

01921
195



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"INTERES HACIA LA SEXUALIDAD EN NIÑOS ENURETICOS
Y NIÑOS NO ENURETICOS".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIBEL CRISTINA RAMIREZ GUTIERREZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

MEXICO, D. F.

2003





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A la UNAM, mi Alma Mater, por ofrecerme la posibilidad de estudiar y por formarme como una profesionista con conciencia social.

A la Unidad de Pediatría del "Hospital General de México", por permitirme ingresar a sus instalaciones y facilitarme la obtención de la muestra de niños enuréticos.

A la Escuela Primaria "Maestro Adolfo Valles", por su apoyo para realizar este trabajo.

A las madres de familia y niñ@s que aceptaron participar en la investigación.

A la Mtra. Cristina Heredia, por su excelente asesoría, y su apoyo para concluir esta tesis.

A los profesores Emilia Lucio, Amada Ampudia, Blanca Mancilla y Jorge Valenzuela, les agradezco su disposición en la revisión de esta tesis así como sus correcciones y comentarios que sirvieron para mejorarla.

A la profesora Korina Cuevas por su apoyo en el trabajo estadístico.

A mis padres Antonio y Alicia por su apoyo y confianza. Les dedico este trabajo porque ha sido posible gracias a todos sus esfuerzos.

A Homero por ser un gran hermano, por escucharme y darme siempre palabras de aliento.

A tod@s mis amig@s, por su apoyo, comprensión y por todo lo que hemos compartido.

INDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
1. Desarrollo	4
1.1 Desarrollo físico	7
1.2 Desarrollo cognoscitivo	12
1.3 Desarrollo psicosocial	16
2. Sexualidad Infantil	20
2.1 Desarrollo psicosexual (etapas)	21
2.2 Otras expresiones de la sexualidad infantil	27
3. Enuresis	31
3.1 Formulaciones etiológicas	43
3.2 Tratamientos	58
4. Método	65
5. Resultados	79
6. Discusión y conclusiones	97
7. Limitaciones y sugerencias	105
Referencias bibliográficas	107
Apéndice	112

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito conocer si existían diferencias en el interés hacia la sexualidad, en niños enuréticos y niños no enuréticos. Esta pregunta surgió a partir de uno de los diferentes planteamientos que hace el psicoanálisis sobre la enuresis, en donde se propone que este padecimiento se encuentra ligado con la sexualidad del niño. La investigación se llevó a cabo en dos muestras independientes, una de niños que presentaban enuresis y otra de niños que no presentaban dicho padecimiento, cada una de las muestras contó con 20 sujetos. Se utilizaron pruebas proyectivas (Fábulas de Düss, 5 Láminas del CAT con animales y 5 del CAT suplementario), debido a que dichas pruebas están elaboradas principalmente con base a los fundamentos teóricos del psicoanálisis y exploran entre otras cosas, el complejo de Edipo, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación, temas que precisamente esta investigación tuvo como propósito conocer. En lo que se refiere a la calificación de las pruebas se hizo mediante la presencia o ausencia de indicadores dentro de los relatos. En cuanto al análisis de resultados, se utilizaron la prueba *Ji cuadrada como prueba de homogeneidad*, y también la prueba *t de Student*, para conocer si existían diferencias entre los grupos. De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico, en primera instancia se encontró que si existen diferencias entre los niños enuréticos y los niños no enuréticos en cuanto al número de indicadores que presentaron en relación a la variable masturbación, pero también se encontraron diferencias en el número total de indicadores, siendo mayor en ambos casos en la muestra de niños enuréticos.

INTRODUCCIÓN

La enuresis es un problema al que se enfrentan una gran cantidad de niños y junto con ellos sus familias, algunos de los casos jamás son reportados mientras que otros llegan al especialista mucho tiempo después, cuando se han agotado las esperanzas de que la enuresis ceda por si sola.

Son muchas las disciplinas que se han dado a la tarea de investigar el origen de la enuresis y ofrecer así una solución a este problema, a pesar de que actualmente aún se sigue señalando a los factores orgánicos como los principales responsables de su aparición, poco a poco se ha ido reconociendo la importancia de los factores psicológicos implicados en la enuresis. Sin embargo no sucede lo mismo en lo que ha los tratamientos se refiere, generalmente estos concentran su atención sobre los aspectos orgánicos y su objetivo principal es la eliminación del síntoma mientras que se olvida la intervención en el ámbito psíquico.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, los síntomas surgen a consecuencia de los conflictos psíquicos del individuo, por ello desde esta perspectiva es primordial conocer el devenir del síntoma y no su erradicación a priori, por que considera que esto solo representa una medida paliativa y posteriormente surgirían nuevos síntomas ya que el conflicto psíquico sigue presente.

En lo que se refiere a la enuresis el psicoanálisis ha hecho diferentes interpretaciones tratando de identificar la psicogénesis de este síntoma; sin duda la que ha tomado mayor relevancia dentro del círculo de psicoanalistas, es la que plantea que detrás de la enuresis existe una satisfacción erótica y en donde salen a colación las inquietudes presentes en el niño provocadas por el conflicto edípico, la ansiedad de castración y demás temas relacionados con la sexualidad.

Con base en esta interpretación que hace el psicoanálisis sobre la enuresis, este trabajo tuvo como principal propósito investigar si en los niños enuréticos existe un mayor interés hacia la sexualidad que en los niños enuréticos, por ello se hizo uso de pruebas de tipo proyectivo, precisamente por que están elaboradas desde la perspectiva psicoanalítica y exploran los temas de interés para la investigación.

En lo que se refiere a los capítulos, el capítulo 1 contiene una descripción del desarrollo del niño, en las áreas físico, cognoscitivo y psicosocial, ya que al investigar cualquier tipo de trastorno en la niñez, resulta esencial conocer las pautas de desarrollo "normal".

En el capítulo 2 se aborda el tema de la sexualidad infantil desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, debido a que ha sido ésta la que ha puesto mayor interés en lo que se refiere a la sexualidad infantil.

El tema de la enuresis se revisa en el capítulo 3, en él se describen las características de la enuresis, así como las diferentes formulaciones etiológicas y propuestas para el tratamiento de este padecimiento. El capítulo 4 se refiere a la metodología empleada en la realización de ésta investigación.

Los resultados que arrojo este trabajo pueden ser revisados en el capítulo 5, mientras que la discusión y conclusiones de éstos se encuentran en el capítulo 6.

Finalmente en el capítulo 7 se mencionan las limitaciones y sugerencias que surgieron al realizar esta investigación.

1. DESARROLLO

El estudio científico y formal del desarrollo se puede decir que es relativamente nuevo. Al hacer una retrospectiva histórica es posible observar que durante muchos siglos se tuvo un desconocimiento total acerca del desarrollo de los niños y que ha sido gracias a la investigación sobre el desarrollo de la infancia y la niñez como se ha ido modificando la percepción y las actitudes de los adultos hacia estos.

Para el historiador Philippe Aries, fue hasta el siglo XVII cuando las sociedades occidentales consideraron a los niños cualitativamente diferentes de los adultos, ya que antes de dicho periodo se pensaba que sólo eran más pequeños, más débiles y menos inteligentes que los adultos. Durante la edad media los niños eran considerados como infantes hasta los seis o siete años y los mayores eran vistos y tratados como adultos, participaban en conversaciones, bromas, comidas y entretenimientos de adultos. En las pinturas medievales se puede apreciar que no existe distinción entre niños y personas mayores en cuanto a las ropas, peinados y actividades. Por otra parte, en documentos de la época que han sido encontrados, describen que los niños se separaban tempranamente de los padres, para irse a trabajar. De acuerdo con este biógrafo, fue hasta el siglo XVIII cuando los niños contaron con estatus propio, principalmente en las clases medias altas (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 2001).

Las biografías de bebés fueron las bases y las primeras aproximaciones al estudio del desarrollo, en ellas se registraba el desarrollo temprano de un solo niño. Charles Darwin, creador de la teoría de la evolución, y quien estaba convencido que para entender a los seres humanos era necesario conocer sus orígenes, publicó en 1877 una síntesis sobre el desarrollo sensorial, cognoscitivo y emocional de su hijo durante los primeros doce meses. La publicación de Darwin causó interés y las siguientes décadas se publicaron más biografías de bebés.

Durante el siglo XIX, teniendo mayor conocimiento sobre el desarrollo infantil, se modificaron las actitudes y prácticas de crianza, los padres se preocuparon por proteger a sus hijos, vacunándolos contra enfermedades que habían afectado significativamente a este grupo de la población. Por otra parte ante la abundancia de mano de obra barata, los niños fueron menos requeridos para trabajar, además surgieron leyes que los protegían, todo esto les permitió pasar mayor tiempo en la escuela y dentro del núcleo familiar. A finales del siglo XIX los científicos comenzaron a diseñar formas para estudiar a los niños y durante las primeras décadas del siglo XX en Estados Unidos comenzaron los primeros estudios sobre el ciclo de vida. Actualmente el estudio del desarrollo no se limita a la infancia, sino estudia todo el ciclo de vida que abarca desde la concepción hasta la muerte, ya que si bien el crecimiento y desarrollo es más evidente en los primeros años de vida, están presentes a lo largo de toda la vida (Papalia y Wendkos, 2001).

De acuerdo con Craig (1997), el término desarrollo se refiere a los cambios que se dan a través del tiempo de estructura, pensamiento o conducta del individuo debidos a influencias biológicas y ambientales.

Las influencias biológicas y ambientales no actúan de manera aislada sobre el desarrollo sino interactuando unas con otras. Dentro del proceso de desarrollo la maduración del sistema nervioso es fundamental, esta se refiere al desarrollo de una secuencia de patrones de comportamientos, que están determinados genéticamente y relacionados con la edad; sin embargo también la infinidad de influencias ambientales como la familia, la nutrición, el nivel socioeconómico, la cultura, etc., cumplen un papel muy importante dentro de dicho proceso. Por ejemplo el niño presenta la conducta de marcha, una vez que su sistema nervioso y sus músculos están lo suficientemente maduros, sin embargo esta conducta puede verse retardada cuando el niño se desarrolla en un ambiente de privación social y emocional (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Se han elaborado diversas teorías acerca del desarrollo, las del aprendizaje, las cognoscitivistas, las psicoanalistas y las humanistas son algunas de las más importantes; sin embargo entre ellas existen grandes discrepancias debido a que cada una concibe el desarrollo humano de manera distinta. Craig (1997), menciona algunos de los puntos principales de los cuales surgen dichas discrepancias. En primer término menciona la postura de natura contra nurtura, esta cuestión se refiere a que factores son mas importantes, los relacionados con la herencia (natura) o los relativos al ambiente (nurtura). En segundo lugar encontramos lo referente a la continuidad o discontinuidad del desarrollo, los primeros consideran que el desarrollo surge porque las conductas se construyen incesantemente unas tras otras de manera cuantitativa., mientras que los que apoyan la teoría de discontinuidad considera que el desarrollo avanza por pasos. Por último la controversia surge entre la naturaleza organicista o mecanicista del ser humano; los teóricos del organicismo consideran que los humanos son organismos que participan activamente en el proceso de desarrollo, ya que cada individuo interactúa con otros individuos, con su medio ambiente interviniendo sobre objetos, acontecimientos y modificándolos, mientras que para los teóricos mecanicistas los seres humanos son pasivos ante los eventos ambientales, impulsos interiores y motivaciones.

El estudio del desarrollo humano es sumamente amplio y complejo por la gran cantidad de influencias que intervienen en él, pero es de gran utilidad, ya que permite predecir pautas y establecer criterios aproximados para las habilidades y determinar cuándo un individuo esta avanzado o retrasado en un área específica, en relación con sus semejantes. Debido a su gran amplitud y complejidad el estudio del desarrollo generalmente es dividido por áreas, en Craig (1997) y Papalia y Wendkos (2001) el desarrollo es dividido en tres áreas, a saber: física, cognoscitiva y psicosocial. El área física, involucra características como el tamaño, forma y los cambios en la estructura cerebral, las capacidades sensoriales y aptitudes motoras. En el área cognoscitiva se contemplan todas las habilidades y capacidades mentales, así como la organización del pensamiento: percepción,

razonamiento, memoria, resolución de problemas, lenguaje, juicio e imaginación. Mientras que el área psicosocial se refiere a las habilidades sociales y los rasgos de personalidad. A pesar de que el desarrollo es dividido en áreas los autores señalan que el desenvolvimiento de cada individuo en las tres áreas ocurre de manera simultánea e interdependiente.

1.1 DESARROLLO FISICO

El desarrollo físico depende en gran medida de la maduración, el niño podrá alcanzar destrezas motrices como gatear, caminar, correr o controlar adecuadamente los esfínteres y muchas otras destrezas físicas y cognitivas sólo cuando esté lo suficientemente maduro. A pesar de que el desarrollo físico normal sigue una secuencia predeterminada, la edad en que un niño realiza ciertas actividades específicas, puede diferir bastante de la de otros niños.

Cuando se habla de desarrollo físico, resulta necesario conocer dos principios que gobiernan tanto el crecimiento como el desarrollo motor antes y después del nacimiento. El principio cefalocaudal ("de la cabeza a la cola") se refiere a que el desarrollo avanza desde la cabeza hasta las partes inferiores del cuerpo, en el embrión la cabeza, el cerebro y los ojos se desarrollan antes que las partes inferiores. Por otra parte los niños aprenden a utilizar las partes superiores de su cuerpo antes que las inferiores, teniendo control de su tronco y sus manos mucho antes que sus piernas. De acuerdo al segundo principio proximodistal ("de cerca de lejos") el desarrollo avanza del centro del cuerpo a las partes externas. La cabeza y el tronco del feto se desarrollan antes que los brazos y piernas y estos antes que manos y pies. Del mismo modo los bebés desarrollan primero la capacidad para emplear brazos y muslos antes que antebrazos y piernas, después pueden controlar manos y pies y por último los dedos (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Infancia (0 a los 3 años).

Durante el primer mes de vida, al niño se le da el nombre de neonato (recién nacido); es un periodo de transición entre la vida intrauterina y extrauterina, que permitirá la recuperación del proceso del parto, ajuste y perfección de las funciones del sistema circulatorio, respiratorio, gastrointestinal así como la regulación de la temperatura., ya que es hasta el momento de nacer que estas funciones vitales del niño se independizan de las de la madre.

Los seres humanos contamos con muchos comportamientos reflejos que son respuestas automáticas e involuntarias ante estímulos externos, muchos de los cuales sirven para poder sobrevivir y en los recién nacidos que llegan a término presentan una serie de reflejos que se les ha dado el nombre primitivos, algunos de cuales le son necesarios para la supervivencia inicial, como el de orientación para buscar alimento, mientras que otros se piensa pueden ser parte de la herencia evolutiva del ser humano, como el reflejo de agarre, que también se presenta en los bebés monos y mediante el cual se sujetan al pelo de la madre.

Los reflejos primitivos desaparecen durante el primer año de vida, su desaparición es un indicador del desarrollo de la corteza, en donde se da paso a la conducta voluntaria. Es por ello que la presencia o ausencia de reflejos durante los primeros meses de vida son de utilidad para evaluar el desarrollo neurológico. Reflejos como bostezar, toser, estornudar y parpadear son de protección y no se pierden aún cuando los niños maduran (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Durante la infancia y en especial durante los primeros meses, el crecimiento es más rápido de lo que será el resto de la vida y es gracias a este rápido crecimiento físico y muscular, que durante este periodo se observan rápidos y significativos avances en la motricidad. Al momento del nacimiento el niño promedio a término pesa entre 2.5 y 4.3 kg y mide entre 48 y 56 cm de largo. El recién nacido pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, (entre 16 y 20 horas al

día) se alimenta varias veces al día, si bien los primeros días los periodos de alimentación son irregulares, después se establece un ajuste en los periodos. En lo que se refiere a la eliminación de residuos, el recién nacido puede orinar de 15 a 20 veces diarias y defecar 7 u 8 veces aunque al poco tiempo el número de defecaciones se establece a 2 o 3 veces al día y los periodos secos se alargan. A los cinco meses, el bebé a duplicado su peso al nacer y al año de edad lo ha triplicado. Durante el segundo año, este rápido crecimiento disminuye y el niño aumenta en promedio 3 o 4 kilogramos y para el tercer año de vida aumenta sólo 2 o 3 kilogramos, un niño de tres años tiene un peso promedio de 15 o 16 kilogramos. En cuanto a la estatura, los bebés aumentan entre 25 y 30 cm durante el primer año y aproximadamente 15 cm durante el segundo, con un promedio de 92 cm de estatura y durante el tercer año aumentan entre 7 y 10 cm. Cuando el niño aumenta de estatura su forma también cambia, la mayoría de los niños se vuelven más delgados (Hoffman, 1995; Craig, 1997).

Por otra parte si bien es cierto que los fetos se mueven alrededor del útero, se voltean, patean, se chupan los pulgares y los recién nacidos giran la cabeza, patean, agitan sus brazos y presentan un conjunto variado de reflejos, no hay un control conciente de estos movimientos, es hasta alrededor del cuarto mes de vida cuando se presentan los primeros movimiento voluntarios, es decir aquellos que son dirigidos por la corteza.

Durante estos primeros años de vida, el control motor, la habilidad para moverse a voluntad y con precisión, se desarrollan de manera rápida y continua. No obstante para que los bebés presenten nuevas habilidades motoras será necesario que el sistema nervioso central, los músculos y los huesos se encuentren lo suficientemente maduros. Cada nueva habilidad que aprende, capacita al niño para lograr la siguiente, al mismo tiempo esto le permite explorar y manipular su entorno, obteniendo también una gran variedad de estímulos sensoriales y mentales.

La adquisición del control de la cabeza es un buen ejemplo de cómo se van adquiriendo nuevas habilidades motoras, ya que podemos observar que los neonatos son capaces de voltear la cabeza de un lado a otro cuando están acostados sobre su espalda y cuando están boca abajo pueden levantarla lo suficiente para voltearla, pero es alrededor del cuarto mes cuando casi todos los niños pueden mantener la cabeza en posición erecta, mientras se les sostiene o están sentados con apoyo, sólo una vez que tiene la madurez necesaria para controlarla.

Un ejemplo más es el reflejo de agarre que presentan los neonatos, cuando se le golpea la palma automáticamente el bebé cierra y aprieta la mano, pero hacia los tres meses y medio los infantes pueden agarrar un objeto de tamaño moderado aunque aún tienen problemas para sostener un pequeño. Poco tiempo después el infante logra pasar un objeto de una mano a otra y alrededor de los 7 y 11 meses tiene la suficiente coordinación para levantar un objeto diminuto, con un movimiento similar al de las pinzas. Después de este logro el control de la mano se vuelve más preciso.

Lo mismo sucede con la conducta de marcha, el infante requiere de otras habilidades previas antes de alcanzarla; alrededor de los tres meses el bebé promedio comienza a rodar sobre sí mismo, primero de su estomago a su espalda y más tarde de la espalda al estomago. Entre los cinco y seis meses el infante puede sentarse sin apoyo y aproximadamente a los ocho meses puede alcanzar dicha posición sin ayuda. Alrededor del sexto mes gatean apoyados en manos y rodillas con el tronco levantado, paralelo al piso. El siguiente logro es pararse, el infante promedio puede hacerlo con ayuda a los seis meses, entre los 10 y 11 meses el niño puede alcanzar una posición erecta sin ayuda y poco tiempo después puede caminar. Durante el segundo año comienza a subir escaleras, subiendo un peldaño a la vez y más tarde alternando los pies, también comienzan a correr y saltar (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Niñez temprana (3 a 6 años)

Durante la niñez temprana los niños pierden el aspecto regordete de la infancia, adquiriendo una apariencia más delgada, mientras que el estomago se reduce, el tronco, los brazos y las piernas se alargan. sin embargo la cabeza continúa siendo un poco más grande que el resto del cuerpo. Durante este periodo también se producen cambios internos, los cartilagos se convierten en huesos más fuertes y resistente que protegerán los órganos internos; la resistencia física de los niños mejora gracias al aumento de la capacidad de los sistemas respiratorio y circulatorio (Craig, 1997).

En los años preescolares los niños perfeccionan sus habilidades motoras, principalmente las motoras gruesas como el correr y el saltar, mientras que las habilidades motoras finas como escribir o utilizar una cuchara avanzan a un ritmo más lento. Descender una escalera con ayuda, alternando los pies y saltar de cuatro a seis veces en un sólo pie son algunas de las habilidades motoras gruesas de un niño de cuatro años. A los cinco años el niño puede girar y detenerse con eficiencia durante los juegos, es capaz de saltar distancias de entre 70 y 80 cm y descender una escalera sin ayuda (Papalia y Wendkos, 1997).

Dentro de las habilidades motoras finas de un niño entre los tres y cuatro años está el abrochar y desabrochar botones grandes; entre los cuatro y cinco años pueden vestirse y desvestirse sin ayuda y comienzan a utilizar el tenedor; entre los cinco y seis años ya pueden cortar alimentos suaves y hacer nudos simples. Al llegar a los seis años la mayoría de los niños, pueden amarrar sus zapatos sin ayuda (Craig, 1997).

Niñez media (6 a 12 años).

Durante este periodo se perfeccionan en gran medida las habilidades motoras finas y el desarrollo intelectual avanza significativamente. En la niñez

media el crecimiento físico es más lento que en los periodos anteriores, los huesos crecen conforme el cuerpo se alarga y ensancha, también los músculos aumentan en longitud anchura y grosor; sin embargo no todos los niños crecen al mismo ritmo ya que el crecimiento se ve influenciado por factores biológicos como la herencia y el género y también ambientales como la nutrición.

A lo largo de este periodo los niños continúan adquiriendo fuerza, velocidad y coordinación, lo que los lleva a perfeccionar sus habilidades motoras finas y gruesas. Por lo regular al llegar a la edad escolar ya están bien establecidas diversas capacidades locomotoras como correr, saltar y logran realizarlas sin dificultades. Las habilidades motoras finas se desarrollan rápidamente, el uso de las manos se vuelve cada vez más refinado, entre los seis y siete años la mayoría de los niños desarrollan las habilidades necesarias para la escritura, aunque algunos lo logran hasta los ocho años (Craig, 1997).

