

ARTÍCULO ORIGINAL

Adaptación psicosocial y psicopatología de niños con enuresis y sus hermanos. Un estudio comparativo

Dr. Juan Manuel Saucedo-García¹, Dra. Oralia Fernández-Esquerra², Dra. María Luisa Cuevas-Urióstegui², Dr. Arturo Fajardo-Gutiérrez², Dr. J. Martín Maldonado-Durán³

¹Departamento de Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México Federico Gómez; ²Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F., México; ³The Menninger Clinic, Topeka KS, EUA.

Resumen

Introducción. En los niños con enuresis no debida a enfermedad médica es común la presencia de síntomas psicológicos. El objetivo de este estudio fue explorar si existen diferencias en adaptación psicosocial y grado de psicopatología de niños con enuresis en comparación con sus hermanos sin enuresis.

Material y métodos. Estudio transversal, comparativo, observacional y abierto de 30 niños enuréticos de 9 a 14 años de edad, referidos al psiquiatra por sus médicos familiares, y sus hermanos no enuréticos. Ellos y sus progenitores respondieron la Escala de Columbia (CIS) que mide adaptación psicosocial y la Escala de Comportamiento de Niños y Adolescentes (CBCL), que mide grado de psicopatología. Los datos fueron analizados mediante coeficiente de correlación de Spearman y χ^2 .

Resultados. El tipo de enuresis más frecuente fue el nocturno (25). Los progenitores empleaban medidas punitivas en su corrección, además de dar a sus hijos infusiones y ungüentos. Más de la mitad de los niños enuréticos y ninguno de sus hermanos sanos presentaron psicopatología en grado clínico. Casi todos los niños enuréticos (29) y sólo 2 de los no enuréticos manifestaron mala adaptación psicosocial. Las diferencias fueron significativas.

Conclusiones. Los niños con enuresis mostraron más psicopatología, y sobre todo más mala adaptación psicosocial, que sus hermanos no enuréticos, lo cual puede deberse a comorbilidad asociada o resultar del hecho de mojar la cama. Las medidas correctivas empleadas por los progenitores eran inútiles o francamente punitivas. Es necesario que pediatras y médicos familiares ejerzan acciones psicoeducativas para corregir las ideas distorsionadas que, con fuerte influencia cultural, mantienen los progenitores sobre las causas y el tratamiento de la enuresis.

Palabras clave. Enuresis; niños; psicopatología; adaptación psicosocial.

Solicitud de sobretiros: Dr. Juan Manuel Saucedo García, Depto. de Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Calle Dr. Márquez # 162, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06720, México, D. F., México.

Fecha de recepción: 23-02-2006.

Fecha de aprobación: 09-05-2006.

Introducción

Uno de los síntomas psicossomáticos más frecuentemente encontrados en la práctica clínica del pediatra, el médico familiar y el psiquiatra infantil es la enuresis no debida a enfermedad médica, problema que puede presentarse solo o en compañía de otros trastornos psiquiátricos. La enuresis nocturna -del griego *enurein*, que significa vaciar la orina- ha sido considerada el problema más crónico y prevalente en la niñez.¹ Aunque existe la tendencia a conceptuarlo como un síntoma psiquiátrico, la evidencia apunta a que las más de las veces es un problema del desarrollo biológico.² Pero sí puede asociarse a enfermedad psicológica o generarla, sobre todo cuando permanece sin tratamiento durante años y coincide con otros factores de riesgo.

La enuresis se clasifica en tres subtipos: nocturna, diurna y mixta. La enuresis nocturna se refiere al vaciamiento de la orina durante el sueño. La enuresis diurna ocurre durante la vigilia, y la enuresis mixta se presenta tanto en la vigilia como en el sueño. Cuando el individuo nunca ha logrado mantenerse consistentemente seco durante la noche se llama enuresis primaria, en tanto que se considera secundaria si ha habido por lo menos seis meses de control vesical.³

Las causas de la enuresis son inciertas, y esta incertidumbre se refleja en la diversidad de tratamientos y la falta de seguridad respecto a que lleguen a ser efectivos en algún caso particular.⁴

