

24/115



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Depresión, Retraimiento, Angustia,
Culpa y Rechazo en el Niño
con Enuresis**

TESIS

Que para obtener el título de
Psicólogo

Presenta
Carmen Pacheco Segura

Director de Tesis
Dr. José de Jesús González Nuñez

México, D. F.

Agosto de 1988.



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 está 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

Página

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
CAPITULO I	
PANORAMA SOBRE LA ENURESIS.....	7
La Micción.....	7
Clasificación de la Enuresis.....	8
Diagnóstico Diferencial.....	9
Etiología.....	9
Factores Psicológicos.....	11
Factores Familiares y Ambientales.....	12
Enfoque Psicoanalítico.....	14
CAPITULO II	
DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO DE 6 A 12 AÑOS.....	16
Concepto de Desarrollo.....	16
Etapas de Latencia.....	17
Etapas de Preadolescencia.....	19
Conceptos Teóricos: Angustia.....	20
Depresión.....	21
Sentimientos de Culpa.....	23
Relación Existente entre los Indicadores	24

Emocionales y el Síntoma.....	24
-------------------------------	----

CAPITULO III

LOS DIBUJOS COMO PRUEBAS PROYECTIVAS.....	27
Los Dibujos.....	27
Dibujo y Personalidad del Niño.....	28
Investigación de Técnico Gráficas.....	30
El Dibujo de la Figura Humana: DPH.....	32
Indicadores Emocionales en el DPH.....	33
Confiabilidad.....	34
Investigación de la Prueba Casa-Arbol-Persona HTP..	37
Consideraciones de la Prueba Casa-Arbol-Persona....	38

CAPITULO IV

METODOLOGIA.....	42
Metodología.....	42
Hipótesis.....	42
Variables.....	44
Instrumentos de Medición.....	45
Procedimiento.....	47
Análisis Estadístico.....	48

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	51
Cuadro de Resultados.....	55

CAPITULO VI

CONCLUSIONES..... 56

BIBLIOGRAFIA..... 59

ANEXO 1..... 63

• • •

I N T R O D U C C I O N

Cuando el niño no logra el control de esfínteres a una edad determinada, es motivo de rechazo y burlas por parte de la familia, ya que es mal visto por la sociedad.

El elevado porcentaje de incidencia de la enuresis nos está indicando la búsqueda del niño para manifestar su estado emocional, como válvula de escape a su depresión o como una forma de manifestar su inconformidad a las figuras parentales, o a las presiones del medio ambiente.

Planteando entonces la interrogante ¿cuál es la relación entre depresión, angustia, retraimiento, sentimientos de culpa y rechazo en la familia con el síntoma?

Este estudio pretende comprobar si los niños enuréticos presentan mayor incidencia de estos indicadores emocionales con las pruebas Dibujo de la Figura Humana (DFH) y Casa-Arbol-Persona (HTP).

En el primer capítulo mencionaremos el síntoma, haciendo una descripción de aspectos biológicos, psicológicos y diversos enfoques acerca de su etiología.

En el segundo capítulo hacemos una revisión breve de -

diversos autores que nos hablan de las características de las etapas de latencia y preadolescencia, ya que la población estudiada está comprendida en un rango de edades de seis a doce años.

En el tercer capítulo hacemos mención de las pruebas proyectivas: Dibujo de la Figura Humana (DFH) y Casa-Árbol--Persona (HTP), así como algunas investigaciones realizadas.

En los últimos capítulos presentamos la metodología -- utilizada, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos y las conclusiones.

ANTECEDENTES

El incansable espíritu de investigación y el profundo interés del Dr. Calderón Castañeda por los pacientes que acuden a consulta al Departamento de Psiquiatría y Psicología, - del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", nos llevó a realizar en 1984 una revisión retrospectiva a 1983, de la incidencia de enuresis de los pacientes que acudieron a consulta por primera vez, encontrando como datos relevantes lo siguiente:

- a) La enuresis estuvo presente en el 7.84% de los pacientes, fue más frecuente en varones, detectándose en edad escolar.
- b) El segundo hijo de la familia fue el más afectado, se presentaron antecedentes familiares en un 14.51%.
- c) Clínicamente se presentó en forma más frecuente la enuresis primaria y nocturna.
- d) Dentro de los factores emocionales predisponentes sobresalieron:
 - 1) Alteraciones en la dinámica familiar.
 - 2) El alcoholismo en familiares.
 - 3) Ausencia de un padre.

El elevado porcentaje de incidencia del síntoma nos -- llevó a realizar un estudio prospectivo de todos los pacientes que acudieron por primera vez a Servicio de Consulta Ex--

terna que cursaran con enuresis, efectuando un corte transversal de agosto de 1985 a enero de 1986, los hallazgos fueron:

a) La enuresis se detectó en el 5.44% de los pacientes, la edad en que se diagnosticó fue después de los 5 años, siendo más frecuente en el sexo masculino en una proporción de 2:1. En relación a este inciso reportan H. Bakwin y R.M. Bakwin, entre 1000 niños examinados en el Bellevue Hospital, el 26% son enuréticos. M. Schachter y S. Cotte, un 30.05% de 3000 casos observados; D.J. Duché 38% en 991 observaciones. En cuanto al sexo, B. Hallgren señala un 10% entre varones y 9% en mujeres.

b) Los hijos más afectados fueron el primero y el segundo de la familia. En el 58.33% de los familiares existieron antecedentes de enuresis. Clínicamente predominó la enuresis primaria, nocturna y de presentación diaria.

H. Bakwin (1983) estudió 25 familias de médicos, comprobó que 23 padres y 17 hermanos de ellos habían sido enuréticos. (3) H. y H. Bakwin, en un estudio de los niños de los Kibboutz y los gemelos, llegaron a la conclusión de que en la enuresis existe una base hereditaria.

Cetina (1984) en un estudio reciente, señala la frecuencia observada en familias en donde uno o ambos padres fueron enuréticos, los porcentajes oscilan de 44 a 77%. (6)

c) Los estudios electroencefalográficos reportaron: normales 37.5% y anormales 62.5% (inespecíficos, no de trazo epiléptico).

La mayoría de los autores aceptan la gran frecuencia de --trazos anormales. S. Gunnarson y K. A. Melin (1983) dicen: Son raras las anomalías del trazado tipo epiléptico. (3)
C. Benatti (1983) comenta que los trazados anormales obedecerán a una simple inmadurez funcional del sistema nervioso. (3)

d) Valoración Urológica Clínica: Normal 16.66%, anormal -- 37.51% no acudieron 45.83%.

Examen general de orina: Normal 45.83%, anormal 0, no se -- presentaron a estudio 54.17%.

e) Dentro de los factores emocionales predisponentes destacan en orden de importancia:

1. Alteraciones en la dinámica familiar.
2. Intervenciones quirúrgicas, coincidiendo en algunos niños con el inicio o exacerbación del síntoma.
3. El alcoholismo en familiares.
4. Ausencia de un padre.

B. Hallgren (1983) nos señala el 41% de casos con problemas afectivos personales. (3)

f) Los rasgos emocionales predominantes en los test aplicados

DPH y RTP fueron:

- 1. Refugio en la fantasía.**
- 2. Agresividad.**
- 3. Ansiedad.**
- 4. Impulsividad.**
- 5. Inseguridad.**

CAPITULO I
PANORAMA SOBRE LA ENURESIS

1.- La Micción.

Es importante hacer una revisión de la literatura en relación a este tema. Para Nava Segura, el arco reflejo vegetativo medular se observa en forma nítida en los primeros meses de la vida, el cual interviene en el control de la micción. El arco reflejo de la micción se integra a nivel de la médula, del bulbo raquídeo y del hipotálamo.

La distensión de la vejiga a determinado límite o la presencia de unas gotas de orina en la uretra posterior, son los estímulos primordiales para activar este reflejo; los impulsos sensitivos llegan a la médula sacra, de donde parten impulsos motores que, a través de fibras nerviosas, producen la relajación del esfínter de la uretra. (29)

La neurofisiología esfinteriana es el paso de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada. En el recién nacido la micción sucede al llenado de la vejiga y el control del esfínter estriado se adquiere progresivamente. (Ajuriaguerra) (2)

Los estudios realizados sobre la motricidad vesical permiten distinguir varios estadios.

Según Laurent: automatismo infantil hasta 1 año.

Inicio de la inhibición: Hasta 2 años.

Posibilidad de la inhibición completa: Hasta 3 años.

Tipo adulto: Después de los 3 años.