1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO

La cognición es el acto mediante el cual avanzamos en el conocimiento de nuestro mundo, y engloba los procesos de pensar, aprender, percibir, recordar y comprender. De tal modo que cuando se habla de desarrollo cognoscitivo se refiere al crecimiento y refinamiento de estas capacidades intelectuales (Craig, 1997).

Durante muchos tiempo se subestimaron las capacidades cognoscitivas de los infantes, sin embargo en la últimas décadas, se han realizado múltiples investigaciones sobre estos y se han encontrado datos interesantes a cerca de cómo aprenden los niños. Mucho de lo que se sabe actualmente, acerca de cómo piensan los niños es gracias a las observaciones meticulosas de niños hechas por Jean Piaget (1896 – 1980), quien elaboró una teoría acerca del desarrollo cognoscitivo.

De acuerdo a Piaget el comportamiento inteligente es la habilidad innata de una persona para adaptarse al medio ambiente; describió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas, en cada una se desarrolla una nueva forma de pensamiento y de respuesta acerca del mundo, cada etapa constituye un cambio cualitativo de un tipo de pensamiento o comportamiento a otro. El desarrollo intelectual, comienza desde el nacimiento y continúa hasta la adolescencia e incluso después (Craig,1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Según Piaget en cada etapa del desarrollo, una persona tiene su propia representación individual del mundo, de dicha representación yacen muchas estructuras cognoscitivas básicas conocidas como esquemas. Un esquema es un patrón organizado de comportamientos que la persona utiliza para pensar sobre una situación y actuar en consecuencia. Por otra parte la organización, adaptación y equilibrio, son tres principios del desarrollo cognoscitivo que se interrelacionan y operan en todas las etapas de desarrollo y afectan todas las interacciones con el medio ambiente.

Al hablar de organización cognoscitiva Piaget se refiere a la tendencia a crear sistemas que llevan juntos todo el conocimiento que una persona tiene del medio ambiente. El desarrollo va desde estructuras organizacionales simples a otras más complejas. Por otra parte utilizó el término adaptación para determinar cómo una persona maneja la información y ajusta su pensamiento para incluir nueva información y comprenderla. La adaptación puede llevarse a cabo por medio de asimilación donde la nueva información se incorpora a la los esquemas ya existentes, o por acomodación en donde se crean nuevos esquemas para integrar las nuevas experiencias.

Finalmente el equilibrio es una pugna constante que resulta necesaria para lograr el balance entre el niño y el mundo exterior y entre sus propias estructuras cognoscitivas. De acuerdo con Piaget la mente siempre trata de encontrar un equilibrio entre asimilación y acomodación para eliminar las incongruencias entre

la realidad y su representación (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997; Rice, 1997).

Etapa sensoriomotora (0 a 2 años).

La primera etapa cognoscitiva en la teoría de Piaget se denomina etapa sensorio-motora, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años de edad, en dicha etapa los infantes aprenden de sí mismos y del mundo a través de sus propias actividades sensoriales y motrices. De acuerdo con Piaget al finalizar esta etapa la mayoría de los niños han adquirido diversas habilidades intelectuales simples pero fundamentales, como la noción sobre los usos de los objetos y la comprensión de su permanencia. Para este autor el conocimiento en los dos primeros años se adquiere principalmente a través de las reacciones circulares, con esto se refiere a que los niños aprenden a reproducir eventos placenteros o interesantes que han descubierto al azar.

La etapa sensorio-motora se divide en seis sub-etapas, la primera de ellas abarca desde el nacimiento hasta el primer mes, en ella los recién nacidos obtienen alguna conocimiento sobre sus reflejos innatos; comienzan a utilizar dichas conductas reflejas aún cuando no este presente el estímulo que las produce. La segunda sub-etapa del primer mes al cuarto, en donde el niño repite una sensación placentera que ha descubierto por azar. Del cuarto al octavo mes se ubica la tercera sub-etapa que se caracteriza por que los niños comienzan a realizar acciones intencionales para conseguir resultados que no están ligados a su cuerpo, como puede ser agarrar un objeto. Al llegar a la cuarta sub-etapa, del octavo al doceavo mes, los infantes manejan, modifican y coordinan sus viejos esquemas hasta encontrar uno que les sirva en situaciones nuevas. En la quinta sub-etapa de los doce a los dieciocho meses, el infante practica nuevos comportamientos, variando las acciones originales para ver qué sucede, ya no sólo se limitan a repetir los comportamientos placenteros, ensayan nuevos comportamientos que les permitan encontrar la mejor manera de alcanzar una

meta. Aproximadamente a los dieciocho meses el niño llega a la sexta sub-etapa en la cual los niños comienzan a emplear el lenguaje para representar las acciones, antes de llevarlas a cabo y tiene noción del principio causa-efecto, de tal manera que ya no le es necesario utilizar el largo proceso de tanteo para resolver nuevos problemas. Para Piaget, la permanencia de los objetos es el principal logro del periodo sensorio-motor y consiste en darse cuenta de que un objeto o una persona existe aún cuando estén fuera de nuestra vista, la noción de permanencia de objeto se alcanza alrededor de los dieciocho meses (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997).

Etapa preoperacional (2 a 7 años)

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, durante la etapa preoperacional que abarca de los dos a los siete años, los niños siguen ampliando su conocimiento acerca del mundo, al llegar a esta etapa los niños aprenden no sólo mediante lo que les proporcionan sus sentidos y sus movimientos, como sucedía en la etapa sensorio-motora, sino también mediante el pensamiento simbólico.

La etapa preoperacional se divide en dos estadios, el primero de ellos llamado preconceptual (de los 2 a los 4 años) que se caracteriza por el empleo de símbolos y del juego simbólico, lo que permite al niño pensar en cosas o personas aun cuando no esta presente, y gracias al lenguaje es capaz de comunicarlas. Durante el segundo estadio, llamado intuitivo (de alrededor de los 5 a los 7 años), los niños comienzan a entender diferentes puntos de vista y conceptos de relación. La comprensión acerca del tamaño, número y las clasificaciones espaciales aún son deficientes. Para Piaget, el pensamiento preoperacional es limitado en comparación al que se alcanza en la siguiente etapa (de las operaciones concretas), puesto que los niños no pueden diferenciar con claridad la realidad de la fantasía (Craig, 1997).

Etapa de las operaciones concretas (7 a 12 años).

La tercera etapa propuesta por Piaget, acerca del desarrollo cognoscitivo es la de las operaciones concretas (de los 7 a los 12 años), dicha etapa se caracteriza por que los niños pueden utilizar símbolos para llevar a cabo operaciones, aplican principios lógicos para situaciones concretas; utilizan operaciones mentales internas (pensamientos) para solucionar problemas que se encuentran aquí y ahora, por ello mejora su capacidad para trabajar con números, manejar conceptos de tiempo y espacio y distinguir la realidad de la fantasía, clasifican objetos o los agrupan en categorías similares. Debido a que en esta etapa el egocentrismo es mucho menor que en lo periodos anteriores, los niños pueden descentrar, es decir toman en cuenta todos los aspectos de una situación y no sólo uno; el aumento en esta capacidad le permite comprender el punto de vista de los demás y por consiguiente comunicarse y relacionarse con estos (Papalia y Wendkos, 1997).

1.3 DESARROLLO PSICOSOCIAL

El desarrollo de la personalidad se ve entrelazado con las relaciones sociales, por ello dentro del área del desarrollo psicosocial se contemplan no sólo los rasgos de personalidad del individuo, sino también la manera en que éste se relaciona con su entorno social, en como se acerca y reacciona ante los demás o ante diferentes situaciones. Las emociones son otra parte fundamental en el desarrollo psicosocial, estas surgen como respuesta a situaciones y experiencias muy diversas y están acompañadas de procesos neuroquímicos; en primera instancia desempeñan una función adaptativa, para asegurar la supervivencia, pero también fungen como medios de comunicación, de ahí su importancia en las relaciones sociales; en general las emociones cumplen una función importante como motivadores de la conducta (Craig, 1997; Papalia y Wendkos, 1997; Rice, 1997).

La manera de sentir las emociones, es diferente en cada persona, así como la clase de experiencias que las generan y las respuestas que se dan a estas; las reacciones emocionales son un elemento fundamental de la personalidad, en el recién nacido el llanto es un indicador de que tiene hambre, sin embargo poco después este llanto toma diferentes connotaciones como enojo o frustración, del mismo modo la sonrisa que en principio es un acto originado por el sistema nervioso central después pasa a ser un indicador de placer.

Durante los primeros años de vida, los infantes se relacionan principalmente con los miembros de su familia, estos primeros lazos son de gran importancia porque pueden determinar en gran medida su capacidad para relacionarse en el futuro. El primer vínculo y tal vez el más importante es el que el niño logra establecer con la madre o cuidadora, esta primera relación se caracteriza por una fuerte interdependencia e intensos sentimientos mutuos, para que dicho vínculo se establezca con firmeza es necesario que la madre sea afectiva, atenta y sensible a las señales de su hijo, como por ejemplo en lo que se refiere al entrenamiento de los esfínteres. Si bien este primer vínculo es determinante en el desarrollo del infante, no se debe subestimar la importancia de los vínculos que establece con el padre, los hermanos u otros miembros cercanos a él (Papalia y Wendkos, 1997).

En la niñez temprana con la entrada a la educación preescolar, los niños tienen la oportunidad de interactuar con niños y adultos que están fuera de su círculo familiar, lo cual favorece el proceso de socialización, el niño desarrollará nuevas habilidades sociales, destrezas y valores. Durante los años preescolares, los niños deberán aprender a manejar sus emociones como la alegría, el afecto, el orgullo, y otras que no le son tan agradables como la ira, el miedo, la ansiedad, los celos, la frustración.

Principalmente el niño deberá aprender a enfrentar el miedo y la ansiedad, que son causadas por diferentes experiencias a las que se enfrenta, aunque no se debe olvidar que frecuentemente se ven influenciadas por la imaginación del niño,

por ejemplo en muchas ocasiones el niño teme que ante el nacimiento de un hermano los padres lo rechacen o abandonen. La ansiedad se incrementa cuando el niño tiene conciencia de que sus sentimientos son inaceptables, como el enojo con uno de los padres o maestros, celos de un hermano o el deseo de ser cargado como bebés.

La masturbación y los juegos sexuales son otro ejemplo de situaciones que comúnmente causan ansiedad en el niño. Es durante la niñez temprana cuando los niños descubren que la autoestimulación es placentera y tienden a incrementarla; también aumenta su curiosidad acerca de su propio cuerpo y el de otros, además comienzan a hacer muchas preguntas relativas al sexo, ésta autoexploración y curiosidad es una parte natural y vital de la experiencia infantil, sin embargo no siempre es aceptada por los adultos y específicamente por los padres, quienes generalmente hacen restricciones severas de estas conductas, lo cual provoca en el niño culpa y ansiedad (Craig, 1997).

En la niñez media, los niños pasan mayor tiempo fuera de su hogar del que solían pasar antes. La escuela, los amigos y los juegos los mantienen fuera de su casa, pero a pesar de ello su familia y su hogar siguen siendo muy importantes. Durante este periodo de la vida las obligaciones e intereses externos se incrementan, los niños son más autosuficientes y necesitan menos cuidados físicos y supervisión por parte de los adultos.

En la edad escolar el grupo de amigos toma gran importancia ya que al interactuar con otros niños y ya no sólo con los padres, desarrollan el autoconcepto y construyen la autoestima, se forman opiniones de sí mismos, de sus capacidades y sus habilidades. El grupo de amigos permite al niño contrastar sus opiniones, sentimientos y actitudes, así como examinar los valores que se le enseñaron dentro de su familia y decidir cuáles mantener y cuáles rechazar (Papalia y Wendkos, 1997).

Mediante esta breve revisión a cerca del desarrollo de los primeros años de vida, nos percatamos de la amplitud y complejidad de este proceso, razón por la cual los estudiosos del mismo se han visto en la necesidad de dividirlo por etapas y áreas, sin que ello signifique que una sea totalmente independiente de la otra. Por otra parte a pesar de que aún no existe un acuerdo en cuanto a si son las influencias biológicas o las ambientales, las que tienen un mayor impacto sobre el desarrollo es indudable que ambas cumplen una función determinante dentro del proceso. El aprendizaje del control de esfínteres es un claro ejemplo de que tanto la influencias biológicas –maduración- como las ambientales –familia, sociedad- son necesarias para que dicho aprendizaje se logre de una manera adecuada.

2. SEXUALIDAD INFANTIL

Durante muchos años se creyó que los niños eran seres asexuados, se creía que la sexualidad comenzaba con la pubertad. Sigmund Freud (1856-1939), padre del psicoanálisis, se interesó por investigar el origen de la neurosis que afectaban a sus pacientes, y después de varios años de investigación concluyó que en todos los casos de neurosis existía una etiología sexual, además hizo una diferenciación entre las neurastenias en donde el conflicto sexual es actual, de las psiconeurosis en cuyo caso el conflicto se remonta a la infancia, con esto Freud reconoce por primera vez que los niños tienen sexualidad y que ésta no comenzaba con la pubertad como se pensaba hasta entonces.

Otra de sus aportaciones fue reconocer que la sexualidad humana no se limitaba a los genitales y las glándulas genésicas, sino que también distintas zonas corporales eran susceptibles de experimentar sensaciones de placer sexual, pero señaló que debido a que ciertas partes, como la boca, ano y genitales, están predestinadas para ello, tomarían supremacía sobre el resto. A sabiendas de lo que su teoría provocaría en la sociedad conservadora de su tiempo escribió:

"... es necesario crear en la opinión pública un espacio para que se discutan los problemas de la vida sexual; se debe poder hablar de estos sin ser por eso declarado un perturbador o alguien que especula con los bajos instintos. Y respecto de todo esto resta un gran trabajo para el siglo venidero, en el cual nuestra civilización tiene que aprender a conciliarse con la exigencias de nuestra sexualidad" (Freud, 1983a).

Al realizar sus investigaciones Freud se percató de la importancia que tienen los primeros años de vida en el desarrollo posterior de los individuos, por ello en su momento hizo fuertes críticas a los adultos al descuidar el estudio de estas primeras etapas de la infancia y sobre todo por ignorar reiteradamente las

evidencias que daban fe de la sexualidad infantil; hasta ese momento resultaba de poco interés para los pocos autores que se dedicaban al estudio del desarrollo infantil, el investigar las expresiones sexuales infantiles debido a que se consideraban como situaciones anormales y poco frecuentes. De acuerdo Freud los diques personales de los autores, que estaban influenciados por la sociedad conservadora de la época y la amnesia que presentan la mayoría de los adultos, respecto a sus primeros años de la infancia y que según este autor en realidad ocultan los comienzos de su propia vida sexual, eran los motivos por los cuales los adultos habían descuidado el estudio del desarrollo sexual infantil (Freud, 1983b).

Ante la inexistencia de trabajos sobre la sexualidad infantil principalmente y debido a que representaba un punto fundamental dentro de su teoría, por varios años Freud continuó investigando sobre ella y en 1905 publica "*Tres ensayos sobre teoría sexual*" dedicando uno de ellos a la sexualidad infantil, en él propone su teoría sobre el desarrollo psicosexual, que se encuentra constituido por cuatro etapas y un período de latencia.

2.1 DESARROLLO PSICOSEXUAL

En la teoría sobre el desarrollo psicosexual, Freud propone que se ven involucradas diversas regiones del cuerpo, boca, ano, genitales, en donde se focaliza el placer sexual y las llamó zonas erógenas; de acuerdo con el autor, durante la niñez ciertas regiones del cuerpo, en un momento determinado, toman un significado psicológico prominente y cada región viene a ser el origen de nuevos placeres y nuevos conflictos; además consideraba que el desarrollo psicosexual tendría un papel decisivo en la formación de la personalidad.

Dicaprio (1985) y Cueli (2001) mencionan que para Freud los primeros años de vida eran muy importantes en la formación de la personalidad; por que creía que la estructura de la personalidad quedaba determinada por las experiencias

infantiles, principalmente aquellas que fueron excesivamente frustrantes o por el contrario excesivamente gratificantes.

Etapa oral

De acuerdo con Freud esta etapa abarca desde el nacimiento hasta el primer año y medio de vida aproximadamente, el origen principal de búsqueda de placer y conflicto es la boca. Inicialmente la actividad sexual esta ligada a la alimentación, pero tiempo después ante la necesidad de repetir la satisfacción sexual, se separa de la necesidad de buscar alimento, surge así el chupeteo, esta práctica no tiene como finalidad la nutrición y la pulsión sexual no esta dirigida a otra persona, sino es autoerótica ya que se satisface en el propio cuerpo, lo cual le permite en cierto grado independizarse del mundo exterior.

Freud en 1905 encuentra en el chupeteo los rasgos generales de las exteriorizaciones sexuales durante la infancia, plantea que éstas surgen unidas a unas de las funciones corporales importantes para la vida, no conoce objeto sexual, es decir es autoerótica y su meta se encuentra bajo el imperio de una zona erógena (Freud,1983b).

Durante esta etapa la madre juega un papel muy importante, por que es el primer contacto afectivo y de conocimiento del mundo exterior que tiene el niño, las condiciones en que ésta le proporciona no sólo el alimento, sino también bienestar y confort, permiten que el niño al final de esta primera etapa logre diferenciar entre el yo y no yo (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

Etapa anal

La segunda etapa propuesta por Freud es la sádico-anal que se extiende desde los 18 meses aproximadamente a los tres años y medio. Durante esta etapa las necesidades orales continúan activas pero en menor grado que antes y se ven

sustituidas por las preocupaciones anales. La actividad y satisfacción sexual es producida por la pulsión de apoderamiento a través del intestino, mediante la retención de heces fecales el niño estimula la zona anal, la acumulación de éstas provoca fuertes contracciones musculares y tras su expulsión al pasar por el ano también ejercen gran estimulación de la mucosa. Para el niño las heces fecales forman parte de su propio cuerpo y las ofrece como regalo, expresando así su obediencia al medio exterior o por el contrario puede desafiarlo, rehusándose a entregarlas, por lo anterior Freud señala la ambivalencia como característica de esta etapa (Freud, 1983b).

Gracias a que en esta etapa, el niño ha alcanzado un desarrollo neuromuscular satisfactorio, se vuelve muy activo, explora el mundo, imita a los adultos no sólo en sus palabras, sino también en todos sus gestos, todo esto es. Por otra parte los padres comienzan a educarlo, lo regañan, le pegan con el objetivo de habituarlo a una disciplina social, aunque el niño se resiste finalmente termina aceptándola debido a que es más débil que el adulto. Ante esto el niño establece con el adulto una relación ambivalente, que por un lado ama e imita y por otro trata de controlar. El modo en que se implanta la disciplina marcará un estilo de relación con los objetos de amor en etapas posteriores (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

Etapa fálica

Esta etapa tiene lugar entre los tres y cinco años de edad, los órganos genitales se vuelven una fuente de placer, a pesar de que la curiosidad respecto al cuerpo puede comenzar mucho antes, es hasta la etapa fálica donde los genitales se convierten en objetos de inquietud e interés, dicho interés no es en cuanto a la función reproductora sino en relación a la actividad autoerótica, explora sus genitales, se masturba. El niño comienza en ese momento a darse cuenta de las diferencias entre hombres y mujeres, su inquietud se incrementa aún más cuando descubre las diferencias anatómicas (Dicaprio, 1985; Engler, 1996;).

Para Freud (1983b), el origen de estimulación en el niño era el pene y para la niña el clitoris y no los órganos sexuales completos, además señala que durante esta etapa, dicha estimulación es autoerótica.

Complejo de Edipo

Freud señaló que durante la etapa fálica el niño presenta lo que él llamó Complejo de Edipo, basado en la tragedia griega de Sófocles, en donde Edipo en forma involuntaria asesina a su padre y se casa con su madre, con esto Freud sugirió que los niños tienen deseos incestuosos hacia el padre del sexo opuesto e impulsos asesinos hacia el padre del mismo sexo que ellos, también señaló que dichos intereses y sentimientos sexuales del niño son aún bastante rudimentarios, por lo que no tienen la intensidad, ni dirección del amor físico y emocional que caracteriza el impulso sexual del adulto. Por otra parte hace también una diferenciación con respecto al Complejo de Edipo en el niño y en la niña, ya que si bien son similares, el surgimiento y resolución del mismo se dan en diferentes circunstancias. En ambos casos el Complejo de Castración es el punto medular, por que mientras en el niño lleva a la resolución del Complejo de Edipo, en la niña da origen a tal complejo (Freud, 1983b; 1997a; Dicaprio, 1985; Engler, 1996).

El Complejo de Edipo del varón, se caracteriza porque el niño esta enamorado de su madre, quien además fue su primer objeto de amor, esta muy encariñado con ella, la quiere para él solo, desea amarla, sin embargo sus deseos se ven frustrados por el padre, con quien tiene que compartir el amor de la madre. El niño percibe al padre como rival, que además es más grande y más fuerte que él, surgen entonces los impulsos y deseos de eliminarlo, dichos sentimientos son muy intensos, le causan conflicto, lo hacen sentir culpable. Sin embargo, Freud señala que los sentimientos del niño hacia el padre no sólo son hostiles sino combinan con sentimientos de amor. La rivalidad culmina con la **ansiedad de castración**, donde el niño tiene miedo a ser castigado –castrado- por el padre, por

los deseos que tiene hacia su madre. Para que el complejo de Edipo sea resuelto, el niño deberá renunciar a los deseos de poseer a su madre e identificarse con su padre, en términos de género sexual, incorporando así sus códigos morales y mandatos, es decir, el afecto del niño hacia su madre pierde su aspecto sexual sublimándolo en ternura e introyecta en el yo el papel masculino, imitando a su padre, con lo cual queda formado el núcleo del *superyó* (Freud, 1983b; 1997a; 1997d; 1997e; Engler, 1996).