La base hereditaria de la enuresis ha sido confirmada clínicamente, pues 70% de los niños con enuresis nocturna tienen un padre o hermano con retardo en el control vesical.⁵ Estudios con gemelos muestran un fuerte factor genético, aunque no está claro el modo de transmisión, los gemelos idénticos tienen doble posibilidad de sufrir enuresis nocturna en comparación con gemelos no idénticos.⁶ El desarrollo y quizá las aberraciones del sueño de algunos niños con enuresis pueden ser manifestaciones de la misma predisposición genética. Se ha encontrado que los niños enuréticos muestran

retardos en el desarrollo con frecuencia doble a la de los niños controles, de ahí que se considere una etiología relacionada con alteraciones en la maduración, sobre todo cuando el síntoma es primario y coincide con micciones de poco volumen, estatura corta, baja edad ósea y maduración sexual retardada.⁷ Los factores ambientales también pueden tener alguna intervención etiológica, como iniciación tardía del entrenamiento de esfínteres, grado elevado de eventos estresantes (sólo en caso de enuresis secundaria), infecciones del tracto urinario (especialmente en las niñas) y constipación.

Aunque más de la mitad de los menores con enuresis son normales desde una perspectiva psiquiátrica, la frecuencia de psicopatología en ellos es de dos a seis veces más elevada que en controles sanos. Esto ha llevado a formular la pregunta de si se trata de una relación causal, incidental o secundaria. La posibilidad de que ocurra un trastorno psiquiátrico asociado a la enuresis no depende de la frecuencia del síntoma, de que haya antecedentes familiares positivos ni de que sea enuresis primaria o secundaria. Y entre los niños con trastorno psiquiátrico asociado, el tipo de trastorno no es específico, pues puede tratarse de problemas emocionales o de conducta. No se ha encontrado un marcador fisiológico que distinga en forma confiable niños con enuresis trastornados de los no trastornados.⁸ Se han invocado cuatro tipos de mecanismos causales en la liga entre enuresis y trastorno psiquiátrico: 1. El trastorno psiquiátrico puede ser una consecuencia de la enuresis. 2. El trastorno psiquiátrico puede preceder e inducir la enuresis secundaria cuando está presente la predisposición genética a una recaída en el control vesical (como ocurre cuando la ansiedad ante el nacimiento de un hermanito precipita una regresión en el control de la vejiga). 3. La enuresis y el trastorno psiquiátrico pueden deberse a una disfunción neurobiológica común (como en la comorbilidad de enuresis con trastorno por déficit de atención con hiperactividad). 4. La enuresis y los trastornos psiquiátricos no tienen relación causal y ambos pueden coexistir por

azar. De manera que es preferible adoptar una actitud descriptiva y reportar los hechos empíricos disponibles respecto a la comorbilidad de la enuresis y los trastornos psicológicos. El tercer mecanismo parece ser el más probable en la mayoría de los casos, aunque los otros tres pueden ser importantes para algunos niños.^{9,10}

La adaptación psicosocial, funcionamiento psicosocial o funcionamiento adaptativo se refiere a la adaptación a las demandas habituales de la vida. Deriva de la interacción entre el individuo y su medio social, y puede ser conceptualizado en términos de desempeño y satisfacción del rol a través de múltiples áreas, tales como habilidades cognitivas, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, capacidad para el autocuidado, para usar el tiempo libre y disfrutar de la vida. No debe confundirse la mala adaptación psicosocial con la gravedad de un trastorno, pues aunque ambos conceptos están ligados, no son intercambiables. La gravedad de un trastorno psiquiátrico no sugiere implícitamente cómo se ha adaptado el individuo a la enfermedad o cuáles áreas de su funcionamiento están alteradas o preservadas.^{11,12} El deterioro funcional o mala adaptación psicosocial es una característica del individuo que indica, de forma más amplia, cómo funciona el individuo a través de los diferentes roles que desempeña en la vida.

El objetivo de este estudio fue demostrar que existe diferencia en la adaptación psicosocial y en el grado de psicopatología de niños con enuresis en comparación con sus hermanos sin enuresis.

Material y métodos

Se trató de un estudio transversal, comparativo, observacional y abierto. La muestra consistió de 30 pacientes sin retardo mental, mayores de nueve años y menores de 15, de cualquier sexo, enviados a consulta psiquiátrica por sus médicos familiares con diagnóstico de enuresis no debida a enfermedad médica. El grupo control estuvo integrado por 26 de sus hermanos, los de edades más

cercanas y casi en todos los casos del mismo sexo, sin enuresis ni enfermedad crónica. Previa obtención de consentimiento bajo información de los pacientes y sus padres, se les aplicó una cédula y dos cuestionarios clinimétricos: el Cuestionario de Comportamiento de Niños y Adolescentes (CBCL por sus siglas en inglés) y la Escala de Columbia (CIS, por sus siglas en inglés). A todos se les tomó historia clínica y cédula de recolección de datos que incluía medidas adoptadas por la familia para el control de la enuresis.