Hasta que la motricidad vesical no ha llegado a este estadio, no es factible la instauración de un verdadero control esfinteriano.

2.- Definición del término

Ajuriaguerra define enuresis como: La emisión activa, completa y no controlada de orina, una vez transcurrida la edad de madurez fisiológica, adquirida generalmente entre los 3 a 4 años de edad. (2)

2.1.- Clasificación

Primaria: Se refiere al período de no control fisiológico, siendo la más frecuente.

Secundaria: Caracterizada por la existencia de un período anterior de control transitorio, es decir, si la continencia ha sido aproximadamente de un año.

2.1.1.- De acuerdo al ritmo nictameral

Nocturna: Si el síntoma aparece solamente durante el sueño, es la más frecuente.

Diurna: Se presenta durante la vigilia, asociada a --
micciones imperiosas.

Mixta: Ocurre tanto durante el sueño como en la vigi-
lia.

2.1.2.- En función de la frecuencia

a) Diaria, b) Irregular, y c) Intermitente. (Ajuriaque-
rra, 1982) (2)

2.2.- Diagnóstico diferencial

a) Afecciones Urológicas: Infecciosas, Estenosis uretral dig-
tal, en las niñas. Válvulas uretrales posteriores, en los
niños, (Smit, 1980) (34)

Irritativas, ejemplo: Uretritis.

Malformativas.

b) Afecciones Neurológicas: De origen infeccioso, como mieli-
tis.

De Malformación; Espina bífida.

c) Epilepsia Nocturna: Difícil de identificar; si el único -
indicio es emisión de orina.

2.3.- Factores Etiológicos

a) Genético.- No se ha comprobado transmisión genética preci-

sa. Considerando el síntoma como el resurgir patológico - de un comportamiento innato, normalmente reprimido. (2)

b) Neurológico.- La interrupción de las conexiones sensitivas y motoras de la médula espinal en sus porciones lumbar y sacra con la corteza cerebral.

Cuando la ampolla rectal y la vejiga se encuentran distendidas, parte de su pared un aviso sensitivo que asciende - desde la médula sacra y lumbar hasta el lóbulo de la insula y el lóbulo orbitario, donde se hacen conscientes las sensaciones viscerales. Estas áreas de la corteza cerebral envían impulsos al centro encéfalo, que a su vez comunica a la circunvolución frontal ascendente de donde parte la vía piramidal - que va a provocar finalmente la contracción de los músculos - abdominales y el diafragma, así como la inhibición del esfínter vesical, (Nava Segura, 1981).

Mecánica Vesical: En la capacidad vesical y la presión intravesical no hay diferencia de las del niño normal y las del enurético, además, los registros citomanométricos de niños enuréticos han mostrado la existencia de curvas de presión cuya dinámica es similar a la encontrada en niños más pequeños o sea; la inmadurez neuromotora de la vejiga.

Sueño.- Los registros poligráficos sistemáticos no --

muestran ninguna diferencia con niños no enuréticos, concernientes a la profundidad del sueño. Por lo que respecta a -- las distintas fases del sueño: Se ha observado que la enuresis sobreviene antes de la aparición de una fase del sueño, - (Ajuria Guerra, 1982) (2)

3.- Factores Psicológicos

Encontramos en la personalidad del niño enurético cierta tipología psicológica entre niños tímidos, pasivos, retraídos, agresivos, ansiosos y negativistas.

Ana Freud menciona, entre otros factores emocionales, la estabilidad de las relaciones positivas del niño con su objeto, ya que la desilusión hacia su madre o la separación de ella, no sólo le hará perder la internalización de estar limpio, sino reactivará el empleo agresivo de la incontinencia.

Frecuentemente la enuresis representa un deseo de gozar nuevamente de los privilegios de bebé. El síntoma es precipitado a menudo por el nacimiento de un hermanito o una hermanita, en este caso, tiene un significado agresivo y de despecho, dirigido a lastimar a los padres en sus sentimientos: "Me tomaré los privilegios de un bebé que ustedes me niegan". (Fenichel, 1966).

Hallgren (1972) observa que la enuresis se manifiesta

con más frecuencia ante situaciones ambientales desfavorables para el niño, como ruptura del hogar, separación de la madre y alteraciones emocionales.

Para Clark (1982) el factor etiológico aislado más importante en la producción de la enuresis es indudablemente la ansiedad e inseguridad del niño. (2)

Viguera Alvarez (1983) nos dice: la enuresis ocurre durante la presencia de hermanos o durante ciertos períodos de la infancia. Estas dos condiciones tienden a desarrollar tendencias neuróticas. En tales niños se encuentran otros -- síntomas que ocurren junto con el anuresis, ésta raramente se presenta sola. (37)

Hernández Martínez (1984) comenta que la causa más común, descartadas las posibilidades orgánicas, es la excesiva tensión del niño a que puede estar sometido en la casa, escuela, etc. Asimismo si el niño se está desarrollando en situaciones ambientales o familiares que le incomodan, éste puede responder de diversas formas para mostrar su inconformidad y una de las reacciones es orinarse en la cama. (21)

4.- Factores Familiares y Ambientales

El contexto cultural es imprescindible en el aprendizaje de la limpieza. Según las culturas, este aprendizaje se -

desenvuelve en un marco más o menos rígido, lo que somete al niño a presiones leves, moderadas o severas. (Anthony) Algunas madres siguen siendo muy exigentes en el aprendizaje, en este marco es posible un condicionamiento precoz (primer año); pero posiblemente termine en el momento en que el niño inicia un control personal. (2)

Ana Freud confiere a la madre una actitud comprensiva para manejar las exigencias higiénicas del medio y las tendencias uretrales del niño.

E. H. Erikson (1966) dice que la educación de esfínteres se ha convertido en el problema más perturbador de la educación infantil en amplios círculos de la sociedad. El grado de presión depende de la difusión de las costumbres de la clase media y de la imagen ideal de un cuerpo mecanizado, ya que la educación temprana y rigurosa contribuye a mejorar la atmósfera hogareña y es necesaria para el desarrollo del sentido del orden y la puntualidad. (8)

En un estudio llevado a cabo dentro del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMSS), Saucedo (1982) - - plantea que en algunos casos pudo ser inadecuada la capacitación en el control de esfínteres; bien por falta de interés de los padres o por su actitud punitiva. Asimismo, la enuresis puede resultar de una situación familiar sobreprotectora o tensa. (33)

5.- Enfoque Psicoanalítico

A continuación mencionaremos algunas aportaciones teóricas relacionadas con el significado de la enuresis:

S. Freud (1973) menciona el síntoma en el "Caso Dora", en esta paciente la enuresis estuvo presente hasta la edad de 8 años. Al respecto el doctor Freud señala: "Cuando la incontinencia se prolonga o reaparece a esta edad, es la enuresis un precedente a la masturbación".

Freud alude los sueños de su paciente, en los que el contenido es en relación con incendios y nos dice que al soñar incendios intentará apagarlos con agua y es entonces, - cuando el soñante, estando dormido, vaciará su vejiga. En esos casos, la enuresis adopta un significado sexual. (15)

Para O. Fenichel (1966) la enuresis infantil (diurna o nocturna) es una descarga sexual. La excreción urinaria tiene originalmente el papel de una actividad autoerótica que -- proporciona al niño una satisfacción erótico-uretral (y cutánea).

Entre el hábito autoerótico de mojar la cama y el síntoma ulterior de enuresis ha existido un período de masturbación y la enuresis representa un sustituto y un equivalente - de la masturbación suprimida. (10)

Para M. Klein (1974) la enuresis es un acto de dar positivo como también sádico o destructivo. El odio del niño hacia el cuerpo de su madre por haber frustrado sus deseos ha ce surgir en él fantasías en la que le daña y destruye su pecho con la orina. En la niña la omnipotencia de sus funciones urinarias la hacen identificarse con el padre, a través de poderes sádico uretrales. (23)

Para A. Freud, el niño logra el control de esfínteres, cuando ya no depende de las relaciones objetales y alcanza el estado de intereses totalmente neutralizados y autónomos del yo y del super yo.

Para E. H. Erikson, la zona anal es propicia para el despliegue a impulsos contradictorios, ya que es la zona modal para dos modos conflictuales de acercamiento, que deben alternarse: la retención y la eliminación. Los esfínteres son sólo una parte del sistema muscular con su dualidad general de rigidez y relajación, de flexión y extensión.

Desde el punto de vista psicoanalítico, a partir de Freud, otros autores coinciden en otorgarle un significado sexual posterior a la masturbación, explicado por la catexis pulsional de esta función de retención-expulsión con predominio libidinal o agresivo.