De acuerdo con Freud, la niña experimenta un proceso semejante pero diferente: del mismo modo que en el niño, el primer objeto de amor es la madre, pero al descubrir los genitales masculinos –pene– de los cuales ella carece, la niña se siente decepcionada y avergonzada por su condición -castrada- y experimenta celos del hombre ella también desea tener un pene, a esto Freud llamó **envidia del pene**; llevando a la niña a sobrevalorar el papel masculino y minimizar el femenino. Sólo después la niña se resigna al deseo de poseer un pene y lo reemplaza por el deseo de un hijo, así la niña abandona a la madre y el amor se vuelca sobre el padre; toma a su padre como objeto sexual y ve a su madre como rival, además existen sentimientos de resentimiento y odio de la niña hacia su madre, porque la considera la responsable de la castración. En este caso, para resolver el complejo de Edipo es necesario que la niña se identifique con su madre incorporando sus valores, pero además deberá renunciar al deseo inconsciente de recibir un hijo del padre. Para Freud los deseos de poseer un pene y el de recibir un hijo permanecen en lo inconsciente y según este autor preparan a la mujer para llevar a cabo su papel sexual posterior (Freud, 1983b; 1997a; 1997d; Engler, 1996).

Periodo de latencia

De acuerdo con Freud las exteriorizaciones sexuales aparecen ya en edades muy tempranas y estas siguen desarrollándose hasta llegar al periodo de latencia donde sufren una progresiva sofocación. El periodo de latencia comienza

alrededor de los seis, tras la declinación del complejo de Edipo y termina con el inicio de la pubertad y doce años, durante la latencia la energía es desviada del uso sexual a otros fines principalmente a actividades competitivas y de tipo cultural, gracias a que al llegar a la latencia el *superyó* esta lo suficientemente desarrollado, el niño ha internalizado las normas para interactuar con la sociedad y aparecen en él los sentimientos de asco, vergüenza, así como los ideales estéticos y morales (Freud, 1983b; 1997d; Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

De acuerdo con Esquivel, Heredia y Lucio (1994), si al llegar a la latencia el niño ha logrado una solución satisfactoria a sus conflictos en las etapas anteriores, será capaz de incorporarse a un grupo, haciendo uso tanto de sus dotes básicas como de sus habilidades adquiridas. Por el contrario cuando no ha resuelto adecuadamente estos conflictos previos es posible que se presenten síntomas conductuales, que se manifestaran en desajustes.

Etapas genitales

La última etapa del desarrollo psicosexual propuesta por Freud (1905) es la genital que comienza con la pubertad y es el último periodo significativo del desarrollo de la personalidad. Si bien durante la etapa fálica la sexualidad es primitiva y rudimentaria y primeramente egocéntrica, durante la etapa genital la sexualidad alcanza su madurez y se vuelve heterosexual. Con la maduración de los instintos sexuales, los órganos genitales se convierten en el origen principal de las tensiones y placeres, mientras que las otras zonas erógenas se subordinan (Engler, 1996).

Como se puede observar en cada una de las etapas del desarrollo psicosexual, son distintos los objetos y los modos de gratificación de la pulsión sexual. En el curso del desarrollo, la libido evoluciona de una etapa a otra, de tal modo que la catexia de un objeto o modo de gratificación de una etapa previa disminuye gradualmente y catectiza a su vez, el objeto o modo de gratificación de

la siguiente etapa. Si en alguna etapa del desarrollo psicosexual, la libido no obtuvo una satisfacción adecuada, ya sea por una gratificación o por una frustración excesiva, puede quedar fijada o detenida en esa etapa particular, dificultando así el desarrollo subsecuente, cuando en una etapa posterior el objeto o el modo de gratificación es insatisfactorio el individuo regresa a la etapa en que se encuentra fijado; a este proceso se le llama regresión (Dicaprio, 1985; Engler, 1996; Cueli, 2001).

2.2 OTRAS EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

Como ya se mencionó, Freud criticó en distintas ocasiones el descuido del estudio de la sexualidad infantil, pero también cuestionó la actitud de padres o cuidadores al tratar de ocultar a los niños todo lo referente a la sexualidad, con la finalidad de evitar despertar en ellos el instinto sexual. En opinión de Freud:

“El niño aparece perfectamente capacitado para la vida erótica –excepción hecha de la reproducción- mucho antes de la pubertad, y puede afirmarse que, al ocultarle sistemáticamente lo sexual, sólo se consigue privarle de la capacidad de dominar intelectualmente aquellas funciones para las cuales posee ya una preparación psíquica y una disposición somática”(Freud, 1997a).

Este teórico estaba convencido de que ningún niño llega a la pubertad sin que los problemas sexuales le hayan causado ya cierta curiosidad e interés, pero señala que debido a la educación y a la intensidad del instinto sexual de cada sujeto se pueden encontrar grandes diferencias en la conducta sexual infantil, al igual que en su interés y curiosidad hacia la sexualidad.

Encontramos que durante el desarrollo psicosexual cada zona erógena toma gran relevancia y primacía sobre las otras en una determinada época de la vida del niño, sin embargo al despertar el interés y la curiosidad por la sexualidad las personas también son tomadas como objetos sexuales y de ahí surgen en el niño

otras pulsiones como la de ver o exhibir, Freud menciona que es común que los niños sientan gran curiosidad por ver los genitales de otros, del mismo modo disfrutan exhibir ante otros su cuerpo desnudo, siempre enfatizando la región de los genitales (Freud, 1983b; 1997b).

Entre el tercer y quinto año de vida, durante la etapa fálica, aparece en el niño la pulsión de saber, la curiosidad intelectual por los enigmas que encierra la de la vida sexual. Es generalmente ante la llegada de un hermano, cuando en el niño emergen sus instintos egoístas al ver amenazados sus intereses, lo cual lo lleva a reflexionar y preguntarse ¿De dónde vienen los niños?, otra cuestión por la cual también se interesan los niños es por saber ¿en que consiste el acto sexual de los adultos? cuando el niño pregunta a los padres para encontrar una respuesta y éstos la eluden, la reprenden o bien no le satisface plenamente, el niño emprende en secreto sus propias investigaciones y elabora teorías para tratar de resolver estos enigmas (Freud, 1983b; 1997b).

De acuerdo con las investigaciones sobre las teorías sexuales infantiles Freud señala que tiene grandes errores y que difícilmente el niño puede descifrar la verdad, debido a que aún desconoce dos aspectos esenciales para encontrar respuesta a sus preguntas, por un lado la existencia de la vagina y por otro la del semen.

La atribución de órganos genitales masculinos a todas las personas incluyendo a las mujeres, la creencia de que los niños son expulsados como un excremento y la interpretación del coito como un acto sádico, son según este autor algunas de las teorías sexuales infantiles más frecuentes en los niños varones (Freud, 1983b; 1997b; 1997c).

Durante la etapa fálica, en donde se activan los genitales como zona erógena primordial, surge la masturbación de segundo orden, aparece como una picazón, afirma Freud, que reclama ser satisfecha; es mediante la frotación o

ejerciendo presión sobre la zona genital como se elimina el estímulo y se produce la sensación placentera. Estas conductas masturbatorias generalmente son reprobadas por los padres, se amenaza al niño con cortarle la mano o el pene, surge entonces también el temor a ser castrado. Durante el periodo de latencia la masturbación sufre una sofocación y es en la pubertad cuando emerge la tercera fase de masturbación (Freud, 1983b).

Para Klein a pesar de que durante el periodo de latencia, donde el Complejo de Edipo a declinado y la fuerza de las tendencias instintivas han disminuído, el niño continua en lucha contra la masturbación. Opina que las actividades masturbatorias provocan un excesivo sentimiento de culpa, debido principalmente a las tendencias destructivas de las fantasías que acompañan a la masturbación, considera que es el sentimiento de culpa lo que lleva al niño a interrumpir la masturbación (Klein, 1994).

Dolto (1974) opina que el adulto al hacer la prohibición de la masturbación generalmente habla según su superyó y no según las exigencias sociales reales de su medio, por ello cuando el niño pregunta la razón de la prohibición, el adulto se limita a contestar "no es bueno" o "es sucio". Según esta autora la masturbación generalmente no cesa, ante estas opiniones del adulto, entonces los padres recurren a los castigos corporales como bofetadas, nalgadas o incluso a castigos que resultan más sádicos, como el atarle las manos. También señala que son comunes las amenazas de mutilación, que se le paralizará o secará la mano, se le dice que puede enfermar, enloquecer o incluso morir si no abandona la masturbación.

Para Dolto, la masturbación lejos de fatigar o enfermar al niño, le permite calmar la tensión libidinal fálica, proporciona al niño una liberación fisioafectiva, que si bien no iguala en intensidad el orgasmo adulto, sí logra un apaciguamiento psíquico y físico (Dolto, 1974).

Por otra parte señala que existe una manera para exigir al niño la renuncia de los instintos, por lo cual considera de gran importancia la personalidad del educador por que de ello dependerá que el niño se desarrolle felizmente o por el contrario puede dificultar su evolución. En relación a la masturbación opina que es mejor que el adulto no intervenga y deje que cese por si sola. En los casos en donde el niño presente masturbación en público, si el adulto decide intervenir y hablar al respecto con el niño, deberá hacerlo con un tono natural, y explicar al niño que dicha actividad se debe realizar en privado.

A principios del siglo pasado Freud se enfrentó a fuertes críticas y a la censura, por proponer que los niños tenían sexualidad, sin embargo en la actualidad se reconoce como una de sus principales aportaciones. En general se acepta la existencia de la sexualidad infantil, pero es en especial el psicoanálisis quien pone especial énfasis en ella, porque considera que juega un papel determinante en el desarrollo de la personalidad y en la vida futura del individuo, además como señala Freud es en ella donde se encuentra el origen de la neurosis, en el siguiente capítulo se observara como Freud relaciona la sexualidad del niño con la aparición de la enuresis.

3. ENURESIS

De acuerdo con Ajuriaguerra (1983) la enuresis es la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años.

La palabra deriva del griego y significa "orinar" o "hacer aguas" (Ollendick, 1986; Jiménez, 1995; Rodríguez, 1998).

La enuresis es un trastorno frecuente en la población infantil, sin embargo, de los casos existentes, sólo una pequeña fracción de ellos acude al especialista específicamente por este padecimiento; de manera más frecuente es descubierta por casualidad, cuando el pediatra hace la historia clínica del paciente. La enuresis es un padecimiento muy antiguo, de acuerdo con Glicklich el primer escrito donde se encuentra documentado este problema, es en el Papiro de Ebers fechado alrededor de 1550 a. C., en el se hace una descripción del síntoma y una revisión de procesos terapéuticos, muchos de ellos hoy en día podríamos calificar de bárbaros, como el uso de ácido sobre el meato del niño con enuresis, finalmente en este escrito se recomienda como tratamiento una mezcla de cantidades iguales de nebrina, vino de chipre y cerveza, (Shafii, 1982; Bekei, 1992; Rodríguez, 1995; Klykylo, 1998; Netherton, 1999; Cebrián, 2002)

A lo largo del tiempo la enuresis ha sido investigada por diferentes disciplinas, tales como la medicina, la pediatría, la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis entre otras, todas han hecho aportaciones sobre este padecimiento, sin embargo aún existen diversas ambigüedades y contradicciones en cuanto a su definición, hipótesis etiológicas y tratamientos recomendados, ya que varían dependiendo de la disciplina y postura de cada autor (Albarran, 1979; Lebovici y Cols, 1990). En el presente capítulo se presentan las principales características de

la enuresis, así como las diferentes hipótesis etiológicas y tratamientos, que se han propuesto en torno a este problema, sin embargo resulta conveniente hacer antes una revisión a cerca de la adquisición del control de esfínteres así como del proceso de micción para comprender mejor la enuresis, en la cual no existe un control adecuado de la micción.

Control de esfínteres

La adquisición del control voluntario de los músculos que gobiernan la eliminación es otra de las habilidades importantes para el desarrollo del niño; el niño deberá aprender a responder no sólo a las leyes biológicas de su desarrollo sino también a las leyes marcadas por la sociedad, es decir, deberá controlar y realizar sus funciones de eliminación en los momentos y lugares socialmente aceptables, de no hacerlo así sufrirá consecuencias negativas no sólo dentro de su ambiente familiar sino también en el social y escolar en el que se desarrolla, lo cual deteriorará significativamente su vida personal y emocional. Para Jiménez (1995), considera que el entrenamiento en control de esfínteres es el objetivo más básico y universal de socialización.

Existen dos tipos de funciones de eliminación, la micción y la defecación, la eliminación es un proceso necesario para desechar los productos finales que resultan inútiles o incluso perjudiciales para el cuerpo. Para la mayoría de los padres es de gran importancia que sus hijos aprendan a no ensuciarse; frecuentemente se preguntan ¿Cuál es la edad adecuada para comenzar el entrenamiento de esfínteres? o ¿A qué edad el niño debe controlar adecuadamente sus funciones de eliminación?, sin embargo no existe una respuesta única para dichas cuestiones, pero se deben tomar en consideración los diferentes factores que se ven involucrados en la adquisición de dicho proceso (Breckenridge, 1985).

Fritzgerald opina que es ilógico que los padres inicien el entrenamiento de control de esfínteres a edades muy tempranas, por que si bien es alrededor de los 18 meses cuando el niño ha alcanzado la maduración necesaria para controlar de manera voluntaria los esfínteres, para que logre realizar adecuadamente y de manera independiente el niño deberá contar con muchas otras habilidades (Fritzgerald, 1985).

Para Ajuriaguerra, el control esfinteriano depende de un sistema anatomofisiológico que sólo después de un periodo de maduración podrá funcionar, también señala que su utilización dependerá de las normas culturales donde se lleve a cabo, y considera que el funcionamiento del control de esfínteres estará en estrecha relación con la evolución funcional de la libido, debido al carácter erótico propio de las zonas de orificios (Ajuriaguerra, 1983).

Arnold Gesell, quien llevó a cabo numerosos inventarios de desarrollo infantil defendiendo una posición maduracionista, dando un gran peso a los factores de desarrollo con base biológica describió las siguientes series evolutivas en cuanto al control de las funciones de eliminación (Gesell, 1975):

15 meses

1. Reacciona ante el baño dispuesto a colaborar, especialmente para los movimientos intestinales.
2. Indica los pantalones o pañales mojados, generalmente señalándolos.
3. Suele despertarse seco de la siesta.

18 meses

1. Necesidades reguladas, tanto en el control intestinal como urinario.
2. Suele despertarse de noche, llorando para que lo cambien.

21 meses

1. Empieza a decir sus necesidades usando la misma palabra, generalmente, para ambas funciones.
2. Orina con mayor frecuencia.

24 meses

1. Distingue verbalmente entre las funciones intestinales y las urinarias, pero no se muestra seguro.
2. Hay que llevarlo al baño a horas especiales.
3. Rara vez padece accidentes intestinales.
4. Se mantiene seco de noche si se le levanta.

30 meses

1. Los periodos entre las eliminaciones se hacen más largos.
2. Puede resistirse a ir al baño si se le lleva con demasiada frecuencia.

36 meses

1. Responde a las horas de rutina y entre éstas generalmente no necesita ir al baño.
2. Toma sobre sí mismo la responsabilidad de ir al baño, pero siempre comunica adónde va.
3. Tiene tendencia a retener demasiado tiempo; empieza a saltar de un lado para otro, y termina mojándose los pantalones, antes de llegar al baño.
4. Puede ir él solo, pero necesita que lo ayuden con los botones posteriores.
5. Trata de limpiarse él mismo, pero sin mayor éxito.
6. Verbaliza la diferencia existente entre niñas y varones, diciendo que las niñas se sientan cuando van al baño y los varones, en cambio, se quedan parados.
7. Las niñas suelen tratar de orinar estando de pie, imitando a los varones (42 meses).
8. Se mantiene seco de noche sin necesidad de levantarse (42 meses).

48 meses

1. Va solo y se arregla las ropas sin dificultades.
2. Todavía puede avisar antes de ir, pero insiste en ir él solo, prefiriendo a menudo, dejar la puerta del baño cerrada.
3. Le gusta meterse en el baño cuando éste está ocupado.
4. Muestra marcado interés por el baño en casas ajenas.
5. Revela un interés excesivo por los movimiento intestinales, formulando muchas preguntas respecto a las personas y los animales en lo concerniente a esta función.

60 meses

1. Se las arregla por sí solo, incluyendo la limpieza.
2. No dice a los adultos cuando va al baño.
3. Varones y mujeres concurren a baños separados, por lo general, en los jardines de infantes.
4. Empieza a ser consciente en cuanto a exponerse a ser visto.
5. Empieza a manifestar una reacción tonta ante la ida al baño.

Sin embargo para otros autores, el aspecto neurofisiológico es sólo un factor de los que intervienen en la adquisición del control esfinteriano, por ejemplo para Ajuriaguerra y Marcelli (1996), son tres los factores necesarios para adquisición del control urinario y para el anal: neurofisiológico, el contexto cultural y la relación madre-hijo.

El primer factor que consideran es el neurofisiológico, afirma que el control esfinteriano pasa de ser un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada, y que en dicho proceso interviene tanto la maduración como la capacidad precoz de condicionamiento, además este autor señala que es necesario tomar consideración que el control de los esfínteres estriados se adquiere progresivamente y generalmente primero se alcanza el control del esfínter anal y después el vesical (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Klyklyo (1998) y Wicks, (1997) mencionan la siguiente secuencia en que se adquiere el control de esfínteres: primero se adquiere la continencia fecal nocturna, seguida de la continencia fecal diurna, después la continencia urinaria diurna y finalmente la continencia urinaria nocturna.

En el aprendizaje de la limpieza, el contexto cultural es otro factor muy importante. Ajuriaguerra (1983) considera que el control esfinteriano y el contexto social no pueden ir disociados y según sea la sociedad, en el hombre variará su actitud respecto al control del esfínter. López (2002) coincide con esta postura, considera que si bien el control de esfínteres depende de un sistema anatomofisiológico, dicho control también dependerá de las normas culturales y del contexto social en el que se desenvuelve el individuo.

Para Anthony (citado en Ajuriaguerra y Marcelli, 1996), dependiendo de la cultura, este aprendizaje se desenvuelve en un marco más o menos rígido, lo cual implica someter al niño a presiones severas moderadas o leves. Ajuriaguerra y Marcelli (1996) señalan que ha sido gracias a la evolución de las costumbres y al mayor conocimiento sobre el desarrollo de los niños, que se ha disminuido la presión de los padres sobre sus hijos, respecto al aprendizaje del control de esfínteres, al menos en países occidentales.

En la primera edición de la revista para padres *Of Infant Care* publicada por U. S. Children's Bureau en 1914 se aconsejaba a las madres comenzar el entrenamiento en el tercer mes o aún más temprano. Durante los años 50's, en una investigación realizada por Remo, encontró que la mayoría de los padres creían que el entrenamiento de esfínteres temprano era deseable, el 96% de ellos habían comenzado dicho entrenamiento antes de que los niños tuvieran los 12 meses de edad. Para los años 70's las creencias y prácticas de los padres cambiaron radicalmente, comenzando el entrenamiento hasta los 36 meses de edad (Cole, 2001).

Para Ajuriaguerra y Marcelli (1996) el tercer factor de importancia en la adquisición del control de esfínteres es la relación madre-hijo. Considera que las materias fecales y la orina serán un vehículo de carga afectiva, que puede ser positiva o negativa. La adquisición del control de esfínteres se alcanza después del placer experimentado con la expulsión, más tarde con la retención y luego con el dualismo retención-expulsión. Esta última función de retención-expulsión tendrá una catexis, con predominio libidinal o con predominio agresivo, dependiendo de la relación existente entre madre e hijo en lo referente al control de esfínteres. La madre puede ser exigente y recibir con desagrado la orina y las heces fecales o bien hacerlo con satisfacción al ver que su hijo adquiere autonomía en conductas cotidianas.

Aquí resulta interesante mencionar que en su investigación con niños enuréticos Aguilar (1998), encontró que la relación de estos niños con sus madres se caracterizaba por ser impersonal, distante e incluso agresiva.

Por su parte Dolto (1974) considera que en la educación de los esfínteres, el objetivo es desinteresar al yo de la pulsión y los afectos que están ligados a las funciones de eliminación y puedan ser utilizados con fines sustitutivos de interés social, por lo cual la madre debe ser flexible e implantar el entrenamiento de manera progresiva y no obsesiva como lo haría una madre neurótica..

Son muchos los autores los que comparten la idea de que la madre cumple un papel fundamental en el entrenamiento y control de los esfínteres. Knobel (1977), opina que sólo por amor a una madre querida, con la que se vive una buena relación, el niño será capaz de hacer una renuncia, un sacrificio desprendiéndose de sus desechos.

Por su parte Breckenridge (1985), considera que la madre debe de ser una guía anticipadora, atenta a las señales y a la capacidad del niño, así como tolerante ante la velocidad de progreso. Además deberá proporcionar las

facilidades apropiadas y crear una atmósfera que induzca en el niño una actitud sana frente a la eliminación.

Micción

La orina es formada en el riñón y transporta todos los productos de desecho, desciende por los uréteres a la vejiga, ahí se acumula hasta que es expulsada al exterior a través de la uretra. Una persona adulta elimina de 1 a 1.5 litros de orina al día de los cuales de 2/3 a 3/4 son eliminados durante el día y el resto durante la noche. La cantidad de líquido ingerido, la dieta alimenticia, la temperatura ambiental, el ejercicio físico etc., son factores que intervienen en la cantidad de orina formada y eliminada durante el día (Jiménez, 1995).

Dentro del proceso fisiológico de la micción primero la orina pasa de los riñones a la vejiga a través de los uréteres por acción peristáltica. El almacenamiento de la orina en la vejiga y su posterior evacuación a través de la uretra, intervienen dos mecanismos de retención y dos de expulsión.

