

Aportaciones a la intervención conductual de la enuresis desde una perspectiva integradora

Manuel GARCIA RAMIREZ
 María Jesús ALBAR MARIN
 Manuela GARCIA ORTEGA
 C.O.A.P. Sevilla

El objetivo de este trabajo es hacer una valoración crítica de los modelos teóricos que, desde la perspectiva conductual, han tratado de explicar los trastornos enuréticos, discutiéndose asimismo la adecuación de las técnicas que han resultado eficaces a dichos modelos explicativos. Tras una breve exposición de tales modelos y de las técnicas que se han derivado de los mismos, analizamos la inadecuación de adscribir las técnicas que han resultado eficaces, a modelos anclados en posturas enfrentadas, -variables internas versus variables externas-, para explicar la génesis de los trastornos enuréticos. Realizado lo anterior, defendemos que la intervención clínica sobre el patrón urinario enurético o disfuncional, debe realizarse sobre cada una de las variables alteradas, pudiendo éstas ser de tipo fisiológico, motor y/o social; por lo que sugerimos a modo de conclusiones que los modelos explicativos tradicionales, lejos de ser antagónicos, deben ser considerados como complementarios.

Bases teóricas

Definición

Los trastornos enuréticos debemos definirlos diferencialmente de otros trastornos urinarios, como la falta de control urinario, -tanto si es diurno o nocturno, primario o secundario, regular o esporádico-, en ausencia de alteraciones morfológicas en las estructuras implicadas en la eliminación urinaria (Lavibond, 1964; Yates, 1970; Doleys y col. 1977; Ross, 1981), después que el niño ha alcanzado la edad de 3 años (Santacreu, 1989).

Modelos explicativos propuestos desde la perspectiva conductual

Son dos los modelos que se han descrito para afrontar estos trastornos, el *modelo de control cortical* y el *modelo de refuerzo social*, de los cuales se han derivado un gran número de aproximaciones teóricas y técnicas de tratamiento.

El *modelo de control cortical*, propuesto por Mowrer postula que el niño nace con un poderoso reflejo de micción (Mowrer y Mowrer, 1938), y conforme se desarrollan los centros nerviosos superiores, se van instaurando factores inhibitorios que hacen posible detener ese reflejo y ejecutar la micción voluntariamente. Es decir, la adquisición del control voluntario es una habilidad compleja en la que intervienen la maduración fisiológica, el desarrollo de un alto nivel cortical, y el desarrollo de la capacidad de discriminar estímulos internos provenien-

tes de la vejiga que se llena (Yates, 1975; Kolvin y Taunch, 1973; Bragado, 1983).

El segundo modelo, propuesto por Azrin, Sneed y Foxx en 1971, interpreta la enuresis como una respuesta socialmente inaceptable que persiste porque el refuerzo social y las influencias sociales inhibitorias no alcanzan un nivel óptimo (Azrin y col., 1973). El adiestramiento no es, por tanto, desde esta perspectiva, una simple cuestión de aprender a responder a las presiones de la vejiga, relajando o contrayendo el esfínter, sino un complejo proceso de aprendizaje operante y social, en el que están implicadas la motivación, el grado de control voluntario, el interés de los padres y educadores, la fuerza de respuestas alternativas, etc... Yates denomina a este modelo *socio-motivacional* o de *refuerzo social*, ya que incide precisamente en las consecuencias sociales que siguen al acto de la micción (Azrin y col., 1971; Yates, 1975).

Kimmel (1970), aunque no presenta un modelo explicativo alternativo a estos dos, debe considerarse porque incorpora al estudio de la enuresis una serie de variables relevantes. Considera que la capacidad funcional de la vejiga de los niños enuréticos es menor de lo normal (Vulliamy, 1956; Linderholm, 1966; Starfield, 1967; Esperanza y Gerard, 1969; Troup y Hodson, 1971; Zaleski et al, 1973; Fielding, 1980; Graña y Carrobles, 1980), y describe una serie de déficits conductuales que suelen presentar estos chicos. Entre éstos se encuentran una menor exhibición de conductas asociadas a la distensión de la vejiga previas a la micción; una menor cantidad de

orina evacuada en el mismo intervalo de tiempo, etc.