CAPITULO II

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO DE 6 A 12 AÑOS

Nos parece oportuno mencionar en este capítulo el proceso psíquico evolutivo del niño a partir de la etapa de latencia hasta la preadolescencia, edades comprendidas entre los 6 y los 12 años.

También presentaremos una breve revisión teórica acerca de los conceptos: angustia, depresión, rechazo, retraimiento y sentimiento de culpa.

1.- Concepto de Desarrollo

Para A. Freud (1973) el desarrollo es el resultado de la interacción entre el desempeño de los impulsos y el yo, -- del super yo y sus reacciones frente a las influencias del me dio, es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración. Se trata de la secuencia que lleva desde la dependencia del recién nacido hacia la madre, hasta la autosu ficiencia material y emocional del adulto joven. (10)

Erikson (1980) nos dice: Es un proceso evolutivo bas do en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y so- ciales experimentada universalmente e implica un proceso auto terapéutico destinado a restañar las heridas provocadas por - las crisis naturales y accidentales inherentes al desarrollo. (8)

Para Hurlock (1977) es la tendencia natural de todo organismo vivo de ir hacia adelante, consistiendo en una serie progresiva de pautas de cambio de tipo ordenado y coherente. Desde el momento de la concepción hasta la muerte, el individuo está en constante cambio. (22)

Piaget (1974) plantea que es una progresiva equilibración, un continuo pasar de un estado menor de equilibrio a un estado de equilibrio superior. A través de las variables, -- las que definen las formas o estados sucesivos de equilibrio y un determinado funcionamiento constante que asegura el paso de un nivel al siguiente.

Desde el punto de vista funcional: La acción supone -- siempre un interés que la desencadena, ya sea una necesidad -- fisiológica, afectiva e intelectual. (31)

2.- Etapa de Latencia

En relación a esta etapa M. Klein (1974) apunta, el -- proceso general de estabilización que ocurre en el niño se -- efectúa por el hecho de que su yo y su super yo persiguen el fin común de lograr una adaptación al ambiente y adoptar ideas del yo perteneciente a ese medio. (23)

La disminución postedípica de los impulsos y la transferencia de la libido, hasta aquí depositada en los padres, --

será proyectada al exterior, ejemplo: con los maestros y grupos.

Esta fase dota al niño para el compañerismo, concediéndoles derecho propio, identificándose con sus sentimientos, -- reconociendo y respetando sus deseos y compartiendo posesiones equitativamente. Establece relaciones de todo tipo y duración, además; el juego se torna constructivo.

En la esfera oraalimenticia desaparece gradualmente la sexualización de la comida, se incrementan las actitudes racionales, determinando los hábitos de la alimentación adulta, los gustos, preferencias y las aversiones hacia la comida o bebida. (A. Freud, 1973) (11)

E. H. Erikson denomina a este período; competencia -- frente a inferioridad, caracterizado por un sentimiento de -- confianza, autonomía y una adecuada disposición de iniciativa. El niño acude a la escuela y las expectativas depositadas en él, son de trabajo productivo y logros.

Las fantasías de la niñez ceden paso a la tarea de preparación para actividades adecuadas en la sociedad. Estructura la realidad por la razón y los esquemas de acción o intuición son sustituidos por esquemas generales del pensamiento. (Piaget, 1974).

3.- Etapas de Preadolescencia

Un estudioso de esta etapa ha sido P. Bloss (1970) - - quien destaca como característica del preadolescente la regresión pulsional y yoica hacia etapas pregenitales y preedipicas.

Encuentra también como signos relevantes: el deterioro de los modales y de la conformidad. Así como cambios en la concentración y la cooperación. (4)

Respecto a esta fase Piaget apunta: El pensamiento -- concreto cede paso al formal, efectuando operaciones abstractas, basadas en hipótesis, ideas y símbolos. De aquí en adelante la cognición se apoya en el simbolismo y en el uso de proposiciones.

El preadolescente, para la satisfacción de sus necesidades y la opinión de sí mismo, ya no depende tanto de las figuras adultas; se ocupa poco por las alabanzas o las críticas, las recompensas y castigos.

El aprecio, autocrítica y rechazo que le manifiestan - sus pares tienen para él más importancia que las manifestaciones de aprobación y desaprobación de los adultos. (A. Freud, 1976) (12)

La trayectoria continúa hacia el autoconcepto, el cual se desarrolla en la medida que el sujeto cambia y se integra con las concepciones que tienen las personas, grupos e instituciones acerca de él mismo y asimila los valores constituidos por el ambiente social, paralelamente, se va formando el sentimiento de identidad.

Una tarea fundamental concomitante con la identidad -- del adolescente, es ir separándose de los padres; la internalización de buenas imágenes parentales, con los roles bien definidos y una escena primaria amorosa favorecerá una buena separación de los padres facilitándole el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad (A. Abernethy, 1971) (1)

Consecuentemente, ¿en qué medida las tendencias innatas hacia la normalidad y las potencialidades de que dispone el niño para resolver sus conflictos pueden ser desviadas por la influencia del ambiente?

4.- Conceptos teóricos

Angustia:

Freud (1933), en su conferencia número 32 de Introducción al Psicoanálisis, establece una diferencia entre angustia-automática y angustia-señal.

Señala como factor determinante de la angustia-automá-

tica una situación traumática, esencialmente una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, - de origen externo o interno, que el yo no puede resolver.

La angustia señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, que constituye una situación de peligro. Aunque los peligros internos cambian en las distintas etapas de la vida, tienen como característica la implicación de la separación o pérdida de un objeto amado. Esta separación o pérdida puede conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento.

La situación traumática en sí es, a todas luces, descendiente directa del estado de tensión acumulada y no descargada. (14)

Sppitz R. (1969) habla de la angustia del savo. mes en el niño normal; pero los niños que sufren una carencia emocional, en relación con la separación pueden presentar "de^{re}-sion anaclítica". (36)

Depresión:

Mahler M. (1980) acepta que la respuesta depresiva es una reacción afectiva, sólo comparable con la angustia, la intensidad y duración incrementada de la respuesta depresiva durante el proceso de individuación conduce la tendencia afectiva a la depresión. (26)

Mc. Conville, Boay y Purohit (1986) describen tres tipos de depresión infantil: 1) Depresión afectiva en niños pequeños de 6 a 8 años; se caracteriza porque los niños están tristes y tienen una autoestima negativa. 2) Depresión en niños que sufren pérdidas crónicas, son cambiados de habitat -- con gran frecuencia; estos niños también muestran una autoestima negativa, sus edades fluctúan de 8 a 10 años de edad. - 3) Depresión culpígena en latencia tardía, aparece en niños de aproximadamente 10 años, que están lo suficientemente maduros para poder elaborar un duelo como hacen los adultos. Esta depresión se genera ante pérdidas reales de personas muy cercanas a ellos. (27)

Según E. J. Anthony las depresiones clínicas de la adolescencia se organizan a partir de las fases del desarrollo de la infancia, delimitando dos tipos de depresión: En el -- primer tipo la psicopatología es fundamentalmente pre-edipiana y proviene de una relación simbiótica con una madre omnipotente que satisface todas las necesidades. El segundo tipo de depresión es más edipiana, con mucho de culpabilidad y de masoquismo moral asociado y un super yo punitivo.

Para Bowlby J. (1976), aislamiento,*es un síntoma vinculado a la depresión, teniendo como vertientes importantes: la ansiedad y el miedo (zozobra).

*Cuando mencionamos retraimiento, empleamos el sinónimo "aislamiento".

El estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño es determinado por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto.

La separación de la madre provoca: Tristeza, cólera y la siguiente sensación es de ansiedad. Estas respuestas del niño ante la separación Bowlby las plasma en 3 fases; en primera instancia; Protesta, seguida de desesperación y por último desvinculación. (5)

Sentimientos de culpa:

Freud (1973) señala: en el enfrentamiento entre los - impulsos libidinales y agresivos surge el sentimiento de culpa, cuyo origen es el complejo de edipo (por la ambivalencia que se siente hacia ambos padres y porque el super yo se establece al resolverse el complejo edípico, reprimiéndolo).

Por otra parte si existe gran distancia entre el yo -- real y el ideal del yo, la insatisfacción que se genera libera un monto de libido narcisista que se convierte en sentimiento de culpa. (16)

En relación a rechazo, inferimos; si el niño es rechazado estará deprimido.

5.- Relación existente entre los indicadores emocionales y el síntoma

En las páginas anteriores, describimos el desarrollo normal del niño, a continuación analizaremos las vicisitudes, ya que éstas tenderán a manifestarse en síntomas.