Los mecanismos de retención lo conforman el esfínter interno y el externo. La contracción del esfínter interno es independiente de la voluntad y esta formado por fibras lisas y el esfínter externo formado por fibras estriadas, tiene la función de reforzar la acción de contención del esfínter interno que está bajo control voluntario

En lo que se refiere a la expulsión, interviene el músculo detrusor, que conforma las paredes de la vejiga y cuya acción es independiente de la voluntad, tiene la capacidad de poder adaptar su capacidad de acuerdo a los cambios en la cantidad de orina. Cuando el volumen de orina sobrepasa los 400 cm cúbicos el músculo detrusor ya no puede adaptarse, así que comienza a contraerse de manera rítmica, conduciendo al reflejo de la micción. El segundo mecanismo de

expulsión está constituido y reforzado por los músculos abdominales, que si están bajo el control voluntario, al existir una mayor flexión en el abdomen provoca la contracción de la vejiga así como de las demás visceras. (Lebovici y cols., 1990; Jiménez, 1995).

En el proceso de la micción también intervienen diversos impulsos nerviosos; primero al distenderse la vejiga los receptores de dilatación, situados en la pared de la vejiga, generan un impulso que asciende hasta los segmentos sacros, mediante fibras simpáticas, y llega al centro vesical. Esta información viaja hasta la corteza cerebral, ahí se origina una respuesta que es conducida por las fibras del sistema parasimpático y produce la contracción del músculo detrusor, de la pared abdominal y del suelo de la pelvis, así como la abertura del esfínter interno de la uretra. Como resultado la orina se aloja en la uretra, produciendo un intenso deseo de orinar. Para ello se genera un impulso de forma voluntaria que es conducido por los nervios pudendos (nervios de la médula sacra), este impulso relaja el esfínter externo, permitiendo así, la salida de orina. El esfínter se mantiene relajado, y la micción continúa hasta que toda la orina de la vejiga es evacuada. Si de forma voluntaria se evita la relajación del esfínter se impide la micción, o si se contrae a la mitad de la micción, ésta se detiene (Jiménez, 1995; Escudero, 1997).

Muellner y Fielding (citados en Jiménez, 1995) consideran que la adquisición del control del esfínter vesical, tiene un curso evolutivo que culmina alrededor de los cinco años y lo resumen en las siguientes etapas:

- Durante los seis primeros meses de vida el vaciado de la vejiga se produce de manera automática en respuesta a la presión intravesical.
- Entre 1 y 2 años el niño tiene conciencia de que su vejiga está llena gracias a la maduración del Sistema Nervioso Parasimpático que transmite las sensaciones de la vejiga. El niño ya es capaz de comunicar su necesidad de orinar.

- ◆ Hacia los tres años el niño adquiere la capacidad de retener y posponer la orina, cuando la vejiga esta llena. Se establece el control diurno y el niño es capaz de ir solo al baño.
- ◆ Entre los 4 y 5 años el niño es capaz de vaciar la vejiga cualquiera que sea su volumen.
- ◆ En la mayor parte de los niños la continencia nocturna tiene lugar entre los tres y los cuatro años y medio, la sensación de que la vejiga esta llena despierta al niño antes de que se active el reflejo de micción. La capacidad de la vejiga aumenta pudiendo llegar hasta los 300 ml.

Definición

De acuerdo con Ajuriaguerra (1983), define a la enuresis como la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años.

Criterios para el diagnóstico

De acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) los criterios para el diagnóstico de la enuresis (no debida a una enfermedad médica) son los siguientes:

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa (sea involuntaria o intencionada).
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de

malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Por otra parte, dependiendo del momento de su aparición la enuresis puede ser clasificada como primaria o secundaria. Primaria cuando el control esfinteriano no se ha adquirido nunca y secundaria cuando sobreviene después de un intervalo mas o menos largo de limpieza completa, en un niño que ha adquirido el control esfinteriano en los plazos normales (Lebovici y Cols., 1990).

En cuanto al ritmo nictemeral, se distinguen la enuresis nocturna, la diurna y la mixta donde los incidentes ocurren tanto de día como de noche. En lo que se refiere a la frecuencia de los incidentes puede ser diaria, irregular o intermitente esta última caracterizada por largos intervalos secos, (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Epidemiología

Las cifras de prevalencia varían de un estudio epidemiológico a otro, considera que esto es debido a la disparidad del tipo de método de investigación empleado, al número de sujetos, la extracción y cultura de la muestra o incluso en lo que se refiere a la definición misma de la enuresis (Jiménez, 1995; American Psychiatric Press, 2000).

La enuresis es un trastorno más frecuente en el sexo masculino, de acuerdo al DSM-IV Tratado de Psiquiatría (American Psychiatric Press, 2000). la

enuresis nocturna puede ocurrir en el 25% de los niños varones. Después de los 5 años la problemática persiste en el 7-10% de los niños y en un 3% de las niñas. El predominio del sexo masculino persiste al aumentar la edad, aunque en menor grado. A los 10 años se encuentra en 3% de los niños y 2% de las niñas. En la edad adulta la prevalencia general es de 1%.

Por otra parte la enuresis nocturna es más frecuente que la diurna, sólo un 2.5% de los enuréticos son diurnos, además ésta es más común en mujeres que en varones. Entre un 75 y 80% de los casos se trata de enuresis primaria y el 20-25% restante corresponde a la enuresis de tipo secundaria (Jiménez, 1995).

Diagnóstico diferencial

Algunos autores consideran necesario hacer una diferenciación entre la enuresis funcional en la cual no existe un trastorno neurológico o urológico de la enuresis orgánica donde si existe un problema a nivel orgánico. Por ejemplo Kanner en 1935, recomienda utilizar la expresión incontinencia urinaria para los casos orgánicos demostrables y reservar el término enuresis para la acción de orinarse sin que haya relación causal con ningún desarreglo anatómico, inflamatorio o neuropatológico (Kanner, 1972).

En la incontinencia urinaria, existe una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por una inflamación. Mientras en la enuresis la emisión de orina es involuntaria e inconsciente, en la incontinencia la emisión de orina es involuntaria pero consciente, de manera que los intentos del paciente por retener son inútiles (Ajuriaguerra, 1983).

Ajuriaguerra y Marcelli (1996) menciona como algunas de las causas de la incontinencia urinaria:

- ◆ Poliurias de afecciones del metabolismo, donde encontramos a la diabetes mellitus, la diabetes insípida y el síndrome poliuria-polidipsia.
- ◆ Afecciones urológicas, infecciosas, irritativas (cálculos vesicales) o malformativas (abertura anormal o ectópica de los uréteres, atresia del meato).
- ◆ Afecciones neurológicas, (vejiga neurológica con micción refleja o por regurgitación) acompañadas por trastornos ya sean de origen infeccioso (mielitis) o malformativo (esпина bífida).
- ◆ Epilepsia nocturna, la que puede ser difícil de reconocer si el único indicio es la emisión de orina.

Para hacer el diagnóstico diferencial será necesario llevar a cabo un examen médico completo, observando cuidadosamente el desarrollo de la micción, así como la exploración de las zonas anales y genito-urinarias. El examen citobacteriológico de la orina y la búsqueda de alguna malformación urinaria, también son parte de este proceso (Lebovici y cols., 1990; Zona pediátrica, 2002; Pediatric urology clinical program, 2002). En algunos casos también será útil realizar un EEG (American Psychiatric Press, 2000; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

3.1 FORMULACIONES ETIOLÓGICAS

Existen múltiples hipótesis etiológicas acerca de la enuresis sin embargo hasta el momento no existe un acuerdo a este respecto; Klikylo (1998) y Netherton (1999) quienes hacen una revisión muy completa sobre la enuresis consideran que se trata de un problema cuyo origen es multifactorial; en este capítulo se revisan las dos vertientes principales que han tratado dar una explicación a esta problemática, por un lado la que considera a la enuresis como parte de un síndrome fisiológico y donde se enfatiza la implicación de factores biológicos en la etiología de la enuresis. La segunda postura considera a la enuresis como un problema de orden psicológico, donde los problemas emocionales son determinantes en la aparición de la enuresis.

Formulaciones médicas.

Desde este enfoque la enuresis es resultado de un desajuste madurativo, neurovegetativo o neurológico, de tal modo que dicho problema tiene una base orgánica, como se mencionó anteriormente para algunos autores que han investigado la enuresis, correspondería entonces hablar de incontinencia urinaria y no de enuresis, sin embargo es conveniente revisar las hipótesis etiológicas al respecto ya que no se puede negar la influencia de los factores neurofisiológicos en el control de la micción.

Inmadurez del sistema nervioso central

Crosby (citado en Jiménez, 1995), considera que la enuresis no es un síntoma, sino un estado que surge de una actividad fisiológica, ya que el control de la micción es un proceso de maduración fisiológica de los centros cerebrales superiores y cuyo éxito no depende del entrenamiento. Este autor señala que para lograr la continencia nocturna deben existir dos condiciones, primero inhibición de la actividad del detrusor junto con un aumento de la capacidad de la vejiga, y segundo, predominio de esta inhibición sobre los estímulos viscerales aferentes, de tal forma que la estimulación de la vejiga que se llena despierte al individuo antes de que se inicie la evacuación refleja. Esta hipótesis etiológica supone que la enuresis es debida a un retraso en el desarrollo, en donde no se ha alcanzado la maduración biológica para lograr el control vesical.

Toro (citado en Rodríguez, 1998), menciona varios hechos que apoyan la existencia de esta inmadurez:

1.- El fenómeno de remisión espontánea, el problema desaparece espontáneamente con el paso del tiempo, lo que se podría interpretar como que una vez que el niño alcanza el nivel de maduración adecuado consigue el control.

2.- La asociación entre la enuresis y otros retrasos como bajo peso al nacer, retraso motor, déficit del habla, retraso en el desarrollo, talla inferior, encopresis.

Sin embargo Toro (Rodríguez, 1998), también presenta los siguientes hechos en contra de esta hipótesis y por lo cual cuestiona que la enuresis sea producto de inmadurez:

1.- La intermitencia de la enuresis –episodios enuréticos y episodios secos- si los periodos secos son un indicador de que se ha logrado un nivel mínimo de maduración, entonces como se explican los episodios enuréticos.

2.- Situacionalidad, muchos enuréticos cuando cambian de ambiente no presentan ningún episodio enurético, entonces se argumenta que el aumento de motivación, la ansiedad o el miedo a las reacciones si se moja la cama en un ambiente extraño, modifica el sueño y no se da el episodio, con dicha argumentación se reconoce que la enuresis es causada por otros fenómenos o situaciones ambientales.

3.- La enuresis diurna acompañada de control nocturno, el episodio enurético se da cuando el niño esta despierto, con mayor capacidad de percibir la sensaciones de llenado de la vejiga y de poder ir al baño y en cambio tiene pleno control estando dormido, este es un hecho que impide sostener la hipótesis de inmadurez.

4.- La enuresis secundaria, también es una situación claramente opuesta a la hipótesis de la inmadurez, ya que se ha logrado el control durante un tiempo suficientemente largo y entonces como se puede explicar la reaparición de la incontinencia. No se puede hablar de una nueva inmadurez, porque el proceso madurativo no es reversible.

5.- La eficacia terapéutica, si bien en muchas ocasiones el control aparece en la primera noche de la intervención, ya sea esta farmacológica o psicológica, no se

puede pensar que dicha intervención produce una maduración del sistema nervioso central.

Defecto del desarrollo

Esta hipótesis es muy similar a la anterior en ella se sugiere que la causa de que no se logre el control de la micción es principalmente un defecto del desarrollo que consiste en que el control cerebral no sustituye al primer control espinal durante la infancia, en el logro del control voluntario de la micción. También se ha sugerido que es el resultado del desarrollo inadecuado del control sobre circuitos relejos subcorticales (Jiménez, 1995).

Inmadurez de la vejiga

Existe cierta evidencia experimental de que los niños enuréticos poseen una capacidad de vejiga significativamente menor a la de los no enuréticos, lo que se manifiesta en una mayor urgencia ante la necesidad de orinar y una mayor frecuencia. Toro (Rodríguez, 1998), señala que la capacidad vesical máxima (volumen máximo de orina evacuado en una sola micción) y su capacidad vesical funcional (volumen de orina a partir del cual se inician las contracciones del detrusor y por tanto las ganas de orinar) del enurético son inferiores a la de niños no enuréticos. Sin embargo tal y como señalan Mazet (1981) y Jiménez (1995) no todos los niños enuréticos presentan dichas alteraciones y por lo tanto no es un fenómeno que pueda explicar todas las enuresis.

Sueño excesivamente profundo

Esta hipótesis considera que la causa de la enuresis es que el sueño del enurético es anormalmente profundo, por lo que no llega a despertarse cuando tiene ganas de orinar. Sin embargo, de acuerdo con Wicks (1997), en los niños enuréticos la micción se presenta en cualquier fase del sueño y no sólo durante el

sueño profundo. Por otra parte, en los registros poligráficos sistemáticos que se han realizado en niños enuréticos y no enuréticos no se han encontrado diferencias en lo que se refiere a la profundidad del sueño (Mazet, 1981; Lebovici y cols., 1990; Rodríguez, 1995; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Poliuria nocturna

Se considera que el niño sigue mojando la cama a causa de que los riñones no concentran la orina durante el sueño, de manera que existe una mayor producción de orina durante la noche que supera la capacidad normal de la vejiga, se piensa que esto se debe a una carencia del normal aumento cíclico de la Hormona Antidiurética (HAD) o vasopresina durante el sueño. Sin embargo algunos autores consideran que es necesario realizar más estudios para determinar si es este déficit en la liberación de vasopresina el factor etiológico de la enuresis (Jiménez, 1995; Médico en internet, 2002; López, 2002).

Actividad disfuncional del detrusor

Establece que los niños continúan mojando la cama porque el músculo detrusor de la vejiga es inestable durante el sueño, las contracciones espontáneas del detrusor son las causantes de que el niño se orine por la noche. Respecto a esta hipótesis existen versiones orgánicas y funcionales.

Jiménez (1995) menciona que la versión orgánica más destacada, establece que los niños enuréticos sufren una condición llamada vejiga neurogénica, donde interviene dos tipos de actividad anormal del músculo detrusor.

1.- *Hiperflexia del detrusor*. Las contracciones involuntarias del músculo de la vejiga durante el llenado y ante presiones intravesicales mucho más bajas de lo

normal , provocan el vaciado espontáneo a pesar de que los volúmenes de orina son bajos.

2.- *Arreflexia del detrusor*. Se refiere al fallo del detrusor para contraerse incluso estando la vejiga llena, lo que lleva una incontinencia por rebosamiento.

También se ha formulado una hipótesis de que los enuréticos nocturnos sufren de una forma funcional de vejiga neurogénica llamada *vejiga neurogénica-no neurogénica*, con lo que se hace referencia a la hiperflexia y aflexia involucradas, y que no han podido ser explicadas neurológicamente. La vejiga neurogénica funcional se refiere a la falta de una coordinación normal de respuestas musculares durante el vaciado (Jiménez, 1995).

Herencia

El factor genético también ha sido considerado en la aparición de la enuresis. En trabajos realizados se ha encontrado una elevada incidencia de niños enuréticos en las familias en que ambos padres también fueron enuréticos. También se han encontrado altos niveles de concordancia de este trastorno en gemelos monocigóticos al compararlos con gemelos dicigóticos. Sin embargo aún no se ha podido probar una transmisión genética precisa. (Knobel,1977; Mazet, 1981; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Formulaciones psicológicas

Dentro de esta vertiente etiológica se diferencian dos diferentes tipos de formulaciones, por un lado las del aprendizaje y por otro las de la personalidad.

Las formulaciones del aprendizaje incorporan elementos fisiológicos en lo referente al control vesical pero enfatizan el papel del aprendizaje en la adquisición de dicho control. El modelo conductual sugiere que una vejiga llena puede considerarse como un estímulo específico que en el niño continente ha adquirido propiedades discriminativas, la repleción vesical provoca una respuesta inhibitoria que aplaza el vaciado de la vejiga hasta un lugar y tiempo adecuado. Desde esta perspectiva se considera a la enuresis como un hábito deficiente que resulta de un aprendizaje incorrecto, así como de contingencias inapropiadas de reforzamiento (Ollendick, 1986; Johnson, 1992; Jiménez, 1995; Wicks, 1997).

Los partidarios del modelo del reforzamiento social dan especial importancia al entrenamiento del control de esfínteres, porque considera que la enuresis es motivada por una mala instrucción y el mantenimiento de la misma se encuentra en relación con las consecuencias sociales - contingencias ambientales (Johnson, 1992; Jiménez, 1995).

Por otra parte, dentro de las formulaciones de la personalidad, la enuresis se considera como un rasgo neurótico, el cual frecuentemente se ve acompañado por otros rasgos neuróticos de la infancia como el morderse las uñas, problemas de atención, problemas de comida, berrinches. Jiménez (1995) opina que la enuresis es producto de una personalidad pobremente integrada y desarrollada.

En lo que se refiere a la personalidad del niño enurético, se han realizado un buen número de trabajo, depresión, retraimiento, ansiedad, labilidad emocional, pasividad etc. Son algunos de los rasgos que se mencionan (Kanner, 1972; Pacheco, 1988; Rodríguez, 1998; López, 2002). Sin embargo autores como Knobel (1977) y Mazet (1981) consideran que la personalidad del enurético es variable y tiene una significación diferente en cada caso y su situación familiar y ambiental es única.

Toro (Rodríguez, 1998), menciona que la enuresis es más frecuente en la clase social baja, donde son mayores los estresores psicosociales, las condiciones sanitarias son deficientes y existe hacinamiento. Este autor también da especial importancia a situaciones estresantes vividas por el niño como desencadenante de la enuresis.

Algunos otros consideran que la enuresis es un síntoma provocado por conflictos emocionales, señalan la importancia de los factores psicológicos en la génesis de la enuresis, apelando a la coincidencia entre la aparición o desaparición de la enuresis con un episodio relevante en la vida del niño, como una separación familiar, la existencia de circunstancias desencadenantes de significación familiar, abuso sexual, divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, ingreso o cambio de escuela, la entrada en un internado etc. (Reca, 1961; Mazet, 1981; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996; Meneghello, 2000).

Esta postura también ha sido cuestionada, algunos autores consideran que dichos conflictos emocionales son producto de la enuresis y no a la inversa, es decir, que el conflicto emocional origina la enuresis (Wicks, 1997; López, 2002).

De acuerdo con Kanner (1972) la enuresis es una expresión de trastornos afectivos, que a su vez provoca nuevos conflictos, por ello no podemos olvidar las consecuencias psicosociales que tiene este síntoma, comenzando con la familia es frecuente que los padres se sientan confundidos, avergonzados, enojados, frustrados por la enuresis de sus hijos y en consecuencia modifican la actitud hacia ellos, ésta puede ir desde la compasión, tratándolo como un niño pequeño e indefenso, hasta la franca agresión verbal calificándolo de cochino, flojo y también física golpeándolo cada vez que se moja, que sin duda provocará nuevos conflictos en el niño.

Las relaciones con sus iguales también se ven afectadas por la enuresis, el niño se siente inseguro para realizar actividades propias de su edad, como son

campamentos, excursiones por el temor a orinarse, esto lleva al niño a alejarse de sus compañeros y su seguridad y autoestima se ven claramente deterioradas (Lebovic y cols., 1990; Klykylo, 1998; Cebrián, 2002; Salud, 2002; Pediatric urology clinical program, 2002).

Regresando al tema del origen de la enuresis, Telma Reca (1961) propone las siguientes categorías en las cuales aborda algunas causas de carácter psicológico que considera pueden dar origen a la enuresis:

Relaciones y condición del niño dentro de la familia:

- La actitud de rechazo, ansiedad o crueldad de los padres y en especial de la madre pueden dar origen a graves trastornos de la personalidad, como la psicosis infantil, personalidades neuróticas o reacciones neuróticas de las cuales la enuresis sería un síntoma.
- Los padres sobreprotectores, el niño se encuentra excesivamente protegido, se le trata como si su nivel de personalidad fuera inferior a su edad cronológica, y entonces él actúa y se comporta como tal, orinándose en la cama. Por el contrario si los padres se muestran indiferentes o descuidados en los hábitos de la orina del niño, puede conducir a una enuresis continuada.
- Cuando el progenitor padre o madre que ha sido enurético, de manera precoz intenta formarle los hábitos urinarios a partir del primer año, con la finalidad de evitar que su hijo pueda ser enurético; esta actitud muestra su propia ansiedad y recordando las humillaciones que vivió, sin embargo dicha actitud resultará perjudicial para la formación de un control voluntario adecuado.
- Es frecuente que ante el nacimiento de un nuevo hermano en el niño en el que ya se ha establecido un control se vuelva a mojar o bien si ocurre en la época del establecimiento del control, suele retrasarse. Dicho acontecimiento crea en

el niño un conflicto afectivo, que se manifiesta en celos dirigidos hacia el hermano recién nacido, pensando que viene a ocupar el puesto que él tenía en el afecto y cuidado de los padres.

- ◆ La rivalidad entre hermanos o con el hermano mayor puede también ser causa de la enuresis, en los casos por ejemplo en donde el hermano mayor por alguna circunstancia especial, como puede ser una enfermedad o discapacidad recibe mayor atención por parte de la madre, la enuresis se manifiesta como protesta y deseo de ser atendido. También en los casos donde el hermano mayor es más capaz y maduro, el menor se siente inhibido o angustiado, entonces la enuresis se prolonga como una exteriorización de su incapacidad para competir y manifiesta al mismo tiempo su necesidad de mantener la dependencia con la madre, exigiendo su cuidado y tolerancia.

Actitud equivocada con respecto a la educación esfinteriana:

- ◆ De acuerdo con Reca (1961), la educación de esfínteres implantada de manera prematura, mediante métodos coercitivos – castigos y amenazas – crean en el niño una perturbación emocional y da como resultado la enuresis.

Situaciones que engendran un estado de ansiedad

- ◆ Circunstancias familiares de extrema privación, sufrimiento provocan en el niño un estado de inseguridad, desesperanza o vencimiento también pueden dar lugar a la enuresis.