El CBCL es un listado de 113 posibles síntomas psicológicos incluidos en dos grandes grupos o síndromes: el externalizado (manifestado por problemas observables de comportamiento) y el internalizado (manifestado por síntomas de tipo emocional). El síndrome externalizado consta de tres subgrupos de síntomas (conducta delictiva, conducta agresiva y problemas sociales). El síndrome internalizado incluye cuatro subgrupos de síntomas (ansiedad/depresión, aislamiento, somatización y trastornos del pensamiento). El cuestionario en su versión oficial en español fue contestado por los progenitores de los pacientes. Se consideró una puntuación en límite clínico al alcanzar el percentil 90.¹³

La CIS es un cuestionario de 13 preguntas que exploran la adaptación o funcionamiento psicosocial de menores de 18 años, es autoaplicable y tiene dos versiones: la que contesta el progenitor y la que responde el menor. Las preguntas se refieren a cuatro áreas: relaciones interpersonales, funcionamiento en la escuela, uso del tiempo libre y presencia de síntomas psicológicos (ansiedad, depresión y conducta disruptiva). El punto de corte considerado para determinar la presencia de mala adaptación psicosocial fue de 14 puntos o más.¹¹

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal. Los valores obtenidos de cada una de las escalas en los diferentes grupos fueron correlacionados y contrastados con

el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba de χ^2 respectivamente.

Resultados

Las características sociodemográficas de los sujetos en estudio están resumidas en el cuadro 1. Se estudió a 30 menores con enuresis y 26 de sus hermanos sin enuresis, todos de 9 a 14 años de edad. Ninguno de los progenitores era analfabeto, la mayor parte de ellos había cursado la primaria, por lo menos, y eran trabajadores asalariados. Los niños vivían todos con sus padres biológicos. En seis de las familias completas existía el antecedente de separaciones temporales de los padres (menos de un año). En ocho de los casos había un familiar cercano, padre o tío, con antecedente de enuresis. Los cuestionarios fueron contestados en 26 casos por la madre y en cuatro casos por el padre.

El tipo de enuresis más frecuente fue el nocturno en 25 casos y mixto en cinco casos. Todos los progenitores habían intentado alguna medida correctiva para aliviar la enuresis, de los cuales sobresalen los castigos físicos (Cuadro 2) en 23 casos. También informaron de los remedios caseros empleados antes de llevar al niño al médico (Cuadro 3).

A través de la prueba de χ^2 se identificaron diferencias en las respuestas al CIS por parte de los progenitores, quienes calificaron a casi todos sus hijos enuréticos (n =29) con problemas de adaptación psicosocial a diferencia de los hermanos sin enuresis, a quienes calificaron en su mayoría (n =24) con buena adaptación psicosocial (P <0.001). Asimismo, se contrastaron las respuestas al CIS por parte de los 30 niños con enuresis y 25 de ellos se consideraron a sí mismos con problemas de adaptación psicosocial comparados con sus hermanos sin enuresis (P <0.001) (Cuadro 4).

Por lo que respecta a los datos de psicopatología detectados en el CBCL, en 17 niños enuréticos el grado de psicopatología total alcanzó el percentil 90, por lo que fueron considerados casos clínicos. Ninguno de los niños sin enure-

sis llegó a este percentil de psicopatología. La diferencia en las puntuaciones de psicopatología total entre ambos grupos de niños fue significativa (P <0.001).

De los 30 niños enuréticos, 16 presentaban síndrome de internalización y 14 calificaron para síndrome de externalización. Los subgrupos más frecuentemente detectados por los progenitores en sus hijos con enuresis fueron, en orden descendente: comportamiento antisocial (n =14), aislamiento (n =11), ansiedad-depresión (n =8), comportamiento agresivo (n =8), atención deficiente (n =5) y somatización (n =3).

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se analizaron las mediciones obtenidas de autovaloración psicosocial del niño enurético con la de su hermano sin enuresis y con las valoraciones del progenitor. Los resultados mostraron correlaciones significativas en casi todas las mediciones (Cuadro 5).

