baja en 5 casos.

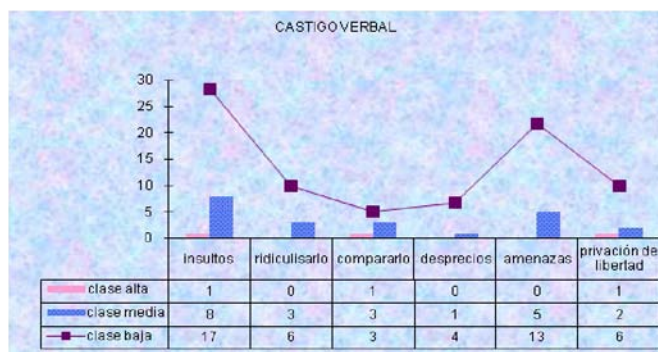


**Figura 3.- CASTIGO FÍSICO**, Como se grafica este ocurrió en todos los grupos sociales, con casos extremos en las clases sociales media y baja.

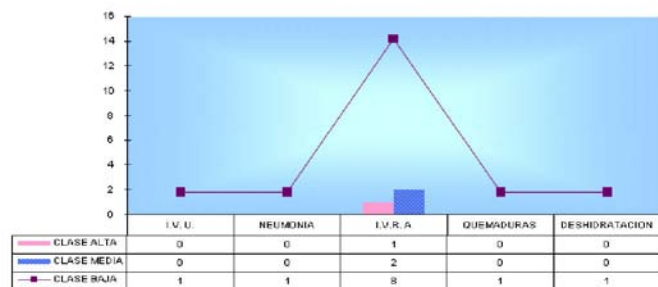
Acompañada del castigo físico, el castigo verbal (Figura 4) es una de las formas más severas de tratar a los infantes, (1, 8, 17) han sido insultados, (0, 3, 6) de la clase



social alta, media y baja respectivamente, fueron ridiculizados delante de extraños o amigos (enviados a la escuela mojados, pasearlos con sus sabanas mojadas), han sido comparados con sus hermanos menores, o con animales (vaca, perro, asno) (1, 3, 3); (0, 1, 4) han sido despreciados por sus familiares y amigos, (0, 5, 13) fueron amenazados de muerte o tortura y (1, 2, 6) han sido privados



**Figura 4.- CASTIGO VERBAL**, Se muestra que este tipo de maltrato se dió en todos los estratos sociales estudiados, con predominio en la clase baja.



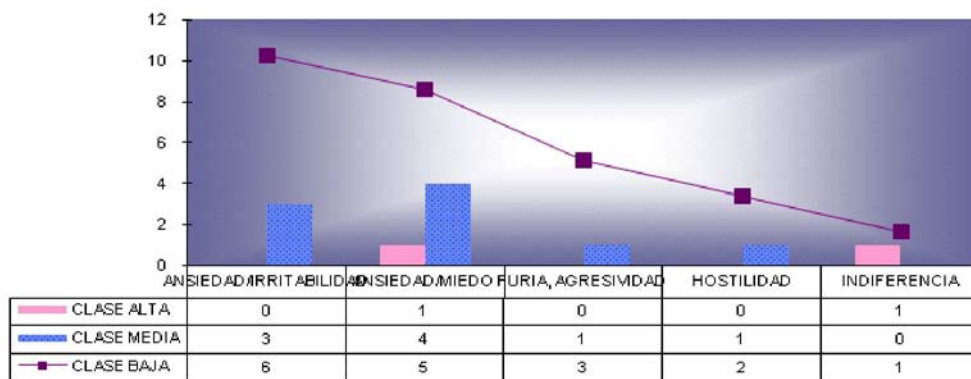
**Figura 5.- ENFERMEDADES RELACIONADAS A LOS CASTIGOS FÍSICOS**, Notese el predominio de infección de vías respiratorias con 11 casos, IVU = Infección de vías urinarias, IVRA = Infección de vías respiratorias altas.

de su libertad, (de opinión, de salir de casa, o de toma de decisiones).