Experiencias de orden sexual

- ◆ Telma Reca opina que experiencias sexuales pueden dar origen a la enuresis, menciona que la masturbación y los juegos sexuales con otros niños provocan en el niño una excitación local y originan sentimiento de culpa y ansiedad que disminuyen el control voluntario de la micción. En lo que se refiere a la

observación del coito entre adultos o al conocimiento, más o menos confuso, del acto sexual de los padres, origina emociones y sentimientos complejos que producen una fuerte perturbación y la enuresis es una manifestación.

Experiencias particulares relacionadas con la función urinaria

- Traumatismos, enfermedades del sistema urinario, especialmente cuando sobreviene en la época en que el niño, por su maduración, debió adquirir el control de los esfínteres, pueden dar origen a situaciones en que la misma función urinaria tiene una carga considerable de ansiedad que perturba el ritmo miccional y el establecimiento de control.

Enfoque psicodinámico de la enuresis

Desde el punto de vista del psicoanálisis la enuresis es un sintoma de alguna perturbación subyacente de naturaleza más importante. Son múltiples las interpretaciones que se han hecho de la enuresis desde esta perspectiva, pero la mayoría de estas concuerdan en que detrás de la enuresis existe una satisfacción erótica (Jiménez, 1995).

Ajuriaguerra (1983) opina que el valor psicodinámico de la enuresis depende del estado de madurez personal y psicoafectiva, ya que en cada uno de ellos la libido y la agresión varían de intensidad y predominio, por lo anterior revisaremos las principales interpretaciones que se han hecho de la enuresis.

Regresión

Desde esta perspectiva la enuresis es una manifestación del retorno a las satisfacciones de la primera infancia; al igual que la boca los genitales es una

zona en que los cuidados implican sensaciones agradables proporcionadas principalmente por la madre al lavarlo o cambiarlo y por lo cual el niño guardará cierta nostalgia de estos cuidados. En la enuresis, independientemente si el niño aceptó o no la educación de esfínteres, es entendida como una regresión a aquello que le proporcionó sensaciones placenteras (Levobici y cols., 1990; Duche, 1972).

Dolto (1974) opina que la enuresis indica un estancamiento o el regreso al estadio sádico uretral, previo al estadio fálico, que se acompaña de la regresión a las preocupaciones preedípicas.

Agresividad

Duche (1972) y Aberastury (1973), hacen referencia del trabajo de Melanie Klein, la cual dentro de su trabajo puso gran énfasis en la agresión y voluntad de destrucción a través de la micción, según esta autora orinarse equivale a envilecer, manifestar odio y desprecio, encuentra en la micción del enurético una manifestación de agresividad y de voluntad de destrucción, para ella la enuresis es tanto un acto positivo de dar como uno sádico de atacar.

Klein (1994) en el reporte del análisis de una niña que presentaba enuresis, interpreto que para la niña el mojarse y el ensuciarse eran agresiones en contra de sus padres en coito.

Para Levobici (1990), la enuresis también puede ser una manifestación de oposición, un rechazo a la disciplina y considera necesario distinguir entre los conflictos conscientes y los inconscientes en el niño. Opina que existe un conflicto inocente cuando el niño con su enuresis protesta contra el aprendizaje de limpieza, impuesto en muchas ocasiones de manera rígida y obsesiva, entonces la enuresis adquiere una connotación agresiva desconocida para el niño.

De acuerdo con Berge (citado en Duche, 1972) la enuresis cumple la función de válvula de seguridad, es el medio por el cual el niño deja escapar su agresividad contenida, señala que esta situación es común encontrarla en niños tímidos, introvertidos que suelen mostrarse irritables y agresivos dentro del seno familiar pero no fuera de él.

Satisfacción erótica

En su ensayo de 1905 Freud sugiere que las afecciones vesicales durante la niñez, corresponden a perturbaciones sexuales; considera que debido a que durante esta época el aparato sexual no está totalmente desarrollado, es el aparato urinario en donde se exteriorizan los síntomas. De acuerdo a este autor la enuresis nocturna es un sustituto de la masturbación. Freud en 1927 especifica que en el caso específico del varón, la sofocación de la masturbación sería como la prohibición de la actividad genital, acompañada con la amenaza de castración, por lo cual es sustituida por la enuresis, que equivale a una polución (Freud, 1983b; 1997e).

Fenichel (1997) habla de la existencia de un erotismo uretral, que tiene en primera instancia la finalidad de obtener placer al orinar, y de manera secundaria al retener, señala que este último es más frecuente en las niñas. De acuerdo con este autor en un primer momento el erotismo uretral es autoerótico pero después puede volverse hacia los objetos, es entonces cuando a través del aparato uretral se ejecutan las fantasías sexualmente excitantes acerca de orinar o que incluso pueden ser fantasías en las que la micción tiene una relación más oculta. También relaciona el erotismo uretral con el complejo de castración, pues afirma que el niño se percató de las diferencias entre los sexos en relación con la micción.

Sobre la enuresis Fenichel concuerda con Freud, considera que es un síntoma involuntario con un carácter de un equivalente inconsciente de la masturbación, opina por otra parte que es una descarga sexual y que durante la

formación del complejo de Edipo es el instrumento mediante el cual se descargan los impulsos edípicos. Desde su punto de vista la enuresis debería considerarse como un síntoma de conversión, ya que ésta no se realiza en forma activa con un placer sexual consciente sino se produce contra la voluntad del individuo. Este autor también menciona que en los niños con enuresis son comunes las fantasías sexuales propias del otro sexo; opina que en las niñas enuréticas existe una intensa envidia del pene y que su síntoma expresa el deseo de orinar como el varón, mientras que el niño espera obtener formas femeninas de placer, al orinar pasivamente (Fenichel, 1997; Albarran, 1979).

Para Calef y cols. (1980), la enuresis es un equivalente funcional del fetiche, sugiere que el yo se encuentra escindido y que esto da lugar a que la percepción se encuentre alterada y la prueba de realidad sea defectuosa, estas fallas provocan por ejemplo que el niño enurético sueñen que están orinando despiertos. Este autor también relaciona la enuresis con el complejo de Edipo y el complejo de castración, señala que es ante la amenaza de castración, que el niño recurre al objeto fetiche, que en el caso del enurético, es el chorro urinario, para así asegurarse de que no esta castrado.

Calef, refiere en su artículo el caso de un paciente que durante su niñez había sido enurético, y solo bajo el proceso analítico fue posible conocer el trasfondo del síntoma. De acuerdo con el autor en este paciente la realidad y los procesos racionales eran relegados, mientras que la fantasía, el pensamiento mágico eran considerados como reales, amenazantes y peligrosos, infundiéndole grandes temores, y le provocaban grandes disturbios durante el sueño, obligándolo a permanecer despierto por largos periodos durante la noche, esta situación también había estado presente durante la niñez del paciente. Calef encontro que tales disturbios estaban conectados con sus fantasías respecto a la escena primaria, donde la mujer se apropiaba violentamente del pene del hombre. Respecto a este paciente también tuvo recuerdos de haber presenciado a su madre desnuda, Calef cree que esto también pudo motivar su conducta

compulsiva de permanecer despierto durante la noche, ya que le permitían eliminar sus pensamientos y sentimientos hacia la masturbación, así como sobre su interés por las actividades en la recámara de sus padres que le causaban gran curiosidad. Por otra parte también señala que las sensaciones que experimentaba con la enuresis estaban asociadas con las masturbatorias, especialmente cuando el paciente soñaba estar despierto y orinando en el baño (Calef y cols. 1980).

Por otra parte Dolto (1974) hace varias interpretaciones acerca de la enuresis, por un lado señala que a partir de la disciplina de los esfínteres aparece la masturbación secundaria y la prohibición de ésta lleva a que el niño persista o retorne a la incontinencia de orina.

Otra señalización que Dolto hace sobre la enuresis, es que esta gira al rededor de la no valorización de la sexuación y que depende del tipo de libido, centrífugo en el niño y centrípeto en la niña. En el varón, se da una confusión de las sensaciones de la pelvis referentes a la uretra, que está al servicio de la micción pero también de las erecciones, hacia los treinta meses el niño deja de tener la posibilidad de orinar en erección, lo cual es un fuerte golpe para el niño y eso puede alterar tanto el mecanismo de micción como el de erección. En la niña la micción no está ligada a los genitales sino a la vejiga, las vías genitales de la niña tienen sensaciones de recepción y atracción pero no de emisión. Por ello Dolto señala que en las niñas no es tan frecuente la enuresis sino es más común encontrar retenciones con cistitis que es una excitación de la uretra, que da sensaciones dolorosas a la vulva (Dolto, 1984).

Finalmente Dolto (1997) considera que es el síntoma de elección para los niños que no pueden permitirse ya sea la masturbación o las fantasías ambiciosas, señala que hacerse pis en la cama significa que quieren continuar siendo niños el mayor tiempo posible, su aparato genital sigue siendo un aparato urinario, no quieren saber que es genital.

A este respecto, de acuerdo a la investigación Bass (1994) la mujer reporta estimulación sexual directa ante el llenado de vejiga y también prácticas uretrales masturbatorias que los hombres no experimentan. La vejiga es el origen de estimulación en las niñas desde los más tempranos años de vida; la retención urinaria, con tensión y relajación de los esfínteres para soltar la orina es el prototipo de excitación vaginal y orgasmo en la mujer.

Browne (1986), considera que el principal factor etiológico de la enuresis se encuentra en la activación prematura de la sensualidad uretral, con la emisión nocturna de orina y no de fluido seminal, por ello señala que en varios casos al alcanzar la pubertad dejan de ser enuréticos, sin embargo señala que no en todos los casos sucede así y opina que esto es debido a que a pesar de que se ha alcanzado la maduración funcional del aparato genital, psíquicamente permanece en un estado pregenital, así que la identidad de género del adulto también permanece así..

Por otra parte Dolto menciona que el análisis de sueños muestra que los últimos sueños de todo individuo que deja de orinarse en la cama son sueños de extinción de incendios, lo cual es interpretado por ella como la extinción del incendio del deseo, deseo que el propio sujeto no sabe a quien se dirige y por lo cual requiere de un trabajo analítico con relación a su identidad y a su escena originaria inicial (Dolto, 1974; 1984).

3.2 TRATAMIENTOS

En lo que se refiere a tratamientos para solucionar la enuresis existe una diversa gama, al igual que en las hipótesis etiológicas no se ha llegado a un acuerdo cual es la mejor opción, mientras que algunos de ellos tienen el objetivo de eliminar el síntoma, otros buscan encontrar e intervenir sobre las causas que lo provocaron.

Medidas generales

Para llevar a cabo estas medidas es de suma importancia la participación de la familia, la cual no siempre es fácil de conseguir. Consisten en evitar el aprendizaje excesivamente precoz o rígido, así como los excesos de precaución (pañales, hules, cuidados íntimos repetidos etc.).

Moderar la ingesta de bebidas, ya que a menudo la enuresis nocturna va acompañada de una excesiva ingesta de líquidos por la tarde. También se puede recomendar la práctica de algún deporte, en especial para los niños más inactivos (Lebovici y cols., 1990; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996; Médico en internet, 2002).

Motivaciones del niño

Informar al niño acerca del funcionamiento urinario es fundamental, por lo regular el niño lo desconoce y tiene la impresión de ser víctima pasiva de fuerzas misteriosas, lo que fomenta su fatalismo. Puede ser útil realizar algunos dibujos para explicar de manera breve y sencilla el funcionamiento del aparato urinario (Lebovici y cols., 1990; Mazet, 1981; Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Despertar a horas fijas por los padres

Después de una micción completa antes de acostarse, se despierta al niño totalmente una hora o una hora y media después de haberse dormido durante períodos de tres semanas a un mes (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Este método de tratamiento no es muy efectivo pero se pueden llegar a obtener resultados favorables siempre y cuando forme parte de un proyecto terapéutico, explicado a la familia y controlado por el niño, de lo contrario este hecho puede favorecer la pasividad del niño respecto al síntoma (Lebovici y cols., 1990; Salud, 2002)

Calendario

Es uno de los tratamientos más utilizados en los casos de enuresis pero no siempre resulta efectivo, consiste en el uso de un calendario donde se registran con estrellas o pegatinas de colores las noches secas y con una cruz cada vez que el niño moja la cama. Con este sistema se trata de recompensar al niño cada vez que no moja la cama, incrementando el número de noches secas para la obtención de premios de forma paulatina a criterio de los padres. Los premios o gratificaciones pueden ser variados y siempre serán también a criterio de los padres y con acuerdo previo de los niños. Ellos de antemano deberán saber la lista de recompensas que llegarán a adquirir (Jonhson, 1992; Marsellach, 2002; Salud, 2002).

Alarma

Este tratamiento conductual fue divulgado por Mowrer y Mowrer, consiste en un timbre que se activa al contactar la orina con algún tipo de sensor colocado ya sea en la cama, la pijama o la ropa interior del niño. La asociación entre distensión vesical y sonido de la alarma convierte a ésta en estímulo condicionado del despertar y de la inhibición de la micción. Este procedimiento tiene una efectividad en un 80-90% de los casos, pero también tiene un elevado número de recaídas 15-40%. Cuando se produce la recaída, resulta eficaz volver a introducir el sistema de alarma, además con la finalidad de disminuir el índice de recaídas, se han propuesto modificaciones a este tratamiento, una de ellas es el procedimiento de alarma intermitente en donde la alarma suena solamente tras un cierto porcentaje de micciones, la otra es el sobreaprendizaje en el que una vez que el niño alcanza el criterio inicial de control se aumenta la cantidad de líquido que ingiere el niño antes de acostarse. Sin embargo el uso de este dispositivo esta contraindicado en los casos de problemas afectivos mayores o de gran ansiedad (Johnson,1992; Wicks, 1997; American Psychiatric Press, 2000).

Este tipo de tratamiento ya es vendido incluso en la red de internet, las páginas describen brevemente en que consiste la enuresis y como funciona el dispositivo de alarma, así como las ventajas que ofrece este tipo de tratamiento, su costo aproximado es de \$600.00 pesos (Pipi stop, 2002).

Entrenamiento en control de continencia

Este tratamiento tiene como objetivo lograr que el niño, durante el día vaya aplazando su micción cada vez durante periodos más largos, este método en muchas ocasiones resulta poco efectivo, aunque Doleys, (citado en Jonhson,1992) encontró buenos resultados con la enuresis diurna. Algunas de las instrucciones que se dan en este tratamiento son:

- Beber gran cantidad de líquido durante el día.
- Retener la orina hasta sentir molestia, al menos una vez al día
- Anotar la cantidad de orina evacuada después de la retención (con la ayuda de un vaso medidor)
- Ejercitar muscularmente la contracción voluntaria del esfínter, interrumpiendo la micción varias veces mientras los niños orinan.
- No reñir ni castigar al niño por mojar la cama (Marsellach, 2002).

Entrenamiento Cama Seca

Es un tratamiento que conjuga distintos procedimientos conductuales alarma, entrenamiento en control de continencia, reforzamiento positivo por control de esfínteres y prácticas de limpieza donde el niño limpia y cambia sus ropas mojadas. Es utilizado principalmente en casos donde otros tratamientos han resultado inútiles, sin embargo tampoco es efectivo en todos los casos (Jonhson, 1992; Rodríguez,1998; Marsellach, 2002).

Tratamiento farmacológico

De los antidepresivos tricíclicos, es el Tofranil (imipramina) el más utilizado en el tratamiento de la enuresis, aunque aún no se conoce exactamente como funciona se cree que es debido a una actividad anticolinérgica periférica, que relaja la musculatura lisa de la vejiga (detrusor), aligera el sueño y que tiene una acción estimulante del sistema nervioso central. Algunos de los efectos secundarios de este fármaco son ansiedad, irritabilidad, insomnio y pérdida de apetito. El costo de este tipo de tratamiento es relativamente barato, sin embargo su tasa de éxito es de sólo un 15% después de suspender el uso del fármaco (Klykylo, 1998; Meneghello, 2000; Pediatric urology clinical program, 2002; Zona pediátrica, 2002).

En el tratamiento de la enuresis nocturna también se utiliza la desmopresina (DDAVP), un análogo de la hormona antidiurética vasopresina, que tiene como función controlar el nivel de producción de orina durante la noche, se consigue en forma de inhalador nasal. Algunas investigaciones refieren una eficacia de 50-80%, algunas otras mencionan que sólo en un 25% de los casos se logra la remisión total y una disminución de episodios enuréticos en 70-80% de los casos. Algunos de los efectos secundarios de este fármaco son congestión nasal, cefalea y puede producir convulsiones si se ingiere una cantidad excesiva de líquidos. Este tratamiento resulta costoso en comparación con la alarma eléctrica o el uso de antidepresivos y la proporción de recaídas al suspender el tratamiento es elevada (Klykylo, 1998; Meneghello, 2000; Pediatric urology clinical program, 2002; Zona pediátrica, 2002).

Psicoterapia

La psicoterapia se utiliza principalmente en los casos en donde existe un claro contenido neurótico o bien cuando prevalecen los determinantes psicológicos. Se puede utilizar la psicoterapia breve, caracterizada por actitudes

explicativas, sugestivas e interpretaciones que esclarezcan el significado del síntoma. Cuando fracasan otro tipo de tratamientos, o bien aparecen manifestaciones neuróticas (ansiedad, conducta fóbica u obsesiva), o cuando la enuresis causa un sufrimiento psíquico (vergüenza, desvalorización), se utiliza la psicoterapia clásica (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996).

Por su parte Lebovici y sus colaboradores (1990), recomiendan el uso de la técnica del psicodrama, para que el niño tome conciencia de los conflictos que su conducta enurética le causa.

Bekei (1992), considera que para la enuresis no existe una terapia uniforme, sino que se debe ajustar a cada caso y no antes de los 4 años. De acuerdo a esta autora en los casos donde el niño ya controlaba y a causa de un evento traumático identificado, vuelve a mojarse es conveniente modificar el medio, con ayuda de los padres, también afirma que la enuresis secundaria resulta ser benigna cuando existe una buena relación madre-hijo. Esta autora recomienda para niños enuréticos menores de 5 años, que terapia esté dirigida a reestablecer los vínculos afectivos entre el niño y su madre, y considera la terapia grupal la opción adecuada para púberes enuréticos, por que este tipo de terapia permite al enurético identificarse y resulta una situación menos amenazante, lo que permite obtener mejores resultados.

La psicoterapia psicoanalítica se encauzará en función del contexto neurótico en el que se situó la enuresis. De acuerdo a Knobel (1977), el hacer conscientes las fantasías del enurético, permitirá una buena identificación sexual con un reencauzamiento de las capacidades excretorias normales de la micción y además considera conveniente incluir psicofármacos

Desde la perspectiva psicoanalítica la enuresis es el resultado de un conflicto subyacente, de una situación de estrés emocional o de ansiedad, por lo cual el objetivo final de la psicoterapia psicoanalítica no es la eliminación del

síntoma, ya que aunque se tuviera éxito si no se ha resuelto el conflicto que lo provocó, sólo se provocaría la sustitución del síntoma (Jiménez, 1995).

A lo largo de este capítulo se revisaron las principales características de la enuresis, las hipótesis etiológicas que se han hecho al respecto, así como los tratamientos utilizados para resolver este problema. Esto nos permite ver que la enuresis es un padecimiento complejo por lo que resulta necesario revisar a fondo cada caso en particular, desde las condiciones en que se dio el entrenamiento del control de esfínteres, investigar los aspectos neurofisiológicas en cada paciente, para identificar si se trata de una enuresis o de una incontinencia urinaria, conocer como los rasgos de personalidad y ambiente familiar de cada uno y determinar así cuales fueron las causas que dieron origen a la enuresis, si no se conocen todos estos antecedentes, difícilmente se podrá determinar hacia donde se debe encaminar el tratamiento.

4. MÉTODO

Justificación

La enuresis es un problema que se presenta frecuentemente en la población infantil, de acuerdo a algunos reportes epidemiológicos, tiene una incidencia del 10% en niños de 6 años de edad, dicho porcentaje se reduce en la medida en que los niños tienen mayor edad, sin embargo este porcentaje podría ser más elevado, si consideramos que muchos casos jamás son reportados. En la unidad de pediatría del "Hospital General de México" no existe un reporte del porcentaje exacto de las incidencias por enuresis, debido a que dentro de las estadísticas aparece junto con otros padecimientos que también son poco frecuentes.

La enuresis ha sido investigada por distintas disciplinas y a pesar de que aún existen grandes controversias respecto a ella, se reconoce que en su etiología no sólo intervienen factores orgánicos sino también factores de orden psicológico. Sin embargo debido a que las políticas y programas de salud pública se encuentran elaboradas predominantemente por el enfoque médico, dentro de las instituciones de salud generalmente se privilegia a los factores orgánicos y se minimizan los psicológicos.

Esta tendencia también se ve reflejada en lo que se refiere a la implementación de tratamientos; dentro de las instituciones de salud pública los casos de enuresis son tratados en primera instancia con fármacos y en ocasiones también son utilizadas técnicas conductuales, sin embargo en muchos casos estos tratamientos resultan poco efectivos, tal vez por que no se consideran las características individuales del paciente y de su situación familiar.

En general se hace un uso indiscriminado de los tratamientos con la finalidad de eliminar el síntoma y no hay una investigación a profundidad de las causas que en cada caso lo hicieron emerger; el identificar las causas permitiría diseñar un tratamiento eficaz que a mediano y largo plazo representaría mayores beneficios para el paciente. Sin embargo también se debe reconocer que esto es una tarea difícil para las instituciones públicas debido a que tienen una alta demanda y no siempre cuentan con recursos humanos y económicos suficientes.

Desde el contexto de la teoría psicoanalítica se ha intentado explicar las causas que dan origen a la enuresis, por lo cual se han hecho diferentes interpretaciones del significado inconsciente de este síntoma. Teóricos del psicoanálisis comenzando con Freud, Klien, Dolto entre otros concuerdan en que tras la enuresis existe una satisfacción erótica, por ello desde esta perspectiva teórica el desarrollo psicosexual y sus puntos nodales (complejo de Edipo, complejo de castración) así como diferentes expresiones de la sexualidad del niño son considerados de gran importancia para conocer el origen y significado del síntoma.

