

24/100



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ENURESIS: ESTUDIO DE CASOS Y SUS
IMPLICACIONES PSICODINAMICAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

MA. ESTHER MEJIA SUAREZ

VICTOR PEREZ GUTIERREZ

Asesor: PSIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA

**TEESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ciudad Universitaria, México

1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION. | 1 |
| 1. DEFINICION. | 3 |
| 2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENURESIS. | 5 |
| 3. CLASIFICACION..... | 8 |
| 3.1 De acuerdo a la hora en que se presenta. 8 | |
| 3.1.1 Nocturna. | |
| 3.1.2 Diurna. | |
| 3.2 De acuerdo a la frecuencia..... | 10 |
| 3.2.1 Continuas. | |
| 3.2.2 Intermitentes. | |
| 3.3 De acuerdo al momento de aparición. | 11 |
| 3.3.1 Enuresis primaria. | |
| 3.3.2 Enuresis secundaria. | |
| 4. EPIDEMIOLOGIA DE LA ENURESIS. | 12 |
| 4.1 Frecuencia de la enuresis. | 12 |
| 4.2 Herencia. | 12 |
| 4.3 Sexo. | 15 |
| 4.4 Factores socioeconómicos | 16 |
| 4.5 Raza. | 18 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 5. | ETIOLOGIA. | 19 |
| 5.1 | Aspectos orgánicos..... | 19 |
| 5.1.1 | Fisiología de la micción. | |
| 5.1.1.1 | Llenado de la vejiga | |
| 5.1.1.2 | Vacimientto de la vejiga | |
| 5.1.1.2.1 | Consideraciones anatómicas. | |
| 5.1.1.2.2 | Micción. | |
| 5.1.1.2.3 | Control reflejo. | |
| 5.1.1.3 | Micción del niño pequeño. | |
| 5.1.1.4 | Enuresis y ritmo urinario. | |
| 5.1.1.5 | Edad del aprendizaje de la limpieza. | |
| 5.1.1.6 | Edad de la enuresis. | |
| 5.2 | Aspectos psicogénicos..... | 27 |
| 5.2.1 | Perfil psicológico del enurético. | |
| 5.2.2 | Síntomas asociados a la enuresis. | |
| 5.2.2.1 | Encopresis. | |
| 5.2.2.2 | Masturbación. | |
| 5.2.3 | Autores psicoanalíticos que explican la enuresis. | |
| | J. Lacan, Anna Freud, S. Freud, J. Laplanche y J. B. Pontalis, K. Abraham, C. Hames, Berge, Melanie Klein, --- Otto Fenichel, E. Erickson, Telma Reca, Adler. | |
| 6. | TRATAMIENTO DE LA ENURESIS..... | 68 |
| 6.1 | Profilaxis. | 68 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| 6.2 | Psicoterapia. | 72 |
| 6.3 | Dieta adecuada. | 74 |
| 6.4 | Ejercicios miccionales. | 75 |
| 6.5 | Procedimientos mecánicos-quirúrgicos. | 77 |
| 6.6 | Métodos pseudo psicológicos. | 78 |
| 6.7 | Drogas. | 79 |
| 7. | METODO. | 82 |
| 7.1 | Población. | 82 |
| 7.2 | Selección de la muestra. | 82 |
| 7.2.1 | Sexo. | |
| 7.2.2 | Edad. | |
| 7.2.3 | Escolaridad. | |
| 7.2.4 | Tipos de enuresis y frecuencia. | |
| 7.2.5 | Nivel de maduración. | |
| 7.2.6 | Coefficiente intelectual. | |
| 7.3 | Escenario. | 88 |
| 7.4 | Instrumentos. | 88 |
| 7.4.1 | Entrevista clínica. | |
| 7.4.2 | Test gestáltico visomotor de L. Bender. | |
| 7.4.3 | Test de Matrices Progresivas de Raven. | |
| 7.4.4 | Fábulas de Düss. | |
| 7.4.5 | C.A.T.-A. | |
| 7.5 | Tipo de estudio. | 91 |
| 7.6 | Procedimiento. | 91 |
| 7.7 | Procesamiento de datos. | 92 |

7.8 Análisis de resultados. 95

7.8.1 Entrevista.

7.8.2 Fábulas de Düss.

7.8.3 C. A. T. - A.

C O N C L U S I O N E S 111

L I M I T A C I O N E S Y S U G E R E N C I A S 114

B I B L I O G R A F I A115

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

Considerando a la psicopatología como la rama de la psicología que se encarga del estudio de los procesos anormales en el desarrollo mental de los humanos, es frecuente encontrar quiénes se interesan en ella, descubrir principios y comprobar sus postulados y teorías utilizando los diferentes métodos y técnicas propuestas para su estudio. Estas técnicas y métodos pueden ser aplicados en diferentes escenarios y organismos teniendo como fin el conocimiento del comportamiento de dichos organismos.

Durante mucho tiempo se ha intentado llegar al entendimiento de la conducta humana y con este fin toda la experimentación en la psicopatología se ha encaminado hacia la descripción de las leyes y los eventos del comportamiento, y descubrir así, las causas de por qué manifestamos tal o cual signo o síntoma. A la fecha se ha probado diferentes formas de experimentación cuyas aportaciones han sido benéficas para el desarrollo de esta ciencia.

El presente estudio intenta analizar las implicaciones psicológicas dinámicas inmersas en el síntoma enurético, el cual es típicamente infantil mediante la utilización de algunos instrumentos psicodiagnóstico de tipo proyectivo, permitiendo al niño de esta manera manifestar libremente los conflictos internos que maneja acerca de la percepción familiar, del medio y de sí mismo. El -

objetivo de ésto es enmarcar dichas implicaciones y buscar con -
ello bases más firmes de su etiología y así plantear alternati--
vas de investigación en el tema y hacer un manejo terapéutico me
jor orientado.

En los aspectos teóricos del trabajo se hace referencia a -
dos posturas; la organícista y la del psicoanálisis siendo ésta
última la que consideramos para hacer la parte experimental del
trabajo.

Este estudio se realizó como una inquietud de parte nuestra
por conocer algo a cerca del síntoma enurético, no teniendo has-
ta entonces bases teóricas que dieran respuesta a nuestras inte-
rogantes y debido a la frecuencia con que se presentaba este --
problema en los niños del hospital donde realizábamos el servi-
cio social. Nos preguntábamos por qué los niños con enuresis en
éste lugar sólo recibían tratamiento médico aún considerando que
la etiología de este síntoma se le atribuía a factores emociona-
les, que al no considerarlos, sólo llevaban al niño a una cura -
temporal, una reincidencia o a la aparición de otros síntomas --
con que manifestaban el mismo conflicto.

1. DEFINICION.

Acerca de la enuresis no existe acuerdo alguno sobre su etiología -los partidarios de la psicogénesis y los organicistas continúan enfrentados- ni su tratamiento, ni incluso en lo relacionado con su definición.

En opinión de Littré: "Enuresis es un término médico y significa derrame involuntario de orina, incontinencia de orina". - Este autor lo hace derivar del griego $\epsilon\nu$, en y $\omicron\nu\rho\eta\sigma\iota\varsigma$, "acción de orinar", de $\omicron\nu\rho\eta$, "orina". Pero esta etiología aunque es exacta no es aceptada ya que la enuresis no es una incontinencia urinaria.

Según Clément Launay, "la enuresis es el caso del sujeto -- que inconscientemente emite su orina, en un lugar no apropiado, sino en la cama donde duerme o en la ropa que lo cubre durante el día". Esta definición admite que la enuresis se aplica tanto a los accidentes diurnos como nocturnos; no está claro como ese término ($\epsilon\nu\nu\rho\eta\sigma\iota\varsigma$), podría contener el radical $\nu\nu\varsigma$ representativo de la noche. Por lo demás, es natural englobar con una misma palabra accidentes que guardan semejanza. Esta opinión no es compartida por Savy para quién la expresión enuresis resume el carácter fundamental del síndrome ($\epsilon\nu$, "en": $\nu\nu\varsigma$, "noche", y $\omicron\nu\rho\eta\sigma\iota\varsigma$, "orinar"). (42)

Didier J. Duché propone la siguiente definición: "La enuresis constituye una micción a la vez activa y completa, involuntaria, que sobreviene casi siempre en la posición decúbito durante el sueño".⁽¹⁸⁾

La definición que se establece en el DSM-III, es la siguiente: "transtorno cuya manifestación principal es la emisión persistente e involuntaria de orina durante el día o la noche, que se considera anormal para la edad del individuo".⁽¹⁹⁾

Ajurriaguerra nos dice que recibe el nombre de "enuresis" - la falta de control de la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantienen o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de tres años.⁽⁵⁾

Por su parte Telma Reca en sus diferentes estudios sobre la enuresis, considera ésta como "la falta de establecimiento de control vesical diurno y/o nocturno", si bien a través de los diferentes caracteres que puede presentar ésta establece una serie de definiciones que atienden a su etiología.⁽⁵¹⁾

Nosotros consideramos a la enuresis como la emisión involuntaria de orina, en los niños que rebazan la edad de tres años la cual puede aparecer durante el día o la noche y tiene su base en conflictos emocionales.

2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENURESIS.

La enuresis ha sido motivo de consternación para los médicos de diversas civilizaciones desde tiempos remotos y ocurre como en todos los casos de difícil tratamiento que surjan multitud de catálogos, los que contienen las más variadas y rebuscadas técnicas de tratamiento para curar la enuresis y explicar su etiología.

El informe más antiguo de la enuresis, data del año 1550 - A.C. que es la fecha de los papiros de Ebnes, era considerada en aquél entonces, según Glincklich (1951), como una perturbación, que requería tratamiento médico. En la sección pediátrica de dicho papiro se encuentra una receta para la corrección del problema.

Durante la Edad Media se sigue fielmente la tradición de la antigüedad, matizadas éstas por el fervor religioso. Así no es raro encontrar que se veneraba a algún santo para que ayudara a los enuréticos.

Ya en las postimerias de la Edad Media y principios del Renacimiento en el año de 1472, Paulus Bagge Llandus publicó el primer libro impreso sobre daños en niños en el que comenta sus propias observaciones y tratamientos.

En 1554, el inglés Thomas Paer, publicó la primera edición del "Libro del niño" que resulta ser el primer libro de pediatría, escrito en inglés; en el cual hay un párrafo titulado "ornarse en la cama", que en alguna de sus partes dice: "Muchas veces la debilidad para retener los riñones o la vejiga, tanto en hombres viejos como en niños, ocurre ya sea en el sueño o caminando. No teniendo poder para retenerla".

Con el advenimiento del siglo XIX y el establecimiento de la pediatría como una especialidad de la medicina general, la literatura médica llega a estar repleta de artículos sobre enuresis en los cuáles se tocan dos puntos: los agentes etiológicos del fenómeno y la terapéutica. Hasta este siglo se mantuvo la concepción de que la debilidad del cuello de la vejiga, un desequilibrio de la musculatura de la misma, la debilidad y una atonía muscular general, eran consideradas, las causas principales de la incompetencia del esfínter vesical. Se pensaba también, que había irritaciones dentro del sistema urinario o fuera de él, que provocaba la enuresis.

La aproximación del modelo médico aparece en la Edad Media y alcanza un desarrollo importante en los siglos XVIII y XIX. El concepto de enfermedad desplaza la noción de que las alteraciones de la conducta eran provocadas por el pecado, corrupción o demonios. Con esto se brindaba una base racional para comprender disfunciones humanas y tratarlas. Muchos artículos de la se

gunda mitad del siglo XIX mencionaban la relación de la patología del aparato genitourinario como un factor causal de la enuresis; dentro de la que están: la malformación de la vejiga, la estructura de la uretra, daños en el recto, diabetes etc. También se mencionan, la flojera, cobardía y el miedo.

3. CLASIFICACION.

A continuación mencionamos las diferentes clasificaciones -- que se hace de la enuresis. Estas clasificaciones son:

3.1 De acuerdo a la hora en que se presenta.

3.1.1 Enuresis nocturna.

Este tipo de enuresis sería la que exclusivamente se presenta en el transcurso de la noche, y es descrita por Didier Duché (1972) de la siguiente manera: El comienzo del sueño parece normal, el adormecimiento es, en general rápido; luego, al cabo de un tiempo bastante fijo y que una madre atenta situará fácilmente con precisión. Corresponderá a un volumen dado de repleción vesical, el niño comienza a agitarse, masculla palabras incomprendibles o produce algunos gruñidos, se modifica el ritmo respiratorio, se desplaza en la cama, lleva sus manos a la región pubiana; en el niño se observa casi siempre una erección, fenómeno que algunos interpretan como prueba de una sensación erótica concomitante, sobreviene luego la micción activa y completa. El sueño retorna a su curso normal, pero el niño no ha despertado, no tiene consciencia de la micción y no la recuerda al día siguiente. El volumen de la micción es generalmente importante, - la mitad a los dos tercios de la orina cotidiana total.

En opinión de M. Lievre (citado por Didier 1972 p. 48), la micción sobrevendría entre la una y las tres de la madrugada. Según Gastaut y Lavan así como Didier D. se produce de una hora a una hora y media después del adormecimiento.

El ritmo de los accidentes resulta extremadamente variable y no podría esquematizarse. Algunos niños se orinan noche tras noche sin interrupción, otros tienen accidentes agrupados; casi siempre el ritmo no obedece a ley alguna.

3.1.2 Enuresis diurna.

Es cuando la micción aparece exclusivamente durante el día este tipo de micción es ciertamente consciente, pero no por eso voluntaria. Numerosos autores, en especial Trosseau, han señalado que dos hechos dominan claramente la micción del enurético: el deseo imperioso y la frecuencia de la polaquiuria diurna.

Este deseo imperioso sería el caso de una vejiga anormalmente excitable. La enuresis diurna, resulta extremadamente rara (menos del 5% de todos los casos de enuresis, en opinión de Bakwin), los niños que la presentan, reconocen sin mayores problemas que sienten perfectamente la necesidad de orinar y, salvo en dificultades afectivas graves, son fáciles de educar en ese aspecto. Muchos son emotivos, tímidos que en clase no se atreven a pedir permiso para salir o que no son autorizados a hacerlo, o

bién que, seducidos por el juego, advierten su necesidad cuando ya es demasiado tarde para satisfacerla normalmente. Estas micciones involuntarias de esos casos, al sobrevenir inadecuadamente pueden compararse con la trayectoria de un estallido de risa o de un acceso de miedo. Hay un hecho que merece ser observado: la persistencia en la edad adulta, de esa vejiga particularmente excitable aún cuando la enuresis ha desaparecido hace ya largo tiempo. Estos sujetos experimentan con más nitidez que cualquier otro, deseos imperiosos cuando están expuestos a excitaciones tales como frío o una emoción.

3.2 De acuerdo a la frecuencia.

3.2.1 Formas continuas.

Es cuando los accidentes son cotidianos. En opinión de Hallgren, el 85% de los enuréticos se orinan por lo menos una vez durante la noche o más. (33)

3.2.2 Formas intermitentes.

El 14% de enuréticos, también en opinión de Hallgren, se orinan únicamente una vez por semana, incluso menos (varias veces por mes).

Telma Reca⁽⁵¹⁾, al referirse a la enuresis como síntoma la cla

sifica como lo mencionamos anteriormente, afirmando que es más frecuente la primera.

3.3 De acuerdo al momento de aparición.

Tomando en cuenta éste criterio la enuresis puede ser:

3.3.1 Enuresis primaria.

Sería en la cual su nota predominante será el retraso de manifestarse el control esfinteriano, es decir el niño no controla el esfínter vesical en la edad esperada y continua orinándose hasta después de esa edad.

3.3.2. Enuresis secundaria.

Es cuando la enuresis aparece tras un intervalo más o menos largo de limpieza. B. Hallgren considera que hay enuresis secundaria cuando el niño ha estado sin mojarse durante un año o más sin interrupción antes de los 4 años.

De estos tipos de enuresis, la enuresis primaria es la más frecuente; B. Hallgren señala 85% de los casos; M. Schachter y S. Cotte, 97.93%; C. Launay y Fayol, 75%.

4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENURESIS.

4.1 Frecuencia de la enuresis.

Parece ser que esta frecuencia es grande, aunque difícil de calcular dada la diversidad de las muestras sobre las que versan las estadísticas, que hemos encontrado.

Esta afección constituye según A. Berge⁽¹¹⁾, Baudin y Lechler entre otros un verdadero mal social. En opinión de Hallgren⁽³³⁾, el porcentaje de ésta perturbación en un grupo total es, aproximadamente, de un 10% en los varones y un 9% en las niñas, sin embargo, las cifras encontradas en las estadísticas varían enormemente según el medio en que tales estadísticas han sido recogidas.

4.2 Herencia.

Si bien se han encontrado bases hereditarias de la enuresis, cierto es que el carácter familiar resulta discutible para algunos autores. Kanner⁽³⁶⁾ encontró que el 47% de los miembros de una misma familia (ascendientes y colaterales) eran enuréticos. Stockwell y Smith encuentran un 63% en los ascendientes, un 21% en los colaterales.

M. Lievré, de 77 familias de enuréticos halla 48 padres ancianos que padecen esa enfermedad.

G. Cust ha elaborado una encuesta sobre la edad de limpieza de los padres de niños enuréticos y ofrece el siguiente cuadro:

| EDAD DE LIMPIEZA DE LOS PADRES | M A D R E S | | P A D R E S | |
|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | ENURETICOS | NO ENURETICOS | ENURETICOS | NO ENURETICOS |
| 0 a 5 | 15 | 20 | 18 | 20 |
| 5 a 10 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 10 a 15 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| + 15 | 2 | 0 | 1 | 0 |

A este respecto, Clément Launay plantea la importante cuestión de saber si se trata aquí de una verdadera herencia, encuentra que de 135 enuréticos, 49 parientes de niño han tenido enuresis, lo que arroja la cifra de 36%; Leo Kanner admite que de los casos vistos por él mismo, en un 52% uno o más de los restantes miembros de la familia eran enuréticos o lo habían sido.