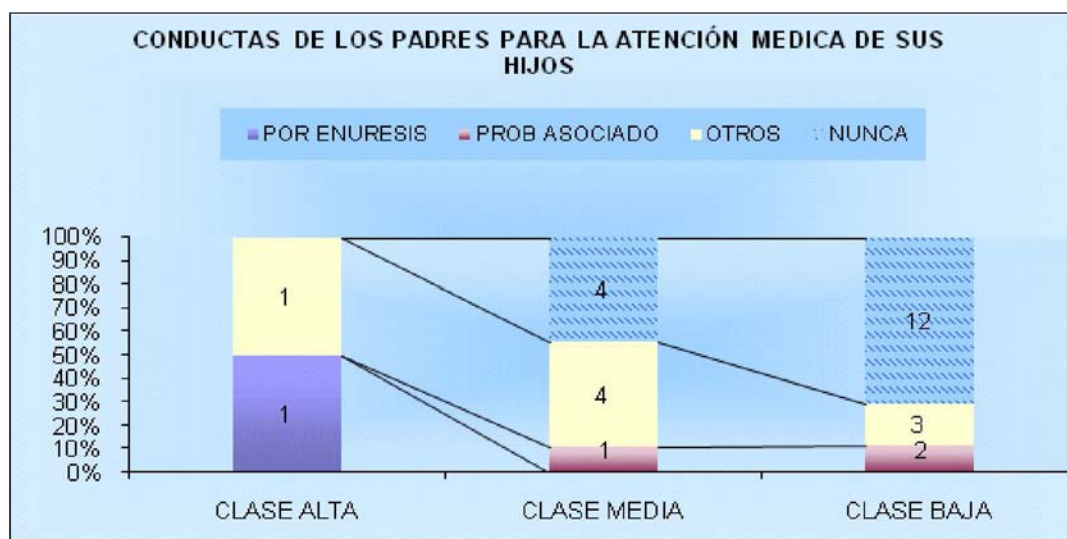
Una de las formas de maltrato al menor es la reacción tardía en llevar a los infantes a consulta en caso de enfermedad, los infantes son llevados a la atención médica solo cuando existen complicaciones ocasionadas por el maltrato, físico el bañarlos con agua fría, dormir en el suelo, seguramente ocasiono el caso de neumonía en la clase social baja como antecedente de haber sido bañado con agua fría y continuar durmiendo en el suelo (0, 0, 1) este niño fue hospitalizado por dificultad respiratoria y fiebre como síntomas principales, según el comentario de los padres durante el interrogatorio al ingreso al hospital no se indagaron las causas, hospitalariamente fue tratado en forma adecuada y dados de alta por mejoría Las infecciones de vías respiratorias altas (0, 41 y 8) que con frecuencia repiten cuadros mas que otros niños dentro de la misma casa. Se documentó infección en vías urinarias en un niño de la clase social baja tardíamente (0, 0, 1), un niño con quemaduras de 2° grado en abdomen y genitales tratadas por medico tradicional, por ultimo un caso de deshidratación en la clase social baja fue tratado por medico tradicional, (Figura 5).

En otro aspecto importante dentro de las conductas de enfermar se encontró que las actitudes de los niños en forma desglosada con el total de la muestra según el diagnóstico psicológico (0, 3, 6) de los infantes en las clases alta, media y baja respectivamente presentan, ansiedad/irritabilidad, (1, 4, 5) ansiedad asociada a miedo, (0, 1, 2) hostilidad y (1, 0, 1) se comportan con indiferencia, (Figura 6).

Analizando la forma en que los padres tratan a sus hijos en la Figura 7 se aprecia la magnitud del problema únicamente un niño de la clase alta fue llevado a consulta por enuresis, con un médico pediatra y y tuvo tratamiento por un servicio de Psicología, el resto de los niños no son llevados por enuresis.



**Figura 6.- REACCIONES DE LOS NIÑOS ANTE EL MALTRATO**, Como se grafica, nótese que las respuestas ante el castigo ocurrieron más en los niños de la clase baja, seguida de la clase social media.



**Figura 7.-** Únicamente un niño de la clase alta fue llevado a consulta por enuresis con un médico pediatra y tratado psicológicamente el resto no.

## DISCUSIÓN

Diversos estudios analizando el control de esfínteres refieren de que un 85% de los niños de 2 años de edad mojan la cama; la cifra disminuye al 49% a la edad de 3 años; al 26% a la edad de 4 años; al 20% a la edad de 5 años y 10% entre edades de 6 y 10 años y aproximadamente el 3% en los adolescentes<sup>18-21</sup>.