Es en el período de latencia cuando el yo empieza a afirmarse y a organizar los mecanismos de defensa, frente a una realidad que no tiene el placer como base. (A. Freud, 1984)

Asimismo las medidas de educación internalizadas en el desarrollo del niño para constituir el super yo no siempre son indulgentes, no existe una actitud tolerante hacia los instintos y la agresividad del niño no tiene oportunidad de expresarse en el exterior y la dirige a su interior.

El yo del niño teme al instinto porque teme al mundo exterior, y su defensa instintiva resulta de la presión ejercida por la angustia ante el mundo externo o angustia real u objetiva. (13)

Para Nissen (1980) la sintomatología prevalente depende de la edad y del sexo: En cuando a la edad, se nota que los lactantes y los niños de edad preescolar manifiestan su depresión por síntomas regularmente psicósomáticos.

Asimismo, el niño de edad escolar presenta, en forma permanente, síntomas tales como la inhibición afectiva de las pulsiones, con síntomas psicósomáticos como: enuresis.

Para Bowlby, aislamiento + es un síntoma vinculado a la depresión.

Freud destaca, el conflicto de las pulsiones libidinales es causa del sentimiento de culpa, vinculándolo con la masturbación infantil. Sucede a menudo que el niño no es amenazado con la castración por jugar con sus genitales; sino por mojar la cama todas las noches. Los padres se conducen como si esta continencia nocturna fuera consecuencia y testimonio de los tocamientos de los órganos genitales. (1933) (15)

Por la presencia de enuresis el niño es rechazado en la familia, cuando elaboramos su historia clínica nos enteramos que es objeto de burla y "etiquetado" como: "el cochino", "puerco", "apestoso" y "mión".

Freud en el Malestar en la Cultura, conviene en señalar que en el fondo el sentimiento de culpa no es sino una variante topográfica de la angustia y en sus fases posteriores coincide con el miedo al super yo. En una u otra forma, siempre hay angustia oculta tras todos los síntomas.

Asimismo, en la práctica clínica hemos visto que el --
síntoma cede con la administración del compuesto tricíclico,
Clorhidrato de Imipramina, (Presamine, Tofranil) reapareciendo
cuando se suspende el medicamento.

CAPITULO III
LOS DIBUJOS COMO PRUEBAS PROYECTIVAS

1.- Los Dibujos

A lo largo de la historia, los seres humanos han utilizado dibujos para expresar sus sentimientos, emociones y acciones, desde el hombre de las cavernas (Rivera, 1985).

Probablemente la crítica artística de los principios de la historia haya comenzado poco tiempo después de que el primer artista inició la primera pintura en la pared de una cueva. Como no hay testificación de esta primera crítica, es imposible saber si reconoció que en su trabajo el artista expresó aspectos de su personalidad. Sin embargo, el conocimiento de las producciones artísticas revelan características de la personalidad (Sundbert, 1961).

La expresión de muchas necesidades sólo puede hacerse mediante alguna actividad nueva para el sujeto, de tipo creador, que indica en forma indirecta los mismos conflictos que están embargando al individuo que los crea; podemos decir que toda actividad creadora lleva el sello específico de conflicto y necesidades que presiona al sujeto que está creando (Rivera, 1985) (32)

Minkowska F. (1983) comparó particularidades estilísti

cas de los dibujos y pinturas, oponiendo el arte de un Van -- Gogh, en elección de temas significativos: humildes objetos -- del mundo cotidiano transfigurados por la gráfica atormentada del pintor, al de un Seurat, cuyos temas son de personajes -- con actitudes rígidas que aparecen inmóviles e hieráticos. (28)

Para Grassano de Picolo E. (1977) el dibujo surgió como expresión de la necesidad infantil de recreación de los objetos y del mundo interno. Consecuentemente el hombre empieza a emplear la comunicación en una época muy temprana de su vida: Los niños primero dibujan y después escriben. (18)

2.- Dibujo y Personalidad en el Niño

En el dibujo el niño no sólo revela aptitudes prácticas, sino rasgos de su personalidad que expresan sus reacciones emocionales del momento.

Para Widlöcher D. (1978) el dibujo constituye una prueba proyectiva, ya que proyecta la "visión" del niño y mirando su dibujo podemos dar del niño cierto retrato psicológico.

Este autor ha considerado tres aspectos en el dibujo -- del niño:

- 1) El Valor expresivo del dibujo: La inscripción sobre una -- superficie plana de rasgos gráficos manifiesta: El tempe-

ramento del niño, sus reacciones tónicoemocionales; a través del trato de la superficie blanca, la elección de las formas y colores.

De esta forma, el dibujo registra el estado emocional y se nota, por ejemplo, el rasgo iracundo y agresivo que puede llegar a 'límite de rasgar el papel, o el rasgo oscilante apenas acusado.

- 2) El valor proyectivo: El dibujo lleva la marca de la vida emocional del niño, diríamos que refleja una vista de conjunto de su personalidad, o sea, el estilo general del dibujo revela disposiciones fundamentales de la visión del mundo del niño.
- 3) El valor narrativo: La elección del tema está determinado generalmente por dos motivos: a) el deseo de representar tal objeto y b) el placer de reproducir ciertos esquemas - gráficó habituales.

Nos muestra la manera en que el niño vive las significaciones simbólicas que les atribuye, a través de las cosas. Se refleja en su dibujo el conjunto de su mundo imaginario. - Lo que no puede decirnos de sus sueños, de sus emociones en - las situaciones concretas, en su dibujo nos lo indica.

3.- Investigación de Técnicas Gráficas

Según Heidgerd (1982) se han encontrado referencias de trabajos con dibujos desde 1880, cuando Lombroso y Du Camp estudiaron la manifestación de la expresión artística en los insanos. (20)

Goodenough en 1926, introdujo un método sistemático de evaluación de la inteligencia a través de los dibujos de un hombre.

Vernier (1952) sugirió para todas las técnicas proyectivas en maduración el dibujo de figuras y el HTP, ya que han promovido el ordenamiento de estudios sobre confiabilidad, valides, normas grupales, diferencias entre grupos y análisis de los efectos de diferentes factores o sucesos sobre la ejecución.

Respecto a confiabilidad, Gasorek (1951), trabajando con dibujos libres de niños, encontró mucha evidencia conflictiva en términos de la coherencia y de la confiabilidad de -- las características formales y estructurales.

Hammer, Piotrowski (1953) y seis psicólogos clínicos, encontraron que la confiabilidad en la evaluación del grado de hostilidad en los dibujos de cuatrocientos niños llegaba a un asombroso coeficiente de 0.85.

En cuanto a valides, Jolles (1953) en cuatro extensos y concienzudos estudios, examinó los HTPs de más de dos mil quinientos niños. Comprobó que (de acuerdo con la teoría de la proyección) los niños tienden a dibujar, en el dibujo de una persona, su propio sexo. Sin embargo la proporción entre mismo sexo y sexo opuesto varía significativamente con la edad y de acuerdo con el sexo real del examinado (es decir: si es varón o mujer).

Weider y Moller (1953) utilizando cuatrocientos treinta y ocho muchachos y chicas, cuyas edades oscilaban entre siete a doce años, confirmaron los resultados de Jolles, en relación, con el sexo de la primera figura que se dibuja, pues entre los muchachos un 70% dibujó primero el propio sexo y, entre las chicas un 94%. En relación con el tamaño entre el propio sexo y el sexo opuesto, un porcentaje significativo de chicas dibuja el propio sexo. Los niños más pequeños en su mayor porcentaje (61%) ubican los dibujos en la parte izquierda superior de la página, mientras que un porcentaje menor (48%) de niños mayores los ubican en dicha área.

Markham (1954) observó que los niños de cinco años dibujaban casas muy diferentes a las de los niños de ocho años y que los factores emocionales pueden explicar ciertas distorsiones y omisiones.

Beck (1953) comparó los HTPs de disminuidos orgánicos y observó que los orgánicos dibujaban casas más irreconocibles y omitían mayor cantidad de detalles que los no orgánicos.

Hammer (1953) comparó los HTPs de niños negros y blancos en una comunidad de Estados Unidos, para apreciar el grado de hostilidad y de agresión. Mediante una clasificación "a ciegas" de los dibujos encontró que el promedio de hostilidad y agresión era significativamente mayor en los dibujos de los niños negros que en los dibujos de los niños blancos. Este estudio confirma la teoría de la frustración-agresión, se confirma además la capacidad del HTP para diferenciar grupos según el grado de agresión.