Por el contrario, la escuela Argentina, representada por -- Telma Reca, señala que, pese a estas cifras u otras semejantes, en más del 90% de los casos el origen de la enuresis es psicogenética.

Albarrán Olivera en su estudio, afirma haber encontrado un 25% de influencia de la herencia.

| ANTECEDENTE ENURETICO | PORCENTAJE DE LA MUESTRA (140 casos) |
|-----------------------------|---|
| Otros familiares 11 casos | 17.14 % |
| Hermanos 24 casos | 7.86 % |
| T O T A L : <u>35</u> casos | 25.00 % |

En 105 casos no había antecedentes enuréticos en la familia.

Existe, sin duda alguna, una real contaminación psíquica de la que pueden hallarse muchos ejemplos en los dormitorios y casas de educación. Un niño "limpio" tiene grandes posibilidades de convertirse en enurético, por lo menos de manera, transitoria, si es llevado a un dormitorio de niños que padecían ese problema.

Se ha señalado, a menudo, que la cohabitación con un mayor enurético contrariaba la adquisición de la limpieza del segundo-génito; de manera inversa, la curación de uno puede acabar la de otro. Sin embargo, algunos hechos permiten pensar que ciertos casos por lo menos, la herencia es causa de ello, y Fayol en un estudio de gemelos enuréticos, ha observado una concordancia del 100% entre los monocigotos y un 40% entre los dicigotos. Un

caso muy conocido el de tres gemelas: las dos gemelas las monociotas son enuréticas; la tercera dicigota, no lo es.

Hallgren que ha consagrado a ese problema un estudio muy importante, deduce que no es posible determinar con certeza el origen genético de la enuresis.

4.3 Sexo.

En la mayoría de las estadísticas se considera que, la enuresis se da más comunmente en el varón. Comby (citado por Didier Duché, 1972) compara ese hecho con la mayor frecuencia de la estenosis del píloro en el varón.

K. Norton de un total de 180 casos encontró: 110 niños; Hallgren, encuentra seis casos de estenosis del píloro radiológicamente verificados sobre un total de 285 niños enuréticos.

Hallgren⁽³³⁾, observa una frecuencia general del 10% de varones y 9% de niñas: Anderson una igualdad en los sexos.

Berge, por su parte se expresa en estos términos: "En cuanto a establecer si la enuresis es más frecuente en los varones - que en las niñas, las estadísticas varían demasiado, según el tiempo, lugar y las circunstancias como para que resulte posible extraer una conclusión, por otra parte de interés secundario".⁽¹¹⁾

Didier D. no comparte ese interés ya que en la mayoría de las encuestas se ha probado la mayor frecuencia de la enuresis en el varón y piensa que sería muy importante saber la razón.

La hipótesis de Y. Fayol al punto antes mencionado es la siguiente: nos dice que el desarrollo del niño es más lento durante los primeros años que el de la niña.

Los lazos que vinculan al niño con la madre son: posiblemente más estrechos; el niño es más tiránico frente a la madre, con una mezcla de amor y agresividad; el contacto con el mundo exterior se establece para él de un modo más lento.

E. Pichón y Codet consideran la enuresis en los niños de 11 a 13 años como un sucedaneo de la masturbación "a muchos niños pequeños que no pueden considerarse anormales pues no existen razones para ello, les gusta retener su orina bastante tiempo después de haber experimentado los primeros síntomas. En los pequeños ese esfuerzo de retención activa se reconoce a menudo, se espalpan y se tiran del pene; en los más grandes se observa un estremecimiento característico de la región pelviana. Este hedonismo uretral desempeña un papel importante en la enuresis y más particularmente, en la enuresis diurna". (citado por Didier --- p. 41).

4.4 Factores socioeconómicos.

Todos los autores insisten en la importancia de los factores socioeconómicos J. Aubry, deduce que la enuresis resulta tan

to más frecuente en la medida en que el medio familiar se encuentra más desprovisto.

R. Rinvik proporciona el siguiente cuadro en un estudio centrado en 186 enuréticos (119 niños y 67 niñas).

| MEDIO SOCIOECONOMICO | NIÑOS | NIÑAS | TOTAL |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| Trabajadores manuales | 42 | 24 | 66 |
| Empleados | 40 | 26 | 66 |
| Trabajadores independientes | 42 | 26 | 66 |
| Sin información | 5 | 5 | 10 |

En opinión de Bakwin⁽⁹⁾, las diferencias en los medios sociales son, esencialmente, el resultado de la manera en que se responde, de acuerdo con el medio, a la necesidad expresada por el niño, ahí radica el elemento esencial.

Un niño tendrá menos tendencia a orinarse si proviene de un medio en el cual la limpieza es apreciada y los baños son fácilmente accesibles, donde la madre se encuentra atenta y preocupada por una educación, en el que se mide la cantidad de líquidos absorbidos antes de acostarse y el niño es levantado durante la noche con el fin de vaciar su vejiga.

4.5 Raza.

La enuresis tiene una distribución geográfica uniforme estando presente en todas las culturas y civilizaciones, no existe país, ciudad, grupo o clase social que este exenta totalmente de este síntoma. La enuresis es hallada en países desarrollados como en subdesarrollados.

Freedman y Kaplan (citado por Del Bosque Garza, p. 15) citan mayor proporción en niños de raza negra no así Davison, quién reporta que la enuresis es más frecuente entre los blancos que entre los negros. Ello se debe, explica, a que en las clases pobres los niños negros son más cuidados que los blancos Anderson⁽⁶⁾, por su parte, no encuentra diferencia de una raza a otra.

5. ETIOLOGIA.

Dentro del aspecto etiológico de la enuresis, referiremos -- por un lado lo que postula la teoría organicista y por otro lado la postura de los psicogenecistas, siendo ésta última la que más nos interesa, por las características de nuestro trabajo. Debido a ésto, esta parte la desglosaremos de la siguiente manera:

5.1. Aspectos orgánicos.

5.1.1 Fisiología de la micción.

Para tener una idea del mecanismo de la enuresis en su etiopatogenia es necesario comenzar por una descripción de la fisiología de la micción, señalando algunos datos anatómicos y funcionales de este proceso, esto es, sus estímulos y su control central o voluntario, periférico o autónomo, para lo cual sigue el siguiente proceso:

5.1.1.1 Llenado de la vejiga.

Las paredes de los uréteres contienen músculo liso dispuesto en haces espirales longitudinales y circulares, pero no se observan capas distintas.

Las contracciones peristálticas regulares que ocurren una a cinco veces por minuto llevan la orina desde la pelvis renal a la vejiga, donde entran por brotes sincrónicos con cada onda peristáltica.

5.1.1.2 Vaciamiento de la vejiga.

5.1.1.2.1 Micción.

La micción es fundamentalmente un reflejo espinal facilitado e inhibido por centros cerebrales superiores y, como la defecación está a la facilitación e inhibición voluntaria. La orina entra a la vejiga sin producir mucho incremento en la presión intravesical hasta que se llena la víscera colapsada. Además el músculo detrusor como otros músculos lisos, tienen la propiedad de plasticidad, de manera que cuando se estira no se mantiene la tensión inicialmente producida. La primera urgencia para vaciar la vejiga se siente con un volumen vesical de cerca de 150 ml. y una marcada sensación de plenitud a los 400 ml. aproximadamente.

Durante la micción los músculos perineales y el esfínter uretral externo se relajan, el músculo detrusor se contrae y la orina sale a través de la uretra.

El mecanismo por el cual se inicia la micción voluntaria permanece sin elucidar aunque se le atribuye que es a través de

la capacidad aprendida para mantener el esfínter externo en un estado de contracción, que los adultos pueden retardar la micción hasta que halla oportunidad de hacerlo. La orina que permanece en la uretra del hombre es expedita por varias contracciones del músculo bulbocavernoso.

5.1.1.2.2 Control reflejo.

El músculo liso vesical posee alguna actividad (contráctil) inherente; cuando su inervación está intacta, sin embargo, los receptores de estiramiento de la pared vesical inician una contracción refleja que tiene un umbral más bajo que la respuesta contráctil inherente al músculo. Fibras que recorren en los nervios pélvicos son la rama aferente del reflejo de vaciamiento y las fibras parasimpáticas eferentes para la vejiga también viaja en estos nervios. El reflejo se integra en la región sacra de la médula espinal. En el adulto, el volumen de orina en la vejiga que inicia normalmente una contracción refleja, es aproximadamente de 300 a 400 ml. como ya antes lo mencionamos; los nervios simpáticos de la vejiga no forman parte en la micción, pero sí median la contracción del músculo vesical que impide al semen entrar en la vejiga durante la eyaculación.

No existe sistema de nervios pequeños motores para los receptores de estiramiento en la pared vesical pero el umbral para el reflejo de vaciamiento como el de los reflejos miotáticos es

ajustado por la actividad de centros facilitadores e inhibidores. En el tallo cerebral existe un área facilitadora en la región pontina y un área inhibidora en el mesencéfalo. Después de la sección del tallo cerebral por encima del puente el umbral baja y se requiere un llenado vesical motor para desencadenar el reflejo; mientras que después de seccionar en el extremo superior de el mesencéfalo el umbral de reflejo es esencialmente normal. Existe otra área facilitadora en el hipotálamo posterior.

En el humano con lesiones en la circonvolución frontal superior el deseo de orinar está reducido y también hay dificultad para cortar la micción una vez que ha comenzado. Sin embargo, se puede hacer que la vejiga se contraiga con sólo unos mililitros de contenido de orina por facilitación voluntaria del reflejo espinal de vaciamiento.

La contracción voluntaria de los músculos abdominales ayuda a expulsar la orina por incremento de la presión intra abdominal pero el vaciamiento puede ser iniciado sin esfuerzo aún cuando la vejiga se encuentre casi vacía. En su origen, la actividad miccional se resume en un simple mecanismo reflejo medular. La vejiga se vacía automáticamente en cuanto está llena. Luego aparece la percepción de la actividad del detrusor en forma de necesidad, por iniciación voluntaria de la micción. Entre los dos años y medio y los cuatro años por último, la micción se hace a voluntad; la función vesico-esfinteriana ha alcanzado su pleno desarrollo.

5.1.2 La micción en el niño pequeño.

La mayor parte de los autores comparan la enuresis con esa - micción automática de recién nacido, micción espinal podría decirse; ese malestar constituye, la persistencia de un estado fisiológico.

Lacassie⁽⁴⁰⁾, ha comprobado que la enuresis estaba rimada, - desde los primeros días de la vida, por las comidas y el sueño.

En un nictímetro existen tantas micciones como comidas: cada una de ellas sobreviene de 40 a 60 minutos después de aquéllas de manera contraria lo que se observa en el adulto, el volumen de -- las micciones es relativamente uniforme. El número de micciones aumenta con la edad pero esto no es absoluto y existe sin duda, - un factor individual que predispone a las micciones frecuentes.

No sería, por tanto, posible identificar la enuresis con las micciones del niño pequeño. Estas en la mayor parte de los ca--- sos, sobreviene cuando está despierto y es posible deducir tal co-- mo lo hace Wertheimer, que si el niño se moja eso se debe a que - su medio ha olvidado lo aprendido, a lo que se refiere a su len--- guaje primitivo. Se moja por que no se le comprende y se le obli-- ga a mojarse, pero no lo hace sin protestar: "grita". La dificu-- tad de mantener seco al niño estraba en el hecho de que no se ori-- na cada vez que grita o se despierta y, además, en la frecuencia de sus micciones.

5.1.3 Enuresis y ritmo urinario.

Lacassie opina que la enuresis sería ante todo un trastorno del ritmo urinario profundamente modificado en el enurético. En el sujeto normal, la enuresis crece de 6 a 13 horas y decrece de 14 a 24. La ausencia de la micción se explicaría por una fase cotidiana de descanso renal con hiposecreción, cantidad uretral -- lenta y tolerancia vesical aumentada.

Ahora bien, para este autor parece existir en el enurético - una retención de agua diurna que en el estado fisiológico resulta nocturna. El máximo de diuresis se dá en el período del sueño y no en el estado de vigilia que ocurre normalmente.

La observación muestra la estrecha relación y constante ---- unión que existe entre las funciones hipóncas y urinarias.

5.1.4 Edad del aprendizaje de la limpieza.

El control de la micción se realiza progresivamente de abajo hacia arriba; en primer término; visceral, luego medular, involuntaria y automática. La micción sobreviene casi siempre cuando el niño está despierto, y éste manifiesta en ese momento su disgusto por medio de gritos.

La micción del recién nacido se puede esquematizar de la siguiente manera:

- Trae consigo la acción de despertar.
- Sobreviene una micción automática.
- El niño grita.

La manifestación de contrariedad adquiere un significado -- muy particular en la medida que se integra en un sistema de comunicación establecido entre el lactante y su medio. Tal como --- Spitz ⁽⁶⁰⁾ ha demostrado, el estado de displacer, a medida de que se produce la maduración neurológica pierde su carácter difuso.

Ese estado se traduce en situaciones de contrariedad cada - vez más específica y llega a ser reconocido no sólo por la ma---dre, sino también por el observador informado paulatinamente en una especie de código de comunicación.

El aprendizaje de la limpieza depende, pues, estrechamente de la manera en que el medio, y sobre todo la madre, responde al pedido de su hijo. El paso del control medular al cerebro se ve rifica a fines del primer año; en ese momento el niño comienza a asociar la noción de la micción con la posición funcional de man tenerlo durante cortos tiempos sobre su orinal.

Al comenzar el segundo año, absorbido por numerosos aprendi zajes, y sobre todo el del lenguaje, puede retroceder en ese do minio. Hacia los 18 meses manifiesta su deseo por la mímica y - el gesto de una manera inteligible sólo para la madre. Al acce-

der a su pedido ésta demuestra que ha comprendido. Aunque utilizando una forma de expresión más elaborada, la simbiosis madre-hijo no debe manifestarse aún de ese modo.

Gesell⁽³¹⁾ opina que:

- De los 15 a los 24 meses las micciones diurnas se regularizan progresivamente.
- A los 24 meses el niño se mantiene limpio de día.
- De los 24 a los 36 meses el niño no se moja durante la noche siempre que se levante una vez.
- Después de los 36 meses ha llegado a la continencia y puede arreglárselas sin la presencia del adulto para orinar durante el día. En esta misma época se conserva limpio durante la noche.

Para la mayor parte de los autores a los tres años el niño debe comenzar a estar limpio tanto de noche como de día; es bien evidente que un importante porcentaje de niños alcanza ese control mucho antes por lo que podemos fijar la edad de la limpieza y por lo tanto señalar aquélla a partir de la cual es posible hablar de enuresis.

5.1.5 Edad de la enuresis.

Didier D., Leo Kanner y Ajurriaguerra entre otros, opinan -- que sólo es posible hablar de enuresis pasando el cuarto año y di cen que antes de esa edad toda acción terapéutica es ilusoria.

Gesell nos dice que a partir de los tres años la enuresis -- normal fisiológica se convierte en patológica si persiste más --- allá de los tres años ya que a partir de esa edad no se presentan accidentes durante la jornada, que la mayoría de niños no se orinan durante la siesta ni en el transcurso de la noche, aún sin l vantarse.

5.2 Aspectos Psicogénicos.

Debido a que hemos calificado a la enuresis como un síntoma de naturaleza psicógena no podemos sino establecer las pautas de la psicogénesis y por supuesto realizar una interpretación psicológica para mantener una base en nuestro estudio ya que utilizamos algunas pruebas psicológicas proyectivas.

Como hemos podido observar a lo largo de nuestra revisión la incontinencia de orina es normal en la primera infancia y un control del aparato urinario se establece con la maduración de las - estructuras del sistema nervioso central. También hemos señalado que los elementos de carácter orgánico pueden modificar este con-

trol, pero la mayoría de los casos como hemos podido verificar, - lo constituyen niños enuréticos en los que el síntoma aparece como una etiología claramente psicológica, afectando la esfera afegtiva de la personalidad, alternando la enuresis con otros síntomas de alteración de la conducta.

Telma Reca afirma: "La enuresis no es una enfermedad, desde un punto de vista psiquiátrico es un síntoma, como bien lo ha hecho notar Pearson, que puede integrar el cuadro de diversos complejos sintomáticos, algunos de los cuáles son entidades nosológicas definidas y otras no: epilepsia, errores culturales y ambientales, reacciones generales agresivas etc.". (51)

El control de la micción es un mecanismo que se desarrolla - sobre la base de una aceptación activa o pasiva impuesta de los - padres en función de unas normas culturales y sociales; por lo - tanto, la organización de este control no es únicamente madurativo. La maduración aporta al niño la posibilidad de adquirir hábitos pero no puede ayudarnos a comprender la "ritualización esfinteriana".

De ahí que sea necesario que tengamos que pensar que existe una psicogénesis de la enuresis, que ha sido admitida por la mayoría de los especialistas, y que coincide que hay una relación entre la iniciación de este síntoma con la aparición de problemas afectivos, trastornos de conducta ó alteración más o menos grave de la personalidad.

De aquí que para un estudio de la psicogénesis tengamos que considerar la etiología del carácter psicológico del síntoma y - ver cómo éstos actúan dentro de mismo proceso, formulando hipótesis interpretativas de la enuresis que para nosotros tendrá un carácter psicoanalítico por los autores y posiciones consultadas.