Por todo lo anterior el propósito de este trabajo fue investigar si en la psicogénesis de la enuresis se encuentra involucrado el interés del niño hacia la sexualidad, utilizando pruebas psicológicas que permitieran al niño proyectar dicho interés sobre esta área en particular y comparando si en los niños con enuresis éste es mayor que en aquellos que no presentaban el síntoma.

Planteamiento del problema

¿Existen diferencias en el interés hacia la sexualidad entre niños enuréticos y no enureticos?

Objetivo

El objetivo de esta investigación fue investigar si existían diferencias entre niños enuréticos y no enuréticos en cuanto al interés hacia la sexualidad, explorando en estos niños la conflictiva edípica, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación.

Hipótesis

Si de acuerdo con psicoanalistas como Freud (1983b), Duche (1972), Dolto (1974), Klein (1994), Fenichel (1997), entre otros, diferentes aspectos del desarrollo psicosexual del niño, (el complejo de Edipo y a la correspondiente ansiedad de castración, así como a las fantasías y temores alrededor de la escena primaria y la masturbación) se encuentran relacionados con la aparición de la enuresis, entonces se puede esperar que exista un mayor interés hacia la sexualidad en los niños enuréticos que en los no enuréticos, interés que se manifestara en un mayor número de indicadores.

Hipótesis estadísticas

1. Ho. No existen diferencias en el número de indicadores referentes al complejo de Edipo entre los niños enuréticos y los no enuréticos.
Ha. Si existen diferencias en el número de indicadores referentes al complejo de Edipo entre los niños enuréticos y los no enuréticos.
2. Ho. No existen diferencias en el número de indicadores referentes al complejo de castración entre los niños enuréticos y los no enuréticos.
Ha. Si existen diferencias en el número de indicadores referentes al complejo de castración entre los niños enuréticos y los no enuréticos.
3. Ho. No existen diferencias en el número de indicadores referentes a la escena primaria entre los niños enuréticos y los no enuréticos.
Ha. Si existen diferencias en el número de indicadores referentes a la escena primaria entre los niños enuréticos y los no enuréticos.

4. Ho. No existen diferencias en el número de indicadores referentes a la masturbación entre los niños enuréticos y los no enuréticos.

Ha. Si existen diferencias en el número de indicadores referentes a la masturbación entre los niños enuréticos y los no enuréticos.

Definición de Variables

Variables independientes:

- ◆ Niños enuréticos
- ◆ Niños no enuréticos.

Variables dependientes:

- ◆ Complejo de Edipo (indicadores)
- ◆ Complejo de castración (indicadores)
- ◆ Escena primaria (indicadores)
- ◆ Masturbación(indicadores)

Definición Conceptual

Enuresis: De acuerdo con Ajuriaguerra (1983) la enuresis es la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años.

Interés hacia la sexualidad: En 1905 en su ensayo sobre la sexualidad infantil, Freud menciona que entre el tercer y quinto año de vida es cuando se da el primer florecimiento de la sexualidad infantil y señala que a la par surge también la pulsión de saber o investigar. De acuerdo con Freud, dicha pulsión no se limita al

área sexual, sin embargo de acuerdo a sus investigaciones, menciona que el interés del niño recae principalmente en lo que se refiere a la sexualidad e incluso considera la posibilidad de que sea este interés hacia la sexualidad el responsable de la emergencia de dicha pulsión (Freud, 1983b).

En 1907 dentro de su trabajo sobre las teorías sexuales infantiles señala que tanto la influencia de la educación como la distinta intensidad del instinto sexual, provoca grandes oscilaciones individuales en la conducta sexual infantil, determinando principalmente la aparición mas o menos temprana del interés sexual (Freud, 1997a).

Complejo de Edipo

Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de Edipo. (Laplanche y Pontalis, 1993).

Complejo de castración

Complejo centrado en la fantasía de castración, la cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos (presencia o ausencia del pene): esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña.

La estructura y los efectos del complejo de castración son diferentes en el niño y en la niña. El niño teme la castración como realización de una amenaza

paterna en respuesta a sus actividades sexuales: lo cual le provoca una intensa angustia de castración. En la niña, la ausencia de pene es sentida como un perjuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar.

El complejo de castración guarda íntima relación con el complejo de Edipo y, más especialmente, con su función prohibitiva y normativa. (Laplanche y Pontalis, 1993).

Escena primaria

También conocida como Escena originaria, Escena de la relación sexual entre los padres, observada o supuesta basándose en ciertos indicios y fantaseada por el niño. Éste la interpreta generalmente como un acto de violencia por parte del padre (Laplanche y Pontalis, 1993).

Masturbación

Actividad consistente en la obtención de satisfacción sexual por sí mismo, y no por el intercambio con otro individuo. La forma más habitual es la caricia y los frotamientos de los órganos sexuales (Valmor, 1966).

Definición Operacional

Enuresis: A través de la entrevista que se realizó a las madres de familia, se investigó si el niño, con una edad cronológica mayor de 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente) presentaba la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, con una frecuencia de dos episodios semanales, durante por lo menos 3 meses consecutivos.

Interés hacia la sexualidad: Mediante el análisis cualitativo de cada una de las fábulas de Düss y láminas del CAT-A, CAT-S, se localizaron la presencia de indicadores de dicho interés para cada una de las variables:

Complejo de Edipo (indicadores).

- ◆ Fábula de Düss 2. Relato acerca de celos por la unión de los padres.
- ◆ Fábula de Düss 8. Relatos que mencionan al progenitor del mismo sexo enojado o molesto.
- ◆ Lámina 5 del C.A.T.- A. Relatos en los que aparecen celos a cerca de la relación entre los padres
- ◆ Lámina 6 del C.A.T.- A. Relatos en los que aparecen celos, así como sentimientos de abandono.

Complejo de castración (indicadores)

- ◆ Fábula de Düss 6. En el relato la trompa a sufrido cambios o daños.
- ◆ Lámina 2 del C.A.T.- A. Relatos a cerca de que la cuerda se rompe.
- ◆ Lámina 7 del C.A.T.- A. Relatos a cerca de las colas.
- ◆ Lámina 5 del C.A.T.- S. Relatos donde aparezca el temor a ser dañado.

Escena primaria (indicadores)

- ◆ Lámina 5 del C.A.T.- A. Relato acerca de las fantasías y observaciones de lo que pasa en la cama de los padres.
- ◆ Lámina 6 del C.A.T.- A. Relato acerca de lo que pasa entre la pareja de osos que aparece al fondo.

Masturbación (indicadores)

- ◆ Lámina 2 del C.A.T.- A. Relato de juegos con la cuerda y el temor a ser castigado por tal acción.
- ◆ Lámina 5 del C.A.T.- A. Relato de juegos en la cuna.
- ◆ Lámina 6 del C.A.T.- A. Relato de juegos exploratorios del oso.
- ◆ Lámina 10 del C.A.T.- A. Relato de juegos en el baño y castigo por dicha actividad. Esta lámina además aportará información acerca del entrenamiento de esfínteres.
- ◆ Lámina 2 del C.A.T.- S. Relato del mono agarrándose la cola.
- ◆ Lámina 9 del C.A.T.- S. Relatos que indiquen voyeurismo, juegos dentro del baño, masturbación.

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, que se realizó en dos muestras independiente, con una sola aplicación. Es decir a cada una de las muestras se les sometió a las pruebas en una sola ocasión para medir cada una de las variables y posteriormente se describieron los resultados (Hernández y cols., 1991).

Diseño de Investigación

Fue una investigación ex post facto, transversal comparativa. Ex post facto, por que no se utilizó ningún tipo de tratamiento y solo se observaron las características de los sujetos; transversal ya que la medición se realizo en solo un momento en el tiempo y comparativa por que los resultados de las muestras que se utilizaron en la investigación fueron comparados (Hernández y cols., 1991)

Población

La población de donde se tomó la muestra de niños no enuréticos fué de la población de niños que acudían a una escuela primaria oficial "Maestro Adolfo Valles" del turno vespertino; mientras que la muestra de niños enuréticos, fue de la población de niños que acudían a consulta externa a la unidad de pediatría del "Hospital General de México".

Muestra

La investigación se realizó con dos muestras independientes, una de niños no enuréticos y otra de niños enuréticos, ambas muestras fueron elegidas de manera intencional.

Para los niños enuréticos.

Los criterios de inclusión fueron:

- ◆ Que el niño tuviera entre 6 y 12 años de edad.
- ◆ Niños que no controlaran el esfínter vesical a la edad esperada (enuresis primaria).
- ◆ Niños que después de un periodo de control vesical de al menos seis meses, lo perdieron nuevamente (enuresis secundaria).

Para los niños no enuréticos.

Los criterios de inclusión fueron:

- ◆ Que el niño tuviera entre 6 y 12 años de edad.
- ◆ Que el niño no presentara o hubiese presentado en otro momento algún tipo de enuresis.

Sujetos

La investigación se realizó en 40 sujetos, 20 de ellos enuréticos y 20 no enuréticos.

Escenario

Las entrevistas a los padres y la aplicación de pruebas de los niños no enuréticos se llevarán a cabo en el salón de usos múltiples de la escuela primaria "Maestro Adolfo Valles" dentro de las instalaciones de la misma. Mientras que las entrevistas a los padres y la aplicación de pruebas a los niños con enuresis se realizarán en la oficina de la Jefatura de Consulta Externa de la Unidad de Pediatría el "Hospital General de México".

Ambos escenarios contaban con características ambientales adecuadas para llevar a cabo la investigación.

Instrumento

Para llevar a cabo la investigación, se utilizaron 4 instrumentos, cada uno de ellos aparecen en el apéndice, así como los formatos en los que se recolectó la información.

◆ Entrevista

La entrevista para las madres de familia fue de tipo semi-estructurada, se preguntaron datos generales del paciente y se elaboró el famillograma de cada uno. Constó de 25 preguntas preestablecidas las cuales estuvieron dirigidas a investigar el entrenamiento y control del esfínter vesical, así como las características del síntoma. Por otra parte también se investigaron algunos

aspectos de la dinámica familiar, como son las relaciones del niño con los padres y hermanos, hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la sexualidad tanto del niño como de la familia. Con la finalidad de no perder información que podría resultar de interés cuando se consideró conveniente se elaboraron otras preguntas, además se hicieron observaciones sobre la actitud de la madre durante la entrevista (Apéndice).

- **Test de Bender (Escala de maduración Koppitz).**

Elaborado por Lauretta Bender en 1938, dicho test tiene como base teórica en la psicología de la Gestalt, en principio su finalidad principal fue la evaluación de la función gestáltica, sin embargo se le ha utilizado como instrumento en diferentes aplicaciones clínicas y psiquiátricas como: predecir problemas en el aprendizaje escolar; la evaluación de trastornos emocionales; dentro de esta investigación se utilizó la escala de maduración de Koppitz, para determinar el nivel de maduración de los niños que aún no contaban con un diagnóstico de enuresis, y permitió descartar la existencia de daño neurológico (Díaz, 1997).

- **Fábulas de Düss. (Adaptación de Jaime Bernstein).**

Creadas por Louisa Düss y publicadas en 1940, contiene 10 fábulas destinadas a investigar conflictos emocionales específicos, en niños de diversas edades. Los criterios que utilizó Düss como indicadores de algún conflicto emocional específico en el niños son los siguientes: 1) Respuesta inmediata e inesperada; 2) Perseveración del complejo en otras fábulas; 3) Respuesta susurrada, dada rápidamente; 4) Negativa a responder a una de las fábulas; 5) Silencio y resistencia; 6) El deseo del sujeto a comenzar el examen otra vez desde el principio (Rabin, 1966).

◆ **Test de Apercepción Infantil con figuras animales, C.A.T.- A.**

De acuerdo a Bellak (1996) el C.A.T. "es un método aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de la diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar". El C.A.T.- A contiene 10 láminas, sin embargo esta prueba ofrece la posibilidad de utilizar sólo aquellas láminas que se crean convenientes, en este caso se utilizaron las láminas 2, 5, 6,7 y 10.

◆ **Test de Apercepción Infantil suplementario, C.A.T.- S.**

"El C.A.T.- S se diseñó para suplir aquellas láminas que ilustran situaciones que no necesariamente pertenecen a problemas universales, pero que ocurren con suficiente frecuencia como para desear conocerlos, ya que existen en muchos niños" (Bellak 1996). Además de las láminas del C.A.T.- A se pueden presentar algunas láminas del C.A.T.- S para obtener mayor información sobre un tema específico. En este caso se presentaron las láminas 2, 3, 5, 9 y 10.

Procedimiento

Se solicitó primero de manera personal y después con una carta avalada por la Facultad de Psicología a la Escuela primaria "Maestro Adolfo Valles" y al "Hospital General de México" la autorización para realizar la presente investigación, haciendo explícito el compromiso cumplir y respetar la normas internas de cada institución. En cada caso una vez que se obtuvo dicha autorización se procedió a realizar la investigación de campo.

Durante un periodo de tres meses, se realizó la investigación dentro de la escuela primaria "Maestro Adolfo Valles" de donde se tomó la muestra de niños no enuréticos; de las listas oficiales se eligieron dos niños de cada grupo, hasta

obtener un total de 20; una vez elegidos se solicitó la presencia del padre, madre o tutor para pedir su autorización y participación en la investigación, la única información que se les proporcionó fue que se trataba de un estudio comparativo entre niños que presentan enuresis y niños que no presentaban dicho padecimiento, también se les aclaró que los datos obtenidos serían confidenciales y utilizados sólo con fines de investigación.

La investigación de campo dentro del "Hospital General de México" de donde se tomó la muestra de niños enuréticos, se realizó en un periodo de cuatro meses; dicha muestra fue elegida de manera intencional, 12 de ellos fueron canalizados de paidopsiquiatría teniendo como diagnóstico enuresis, sin problemas neurológicos, ni urológicos; los 8 restantes asistían al servicio de pediatría, cabe señalar que no en todos los casos los niños asistían a consulta por la enuresis y fue mediante la pregunta explícita al padre o madre de familia de si su hijo era mayor de seis años y se seguía orinando, cuando la respuesta fue afirmativa se le solicitó una entrevista para determinar si el paciente podría entrar dentro de la investigación. La información que se les proporcionó a los padres fue la misma que se dio a los padres de niños no enuréticos, pero se les aclaró que no se ofrecía ningún tipo de intervención, ya que ésta sólo competía al propio hospital, también se les ofreció proporcionar direcciones de instituciones que brindan atención psicológica para este u otro problema del niño o incluso de la familia.

En lo que respecta a la entrevista y a la aplicación de pruebas, se trató de que se dieran bajo las mismas condiciones para ambas muestras; sin embargo en el caso de los niños enuréticos, debido a que sus citas eran muy espaciadas se tuvieron que realizar el mismo día, aunque de manera individual.

La entrevista con el padre o madre de familia, se inició con un rapport, haciendo preguntas triviales con la finalidad de bajar el nivel de ansiedad y establecer un ambiente de confianza, posteriormente se realizaron las preguntas

preestablecidas de la entrevista y cuando se consideró necesario ampliar la información, se elaboraron otras. Del mismo modo en la aplicación de pruebas con los niños se inició con un rapport, tratando de establecer una relación de confianza y de que el niño se sintiera con mayor seguridad para contestar, las pruebas se presentaron como un juego, donde no había respuestas correctas o incorrectas. El test de Bender sólo se aplicó a 8 niños de la muestra de niños enuréticos, para determinar su nivel de maduración, ya que a estos pacientes aún no se les había diagnosticado enuresis, algunos de ellos estaban en espera de realizar sus estudios neurológicos y urológicos. Se les proporcionó lápiz, goma y una hoja que se presentó en forma vertical, en seguida se le dieron las siguientes instrucciones: "Mira aquí tengo una serie de dibujos que quiero que tu copies" después se le mostró la figura A y se le dijo "aquí esta el primero haz uno igual a este" al terminar se le presento la figura 1 diciendo "ahora haz una igual a esta" y así sucesivamente hasta terminar con las 8 figuras. Con excepción de estos ocho niños la primera prueba que se aplicó fueron las Fábulas de Düss, la instrucción fue la siguiente "Te voy a contar un cuento y quiero que tu termines la historia", se leyeron una a una las 10 fábulas y se anotaron las respuestas tal y como las reportó el niño. Al terminar se le dieron las siguientes instrucciones, "ahora te voy a enseñar una serie de láminas y tú me vas a decir que fue lo que pasó, que es lo que está pasando ahora y que piensas que va pasar", se presentaron una a una las láminas elegidas primero del C.A.T.- A y posteriormente las del C.A.T.- S. Las respuestas se tomaron de manera literal. En cada una de las pruebas se hicieron observaciones que se consideraron pertinentes y que podrían ser significativas en cada caso. Para evaluar las historias se hizo uso de los indicadores propuestos para cada uno de los estímulos (fábula, lámina) y mediante una tabla de frecuencias para cada una de las muestras, se reportó la presencia o ausencia de cada uno en las distintas variables.

5. RESULTADOS

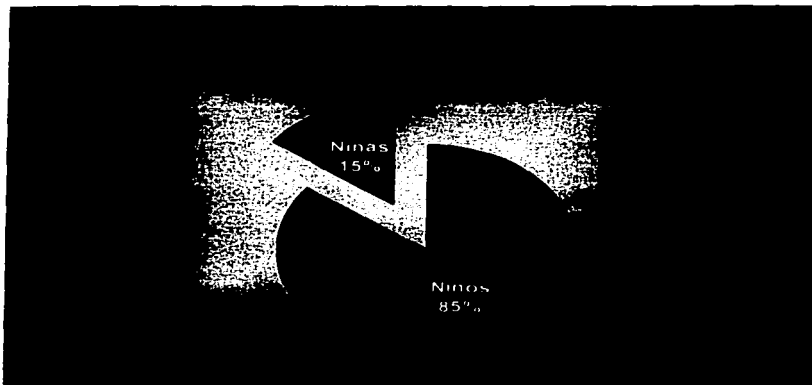
La investigación se realizó en dos muestras independientes, una de niños enuréticos y otra de niños no enuréticos; cada una estuvo compuesta de 20 sujetos, para realizar el análisis de resultados se hizo uso de estadística descriptiva e inferencial.

En primer lugar se presentan las características de las muestras, incluye siglas de identificación, sexo, edad y grado escolar de cada uno de los participantes. (tabla 5.1 y 5.2).

Tabla 5.1 Muestra de niños enuréticos.

Identificación	Sexo	Edad	Grado escolar
JA	M	6.1	3ro. Kinder
SH	M	9.7	3ro. Prim.
DC	M	8	3ro. Prim.
MA	F	10.5	4to. Prim.
JI	M	12	6to. Prim.
MJ	M	9.2	3ro. Prim.
VA	F	8.3	3ro. Prim.
GU	M	10.8	4to. Prim.
SE	M	9.8	4to. Prim.
GT	M	8.6	3ro. Prim.
NL	F	10.11	6to. Prim.
OI	M	12.5	6to. Prim.
EA	M	7.10	2do. Prim.
DA	M	6.6	1ro. Prim.
RD	M	7	1ro. Prim.
JY	F	6.8	1ro. Prim.
JM	M	7.6	2do. Prim.
EO	M	6.6	1ro. Prim.
JL	M	8.9	3ro. Prim.
RN	M	9.11	4to. Prim.

La muestra de niños enuréticos se conformó de un 85% de varones y un 15% de niñas, se puede observar estos datos concuerdan con las cifras de prevalencia que se reportan sobre la enuresis. El promedio de edad de este grupo fue de 8.8, todos los niños asistían a la escuela primaria, con excepción de JA quién aún asistía al jardín de niños.

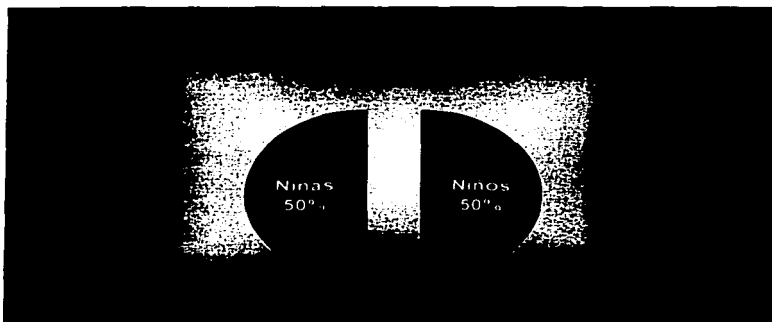


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 5.2 Muestra de niños no enuréticos.

Identificación	Sexo	Edad	Grado escolar
GA	F	7.1	1ro. Prim.
AB	F	7	1ro. Prim.
CE	M	6.9	1ro. Prim.
NI	F	8	1ro. Prim.
AR	M	9.4	2do. Prim.
ES	F	8	2do. Prim.
GB	F	9.2	2do. Prim.
ER	M	9	2do. Prim.
AA	M	9	3ro. Prim.
IR	M	9.4	3ro. Prim.
DA	M	9.1	3ro. Prim.
DE	F	9.7	3ro. Prim.
GE	M	10.1	4to. Prim.
CA	F	9.8	4to. Prim.
PA	F	10.5	4to. Prim.
ED	M	11.9	4to. Prim.
CR	M	11.6	5to. Prim.
RO	M	10.11	5to. Prim.
AL	F	11.7	6to. Prim.
LO	F	11.11	6to. Prim.

En la muestra de niños no enuréticos el 50% fueron niños y 50% niñas y su promedio de edades fue de 9.4 y todos cursaban la educación primaria.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto a las características de la enuresis a continuación se presenta una tabla donde se especifica que niños contaban con el diagnóstico de enuresis, que tipo de enuresis presentaban y la frecuencia de los episodios.

Tabla 5.3 Características de la enuresis.