4.- El dibujo de la Figura Humana (DFH)

El DFH de un niño muestra una estructura básica y un estilo que es peculiar de ese niño. La estructura del dibujo de un niño pequeño está determinada por su edad y nivel de maduración, en tanto que el estilo refleja sus actitudes y las preocupaciones que son más trascendentes para él (Kellog, - 1959).

Koppitz (1984) nos dice: La consigna en el DFH "dibuja una persona entera", parece conducir al niño a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos. La persona que -

el niño conoce mejor es él mismo; por lo tanto su dibujo de una persona se convierte en un retrato de su ser interior, de sus actitudes. (24)

Koppitz analizó los dibujos de los niños en función de dos tipos diferentes de signos objetivos; el primer conjunto de signos relacionados con la edad y el nivel de maduración, denominados "items evolutivos". El segundo conjunto de signos, relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño, denominados "indicadores emocionales".

Para el objetivo de este trabajo, nos ocuparemos del segundo grupo de signos.

4.1.- Indicadores emocionales en el DFH

Estos indicadores debían cubrir tres criterios:

- 1) Debían tener validez clínica, o sea; diferenciarse de los DFHs de niños con y sin problemas emocionales.
- 2) Serían inusuales y se presentarían con escasa frecuencia - en los DFHs de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos. El signo debería estar presente en menos del 16% de los niños, en un nivel de edad establecido.
- 3) No estarían relacionados con la edad y maduración. Su fre

cuencia de ocurrencia no debía aumentar únicamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.

Seleccionó una lista de 38 signos que respondían a la definición establecida de indicador emocional, ítems que derivó del trabajo de Machover y Hammer, así como de la experiencia clínica de la investigadora. La lista comprendía tres tipos diferentes de ítems:

- 1.- Los signos cualitativos.
- 2.- Los de detalles especiales.
- 3.- Los de las omisiones, es decir; los ítems que serían esperables en un determinado nivel de edad.

4.2.- Confiabilidad

La confiabilidad del puntaje asignado a los DFHs para los ítems evolutivos y para los indicadores emocionales, se estableció con la ayuda de otra psicóloga. Calificaron cada una, independientemente, los DFHs de 10 alumnos de segundo grado, seleccionados al azar y de 15 niños derivados por la psicopedagoga por problemas de aprendizaje o de conducta.

En 10 de los DFHs estuvieron de acuerdo en el puntaje asignado, en tanto que en los otros 15, las examinadoras reportaron diferencia de uno o dos puntos.

En relación al estudio normativo de indicadores emocionales, la investigadora empleó los mismos 1856 DFHs utilizados para desarrollar los ítems evolutivos, realizando un estudio normativo de éstos para determinar si los ítems incluidos cumplían los dos criterios:

- 1) No estar relacionados con la edad y maduración; por lo tanto no aumentan en frecuencia de ocurrencia con el incremento de edad.
- 2) Ser raros e inusuales y darse en el 15% o menos de protocolos en un nivel determinado de edad.

De los 38 indicadores considerados emocionales; sólo 24 reunían los dos criterios señalados en todos los niveles de edad. 8 ítems calificaron como emocionales hasta la edad de 6 años, quedando así 32.

Para aceptar el criterio de validez clínica, diseñó un estudio para comprobar las siguientes hipótesis:

Primera: ¿Los indicadores emocionales se presentan con más frecuencia en los DFHs de niños con problemas emocionales que en los dibujos de niños adaptados?

Segunda: ¿Los niños con problemas emocionales mostrarían ma-

por número de indicadores que los dibujos de los adaptados?

Formó dos grupos: "A" compuesto por 76 pacientes de una clínica de orientación, con inteligencia normal, obtenida con la escala de inteligencia para niños de Wechsler (Wisc) o la escala de Stanford Binet, con una media de 110.

Grupo "B" formado con 76 escolares considerados alumnos sobresalientes (infiriendo un mínimo de inteligencia normal), bien adaptados académicamente y emocionalmente. En ambos grupos hubo correspondencia en edad y sexo.

La investigadora aplicó individualmente el DFH a los niños de ambos grupos, computando la χ^2 comparó el número de sujetos de los dos grupos que presentaban cada indicador emocional; así como el número total de indicadores emocionales que se daban en ambos.

Suprimiendo dos ítems que no cumplieran con el criterio de validez clínica, dejó un total de 30 indicadores emocionales, señalando que la significación diagnóstica incrementa tomando el total de signos en lugar de considerarlos aisladamente; asimismo, observó que la presencia de dos o más indicadores emocionales sugieren relaciones interpersonales insatisfactorias y problemas emocionales.

5.- Investigación de la Prueba casa, árbol, persona (H.T.P.)

Griffiths, A.A. de Pichón Riviere y Buck (1959) señalan el potencial simbólico que tiene la casa, cuyas raíces se encuentran en las experiencias básicas de la infancia y de la madurez.

A. A. de Pichón Riviere, descubrió que la casa podía simbolizar:

- a) El cuerpo del niño,
- b) El interior de la madre, y
- c) El hogar parental.

Los resultados obtenidos con el HTP, confirman el primero y el último de estos significados simbólicos con más frecuencia.

Griffiths realizó un estudio en Inglaterra, con dibujos libres de pequeños, afirmando que tanto la casa, los árboles y las personas constituyen los conceptos que mayor significado personal tienen. El objeto gráfico favorito de los niños es la figura humana, el siguiente es el dibujo de la casa, después empiezan a dibujar árboles y flores.

Jucker E. (1952) en Europa, descubrió que el dibujo libre del árbol ofrecía grandes posibilidades proyectivas, - -

transformándolo en instrumento proyectivo después de consideraciones y estudios sobre la historia de las culturas y, especialmente de los mitos.

Koch Ch. (1952) lo desarrolló más como instrumento proyectivo tratando de obtener una idea de la personalidad total desde las capas más profundas del ser humano.

Buck (1948) señaló que el test ayudaba al clínico a obtener información respecto a la sensibilidad, madurez, flexibilidad y grado de integración de la personalidad mediante el análisis del dibujo de la persona. La casa y el árbol proporcionan información adicional con respecto al crecimiento (árbol) y sentimientos hacia el medio (casa) del paciente. El HTP, fue una de las primeras aplicaciones del dibujo de la figura humana a un test proyectivo.

Machover, Levy, Schilder y Bender coinciden: El concepto gráfico "persona", como el más impregnado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo del individuo.

6.- Consideraciones de la Prueba Casa, Arbol, Personal (H.T.P.)

De acuerdo a Hammer F. (1984), para que una técnica -- clínica pueda ser considerada un instrumento proyectivo, debe enfrentar al examinado con un estímulo o serie de estímulos - inestructurados o ambiguos para que el significado de éstos - surja, en parte, del interior del examinado. (19)

Cuando se pide al niño que dibuje una casa, un árbol y una persona no se aclara qué tipo de casa, árbol o persona de be dibujar. La respuesta surge del interior del examinado; - como tamaño, tipo, emplazamiento o presentación del árbol, o al sexo, expresión facial, postura corporal, edad, raza, tama ño, vestimenta y presentación. Asimismo el examinador incluye o excluye los detalles y la importancia que les dá.

En la técnica del HTP se presentan estímulos totalmente familiares, que al mismo tiempo son tan poco específicos - que para responder a ellos es necesario proyectar. Por muy - joven que sea el examinado, en su vida ha visto variedades de casas, árboles y personas que en el momento de dibujar eligirá lo que para él sea más significativo, simbólicamente.

Algunos autores han comprobado que la casa, como lugar de vivienda, provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares. Si se trata de niños, pone de ma nifiesto la actitud que tiene con respecto a la situación en sus hogares y a las relaciones con sus padres y hermanos.

Según Schilder en cuanto al árbol y a la persona, am-- bos conceptos captan ese núcleo de la personalidad, denominado imagen corporal y concepto de sí mismo.

El dibujo del árbol refleja los sentimientos más pro--

fundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo, el de la persona transmite la autoimagen más cercana a la conciencia y de las relaciones con el ambiente. Es, así, posible obtener un retrato de los conflictos y defensas del examinado como están jerarquizados en la estructura de su personalidad.