En cuanto a las causas desde hace muchos años los estudios que se han hecho han demostrado que el principal origen de la enuresis no orgánica es básicamente un problema de entrenamiento, nos han hecho ver que el niño con este problema no puede ser considerado anormal o señalado como un menor que presenta un mayor número de problemas emocionales en relación con el niño no enurético, diversos estudios han evidenciado que la enuresis puede ser tratada de manera directa sin que se desarrolle la famosa “sustitución de síntomas” freudiana, de hecho una vez que se resuelve el problema el niño desarrolla un mayor número de conductas positivas y se ha resaltado que el simple paso del tiempo no resolverá el problema<sup>22</sup>. Bajo esta concepción los tratamientos que han demostrado ser exitosos son: el uso de alarmas nocturnas que son colocadas en la cama del niño y que lo despiertan en el momento en que empieza la micción, el uso de economía de fichas, la aplicación de la técnica de costo por respuesta y el reforzamiento diferencial de la respuesta<sup>23</sup>.

Sin embargo a pesar de los datos con que se cuentan, la gran parte del personal relacionado con la salud y muchos padres de familia continúan teniendo información inadecuada sobre el problema y en consecuencia hacen un

manejo inapropiado de este<sup>24, 25</sup>. No es extraño que el personal de la salud explique este problema a partir de un enfoque psicodinámico y haga referencias a causa internas de la conducta (pulsiones, deseo, etc) como tampoco es extraño en nuestro medio escuchar que los padres explican la enuresis como un problema de enfriamiento. Lo anterior solo podría mencionarse como algo anecdótico, desafortunadamente existen evidencias que muchos padres tienen información inadecuada o pueden haber hecho un mal manejo creando problemas iatrogénicos cuando se tienen concepciones erróneas<sup>26,27</sup>, por ejemplo se ha descubierto que muchos padres, esperan el control del esfínter vesical a una edad mucho menor, en un estudio realizado con 69 madres aproximadamente el 50% de ellas esperaba que sus hijos lograrán el control de la enuresis antes de los 16 meses de edad<sup>28-29</sup> otros estudios también se han referido a que muchos padres evitan pedir consejo médico al desconocer que pueden recibir ayuda<sup>30</sup>. Por todo lo anterior se hace necesaria la intervención preventiva en este tipo de problemas y como paso preliminar la detección de las necesidades que tienen la comunidad respecto a esto. En este estudio se pudo corroborar que es frecuente entre los padres el maltrato tanto físico como emocional hacia sus hijos enuréticos como un intento de resolver el problema y como ellos lo mencionan se da teniendo como justificación la vergüenza con la que ellos cursan, esto quizás por que sienten que fallaron en el entrenamiento de sus hijos. Es importante mencionar que los niños que asisten a guarderías son entrenados y no presentaron problemas de enuresis porque aunque no fue el motivo del estudio el hallazgo es importante. Llama la atención la frecuencia con que se

presenta el maltrato físico y el tipo de castigo utilizado, justifica el porque se analizaron las variables en forma independiente.

Resulta preocupante los niveles de maltrato físico que se presentan como intentos de resolver la enuresis, sobre todo porque implican un teoría acerca del origen del problema y revelan una falta de información por parte de los padres.

Los resultados nos demuestran sobre todo que los padres de familia acuden a solicitar ayuda cuando existen problemas de infección ocasionada por enuresis no orgánica mas no presentan esta como motivo de consulta.

El hecho de que los padres no presenten como principal motivo de consulta el problema de la enuresis señala la importancia de realizar programas de prevención enfocados a detectar y atender el padecimiento en sus inicios. Los resultados son congruentes respecto a la literatura revisada en cuanto a que confirma la poca información que existe en torno a la enuresis, y a que no se han desarrollado programas que permitan el auto-diagnóstico o cuando menos la búsqueda de ayuda por

personal médico llámese de primer contacto o especializado en problemas propios de los niños.