Identificación	Diagnóstico	Enuresis	Frecuencia x semana
JA	No	Primaria nocturna	4 veces
SH	Si	Primaria diurna	Diaria
DC	No	Primaria nocturna	3 o 4 veces
MA	Si	Primaria nocturna	Diaria
JI	Si	Secundaria nocturna	2 o 3 veces
MJ	No	Primaria nocturna	1 o 2 veces
VA	Si	Secundaria nocturna	2 o 3 veces
GU	Si	Secundaria nocturna	Diaria
SE	Si	Secundaria nocturna	Diaria
GT	No	Primaria nocturna	Diaria
NL	No	Primaria nocturna	Diaria
OI	Si	Primaria nocturna	Diaria
EA	Si	Primaria nocturna	3 o 4 veces
DA	No	Primaria nocturna	Diaria
RD	Si	Secundaria nocturna	2 o 4 veces
JY	No	Secundaria nocturna	3 o 4 veces
JM	Si	Secundaria nocturna	2 o 3 veces
EO	No	Primaria nocturna	2 o 3 veces
JL	Si	Primaria nocturna	Diaria
RN	Si	Primaria nocturna	Diaria

De los 20 niños que conformaron la muestra de enuréticos, solo a 12 de ellos se les había diagnosticado como tal y estaban bajo tratamiento farmacológico (Imipramina). Los 8 sujetos restantes se les aplicó el Test de Bender, se calificaron de acuerdo a la escala de maduración de Koppitz, en todos los casos el diagnóstico correspondió al termino medio, por lo cual fue posible incluirlos dentro de la muestra. Con respecto a las características de la enuresis, 13 casos corresponden a enuresis de tipo primaria (uno de los casos diurna) y 7 a enuresis secundaria. En cuanto a la frecuencia de los episodios podemos observar que en el 50% de los niños se presentaba a diario.

Tabla 5.4 Entrenamiento y control del esfínter vesical, en los niños enuréticos.

Identificación	Inicio del entrenamiento	Reacción al entrenamiento	Control diurno	Control nocturno
JA	1 año y medio	Bien	2 años 2 meses	No control
SH	2 años	Bien pero lento	No control	4 años
DC	1 año y medio	Muy bien	2 años y medio	No control
MA	2 años	Bien	2 años y medio	No control
JJ	1 año	Bien, rápido	2 años	4 años
MJ	1 año y medio	Cooperador	2 años y medio	No control
VA	2 años	Bien, rápido	2 años y medio	3 años
GU	1 año y medio	Muy bien	2 años	2 años y meses
SE	11 meses	Bien, rápido	1 año y medio	2 años
GT	2 años	Bien	2 años y medio	No control
NL	1 año y medio	Favorablemente	2 años	No control
OI	2 años	Resistente, enojo	3 años	No control
EA	2 años	Bien	2 años y medio	No control
DA	2 años	Bien	2 años y medio	No control
RD	2 años	Muy bien	3 años	3 años
JY	1 año y medio	Lo acepto	2 años	2 años
JM	1 año y medio	Resistente, lloraba	2 años	3 años
EO	2 años	Bien	2 años y medio	No control
JL	1 año y medio	Bien, miedo al baño	3 años	No control
RN	2 años	Le fue difícil	4 años	No control

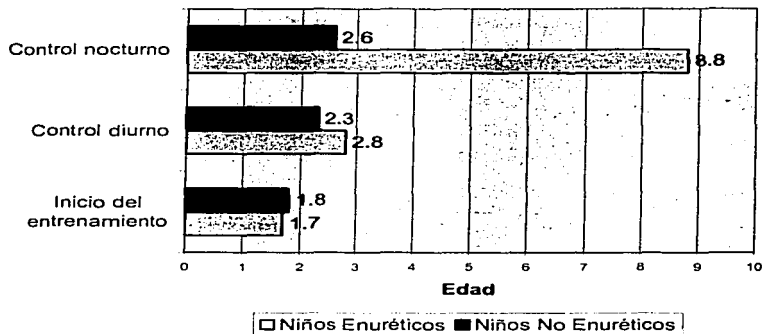
El promedio de edad en que se inició el entrenamiento en los niños enuréticos fue de 1.7 años, en lo que respecta al promedio de edad del control

diurno fue de 2.8 años mientras que el del control nocturno fue de 8.8 años, ya que para calcularlo se tomaron sus edades actuales.

Tabla 5.5 Entrenamiento y control del esfínter vesical en niños no enuréticos.

Identificación	Inicio del entrenamiento	Reacción al entrenamiento	Control diurno	Control nocturno
GA	1 año	Bien	1 año y medio	2 años
AB	2 años	Bien	2 años y medio	3 años
CE	1 año y medio	Muy bien	2 años	2 años 3 meses
NI	1 año	Bien	2 años	3 años
AR	1 año y medio	Bien	2 años	2 años
ES	1 año 8 meses	Bien	2 años y medio	2 años 8 meses
GB	2 años	Lenta	3 años	3 años y medio
ER	2 años	Bien	2 años y medio	2 años y medio
AA	2 años	Muy bien	2 años 8 meses	3 años
IR	1 año 8 meses	Bien	2 años	2 años
DA	1 año y medio	Bien	1 año 8 meses	2 años
DE	2 años	Bien	2 años y medio	3 años
GE	1 año 8 meses	Bien	2 años	2 años 2 meses
CA	2 años	Bien	2 años y medio	3 años
PA	2 años	Bien	2 años	2 años 2 meses
ED	1 año y medio	Bien	2 años	2 años y meses
CR	2 años y medio	Lento	3 años	3 años y medio
RO	2 años	Bien	2 años y medio	2 años 8 meses
AL	1 año y medio	Bien	2 años	2 años
LO	2 años	Bien, rápido	2 años	2 años y medio

Edad de entrenamiento y control vesical



Como podemos observar en la grafica las edades en que se comenzó el entrenamiento a los niños de las dos muestras es muy similar. Ahora bien en lo que respecta a la edad de control diurno, el promedio es ligeramente superior en la muestra de niños con enuresis que fue de 2.8 años contra 2.3 de los no enuréticos. En el control nocturno los promedios de edad fueron de 8.8 años para los enuréticos y de 2.6 para los no enuréticos, aquí el promedio de edad es muy elevado en la muestra de niños enuréticos, recordemos que la mayoría de los casos se trataba de enuresis primaria y el promedio se calculó tomando sus edad actual. En cuanto a la reacción de los niños hacia el entrenamiento de los esfínteres, se observa una mayor aceptación por parte de los niños no enuréticos, sin embargo también muchos de los niños enuréticos, de acuerdo a lo reportado por sus madres reaccionaron favorablemente al entrenamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que se refiere a la calificación de pruebas (Fábulas de Düss y láminas de CAT-A y CAT-S), se llevo a cabo mediante un análisis cualitativo de los relatos, utilizando los indicadores correspondientes.

FABULAS DE DÜSS

Fábula	Explora	Criterios propuestos por Düss.	Indicadores
<i>El aniversario de casados</i>	Complejo de Edipo	1) Respuesta inmediata e inesperada; Perseveración del complejo en otras fábulas; 2) Respuesta susurrada, dada rápidamente;	Relato acerca de celos por la unión de los padres.
<i>El elefante</i>	Complejo de castración.	3) Respuesta dada rápidamente; 4) Negativa a responder a una de las fábulas;	En el relato la trompa a sufrido cambios o daños
<i>Un paseo con la madre (padre)</i>	Complejo de Edipo.	5) Silencio y resistencia; 6) El deseo del sujeto a comenzar el examen otra vez desde el principio	Relatos en los que aparecen celos, así como sentimientos de abandono.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAT-A Y CAT-S

Lámina	Explora de acuerdo con Bellak	Indicadores
CAT-A 2	Identificación con las figuras parentales (agresión), cuando la historia se centra alrededor de la cuerda, masturbación y castración	Relato de juegos con la cuerda y el temor a ser castigado por tal acción.
CAT-A 5	Historias relativas a la escena primaria, así como de juegos sexuales	Relatos en los que aparecen celos a cerca de la relación entre los padres Relato acerca de las fantasías y observaciones de lo que pasa en la cama de los padres Relato de juegos en la cuna.
CAT-A 6	Historias relativas a la escena primaria, así como de practicas masturbatorias	Relatos en los que aparecen celos, así como sentimientos de abandono Relato acerca de lo que pasa entre la pareja de osos que aparece al fondo Relato de juegos exploratorios del oso.
CAT-A 7	Temor a la castración	Relatos a cerca de las colas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Lámina	Explora de acuerdo con Bellak	Indicadores
CAT-A 10	Historias referentes al entrenamiento y a la masturbación	Relato de juegos en el baño y castigo por dicha actividad. Esta lámina además aportará información acerca del entrenamiento de esfínteres
CAT-S 2	Esta lámina puede suscitar historias relativas a la masturbación	Relato del mono agarrándose la cola.
CAT-S 5	La lámina incita a historias de temor al daño y a la castración	Relatos donde aparezca el temor a ser dañado
CAT-S 9	Esta lámina permite conocer las ideas que tiene el niño sobre las diferencias sexuales, desnudez, voyeurismo, hábitos familiares en el baño, prácticas masturbatorias	Relatos que indiquen voyeurismo, juegos dentro del baño, masturbación.

A continuación se presentan dos tablas en las cuales se puede observar, el número de indicadores que presento cada una de las muestras, en las diferentes variables.

**TESIS CON
FALLA DE CENSUR**

Tabla 5.6 Indicadores por variable en la muestra de niños enuréticos

Identificación	Complejo de Edipo	Complejo de castración	Escena primaria	Masturbación
JA	X	X	X	
SH	X	X		X
DC	X	X	X	X
MA		X		X
JI	X		X	X
MJ	X	X		X
VA	X			X
GU	X	X	X	X
SE	X	X	X	X
GT	X	X	X	X
NL	X	X		
OI	X	X		X
EA		X		
DA	X	X		X
RD	X	X		X
JY		X		
JM	X	X	X	
EO	X		X	X
JL	X	X		X
RN	X	X	X	X
Total	17	17	9	15

Dentro de la muestra de niños enuréticos se observan un mayor número de indicadores en las variables complejo de Edipo y complejo de castración, ambas con un total de 17 sujetos que dentro de sus relatos se encontraron indicadores a este respecto. En 15 sujetos se encontraron indicadores de la variable masturbación y solo en 9 de ellos se encontraron indicadores referentes a la escena primaria.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

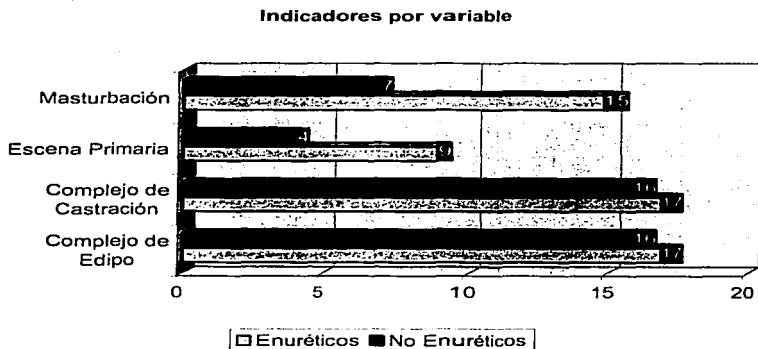
Tabla 5.7 Indicadores por variable encontrados en la muestra de niños no enuréticos.

Identificación	Complejo de Edipo	Complejo de castración	Escena primaria	Masturbación
GA	X			
AB	X	X		
CE		X	X	
NI	X	X		
AR	X	X		X
ES	X	X		X
GB	X	X		X
ER	X	X		
AA	X	X		
IR				
DA		X		
DE		X		X
GE	X	X	X	X
CA	X	X		X
PA	X	X	X	
ED	X	X	X	
CR	X	X		X
RO	X			
AL	X	X		
LO	X			
Total	16	16	4	7

En la muestra de niños no enuréticos se puede observar que del mismo modo que en la muestra de niños enuréticos existe un mayor número de indicadores en las variables complejo de Edipo y complejo de castración, en este grupo se encontraron indicadores en un total de 16 niños, mientras que indicadores de la variable masturbación se encontró en 7 casos y la variable escena primaria solo en 4.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Si se observa la grafica que se presenta abajo, se puede observar claramente que el total de indicadores en la variables complejo de Edipo y complejo de castración son muy similares, mientras que en las variables escena primaria y masturbación el número de indicadores son ligeramente superiores en la muestra de niños enuréticos.



Para determinar si existían diferencias entre ambas muestras, en cuanto al número de indicadores, los resultados fueron sometidos a la prueba Xi cuadrada como prueba de homogeneidad, utilizando un grado de libertad y una significancia de .05 cuyo valor en tablas corresponde a 3.84 (Yamane, 1979).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se obtuvieron los siguientes resultados:

	Frecuencia Enuréticos	Frecuencia No Enuréticos	Valor de Xi cuadrada, con 1 g.l. y significancia del .05	Valor de Xi cuadrada calculada	Conclusión respecto a las Hipótesis
1. Complejo de Edipo	17	16	3.84	0.172	Ho. No existen diferencias
2. Complejo de castración	17	16	3.84	0.172	Ho. No existen diferencias
3. Escena primaria	9	4	3.84	0.284	Ho. No existen diferencias
4. Masturbación	15	7	3.84	6.44	Ha. Si existen diferencias.

De acuerdo a lo anterior, al comparar la presencia de indicadores en las distintas variables, se encontraron diferencias sólo en relación a la masturbación y lo cual puede sugerir que en los niños enuréticos hay un mayor ejercicio de estas practicas o al menos un mayor interés hacia ellas que en los niños no enuréticos.

En las tablas 5.8 (niños enuréticos) y 5.9 (niños no enuréticos), se presentan de manera muy específica en que fábula o lámina fueron localizados los indicadores además ofrece la posibilidad de conocer el número total de indicadores de cada niño y finalmente el total en cada una de las muestras.

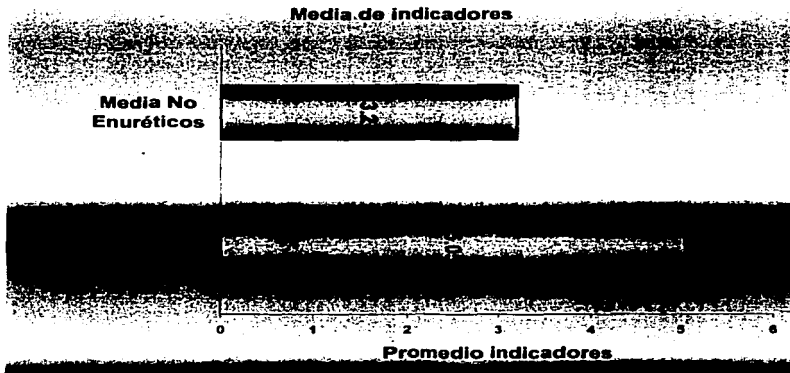
Tabla 5.8 Indicadores encontrados en la muestra de niños enuréticos.

ID	Complejo E.				Complejo C.				Escena		Masturbación						Indicadores Totales
	F2	F8	C5	C6	F6	C2	C7	S5	C5	C6	C2	C5	C6	C10	S2	S9	
JA	X				X			X		X						X	5
SH	X	X			X			X		X				X		X	6
DC	X	X				X		X	X		X					X	7
MA					X			X								X	3
JI	X	X	X	X					X	X		X	X	X		X	10
MJ	X				X			X			X						4
VA	X			X				X								X	4
GU		X	X		X			X		X			X		X		7
SE	X	X		X	X					X			X				6
GT		X			X				X			X					4
NL				X	X			X									3
OI	X	X		X	X							X				X	6
EA								X									1
DA	X	X						X								X	4
RD	X	X						X								X	4
JY					X			X									2
JM	X	X	X		X			X	X								6
EO	X	X							X	X						X	5
JL	X	X			X			X			X						5
RN	X	X	X	X	X			X		X			X	X			9
Total	14	13	4	6	13	1	0	15	5	6	3	3	3	4	0	11	101

Tabla 5.9 Indicadores encontrados en la muestra de niños no enuréticos.

ID	Complejo E.				Complejo C.				Escena		Masturbación					Indicadores totales	
	F2	F8	C5	C6	F6	C2	C7	S5	C5	C6	C2	C5	C6	C10	S2		S9
GA		X		X													2
AB	X	X			X												3
CE							X		X								2
NI		X					X										2
AR	X				X		X								X		4
ES		X			X		X								X	X	5
GB	X						X									X	3
ER	X				X		X										3
AA		X			X												2
IR																	0
DA					X	X		X									3
DE					X								X				2
GE	X	X			X			X		X		X					7
CA	X	X						X					X				4
PA		X						X	X	X							4
ED	X							X	X								3
CR	X		X		X			X					X			X	6
RO	X	X	X														3
AL	X	X						X									3
LO	X	X	X														3
Total	11	11	3	1	9	1	0	13	1	4	0	1	1	3	2	3	64

Al observar y analizar las tablas anteriores, encontramos que a simple vista el número total de indicadores es mayor en los niños enuréticos, a pesar de que estadísticamente solo se encontraron diferencias en la variable masturbación. Del número total de indicadores se calcularon las medias de ambos grupos, la media de la muestra de niños enuréticos fue de 5.05 y de 3.2 la de niños no enuréticos.



Para conocer si había diferencias entre los grupos en cuanto a la media de los puntajes del número de indicadores, se utilizó la prueba *t de student* (Yamane, 1979).

Media de indicadores Niños Enuréticos	Media de indicadores Niños no Enuréticos	Valor de <i>t</i> crit. con 30 g.l. y significancia del .05	Valor de <i>t</i> obt.	Comparación de los puntajes medios del número de indicadores.
5.05	3.2	1.634	3.09	Existen diferencias.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De acuerdo al análisis de resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en la variable masturbación, esto de acuerdo a la prueba *Ji cuadrada* , sin embargo al contrastar el número total de indicadores encontramos que en general si existen diferencias entre las dos muestras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En las diferentes etapas del desarrollo, los seres humanos se enfrentan a múltiples situaciones estresantes de diversa magnitud, provocando en los individuos conflictos a nivel psíquico. La estructura de personalidad de cada individuo, sus habilidades así como el ambiente en el que se desarrolla, son de suma importancia para resolver y superar dichos conflictos; cuando esto no es posible para el individuo es inminente la aparición de síntomas y que a su vez representarán nuevos conflictos que deteriorarán aún más su salud mental.

La enuresis es uno de los síntomas más frecuentes durante la niñez, y en ella podemos ver un ejemplo claro de lo anterior; el mojar la cama no es el problema principal sino una manifestación de un conflicto psíquico, que sin embargo lleva al individuo a enfrentar nuevos conflictos dentro y fuera del seno familiar.

El divorcio de los padres, la muerte de un familiar, el cambio de escuela o de casa, el abuso sexual, el nacimiento de un hermano, son situaciones que se han señalado como las responsables de causar un conflicto psíquico en el niño tras el cual emerge la enuresis. El psicoanálisis por su parte ha hecho interpretaciones de la posible significación de este síntoma pero a nivel más inconsciente, la regresión a estadios arcaicos y agresión son algunas, otros psicoanalistas como Freud (1983b), Dolto (1974), Fenichel (1997), Klein (1997) en su interpretación acerca de la enuresis han puesto mayor énfasis en satisfacción erótica del síntoma, donde el interés, las fantasías y deseos evocados por el complejo de Edipo, la ansiedad de castración y en general todo lo relacionado con la sexualidad del niño tienen gran peso en la psicogénesis de la enuresis.

De acuerdo a lo que propone el psicoanálisis, el propósito de este trabajo fue investigar si existía una mayor interés hacia la sexualidad en los niños

enuréticos en comparación con los niños no enuréticos. Lo cual se pretendió conocer a través de la exploración del Complejo de Edipo, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación.

En los resultados obtenidos se observó que los niños enuréticos se encontró un mayor número de indicadores que los niños no enuréticos pero de manera más clara en lo que se refiere a la masturbación. Sin embargo estos resultados surgen a partir del análisis cuantitativo de las respuestas de los niños y resultaría riesgoso tratar de generalizarlos, más aún cuando al realizar un análisis mas detallado de cada relato observamos no sólo diferencias sino también similitudes entre las muestras, y por otra parte la entrevista también ofrece elementos para descartar la idea de generalizar los resultados, por que nos ofrece la posibilidad de observar más claramente que cada niño independientemente de su enuresis o no enuresis, posee sus propias características individuales, situadas en un ambiente familiar único.

Al analizar cualitativamente los resultados, en primera instancia lo que podemos observar en la muestra de niños enuréticos, es un claro predominio del sexo masculino, siendo estos 16 y sólo 4 niñas, datos que concuerdan con las cifras de prevalencia que se manejan en el DSM-IV (American Psychiatric Press, 2000) en donde el porcentaje de varones con enuresis es mayor al de niñas. Del mismo modo en lo que se refiere a las características de la enuresis, los resultados de este trabajo coinciden con las cifras de epidemiología que se tienen sobre la enuresis, siendo la de tipo primaria más común que la de tipo secundaria, mientras que la nocturna es mas frecuente que la diurna, en esta investigación sólo encontramos un caso de este tipo.

En distintos de los textos revisados se menciona que los porcentajes que se manejan sobre la enuresis son un tanto inciertos debido a que muchos de los casos nunca son reportados y otros más son descubiertos por casualidad por un especialista de la salud. Al realizar está investigación pudimos corroborar esta

información, algunas madres reconocieron que el motivo de consulta por el cual acudieron a demandar atención no fue la enuresis y el pediatra la descubrió al realizar la historia clínica.

Si analizamos las actitudes y el discurso de las madres de los niños enuréticos, encontramos que están caracterizadas por la ambivalencia, ya que por una parte expresaron encontrarse muy preocupadas por que sus hijos se seguían orinando y por otra no solicitaban atención especializada, como sucedería con otro tipo de padecimiento, prefiriendo en primera instancia hacer uso de remedios caseros (tes, pomadas) o paliativos (pañales), y sólo tiempo después de que la enuresis aquejaba al niño y estos "tratamientos" no funcionaron, optaron por solicitar atención. Cuando se les cuestionó al respecto, la justificación de las madres fue en primer lugar por que suponían que el niño era "lento para aprender" o bien que se trataban de "accidentes" y más tarde por que consideraban que el niño era "flojo" o que lo hacía de manera deliberada para molestar.