Tratamientos empleados

Los modelos explicativos que, resumidamente, se han expuesto más arriba, han dado lugar a numerosos tratamientos que, con diferente suerte, se han aplicado en las intervenciones clínicas.

El propio Mowrer, desarrolla la denominada *técnica de la alarma* basándola en un paradigma de condicionamiento clásico (Mowrer y Mowrer, 1938). Dicha técnica consiste en la activación automática de un zumbador en el momento de iniciar la micción el chico. Mowrer supone que el sonido de esta alarma provoca dos efectos: 1) la contracción del esfínter y, por consiguiente, la interrupción de la micción; 2) despertar al sujeto. Por tanto, las variables que hace intervenir en la misma son: la distensión de la vejiga -que provoca la micción-, y la alarma -que provoca el despertar- y, por tanto, la contracción del esfínter.

Jones (1960) explica el proceso de tal manera, que al final del tratamiento, la distensión de la vejiga se convierte en un estímulo condicionado, y queda asociada al despertar como respuesta condicionada.

Desde el modelo de refuerzo social, el tratamiento que ha obtenido mejores resultados (Doley, Cimanero y otros, 1977; Azrin, Thienes y otros, 1979; Graña y Carrobles, 1981; Bragado, 1982) es el propuesto por Azrin, Sneed y Foxx (1973), denominado *entrenamiento en cama seca*. Esta intervención pone en juego el uso combinado de varias técnicas entre las que figuran, además de la alarma, las denominadas *práctica positiva*, *consistente en ensayar la conducta a realizar, estando acostado, levantarse a orinar al water* (Santacreu y Carrobles, 1989, pp. 168); el *entrenamiento en limpieza*, o sea, *ensayar lo que deberá hacer si se orina encima* (Santacreu y Carrobles, 1989, pp. 168); los ejercicios de retención durante el día, en caso que el intervalo entre micciones sea muy reducido, y el refuerzo social -una descripción detallada de este complejo tratamiento puede encontrarse en Santacreu (1989)-. La alarma se usa sólo para hacer contingentes con los accidentes los ensayos de práctica positiva y entrenamiento en limpieza. Se intenta demostrar que la supresión de la enuresis responde a un proceso de condicionamiento operante y se destaca la importancia que juegan las consecuencias sociales que siguen al acto de la micción (Azrin et al, 1973).

¿Control cortical versus refuerzo social?

Se ha constatado que la terapia de conducta ha aportado soluciones importantes al problema de la incontinencia funcional o enuresis. Como recoge Santacreu (1989), desde el punto de vista clínico, el problema de la enuresis está resuelto, llegándose a cotas cercanas al 100 por 100 de éxito en la intervenciones. Y aunque otros enfoques explicativos y terapéuticos, distintos de la perspectiva conductual, se han ocupado anteriormente del problema, los tratamientos derivados de éstos no han conseguido resultados competitivos (Yates, 1970). Merece ser tenido en cuenta, no obstante, por los elementos explicativos que aporta, el enfoque propuesto por Crosby (1950) desde el modelo médico, describiendo la enuresis como un síndrome fisiológico.

Dicho autor señala que, para que se de la continencia diurna y nocturna, son necesarios dos elementos: 1) Que se produzca la inhibición de la actividad del detrusor, junto con un aumento de la capacidad de la vejiga; 2) Que esta inhibición predomine sobre los estímulos viscerales aferentes que tienden a iniciar la micción, de tal forma que la estimulación de la vejiga que se llena, conduzca al baño

o al despertar del individuo antes de que e inicie el reflejo. Pero en este proceso, dice Crosby, no interviene el aprendizaje; aunque reconoce que el estímulo inhibitorio que despierta al sujeto es la incomodidad de estar mojado.

Es obvio lo difícil que resulta mantener alejados de estos argumentos los procesos de aprendizaje. No obstante, sus seguidores rechazan cualquier modelo fundado en el condicionamiento y argumentan que la incontinencia es un defecto consistente en un desarrollo inadecuado del control cortical sobre los circuitos reflejos subcorticales.