Discusión

Se sabe que en una minoría de niños con enuresis existen trastornos psiquiátricos. El presente es el primer trabajo reportado sobre la adaptación psicosocial y psicopatología de niños mexicanos con enuresis, en comparación con sus hermanos no enuréticos. En este grupo de niños enuréticos referidos al psiquiatra por su médico familiar la frecuencia de psicopatología global medida con el CBCL fue de 57%, es decir, más de la mitad de estos pacientes alcanzaron el límite clínico de enfermedad psicológica, lo cual coincide con lo reportado en la literatura científica. En un estudio realizado por von Gontard y col.¹⁴ se encuentra que, de los niños enuréticos asistentes a una clínica, 40% tienen por lo menos un diagnóstico psiquiátrico o sintomatología clínica relevante medida con el CBCL además de la enuresis, con predominio de los trastornos disruptivos del comportamiento sobre otro tipo de trastorno. En nuestro estudio también sobresalieron los síntomas propios de trastornos disruptivos o externalizados,

Cuadro 1. Características sociodemográficas

	Niños con enuresis		Hermanos sanos	
	n =30	%	n =26	%
Sexo				
Masculino	25	83	20	77
Femenino	5	17	6	23
Edad				
9-10	15	50	17	66
11-12	10	33	8	31
13-14	5	17	1	3
Escolaridad				
Primero a tercero de primaria	11	37	8	31
Cuarto a sexto de primaria	27	57	18	69
Primero de secundaria	2	6	0	0
Familia				
Completa	22	73		
Incompleta	8	27		

Cuadro 2. Medidas correctivas empleadas por los progenitores

	n =30	%
Regaños	28	93
Castigos físicos	23	87
Cinturonazos	13	43
Nalgadas	8	27
Jalones de oreja	3	10
Bofetadas	2	7
Coscorrones	2	7
Golpes	2	7
Usar pañal	17	57
Restricción de dinero	10	33
Decirle "vieja"	10	33
Amenaza de vestirlo de mujer	10	33
Amenaza de informar a sus amigos	6	20
Que lavara su ropa	5	17
Dejarlo con la ropa orinada	5	17
Levantarlo a orinar	3	13
Echarlo de la casa	1	3

siendo el subgrupo de comportamiento delictivo el más común de todos los registrados, pues estuvo presente en 14 de los 30 casos.

También hubo síntomas internalizados en poco más de la mitad de estos pacientes, siendo los

Cuadro 3. Tratamientos caseros

	n =30	%
Aplicados en el abdomen		
Pomada de abeja	10	33
Aceite de olivo	8	27
Aceite de ricino	6	20
Masaje	5	17
Fomento de albahaca	1	3
Sebo de tabaco	1	3
Ingeridos	n =26	%
Aceite de olivo	8	27
Té de hierbabuena	5	17
Té de lima	5	17
Leche caliente	3	10
Té de lechuga	2	16
Queso de tuna	1	3
Té de azahar	1	3
Licuada de cacahuete	1	3

Cuadro 4. Adaptación psicosocial y psicopatología en niños con enuresis y sus hermanos sanos

	Niños con enuresis		Niños sanos	
	n =30	%	n =26	%
CIS niño				
Normal	5	17	24	93
Anormal	25	83	2	7
CIS progenitor				
Normal	1	3	24	93
Anormal	29	97	2	7
CBCL total				
Normal	13	43	26	100
Anormal	17	57	0	0

CIS: Escala de Columbia (*Columbia Impairment Scale*); CBCL: Cuestionario de Comportamiento de Niños y Adolescentes (*Child Behavior Checklist*)

subgrupos de aislamiento y ansiedad-depresión los más comunes. Este dato también está de acuerdo con lo publicado en el sentido de que, como consecuencia de mojar la cama, los niños frecuentemente presentan un cuadro de malestar emocional y estigmatización por parte de los demás. La enuresis puede ser fuente de vergüenza y provocar burlas y castigos, como lo detectamos en este

Cuadro 5. Correlación de la auto evaluación de los niños enuréticos con las evaluaciones de sus padres y hermanos no enuréticos