Es más fácil que al dibujo del árbol se le atribuyan rasgos y actitudes más conflictivas y emocionalmente perturbadoras que al dibujo de la persona: El árbol como "autorretrato" está más alejado de uno mismo. Los sentimientos más profundos o prohibidos se proyectan en el árbol más fácilmente que en la persona, comenta Hammer. (1984)

El orden de presentación de los estímulos es: a) casa, b) árbol y c) persona. Permitiendo una introducción gradual, paso a paso se conduce al examinado a entidades que psicológicamente presentan mayores dificultades para su ejecución. Es decir; en forma gradual va desde las representaciones más neutrales hasta las más cercanas a la propia persona, dejando para el final el concepto gráfico que despierta las asociaciones más conscientes.

Buck (1948) en relación a la elección de los ítems; casa, árbol y persona afirmó:

- a) Son items familiares a todos, hasta para el niño más pequeño.
- b) Como conceptos que debían ser dibujados por individuos de todas edades, tenían mejor aceptación que otros, y
- c) Estimulaban una verbalización más libre y espontánea que otros items.

Sintetizando, los niños presentan menos resistencia a ejecutar los dibujos de la figura humana y de la casa, árbol, persona, ya que éstos conceptos gráficos les resultan familiares.

Para el psicólogo clínico, son instrumentos de mucha utilidad, por la economía de su aplicación y la extraordinaria simbología que encierran.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

Los trabajos reseñados en los antecedentes, nos inducen a exponer que en los niños que presentan enuresis aparecen algunos indicadores emocionales en forma más frecuente -- que en los niños sin enuresis, como: depresión, retraimiento, angustia, sentimientos de culpa y rechazo en la familia.

Consideramos que los datos que obtengamos contribuirán al conocimiento más amplio de los aspectos psicodinámicos en la personalidad de estos niños.

4.1.- Hipótesis

4.2.- Hipótesis de Trabajo

1.- Ho: No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP de los niños enuréticos y los del grupo -- control, en cuanto a la depresión.

H₁: Si existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a depresión.

2.- Ho: No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP de los niños enuréticos y los del grupo -- control, en cuanto a retraimiento.

H_1 : Sí existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a retraimiento.

3.- H_0 : No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP de los niños enuréticos y los del grupo -- control, en cuanto a la angustia.

H_1 : Sí existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a la angustia.

4.- H_0 : No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a sentimientos de culpa.

H_1 : Sí existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a sentimientos de culpa.

5.- H_0 : No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP de los niños enuréticos y los del grupo -- control, en cuanto a sentimientos de rechazo en la familia.

H_1 : Sí existen diferencias significativas en las pruebas

DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a sentimientos de rechazo en la familia.

**

4.3.- Variables

Presentamos como variable independiente: Enuresis. -
 Como variables dependientes: Los indicadores emocionales: -
 depresión, retraimiento, angustia, sentimientos de culpa y --
 sentimientos de rechazo en la familia que medimos en los dibujos de los niños.

Como variables controladas: Edad, C.I. y escolaridad.

4.4.- Escenario

El Hospital Infantil de México "Federico Gómez", es -- una Institución con clasificación de tercer nivel, es decir; de especialidades. Cuenta, para la atención y servicio al público, con diversas salas, entre ellas: Urgencias, Consulta Externa, (por especialidad) la de Hospitalización (por especialidad) y de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

** Glosario de términos. (Anexo 1)

4.5.- Sujetos

Para este trabajo se formó un grupo de 30 pacientes de ambos sexos, con un rango de edades de 6 a 12 años que presentan enuresis y 30 pacientes también de ambos sexos, del mismo rango de edad que no presentaban enuresis; los sujetos de ambos grupos presentaban inteligencia normal y escolaridad a nivel primaria.

4.6.- Instrumentos de Medición

- a) Entrevista estructurada a la madre del niño.
- b) Con el Test de Therman-Merrill: medimos C.I.
- c) Con la prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz, medimos: depresión, retraimiento, angustia y sentimientos de culpa.
- d) Con la prueba gráfica de la Casa-Arbol-Persona (HTP) de Hammer, medimos: sentimiento de rechazo en la familia.

Para calificar los dibujos se utilizó la estructura -- desglosada a continuación:

En el DFH

- 1) Pobre integración de las partes.
- 2) Sombreado de cara.
- 3) Sombreado del cuerpo y/o de los miembros.
- 4) Sombreado de manos y/o cuello.
- 5) Asimetría gruesa de los miembros.

- 6) Figura inclianda.
- 7) Figura pequeña.
- 8) Figura grande.
- 9) Transparencias.
- 10) Cabeza pequeña.
- 11) Ojos biscos.
- 12) Dientes.
- 13) Brazos cortos.
- 14) Brazos largos.
- 15) Brazos pegados al cuerpo.
- 16) Manos grandes.
- 17) Manos cortadas.
- 18) Piernas presionadas una contra la otra.
- 19) Genitales.
- 20) Monstruos no humanos.
- 21) Tres o más figuras dibujadas espontáneamente.
- 22) Nubes, lluvia o nieve.
- 23) Omisión de los ojos.
- 24) Omisión de la nariz.
- 25) Omisión de la boca.
- 26) Omisión del cuerpo.
- 27) Omisión de los brazos.
- 28) Omisión de las piernas.
- 29) Omisión de pies.
- 30) Omisión del cuello.

De la prueba HTP se desglosaron los elementos descritos por Hammer (1984).

CASA:

- 1) Techo.
- 2) Paredes.
- 3) Puertas y ventanas.
- 4) Chimenea y humo.
- 5) Perspectiva.
- 6) Línea del suelo.
- 7) Accesorios.

ARBOL:

- 1) Ramas.
- 2) Tronco.
- 3) Raíces.
- 4) Base en el borde del papel.

4.7.- Procedimiento

En el Departamento de Psiquiatría y Psicología del Hospital, en un cubículo iluminado y tranquilo, instalamos al niño frente a un escritorio. El mismo día llevamos a cabo una entrevista con la madre, para tomar los datos generales del niño. Posteriormente aplicamos el Test de Therman Merril, para valorar el C.I., determinando así, si se incluía en la muestra. Por último aplicamos los dibujos de la Figura Humana (DFH) y de la Casa-Arbol-Persona (HTP).

4.8.- Análisis Estadístico

El procedimiento lo efectuamos de la siguiente manera:

- a) Se concentraron los indicadores encontrados en ambas pruebas, obteniendo los porcentajes de los dos grupos. Posteriormente enlistamos en orden descendente el porcentaje -- por indicador de 100 a 0% y así conformamos la lista de -- 30 indicadores.

- b) Con la Técnica Estadística de Prueba de Hipótesis de Diferencias de Proporciones de Spiegel (1970), se contrastaron las hipótesis de H_0 y H_1 para conocer si la diferencia entre las dos medias muestrales es bastante grande para considerarla confiable.

Los datos se operaron dentro de la escala ordinal. Los resultados se distribuyeron en una curva bilateral de distribución, determinándose un nivel de significancia de 0.05, teniendo una probabilidad de acertación igual a $-1 0.05 = 0.95$ ó 95%.

Presentamos un ejemplo del procedimiento estadístico utilizado: Tomando los datos obtenidos en el indicador emocional número tres.

1) Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP de los niños enuréticos y los del grupo -- control, en cuanto a depresión.

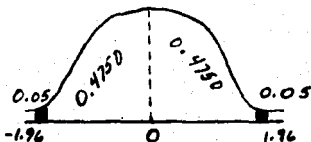
H_1 : Si existen diferencias significativas en las pruebas DFH y HTP entre los niños enuréticos y los del grupo control, en cuanto a depresión.

2) Datos: Resultantes en función de proporciones.

$P_1 = 76.66\%$	De donde: $N_1 =$ Muestra Poblacional (G.E.)
$N_1 = 30$	$N_2 =$ Muestra Poblacional (G.C.)
$P_2 = 43.33\%$	$P_1 =$ Porcentaje G. Experimental.
$N_2 = 30$	$P_2 =$ Porcentaje G. Control.
$\alpha = 0.05$	$\alpha =$ Nivel de Significancia.

3) Frontera de Decisiones:

Se estableció basada en un nivel de significancia de 0.05 , la frontera dividió el campo de variabilidad de las curvas en dos regiones: Una de aceptación (a la izquierda) y -- otra de rechazo (a la derecha).



4) Regla de Decisiones:

Se estableció con un intervalo de -1.96 a 1.96 . Si el valor obtenido de "z" se encontraba fuera del intervalo -1.96 a 1.96 , la prueba resultaría ser significativa y por lo tanto se rechazaba H_0 .

5) Cálculo del valor estadístico de "z".

$$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1 q_1}{N_1} + \frac{P_2 q_2}{N_2}}}$$

6) Se concluyó el rechazo o aceptación de la hipótesis H_0 , si su valor superaba o no la frontera de decisiones.