## CONCLUSIONES

- 1.- Los padres de niños con enuresis, siempre niegan el maltrato a los menores, por consiguiente hay que concientizar a estos de que sus conductas enferman a sus hijos en todas las esferas psicosociales.
- 2.- Deben desarrollarse programas de prevención en el manejo del control de esfínteres encaminados a detectar oportunamente el problema y enseñar a los padres tratamientos efectivos en la solución del mismo.
- 3.- Los médicos que atienden a niños entre los 5-13 años en la historia clínica deberán hacer hincapié de investigar si no se presentan este tipo de problemas relacionados con el control de esfínteres y en su caso realicen el abordaje multidisciplinario que incluye canalizar a los servicios de Psicología a los padres para que estos sean orientados sobre esta patología que en su gran mayoría tienen componente emocional.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kadushin A, Martín J. El niños maltratado, una interacción. México. Editorial Extemporáneos, 1985.
- 2.- Loredó AA. Maltrato en el niño: temas de Pediatría, Asociación Mexicana de Pediatría, Mc GRAW-HILL, interamericana: 2001.
- 3.- Polhgeers A, Ruddy RM. An update on pediatric trauma. Emerg Med Clin North Am 1995; 13: 267.
- 4.- Duarte P. Manual sobre maltrato y abuso a los niños: aspectos psicológicos, sociales y legales. México: COVAC-UNICEF, 1995.
- 5.- Menéndez DH. Tratamiento de la enuresis, con acupuntura. Med. Militar 1994;3 (1): 3-5.
- 6.- Vives A. Consulta diaria. ¿Qué haría usted ante un niño con enuresis. Med. Integral 1989; 13: 372-6.
- 7.- Escandón A. Enuresis. Estudio en un área de salud. Rev. Cubana Pediatr. 1992; 54 (4): 469.
- 8.- Forman MA. Dimensión psicosocial de la pediatría. En Behrman RE, Vaughan N. Tratado de pediatría. 9ª. Ed., tomo I. Ciudad de La Habana: Edición revolucionaria; 1988. P.60: 75.
- 9.- Báez MJ. Enuresia nocturna en el niño: tratamiento actual. Rev. Cubana Med Gen Integral 1987; pp 85-91.
- 10.- Sanfilippo JS. Sistema urinario y ginecología pediátrica: Disfunción miccional. En Behrman RE, Kliegman RM, Nelson. Tratado de pediatría. 14ª ed. Tomo 1, Nueva York: McGraw-Hill- Interamericana; 1992.p. 1669.
- 11.- Forshyte WI, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate. Study of 1129 enuretics. Arch Dis Child 1974; 49: 259-63.
- 12.- Costa MY, López E. Salud Comunitaria. España: Editorial Martínez Roca. 1986.
- 13.- Saucedo GJM. Aportaciones de la psiquiatría de enlace a la pediatría integral. Rev. Med IMSS. 1995; 33: 353-9.
- 14.- Saucedo GJM, Foncerrada MM. Psiquiatría de enlace en un hospital pediátrico. Rev Med IMSS. 1985; 23: 427-35.
- 15.- Rainsford HD. The symptom iceberg. Londres: Routledge & Paul. 1979.
- 16.- OMS. CIE10.España: Técnicas Gráficas FOMA S.A. 1992.
- 17.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Edition 3. Washington, D. C. American Psychiatric Association, 1980.
- 18.- Chamberlain, RW. Management of preschool behavior problems. Pediatr. Clin. North Am. 1974; 21: 33-47.
- 19.- Oppel WC, Harper PA, Rinder RV. The age of attaining bladder control. Pediatrics 1968; 42: 614-8.
- 20.- Wright, L, Schaefer AB, Solomon G. Encyclopedia of Pediatric Psychology. Baltimore, Maryland, University Park Press, 1979.

- 21.- Crosby ND.: Essential enuresis: A survey of the literature. In Kolvin, I, Mac Keith RC, Meadow SR. (eds.): Bladder Control and Enuresis. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1973, pp. 39-47.
- 22.- Baker BL Tratamiento de síntomas y sustitución de síntomas en la enuresis..Journal of Abnormal Psychology. 1969, 74, 1: 42-9.
- 23.- Galindo E. y cols. Modificación de conducta en educación especial: diagnóstico y programas. México: Editorial Trillas.1980.
- 24.- Rutter, M, Yule W, Graham P. Enuresis and behavioral deviance: Some epidemiological considerations. In Kolvin I, Mac Keith, RC, Meadow SR. (eds): Bladder Control and Enuresis. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1973, pp. 137-47.
- 25.- Shaffer D. The association between enuresis and emotional disorder: A review of the literature. In Kolvin, I, Mac Keith RC, Meadow SR. (eds): Bladder Control and Enuresis. Philadelphia J. B. Lippincott, 1973, pp.118-36.
- 26.- Helfer RE, Kempe CH. Child Abuse and Neglect. Cambridge, Massachusetts, Ballinger, 1976.
- 27.- Wright, L, Schaefer AB, Solomon G. Encyclopedia of Pediatric Psychology. Baltimore, Maryland, University Park Press, 1079.
- 28.- Carlson, SS, Asnes RS. Maternal expectations and attitudes toward toilet training: A comparison between clinic mothers and private practice mothers. J. Pediatr. 84: 48-151, 1974.
- 29.- Stephen JA, Silver DL. Parental expectations in toilet training. Pediatrics 1971; 48:451-4.
- 30.- Shelov SP, Gundy J, Weiss JC. Enuresis: A contrast of attitudes of parents and physicians. Pediatrics 1981; 67: 707-10.