Si reflexionamos un poco más acerca de porque la enuresis no es reportada con un especialista, sino por el contrario en muchos casos se oculta a toda costa a pesar de todos los inconvenientes que representa este padecimiento, no sólo en el niño sino también para la familia, encontramos que es una forma de negar la existencia de un problema que se manifiesta en el niño a través de la enuresis pero que comúnmente es el reflejo de un conflicto familiar. Además como lo señalan Klykylo (1998) y Lebovici (1990) los padres de niños enuréticos se sienten frustrados, enojados, confundidos, en cierta forma por que consideran que han fracasado en su papel como educadores, y es este malestar en los padres es el motivo que los lleva a ocultar el problema y también a rechazar y maltratar al enurético.

Tal y como señala Jiménez (1995) el entrenamiento del control de los esfínteres tiene como objetivo principal la socialización y de ahí su importancia para que el niño se adapte y se desarrolle de manera óptima; el enurético al no

cumplir con las exigencias sociales sufre las consecuencias, siendo agredido verbal y/o físicamente y segregado del grupo de amigos e incluso dentro su propia familia, esto justifica en parte el interés y la preocupación de la mayoría de padres en lo que se refiere al entrenamiento y control esfinteriano. Ajuriaguerra y Marcelli (1996) entre otros autores, menciona que tanto los métodos utilizados como la edad en que los padres comienzan el entrenamiento, son cada vez más flexibles y tolerantes a las necesidades de los niños, los resultados de esta investigación concuerdan con el autor al menos en lo que se refiere a los métodos, las madres de los niños de las dos muestras reportaron el uso de la bacinica, el retiro de pañales y la solicitud al niño para que avisara, como los principales métodos de entrenamiento, mientras que el uso de castigos físicos se mencionaron aisladamente. En cuanto a la edad en que se comenzó el entrenamiento, también fueron muy similares en los dos grupos, cabe señalar existieron algunos casos donde dicho entrenamiento comenzó a edades muy tempranas, cuando los niños aún no cuentan con la maduración para alcanzar el control de esfínteres, situación que en el caso de los niños enuréticos, no podemos descartarla como un factor más a consecuencia del cual aparece síntoma, como lo menciona Reca (1961).

La herencia, también ha sido mencionada como uno de los factores involucrados en la etiología de la enuresis, y aunque no se ha podido comprobar claramente (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996; Mazet, 1981; Knobel,1977), es una cuestión que no se puede dejar velada, ya que independientemente de que no exista una transmisión genética, cuando el padre o la madre han sido enuréticos, todo lo referente al control de esfínteres estará cargado de ansiedad, llevándolos a tomar una actitud equivocada ante el establecimiento de dicho control, como el entrenamiento precoz y rígido, o bien tomando excesivas precauciones, con la finalidad de que el niño no se vuelva enurético y sufra humillaciones como él. En esta investigación encontramos que seis de los niños enuréticos presentaron antecedentes familiares, y en sólo uno de los casos se trataba del padre; de acuerdo con lo anterior la relación herencia – enuresis no es muy clara, sin embargo esto se pudo deber a que el número de casos fue limitado.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente diferentes situaciones que causan estados de estrés en el niño se han señalado como las causantes de la enuresis, los resultados de esta investigación concuerdan con esta hipótesis etiológica de la enuresis, ya que al preguntar al respecto, las madres de los niños enuréticos mencionaron si identificar un mayor número de episodios y un aumento en la frecuencia de la enuresis, cuando el niño se encontraba bajo situaciones de estrés, ya fuera por problemas escolares o familiares. En el caso específico de los niños enuréticos secundarios, cuando se les preguntó a las madres si identificaban algún evento significativo con la aparición de la enuresis, se mencionaron el nacimiento de un hermano, peleas entre los padres, ingreso a la escuela, así como un caso de abuso sexual.

Ahora bien en lo que se refiere, propiamente a la hipótesis que plantea esta investigación, como ya se mencionó antes, los resultados muestran que si existen diferencias entre niños enuréticos y no enuréticos, en lo que se refiere al interés hacia la sexualidad, ya que de acuerdo al análisis estadístico existen diferencias específicamente en lo que se refiere a la variable masturbación, pero también por que se encontraron diferencias entre los puntajes medios del número de indicadores, sin embargo estos resultados se pueden complementar con el análisis cualitativos de los relatos y la información que aportaron las madres, podemos agregar lo siguiente.

Desde el punto de vista de Fenichel (1997), la enuresis es un vehículo mediante el cual se descargan los impulsos edipícos; bajo esta perspectiva al analizar más detenidamente los relatos de las fábulas y láminas destinadas a explorar el conflicto edipico, observamos que en los niños enuréticos y específicamente en los varones, la rivalidad y agresividad dirigida hacia el padre, así como el temor a ser dañado, destruido por éste se presenta de manera más clara, así como también una mayor ansiedad a ser abandonados por la madre.

La mayoría de las madres de los niños enuréticos calificaron como mala la relación de estos niños con sus padres, refirieron que estos últimos se mostraban agresivos, distantes y que comúnmente tenían preferencia por algún otro de los hijos, y reconocieron que ante esto ellas habían tomado una actitud sobreprotectora y demasiado consecuente con el niño, incluso algunas expresaron abiertamente considerarlos como "sus bebés", esta actitud por parte de las madres contribuye a que el conflicto triangular se perpetúe, porque al persistir la relación amorosa con la madre impide que el niño se identifique con la figura paterna que percibe como rival, y además como aquel que puede castigarlo, dañarlo, destruirlo —castrarlo— por sus deseos edípicos. La enuresis entonces podríamos interpretarla como un medio mediante el cual el niño, puede agredir al padre como lo propone Klein (1994), pero también como un vehículo para confirmar la no castración como lo señala Calef (1980).

Freud (1983b;1997c) y Doltó (1974; 1997) opinan que la prohibición de la masturbación de manera abrupta puede funcionar como amenaza de castración, entonces la enuresis es utilizada como un medio para obtener una satisfacción erótica; en este sentido podemos interpretar los resultados donde la inquietud hacia la masturbación en los niños enuréticos fue mayor, y por otra parte también con la información que se obtuvo de a través de la entrevista, ya que un mayor número de madres de niños enuréticos, mencionaron que sus hijos presentaban masturbación; en cuanto a la actitud que tomaron ante dicha situación observamos que fue negativa, regañando al niño y señalando dicha conducta como algo "sucio", mientras que la actitud que tomaron las madres de los niños no enuréticos, que presentaban conductas masturbatorias, fue más tolerante. Por lo anterior cabría preguntarnos cómo y en que medida la inquietud de los padres hacia la masturbación, están influyendo en la percepción que los niños tienen de ésta.

Por otra parte, con base en lo que señala Doltó (1984), acerca de que en el niño varón la enuresis cumple una función estimuladora más clara que en la niña, debido a que en él se confunden las sensaciones placenteras provocadas por la

micción con las provocadas por las erecciones, se puede justificar hasta cierto punto la mayor incidencia de enuresis en niños varones. De acuerdo con la autora en la niña la micción no está ligada a los genitales como en el varón, sino a la vejiga, por lo que obtiene sensaciones placenteras con la retención y no la expulsión de orina.

En lo que se refiere al interés, curiosidad y fantasías hacia la vida sexual adulta, pero principalmente hacia la de los padres, de acuerdo con los resultados, observamos que se encuentran presentes en todos los niños, aunque con una intensidad distinta en cada uno de ellos. Lo anterior se detectó a partir del número de frecuencias de indicadores sobre la escena primaria, en donde podemos observar un mayor número de estos en la muestra de niños enuréticos, aunque también en algunos niños no enuréticos se presentaron frecuencias similares. Al analizar los relatos encontramos que la curiosidad, inquietud, interés alrededor de la escena primaria se ve acompañada por alto grado de ansiedad e incluso miedo. Definitivamente también debemos mencionar la importancia que tiene la familia en relación a todas estas expresiones presentes en el niño, ya que en ocasiones estas se ven avivadas por diferentes situaciones o incluso costumbres familiares. En este caso encontramos un mayor número de niños enuréticos que seguían compartiendo la habitación o la cama con los padres, donde el motivo no siempre fue la falta de espacio en los hogares.

La enuresis es un síntoma que presenta una infinidad de matices, esto principalmente debido a las características individuales de cada uno de los niños y a la influencia de su ambiente familiar, por lo que se debe tener presente que tratar de encontrar una verdad única alrededor de este problema sólo limita las posibilidades de proporcionar al enurético un solución real, que le permita desarrollarse plenamente. Por lo anterior a pesar de que se encontró que las inquietudes hacia el complejo de Edipo, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación, son mayores en los niños enuréticos que en los no enuréticos, más allá de afirmar que estas inquietudes dieron origen a la enuresis,

considero más loable concluir que de acuerdo a los resultados de esta tesis, al investigar casos de niños con enuresis, es conveniente explorar el área sexual, (así como se hace de los aspectos neurofisiológicos y conductuales) para confirmar o descartar en todo caso su injerencia en la psicogénesis del síntoma.

Conclusiones

El problema que se planteó en este trabajo fue investigar si existían diferencias entre niños enuréticos y no enuréticos en cuanto al interés hacia la sexualidad, explorando en estos niños la conflictiva edípica, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación.

De acuerdo con al análisis de resultados se concluye los siguiente:

Si existen diferencias en el interés hacia la sexualidad entre niños enuréticos y niños no enureticos, en primera instancia mediante la prueba *Ji cuadrada* se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas en el número de indicadores de la variable masturbación, siendo mayor en los niños enuréticos. Por otra parte cuando se contrastaron los puntajes medios del número de indicadores de cada una de las muestras y siendo nuevamente mayores en la muestra de niños enuréticos, también se encontraron diferencias significativas. Lo anterior da sustento a la hipótesis de trabajo y finalmente podemos concluir que si existe una mayor interés hacia la sexualidad en los niños enuréticos ya que se encontraron tanto a nivel cuantitativo como nivel cuantitativo número mayor de componentes relacionados con dicho interés en los niños enuréticos que en aquellos que no lo eran.

7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A lo largo de esta investigación se presentaron distintas dificultades, que de una u otra manera la limitaron, resultaría imposible mencionar aquí cada una de ellas, no obstante a continuación planteo aquellas limitaciones, que a mi juicio tuvieron mayor influencia sobre la investigación.

En primer lugar quiero mencionar la dificultad para obtener la muestra de niños enuréticos, el tiempo que se requirió se extendió más allá de lo previsto, primero debido a que no se autorizó realizar esta investigación dentro de un Hospital psiquiátrico infantil, en donde la canalización de pacientes con enuresis hubiera sido más rápida, ya que son pacientes recurrentes en la institución. De acuerdo a la responsable de revisar los proyectos de investigación, el motivo por el cual no se autorizó este trabajo, fue el enfoque teórico dicho sea de más el Psicoanálisis, también señalo que la institución no podía permitir que se exploraran los temas relacionados con la sexualidad del niño.

Afortunadamente en la Unidad de Pediatría del "Hospital General de México" no hubo ninguna objeción para llevar a cabo la presente investigación. Sin embargo ahí también surgieron inconvenientes, el tiempo nuevamente fue uno de ellos, para completar la muestra de 20 niños se requirió aproximadamente de cuatro meses, Paidopsiquiatría canalizó a la mayoría, pero debido a la lentitud con que llegaban los casos, se incluyeron en la muestra a otros niños que presentaban el problema pero a los que aún no se le realizaban los correspondientes estudios neurológicos y urológicos necesarios para descartar la posibilidad de un problema orgánico, sin duda esto fue una de las principales limitaciones de esta investigación.

Debido a que en muchos casos a las madres se les dificultaba acudir nuevamente al hospital, ya fuera por falta de recursos económicos para transporte y comida, o bien por que no obtendrían el permiso en sus trabajos o en la escuela

del niño, fue necesario realizar la entrevista y la aplicación de las pruebas se en una sola sesión lo cual resultaba agotador tanto para el niño y la madre, como para mí.

Al tener la oportunidad de conocer de manera más cercana el funcionamiento de una institución de salud pública, me pude percatar de que la atención que se ofrece a lo pacientes no es integral, sino que se privilegian los aspectos orgánicos de los padecimientos, ya que existe un claro predominio de la medicina. En lo que se refiere al trabajo del psicólogo, este se encuentra en cierta forma subordinado al del personal médico, se trabaja sobre los aspectos psicológicos sólo en la medida en que estos últimos lo consideran conveniente. Por lo anterior considero que debe haber una mayor apertura de parte del sector médico a las diferentes disciplinas involucradas en la salud, reconociendo que esta no se limita a los aspectos físicos. Sin embargo, toca al propio psicólogo demostrar la importancia de su trabajo a través de su desempeño ético y responsable; las rivalidades profesionales sólo limitan las posibilidades de ofrecer a los pacientes una solución eficaz a sus problemas.

Finalmente, de acuerdo con esta investigación, los niños con enuresis muestran una mayor Interés hacia la sexualidad (el complejo de Edipo, el complejo de castración, la escena primaria y la masturbación) en comparación con los niños que no presentan este problema por ello como sugerencia para posteriores investigaciones sobre este sintoma, me parece conveniente investigar a profundidad todos estos aspectos.

Los estudios de casos podrían ser la opción para revisar la conflictiva edípica de estos niños, así como situaciones y costumbres familiares que fomentan la persistencia del conflicto e impiden su solución, tales como el colecho y el hacinamiento. También sería conveniente conocer más acerca de las prácticas masturbatorias de estos niños, pero principalmente de la actitud y manejo de estas por parte de los padres.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1973). Aportaciones al psicoanálisis de niños. Ed. Paidós. México.
- Aguilar, I. (1998). El vínculo madre-hijo y la enuresis infantil dentro del marco psicoanalítico: estudio de casos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson. Barcelona-México. Cuarta edición, tercera reimpresión.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1996). Psicopatología del niño. Ed. Masson. México. Tercera edición.
- Albarran, A. (1979). Enuresis: Diagnóstico, etiología y tratamiento. Ed. General Pardillas. España. Segunda edición.
- American Psychiatric Association, (1999). Manual de diagnóstico estadístico de trastornos mentales, DSM-IV. Ed. Masson. España. Quinta reimpresión.
- American Psychiatric Press, (2000). DSM-IV Tratado de psiquiatría. Tomo I. Ed. Masson. España.
- Bass, A. (1994). Aspects of urethrality in women. Psychoanalytic Quarterly, núm. 63, pp.491-517.
- Bekei, M. (1992). Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. Ed. Nueva visión. Argentina. Cuarta edición.
- Bellak, L. (1996). T.A.T., C.A.T. y S.A.T. uso clínico. Ed. Manual moderno. México. Tercera edición en español.
- Breckenridge, M. (1985). Crecimiento y desarrollo del niño. Ed. Interamericana. México. Octava edición.
- Browne, N. (1986). Some enuretic derivatives in an adult analysis. International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 67 (4) pp. 449-457.
- Cáceres, J. (1991). Como ayudar a su hijo si hace pis en la cama. Ed. Siglo XXI. España. Cuarta edición.
- Calef, V.; Weinschel, S.; Edward, M.; Renik, O. y Mayer, E. (1980). Enuresis: A funcional equivalente of a fetish. International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 61(3) pp. 295-305.

Cole, M. (2001). The development of children. Ed. Worth publishers. United States of America. Fourth edition.

Craig, G. (1997). Desarrollo psicológico. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. México. Séptima edición.

Cueli, J. (2001). Teorías de la personalidad. Ed. Trillas. México. Tercera edición, sexta reimpresión.

Díaz, R. (1997). Test gestáltico visomotor de Lauretta Bender y la escala de maduración infantil de Koppitz. Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM. México.

Dicaprio, N. (1985). Teorías de la personalidad. Ed. Interamericana. Segunda edición. México.

Dolto, F. (1974). Psicoanálisis y Pediatría. Ed. Siglo XXI. México.

Dolto, F. (1991). Seminario de psicoanálisis de niños. Ed. Siglo XXI. México.

Dolto, F. (1997). Trastornos en la infancia: reflexiones sobre problemas psicológicos y emocionales más comunes. Ed. Paidós. Argentina.

Duche, D. (1972). La enuresis: formación de hábitos higiénicos en los niños. Ed. El ateneo. Argentina.

Engler, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. Ed. McGraw-Hill. Cuarta edición. México.

Escudero, B. (1997). Estructura y función del cuerpo humano. Ed. McGraw Hill-Interamericana. México.

Esquivel, Heredia y Lucio. (1994). Psicodiagnóstico clínico del niño. Ed. Manual moderno. México.

Fenichel, O. (1997). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Paidós. México.

Freud, S. (1983a). La sexualidad en la etiología de las neurosis. Obras completas Vol. III. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1898).

Freud, S. (1983b). Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas, Vol. VII. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1905).

Freud, S. (1997a). El esclarecimiento sexual del niño (Carta abierta al Dr. M. Fürst). Obras completas. Vol. IX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1907).

Freud, S. (1997b). Sobre las teorías sexuales infantiles. Obras completas. Vol. IX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1908).

Freud, S. (1997c). La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). Obras completas. Vol. XIX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1923).

Freud, S. (1997d). El sepultamiento del complejo de Edipo. Obras completas. Vol. XIX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1924).

Freud, S. (1997e). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Obras completas, Vol. XIX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1925).

Fritzgerald, H. (1985). Psicología del desarrollo: el lactante y el preescolar. Ed. Interamericana. Octava edición. México.

Gesell, A (1975). El niño de 1 a 5 años. Ed. Paidós. Octava edición. Argentina. Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw-Hill. Segunda edición. México.

Hoffman, J. (1995). Desarrollo Humano. Vol. 1. Ed. Mc Graw-Hill. Segunda edición. México.

Jiménez, M. (1995). Psicopatología infantil. Ed. Aljibe. España.

Johnson, J. (1992). Métodos de tratamiento infantil: Introducción a la teoría, investigación y práctica. Ed. Limusa. México.

Kanner, L. (1972). Psiquiatría Infantil. Ed. Siglo XXI. Argentina.

Klein, M. (1994). El psicoanálisis de niños. Obras completas, Vol. 2. Ed. Paidós. España.

Klykylo, W. (1998). Clinical child psychiatry. Ed. W. B. Saunders Company. United States of America.

Knobel, M. (1977). Psiquiatría infantil psicodinámica. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Paidós.

Lebovic, S., Diatkina, R. y Soule, M. (1990). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo IV. Ed. Biblioteca nueva. España.

- Mazet, P. (1981). Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Médica y técnica. España.
- Meneghello, J. (2000). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Ed. Médica panamericana. México.
- Netherton, S. (1999). Child and adolescent psychological disorders. Ed. Oxford University Press. United States of America.
- Oledick, T. (1986). Psicopatología infantil. Ed. Martínez Roca. España.
- Pacheco, C. (1988). Depresión, retraimiento, angustia, culpa y rechazo en el niño con enuresis. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). Desarrollo humano. Ed. McGraw-Hill. México. Sexta edición.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (2001). Psicología del desarrollo. Ed. McGraw-Hill. Colombia. Octava edición.
- Rabin, A. (1966). Técnicas proyectivas para niños. Ed. Paidós. Argentina.
- Reca, T. (1961). Problemas psicopatológicos en Pediatría. Ed. Eudeba. Tercera edición. Argentina.
- Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana. México.
- Rodríguez, J. (1998). Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Publicaciones de la Universidad de manuales universitarios, Universidad de Sevilla. España.
- Shafii, M. (1985). Desarrollo Humano. Ed. El ateneo. Argentina.
- Valmor, D. (1966). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Ed. Schapire. Argentina.
- Wicks, N. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana. España.
- Yamane, T. (1979). Estadística. Ed. Harla. México. Tercera edición.

INTERNET

- Cebrián, J. (2002). Enuresis: Mojar la cama. Disponible en <http://www.cop.es/colegiados/m-03258/enuresis.htm>

López, P. (2002). Urología infantil: Enuresis. Disponible en <http://www.cirpedal.com.ar/enuresis.htm>

Marsellach, G. (2002). El psicólogo en red: El niño enurético. Disponible en <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/enuresis.htm>

Médico en internet. (2002). La enuresis. Disponible en <http://www.medicadetarragona.es/padres/consejos/enuresis.htm>

Pediatric urology clinical program, (2002). Pediatric urology material de información para el niño y la familia: Enuresis. Disponible en <http://www.itsa.ucsf.edu/uroweb/Uro/clinprograms/spanishenuresis.html>

Pipi stop: Abrigo. (2002). <http://www.pipistop.com>

Salud (2002) Enuresis nocturna: orientaciones para la familia. Disponible en <http://www.ctv.es/SALUD/enuresis.htm>

Zona pediátrica (2002) Enuresis (mojar la cama). Disponible en <http://www.zonapediatrica.com/patologias/enuresis.htm>

APÉNDICE

- 14.- Que me puede decir en relación a los hábitos de sueño del niño
- 15.- ¿Con quién duerme el niño? (habitación y cama).
- 16.- ¿Con quién se baña?
- 17.- ¿Cuál es la reacción del niño ante la desnudez, hace preguntas al respecto?
- 18.- ¿Qué se le contesta?
- 19.- ¿El niño ha presentado o presenta conductas masturbatorias, es decir si estimula sus genitales?
- 20.- ¿Cómo reaccionan los padres, y que se le dice al niño?
- 21.- ¿Cómo es su rendimiento escolar?
- 22.- Descríbame al niño y como se relaciona con los miembros de su familia. (Padre, Madre, Hermanos).
- 23.- ¿Cómo se relaciona el niño con sus compañeros de juego?
- 24.- ¿Qué programas de televisión ve el niño?
- 25.- Mencione las actividades que realiza el niño durante el día