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

5.1.- Resultados

A continuación presentamos los valores de las variables dependientes estudiadas:

1.- DEPRESION

$Z = 2.81$ Como el valor de "Z" se encuentra fuera del intervalo -1.96 a 1.96 , con una dispersión de 0.0077 se comprueba la hipótesis: Los niños con enuresis se encuentran más deprimidos que los niños sin enuresis.

2.- *RETRAINIMIENTO

$Z = 3.43$ Como el valor de "Z" se encuentra fuera del intervalo -1.96 a 1.96 , con una dispersión de 0.0011 se comprueba la hipótesis: Los niños con enuresis se encuentran más retraídos que los niños sin enuresis.

3.- ANGUSTIA

$Z = 2.75$ Como el valor de "Z" se encuentra fuera del intervalo -1.96 a 1.96 , con una dispersión de 0.0091 se comprueba la hipótesis: Los niños con enuresis aparecen más angustiados que los niños sin enuresis.

4.- CULPA

$Z = 1.59$ Como el valor de "Z" se encuentra dentro del intervalo -1.96 a 1.96 , con una dispersión de 0.1127 no se comprueba la hipótesis: Los niños con enuresis no presentan más sentimientos de culpa que los niños -- sin enuresis.

5.- RECHAZO

$Z = 1.04$ Como el valor de "Z" se encuentra dentro del intervalo -1.96 a 1.96 , con una dispersión de 0.2323 no se comprueba la hipótesis: Los niños con enuresis no presentan más sentimientos de rechazo que los niños sin enuresis.

En el Cuadro 1 mostramos los resultados estadísticos de la investigación.

5.2.- Análisis

En la Hipótesis 1 planteábamos que no existiría diferencia en cuanto a depresión en los dos grupos. Sin embargo; si existe diferencia, ya que los niños enuréticos aparecen -- más deprimidos.

En la Hipótesis 2 indicábamos que no habría diferencia significativa entre el G. Experimental y el G. Control, en relación a retraimiento. Encontramos que si existe diferencia; los niños con enuresis son más retraídos.

En la Hipótesis 3 consideramos que no existiría diferencia en cuanto a la angustia, en los 2 grupos. Si se encontró diferencia; entonces, los niños enuréticos están más angustiados.

En la Hipótesis 4 señalábamos que no tendríamos diferencia significativa, en cuanto a sentimientos de culpa en ambos grupos.

Después de realizar la investigación, se encontró que el G. Experimental y el de Control no reportaron diferencia.

En la Hipótesis 5 planteábamos que no habría diferencia en cuanto al indicador emocional "rechazado en la familia", entre ambos grupos. El resultado nos indica que no existe diferencia en ambos grupos.

En esta investigación no se planteó como hipótesis experimental el indicador emocional "débil contacto con la realidad"; sin embargo los resultados arrojaron diferencia significativa en el Grupo Control, presentando mayor incidencia.

En relación a los demás indicadores emocionales del Cuadro 1 encontramos;

Los niños de ambos grupos presentan un yo vulnerable,

son inseguros, perciben conflictos en el hogar y tienen necesidad de una figura de autoridad.

En los niños que no presentan enuresis destacan: más dificultad en las relaciones interpersonales, no obtienen satisfacción en la fantasía, tienen más necesidad de apoyo y dificultad en el control de impulsos agresivos. Asimismo sienten más presión parental y por ende rechazan el hogar.

Los niños enuréticos, son más impulsivos, dependientes, inestables, tensos, inhiben más su agresión, se refugian más en la fantasía, son ansiosos y negativistas.

En resumen: al destacar las causas orgánicas, consideramos que la enuresis es un trastorno psicósomático, más frecuente en los varones.

El porcentaje de los hijos más afectados por el sintoma, son el primero y el segundo; inferimos que la ansiedad y obsesión de la madre hacia el control de esfínteres, se proyecta más en los primeros hijos.

La familia desempeña un papel importante en la enuresis, encontramos un alto índice de alteración en la dinámica, alcoholismo y ausencia de uno u otro progenitor.

CUADRO 1
RESULTADOS ESTADISTICOS

INDICADOR EMOCIONAL DE LAS PRUEBAS DFH Y HTP	G. EXPERIM. %	G. CONTROL %	CALCULO DE "Z"	DESVIACION DE "Z"	FRONTERA DE DECISION	HIPOTESIS	
						A.	R.
1 Yo vulnerable	100	100	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
2 Dif. Rel. Inter.	93.33	100	1.49	0.1315	-1.96 a 1.96	X	
3 Depresión	76.66	43.33	2.81	0.0077	-1.96 a 1.96		X
4 No Setio. Fant.	70	76.66	0.58	0.3372	-1.96 a 1.96	X	
5 Retraimiento	63.33	23.33	3.43	0.0011	-1.96 a 1.96		X
6 Rechazado en Fam.	60	46.66	1.04	0.2323	-1.96 a 1.96	X	
7 Sents. de Culpa	56.66	36.66	1.59	0.1127	-1.96 a 1.96	X	
8 Impulsividad	53.33	46.66	0.52	0.3485	-1.96 a 1.96	X	
9 Inseguridad	50	50	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
10 Rechaza el Hogar	40	53.33	1.04	0.2323	-1.96 a 1.96	X	
11 Angustia	33.33	6.66	2.75	0.0091	-1.96 a 1.96		X
12 Refugio Fant.	30	23.33	0.58	0.3372	-1.96 a 1.96	X	
13 Ansiedad	30	26.66	0.28	0.3836	-1.96 a 1.96	X	
14 Conflic. en Hogar	20	20	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
15 Aislamiento	16.66	10	0.76	0.2909	-1.96 a 1.96	X	
16 Inhib. Agresión	13.33	6.66	0.87	0.2732	-1.96 a 1.96	X	
17 Nec. Fig. Autoridad	10	10	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
18 Dependencia	6.66	0	1.48	0.1334	-1.96 a 1.96	X	
19 Nec. de Apoyo	6.66	23.33	-1.06	0.0707	-1.96 a 1.96	X	
20 Inestabilidad	6.66	0	1.48	0.1334	-1.96 a 1.96	X	
21 Tensión	6.66	0	1.48	0.1334	-1.96 a 1.96	X	
22 Déb. Contac. Realidad	3.33	23.33	-2.40	0.0224	-1.96 a 1.96	X	
23 Pres. Parental	3.33	13.33	-1.43	0.1435	-1.96 a 1.96	X	
24 Inadec. Intelectual	3.33	6.66	-0.60	0.3332	-1.96 a 1.96	X	
25 Agresividad	3.33	0	1.05	0.2299	-1.96 a 1.96	X	
26 Contr. Imp. Sex.	3.33	3.33	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
27 Trast. Id. Psicosen.	3.33	3.33	0.0	0.3909	-1.96 a 1.96	X	
28 Negativismo	3.33	0	1.05	0.2299	-1.96 a 1.96	X	
29 Bajo Rend. Esc.	3.33	0	1.05	0.2299	-1.96 a 1.96	X	
30 Imp. Agresivos	0	6.66	-1.46	0.1374	-1.96 a 1.96	X	

A = Aceptada
R = Rechazada

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO VI
CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como principal propósito tratar de profundizar en la personalidad del niño enurético, considerando que las reacciones emocionales, que no puede manejar ante situaciones conflictivas que rebasan sus defensas -- yóicas, las canaliza a través del síntoma.

Las hipótesis nulas planteadas: depresión, retraimiento y angustia fueron rechazadas, o sea que si existen diferencias significativas, en los niños con enuresis se encontró -- más incidencia en estos indicadores.

Las hipótesis nulas: sentimientos de culpa y rechazo en la familia, no arrojaron diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo estos niños son más impulsivos, dependientes, inestables, tensos, inhiben más su agresión, son ansiosos y -- negativistas. Estos rasgos han sido descritos por autores como M. Gerard. (3)

Por otra parte encontramos que el indicador emocional número 22 "débil contacto con la realidad", arrojó diferencia estadísticamente significativa en los niños sin enuresis; in-

ferimos que se debe a una falla yóica en el juicio de realidad. Sería importante seguir investigándolo.

También detectamos que estos niños presentan más dificultad en las relaciones interpersonales, en el control de impulsos agresivos. Tienen más necesidad de apoyo, por la presión parental, lo que les hace rechazar la situación hogareña.

Los niños de ambos grupos, son más vulnerables, inseguros, perciben los conflictos de su hogar y tienen necesidad de una figura de autoridad.