Trataremos de comprender cómo unos factores etiológicos de carácter psicológico al desencadenar la enuresis determinan un proceso dinámico constituyente de un rasgo de personalidad de naturaleza patológica.

Al estudiar las causas psicológicas que determinan la enuresis hay que separar aquéllas inicialmente productoras del síntoma, y las que lo mantienen una vez producido, así como aquéllas que pueden ser causa de una enuresis continuada, en la que nunca se ha establecido el control vesical, y las que, desde el punto de vista etiológico, produce la enuresis intermitente en la que el síntoma se presenta tras un período variable en la que la función de control ha sido normal o alternado con dicho control. - Las causas iniciales y desencadenantes del síntoma habrá que buscarlos en la etapa del desarrollo madurativo del niño en la que se establece el control vesical, causas que actúan de forma patógena sobre este control alternándolo. Como antes lo mencionamos, la edad que hemos fijado para el control son de los dos y medio a los tres años, y, por lo tanto, nos referiremos a las --

causas que están incidiendo sobre el niño en esa edad y que pueden provocar el síntoma enurético.

Las situaciones que influyen en el niño en el seno familiar son:

- Relación con los padres.

La manera como se relacione el niño con sus padres es un -- factor muy importante en el desarrollo evolutivo del niño, y de gran importancia en la formación de la personalidad, elemento -- que está incidiendo en la conducta de aquél y, por tanto en el control de la micción.

Rof Carballo⁽⁵⁴⁾, apunta, "si observamos con esa mirada sutil que sólo el observador adiestrado en la práctica de la psicología profunda, y también el gran novelista, la tenacidad y empeño con que las personas mayores tratan de transmitir sus personalísimas pautas de comprender el mundo una criatura recién nacida habremos adelantado mucho para comprender, sin equívocos, las -- grandes tensiones emocionales que, en todo hombre, se suscitan". Así Rof Carballo, refiriéndose a esta relación establecida entre la madre y el niño la califica de "urdimbre primigenia".

Las relaciones madre-hijo son dos sistemas que están influyendo continuamente, urdimbre que es una especie de herencia psí

cológica y que juega un papel muy importante en el desarrollo -- evolutivo del niño y en su maduración ya que esta urdimbre primigenia se transforma en "urdimbre de orden y de identidad", pues el niño en el contacto con la madre aprende las normas sociales y entre ellas el control de esfínteres.

Telma Reca⁽⁵²⁾ señala la actitud de los padres como: rechazo, ansiedad o crueldad, en especial de la madre, en esta etapa de la vida en que su influencia se hace manifiesta.

El rechazo o crueldad de la madre puede dar origen a graves trastornos de la personalidad, como psicosis infantil, personalidades neuróticas, de las cuales la enuresis sería un síntoma.

La inseguridad o ansiedad de la madre, un manejo inadecuado del bebé pueden transferir al niño una situación de ansiedad --- que, a su vez, puede ser causa de enuresis, terrores nocturnos - tics, etc. Una actitud opuesta a la anterior sería la de los pa dres protectores. El niño en este ambiente familiar se encuen-- tra excesivamente protegido y mimado, lo que determina retraso - en su proceso madurativo, y por lo tanto en la conducta del esta blecimiento de los hábitos urinarios y del control de esfínte--- res. El padre pero sobre todo la madre, tratan y miman al niño como si se tratara de un niño de maduración inferior a su edad - cronológica, y entonces él actúa y se comporta como tal orinándo se en la cama como se tratara de un niño de un año.

El proceso contrario en la conducta de los padres, indiferencia o descuido en los hábitos en la orina del niño, pueden -- conducir a una enuresis continuada.

Telma Reca refiriéndose a esta causa, dice que puede producir la enuresis: "la actitud general de los padres de incomprensión del significado del proceso de maduración y desarrollo y -- sus implicaciones, y con consecutiva falta de estímulo y educación adecuada, en la esfera de control esfinteriano".⁽⁵²⁾

Leo Kanner también piensa, al igual que Telma Reca, que la falta de preparación del niño en los hábitos de la micción puede ser consecuencia del exceso de protección materna, la madre acepta la enuresis del niño con la explicación de que demasiado pequeño o muy delicado, pretexto para tenerlo sometido a una mayor protección y dependencia, y así el niño desará seguir siendo infantil.

La actitud del progenitor que ha sido enurético o en cuya familia hay enuréticos, sin que con esto nos refiramos a la herencia también puede influir en la aparición de la enuresis. El temor del padre o la madre de que el niño pueda ser enurético como ellos o la necesidad de que no sufra humillaciones o experiencias desagradables que ellos sufrieron, hace que a partir del -- primer año intenten formarle unos hábitos urinarios y una educación de los esfínteres perjudicial para la formación de un control voluntario.

El padre o la madre que en un internado ha sufrido situaciones traumatizantes a causa de la enuresis, será un foco de ansiedad para el niño, y con su impaciencia y angustia ante la creación de unos hábitos de control, perjudicará el establecimiento de esta pauta madurativa.

- Relación con los hermanos.

El nacimiento de un hermano 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 preeminente que el tenía en el afecto y cuidado de sus padres. Estos celos infundados crean en el niño la necesidad de regresar a una etapa anterior madurativa o quedar fijado en la que estaba en el momento de desarrollo del hermano, y poder sustituir así al recién nacido, volviendo a una etapa anterior o permaneciendo en aquella en que aún no tenía adquirido el control de esfínteres.

Esta causa es mucho más importante según que en la misma concurren algunas de las siguientes circunstancias:

- El nacimiento sucede próximo a la época en que el menor debió adquirir el control de los esfínteres.

- La relación que el niño hubiera tenido con sus padres antes del nacimiento del hermano; o si ha sido un niño sobreprotegido o mimado.

- El niño ha sido hasta ese momento hijo único o único en su sexo, o muy distanciado de los hermanos mayores por su edad.

- La actitud que adoptan los padres después de haber nacido el hermano.

Una rivalidad entre hermanos o con el hermano mayor puede -- también ser causa de la enuresis; el hermano más sobreprotegido - o mimado, o la creencia por el niño de que su hermano mayor es -- más capaz o mejor dotado le hacen sentirse inhibido o angustiado y con necesidad de una independencia de la madre que hace que apa-- rezca el síntoma enurético con el fin de que la madre o el padre se fijen en él y le presten atención. Otra causa posible de la - enuresis es quizá la educación muy temprana o muy rápida en el há-- bito de control de los esfínteres. La imposición de castigos, el hacer pasar al niño vergüenza o miedo por su conducta hacen que - el hábito de control no aparezca, pues el niño a través del sínto-- ma enurético está expresando agresividad contra los padres o auto-- ridades que actúan de esa forma.

Si descartamos todas las causas anteriores en el niño enuré-- tico, nos encontramos con niños en cuyas vidas dominan como nota general la ansiedad y la inseguridad, afectando a toda la familia o bien, experimentadas por ellos sólo.

Por lo general, estos niños nunca han osado quejarse, protestar mostrar una posición desafiante o resentimiento contra sus padres o la situación creada por la familia, sin embargo, este tono de ansiedad, desesperanza o vencimiento, quizá a veces coexistiendo con una hostilidad o rebeldía muy débil son la causa de una enuresis a la que no hay posibilidad de atribuirle otra etiología.

- Experiencias de orden sexual.

Las experiencias de orden sexual, sean traumáticas o no para el niño, suelen ser causa de un porcentaje, más elevado del que a primera vista pudiera aparecer de una enuresis continua.

Entre los hechos o experiencias de orden sexual podemos incluir principalmente:

- Experiencias masturbatorias del menor

- Juegos sexuales con otros niños.

- Observación del coito entre adultos o conocimiento, más o menos confuso, del acto sexual de los padres.

A menudo estas tres experiencias sexuales pueden coexistir, pero sin duda alguna las que siempre suelen incidir como causas

etiológicas de la enuresis son la masturbación y las experiencias sexuales con otros niños de su edad.

Quizá como un subgrupo muy especial dentro de este apartado se deben de incluir las experiencias del niño relacionadas con la función urinaria misma.

Traumatismos, enfermedades del sistema urinario, especialmente cuando sobrevienen en la época cuando 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.

Las causas desencadenantes del síntoma de la enuresis intermitente son difíciles de determinar ya que este tipo de enuresis aparece y desaparece por períodos, sin embargo dos hechos pueden desencadenar una enuresis intermitente, cuando el control de los esfínteres se ha establecido en el niño:

- Sucesos de particular significación para el menor, como ingreso a la escuela o internado, nacimiento de un hermano ó algún otro significado traumático, muerte de la madre o separación de ella.

- Las experiencias de carácter sexual, con mayor frecuencia la masturbación y los juegos sexuales.

Albarran Olivera dice que en las patografías de los niños - que no se revela la acción de acontecimiento alguno que pueda - precipitar la enuresis intermitente, pero afirma que existen una serie de circunstancias, ninguna de ellas importante o decisiva pero cuya influencia sucesiva y correlacionada causa el síntoma.

Telma Reca señala que "una lenta y progresiva acción de estas causas disminuye la resistencia del niño, hasta que un solo hecho sobrepasa el umbral de la respuesta ya bajo, y pierde el control vesical".(53)

5.2.1 Perfil psicológico del enurético.

Didier D. (18) opina que no es posible establecer un perfil psicológico o caracterial de los enuréticos ya que no hay enuresis, sino enuréticos. Por otra parte cree imposible distinguir entre aquello que puede estar en el terreno afectivo en el origen de una enuresis, y ser responsable de ese hecho y aquéllo -- que es consecuencia de esa dolencia.

Si bien la enuresis no golpea al azar, sino que, escoge -- bien a sus víctimas, tanto en el plano personal como en el familiar y en el social.

L. Kanner (36), traza un perfil psicológico del niño enurético y ofrece el siguiente cuadro:

| | |
|---|------|
| - Tímido, susceptible, vergonzoso, solitario, anormalmente tranquilo. | 8 % |
| - Hipersensible, satisfecho de sí mismo, susceptible | 9 % |
| - Meticuloso, serio | 3 % |
| - Agitado, heperactivo, inquieto, fácilmente excitable. | 24 % |
| - Llorón, quejoso, triste, irritable. | 39 % |
| - Agresivo, combativo, malvado, cruel | 8 % |
| - Desobediente, descarado, rencoroso, obstinado | 14 % |
| - Desatento, indiferente, apático | 4 % |

Clément Launay⁽⁴²⁾, por otro lado, no pretende trazar un perfil-psicológico del enurético, pero opina que un gran número de - enuréticos son inestables o se trata de sujetos que están "en la luna", con tendencias esquizoides, que se refugian en una actividad desordenada o bien en la ensoñación, pero siempre se llega a la noción de que el enurético es un sujeto que no está totalmente integrado a la sociedad. Ligado a este punto Didier D. y Col. se preguntan: "El enurético, ¿se orina en la cama porque no esta integrado? ¿no lo esta por el hecho de orinarse?".

Breton A. y Col.⁽¹²⁾ distinguen:

- El enurético pasivo, el tipo más corriente: es el niño que lo "deja correr todo", soñador, distraído, lento, haragan, pusilánime, es perezoso; teme los golpes y es emotivo y ansioso

- El enurético que se opone a algo, casi siempre es un niño. El conflicto es, generalmente de índole familiar; la oposición a menudo, resulta más visible frente a la madre.

- El enurético imitativo. Ocurre que la enuresis sobreviene cuando el niño averigua por inadvertencia de los demás que su padre, su madre o una persona admirada por él ha sido enurético. -- Además de la imitación intervienen; la carencia educativa, la rebelión contra el régimen y la necesidad de atraer la atención.

Anderson F.N. (6) deduce de sus propias observaciones y de aquellas que encontró a través de una revisión general de la literatura relacionada a este tema, que los factores emocionales son, una de las principales causas de la enuresis y de su persistencia. Esta autora agrupa esos factores emocionales con el título de infantilismo psicológico y lo caracteriza de la siguiente manera:

- El niño renuncia fácilmente a sus esfuerzos para resolver un problema cualquiera o manifiesta de alguna manera su falta de perseverancia.

- Existe facilidad para manifestarse excesivamente llorón.

- No asume responsabilidades inherentes a su edad.

- Tiene bruscos cambios de humor por hechos insignifican---
tes.

De un total de 60 niños, 52 padecían de ese infantilismo --
psíquico; de 30 niñas enuréticas 24.

Gerard M. (29). En un minucioso estudio de 46 enuréticos ha
lla que ese síntoma no es más que uno de los elementos, entre --
las perturbaciones neuróticas. Los niños son pasivos, retraí---
dos, autopeyo_rativos, renuncian a los juegos activos por temor
a los golpes, son descuidados al vestirse, comer, trabajar en la
escuela y piden más ayuda y asistencia de lo que sería normal. -
Sus resultados escolares son inferiores a los que por su inteli-
gencia podrían obtener se muestran desatentos y fácilmen dis--
traídos.

El comportamiento de las niñas está más cerca de la norma; -
dirigen o instigan a los demás, son independientes, eficaces, ---
francas y honestas; en la escuela se manifiestan atentas, ambiciog
sas, bien adaptadas, entran voluntariamente en competencia como -
los varones. Intrépidas durante el día, comparten con los niños
angustias y temores nocturnos. Las pesadillas son frecuentes en
los dos sexos.

C. Hames (lo vivido onírico y fantasmático en los enuréti---
cos), recogió en una colectividad de enuréticos 122 sueños entre

49 afectados; 17 niñas y 32 varones; cada niño contó, como término medio, de dos a tres sueños.

El tema de los sueños de ésta muestra es esencialmente, un tema agresivo. El enurético cuando actúa se muestra agresivo o bien regresivo según la manera lúdica. La agresividad se desarrolla para los seres humanos en el campo maternal, parental o fraternal. La figura paterna está ausente en los sueños. El autor señala una importante frecuencia de sueños de ladrones y bestias agresivas, centro y efecto de la agresividad del propio sujeto, con contenido frecuentemente teñido de culpabilidad.

5.2.2 Síntomas asociados a la enuresis.

5.2.2.1 La encopresis.

La frecuencia de una encopresis asociada aumenta entre los niños que padecen, así mismo, de enuresis diurna, pero no entre los atacados de enuresis únicamente nocturna. Las cifras proporcionaladas por Hallgren son las siguientes: el 22.7% en los niños y el 10.5% en las niñas.

En opinión de J. Duhamel, la enuresis y encopresis no tienen aparición simultánea y si esa situación se diera, cada una evolucionaría a su manera.

5.2.2.2 La masturbación.

Si la casi totalidad de los niños y la gran mayoría de las niñas, tal como lo informa Kinsey, deben conocer ese hábito entonces el hecho de relacionar esos fenómenos de otra manera que no sea por su significación carece de valor.

No hay duda que la asociación más significativa de formas reactivas de la enuresis se ve en los diversos rasgos neuróticos que, en un porcentaje bastante elevado, se suman al síntoma enurético. Tales rasgos son la succión del pulgar, la onicofagia, las perturbaciones del lenguaje, las dislexias y los terrores nocturnos.

El Dr. Carmelo Monedero⁽⁴⁶⁾, en un trabajo publicado en la "Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica", de 22 niños estudiados por él con terrores nocturnos, 9 padecían enuresis, y a este respecto dice:

"Por lo que se refiere a otros síntomas acompañantes de los terrores nocturnos - los más frecuentes fueron la enuresis y la anorexia".

Albarran Olivera, encontró en un estudio de 140 sujetos los siguientes resultados:

| OTROS SINTOMAS | CASOS | PORCENTAJE DE RELACION CON LA ENURESIS |
|---|-------|---|
| Terrores nocturnos | 36 | 25.7 % S/140 casos |
| Anorexia | 35 | 25.0 % " |
| Transtornos del lenguaje y aprendizaje | 29 | 20.7 % " |
| Encopresis | 7 | 5.0 % " |
| Tics | 4 | 2.85% " |
| Cefaleas | 4 | 2.85% " |
| Manifestaciones Psicoso- máticas | 2 | 1.43% " |
| Rabietas | 2 | 1.43% " |
| Cleptomanía | 1 | 0.72% " |

Como podemos observar en el cuadro el porcentaje mayor lo -- arroja los terrores nocturnos, como síntoma que acompaña a la enu-- resis.

Reporta también que se presentó la enuresis sin ningún otro síntoma en 59 casos, que resentan un 42.1% del total de la mues-- tra.

Por lo que respecta a la enuresis en relación con los gran-- des síndromes infantiles en su muestra obtuvo los siguientes re-- sultados.

| SINDROME EN EL QUE APARECE LA ENURESIS | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE DE LA RELACION CON LA ENURESIS |
|--|-----------------|---|
| Psicosis de base orgánica | 5 | 3.75 % |
| Deficiencias sensoriales | 0 | 0.00 % |
| Subnormalidad | 17 | 12.14 % |
| Epilepsia | 5 | 3.57 % |
| Psicosis infantil (endógena) | 5 | 3.57 % |
| Psicopatías | 0 | 0.00 % |
| Personalidad neurótica | 16 | 11.43 % |
| Reacción neurótica | 80 | 57.14 % |
| Subnormalidad escolar | 11 | 7.86 % |
| Sociopatías | 1 | 0.71 % |

Observamos que, la enuresis infantil se presenta con mayor porcentaje en las reacciones neuróticas de los niños como una de las manifestaciones más importantes a la cual no se le da debida importancia dentro de la psicología clínica.

El estudio del significado, la representación y la expresión del síntoma durante algunos de los tratamientos de psicoterapia o psicoanálisis, en los que algunos autores han observado niños enuréticos, les ha permitido establecer teorías que nos aproximan a la comprensión de este síntoma.