Pero volviendo a la terapia de conducta, tampoco podemos hablar de que halla resuelto el problema teórico de forma definitiva. En este sentido, la literatura nos muestra que los investigadores no han sido capaces de ponerse de acuerdo a la hora de pronunciarse sobre un modelo explicativo único del que extraer los tratamientos adecuados; muy al contrario, polemizan enconadamente sobre dos supuestos distintos:

1. Que es un trastorno derivado de déficits en el control cortical.
2. Que es un trastorno derivado de déficits en el aprendizaje social.

Está claro, como nos recuerda Bragado (1980), que se trata del viejo dilema planteado en psicología acerca del papel de los determinantes internos y externos de la conducta, lo que aquí está planteado.

Cuando en 1938, Mowrer y Mowrer decidieron emplear un detector de humedad en la cama de los niños incontinentes, con el fin último de resolver uno de los trastornos más comunes en la población infantil, incorporaron a la terapéutica conductual un elemento que sigue teniendo plena vigencia y sobre el que el paso del tiempo ha tenido un efecto consolidador, y no de envejecimiento. De hecho, las investigaciones más recientes han demostrado que el uso de la alarma es un elemento esencial en cualquier tratamiento de enuresis o incontinencia funcional (Azrin et al., 1973; Bragado, 1983; Sancreu, 1989).

Mowrer y Mowrer (1938) justificaban su uso a partir de los principios del condicionamiento clásico, en el que la alarma iba a jugar el papel de informar al sujeto de forma externa de un proceso interno del que carecía por falta de maduración neurológica. Así reducían el fundamento de la técnica a un paradigma de condicionamiento clásico en el que el timbre era un estímulo condicionado que provocaba la respuesta de inhibir el detrusor. Es decir, la alarma establecía un mecanismo de retroalimentación interna que no se producía de forma natural.

Siendo el timbre el único estímulo externo que se incluye en el tratamiento y que va destinado a inhibir el reflejo vesical, niegan, así, la relación tanto del problema como de las variables tenidas en cuenta para su solución con factores externos.

Pero resulta indudable que hay ciertos factores implicados en el tratamiento que sus autores no tienen en cuenta. Es difícil pensar que el hecho terapéutico que rodea a un sujeto que moja la cama, puede estar exento de estimulación externa, o que ésta no influya en los resultados, siendo difícil imaginar que unos padres no manifiesten agrado, o que un chico que moja la cama no se sienta reforzado, por una noche seca. Es decir, resulta imprecisa la afirmación de que no existen variables de refuerzo social en el tratamiento de la enuresis, aún entendiendo ésta como un trastorno que responde a parámetros internos. Y, por tanto, es poco sólido considerar que este tipo de variables, no contribuyen tanto al mantenimiento como a la posible superación de estos trastornos.

Todas estas consideraciones son bien tenidas en cuenta por quienes, como Azrin, Sneed y Foxx (1970, 1973), defienden los tratamientos denominados *entrenamiento en cama seca* y *el de control de esfínteres*, fundamentados en el *modelo de refuerzo social*.

Posee especial relevancia el *entrenamiento en cama seca*, que es el tratamiento más novedoso de la literatura conductual y cuya eficacia está bastante replicada (Bragado, 1983). Constituye un tratamiento muy complicado y en el que se ponen en juego un gran número de variables; pero probablemente sea esta complejidad, así como su incidencia en tantas variables, la causa de su éxito. Ahora bien, también es este aspecto, lo que lo hace más discutible a la hora de explicar los efectos que produce sobre cada uno de los componentes que conforman la conducta enurética, sobre todo si queremos adaptarlos a los moldes del modelo de refuerzo social.

No dan lugar a duda ciertas técnicas de las que se emplean. Así, la práctica positiva y el entrenamiento en limpieza, es evidente que ofrecen unos resultados implícitos al paradigma de los refuerzos sociales aunque consideremos, junto con Ross (1981) que, prescindiendo de denominaciones eufemísticas, son simples técnicas de castigo o de evitación.

Pero en este tratamiento, también se emplea la alarma. Quienes lo postulan, defienden su uso porque permite aplicar contingentemente las consecuencias prescritas cuando el niño moja la cama.

En realidad, nos parece que estas afirmaciones no poseen significación suficiente para enfrentarse a los argumentos de Mowrer y Mowrer. Pues, si como Azrin y cols. postulan, la función de la alarma es la de avisar que la conducta objeto se ha presentado, no sería necesario tener que despertar fortuitamente al sujeto para empezar diciéndole lo que ha hecho y que está mal, a no ser que el despertarle se considere como otra contingencia aver-siva. Pero aún así, ésta podría aplazarse por un intervalo indefinido.