Escalas	r	P
CISE vs CISpe	0.41	0.02
CISE vs CBCL	0.63*	0.001
CISE vs s. internalizante	0.84*	0.001
CISE vs s. externalizante	0.85*	0.001
CISE vs CISh	0.75*	0.001
CISE vs CISph	0.75*	0.001

*Correlación de Spearman significativa

CISE: escala de Columbia por el niño enurético; CISpe: escala de Columbia del niño enurético respondida por el padre; CISh: escala de Columbia por el hermano sano; CISph: escala de Columbia del hermano respondida por el padre; CBCL: cuestionario de comportamiento de niños y adolescentes

estudio (casi la totalidad de los menores con enuresis habían sido sometidos a regaños y diversos tipos de castigos). Como consecuencia de ello, suelen surgir sentimientos de baja autoestima que generan síntomas de ansiedad y depresión. Ollendick y col.¹⁵ encontraron que los niños consideran mojar la cama el tercer evento más estresante, sólo después de perder a un progenitor o quedar ciego, y Wagner y col.¹⁶ detectaron que los niños enuréticos poseen una autoestima menor al promedio.

Es de interés el hecho de que ninguno de los hermanos sanos llegó a presentar psicopatología en grado clínico en la opinión de sus progenitores, a pesar de vivir en el mismo ambiente compartido, lo cual destaca la importancia de mojar la cama y lo que esto acarrea en términos de problemas en la relación con los familiares y de castigos pretendidamente correctores.

Por lo que se refiere a la adaptación o funcionamiento psicosocial, también en este rubro contrastan los datos correspondientes a los pacientes con los de sus hermanos sanos. Entre éstos, sólo dos tuvieron puntuaciones anormales, a diferencia de los niños enuréticos, quienes manifestaron pobre adaptación psicosocial en 25 casos, mientras que sus padres consideraron mal adaptados a casi todos ellos (n =29). En otras palabras, los niños enuréticos no

solo mostraron más psicopatología que sus hermanos sanos, sino que su funcionamiento psicosocial también estuvo mucho más alterado, en una correlación significativa. De hecho, fue más frecuente en ellos la mala adaptación psicosocial (83%) que la presencia de psicopatología (57%).

Si bien el diseño de este estudio no permite establecer una relación de causalidad entre presencia de enuresis y desarrollo de psicopatología y deterioro en adaptación psicosocial, es lógico deducir que, en alguna medida, el sentirse incapaz de controlar el vaciamiento de la vejiga y recibir por ello castigos y regaños incidió negativamente en la salud mental y adaptación psicosocial de estos niños. Existe evidencia empírica de aumento de trastornos del comportamiento en niños que mojan la cama. Estudios realizados en niños más pequeños reportan menos problemas, mientras que los hay más en niños mayores. Esto apoyaría la idea de que la enuresis es el problema primario, pero hasta el momento no hay una relación de causalidad demostrada del todo.¹⁷

Respecto a las medidas empleadas por los progenitores para tratar de controlar la enuresis de sus hijos, llama la atención que en la muestra estudiada, tal vez debido a la ignorancia, ninguno haya solicitado previamente ayuda profesional ni empleado medicamentos. En un estudio inglés, de aquéllos con enuresis nocturna, sólo 31.9% habían consultado a un profesional de la salud.

Vale la pena comentar sobre las prácticas correctivas empleadas por las familias de los pacientes estudiados, inocuas muchas de ellas en el mejor de los casos, y en otros francamente punitivas y agresivas. Los malos tratos verbales y físicos tienen un fuerte arraigo cultural en nuestro medio, desde épocas prehispánicas, y permanecen vigentes todavía, alimentados, entre varias razones, por el desconocimiento de técnicas de crianza apropiadas y la escasa cultura médica de la población.

Es elevada la frecuencia del empleo de castigos físicos en los niños enuréticos de esta mues-

tra (87%), si se considera que los reportes de estas medidas punitivas en Estados Unidos de Norteamérica son de 35.8% y en el Reino Unido de 37%.¹⁸

Estudios previos y la experiencia clínica permiten inferir que el tratamiento exitoso de la enuresis puede tener repercusiones positivas en términos de disminución de psicopatología y mejoría en el funcionamiento psicosocial, sin que el dejar de mojar la cama sea suficiente para alcanzar la normalidad psicológica.¹⁹

A este respecto, la intervención psicoeducativa de pediatras y médicos familiares mucho puede ayudar a corregir las creencias distorsionadas de los progenitores, para de esta manera evitar el empleo de medidas inútiles supuestamente curativas y sobre todo de castigos que, lejos de aminorar este problema psicosomático, producen más sufrimiento en los niños que lo padecen y quizá también propician el desarrollo de psicopatología en ellos y dificultan su adaptación psicosocial.