Creemos que sólo desde un punto de vista psicoanalítico se puede de una forma total entender este síntoma así que enseguida nos referiremos a autores dentro de esta posición.

5.2.3 Autores psicoanalíticos que explican la enuresis.

La imposibilidad de explicar sólo por los factores orgánicos la génesis de la enuresis ha llevado a numerosos autores a buscarle un origen afectivo y hacer de ella la expresión de una perturbación psíquica.

La perturbación psíquica -escribe J. Lacan- "es el equivalente de una perturbación de las relaciones interhumanas. La noción de lo afectivo no designa otra cosa. El mundo del niño se organiza de un modo original en sus diferentes estadios; el primero de ellos se apoya en las personas de la madre y en las relaciones vitales de alimentación y de limpieza que lo unen a ella.

Pero aunque el progreso de ese modo no se realice a través de etapas extensivas, ni mucho menos, tal como podría concebirse para la adquisición de conocimientos, todos los psicólogos del niño están de acuerdo con mostrar que dicho proceso se establece por medio de fases críticas, cada una de las cuáles exige un renunciamiento a la forma que la precede y provoca una actividad - para el acceso a la nueva. Esto no ocurre sin entrecruzamiento entre esas formas relacionales, el cuál se manifiesta claramente en la elección de la perturbación enurética según el medio familiar o determinada persona, especialmente la madre. La manera - en que esa organización va a establecerse dependerá, pues, estre

chamente, de la calidad de las relaciones que existan entre el niño y su medio.

De este modo, el período durante el cual el niño se orina -- sin que la madre intervenga, no depende, en forma alguna, de la maduración neurológica, sino del deseo que aquélla sienta de que sea limpio. Sabemos por experiencia que en algunos medios esta exigencia es precoz, contemporánea del momento en que la madre se ocupa personalmente del niño, mientras que en otros medios sobrevendrá más tardíamente, incluso tal vez nunca... Esta fase matizada de tinte afectivo alguno; el niño no puede aún controlar sus micciones, pero la madre sale a su encuentro para no dejarlo en contacto con los pañales húmedos".⁽³⁹⁾

Si bien las tendencias del niño son uniformes y están enmarcadas con el sello de la ambivalencia, es decir, de la presencia simultánea, en la relación con la madre, de los sentimientos opuestos de amor y de odio, las tendencias maternas están, por el contrario, extremadamente diversificadas. Si ella sabe comprender las necesidades de su hijo, y acomodarse a ellas, esa educación se llevará a cabo sin contratiempos.

Anna Freud -por su parte- afirma: "La madre desempeñará un papel de mediadora comprensiva entre la exigencia de la limpieza que proviene del medio y las tendencias anuales y uretrales del niño que se opone a ello".⁽²⁴⁾

Pero puede ocurrir que la madre neurótica exija la limpieza de manera rigurosa, intransigente, a veces verdaderamente obsesiva. Se da entonces una especie de lucha entre el niño que rei--vindica su autonomía y la madre que quiere obtener su obediencia de las reglas provenientes del medio. Esta obediencia es obtenida así únicamente, y por largo tiempo, de una manera bastante --precaria y en relación directa con la presencia materna.

Por esta razón es posible que alejado de ella, vuelva a en--suciarse, mientras que en su presencia se mantendrá limpio.

Todo elemento perturbador puede hacerle perder esa discipli--na que había interiorizado, o bién reactivar el uso agresivo que hacía de la micción. En la asociación de esas dos causas tal vez se halle el origen de la enuresis.

Más tarde, la disciplina miccional es perfectamente asumi--da, y, por último desprendida de todo componente de origen afec--tivo. En esta perspectiva, la enuresis se manifiesta como retor--no a una conducta infantil, como la pérdida de control que es mucho menos la resultante de una especie de adiestramiento que un intercambio comprensivo con el medio.

Existe por otro lado, un aspecto planteado por Sigmund ----Freud, expuesto a partir de 1905 en Tres ensayos sobre la Teoría

de la sexualidad y que estriba en el placer y la significación -
erótica de la función urinaria. Al respecto menciona:

"El onanismo del lactante parece desaparecer después de ese
corto período en los alrededores del cuarto año; el instinto ---
sexual de esa zona genital puede despertar y durar algún tiempo;
es el retorno a la masturbación del lactante. La sintomatología
de esta manifestación sexual es pobre. El órgano genital resul-
ta aún rudimentario y en su nombre habla el aparato urinario".⁽²⁶⁾

Con lo antes expuesto se considera pues, que la mayoría de
las afecciones vesicales de esa edad constituyen perturbaciones
sexuales: La enuresis nocturna es considerada como una polución
y por lo tanto considerada como equivalente de la masturbación.

Este período de erotismo urinario o uretral se confunde con
la fase que Freud describió posteriormente con el nombre de fase
fálica.

Fase -escriben Lapanche y J. B. Pontalis- de organización -
infantil de la libido que sobreviene a continuación de los esta-
dios oral y anal y está caracterizada por una unificación de las
pulsiones, parciales bajo el reinado de los órganos genitales. -
Pero el niño varón o mujer a diferencia de lo que ocurre en la -
organización genital de la pubertad, no conoce en ese estadio --
más que un sólo órgano genital, el masculino y la oposición de -

los sexos es equivalente a la oposición fálica-castrada. Es esta fálica corresponde al momento culminante y a la declinación -- del complejo de Edipo; el complejo de castración prevalece. ⁽⁴¹⁾

Hay que hacer notar la importancia de que el placer ligado a la micción se sitúa en la que el complejo de Edipo es vivido con más intensidad y que está estrechamente vinculado con el complejo de castración. En ese momento, el niño, enamorado de su progenitor del sexo opuesto al suyo, ve en el otro un rival del cual desea en forma inconsciente, la desaparición; al mismo tiempo ha -- realizado la diferencia anatómica de los sexos que el se explica por la extirpación del pene en la niña. Ese complejo de castración es vivido de manera diferente en uno y otro sexo. Mientras que el niño teme perder lo que posee, y cuya falta ha constatado en su hermana en nombre de esa rivalidad que le opone a su padre, la niña experimenta esa carencia como un prejuicio que no acepta de inmediato.

Otra prueba de la confusión que existe entre el erotismo uretral y fálico es el hecho de que los niños creen que el hombre -- orina en el cuerpo de la mujer y de esa manera nacen los niños.

J. Laplanche y J. B. ⁽⁴¹⁾ Pontalis mencionan en su Diccionario de Psicoanálisis, que Freud hizo un aporte más al sugerir una relación entre algunos rasgos de carácter y el erotismo uretral,

diciendo que él mencionaba la ambición desmesurada y quemante de aquéllos que habían sido enuréticos.

De igual manera K. Abraham⁽¹⁾ pone en evidencia los ensueños infantiles de omnipotencia que pueden acompañar al acto de la micción: el sentimiento de crear o destruir cualquier objeto, así como poseer un gran poder.

La enuresis es considerada por los psicoanalistas como una de las manifestaciones de complacencia somática descrita por --- Freud, en la que mencionan que la enuresis puede presentar en su comienzo una etiología orgánica pero si ésta desempeña un papel favorecedor puede llegar a ser en forma progresiva, un comportamiento psicológico que se integre a la personalidad, y que constituya una respuesta a las circunstancias exteriores y más tarde, incluso convertirse en un lenguaje. Este lenguaje es inconsciente, tanto más cuando que se expresa casi siempre durante el sueño.

C. Hames, por su parte, escribe:

El instrumento del lenguaje, la micción, es siempre el mismo, y como, por otra parte, las informaciones por transmitir son innumerables, nos hallamos en presencia de un lenguaje superdeterminado. El enurético puede querer manifestarnos, alegría miedosa, maldad, pasividad, agresión, pena oposición, culpabilidad, - gozo. (Citado por Didier Duche p. 107, 1972).

Es así como Berge⁽¹¹⁾ analiza los sentimientos diversos, y a menudo contradictorios, que a través de su enfermedad deja percibir el enurético; la lista que proporciona abarca prácticamente todas las interpretaciones. A continuación presentaremos su clasificación:

- Fijación o regresión a estudios arcaicos.

Todos los acontecimientos traumatizantes pueden incitar al niño a la regresión, o bien, mantenerlo en un período anterior de su existencia; la enuresis se manifiesta como un retorno a -- las satisfacciones dispensadas por la madre como motivo de lavar y de cambiar al niño. La atención, los cuidados que reciben -- esas zonas implican sensaciones agradables de las que el niño -- conservará una cierta nostalgia.

- Oposición y agresividad.

Melanie Klein hace desempeñar a la micción gran importancia en cuanto manifestación de agresividad y de voluntad de destrucción como lo expondremos posteriormente.

Orinarse, ensuciarse equivale a envilecer, manifestar el -- odio, el desprecio.

La enuresis sería manifestación de oposición en la medida -- de que esta expresa un rechazo de la disciplina impuesta.

Berge⁽¹¹⁾ considera que, a menudo, la enuresis constituye una especie de válvula de seguridad, por medio de la cual algunos niños dejan escapar su agresividad cuando ésta permanece contenida. El tipo más común de estos niños del sexo masculino está representado por un niño tímido, introvertido, a veces testarudo, susceptible de mostrarse irritado y agresivo en un medio cerrado, es decir, en el seno de su familia, pero sin ser así fuera de ésta.

- Voluntad de poder.

El desafío en los niños de ver quien orina más lejos y durante más tiempo es una competencia precedida a menudo de comparaciones anatómicas. Por medio de ese juego el niño afirma su virilidad. Berge ve en esa actitud una identificación imaginativa con la virilidad paterna. La enuresis sería una manera de satisfacer utópicamente una ambición, deseos que no, pueden ser satisfechos de inmediato en realidad.

- La satisfacción erótica.

Como ya mencionamos, Freud consideraba la enuresis como un equivalente a la masturbación. La enuresis nocturna, afirmaba, corresponde a una polución. Toda una serie de hechos demuestra, expresa Lacan, que los diferentes órganos cloacales poseen un valor erótico mucho antes de que la pubertad concentre éste alrededor del órgano genésico. El despertar de la zona erógena fálica continúa en el estadio oral y luego en el anal. En ese momento,

y hasta la educación de la limpieza, la micción voluntaria sirve de excitación uretral fálica. Coincidiendo J. Lacan con Freud - el cual como antes lo mencionamos ya había establecido una analogía entre enuresis y eyaculación precoz "comparable a una micción de esperma", nos dice:

"No menos interesantes es el hecho de observar la frecuencia con la cual la enuresis, cualquiera que sea su causa, se encuentra en los antecedentes de los sujetos que sufren de eyaculación precoz o de formas cercanas a la impotencia genital."

Berge se encuentra reticente y sus observaciones no corroboran esas afirmaciones. Cita casos en los cuales la masturbación coexistía con la enuresis.

Según los autores que tratan el tema, es posible observar todas las combinaciones: coexistencia de los hábitos solidarios y de la enuresis; en opinión de Adler, el interés constante que el joven enurético manifiesta con respecto a la micción implica, a menudo, la asociación con una masturbación precoz; alternancias de una y otra. Esto lleva a pensar que, si bien los dos fenómenos están, sin duda próximos, y el órgano de la voluptuosidad es el mismo que el de la micción, las interpretaciones que se ofrecen parecen encaminarse, hacia ideas teóricas. Mientras que para los autores citados la masturbación sigue la enuresis y encuentra en ella su explicación, para Freud, el origen de la --

masturbación esta en la enuresis. Al parecer concibió esta idea con motivo del análisis del caso Dora que se convirtió en enurética a la edad de 6 años.

" ... En efecto, cuando pregunte (a Dora) si sabía porque se prohibía a los niños jugar con los fósforos me respondió: "pues bien, se teme que se mojen entonces su cama". Aquí tenemos algo fundado probablemente, en el contraste del agua y del fuego. Poco más o menos esto: soñarán con el fuego y procuraran apagarlo con el agua... "

Estas ensoñaciones del enurético: el agua y el fuego, sobre las cuales han insistido numerosos autores, serían hallados con una frecuencia significativa en el curso de análisis de enuréticos y en los sueños de estos. C. Hames, en un estudio sobre 122 sueños relatados por niños enuréticos, halla 14 en los que el elemento acuático interviene en forma directa o indirecta; 7 son sueños de incendios donde el fuego es el elemento predominante. El mismo autor señala de manera paralela la frecuencia de las ensoñaciones de agua y de fuego en las historias del test de apercepción temática de Murray. De un total de 49 protocolos, encuentra 36 historias de agua y 9 historias de fuego.

Esta noción de humedad permite a Freud ir más lejos aún en su interpretación:

"Mojado" forma parte no sólo de la incontinencia de orina sino también del círculo de ideas sexuales de tentaciones que se ocultan reprimidas detrás de esa parte del contenido del sueño. Dora sabe que durante el acto sexual también se produce una moja dura. (25)

- Sentimiento de inferioridad.

Para Adler, la enuresis es la respuesta neurótica a un sentimiento de inferioridad en relación, a su vez, con un defecto funcional del mecanismo de la micción. Esta enfermedad se inscribe, entre otras, en el marco de las reacciones ante inferioridades orgánicas, morfológicas o funcionales.

Otto Fenichel, al referirse al "erotismo uretral" nos pone en la pista sobre el papel que juega la orina en la realización de las fantasías sexuales del niño y el valor de la enuresis como síntoma de conversión, equivalente inconscientes a la masturbación.

"La aparición del erotismo uretral infantil se halla tan íntimamente ligado con el erotismo uretral infantil que no es mucho lo que se puede decir al respecto, antes de que nos ocupemos de la genitalidad infantil. En etapas posteriores, sin embargo, parece, a menudo como un componente pregenital de la sexualidad genital auténtica. El niño erótico-uretral se da cuenta necesariamente de la diferencia entre los sexos en relación con la mic

ción. El erotismo uretral por ello, aparece frecuentemente combinado con el complejo de castración". (22)

"El fin primario del erotismo uretral es el placer de orinar, pero hay también un placer uretral de retención de carácter secundario, análogo al placer de retención anal, y conflictos -- que giran alrededor del mismo. Esto es más frecuente en las niñas, probablemente por razones anatómicas, en cualquier caso no parece justificado considerar el placer de la retención como sinónimo de placer anal y el placer de la excreción como sinónimo de placer uretral como en cierta ocasión trato de hacerlo Ferenzi".

"Los fines originales del erotismo uretral son sin duda auto-eróticos tal como lo son los del erotismo anal; más tarde, -- también el erotismo uretral puede volverse hacia los objetos. -- El aparato uretral se convierte entonces en el ejecutor de las fantasías sexualmente excitantes acerca de orinar sobre los objetos o que los objetos orinen sobre uno, de fantasías en las que la relación con la micción es más oculta." (22)

"Frecuentemente los niños orinan la ropa o la cama para alcanzar un placer autoerótico. Más tarde, la enuresis puede presentarse como un síntoma neurótico involuntario, con el carácter de un equivalente inconsciente a la masturbación. El placer de orinar puede tener, en general, un doble carácter: puede tener -

en los dos sexos, un significado fálico e incluso sádico -en que el acto de orinar sería el equivalente a una penetración activa con fantasías de dañar o destruir- o bien puede ser un sentido - con un "dejar fluir" una actitud de entregarse pasivamente y de renunciar al control. El fin de dejar fluir pasivamente puede - condensarse, en el varón, con otros fines pasivos tales como recibir caricias en el pene ó ser estimulado en la raíz del pene - en el perineo (en la prostata) mientras la parte fálica activa - del erotismo uretral se ve pronto reemplazada en el varón, por - la genitalidad normal, los fines eróticos uretrales pasivos pueden entrar en conflicto con la genitalidad, condensados frecuentemente con fines anales; es cierto que el erotismo uretral masculino pasivo puede combinarse a menudo con fantasías bastante sádicas, tal como lo demuestra el análisis de casos de eyaculación precoz de carácter grave. La idea de dejar fluir es desplazada a menudo de la orina a las lágrimas. En la mujer las deficiencias erótico-uretrales tardías expresan, la mayor parte de las - veces, conflictos que giran alrededor de la envidia del pene".

"Dado que el placer experimentado en la retención de la orina es menos franco que el de la retención de las heces, y en el varón puede incluso faltar del todo, los conflictos en la esfera del erotismo uretral se hallan caracterizados, más que por una - lucha entre el impulso de eliminar y el de retener, por una atención de gozar el primitivo placer erógeno de la expresión y el - orgullo narcisista de controlar el esfínter de la vejiga. Este

orgullo se debe al hecho de que los fracasos en mantener la higiene uretral son castigados habitualmente, exponiendo al niño la -- vergüenza, mucho más en que en el caso de la higiene rectal. No es fácil decir desde que momento se establece la profunda vinculación entre el erotismo uretral y la vergüenza, pero sí se puede -- decir que, así como la idea de ser comido es el miedo oral específico, y la idea de ser despojado de los contenidos del cuerpo es el miedo anal específico, la vergüenza es la fuerza específica d rigida contra las tentaciones erótico-uretrales. La ambición tal a menudo descrita como una consecuencia de conflicto erótico uretrales, representa la lucha contra esta vergüenza". (22)

No hay duda de que este acto de orinarse en la cama tiene un sentido de algo prohibido para el niño; así, Fenichel⁽²²⁾ advierte este mismo rasgo comentando la naturaleza del síntoma enurético; "Hay tentaciones instintivas muy precisas que se asocian más que otras a la idea de dormir. En la medida en que durante el -- dormir se pierde el control voluntario de la motilidad, es primariamente y ante todo el temor a los actos instintivos prohibidos los que toma la forma de temor de dormir. Es comprensible que -- los niños que mojan la cama, quieran evitar el dormir para eludir toda oportunidad de mojar la cama". (22)

La micción está muy relacionada con el orgasmo, y el temor a perder el control en el orgasmo y la idea de este momento culminante ponen a la mujer ante la sensación de una cosa terrible y -

En primer lugar señala la función que la enuresis tiene de agresión "lluvia, colección de agua, llover, caer en un charco, ser ahogado en la laguna etc. son representaciones simbólicas comunes de la enuresis".⁽⁵⁰⁾ Los sueños o fantasías que el niño -- enurético relata tiene el carácter de actos hostiles, agresivos y destructivos, dirigidos a una clara intención contra los padres demasiado crueles o castrantes o hermanos recién nacidos, y que nos demuestra el resentimiento y hostilidad que el niño alberga en estos casos, por tanto, la enuresis es una expresión de los deseos de agresión del niño.