En realidad, si de lo que se trata es de hacer contingente consecuencias sociales a una conducta estrictamente social inadecuada, bastaría hacer contingente las consecuencias en el momento en que el sujeto comprueba los resultados de su conducta. Es más, si avisar es su única misión, podría eliminarse sin que se modifiquen los resultados con sólo poner en marcha las condiciones prescritas en el primer despertar espontáneo después del accidente, o en cualquier momento fortuito anterior. Pero la práctica clínica demuestra que ésto no es efectivo (Graña y Carrobles, 1980; Bragado, 1983).

Consideramos más correcto suponer que se está incidiendo sobre la respuesta interna de relajar el esfínter, como nos dicen los teóricos del modelo de control cortical, siendo el primer efecto la inhibición del reflejo; y el segundo, contingente o encadenado al primero, de información sobre lo socialmente inadecuado de esta forma de responder.

También se emplea la técnica del despertar escalonado en el entrenamiento en cama seca. Existen suficientes evidencias experimentales para suponer que esta técnica debe incorporarse al tratamiento de la incontinencia funcional (Kimmel y Kimmel, 1970), aunque por sí sola no resuelva el problema enurético (Graña y Carrobles, 1981).

Azrin *et al.* (1973) apoyan el uso de esta técnica sobre la base de que se están produciendo ensayos de respuestas acertadas. Yates (1975) considera oportuno su uso porque acostumbra al músculo detrusor a retener cantidades de orina cada vez mayores.

Obviamente, al hacer contingente el despertar, con un volumen mayor -a mayor intervalo, más volumen-, conse-

guimos que se acomode el umbral de disparo del reflejo a volúmenes superiores de orina, lo que producirá contingentemente un aumento de la tasa de respuestas correctas, que en sí misma va a ser reforzante. Es evidente por tanto, que esto supone no sólo un aprendizaje social, sino también el moldeamiento de una respuesta interna.

Pero hay más evidencias clínicas a favor de que el motivo de la incontinencia funcional no sólo es un deterioro en el aprendizaje social. La constatación de que ésta suele venir acompañada de urgencia y reducida capacidad funcional de la vejiga, lo que se traduce en frecuentes micciones de escaso volumen, confirman un deterioro funcional en los mecanismos internos de ejecución, aunque el incidir única y directamente sobre estas últimas variables enunciadas no resuelvan el trastorno como pretende Kimmel (1970). No obstante, hay evidencias sobradas de que son prerequisites de valor significativo en el éxito del tratamiento (Graña y Carrobles, 1981). Esto nos hace pensar que el enurético nocturno, también lo es diurno, al menos a intervalos normales. Y si esta circunstancia pasa desapercibida en la mayoría de los casos, es porque la alerta en el estado de vigilia les hace precipitarse al baño cuando la micción es irremediable.

Perspectiva actual: hacia la Integración de los datos

De toda esta discusión, concluimos que deben considerarse ambos modelos como válidos para la explicación y tratamiento de la enuresis, pero reconociendo en cada uno sus limitaciones y sin pretender que la aceptación de uno configure el rechazo al otro.

Es más, actualmente puede comprobarse por los trabajos más recientes, que la tendencia de los clínicos es integrar los dos modelos propuestos (Párraga y León, 1986; Santacreu, 1989). Pues muy al contrario de ser excluyentes, la sistematización de un modelo que incluya los supuestos de ambos, puede aportar las bases teóricas explicativas adecuadas, así como una gran agilidad a la hora de establecer qué técnicas deben configurar el acercamiento o intervención en cada caso concreto.

Así pues, esta perspectiva histórica nos muestra que la terapia de conducta ha aportado soluciones importantes al problema de la enuresis o incontinencia funcional, como lo confirman la gran cantidad de estudios que se han realizado basándose en ellos (Azrin, *et al.*, 1973; Bragado, 1981; Santacreu, 1989). Sin embargo, creemos que, como hemos venido justificando hasta ahora, la eficacia de las técnicas derivadas de los modelos antes expuestos, han superado con creces la capacidad explicativa de los mismos.