- a) El amplio rango de edades; la respuesta ante el concepto gráfico difiere de una edad a otra.
- b) Algunos indicadores emocionales sólo tienen validez clínica en una edad determinada, de acuerdo a Koppitz.
- c) No haber incluido el Test de la Familia, en función de la importancia que tiene en la manifestación del Síntoma.
- d) La población estudiada y el nivel socioeconómico, fueron limitantes, ya que nos impidió conocer la incidencia en otros grupos y niveles.

Sugerimos: Se continúe investigando sobre este Síntoma, con edades más específicas, incluyendo el Test de la Familia y contrastando con otros grupos y niveles socioeconómicos.

Consideramos que el presente estudio resultó importante porque nos permitió conocer más aspectos psicodinámicos de estos niños para su aplicación en la práctica clínica.

Respecto a las pruebas psicológicas, como instrumentos con que cuenta el psicólogo para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, son cada vez más reconocidas y aceptadas como un auxiliar en el campo de la Salud Mental, amén de un adecuado rapport y una buena semiología.

B I B L I O G R A F I A

1. Aberastury, A., Adolescencia Normal. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. (1971)
2. Ajuria Guerra, J., Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona. Ed. Masson. (1982)
3. Ajuria Guerra, J., Manual de Psiquiatría Infantil. Buenos Aires, Argentina. Amorrutu Editores. (1983)
4. Bloss, P., Los Comienzos de la Adolescencia. Buenos Aires, Argentina, Amorrutu Editores. (1970)
5. Bolwy, J., La Separación Afectiva. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. (1984)
6. Cetina M., G., Enuresis: Correlación Clínicos-Radiológico en 100 Pacientes. Tesis Pediátrica, - Hosp. Inf. de Méx. "Dr. Federico Gómez", - UNAM. (1984)
7. English, H. B. y A. Ch., Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. (1977)
8. Erikson, E.H., Infancia y Sociedad. Buenos Aires, Argentina. Ed. Horme. (1966)
9. Erikson, E. H., En Mier, H.W. Tres teorías, sobre el Desarrollo del Niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Argentina, Amorrutu Editores. (1980)
10. Fenichel, O., Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. (1966)

11. Freud, A., Normalidad y Patología en los Niños. Buenos --
(1973) Aires, Argentina. Ed. Paidós.
12. Freud, A., Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del --
(1976) Adolescente. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
13. Freud, A., El Yo y los Mecanismos de Defensa. Paidós, Bi-
(1984) blioteca de Psicología Profunda. 2a. Reimpresión en Méx.
14. Freud, S., Obras Completas, Tomo I. Madrid, España. Ed. -
(1973) Biblioteca Nueva.
15. Freud, S., Obras Completas, Tomo I. Madrid, España. Ed. -
(1973) Biblioteca Nueva.
16. Freud, S., Obras Completas, Tomo III. Madrid, España. Ed.
(1973) Biblioteca Nueva.
17. Gerard M., En: Manual de Psiquiatría Infantil. Ajuriaque-
(1985) rra. Barcelona, España. Ed. Masson.
18. Grassano P.E., En Rivera Puebla: El uso del Test, Casa, -
(1985) Arbol, Persona (NTP) Como indicadores del
mal trato en el Niño. Tesis. Lic. UNAM.
19. Hammer E., Tests Proyectivos Gráficos. Buenos Aires, Ar-
(1984) gentina. Ed. Paidós.
20. Heiderg, E., En Hammer: Test Proyectivos Gráficos. Buenos
(1984) Aires, Argentina. Ed. Paidós.
21. Hernández M. C. Estudios de la Agresión en un Grupo de --
(1984) Niños Enuréticos. Tesis Licenciatura. - -
UNAM.

22. Hurlock E., Desarrollo Psicológico del Niño. Ed. Mc Graw Hill de México, S.A. (1977)
23. Klein M., Obras Completas, Tomo I. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. Horme. (1974)
24. Koppitz, E., El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. (1984) Buenos Aires, Argentina. Ed. Guadalupe.
25. Laplanche-Pontalis., Diccionario de Psicoanálisis. Ed. La bor. Barcelona, España. 2a. Reimpresión. (1979)
26. Mahler M., Simbiosis Humana: Las Vicisitudes de la individuación. Ed. Joaquín Mortis. México. (1980)
27. Mc. Conville, Boay, En Radchik H.A., Los Aspectos Principales del Sentimiento de Culpa en la Depresión desde el punto de vista Psicoanalítico. Tesina, Licenciatura. -- (1986) UIA.
28. Minkowska, F., En Widlöcher D., Los Dibujos de los niños: Bases para una interpretación Psicológica. Barcelona, España. Ed. Herder. (1978)
29. Nava Segura, J., Neurología Clínica. Ed. Unión Gráfica, - S.A., 4a. Ed. México, D.F. (1984)
30. Nissen., En Ajuriaquerria, J., Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona, España. Ed. Masson. (1980)
31. Piaget, J., Seis Estudios de Psicología. Barcelona, España. Ed. Seix Barral. (1974)

32. Porot. A., Diccionario de Psiquiatría. Ed. Labor. 3a. Edición. (1977)
33. Rivera, P.R., El uso del Test, Casa, Arbol, Persona (HTP) Como indicadores del Maltrato físico en el Niño. Tesis, Lic. UNAM. (1985)
34. Saucedo, G.J.M. Enuresis Funcional. Artículo, Rev. Médica, I.M.S.S., Vol. 20, México, D.F. (1982)
35. Smith P.D. Urología General. México, D.F. Ed. El Manual - Moderno, S.A. (1980)
36. Spiegel, M.R., Serie de Compendios Schaum, Teorías y Problemas de Estadística. Ed. Libros Mc Graw-Hill de México, S.A. de C.V. (1970)
37. Spitz, R. El Primer Año de Vida. México. Fondo de Cultura Económica, C1969. (1966)
38. Vigueras A.S.E., Enuresis: Una revisión histórico-teórico de su tratamiento. Tesis Lic. UNAM. (1983)
39. Widlöcher D., Los dibujos de los Niños: Bases para una interpretación psicológica. Barcelona, España. Ed. Herder. (1973)

ANEXO 1

GLOSARIO DE TERMINOS

1.- DEPRESION

Estado de inaccesibilidad a la estimulación o a tipos particulares de estimulación, de baja iniciativa y de pensamientos tristes. La depresión puede ser un síntoma en muchos desórdenes mentales especialmente en la reacción (o psicosis) maniaco-depresiva y en la reacción depresiva (también llamada depresión reactiva). Las personas sin trastornos mentales -- pueden experimentar asimismo depresión. Para los casos normales, se prefiere el sinónimo "abatamiento". Cont. de manía y también de euforia. (7)

2.- AISLAMIENTO

II El aislamiento es también un modo de conducirse, -- una actitud sintomática.

Ciertos sujetos se apartan más o menos de la vida familiar y social por disposición de carácter, a menudo desde la infancia: tímidos, psicasténicos, narcisistas, paranoicos y esquizoides se concentran en sí mismos por temor, vanidad, orgullo y recelo, por pérdida del impulso vital. (32)

3.- ANGUSTIA

Del alemán Realangst utilizado por Freud: Angustia an-

te un peligro exterior que constituye para el individuo una -
amenaza real. (25)

4.- SENTIMIENTO DE CULPA

Darse cuenta de que se han violado principios éticos, morales o religiosos, junto con un sentimiento de pesar por la disminución de méritos por esa causa. La culpa inconsciente, se manifiesta por diversas expresiones indirectas, especialmente por el sentimiento de disminución de los méritos -- aunque la persona niega las faltas. Se cree que la culpa imaginaria es una pantalla para alguna culpa profundamente reprimida. Así, la persona que ha reprimido deseos incestuosos, - pero no el sentimiento de culpa con ellos relacionada, se dice que es probable que invente alguna falta menor para explicarse el sentimiento de culpa y para protegerse contra el descubrimiento de la causa real. (7)

5.- RECHAZO

Proceso o acto de considerar algo como sin valor, de desechar algo, o de rehusar admitirlo en una cierta categoría. En las relaciones interpersonales el rechazo es raras veces - absoluto o completo, y generalmente se manifiesta por vías indirectas: por excesivas críticas de la persona rechazada, -- por comparación odiosa, por signos de hostilidad, mal humor o negativa a prestar atención a la otra persona. Rechazo parental significa rechazo del niño hacia alguno de los padres. -

Generalmente no es admitido ni aún para sí mismo. (La relación opuesta puede llamarse rechazo de los padres). (7)