La posición de esta autora estaría, con esta hipótesis, muy cercana a la que Melanie Klein atribuye al mecanismo miccional del niño enurético, ya que éste, dentro de la concepción psicoanalítica del desarrollo psicosexual, para en este momento por la fase sádica-anal, en la cual los actos excretorios llegan a tener un valor como arma de destrucción.

En segundo lugar, Telma Reca construye una hipótesis basada en la función de las representaciones oníricas de carácter sexual o agresivo, que irían unidas al complejo de Edipo.

Las escenas agresivas ó sexuales vividas diariamente en la vida real y que le han producido violentas emociones, tienden a repetirse en los sueños del niño enurético.

peligrosa. "El temor de perder el control parece ocupar el primer plano -dice Fenichel- muy a menudo nos encontramos con que - la cosa terrible que puede ocurrir cuando se pierde el dominio - en el momento culminante de la excitación, es percibida inconscientemente como una pérdida de control de los esfínteres, y especialmente, en mujeres que presentan envidia del pene y un intenso erotismo uretral, como un acto involucrado de orinar--se". (22)

E. Erickson, concuerda en parte con Fenichel como lo expone en su teoría de los ocho estadios, siendo precisamente en el segundo estadio donde se refiere a la "autonomía vs. vergüenza y duda".

... "Retener puede llegar a ser una retención o una restricción destructiva y cruel, o una pauta de cuidado; tener y retener, soltar a su vez, puede llegar a ser un soltar de fuerzas -- destructivas o un relajado "dejar pasar" y "dejar ser". Hablando culturalmente dichas actitudes no son buenas ni malas, su valor depende de si sus implicaciones hostiles se vuelven en contra de un enemigo del prójimo o del yo" ... (20)

Por su parte Telma Reca, al referirse a las hipótesis de -- trabajo que pueden contribuir a formular una teoría sobre la enuresis más o menos consecuentes con las causas psicológicas que se han expuesto, formulando varias consideraciones que debemos tener en cuenta si queremos plantear en términos psicodinámicos el proceso del síntoma.

"En estas condiciones, la enuresis -dice Telma Reca- puede ser producida por dos mecanismos diferentes:

1. El hecho engendra intensísima ansiedad, disminución consecutiva del control vesical y facilitación del reflejo medular;
2. El niño participa en la fantasía en el acto sexual, que para él tiene carácter agresivo y excretorio, y orina, -reproducinedo la escena que no ha comprendido".

La tercera hipótesis de la autora es la existencia en el niño enurético de estímulos periféricos y reflejos medulares: la enuresis ocasionada por masturbación y juegos sexuales con otros niños parece obedecer a distintos procesos patogénicos. Los autores psicoanalíticos -dice Telma Reca- "hallan la conexión en el placer autoerótico y procuran estas actividades. Relacionan así la enuresis con el erotismo uretral, cuya primera manifestación es el placer de orinar".⁽⁵³⁾

En esta posición Telma Reca se encuentra muy cercana a la de Fenichel,, al considerar que la acción de orinar puede ser un sí toma neurótico involuntario equiparado a la masturbación y sustitución de este acto; incluso llegando a considerar que el placer de orinar puede obedecer a dos mecanismos diferentes; fálico, activo e incluso sádico, en cuyo caso el acto de orinar equivaldría

a la idea de introducir el pene, con un sentido en la fantasía - del niño de dañar o destruir; o ser experimentado pasivamente, - como un "dejarse ir", un abandono del control, en el momento del orgasmo.

Sin embargo, Telma Reca corrige la tesis de Fenichel, pues piensa que la enuresis, aunque sobrevenga tras un período de mag turbación, no la reemplaza. Que se dan dos factores básicos en juego; la influencia general de la ansiedad que acompaña estas - actividades y debilita el control cortical, y la influencia estímulos periféricos en una gran zona que pertenece a la misma metámera y tiene los mismos centros medulares.

En cuarto lugar señala, con un cierto valor de hipótesis -- etiopatogénica, la ansiedad, la frustración y los trastornos de la maduración de la personalidad.

"Creemos -expresa Telma Reca- que el efecto desorganizado - de la ansiedad flotante, indiferenciada, actuando en el momento en que debe establecerse el control vesical, es causa principal en estos casos. La integración de la función no pasa del nivel talámico; el cortical no llega a establecerse, precisamente por esta sobre carga de ansiedad, que actúa como obstáculo a la maduración y a la integración del desarrollo".⁽⁵¹⁾

Asimismo, piensa Telma Reca, que el síntoma enurético tiene una función homeostática para aquéllos que reprimen las reacciones normales de carácter defensivo-agresivo, de autoafirmación - pues la enuresis actuaría como un desafío a la autoridad -al poder paterno- esta teoría estaría muy cerca de los presupuestos - Adlerianos que ya antes mencionamos.

Ahora bien, Melanie Klein, al referirse al "complejo de castración", inicia una explicación que pudiéramos denominar como la del papel que juega la orina en la "identificación con el padre", y que ella concreta en los siguientes puntos:

"la identificación con su padre, que la niña exhibe claramente en la fase fálica y que tiene todos los signos de la envidia del pene y complejo de castración, es, según mis observaciones, el resultado de un proceso que comprende muchas etapas".⁽³⁷⁾

"Sentimientos de odio y envidia hacia la madre, así como deseos libidinosos hacia ella, crean estas primeras identificaciones de la niña con el padre (a quién ella considera como una figura sádica), y en esta identificación la enuresis juega un papel importante".⁽³⁷⁾

"Los niños de ambos sexos consideran la orina en su aspecto positivo, como equivalente a la leche de su madre, de acuerdo con el inconsciente, que equipara todas las sustancias corporales

unas con otras. Mis observaciones demuestran que la enuresis, - en su significado más temprano tanto es un acto positivo de dar como un sádico, y expresión de una posición femenina tanto en -- los niños como en las niñas. Parecería que el odio que sienten los niños hacia el cuerpo de su madre por haber frustrado sus deseos hace surgir en ellos, ya sea la misma época de sus impulsos canibalísticos o poco después, fantasías con las que daña o destruye su pecho con la orina". (37)

"De acuerdo con Helen Deutsch, la enuresis es la expresión de una posición femenina en el niño y masculina en la niña". (16)

"Con el hecho de orinarse los niños emplean un mecanismo -- que es, creo, de importancia general en la formación de fanta-- sías sádicas. Convierten el placer que dan a su objeto en lo -- opuesto, añadiendo elementos destructivos. Como venganza, por - no tener "bastante" leche de la madre, producirán en su imagina ción, una cantidad excesiva de orina, y así destruirán su pecho, ahogándolo, o licuándolo; y como una venganza por no tener leche "buena" de ella, producirán un líquido dañino con el que quemaa-- rán su pecho y la leche que éste contiene; este mecanismo tam-- bién dará a fantasías de atormentar y dañar a la gente, dándole demasiada comida buena. En este caso, el sujeto puede sufrir co mo he encontrado en muchos casos -de la ansiedad de temer la ven ganza sentirse ahito o estar demasiado lleno en conexión con el comer-". (37)

"Como ya se ha dicho, en la fase sádica la niña cree principalmente en los poderes mágicos de los excrementos, mientras que el niño hace del pene el principal ejecutor de su sadismo. Pero en ella también la creencia en la omnipotencia de sus funciones urinarias la llevan a identificarse -aunque en menor extensión que los muchachos con su padre sádico, a quien atribuye especiales poderes sádicos -uretrales en virtud de su posesión de un pene-. En su artículo "On the Genesis of the Castration Complex in Women", 1923, Karen Horney dice que uno de los factores que impulsa la envidia de pene primaria de la niña en conexión con sus impulsos eróticos uretrales es que sus fantasías sádicas de omnipotencia están basadas en funciones urinarias asociadas en íntima conexión con el chorro de orina que produce el varón. De este modo la incontinenencia se transforma, después de haber sido la expresión de una posición femenina en el representante de una masculina para los niños de ambos sexos, y en conexión con la más temprana identificación de la niña con su padre sádico, se transforma en un medio de destrucción de la madre; mientras que al mismo tiempo ella toma posesión del pene en su imaginación, castrándola".⁽³⁷⁾

"En este punto, la posesión de un pene externo ayuda a que la niña se convenza, en primer lugar, de que en realidad tiene poder sádico sobre ambos padres, sin el cual no puede dominar su ansiedad".⁽³⁷⁾

"Tenemos que examinar ahora más íntimamente porqué es que, en algunos casos, la niña puede restituir a su madre, a menos -- que adopte una posición masculina y esté en posesión de un pene. Los análisis tempranos han demostrado la existencia en el inconsciente de un principio fundamental que gobierna todos los procesos reactivos y sublimatorios por medio del cual los actos re^{sti}tutivos deben relacionarse en todos los detalles al daño imaginario que ha sido realizado. Todo lo malo que la niña ha hecho en su fantasía robando, dañando, destruyendo, lo debe reparar devolviendo, arreglando y restaurando. Este principio también requiere que los mismos instrumentos que han sido usados para cometer las malas acciones sean usados también para repararlas. El niño -- debe transformar sus excrementos, pene etc.; que en sus fantasías sádicas son sustancias destructivas y peligrosas, en sustancias curativas y benéficas. Todo lo malo que ha hecho el pene "malo" y la orina "mala" debe ser reparado por pene "bueno" y la orina "buena". (37)

De estos puntos que hemos citado del libro Melanie Klein -- "Psicoanálisis de niños", podemos deducir el sentido que la enuresis tiene para la autora que comentamos; los sentimientos de odio hacia la madre llegan a través de una identificación con el padre sádico, fantaseados por los niños a que éstos consideran -- la orina como una sustancia destructiva que emplean para dañar -- el pecho materno.

La teoría de Melanie Klein resalta el papel que juega en -- los niños la identificación con el padre a través de sus fantasmías sádicas, que le hacen pensar en los poderes mágicos de la orina con los cuales puede dañar el pecho "malo" de la madre. -- Tanto en los niños como en las niñas, la incontinencia se transforma, después de haber sido la expresión de una posición femenina, en el representante de una masculina para los niños de ambos sexos.

La orina, por tanto, viene a tener un sentido agresivo contra la madre, identificada con el pecho "malo" al que hay que -- destruir en las fantasías que tiene el niño, y por este motivo -- la enuresis continuada no sería más que un síntoma en que el niño pone de manifiesto toda esta agresividad y la ansiedad que esta situación le produce.

Melanie Klein quiere dejar bien claro dentro de su teoría -- del "complejo de castración" el papel tan importante que juega -- la identificación del niño y la niña con el padre sádico, en el primer caso, a través del pene y en el segundo asociadas al chorro de orina que produce el varón a través del pene.

6. TRATAMIENTO DE LA ENURESIS.

Quizá una de las mayores dificultades con que se encuentra el terapeuta para determinar un tratamiento eficaz en relación con el síntoma enurético sea la gran variedad de causas desencadenantes del mismo, que hacen inviable una medida terapéutica -- única. Los sistemas terapéuticos que vamos a describir, tienen en común la disconformidad de los resultados obtenidos, tanto -- los que emplean procedimientos de psicoterapia como los que se remiten a la utilización de fármacos, lo que viene a confirmar -- la complejidad patogénica de este síntoma.

A continuación y de una manera simple y objetiva mencionaremos algunas consideraciones terapéuticas que han sido y siguen -- siendo manejadas en la rehabilitación del paciente enurético:

6.1 Profilaxis.

Hay sin lugar a duda, una profilaxis de la enuresis, la frecuencia muy significativa de esta enfermedad en los estratos socioeconómicos bajos y medios, demuestra ampliamente que las reglas o normas de higiene desempeñan un papel muy importante. Ya que numerosos casos denominados congénitos son impuestos por el medio donde se desarrolla el paciente. Junto con la cantidad relativamente modesta de niños que desde el nacimiento, auténticos enuréticos, existe otra de niños a los que se ha habituado, por --

negligencia, a ensuciarse sin previo aviso. Si desde el nacimiento la madre se afana por sorprender la micción de su pequeño (cosa que por lo general, resulta muy fácil, pues el recién nacido casi siempre orina, al momento de los cambios y las amamantadas), y evita un contacto prolongado con pañales húmedos, lo cual al comienzo no es aceptado por gritos, la experiencia demuestra que se evita al desarrollo de esa tolerancia cutánea a la humedad que constituye uno de los mayores obstáculos para la adquisición de la limpieza. Así, también se prevee la posibilidad de que, por el hecho de volverse a dormir en ese estado húmedo, el niño termine por orinarse sin despertar, o sea: adquiera la enuresis. Por lo tanto, no se trata aquí, como afirman algunos autores, de un entrenamiento o educación del "sentido urinario", sino más bien de la falta de perturbación de una función. Esta, es la opinión, de autores como Lacassie⁽⁴⁰⁾, para quién el tratamiento más indicado para la enuresis es el profiláctico, toda enuresis en su opinión, representa la continuación, o la revivencia de una enuresis de los seis primeros meses. Esta enuresis del recién nacido señala errores alimenticios de los cuales el principal, y tal vez el único, es la sobre alimentación a la que se llega por dos vías:

- Consiste en ese defecto de las madres, según el cual establece una relación directa entre la salud de su hijo, su peso y la cantidad de alimento ingerido. Para las madres todo grito significa hambre y conduce a una comida, justificada o no. Error que es muy difícil de corregir en la práctica.

- Estriba en la aplicación sin matices de las reglas de la crianza, la creciente extensión de la enuresis no tiene otra causa, de manera verosímil, que el inflexible respeto a dichas reglas en casi la totalidad de todos los medios civilizados.

La discreción urinaria diurna y el silencio urinario nocturno constituyen el caso del lactante, entregado tan solo a sus reclamaciones energéticas instintivas. Sobre varios cientos de casos de enuresis se ha encontrado siempre, durante los seis primeros meses, el hastío por comidas impuestas y la poliuria nocturna en coexistencia más o menos prolongada.

La enuresis denominada esencial esta, pues, constituida en los primeros seis meses de la vida por la provocación y el mantenimiento de reflejos condicionados anormales. A fin de prevenir la enuresis es necesario, en primer lugar, dejar al recién nacido la libertad de buscar su ritmo alimenticio propio, y, en segundo lugar, procurar que se le creen los reflejos excretorios por medio de una educación urinaria precoz, puesta en práctica desde que el niño adquiere y conserva la posición sentada teniendo en cuenta el horario de la micción normal.

En opinión de algunos autores, en ese adiestramiento podría hallarse o dar origen a traumatismos afectivos. Didier⁽¹⁸⁾ opina que es erróneo este temor ya que carece de fundamentos, pues de acuerdo a lo que ha visto y en lo que afirma Lacassie, no se trata de coaccionar al niño hacia nuevos hábitos y de contra--

riar una función, sino, al contrario, permitir que se mantenga dentro de su comportamiento natural y armónico. Se coincide --- pues, con A. Doumil cuando afirma que es necesario habituar a la madre a localizar el deseo. Con excesiva frecuencia ésta sienta al niño en el orinal a la hora regular y el péndulo es entonces el peor enemigo del instinto. Su opinión diverge cuando éste -- mismo autor escribe que la educación diurna es la que desempeña el papel primordial y la condicionante de la limpieza nocturna -- que sólo puede adquirirse tiempo después de la adquisición miccional diurna. A través de su mímica, agitaciones, rezongos, el niño, de cualquier edad, "pide"; el problema radica en saber comprender ese lenguaje, de la mejor manera que cualquier madre --- atenta es capaz de hacerlo. No resulta menos válido el hecho de que la función miccional sólo es verdaderamente integrada más -- tarde.

Hacia el año y tres meses aproximadamente, el niño es capaz de contenerse para no orinarse más que en punto dado. Esto constituye una victoria, tal como lo escribe Breton: "la micción va acompañada entonces de un alivio agradable y es precedida de la sensación de poder que tiene el niño cuando persiste el deseo de orinar" (12).

En este caso, la diferenciación de los sexos se concreta - por el hecho de que el pequeño orina de pie; se trata de un carácter sexual secundario que es necesario respetar, incluso --- alentar.

6.2 Psicoterapia.

Todo tratamiento de la enuresis implica necesariamente un enfoque psicoterapéutico que puede revestir formas numerosas, - pero que resulta sin duda imprescindible, aunque no siempre suficiente. Es necesario comprender la significación que tiene - la enfermedad para el enurético y las consecuencias que impli- ca. La curación del síntoma por sí solo no basta generalmente, aún cuando las repercusiones que acarrea ésta cura resulten generalmente siempre extremadamente benéficas. Es conveniente, - en consecuencia, tal como afirma J. Moellen no limitarse a méto- dos que apuntan a proteger las camas más que tratar al niño. - No existe tratamiento verdadero, fuera de un tratamiento global de toda la personalidad del niño, pero esto no implica de mane- ra obligatoria un tiempo individualizado de la terapéutica.