*PSYCHOSOCIAL ADAPTATION AND PSYCHOPATHOLOGY OF CHILDREN
WITH ENURESIS AND THEIR SIBLINGS. A COMPARATIVE STUDY*

Introduction. Behavioral disorders in children and adolescents with enuresis not due to general medical conditions are common. The objective of this study was to demonstrate differences in psychosocial adaptation between children with enuresis and their nonenuretic siblings.

Material and methods. This was a cross sectional, comparative, observational and open study of 30 children 9 to 14 years of age with enuresis, referred to the psychiatrist by their family physicians, and their healthy siblings. Both groups of children and their parents responded the Columbia Impairment Scale, which assesses functional impairment and the parents responded the Child Behavior Checklist to assess their children's psychopathology. Data were analyzed with Spearman's correlation and X^2 .

Results. Primary enuresis was the most common type (25). Parents used to employ punitive measures in an attempt to correct the symptom, besides ointments and herbal infusions. More than half of children with enuresis and none of their healthy siblings had clinical psychopathology scores in CBCL. Almost all children with enuresis (29) and only 2 of their siblings had functional impairment in CIS. Differences between both groups were significant.

Conclusions. Children with enuresis showed more psychopathology and functional impairment than their healthy siblings. This may be due either to associated comorbidity or to bed-wetting itself. Corrective measures practiced by parents were useless or even aggressive. It is necessary for pediatricians and family physicians to give psychoeducation to parents of children with enuresis in order to correct culturally influenced distorted ideas on the causes and treatment of enuresis.

Key words. Enuresis; bedwetting; children; psychopathology; adjustment, social.



Referencias

1. Butler RJ. Annotation: Night wetting in children: Psychological aspects. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39: 453-63.
2. AACAP Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43: 1540-50.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. Morison MJ, Tappin D, Staines H. "You feel helpless, that's exactly it": parents and young people's control beliefs about bed wetting and the implications for practice. *J Adv Nurs*. 2000; 31: 1216-27.
5. Bakwin H. The genetics of enuresis. En: *Bladder control and enuresis*. London: Laventhal Press; 1973.
6. Von Gontard A. Annotation: Day and night wetting in children –a paediatric and child psychiatric perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39: 439-51.
7. Touchette E, Petit D, Paquet J, Tremblay R, Bolvin M, Montplaisir J. Bed-wetting and its association with developmental milestones in early childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159: 1129-34.
8. Mikkelsen EJ. Modern approaches to enuresis and encopresis. En: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Third ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 700-11.
9. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2005.
10. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gontard A, et al. Nocturnal enuresis. An international evidence based management strategy. *J Urol*. 2004; 171: 2545-61.
11. Bird R, Schaffer D. A comparison of measures of adjustment, symptoms and impairment among children with chronic medical conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 1025-32.
12. Winters NC, Collett BR, Myers KM. Ten year review of rating scales, VII: Scales assessing functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 309-38.
13. Achenbach TM. *Manual for the child behavioral checklist- 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont; 1995.
14. Von Gontard A, Mauer-Mucke K, Pluck J, Werner W, Lehmkuhl G. Clinical behavioral problems in day-night-wetting children. *Pediatr Nephrol*. 1999; 13: 662-7.
15. Ollendick TH, King NJ, Frary RB. Fears in children and adolescents: reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behav Res Ther*. 1989; 27: 19-26.
16. Wagner WG, Smith D, Norris WR. The psychological adjustment of enuretic children: a comparison of two types. *J Pediatr Psychol*. 1988; 13: 33-8.
17. Redsell SA, Collier J. Bedwetting, behaviour and self-esteem: a review of the literature. *Child Care Health Dev*. 2001; 27: 149-62.
18. Butler RJ, Golding J, Heron J, ALSPAC Study Team. Nocturnal enuresis: a survey of parental coping strategies at 7 ½ years. *Child Care Health Dev*. 2005; 31: 659-67.
19. Clayden G, Taylor E, Loader P, Borzyskowsky M, Edwards M. Wetting and soiling in childhood. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2002. p. 793-809.