Consideramos que es a través de la evaluación del patrón disfuncional de la conducta de micción, distinguiendo los tres niveles de respuesta (fisiológico, motórico y cognitivo-social) y actuando adecuadamente sobre cada una de las variables alteradas, como podemos describir y explicar los cambios ocurridos en la conducta del sujeto como consecuencia de nuestra intervención.

En este orden de cosas hemos constatado que, en las intervenciones clínicas, partir desde el *modelo secuencial integrativo* (Fernandez Ballesteros y Carrobles, 1981) resulta de gran utilidad, pues además de valorar las distintas formas de responder de nuestro organismo, tiene en cuenta que los antecedentes y consecuentes de una conducta disfuncional no se nutren de un único y sobre-excluyente grupo de variables; por lo que el análisis funcional de la conducta enurética ha de fundamentarse en todos los grupos de variables que conforman el sistema, así como en las interacciones que se puedan producir entre ellas.

Bajo estas premisas, definimos el patrón enurético como el conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales interactivas, que presentan los sujetos que responden a las estimulaciones de la vejiga de forma disfuncional; y por tanto, muchos son los eslabones de la cadena disfuncional y distintos los niveles, en los que debemos intervenir. Esto puede explicar el porqué las técnicas usadas tradicionalmente han reportado tan buenos resultados, obviando el modelo de su procedencia; por lo que éstas, deben ser aceptadas para el tratamiento diferencial de cada uno de los eslabones disfuncionales que conforman el patrón alterado de la micción.

Lógicamente esto nos conduce a un modelo de tratamiento abierto, en el que el grupo de técnicas que hay que usar en cada intervención vendrá determinado de forma peculiar, en función de las alteraciones encontradas. Y nos serán útiles, además de las técnicas específicas y a descritas, todas aquellas encaminadas a modificar tanto respuestas fisiológicas, como motoras, como socio-cognitivas, de las que conforman el abanico de intervención comportamental más general.

Conclusiones

1. La explicación de los trastornos enuréticos desde el modelo del control cortical, es incompleta en tanto que excluye un gran número de variables, no orgánicas que, inevitablemente, inciden sobre todo proceso conductual.

2. La explicación de los trastornos enuréticos desde el modelo del refuerzo social, es incompleta en tanto que excluye las variables orgánicas implicadas en la conducta urinaria.

3. La utilidad constatada con las técnicas derivadas tanto del modelo de control cortical como del modelo de refuerzo social, se debe a que éstas, en la práctica, no se han excluido mutuamente.

4. De lo anterior se deduce que los modelos propuestos, lejos de ser antagónicos, son complementarios; por tanto el modelo explicativo de los trastornos enuréticos debe establecerse sobre la comprensión de que en la conducta de la micción están implicadas variables del medio interno y del externo. Por lo tanto, los desarreglos de este comportamiento, deben ser producto de disfunciones de tipo interno y externo, y determinan un patrón de conducta enurético.

5. La definición del patrón enurético es una arma de gran valor para incidir directa y específicamente sobre las variables alteradas -fisiológicas, motoras y cognitivas-. Para esto, es de gran utilidad valorar no sólo las variables que lo mantienen sino aquellas que propiciaron su ocurrencia y las que facilitaron su establecimiento.

Referencias

AZRIN, N. H.; BUGLE, C. y O'BRIEN (1971): Behavioral Engineering: Two Apparatuses for Toilet Training Retarded Children. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, Vol. 4 (3), pp. 249-253.

AZRIN, N. H.; SNEED, T. J. y FOX, R. M. (1973): Dry-Bed: A rapid method of elimination bedwetting of the retarded. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 11, pp. 427-434.

AZRIN, N.; THIENES HONTOS, P. y BESALEL, V. (1979): Elimination of Enuresis without a Conditioning Apparatus: An Extension by Office Instruction of the Child and Parents. *Behavior Therapy*, Vol. 10, pp. 14-19.

BRAGADO, M. C. (1980): Incidencia de la Enuresis: Un

estudio piloto. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Vol. 35, pp. 883-899.

BRAGADO, M. C. (1982): *Análisis de los componentes implicados en el entrenamiento en Cama Seca utilizado en la corrección de la Enuresis Nocturna*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid.