Ahora bien, si la enuresis, de acuerdo a lo señalado a tra- vés de este estudio, es un síntoma psicológico, su tratamiento más conveniente sería la psicoterapia. Cuando éste está rela- cionada exclusivamente con errores educativos y no haya esta- blecida a niveles más profundos de conducta, existencia de un -

núcleo neurótico, la orientación y el cambio de actitud en los familiares, sobre todo la madre, puede conducir a su curación o un mejoramiento del síntoma. En los demás casos creemos muy --- aconsejable la iniciación de una terápia encaminada al fortalecimiento del "yo" del niño enurético y a la solución de los problemas de agresividad que pueda estar enmascarando la enuresis.

El llevar la psicoterapia a interpretaciones profundas sobre contenidos de conducta del niño enurético, podrían ser aconsejables en el caso de que la enuresis pudiera ser considerada como un "síntoma de conversión de la masturbación o pudiera tener su origen en condiciones traumáticas o experiencias sexuales muy precoces".

El Dr. Castells Cuixart indica que es conveniente hacer desaparecer la causa desencadenante de la enuresis, cuando radica de forma evidente en el plano psicoafectivo del niño, mediante una acertada "psicoterapia familiar del paciente".

Como podrá apreciarse más adelante, existe una gran variedad de tratamientos. Las teorías en que se basan algunos de --- ellos se oponen resueltamente a los otros. Muchos niños son sometidos a varias de esas técnicas y, por lo tanto, antes de llegar a la que les va bien, han pasado por otras muchas que fracasaron.

Cada método puede tener sus éxitos, ya que depende de la --
clase de enuresis que se trate o de su etiología.

Los éxitos obtenidos con diferentes tipos de medidas tera--
péuticas pueden tener algo en común, como es la llegada del suje
to tratado a una fase del desarrollo en que el control de los es
fínteres se haga posible y aceptable.

Así, el tratamiento está en relación con la maduración del
sujeto.

6.3 Dieta adecuada.

Por varios autores se ha señalado la posibilidad del empleo
de un régimen dietético especial, con restricción de líquidos; -
dieta blanda, prescindiendo de alimentos sazonados o picantes, -
con mucho contenido de agua en las primeras horas del día y poco
contenido de agua y mucha sal en las últimas horas del día, so--
bre todo antes de que se acueste el niño, la restricción de lí--
quidos reduce la necesidad de orinar, resuelve los casos de "ve
jiga irritable", pequeñas o contraídas, y dá a los padres la sen
sación de que aún hay algo que debe ser vigilado.

Un régimen especial fue establecido por I.N. Krasnogorsky,
y col. Y ha sido objeto de estudio experimental por parte de J.
Ratell, consistente en una secreción total de líquidos y de ali

mentos hídricos a partir de las 15 ó 16 horas y la ingestión, en el momento de acostarse, de un emparedado hipersalado de aren--- que, salmón ahumado, tocino y manteca salada. De un total de 17 niños que siguieron el régimen se constataron 8 éxitos comple--- tos, 2 relativos y 7 fracasos completos. Sin embargo, se trata de un régimen alimenticio penoso de seguir y a menudo mal acepta do (algunos autores han propuesto ofrecer la sal en forma de se--- llos), este régimen implica una disminución a la excreción urina--- ría nocturna total de 100 a 125 Ml. Lo cual puede contribuir a evitar las micciones nocturnas. Alentadas por ese éxito, la cu--- ra tal vez resulte, secundariamente, la acción de un factor pura--- mente psicológico. (Citado por Didier Duche, 1972. p. 135).

6.4 Ejercicios Miccionales.

Estos ejercicios preconizados por Laurent, apuntan esencial--- mente a acelerar y completar la maduración miccional del enfermo mediante ejercicios. Este tratamiento requiere la cooperación --- tanto del niño como de su medio. Comienza por habérselas con --- las perturbaciones miccionales diurnas, las cuales se tiende a minimizar con exceso. No es posible esperar una cura en tanto --- que el niño no se convierta en dueño absoluto, durante la jorna--- da, de su reflejo miccional.

Conviene lograr que la familia comprenda que el hecho de --- forzar al niño a contenerse, cuando su vejiga está llena, va en

contra del objetivo perseguido, la actitud de los padres debe -- ser confiada pero firme, nunca punitiva; la cooperación del niño sólo es posible a partir de los 4 o 5 años de edad.

Esta reducción miccional dura de 15 días a 5 semanas y requiere la presencia del niño en su ámbito familiar. La regla básica es que él no debe orinar cuando desea, sino a través de intervalos regularmente impuestos. La reeducación se realiza de la siguiente manera:

- El niño es levantado a las 8 de la mañana, se le hace orinar cada media hora de 8 de la mañana a 12 del día. De 12 del día a las 5 de la tarde los plazos son aumentados en 15 minutos y, en la medida de lo posible, llevados a una hora desde las 5 de la tarde, hasta el momento de acostarse (21 horas).

- Al término de los 8 días, si esos horarios son bien aceptados, los períodos pueden aumentarse y alcanzar hasta tres cuartos de hora durante la mañana, y una hora y media e incluso dos horas al fin de la tarde (eso durante 8 semanas).

- Posteriormente se hace orinar al niño por mandato; detención reanudación y así sucesivamente en cada micción que realice. En esta parte se pide al niño retenga la orina cuanto tiempo le sea posible, de manera que el tiempo miccional sea prolongado, (Esto durante 6 u 8 semanas).

- El último paso es la retención de toda la orina durante todo el tiempo que sea posible, con el propósito de ir agrandando la vejiga, y, cuando se lleve a cabo la micción se le pide al niño que orine en un chorro tan poderoso como le sea posible. - A. Domic, ilustra esta solicitud sugiriendo al niño que orine lo más fuerte que pueda como si quisiera apagar un incendio.

Lauret y L.F. Hill, coinciden en que se debe asociar esta medida terapéutica (ejercicios miccionales), con psicoterapia y en ocasiones con drogas. (Citado por Albarran Olivera, 1982, -- pag. 124 y 125).

6.5 Procedimientos Mecánicos y Quirúrgicos.

Dentro de estos métodos encontramos la fisioterapia con galvanización de la médula, mediante técnicas diferentes, según el sujeto sea hipertónico, pudiendo utilizar la alta frecuencia y faradización.

A estos procedimientos habría que añadir una serie de medidas higiénicas y educativas.

El Dr. Toro Trallero recomienda un "artefacto electrónico", consiste en un circuito que se cierra al iniciarse la micción -- (al relajarse durante el sueño los esfínteres), en ese momento suena un timbre y el niño se despieta, logrando que al pasar del

estado del sueño al de vigilia, con aumento de su nivel de conciencia, pueda actuar voluntariamente sobre el control de esfínteres.

Aplicando este tratamiento ha obtenido los siguientes resultados, de 23 niños, adolescentes y adultos (6 a 25 años), enuréticos (9 mujeres y 14 varones): 23 curaciones (resultados positivos, es decir el 100% del grupo).

La duración del tratamiento fué de 4 meses, si bien hay que señalar, según indica el Dr. Toro Trallero, que el método se encuentra en fase experimental. (62).

6.6 Métodos Pseudo-Psicológicos.

Leo Kanner, habla de la severidad y reprimendas como método psicoterapéutico utilizado en el año de 1935, la sugestión, el hipnotismo o bien el empleo de un método que él describe de la siguiente manera:

"Suele también estimularse a los niños enuréticos mediante el llamado cuadro de las estrellas". Es una hoja de papel con el nombre de los días de la semana; el día que el niño se levanta sin haber mojado la cama, pega en el espacio correspondiente a ese día una estrella de papel, dorada o plateada. Cuando se orina el espacio queda en blanco, cada semana o cada dos sema---

nas, recibe premios por las estrellas logradas. Responden muy bien a este sistema los niños de inteligencia limitada aunque no demasiado. Resulta a veces sorprendente ver que el niño, que ha sido enurético toda su vida, deja de pronto de orinarse y pega alegremente estrella tras estrella. Con lo padres de los que quieren perfección, el procedimiento es categóricamente inútil. El propósito del cuadro de las estrellas es el de animar al niño, y no que los padres estén continuamente remarcando sobre el número de estrellas. Después de un prolognado período de enuresis, una sola estrella por semana, o hasta en dos semanas, es suficiente para hacer pensar al niño que pueda ocurrir que una noche no se orine, y que esa noche seca pueda repetirse. La actitud favorable del médico y de los padres, destacando los éxitos y no los fracasos, levantan la estimulación que tienen el niño de sí mismo.

6.7 Drogas.

La hipótesis de que la profundidad del sueño impida a los niños enuréticos percibir la plenitud vesical, ha llevado a varios médicos al procedimiento de empleo de fármacos para obtener un mayor control cortical sobre los centros inferiores.

Quadri aconseja el empleo de un medicamento que asocie un antihipnótico y un antiespasmódico; Da Costa y Telma Reca⁽⁵¹⁾ emplean el tofranil mientras que Bender y Kanner⁽³⁶⁾ se remiten a el empleo de anfetaminas y Efedrina.

Ya de antiguo se usaron drogas que actuaron aumentando la capacidad vesical del niño por relajación, como Belladona y preparados endócrinos, como tiroides y Testosterona, con el objeto de -- llegar a una maduración más temprana del niño.

En otra línea, Dobson aconseja el uso de una Droga, Furasemida, capaz de producir tal diuresis en 4 horas, que los pacientes quedan deshidratados. De modo que cuando no reciben alimentos, - ni líquidos, la vejiga no se encuentra llena en varias horas, permitiendo que el niño pase las noches secas.

Por su parte Didier D. ⁽¹⁸⁾ nos habla en el apartado (D.151--153) de las drogas de varios grupos.

- Drogas que tratan de hacer más ácida la orina, dada la alcalinidad que presentan los orines del niño enurético, a base de ácido fosfórico.

- Empleo de hormonas, especialmente testosterona, pero de -- una manera prudente y razonable, ya que éstas pueden ser responsables de una pubertad precoz.

- Drogas que tienen una acción sobre la hipertonia vesical, como la belladona (atropina).

- Drogas que influyen sobre una eventual atonía vesical, como la afedrina.

- Empleo de sedantes y tranquilizantes en los niños muy nerviosos, como el Gardenal.

- La utilización del Tofranil (imipramina), por muchos terapéutas, y que parece un procedimiento adecuado, ya que los resultados obtenidos son netamente superiores a cuando se emplea placebo en el niño enurético.

Utilización de vitaminas como la E y C, ácido glutámico o arsénico en muy pequeñas dosis.

M E T O D O

7.1 Población.

La población de donde fué extraída la muestra para nuestro estudio estuvo integrada por todos los niños que asistieron a consulta externa en un lapso de 6 meses al Hospital Infantil de Iztacalco y que padecían algún tipo de enuresis. Esta población en primer término asistió a medicina general en donde es evaluada -- por los médicos pediatras y posteriormente, cuando se les hubo -- descartado algún problema físico, son canalizados al departamento de psicología.

El hospital antes mencionado presta atención a cualquiera -- que lo solicite que tenga edad entre recién nacido a quince años. El nivel socioeconómico que asiste regularmente a consulta es medio y bajo.

7.2 Selección de la Muestra.

La muestra fué elegida intencionalmente de los niños que solicitaron atención en el Hospital Infantil de Iztacalco. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- El rango de edad fué entre seis y diez años.

- No importó el tipo de enuresis, por lo que podía ser: nocturna o diurna; primaria o secundaria. Es decir, el niño no controla el esfínter vesical a la edad esperada y continúa orinándose (enuresis primaria) o aparece después de un período largo de limpieza (enuresis secundaria).

- No importó el sexo del sujeto.

- Se descartó que el padecimiento fuera de origen orgánico o a causa de retraso mental.

- El nivel socioeconómico de los niños fué medio y bajo.

Bajo los criterios antes mencionado fueron elegidos 10 niños en el transcurso de 6 meses, reuniendo las siguientes características.

7.2.1 Sexo.

En cuanto al sexo de la muestra, podemos observar en la siguiente tabla que la muestra está formada por seis niños de sexo masculino y cuatro del femenino.

| C A S O | N O M B R E | S E X O |
|---------|------------------|-----------|
| Caso 1 | Janet | Femenino |
| Caso 2 | Rosa Isela | Femenino |
| Caso 3 | Marco Antonio | Masculino |
| Caso 4 | Fernando Alberto | Masculino |
| Caso 5 | Ma. Guadalupe | Femenino |
| Caso 6 | Horacio | Masculino |
| Caso 7 | Carlos Ivan | Masculino |
| Caso 8 | Crecencio | Masculino |
| Caso 9 | Ivonne Elizabeth | Femenino |
| Caso 10 | Jorge | Masculino |

7.2.2 Edad.

La edad de la muestra osciló entre los 6 a los 10 años 10 - meses como lo podemos observar en la siguiente tabla:

| | | |
|---------|---------|----------|
| Caso 1 | 6 años | |
| Caso 2 | 6 años | 9 meses |
| Caso 3 | 7 años | 9 meses |
| Caso 4 | 7 años | 11 meses |
| Caso 5 | 8 años | |
| Caso 6 | 8 años | |
| Caso 7 | 9 años | |
| Caso 8 | 9 años | 10 meses |
| Caso 9 | 10 años | |
| Caso 10 | 10 años | |

7.2.3 Escolaridad.

Como podemos observar en la siguiente tabla los niños de la muestra presentan una escolaridad acorde a su edad a excepción de los sujetos de los casos 1 y 2 que han repetido un año.

| C A S O | ESCOLARIDAD |
|---------|-----------------|
| Caso 1 | 1o. de primaria |
| Caso 2 | 1o. de primaria |
| Caso 3 | 3o. de primaria |
| Caso 4 | 3o. de primaria |
| Caso 5 | 2o. de primaria |
| Caso 6 | 2o. de primaria |
| Caso 7 | 5o. de primaria |
| Caso 8 | 6o. de primaria |
| Caso 9 | 5o. de primaria |
| Caso 10 | 5o. de primaria |

7.2.4 Tipo de enuresis y frecuencia.

En cuanto al tipo de enuresis podemos observar que en todos los casos fué nocturna; siendo en cuatro de los casos primaria y en seis secundaria. La frecuencia con que se presentó la enuresis fué de uno a siete días por semana.

| C A S O | FRECUENCIA | TIPO DE ENURESIS |
|---------|------------|---------------------|
| Caso 1 | Diario | Primaria nocturna |
| Caso 2 | 5 a 6 | Primaria nocturna |
| Caso 3 | 2 a 3 | Secundaria nocturna |
| Caso 4 | 1 a 2 | Secundaria nocturna |
| Caso 5 | 2 a 3 | Secundaria nocturna |
| Caso 6 | Diario | Primaria nocturna |
| Caso 7 | 3 a 6 | Secundaria nocturna |
| Caso 8 | 4 a 5 | Primaria nocturna |
| Caso 9 | 3 a 4 | Secundaria nocturna |
| Caso 10 | Diario | Primaria nocturna |

7.2.5 Nivel de maduración.

Para determinar el nivel de maduración y corroborar ausencia de daño cerebral de los niños de nuestro estudio se utilizó el test Guestdáltico Visomotor de L. Bender.

En la siguiente tabla podemos observar que todos los niños presentan un nivel de maduración acorde a su edad, sin presentar una discrepancia en ninguno de los casos que nos esté mostrando retraso en el nivel de maduración así como podemos observar que hay ausencia de probable lesión cerebral.

| C A S O | EDAD CRONOLOGICA | NIVEL DE MADURACION |
|---------|------------------|----------------------------------|
| 1 | 5 años | 4 años 8 meses-4 años a 10 meses |
| 2 | 6 años 9 meses | 6 años a 8 meses-7 años 3 meses |
| 3 | 7 años 9 meses | 7 años 1 mes-7 años 5 meses |
| 4 | 7 años 11 meses | 8 años - 8 años 5 meses |
| 5 | 8 años 3 meses | 8 años - 8 años 6 meses |
| 6 | 8 años | 7 años - 7 años 5 meses |
| 7 | 9 años | 8 años 6 meses - 9 años |
| 8 | 9 años 10 meses | 9 meses - 9 años 11 meses |
| 9 | 10 años | 10 años - 10 años 11 meses |
| 10 | 10 años 1 mes | 8 años - 8 años 6 meses |

7.2.6 Cociente intelectual.

En cuanto al cociente intelectual, los niños presentaron los siguientes resultados, detectados por medio del Test de Matrices Progresivas de Raven.

Tres sujetos muestran C.I. superior (casos 7, 8 y 9) y seis casos un C.I. superior al término medio (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 10).

| C A S O | COCIENTE INTELECTUAL |
|---------|---------------------------|
| 1 | Superior al término medio |
| 2 | Superior al término medio |
| 3 | Superior al término medio |
| 4 | Superior al término medio |
| 5 | Superior al término medio |
| 6 | Superior al término medio |
| 7 | Superior |
| 8 | Superior |
| 9 | Superior |
| 10 | Superior al término medio |

7.3 Escenario.

Las entrevistas y la aplicación de las pruebas se realizaron en los consultorios del área de Psicología del Hospital Infantil de Iztacalco.

7.4 Instrumentos.

Los instrumentos que utilizamos en nuestro estudio por un lado nos sirvieron para seleccionar la muestra como fueron la entrevista con el niño y sus padres, el Test de L. Bender, el Test de Matrices Progresivas de Raven y por otro lado nos proporcionaron datos acerca de la dinámica del niño como en el caso de las entrevistas, el C.A.T. y las Fábulas de Dúss. En seguida mencionaremos brevemente cada uno de ellos.

7.4.1 Entrevista clínica.

La entrevista fué de tipo semiestructurado y como antes lo mencionamos nos permitió seleccionar la muestra obteniendo a partir de ella algunos de los criterios para su selección, por otro lado, a partir de ella pudimos obtener datos acerca de la dinámica familiar.

7.4.2 Test Guestáltico Visomotor de L. Bender.

Este Test fué elegido para examinar el nivel de maduración de los niños de nuestro estudio así como una probable lesión cerebral cuyos datos aparecen en la selección de la muestra.

7.4.3 Test de Matrices Progresivas de Raven.

Este Test fué utilizado para conocer el C.I. del sujeto y descartar un posible retraso mental como origen de la enuresis.

7.4.4 Fábulas de Düss.

Este instrumento nos sirvió para investigar los conflictos emocionales de los sujetos, consta de 10 fábulas o relatos y --- aplicamos la versión de Jaime Berstein.

Los indicadores que nos proporcionó este instrumento son -- los siguientes:

- Dependencia parental.
- Celos de la unión de los padres: expresada como un sentimiento de abandono y poca atención.
- Deseos de muerte y agresividad.
- Temores.
- Autocastigo.
- Carácter posesivo y obstinado.
- Complejo de Edipo.
- Rivalidad fraterna.
- Complejo de costración.

7.4.5 Test de apercepción infantil con figuras de animales.

Este Test lo elegimos porque le permite al niño expresar libremente su conflictiva y a partir de esta pudimos realizar deducciones relativas a su dinámica familiar.

Los indicadores clínicos que nos proporciona este test son los siguientes:

- Rivalidad entre hermanos (celos fraternos)
- Necesidad de dependencia.
- Identificación.
- Percepción del padre.
- Temores.

- Escena primaria.
- Percepción del medio y reacción ante éste.
- Percepción de la madre y conflicto con esta.
- Conflicto con las normas (reglas y hábitos de limpieza)

7.5 Tipo de estudio.

Realizamos un estudio evaluativo clínico ex post facto pues no introducimos ningún tratamiento o factores modificadores, únicamente observamos las características que mostraron los niños enuréticos.

7.6 Procedimiento.

De acuerdo como los especialistas iban identificando los casos de los niños con problemas de enuresis en el Hospital Infantil se procedía a realizar la entrevista a la madre y en algunos casos al padre, ya cubiertos los puntos de interés, se realizó la entrevista al niño sin la presencia de ellos.

Realizadas las entrevistas que nos sirvieron para seleccionar la muestra (así como para obtener datos acerca de la personalidad del niño), se procedió a aplicar dos pruebas más con el fin de obtener datos sobre el nivel de maduración del niño y corroborar ausencia de daño orgánico; así como detectar el C.I. de cada uno de ellos y descartar un probable retraso mental.

Como ya lo mencionamos, por medio de la entrevista a los padres y al niño pudimos obtener aspectos de la dinámica familiar y corroborarlos y ampliarlos por medio de las Fábulas de Düss y Test de Apercepción Infantil con Figuras de Animales.

El tiempo requerido en promedio en las entrevistas fué de tres horas ya que ocupamos una hora aproximadamente con el padre, la madre y el niño respectivamente.

El material de psicodiagnóstico se aplicó en forma individual siguiendo el orden siguiente:

En primer lugar, ocupando una sesión fueron aplicados Bender y Raven en aproximadamente 1 hora.

El segundo día fueron aplicadas las Fábulas de DÜSS. El tercer día se aplicó el CAT-A y en el caso de que no se terminara de aplicar en una hora se utilizó una sesión más.

En promedio se necesitaron de 5 a 6 sesiones de 50 minutos cada una para realizar los estudios.

7.7 Procesamiento de datos.

A continuación mencionaremos cuál fué el proceso que seguimos para elaborar nuestros resultados enumerando cada instrumento.

- Entrevista. La entrevista fué aplicada al padre y madre por separado a los dos se les aplicó la misma entrevista. Al niño también se le entrevistó. Cuando obtuvimos los datos procedimos a realizar una historia del caso y posteriormente realizamos una tabla en la que vaciamos si se presentaba o no cada uno de los indicadores. (tabla 1), ya hecho lo anterior con cada caso se procedió a describirlo conjuntándolo con aquéllos que presentaron la misma característica es decir, se hizo un análisis de frecuencia por cada indicador.

- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender. El Test de L. Bender fué calificado utilizando los criterios de la Dr. Koppitz, posteriormente se procedió a obtener el nivel de maduración y se observó si existía una discrepancia significativa entre edad cronológica y nivel de maduración, en caso de que algún sujeto presentara una discrepancia significativa se procedió a desecharlo de la muestra.

- Test de matrices progresivas de Raven. Este test se calificó siguiendo las instrucciones que indica el manual del test - obteniendo así el C.I. correspondiente.

- Fábulas de Düsg. Se procedió a calificar las Fábulas --- aplicadas a cada uno de los niños mediante una interpretación libre pero basada en lo que la autora menciona como aquéllo que --- pretende medir.

Así se obtuvieron los siguientes indicadores.

- Dependencia parental.
- Celos de la unión de los padres.
- Rivalidad fraterna.
- Agresividad y deseos de muerte.
- Temores.
- Autocastigo.
- Complejo de castración
- Carácter posesivo y obstinado.
- Complejo de edipo.

Realizada una tabla con los indicadores (tabla 2) se anotó si se presentaba o no. Estos datos se conjuntaron con aquéllos casos que presentaron el mismo indicador. Es decir se hizo un análisis de frecuencia.

- CAT-A

Con este test, se realizó un procedimiento de análisis semejante al de las Fábulas de Duss.

Se consultó el manual del Dr. Bellak para obtener los indicadores -ya que como sabemos, cada fábula fué diseñada para medir una característica en especial- y así obtuvimos¹⁰ indicadores, (tabla 3) los cuales fueron obtenidos mediante una interpreta---

ción libre del test, ya obtenido estos indicadores se realizó una tabla de frecuencias y por último se agruparon todos los casos -- que presentaron el indicador, los indicadores obtenidos, son:

- Celos fraternos.
- Necesidad de dependencia.
- Identificación.
- Percepción del padre.
- Temores.
- Escena primaria.
- Percepción del medio.
- Reacción ante la percepción del medio.
- Percepción de la madre.
- Reglas y hábitos de limpieza.

7.8 Análisis de resultados.

Los resultados obtenidos en el Test de L. Bender así como -- los del Test de Matrices Progresivas de Raven fueron señalados en la selección de la muestra, ahora nos abocaremos a los tests que fueron utilizados en la investigación.

7.8.1 Entrevista.

A continuación haremos una descripción de los datos que consideramos más relevantes de las entrevistas a los padres y niños de nuestros casos, tabla 1.

Nueve niños de nuestra muestra se presentaron bien aliñados, sólo un niño se presentó sucio desaliñado. (6)

Nueve niños se mostraron ansiosos durante la entrevista, dos se mostraron cooperativos (casos 8, 9) y sólo un caso se mostró alegre. (9)

El total de nuestros casos presentó enuresis nocturna; cuatro casos presentaron enuresis primaria (1, 6, 8, 9) y los seis restantes enuresis secundaria (2, 3, 4, 5, 7, 10).

La frecuencia con que se presentó la enuresis fué en tres casos diaria (1, 6, 9) y en los casos restantes de 2 a 6 veces por semana.

La enseñanza del control de esfínteres se llevó a cabo por medio de castigo en 2 de los casos (1, 4); tratádo de convencer al niño en 6 de los casos; (1, 2, 3, 5, 7, 10); dos casos enseñaron al niño manteniéndolo en el excusado por tiempo prolongado -- (8, 9); un sólo caso no recibió entrenamiento (6). El entrena---miento fué llevado en todos los casos por la madre del niño, entre la edad de uno a dos años.

Ante el problema enurético los padres se muestran indiferentes en tres casos (2, 6, 10); siete se muestran preocupados (1, 3, 5, 7, 8, 9, 10) y en un caso se muestran comprensivos (4).

En cuanto a los antecedentes patológicos en la familia encontramos 4 casos de alcoholismo paterno (1, 4, 6, 10) y un caso de drogadicción en una hermana (6).

La descripción del padre es la siguiente:

En tres casos se describe al padre como agresivo (1, 2, 6); dos lo describen como tranquilo (4, 9) dos como comunicativo (4, 7).

La descripción de la madre es la siguiente:

En cuatro casos se describe a la madre como introvertida (1, 4, 7, 8) tres casos como tranquila (6, 8, 9); un caso como protectora (10); el caso 2 se describe como débil (3, 5) el caso 5 como dependiente; y el 2 como nerviosa y sensible.

La descripción que hacen los padres del niño de éste es:

Cuatro fueron descritos como alegres (2, 3, 4, 5); dos niños fueron descritos como serios (6, 8); dos fueron considerados como dependientes e inseguros (9, 10), uno fué considerado como tranquilo (1); en un caso (7) el niño es considerado como el mejor de sus hijos; dos consideran a sus hijas como berrinchudas (1,2).

Seis casos de la muestra son los hijos menores (1, 2, 3, 4, 5, 7); dos tienen un hermano menor que ellos (6, 9); el caso 10 es el mayor.

En seis de los casos los padres consideran que las relaciones familiares son buenas (3, 4, 5, 7, 8, 9); un sólo caso (6) - considera que sus relaciones no son adecuadas.

En el caso 1 la madre menciona que las relaciones entre los hijos y ella son buenas pero no así entre los hijos y el padre.

En el caso 10 la madre presenta poco contacto con los hijos y al padre casi no lo ven.

Las relaciones de los miembros de la familia del caso 2 son buenas pero mencionan que la niña se muestra agresiva con la madre.

Nueve casos reportaron que no se presentaron problemas durante el nacimiento y el embarazo (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10); un caso mencionó que hubo amenaza de aborto en el tercer mes pero fué controlado satisfactoriamente (4).

Las relaciones con los profesores en los 10 casos se consideraron adecuadas, en un sólo caso se manifestaron problemas con los compañeros de la escuela (3).

El aprovechamiento escolar fué considerado bueno en cinco - de los casos (2, 3, 5, 7, 9); un caso es considerado como muy -- bueno (8), y tres como regular (4, 6, 10).

Los síntomas asociados a la enuresis fueron onicofagia en - dos casos (2,7); noctilalia en dos casos (4, 7); sonambulismo en un caso (4); rabieta ocasionales (7) y un caso que se chupa el dedo (2).

Tres casos presentan sueños repetitivos en los que manifie tan necesidad de atención, de dependencia (2) agresividad (6,8).

7.8.2 Fábulas de Düss.

A continuación enumeramos cada una de las características - que medimos mediante las fábulas de Düss y la frecuencia con que se presentaron.

Relación parental. Cuatro de nuestros casos muestran clara dependencia hacia los padres (8,9) hacia el padre y el 2 y 3 hacia la madre, dos de cada sexo respectivamente.

Celos de la unión de los padres. Ocho casos presentaron celos de la unión de los padres, expresada como un sentimiento de abandono y poca atención (2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 y 10).

Deseos de Muerte. Agresividad. Ocho casos de la muestra - expresan deseos de muerte:

Seis hacia el padre (4, 5, 6, 7, 8 y 9)

Dos hacia la madre (2 y 5)

Uno hacia un hermano (1)

Temores. El total de los casos de nuestra muestra presentan uno o varios temores, como a continuación los enumeramos.

- Temor a ser comido: 4 casos (6, 7, 8, y 9)

- Temor a ser abandonado: 4 casos (1, 3, 5 y 9)

- Temor a la noche u oscuridad : 4 casos (2, 3, 4 y 5)

- Temor a lugares altos: 2 casos (8 y 10)
- Temor a lugares cerrados: 1 caso (3)
- Temor a ser castigado: 1 caso (2)
- Temor al diablo: 1 caso (9)
- Temor a perder su casa: 1 caso (10)
- Temor a hablar fuerte: 1 caso (10)
- Temor a ser asustado con animales muertos: 1 caso (6)
- Temor a situaciones escolares: 1 caso (3)

Autocastigo. Se presentaron tres casos de autocastigo, --
(4, 7, 8).

Complejo de castración. Manifiestan complejo de castra---
ción 3 casos de la muestra (1, 4, 9).

Carácter posesivo y obstinado. Dos casos de la muestra --
presentan esta característica (6, 8).

Complejo de Edipo. Cinco casos muestran Complejo de Edi--
po, (2, 4, 5, 6, 8).

TABLA 2

ESTA TABLA MUESTRA LOS INDICADORES OBTENIDOS DE LAS
FABULAS DE DUSSE Y LOS CASOS QUE LOS PRESENTAN

| CASO CARACTERISTICA | CASO 1 JANET | CASO 2 ROSA ISELA | CASO 3 MARCÓ ANTONIO | CASO 4 FERNANDO | CASO 5 MA. GUADALUPE | CASO 6 HORACIO | CASO 7 CARLOS JUAN | CASO 8 CRECENCIO | CASO 9 IVONNE ELIZAB | CASO 10 JORGE |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|--|------------------------|----------------------------------|---|-----------------------|--|---|--|
| DEPENDENCIA PARENTAL | | DE LA MADRE | DE LA MADRE | | | | | DEL PADRE | DEL PADRE | |
| CELOS DE LA UNION DE LOS PADRES | | * | * | * | | * | * | * | * | * |
| RIVALIDAD ENTRE HERMANOS | * | * | * | * | | | * | | * | |
| AGRESIVIDAD DESEOS DE MUERTE | HACIA UN HERMANO | HACIA LA MADRE | HACIA EL HERMANO | HACIA EL PADRE | HACIA EL PADRE Y MADRE | HACIA EL PADRE | HACIA EL PADRE | HACIA EL PADRE | HACIA EL PADRE | |
| TEMORES | - SER ABANDONADA | - SER CASTIGADA - NOCHE | - SER ABANDONADO - OSCURIDAD - LUGARES CERRADOS - SITUACIONES ESCOLARES | - NOCHE - OSCURIDAD | - ABANDONADO - NOCHE - NIC | - SER COMIDO - SER ASUSTADO CON ANIMALES MUERTOS | - SER COMIDO | - LUGARES ALTOS - SER COMIDO POR LOS PERROS | - A SER ABANDONADO - SER COMIDO - AL DIABLO | - HABLAR FUERTE - CAERSE DE UN LUGAR ALTO - PERDER SU CASA |
| AUTOCASTIGO | | | | MATARLO UN CARRO | | | SER ATROPELLADO | ATROPELLADO | | |
| COMPLEJO DE CASTRACION | * | | | * | | | | | * | |
| CARACTER OBSESIVO Y OBSE- TINADO | | | | | | | | * | | |
| COMPLEJO DE EDIPO | | * | | * | * | * | * | * | * | * |

7.8.3 CAT-A

A continuación presentaremos un análisis de las características encontradas en este test.

1. Rivalidad entre hermanos (celos fraternos). Encontramos que cinco casos de nuestra muestra presentan rivalidad fraterna - pues perciben a los hermanos como competitivos por el cariño de los padres (1, 2, 3, 4, 9).

Necesidad de dependencia. Ocho casos de nuestra muestra presentan necesidad de ser protegidos (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10).

Identificación. Con respecto a esta característica, 6 - casos mostraron una identidad inadecuada ya que en las láminas - que fueron diseñadas para medir este indicador los niños hacían historias en las que no cooperaban con la figura de su propio -- esexo, de éstos fueron cinco niños (3, 4, 7, 10) y una niña (9).

Percepción del padre. La percepción que tienen de su - padre los niños de nuestro estudio es:

- Agresivo (1, 6, 8)
- Que compite con el niño por el cariño de la madre (4, 7).
- Cuatro lo perciben como débil (2, 3, 5, 10).

- Uno como fuerte (9).

Temores. Al igual que en los resultados obtenidos en las fábulas de Düss encontramos que el 100% de los niños de la muestra presentan alguna clase de temor.

- Un caso presenta temor a ser muerto (6)
- Tres casos presentan temor a perder el cariño materno (1, 4, 10)
- Tres casos presentan temor a ser castigado (2, 4, 9)
- Tres presentan temor a ser devorado (1, 8, 9)
- Cuatro presentan temor a ser abandonados (3, 5, 7, 10)

Temor a la castración. Este temor se manifiesta en los casos (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9), cabe mencionar que el criterio seguido para considerar la presencia de este temor en los niños, fué el que postula Fenichel en relación a los temores a ser devorado, lesionado, agredido que son tomados como equivalentes.

Escena primaria. Seis de los casos de nuestro estudio (2, 4, 5, 6, 7, 9) manifiestan conflictos en la percepción que tienen. Esta experiencia vivida por el niño fortalece más tarde interpretaciones erróneas de lo percibido como es el considerar el coito como un acto cruel y destructivo. (Fenichel 1969).

Percepción del medio y reacción ante este. Analizando nuestra muestra observamos que la percepción del medio se expresa de diversas formas: hostil, amenazador, competitivo, poco -- gratificante, ambivalente, etc.

Tratando de englobar las características hemos tomado tres que creemos pueden mostrar más ampliamente la percepción -- que tiene el niño del medio.

Amenazante. Cuando se percibe al medio ambiente como -- si hubiera un peligro inminente, así como cuando es considerado como competitivo (ser abandonado, devorado).

Hostil. Cuando hay alguna agresión directa sobre el su jeto.

Ambivalente. Cuando en ocasiones resulta agradable y -- no así en otras.

Habiendo señalado qué abarca cada categoría, nos abocaremos a mencionar el número casos que se presentan en cada una de ellas.

- Amenazador: cinco casos lo perciben de esta forma (3, 4, 9, 10).
- Hostil: cuatro casos lo perciben así (4, 6, 7, 9)

- Ambivalente: tres casos lo perciben ambivalente (1, 2, 8).