BRAGADO, M. C. (1983): Control de esfínteres. En: MAYOR, J. y LABRADOR, F. J.: *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid. Alhambra.

CACERES, J. (1980): Comparación de la eficacia de dos métodos de tratamiento de la enuresis. *Revista de Psicología General y aplicada*, Vol 35 (4), pp. 597-616.

CROSBY, N. D. (1950): Essential Enuresis. Successful treatment based on physiological concepts. *Medical Journal of Australia*, Vol 2, pp. 533-534.

DOLEY, D. M.; CIMANERO, A. R.; TOLLISON, J. W.; WILLIAMS, C. L. y WELLS, K. C. (1977): Dry-bed training and retention control training: a comparison. *Behavior Therapy*, Vol. 8, pp. 541-548.

ESPERANCA Y GERARD (1969): Nocturnal Enuresis: Studies in bladder function in normal children and enuretics. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 101, pp. 324-327.

FERNANDEZ BALLESTEROS Y CARROBLES, J. A. (1981): *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

FIELDING, D. (1980): The response of day and night wetting children who wet only at night to retention control training and the enuresis alarm. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 18, pp. 305-317.

GRAÑA, J. L. y CARROBLES, J. A. (1980): Enuresis y desarrollo de la capacidad funcional de la vejiga: estudio comparativo con tres tratamientos conductuales. *Estudios de Psicología*, Vol. 3, pp. 29-40.

JONES, G. H. (1960): The behavioral of enuresis nocturna. En: Eysenck, H. J.: *Behavioral Therapy and the Neuroses*. London: Pergamon Press.

KIMMEL, H. D. y KIMMEL, E. (1970): An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychology*, Vol. 1, pp. 121-123.

KOLVIN, I. y TUNCH, J. (1973): A dual theory of nocturnal enuresis. En: Kolvin, I.; Mckeith, C. R. y Meadow, R. S.: *Bladder Control and Enuresis*. Filadelfia: Lippicott Co.

LIDERHOLM, B. E. (1966): The Cystometric Findings in enuresis. *Journal of urology*, Vol. 96, pp. 718-722.

LOVIBOND, S. H. (1964): *Conditioning and Enuresis*. New York: The McMilland Company.

MOWRER, O. H. y MOWRER, W. M. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 8, pp. 436-459.

PARRAGA, J. y LEON, J. M. (1986): *Intervención comportamental*. Sevilla. Mad.

RODRIGUEZ SACRISTAN, I.; PARRAGA, J. y LEON, J. M. (1983): Comparación de la eficacia de tres procedimientos -comportamental (técnica de Kimmel), farmacológico y mixto-, en el tratamiento de la enuresis. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 19 (20), pp. 111-131.

ROSS, A. D. (1981): *Child Behavior Therapy. Principles, procedures and empirical basis*. New York, J. Wiley and Sons.

SANTACREU, J. (1989): Enuresis: Evaluación y trata-

- miento. En: Carrobes, J. A.: *Análisis y Modificación de la Conducta II. Vol. II.* UNED. Madrid.
- STARFIELD, B. (1967): Functional Bladder capacity in enuretic and nonenuretic children, *Journal of Pediatrics*, Vol. 70 (5), pp. 777-781.
- TROUP, C. y HODSON, N. B. (1971): Nocturnal Functional Bladder Capacity in enuretic children. *Journal of Urology*, Vol. 105, pp. 129-132.
- VULLIANY, D. (1956): The day and night output of urine in enuresis. *Archives of disease in Childhood*, Vol. 31, pp. 439-443.
- YATES, A. J. (1970): *Behavior Therapy*. New York, Wiley and Sons. (Versión en castellano en Trillas, Mexico 1973).
- YATES, A. J. (1975): *Theory and practice in behavior therapy*. New York, Wiley and Sons. (Versión en castellano en Trillas, Mexico, 1977).
- ZALESKI, A.; GERRARD, W. J. y SHOKEIR, K. H. (1973): Nocturnal enuresis: the importance of a small bladder capacity. En: Kolvin, I.; Mckeith, C. R. y Meadow, R.S.: *Blader Control and Enuresis*. Filadelfia, Lippicott Co.