Los sujetos reaccionan de diferente forma ante la percepción del medio amenazador, hostil y ambivalente. Así el caso 1 reacciona manifestando temor a ser castigada y a ser agredida; el caso 2 manifiesta temor a ser castigada por desobedecer la autoridad paternal; el caso 3 presenta temor a ser agredido y abandonado; el caso 4 reacciona con ansiedad y acata las normas para no perder el cariño de los padres; el caso 5 manifiesta temor a ser abandonada, el caso 6 siente la necesidad de ser fuerte para dominar el medio; el caso 7 maneja el medio hostil aislándose; el caso 8 se muestra indiferente; el caso 9 presenta temor a ser castigada por romper con las normas establecidas por los padres; el caso 10 reacciona oponiéndose a las normas pero temiendo ser abandonada por ese desacato.

Percepción de la madre y conflicto con ella. Encontramos que tres perciben a la madre como aquélla que no satisface las necesidades orales (1, 3, 6); dos la perciben como fuerte y dominante (1, 10); dos sujetos la perciben como débil y pasiva (4, 5); en cuatro de los casos se percibe a la madre como la figura que impone las normas de conducta (2, 7, 8, 9).

El conflicto con la madre se manifiesta principalmente porque el niño percibe a la madre como la que impone las normas

en el hogar, también como aquélla que no brinda suficiente cariño y protección como podemos observar en los casos (1, 3, 6). - La percepción errónea de la madre trae como consecuencia que el niño manifieste ambivalencia hacia ella, (casos 1, 3, 9, 10). - El caso 7 no presenta conflicto con la madre, la percibe como protectora y aquélla que impone las normas lo cuál él acepta, - por lo tanto, no le crea conflictos.

Conflicto con las normas. Cuatro de nuestros casos presentan desacuerdo con las normas (3, 4, 8, 10) pero las acepta por temor al castigo.

El caso 10 muestra clara oposición.

Los casos 4 y 6 aceptan las normas por temor a perder el cariño materno.

Estos datos los podemos corroborar con los deseos que muestran por obtener independencia y autoridad ya que los casos (3, 4, 8, 10) buscan independizarse por lo que nos habla precisamente de una necesidad de autonomía -de ser independiente- el mismo síntoma enurético según Adler, Erickson entre otros, es una manifestación de rebeldía.

TABLA 3

ESTA TABLA NOS MUESTRA LOS INDICADORES OBTENIDOS DEL
CAT-A Y LOS SUJETOS QUE LOS PRESENTAN

| CASO | 1 JANET | 2 ROSA ISELA | 3 MARCO ANTONIO | 4 FDO. ALBERTO | 5 MA. GUADAL. | 6 HORACIO | 7 CARLOS IVAN | 8 CRECENCIO | 9 IVONNE ELIZ. | 10 JORGE |
|---------------------------------------|--|---|---|---|---------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| CARACTERISTICA | | | | | | | | | | |
| CELOS FRATERNOS | * | * | HERMANA | * | | | | | HERMANA MENOR | |
| NECESIDAD DE DEPENDENCIA | * | | * | * | * | * | | * | * | * |
| IDENTIFICACION | MADRE | HADRE | HADRE | HADRE | HADRE | FADRE | MADRE | FADRE | FADRE | HADRE |
| PERCEPCION DEL PADRE | AGRESIVO DOMINANTE | DEBIL | DEBIL PERO - QUE LO AYUDA A LOGRAR AUTONOMIA | COMPETITIVO POR EL CARINO DE LA MADRE | DEBIL PASIVO | AGRESIVA | COMPETITIVO POR EL CARINO MATERNO | AGRESIVA | FUERTE | DEBIL |
| TEMORES | - DEVORADA - PERDER EL CARINO DE LOS PADRES - DESAPROBACION - CASTIGADA | - SER CASTIGADA - OBSCURIDAD | - ABANDONADO - AGREDIDO | - PERDER EL CARINO DE LA MADRE - SER CASTIGADO | - LESIONADA - ABANDONADA | - SER MUERTO - SER CASTIGADO | - SER ABANDONADO - SER AGREDIDO | - SER DEVORADO - SER ABANDONADO | - SER CASTIGADO - SER DEVORADO | - SER ABANDONADO - PERDER EL CARINO Y - PROTECCION MATERNA |
| ESCENA PRIMARIA | | * | | * | * | * | * | | * | |
| PERCEPCION DEL MEDIO | AMBIVALENTE | AMBIVALENTE | HOSTIL AMENAZADOR | HOSTIL AMENAZADOR | POCO GRATIFICANTE, AMENAZADOR | HOSTIL | HOSTIL | COMPETITIVO AMENAZADOR AMBIVALENTE | AMENAZANTE HOSTIL Y POCO GRATIFIC. | AMENAZADOR HOSTIL |
| RELACION ANTE LA PERCEPCION DEL MEDIO | MANIFIESTA TEMOR A SER CASTIGADA Y AGREDIDA | MANIFIESTA TEMOR A SER CASTIGADA | TEMOR A SER AGREDIDO Y ABANDONADO | REACCIONA - CON ANSIEDAD | PRESENTA TEMOR A SER ABANDONADO | SIENTE NECESIDAD DE SER FUERTE PARA DOMINAR EL MEDIO | MANEJA EL AMBIENTE -- AISLANDOSE | SE MUESTRA INDIFERENTE | PRESENTA TEMOR A SER CASTIGADA | REACCIONA - OPONIENDOSE A LAS NORMAS PERO TEMEROSO DE SER ABANDONADO |
| PERCEPCION DE LA MADRE | NO SATISFACE NECESIDADES ORALES, AGRESIVA | ES LA QUE IMPONE LAS REGLAS DE CONDUCTA | POCO PROTECTORA Y NO SATISFACE NECESIDADES ORALES | PASIVA DEBIL | DEBIL PASIVA | NO SATISFACE NECESIDADES ORALES, AGRESIVA | PROTECTORA QUE IMPONE REGLAS | GRATIFICANTE QUE IMPONE LAS REGLAS | DOMINANTE QUE IMPONE LAS REGLAS | FUERTE DOMINANTE |
| REGLAS Y HABITOS DE LIMPIEZA | ACEPTA POR NIEDO AL CASTIGO | | SE OPONE A LAS NORMAS | ESTA EN DESACUERDO PERO LAS ACEPTA POR NIEDO AL CASTIGO | | DESACUERDO | LAS ACEPTA | ESTA EN DESACUERDO | ESTA EN DESACUERDO | ESTA EN DESACUERDO |

C O N C L U S I O N E S :

- Consideramos la enuresis como la emisión de orina, involuntaria completa y nocturna, con una etiología de carácter psicógeno a partir de los tres años de vida, en que éste, por su maduración, debe haber adquirido un control de sus esfínteres.

- Las características del síntoma enurético de acuerdo a los sujetos observados en nuestra muestra son: involuntaria, completa, producida durante el sueño y que tienen su etiología en la vida psicológica de los niños.

- La enuresis en nuestro estudio es una manifestación de agresividad hacia los padres las normas, su medio, de igual manera como es sostenido por Melanie Klein y Berge en sus estudios, los que consideran además que la enuresis es una regresión inconsciente a etapas anteriores y primitivas del período evolutivo de la vida psíquica del niño.

- El cociente intelectual no se ve afectado por el problema de enuresis.

- El nivel de maduración visomotora de los niños elegidos está en términos adecuados, en relación a su edad cronológica.

- Manejan fuertes impulsos agresivos, los cuales no son controlados ni canalizados en forma conveniente.

- Manejan fuertes impulsos agresivos, los cuales no son controlados ni canalizados en forma conveniente.

- Presentan sentimientos de inadecuación y necesidad de dependencia.

- Son muy susceptibles al manejo de temores (temor a perder el cariño de la madre, a ser castigado, abandonado, temor a la castración etc.), éste último manifestado de diferentes formas; temor a ser devorado, lesionado, a la obscuridad, lo que provoca un manejo excesivo de angustia y ansiedad.

- La percepción que tienen del medio es agresivo, hostil y ambivalente, lo cual los hace reaccionar de diversas formas; manifestando temor, ansiedad, sometiéndose, aislándose.

- Reportan actitudes de hostilidad y enojo hacia los padres de los cuales la madre es percibida como Superyoica, agresiva punitiva y que no satisface las necesidades orales. Al padre lo perciben débil, alejado, agresivo, competitivo por el cariño de la madre.

- En algunos casos se muestran situaciones edípicas no resueltas.

- Muestran en grado mínimo deseos de independencia y autoridad.

- Tienen fuertes conflictos con las normas establecidas por los padres.

- Presentan conflictos fraternos por el afán de obtener el cariño de los padres.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Es de esperarse que no todos los niños enuréticos se adecuen en varios detalles a la descripción que hacemos en este estudio y que falten por mencionar otras características que probablemente pudiéramos haber encontrado utilizando otros instrumentos o una muestra más amplia.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se limitaron -- por los indicadores que marcan dichos instrumentos; sin embargo, si hubiesen sido interpretadas de manera libre posiblemente se hubieran encontrado un mayor número de indicadores, pero por --- cuestiones metodológicas y con la finalidad de poder generalizar solamente elegimos las respuestas más representativas o de mayor frecuencia.

Sugerimos realizar posteriores estudios de seguimiento con una muestra mayor en la que se manejen otros criterios e instrumentos de psicodiagnóstico.

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

1. Abraham, Karl. *Psicoanálisis Clínico*. Ed. Horme. Buenos Aires. 2a. Ed. 1980. pp. 284-300.
2. Abraham, Karl. *The Narcisistic Evaluation of Excretory Process in Dreams and Neurosis*. Hogart Press, 1975. pp. 319, 1920.
3. Adams, S. *Incontinente of Urine in Children*. New York. 1980.
4. Adler, Alfred. *The Education of Children*. New York. 1930.
5. Ajurriaguerra, F.N. *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Ed. - Masson Toray, 1971. pp. 307-309.
6. Anderson F. *The Psyquiatric Aspect of Enuresis*. AM. J. Dis. Child, 1930-1940. pp. 591-813.
7. Anzures y Bolaños. *Enuresis*. México. Tesis U.N.A.M. Fac. - de Medicina. 1971.
8. Arnold, Jasper. *Cystometry and Enuresis*. Journal of Urology. Vol 96, Aug. 1966.
9. Badwin, *Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico*. Ed. Toray - Interamericana. México, 1974. p.488.
10. Bellak, L. *El Uso Clínico de las Pruebas Psicológicas del T.A.T.C. A. T. y S.A.T.* Ed. Manual Moderno. México, 1976.
11. Berge, *El Factor Psychique dand l enuresis ecole nouvelle - Francaise*, Editions du Sevil, París, 1976.
12. Brenton, A. Dupuis, C. y Defrance, G. L. *enuresis*. *Concourse Méd.* 1953. pp. 4541-4552.
13. Casielo. *Enuresis*. Revista "El Día Médico". Barcelona, España. 1963.

14. Curso de Prácticas del Primer Nivel Social - Unidimensional. México. Coordinación de Laboratorios. Fac. de Psicología. -- UNAM 1980.
15. Del Bosque Garza. Estudio Comparativo entre niños y niñas - con enuresis primaria y secundaria, México. Tesis Fac. de - Medicina. UNAM 1983. (p. 15).
16. Deutch, Hellen. Psicología de la Mujer. Ed. Posada. Buenos Aires.
17. Dickson, F. The use of Blisters Applied to region of the sacrum in cure of incontinence of urine and paesies of lower extremities. Méd. Obst. Soc. Phys. London 2: pp 311-,1972.
18. Didier, Duché J. La enuresis. Formación de Hábitos Higiénicos en los Niños. Buenos Aires, El Ateneo, 1972. pp. 41-48, 107-145.
19. D.S.M. III. España. Ed. Masson, 1094. pp. 400-405.
20. Erikson, Erik. Infancia y Sociedad. Ed. Horme. Buenos --- Aires, 1979.
21. Ey, Henri. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray Masson. Barcelona España, 1980.
22. Fenichel, Otto. Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Ed. - Paidós. Buenos Aires, 1966. pp. 89, 203, 221, 228, 232, 269, 545.
23. Freud. A. Neurosis. Sintomatología de la Infancia. Buenos - Aires. Ed. Paidós. 1977. pp. 60-66.
24. Freud. A. Normalidad y Patología de la Niñez. Ed. Paidós. - Buenos Aires. 1975.
25. Freud. S. Obras Completas, Historiales Clínicos. Edit. Bi-- blioteca Nueva. España. 1971.

26. Freud, S. Tres Ensayos Sobre la Teoría de la Sexualidad, -- Amorrovto Editores Argentina. 1983.
27. Freud, S. Obras Completas. Tomo VI. Edit. Biblioteca Nueva. España, 1971. pp. 2034-2038.
28. Ganon, F. Manual de Fisiología Médica. Méscico, Ed. Manual - Modeno. 1980. pp. 611-614.
29. Gérard, Margaret. Child Análisis as Technique in Investiga- tion of Metal Mechanisms Illustrated by Stuy of Enuresis.
30. Gerard, Margaret. Enuresis: a Study in Etiology. Amer, J. - Dis Child. 1935. pp. 49, 557.
31. gesell, A. Psicología Evolutiva de 1 a 16 años. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1971. p. 273.
32. Haillot, Rada G. Enuresis. Descripción de 10 casos clínicos. Tésis Fac. de Medicina. UNAM. México. 1983.
33. Hallgren, B. Enuresis. A. Clinical and Genetic Study. Acta Psychiat. Neurol. Scand. 1957, 32 supl. 114.
34. Haque, M. Ellerstein N. Gundy J. Parental Perceptions of - enuresis Am. J. Dis. Child in Press 1981. pp. 97-99.
35. Herrera Vázquez. Características de Personalidad de niños - encoprétricos y de sus padres. Tésis Fac. de Psicología. --- UNAM. 1984.
36. Kanner, Leo. Psiquiatría Infantil. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1966. pp. 434-441, 447.
37. Kelin, Melanie. El Psicoanálisis de Niños. Ed. Horme. Bue- nos Aires. 1964. pp. 223-227.
38. Koppitz, Ed. El Test Guestáltico Visomotor para niños. Bi- blioteca Pedagógica. Ed. Guadalupe. Buenos Aires. 1982. p. 32.

39. Lacan Jacques. Escritos. Tomo II Ed. Siglo XXI. México 1986.
40. Lacassie, L 'énuresis. Press Medicale, 1952. pp. 16-17.
41. Laplanche y J. B. Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. - Ed. Paidós. México, 1974.
42. Launay, Clément. Fayol. Traitement de Lénuresis. Sa Valeur Semiologique essentielle. Rev. Prat, 1953, 3/27, 1955-1961.
43. Michaels J.J. y Goodman, S. E. Incidence and correlation of enuresis and other neuropathic traits in so-called normal children. Am. J. Orthopsychiat, 1 a 34, 4, 79.
44. Michaels J.J. Enuresis in Morderous Agressive Children and Adolescents. Arch. Gen. Psychiat. 5: 490. 1961.
45. Mogyoros, Fux E. Enuresis. México. Tesis Fac. de Psicología UNAM. 1968. pp. 12-16.
46. Monedero, Gil. El Temor de la Infancia. Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica. Vol. VII, No. 4, Oct. -Dic. 1971.
47. Morower, O. H. Lernig Theory and Personality Dinamics. Ronal Press, New. York. 1950.
48. Pichon, Armida. Revista de Psicoanálisis, Vol. III. Buenos Aires 1951.
49. Pchot, Pierre. Los Tests Mentales. Buenos Aires. Ed. Paidós 4a. Ed. 1971. pp. 85 y 86.
50. Ramayati, R. Nocturnal Enueresis. Paediatr. Indones 1983. - Marzo-Abril; 23 (3, 4): 77-84.
51. Reca, Telma. Enuresis, Etiopatogenia, psicodinámica y tratamiento. Revista; Temas de Psicología y Psiquiatría en la niñez y en la adolescencia. Ed. CREAM, Argentina. 1971. pp. 15, 46-53.

52. Reca, Telma y Col. Problemas Psicopatológicos en Pediatría. Ed. Buenos Aires. 3a. Ed. 1958. p. 190-191.
53. Reca Telma y Speier, Amy. La Representación del Síntoma en los trastornos psicósomáticos. Observaciones sobre la representación de la Enuresis. Acta Neuropsiquiátrica Arg. -- 1959, 5. pp. 272-275.
54. Rof. Carballo J. Niño, Familia y Sociedad. Ed. del Congreso de la Familia Española. Madrid, 1960. p. 14.
55. Sánchez Chapado, M. Psychological Study of the Enuretic. -- Act. Urol. Esp. 1983. Marzo-Abril 7 (2): 131-136.
56. Shaw, R. Charles. Psiquiatría Infantil. México. Ed. Intera-mericana. 1966.
57. Shelov, S.P. A Contrast of attitudes of parents and psysi- cians Pediatrics 1981. May: 67 (5): 707-710.
58. Simarro, Puig, J. Algunas Reflexiones sobre la Clínica, mecanismos y terapéutica de la enuresis. Rev. Clínica Española. 74: 175. Ag. 1959.
59. Soulé, M. Enuresis, Estudios clínicos, diagnóstico y Tera- peútica, Ed. Proteo. Argentina, 1959.
60. Spitz, R. El primer Año de Vida del Niño.
61. Soulé M. y Solulé N. L'énuresie étude Clinique, Diagnosti- que e Therapeutique. Editions Sociales Francaises, París. -- 1967.
62. Toro. Trallero, J., Psicofisiología de la Enuresis. Rev. -- Anuario de Psicología No. 1. Barcelona, 1970. pp. 119-125.
63. Tramer, Moritz. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Morat, Madrid, 1946.
64. Yates, J. Aubrey. Terapia del Comportamiento. México. Ed. - Trillas. 1982: