

1. NIÑOS - ENURESIS

URBANO

AIZU



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

UAB400

2054  
Sr. CARVA

**" Enuresis "**

**Tesis Profesional**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
**Licenciatura en Psicología**

**Érika Mogyoros Fux**



25053.08

UNDM 4

1968



M.-159559

Apr. 98

*A mis maestros que me  
brindaron la luz que -  
iluminará mi camino.*

*Al Dr. Julián Mac-Gregor  
con agradecimiento y por su valiosa  
aportación en la dirección de  
ésta tesis.*

**I. Ps. 442**

*A mis padres, quienes -  
cimentaron las bases de  
una vida feliz.*

*A mi querido esposo  
quien con su comprensión  
alentó mi carrera.*

*A Beatriz y Mauricio,  
mis adorados hijos.*

I N D I C E .

	Pág.	
INTRODUCCION.....	1	✓
✓ DEFINICION DE ENURESIS.....	5	✓
✓ ANTECEDENTES HISTORICOS.....	7	✓
✓ A).- TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ENURESIS -- EN EL SIGLO XIX .....	8	✓
✓ B).- METODOS TERAPEUTICOS DEL SIGLO XIX.....	10	✓
C).- REFERENCIA A ENURESIS EN TRIBUS PRIMITIVAS.	13	✓
CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS.....	14	✓
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.....	17	✓
✓ A).- CONTINENCIA URINARIA POR EDADES.....	18	
B).- ENURESIS Y CAPACIDAD INTELECTUAL.....	20	✓
C).- ENURESIS EN LA MARINA DE ESTADOS UNIDOS....	21	✓
✓ D).- NIVELES SOCIO-ECONOMICOS Y ASPECTOS ETNICOS EN LA ENURESIS.....	22	✓
ETIOLOGIA DE LA ENURESIS.....	24	✓
✓ A).- FACTOR FAMILIAR.....	25	✓
✓ B).- FACTORES SOMATICOS.....	27	✓
1.- INMADUREZ EN EL DESARROLLO PSICOBIOLOQ- GICO .....	27	✓
✓ 2.- CONTRACCIONES VESICALES INVOLUNTARIAS- Y HALLAZGOS CISTOMETRICOS EN ENURESIS..	29	✓
✓ 3.- SUEÑO PROFUNDO.....	31	
✓ 4.- EL PROCESO DE LA MICCION.....	32	
✓ 5.- ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE LA VEJIGA...	33	✓
✓ 6.- ETIOLOGIA ALERGICA EN ENURESIS.....	34	✓
✓ 7.- FRACASO EN LA RETENSION DE LA ORINA....	35	✓
8.- ELECTROENCEFALOGRAFIA EN ENURESIS.....	36	
✓ C).- FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ENURESIS.....	38	

✓ D).- FACTORES AMBIENTALES EN LA ENURESIS..... 44 ✓

✓ E).- ENURESIS POR ENTRENAMIENTO INADECUADO..... 46 ✓

F).- INCAPACIDAD DE CONDICIONABILIDAD..... 48 ✓

✓ INTERPRETACIONES PSICOANALITICAS DE LA ENURESIS.....

AUTORES: ERIK ERIKSON, ARMIDA PICHON, OTTO FENICHEL,  
SIGMUND FREUD, KARL ABRAHAM, MELANIE KLEIN, HELEN --  
DEUTSCH, SPURGEON ENGLISH, MARGARET GERARD Y ALFRE-  
DO ADLER. .... 49 ✓

CUADRO CLINICO..... 61

- A).- SINTOMATOLOGIA..... 61

- ✓ B).- ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO..... 63 ✓

- ✓ C).- ETAPAS DEL DESARROLLO EN EL CONTROL DE LA --  
MICCION EN NIÑOS, SEGUN MUELLNER..... 64 ✓

- D).- ETAPAS DEL DESARROLLO EN EL CONTROL DE LA -  
MICCION SEGUN GESELL..... 65 ✓

- E).- PADECIMIENTOS DONDE ENCONTRAMOS AUMENTO DE  
ENURESIS..... 71

DIAGNOSTICO..... 72

A).- ETAPAS NECESARIAS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTI--  
CO..... 74

- B).- PROBLEMAS ORGANICOS QUE PUEDEN DAR LUGAR ---  
A INCONTINENCIA..... 76

C).- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL..... 81

PRONOSTICO..... 82

TRATAMIENTO..... 83

✓ DIFERENTES ENFOQUES EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS. 85

✓ CUADRO # 1 ..... 87

✓ CUADRO # 2..... 88

- A).- HIPNOTERAPIA EN ENURESIS. !..... 89

B).- FARMACOLOGIA UTILIZADA EN ENURESIS..... 92

C).- TERAPIA POR CONDICIONAMIENTO..... 95

D).- TERAPIA SEGUN BRENNEMAN..... 99

E).- TERAPIA SEGUN CAMPBELL..... 101

○ F).- TERAPIA EN PROBLEMAS ORGANICOS QUE PRESEN--  
TAN COMO SINTOMAS LA INCONTINENCIA..... 104



	<i>Pág.</i>
<i>PROFILAXIS</i> .....	106
<i>RESUMEN Y CONCLUSIONES</i> .....	111
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	120

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

El presente trabajo tiene el objeto de hacer una --  
revisión, lo más completa posible del problema de enure-  
sis. Trataremos de profundizar acerca del concepto que e  
se ha tenido a través de la historia sobre este tema, --  
hasta llegar el momento actual. Tal vez si comprendemos  
mejor sus causas podamos llegar a un tratamiento más ---  
adecuado de este problema infantil que frecuentemente ---  
rompe con la armonía en el hogar, pues es motivo de con-  
flicto constante entre padres e hijos.

El primer aspecto y punto de choque surge en la ---  
diferencia de criterio que tienen los adultos y los ni -  
ños, ó los padres y sus pequeños hijos en lo que a excre  
ciones del cuerpo se refiere. El adulto generalmente --  
siente un grado de aversión, cuando no una marcada re --  
pugnancia por sus heces fecales y orina, a él se le ha -  
ce intolerable entrar en contacto con esas materias. Pe-  
ro veamos ahora qué sucede con el recién nacido y el ---  
niño hasta aproximadamente los 2 años de edad, la acti -  
tud de éste es radicalmente opuesta a la del adulto; a --  
él le gustan las defecaciones de su cuerpo al extremo de  
jugar con ellas, llevárselas a la boca o revolverse en -  
las mismas. Estamos hablando de una edad, sobre la cual  
la educación no ha creado inhibiciones en este sentido.

El niño pequeño no siente repulsión alguna por sus-  
excretas, antes bien, constituyen para él un objeto muy-  
valioso y preciado, debido a que el niño las ve como una  
parte de su cuerpo, que él valora mucho y porque aún no  
ha sido educado con un criterio distinto.

Más tarde el proceso educativo le hará ver que esa parte que se desprende y sale al exterior es un producto de deshecho sin ningún valor, ó lo que es más, como en muchos casos, una parte repugnante, sucia y asquerosa de su cuerpo, de la que hay que desembarazarse rápidamente, como es el criterio que muchos adultos inculcan a sus hijos de manera errónea.

La actitud más correcta, será enseñar lenta, en forma progresiva y, sobre todo en el momento adecuado, que éstos son objetos de deshecho de su organismo, por tanto, sin valor, que deben ser depositados en los lugares adecuados por razones de limpieza. Jamás se debe poner énfasis en "lo asqueroso y repugnante" que son esas excreciones del niño, ya que esas manifestaciones exageradas de asco y de escrupulosidad excesiva, lastiman al niño, pues se están refiriendo a lo que él considera un objeto muy valioso, por tratarse de una parte de su cuerpo, y puede el niño interpretar que quien siente ese asco por una parte de su cuerpo también lo siente por él, considerándolo como una cosa desagradable y sucia. Por otro lado existe el peligro de inculcarle con esta actitud un temor excesivo y enfermizo por la suciedad.

Es frecuente observar que cuando los padres quieren que un niño suelte algo o no lo toque, porque está sucio o por cualquier otra razón, le dirán: "fuchi, caca, suelta eso", con lo cual el niño asociará cualquier cosa de este tipo con sus defecaciones. Se comprende ahora que si el niño asocia sus excrementos con otras cosas sucias o desagradables, puede llegar a convertirse en un maníaco de la suciedad, del polvo, de los microbios, etc y llega a ser en la edad adulta, un indivi

duo psicológicamente enfermo. Son personas que viven --- horrorizadas por la posibilidad de contaminarse al manipular o tocar algún objeto que otra gente usa; se lavará las manos una docena de veces, usará constantemente guantes, etc.

Hay que comportarse, por lo tanto, con naturalidad a la hora de ocuparse del aseo y limpieza del niño. --- Procurar que el niño lo vea también como una cosa natural, una función más de su cuerpo, que necesita de hábitos de limpieza que debe aprender.

Los padres deben tener una actitud comprensiva y tolerante, no sólo con los hábitos de limpieza de sus --- hijos, sino con todo su aprendizaje en general. Si hubo una lucha titánica entre el niño y sus educadores en la enseñanza del control de sus esfínteres, se habrá dejado una huella grave en la estructuración de la personalidad del mismo, ya que este conflicto traspasa los límites de los hábitos de limpieza y tiñe todas las relaciones entre madre e hijo.

La enuresis es de los problemas más frecuentemente tratados en las clínicas de Psiquiatría Infantil. -- Sólomente en Estados Unidos existen 5.000.000 de enuréticos y se ha encontrado que a la edad de 4-1/2 años el 12.2% de la población infantil moja la cama. A la edad de 7-3/4 sólo el 7.3% padece de enuresis.

Campbell considera que la enuresis se debe a una alteración funcional exclusivamente, debida a: entrenamiento inadecuado de hábitos, conflictos emocionales; --- ambiente desfavorable, etc. en un 90 a 95% de todos los casos y es causada por una lesión orgánica en un 5 a ---

10% de todos los casos.

Es importante que los padres, pediatras y maestros estén enterados de todo el mecanismo complejo que da lugar a la enuresis, para así tomar una actitud adecuada y comprensiva frente a ella. Siendo éste uno de los problemas más frecuentes en la infancia, el niño no únicamente se encuentra sólo, sin contar a su alrededor con personas que lo ayuden, sino que al contrario, intensifican su malestar por medio de castigos y actitudes punitivas.

La cesación de la enuresis es de suma importancia por dos motivos:

- 1).- Para el niño, porque le va a permitir desarrollarse en un adulto sin conflictos y con seguridad en sí mismo.
- 2).- Para los padres, porque les permite la tranquilidad mental de una conducta más adecuada para la paz dentro del hogar.

Es mi intención, con el presente trabajo, tratar de dar una idea, lo más completa posible, de los mecanismos de la enuresis, para así ayudar al niño. Ese ser desvalido que está en nuestras manos, pero que el día de mañana será fuerte y vigoroso, si es que el día de hoy, le permitimos tener una infancia feliz y saludable.

DEFINICION DE ENURESIS.

El término de "enuresis" implica la eliminación -- involuntaria de orina después de los tres o cuatro años de edad. Enuresis es una condición funcional y debe -- ser diferenciada de cualquier padecimiento orgánico de los sistemas nervioso o urogenital. Cuando hay enuresis la orina se pasa en un chorro constante y fluído, en -- contraste con el chorro intermitente, pequeño ó en gotas de cuando existe obstrucción o una enfermedad neuro muscular, según lo indica Campbell (21) Y hay que diferenciarla de la "Incontinencia urinaria" que es cuando se ha perdido el control de la vejiga y el paso de la orina es automático".

Habiéndose demostrado por varios autores, que el control de la micción no se adquiere en forma completa hasta los tres años, no podemos denominar enuresis a la salida involuntaria de orina antes de esa edad. Tampoco puede utilizarse para denominar algún accidente ocasional que tenga el niño, después de haber logrado el control de los esfínteres.

Debemos hacer notar que muchos autores diagnostican enuresis después de comprobar que no existe algún padecimiento orgánico que la ocasione; mientras que para otros, el término enuresis sigue siendo utilizado a pesar de haber encontrado patología orgánica.

Nosotros utilizaremos la definición de Leo Kanner quién nos dice: "Enuresis es la micción en la cual no hay relación causal de desórdenes anatómicos, inflamatorios o neuropatológicos". (53)

El hábito es nocturno en 60 ú 80% y diurno en un--  
5%; siendo tanto nocturno como diurno en un 20% a 40%.  
En uno de cada cinco casos comienza la enuresis después  
de que se ha llegado al control de esfínteres (21)

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La enuresis ha provocado siempre, mucha discusión-- ya que hay divergencias de opiniones con respecto a su etiología y a su tratamiento.

Ya en la antigüedad se hablaba sobre este problema. El primer dato que tenemos de que la enuresis es un problema de la infancia y que necesita de atención médica, aparece en el Papyro de Ebers, en el año 1550 -- A.C. (42)

Sabemos que durante la Edad Media casi todo se --- trataba de resolver por medio de súplicas y rezos, por lo que en Transilvania, se creía que Santa Catarina de Alejandría podía ayudar en la enuresis, y en su día, 25 de noviembre, se le rezaba especialmente para ésto. En la parte sur de Alemania, San Vito era solicitado con -- éste objeto; también era patrón de aquellos que sufrían "la manía del baile" y también de la "constipación" (20)

En Inglaterra, Tomás Phaer "El padre de la Pedia-- tría Inglesa", en 1544, recomendaba para curar la enuresis dar a comer a los niños los riñones de cerdos y ovejas; además darles de beber la orina de cerdos castra-- dos.

En 1762, Thomas Dickson (31) habla por primera vez de la eficacia de la aplicación de ventosas sobre el --- sacro. El reporta varios casos de éxito con este trata-- miento.



A) TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ENURESIS EN EL SIGLO XIX.

Se Creía que había varios factores que contribuían al desarrollo de la enuresis. A continuación citaremos algunos ejemplos:

1. - Se pensaba que había en el niño una tendencia hacia este desorden ya que muchos miembros de una sola familia padecían enuresis. - Con este pensamiento en mente, esta inclinación fué calificada como "Enuresis congénita" (75)
2. - Niños con sueño profundo, Se consideraba este hecho una causa de la enuresis ya que se creía que el sueño profundo podía producir atonía del esfínter vesical debido a la pérdida de control voluntario (102)
3. - Se pensó que la enuresis era la consecuencia de falta de coordinación muscular de la vejiga y también debilidad muscular general, que daba lugar a la incompetencia del esfínter vesical (26)
4. - Bebidas que causarían aumento del ácido úrico; se afirmaba que era un factor de irritabilidad, el cual podía ocasionar una contracción involuntaria de la vejiga, secundaria a una irritación de la mucosa. (85) También parásitos intestinales, especialmente ascárides eran enumerados como factores causales de irritación de la vejiga.
5. - También se habló de estómago e intestinos "sobrecargados"; secreción anormal de las glándulas de Cowper; contracción del meato; cálculos de la veji-

ga; patología del sistema urinario y enfermedades de la cadera como causas de la enuresis. (2)

6.- Se concluyó que las culpables de este padecimiento eran las madres y las enfermeras, que alimentaban a los niños con comidas impropias y no cuidaban debidamente el cumplimiento del hábito de ir al baño durante el día y se olvidaban de ver que los niños orinaran antes de acostarse. (67)

7.- Fué objeto de discusión que la causa de la enuresis fuesen los sueños, ya que el niño soñaba que estaba orinando y por éso lo hacía. (92)

8.- También la epilepsia y la enuresis fueron asociadas ya que se consideraban a las dos causadas por reflejos irritativos. (101)

B) MÉTODOS TERAPÉUTICOS DEL SIGLO XIX.-

- 1.- Vaciar la vejiga al momento de acostarse, aplicando un enema, para evacuar también los intestinos - (91). Se recomendaba evitar que el niño tomara líquidos tres horas antes de acostarse (23)
- 2.- Dormir en un colchón duro con pocas cobijas para evitar el sueño profundo y se recomendaba despertar - al niño antes del tiempo en el que usualmente se orinaba. Esto debía ser realizado por el padre ó por un reloj de alarma. (18)
- 3.- Otros autores aconsejaban baños de asiento fríos, mientras que otros, aconsejaban baños de asiento calientes antes de acostarse. (85)
- 4.- Se sugería también buena alimentación, aceite de hígado de bacalao y tónicos que contuviesen hierro para mejorar el "tono" físico-general (4)
- 5.- Reducir la carne en la dieta. Si un niño era "reumático" y si su orina era turbia o ácida, la leche debía reemplazar la carne en su dieta. (27)
- 6.- Utilizaron también gran número de yerbas como: Rhus aromática, hojas de uva, etc. (58)
- 7.- Otros medicamentos como nitrato de potasio fueron popularizados ya que disminuyen la acidez de la orina que irrita a la vejiga. (109)
- 8.- Unos autores recomendaban la prohibición de la posición supina para prevenir que bajara la orina --

por gravitación hacia el trígono. Se ponía en la --  
espalda del niño una placa de hierro de donde salía ✓  
una punta para impedir que el niño se acostara so--  
bre su espalda. (23)

9. El niño varón recibía ventosas sobre el pene como --  
una medida curativa de la enuresis. (83)

12  
10. Algunos médicos señalaban que la pequeña capacidad--  
de la vejiga podía ser un factor de la enuresis, por  
lo que la vejiga debía ser dilatada gradualmente --  
hasta que contuviese la cantidad de un litro. - Tam-  
bién se sugería que se entrenara al niño para rete-  
ner la orina durante el día, para así aumentar la--  
tolerancia de la vejiga a la cantidad de la orina. ✓  
Dilataciones de la uretra fueron recomendadas por --  
varios autores. (84)

11. Hay referencia de varios aparatos para comprimir el  
pene para evitar la salida de orina. Trousseau fué--  
uno de los más famosos inventores de este tipo de --  
aparatos. (102) ✓

12. En las niñas, había tratamientos contra la enuresis  
como el introducir más allá del himen dentro de la  
vagina "bolsas de hule" que luego eran infladas con  
aire. Estas actuaban para comprimir el cuello bajo--  
de la vejiga y la uretra. (90) ✓

13. Así como había muchos autores en favor de un con --  
trol de esfínteres por medio de instrumentos mecáni-  
cos, había muchos otros que los combatían. - Uno de-  
los autores que más luchó contra ésto fué Vogel, en  
1885, quien dijo que había visto dos casos en que-

el pene había sido cortado por el uso de amarres--  
alrededor de este órgano. (106) ✓

4  
14.- La circuncisión fué recomendada a menudo para ---  
ayudar en la enuresis, con un buen número de resul-  
tados exitosos. Es interesante hacer notar que en-  
un orfanatorio judío de Nueva York, donde todos los  
residentes habían sido circuncidados, solamente el  
1% de 540 niños tenía enuresis (11) ✓

15.- Simmons en 1880, reportó que aunque un prepucio --  
redundante podía ser una molestia en un adulto y -  
la circuncisión una precaución sanitaria, muchos -  
padres se oponían a que en sus hijos se practicara  
este ritual judío por el solo hecho de que mojaran  
la cdma. (89)

16.- Había también otra escuela de pensamiento que pre-  
dicaba la omisión total del tratamiento en la enu-  
resis y que ésta desaparecería en la pubertad. (37) ✓

17.- Otro de los métodos fué utilizar circuitos eléc --  
tricos que producían una descarga cuando el niño -  
mojaba la cama. Algo semejante al proceso de entre-  
namiento que se usa hoy en día. ✓

18.- Se prescribió belladona y atropina para inhibir la  
acción del músculo detrusor de la vejiga. (108)

REFERENCIA A ENURESIS EN TRIBUS PRIMITIVAS.

Actualmente tenemos los siguientes reportes de ---  
interés:

Herskovits (50) estudió el Reino africano de Dahomey y escribe lo siguiente: "el niño es cargado por la madre todo el tiempo y cuando ella siente que está inquieto, lo baja para que haga sus necesidades, ubicándolo sobre el suelo. Así que a los dos años de edad el -- proceso de entrenamiento es completado. Si el niño no responde frente a esta actitud y manifiesta enuresis a la edad de cuatro o cinco años mojando la cama donde -- duerme, entonces, primero se le golpea; si ésto no corrige el hábito, se ponen cenizas en agua y esta mezcla es vertida sobre la cabeza del niño ó niña. Este es llevado luego a la calle, donde todos los niños lo rodean y lo siguen entonando canciones de burla, mientras el niño desfila por toda la aldea.

Entre los indios Navajos (56), los problemas de -- conducta por lo general no afectan mucho a los padres, pero hay tres cosas que no toleran: que el niño sea zurdo, que moje la cama ó que hable y camine durante el -- sueño.

"Si un niño después de los cinco años continúa mojando la cama, a pesar de que la familia vió que orinó antes de ir a dormir, se recurre a un ritual mágico. Se sitúa al niño desnudo con las piernas abiertas encima de un nido de golondrinas encendido. Esto ayuda, debido a que los pájaros no mojan sus nidos. Pasada la edad de la pubertad, si la enuresis no ha cesado, se invocan -- otros rituales mágicos, pero si ésto no da resultado, la persona o su hermano deben morir, ya que es un muerto -- el que esta mojando el lugar todo el tiempo".

CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS.

Para poder abordar el problema de la enuresis, es necesario conocer y comprender cómo se lleva a cabo la inervación de la vejiga y qué mecanismos intervienen en la eliminación de la orina.

Las fibras simpáticas destinadas a la vejiga, provienen principalmente del primero y del segundo ganglios lumbares, con la participación del tercero y cuarto. Estas fibras finalmente se unen para formar el nervio presacro ó plexo hipogástrico superior, que se halla situado por delante de la bifuración de la aorta.

De este plexo nacen los dos nervios hipogástricos, cada uno de los cuales termina en los plexos vesicales, sobre la cara lateral de la vejiga. Los nervios parasimpáticos provenientes de los nervios sacros segundo y tercero, también se unen a los plexos vesicales. Es dudoso que exista un esfínter interno con inervación independiente. Cuando se excita el parasimpático, las fibras longitudinales del detrusor provocan la apertura del cuello de la vejiga y las fibras circulares ejercen presión sobre su contenido. En la infancia, la evacuación de la vejiga se hace en forma refleja, transcurriendo los arcos reflejos por la región sacra de la médula. Al pasar esta edad, el desarrollo del control sobre la evacuación vesical se acompaña del desarrollo de la inhibición de la evacuación refleja. Los impulsos inhibitorios van por la vía del simpático, que mantiene cerrado al esfínter o inhibidos los músculos detrusores. Al mismo tiempo se hace posible superar voluntariamente esta inhibición iniciando así el acto de la micción, que entonces se completa en forma refleja. Se

pueden reconocer por lo tanto, tres mecanismos nerviosos que controlan la función vesical:

- 1.- El reflejo sacro para la evacuación.
- 2.- La influencia inhibitoria del simpático y
- 3.- El control voluntario que se sobrepone a esta última e inicia la micción. Existen además centros superiores que intervienen en la inhibición de la emisión de orina contrayendo el esfínter externo de la vejiga. Estos centros al parecer no están tampoco desarrollados en los primeros años de vida.

Las vías que siguen (en el sistema nervioso central) los impulsos relacionados con el control simpático y voluntario de la vejiga son poco conocidos. Se piensa que probablemente están situadas en la parte marginal posterior de las columnas laterales de la médula.

Por lo que respecta a los centros superiores que facilitan o inhiben la micción, aún no están bien determinados. Sí se sabe sin embargo, de la existencia de algunos.

El centro cortical para las sensaciones provenientes de la vejiga, es la parte de la circunvolución post central situada en el vértex del hemisferio cerebral, y la zona correspondiente de la circunvolución precen-tral es probablemente el sitio donde se originan los impulsos motores que inician el acto de la micción. En la región mamilar del hipotálamo posterior se encuentra un grupo de neuronas que facilitan la micción. Otro grupo facilitador lo tenemos en la parte superior del área tegmental del puente, en situación lateral con respecto a la sustancia gris periventricular. En el



tegmento en situación lateral con respecto a la substancia gris central y en el extremo caudal de la región colicular superior, existe un grupo celular que inhibe la micción. Además de estos grupos conocidos, existe también representación cerebelosa de la micción en la corteza del lóbulo anterior y en el núcleo fastigiado.

Como se ha señalado anteriormente, mientras que no ocurre el desarrollo de todo este sistema de centros superiores y de la inhibición de la evacuación refleja, la micción no puede ser controlada. Según estudios hechos por diversos autores, entre los cuales debemos citar a Mc Graw y a Gesell e Ilg, esta maduración debe ocurrir antes de los tres años. A partir de entonces el niño es capaz de ejercer el control voluntario del esfínter vesical.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

Los datos que tenemos sobre la incidencia de la enuresis varía notablemente, debido al hecho de que los autores no se han puesto de acuerdo acerca de las edades en que ya debe haber micción voluntaria. Otra de las causas es que solamente un pequeño porcentaje de los niños enuréticos son llevados a clínicas, por lo cual no podemos tener un control total de la población sobre este problema. (57)

Uno de los motivos que hace que solo un pequeño porcentaje de niños con enuresis sea visto en las clínicas, se debe a que los padres tienen un sentimiento de culpa por el hecho de que el niño se orina. Piensan que ellos han fracasado en este aspecto de la educación del niño. A la mayoría de los pacientes, se les lleva entre los 8 y 11 años de edad cuando no se ha tenido éxito en todos los demás intentos de corrección. También se debe al hecho de que numerosos padres, consideran la enuresis como una manía del niño, que ya se curará con castigos, con el tiempo, pero desde luego no recurren al médico con este problema, para su tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior, habrá diferencias por la agrupación de edades; diferencias en la fuente del material, si es que éste fué tomado de la población general ó de las clínicas de psicología infantil y también encontramos variantes étnicos y socio-económicos (14).

4).- CONTINENCIA URINARIA POR EDADES.-

Lemkau, hizo un estudio en 188 niños normales del distrito sanitario oriental de Baltimore. Los resultados se exponen a continuación:

Meses completos	Porcentaje de mojados ordinarios.	Porcentaje de mojados ocasionales	Porcentaje de ningún mojado.
0 - 5	100	0	0
6 - 11	90	5	5
12 - 17	63	27	10
18 - 23	44	28	28
24 - 35	21	28	51
36 - 48	4	14	82
48 - +	0	6	94

Señala Lemkau que si la edad media a la que los niños dejan de orinarse, tanto de día como de noche, es de 31.5 meses difícilmente pueden incluirse los pocos casos normales reunidos al final de la curva de distribución, si se considera a los 3 años como la edad límite de micción involuntaria. Indica que en su grupo estudiado, mas del 20% de los casos no completan el dominio hasta pasados los 3 años. Opina que a pesar de que la fijación de una fecha puede resultar relativamente arbitraria, siempre será mejor que, si se determina una edad límite, ésta sea colocada lo bastante alta como para que sólo un pequeño número de niños "normales" que de excluido del grupo "Normal".

Spock se inclina a localizar la edad límite entre los 4 y 5 años de edad, después de la cual, tanto el médico como los padres pueden sentir cierta preocupa

ción.

La enuresis es habitualmente nocturna y su ocurrencia varía entre 2 y 7 veces por semana. En el estudio de Lemkau se señala que la edad media en que los niños dejaron de orinarse en la cama es de 31.5 meses y se indica que la edad media en que dejaron de hacerlo durante el día fué de 30.5 meses. Esto es casi un año más tarde de la edad en que se pudo obtener la continencia intestinal. Señala el autor que en realidad, las madres no suelen tomar en cuenta los accidentes en los que el niño se orina en su ropa porque está tan interesado en sus juegos que no se da cuenta de la necesidad de evacuar. En tales ocasiones pueden orinarse hasta los 4 ó 5 años, lo que el Dr. Lemkau considera como normal. En estos casos el orinarse durante el día puede tomarse como ventaja más que como inconveniente, pues indica la excelente posibilidad del niño para olvidarse de sí mismo cuando juega con los demás, rasgo de valor social para la personalidad infantil.

La incidencia de enuresis declina con la edad y es rara después de los 15 ó 16 años. El Dr. Smith (95) señala que la mayoría de los niños con enuresis funcional consiguen un control nocturno espontáneo a la edad de 10 años. Sin embargo en casos excepcionales, el síntoma persiste después de los 30 años (47).

B).- ENURESIS Y CAPACIDAD INTELECTUAL.

Bertil Hallgren reporta que en una escuela para débiles mentales se observó que un alto porcentaje de enuréticos tenían una capacidad mental correspondiente a la idiotez, pero que en general el nivel mental del niño enurético no difiere del nivel mental del niño no-enurético. Hallgren señala también que parece haber una relación entre enuresis y encopresis, aunque es más frecuente en los casos en que existe micción diurna involuntaria. (48)

Noyes (74) indica que no hay relación alguna con la inteligencia. Mayer Gross y Slater consideran que la enuresis es más frecuente en los niños de inteligencia baja u obtusa. Indican que la mayoría de los observadores coinciden en esto, pero no proporcionan bibliografía al respecto.

C).- ENURESIS EN LA MARINA DE U.S.A.

El Dr. Alexander Levine en 1943, hizo un estudio--- profundo del problema de la enuresis en la marina de -- los Estados Unidos y reporta que el 24% de los reclutas eliminados por problemas neuropsiquiátricos sufrían de enuresis nocturna. (59)

En la Revista de Medicina Militar encontramos que se hizo un estudio en 50 enuréticos en 1965. (105) Se -- piensa que un factor en común que tienen los enuréticos es la falta de madurez emocional y como se deduce que -- el ejército ayuda a madurar, muchos familiares insisten que tal vez el enrolarse ayuda a los enuréticos de su-- familia. De los 50 enuréticos estudiados en el cuerpo -- de Marina, 30 mejoraron con la administración de drogas (Edefrine, Banthine y Combid, más psicoterapia) y 20 no mejoraron con el tratamiento. En el grupo estudiado se -- encontró que en un 48% había problemas orgánicos que -- debían ser atendidos para solucionar la enuresis. El -- 62% terminó su enrolamiento sin enuresis.

D).- NIVELES SOCIO-ECONOMICOS Y ASPECTOS ETNICOS EN LA ENURESIS.

El nivel socio-económico tiene gran influencia en la enuresis. Blonfield y Douglas reportaron la más baja incidencia entre niños de padres profesionales prósperos y la más alta incidencia entre niños hijos de obreros. A los 7-3/4 años de edad había el doble de enuréticos en el grupo de nivel bajo que en el otro grupo. (14)

Podremos comprender un poco mejor el aspecto de las diferencias socio-económicas si tratamos de analizar este punto.

- 1.- En un hogar donde la limpieza es un factor altamente estimado el niño mojará menos la cama.
- 2.- Le será más fácil ir al baño si éste se encuentra cerca de su alcance.
- 3.- Podrá adquirir más fácilmente el hábito de controlar sus esfínteres si cuenta con una madre solícita, dedicada a él, que lo educa y lo levanta en la noche para orinar.
- 4.- En un hogar donde todos son sucios y si además el niño duerme con un hermano que también moja la cama, le importará menos el no orinarse.
- 5.- Si duerme en un lugar extremadamente frío en la noche y no tiene con que taparse lo suficiente, se comprenderá mejor por qué se orina.

Desde el punto de vista étnico un estudio realizado por Michaels y Goodman (64) quienes reportan que hay menos enuresis entre niños judíos. También el Dr. Levy nos habla de esto (60), aunque otros factores como problemas de alimentación y el sueño son más frecuentes -- entre los niños judíos. Levy atribuye la baja incidencia de enuresis en estos niños a la solicitud y atención por parte de la madre, ya que el niño es más sobrepotejado. Es probable también que la circuncisión, -- que es un ritual judío y como medida higiénica, evita la aparición de infecciones que propicien la enuresis.



### ETIOLOGIA DE LA ENURESIS

El aspecto etiológico de la enuresis a suscitado - numerosas controversias, probablemente debido a que no puede invocarse un solo factor determinado como causa - de ésta.

La enuresis puede presentarse como un síntoma aislado o asociado a otros problemas, lo cual debe ser tomado en cuenta para abordarla adecuadamente. La enuresis puede ser primaria o adquirida. La primaria, según Hallgren, representa la mayor parte de los casos y es - cuando la enuresis persiste después de los tres años, - sin que previamente hubiese existido un período en que el niño no se orinase involuntariamente. La enuresis -- adquirida representa del 20 al 25% de los casos; en --- ella el niño empieza a orinarse en la cama después de - haber pasado un tiempo sin hacerlo.

Los factores principales que se consideran involucrados en la enuresis son de tres tipos principales:

A). - FACTOR FAMILIAR

Numerosos autores, entre los cuales podemos citar: Hallgren, Simarro Puig y Casiello, reportan haber observado un alto grado de coincidencia de enuresis entre miembros de una sola familia.

A continuación enumeramos algunas investigaciones que favorecen esta idea:

Frairy (40) estudió familias completas donde se reportó enuresis y encontró que el 32% de los padres y el 20% de las madres mojaban la cama en su infancia. Datos semejantes fueron obtenidos por Hallgren (47); 39% de padres y 23% de madres.

Stockwell y Smith, reportaron que 63 de 100 padres de niños enuréticos tuvieron enuresis. (95)

Como los padres tienen la tendencia de negar este hecho, estos estudios fueron hechos entre colegas o gentes con la que se tenía relativa confianza. En una familia fué posible seguir el trayecto de enuresis a través de cuatro generaciones. En una serie de 18 familias, todos colegas médicos, entre los cuáles ninguno de los niños eran enuréticos, tres padres (17%) (dos padres y una madre) dieron historia de enuresis. (95)

La alta incidencia que se reporta de padres e hijos enuréticos nos hacen pensar que puede existir una base hereditaria para la enuresis. La idea de "Costumbre Familiar" se elimina en niños criados en Kibutzim (en Israel), lejos de los padres, según asegura el Dr. Mordecai Kaffman. El estudió 89 niños enuréticos de

*Kibutz y encontró una alta incidencia de enuresis entre sus familiares.*

*También se estudió este factor en niños gemelos -- y Hallgren reporta que en 30 pares de gemelos univite--  
linos 20 fueron concordantes con respecto a la enuresis  
y 10 fueron discordantes. En 10 pares de gemelos bivite\_  
linos todos fueron discordantes. (47)*

B).- FACTORES SOMATICOS.

1.- INMADUREZ EN EL DESARROLLO PSICOBIOLOGICO.

Al hablar de enuresis necesitamos tomar en cuenta los factores somáticos y constitucionales. Hay varios estudios que citaremos a continuación, que nos hacen pensar en un retraso de la madurez de los centros voluntarios de la micción. Este retraso permite que durante el sueño, cuando normalmente disminuye el control cortical, el tono de los esfínteres se relaje con presiones vesicales más ligeras que las habitualmente toleradas.

La Dra. Amanda Valenzuela de Filipinas (104) en un estudio que hizo, con el objeto de probar la hipótesis de que si un niño es inmaduro para controlar sus esfínteres, debe tener también otros síntomas de inmadurez relacionados. Ella se dedicó al estudio de niños enuréticos de 1941 a 1957 y el experimento fué realizado en las siguientes condiciones:

A).-

- 1).- El niño debía tener al menos 4 años de edad.
- 2).- Inteligencia normal o superior.
- 3).- Ausencia de enfermedades orgánicas dentro del sistema urogenital o sistema nervioso central.
- 4).- Nacimiento normal.
- 5).- Enuresis por lo menos una vez a la semana de 4 a 6 años y una vez al mes de 6 años en adelante.

B).- Areas de desarrollo tomadas en cuenta para determinar presencia de inmadurez:

- 1).- Chupar el dedo: normal hasta 36 meses

- 2).- Destete:- no más de 24 meses.
- 3).- Primera oración formada (dos palabras o más - con sentido combinadas) no más de 30 meses --- con excepción de niños sordos.
- 4).- Caminar solo:- no más de 15 meses en negros y 18 meses en blancos.
- 5).- Relaciones con otros niños:- buenas o regulares.
- 6).- Dependencia de la madre:- no más de 4 años.
- 7).- Conducta y actividades en el salón de juegos - debían ser compatibles con la edad; evaluados por un psicólogo.

Se hizo el estudio en 72 niños enuréticos con grupo control también de 72 niños no enuréticos. Los resultados pueden verse en el siguiente cuadro:

Grupo	Sexo	Color	Niños con síntomas- de Inmadur.	Niños sin síntomas - de Inmadur.	Total	Prop. con -- sint. de In -- madurez.
Enuresis	M	Blanco	19	15	34	.559
		Negro	9	3	12	.750
	F	Blanco	13	6	19	.684
		Negro	5	2	7	.714
Control	M	Blanco	15	19	34	.441
		Negro	9	3	12	.750
	F	Blanco	7	12	19	.368
		Negro	2	5	7	.285
T o t a l			79	65	144	.549

2).- CONTRACCIONES VESICALES INVOLUNTARIAS Y HALLAZGOS CISTOMETRICOS EN ENURESIS

Denny Brown y Robertson encontraron que la vejiga normal infantil se contrae rítmicamente aumentando la amplitud en respuesta a la fuerza de la contracción, -- hasta que llega al umbral y entonces viene la micción. Un cistograma de una niña de 18 meses urológicamente -- normal demostró esta actividad de la vejiga. (19)

Cuando el niño tiene de 12 a 18 meses se da cuenta de su vejiga llena, pero todavía orina automáticamente. Empezando con una capacidad de 2 a 3 onzas, la vejiga infantil se agranda lentamente hasta que el niño tiene 2 años. Entre los 2 y 4-1/2 años la vejiga aumenta más de lo doble. Correspondiendo a este aumento de la capacidad de la vejiga, hay un cambio de incidencia del 40% en niños de 2 años que se orinan al 12.2% en niños de 4-1/2 años para la edad de 7-3/4 solo un 7.3% de la población total moja la cama. La deficiencia básica en el niño es la falta de habilidad para inhibir ó desinhibir sus contracciones vesicales involuntarias. Es evidente que este control inhibitorio se logra a diferentes edades.

Estas variaciones pueden ser observadas en otras áreas del desarrollo neuro-muscular donde hay también retraso como el de caminar, pararse, etc.

Linderholm (61) confirmó lo anterior en la siguiente investigación.

Estudió a cien pacientes enuréticos, eliminando con anterioridad a cualquier persona que hubiese tenido

antecedentes de enfermedades urológicas. De estos cien-  
sujetos 21 tenían problema urogenital como causa de ----  
enuresis, (5 tenían irritación de la uretra posterior, -  
8 infección en el tracto urinario que no había sido ----  
diagnosticado, 6 tenían enfermedades obstructivas, una -  
neuropatía periférica y un uretero ectópico).

El estudio Cistométrico fué hecho de los 79 res---  
tantes, de los cuales 57% tenían contracciones desinhi-  
bidas de la vejiga. La capacidad de la vejiga de éstos-  
era más pequeña que los enuréticos con cistogramas nor-  
males, pero ambos grupos tenían capacidad menor de veji-  
ga al compararlos con 327 niños normales.

### 3. - SUEÑO PROFUNDO.

Consideramos que se puede tomar este factor como otro más de los factores somáticos, que pueden influenciar la presencia de enuresis en el niño, ya que algunos autores como Hallgren (98) reportan que encontraron que el sueño profundo era más frecuente en los niños enuréticos que en niños no enuréticos. También afirma que los niños con sueño profundo mojaban la cama por un período más largo que los otros niños.

Ström Olsen (97) en un estudio que hizo de 28 adultos con enuresis encontró que 25 tenían hipersomnia. Se dormían tan luego se acostaban y su sueño era muy pesado. Con gran dificultad se podían despertar en la mañana. Se les administró anfetamina para hacer su sueño más normal.



4.- EL PROCESO DE LA MICCIÓN.

La micción es otro de los factores somáticos dignos de tomarse en cuenta. En 1953 Poulton y Hinden (79) reportaron que más de las 3/4 partes de un grupo de 200-pacientes enuréticos eliminaban una cantidad exagerada de orina durante la noche.

Este aspecto fué reinvestigado por Vulliamy (107) en 22 niños enuréticos y 24 niños control con condiciones estandarizadas de dieta e ingestión de líquidos. El no encontró diferencia significativa en las cantidades de orina entre los dos grupos.

5.- ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE LA VEJIGA.

Exámenes cistométricos realizados por algunos --- observadores demuestran que la capacidad de la vejiga--- en personas enuréticas es frecuentemente pequeña. Por -- ejemplo: Diwani, Zaki y Mouktar (33) describieron curvas normales cistométricas en el 50% de sus pacientes, 31% -- mostraron definitivamente vejigas pequeñas y 6% tenían -- las vejigas hipotónicas.

Hallman (49) estudió la capacidad de la vejiga comparando la cantidad que orinaban niños enuréticos y no-- enuréticos, después de haber tomado agua. Llegó a la conclusión que la cantidad de orina era apreciablemente ---- menor en los niños enuréticos que los niños no enuréti--cos.

6.- ETIOLOGIA ALERGICA EN ENURESIS.

Brenneman considera que la enuresis no es una enfermedad, sino un síntoma de diferentes causas como pueden ser: Infección, desórdenes emocionales, inmadurez neuromuscular, deficiencias nutricionales y también alergia a determinados alimentos. (17)

En un estudio que hizo a 100 enuréticos, llegó a la conclusión que el 27% de la enuresis era por razones alérgicas, ya que se les quitó la enuresis al eliminar de su dieta el alimento alérgico. Brenneman les daba a sus pacientes una dieta con pocos alimentos agregándoles cada dos días un nuevo alimento y en esta forma estudiando la aparición de la enuresis. Para mayores informes sobre este experimento consultar el capítulo de "TRATAMIENTO")

7).- FRACASO EN LA RETENSIÓN DE LA ORINA.

Muellner (1960) afirma que: "Hay una impresión muy difundida que los padres entrenan a los niños para el control de los esfínteres... mi propia experiencia en los estudios que he hecho muestran claramente que este proceso es bastante complejo y autodidáctico, y que las habilidades que el niño debe aprender no pueden ser enseñadas por otras personas. Cuando el niño ha adquirido el control de los esfínteres diurno, logrando la necesaria coordinación muscular, el niño aprende también a controlar la capacidad de su vejiga, practicando espontáneamente la retención de la orina. Cuando en esta forma, la vejiga ha aumentado su capacidad a 10-12 onzas, el niño puede retener la cantidad total de orina nocturna y en esta forma evitar mojar la cama". (70)

La enuresis es la consecuencia del fracaso en desarrollar la capacidad de retención de la orina en la vejiga y ésto se puede corregir con un entrenamiento sistemático, por medio de ejercicios, haciendo que el niño retenga el mayor tiempo posible la orina y también que orine en una forma intermitente, para que desarrolle mejor el control voluntario al orinar.

8).- ELECTROENCEFALOGRAFIA EN ENURESIS.

En 1963, Takayasu y sus colaboradores estudiaron-- los electroencefalogramas de 140 pacientes enuréticos y-- encontraron anomalías en 54 (38.6%). Describieron -- 20 de los encefalogramas patológicos como "epilépticos" y 34 como de "fronterizos". Los autores llegaron a la -- conclusión de que la enuresis en un gran porcentaje de-- niños tendría una representación de "equivalente epiléptico". (100) La enuresis y el electroencefalograma se -- mejoraron con drogas anti-epilépticas:

Conclusión: En algunos casos la enuresis puede ser equivalente epiléptico y en los casos de los electroencefalogramas de "fronterizos", la causa puede ser falta de madurez cerebral.

Michaels y Secunda, en el curso de un estudio que hicieron con encefalogramas aplicados a niños con varias clases de problemas de conducta, descubrieron que, de -- todos los niños estudiados, aquellos que tenían enuresis eran los que tenían la más alta asociación con electroencefalogramas anormales. (65)

Gummarson y Melin (45) encontraron electroencefalogramas patológicos en 77% de 62 niños, quienes nunca -- habían tenido control de esfínteres, y 54% de 26 niños-- que habían empezado a mojarse después de un control normal de la vejiga. Los cambios observados eran electroencefalogramas lentos; disrítmicos tres a cinco por segundo, ondas largas, frecuentemente en la región occipital. Algunas veces disrítmia general estaba combinada -- con hiper-sintonía.

Turton y Spear (102) investigaron 100 niños con enuresis severa. En 49 los reportes fueron normales o casi normales. De los 51 restantes, 28 mostraron un exceso de actividad lenta que los autores interpretan como una evidencia de inmadurez, y 8 mostraron anomalías de naturaleza epileptiforme. En otros 14 niños había reportes patognómicos de epilepsia que fueron encontrados con patrones típicos. Otros niños mostraron lesiones focales en el lóbulo temporal y una variedad de otras anomalías.

Schaper (86) observó el aumento de actividad lenta y otras evidencias de anomalías en los electroencefalogramas de niños enuréticos y también que el 10% de los niños con enuresis habían tenido convulsiones febriles. Los antecedentes de convulsiones eran más frecuentes en los niños con enuresis primaria, que los de enuresis secundaria.

Pierce y sus colaboradores reportan el 25% de electroencefalogramas patológicos en 60 jóvenes adultos con enuresis, contra el 1.7% del grupo contrario. (78)

Ditman y Blinn (32) estudiaron niños y adultos enuréticos usando electroencefalogramas nocturnos continuos encontrando que no había evidencia de descargas epileptoides en el momento de orinar. Hallgren (48) en el estudio que hizo de largas series de enuréticos reportó que no había incremento significativo en la incidencia de epilepsia.

Hodge y Hutchings (51) encontraron 5 niños epilépticos entre 27 enuréticos.

C) FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ENURESIS.

El famoso urólogo Campbell (41) considera que los motivos psicológicos que determinan la enuresis se encuentran en un 90 a 95% en todos los casos y que solamente se encuentran de un 5 a 10% de lesiones orgánicas en todos los casos de enuresis.

Simarro Puig (88) reporta haber encontrado bastantes niños, adolescentes e inclusive adultos, en quienes diversos estados emocionales determinaron el retorno de una enuresis que ya había pasado.

Hallgren (47) observa que la enuresis primaria es más frecuente en situaciones ambientales desfavorables para el niño como son la ruptura del hogar, la separación de la madre y alteraciones emocionales.

Lemkau (57) opina que la enuresis es un síntoma peculiar que indica la existencia, en algunos niños, de tensión emocional de cualquier orden.

Anderson (5) después de haber revisado 199 referencias acerca de este punto, concluye que los factores emocionales son el elemento más frecuente e importante en la causa y continuación de la enuresis.

Michaels (64) señala que: "En psicoanálisis, se considera a la enuresis como síntoma de un conflicto profundo subconsciente y crítica el "monosintomático" punto de vista que considera la vejiga del niño, sin tomar en cuenta la personalidad total". De acuerdo con este autor, en el punto de vista clínico debe relacionarse este problema con los patrones profundos de conduc

ta de la relación padres-hijos, que son moldeados desde el nacimiento debido a la compleja interacción de fuerzas inconscientes por ambos lados".

Entre las contribuciones que en la época actual -- son de importancia para la comprensión de los mecanismos de la enuresis, tenemos las interpretaciones psicológicas de este síntoma. La enuresis es considerada ahora -- como un síntoma de trastorno de personalidad y las interpretaciones que existen al respecto son muy numerosas como veremos a continuación:

Sweet, (99) explica la enuresis psicogenética, sobre la base de la existencia de una, dos ó tres de las siguientes condiciones:

- 1.- El niño que aún no ha madurado lo suficiente con referencia al control de sus esfínteres, y el niño que sí lo ha adquirido, pero no sabe cómo usarlo. Estas criaturas han sido pobremente entrenadas, bajo tensión o con la falta de comprensión y simpatía paternal. Como resultado de lo anterior, el niño se encuentra desconcertado, tenso y por lo tanto retrasado en controlar la micción. Tómalo
- 2.- Subconscientemente, el niño desea mantenerse o regresar a un estado de irresponsabilidad infantil, más que asumir los peligros y responsabilidades normales de su edad. Esto puede ser estimulado por celos a un nuevo hermanito, sentimiento de inseguridad y falta de habilidad para resolver problemas como podrían ser el desacuerdo entre los padres, etc. Regre
- 3.- Resentimiento subconsciente contra los padres.



El primer punto puede ser basado en condiciones-- sociales desfavorables y falta de comprensión paterna, -- más bien que referirse a alguna patología de personali-- dad intrínseca. En algunas familias ya la enuresis es es perada y tolerada porque la tenían los padres ó hermanos del niño.

Family

Las dos últimas condiciones tienden a manifestar-- tendencias neuróticas. En tales niños con tendencias --- neuróticas se ha encontrado que se presentan otros sínto mas paralelos de la enuresis. <sup>5</sup>Michaels encontró que hay cinco problemas que se presentan, por lo general, más en combinación que solos y son los siguientes:

Enuresis, onicofagia, chupeteo, berrinches y pro-- blemas de lenguaje. Kanner escribe que la enuresis se -- asocia frecuentemente con onicofagia, berrinches, y tra sornos en la alimentación. El dice que la enuresis refle ja una falta de agentes inhibitorios internos mientras - que Michaels cree que más bien es el reflejo de una per sonalidad mal balanceada y una desequilibrada integra--- ción de los componentes de diferentes niveles de la per sonalidad.

Gerard (43) encontró que la enuresis cuando coinci día con la llegada de un nuevo hermanito, se asociaba -- con rechazo de la comida si el niño no era alimentado en la boca, lloriqueo constante, asirse a la madre y tam -- bién frecuentemente agresividad manifiesta hacia su nue vo hermanito. Todos estos ejemplos parecen indicar el -- intenso deseo por parte del sujeto de regresar a un esta do infantil y en ese nivel competir con el nuevo herma--- nito.

Regreso

Se han encontrado ciertos tipos de manifestaciones de personalidad más dominantes en los niños enuréticos como son: sensibilidad, agresividad, celos, rasgos infantiles e inestabilidad emocional.

En los casos de enuresis psicogénica, la terapia aceptada es el tratamiento de las causas subyacentes que producen este síntoma en particular, por lo cual cada caso individual presenta determinados problemas y deben ser tratados como personalmente afectan a cada niño en particular, en su medio ambiente determinado.

Pearson (76) y otros comunican que puede existir enuresis como una expresión de venganza en la cual el niño utiliza la micción como reacción contra unos padres poco cariñosos. Esta reacción de venganza puede ser consciente, pero puede ocurrir también en una forma inconsciente, en la cual, según algunos piensan, el niño presenta una regresión a la etapa sádica anal del desarrollo.

Benda confirma, como habían ya señalado diversos investigadores, que la enuresis puede presentarse frecuentemente en niños que sufren la experiencia del nacimiento de un nuevo hermanito, para lo cual no habían sido preparados adecuadamente. Cuando advierte el niño que bruscamente pierde mucho la atención, si bien no el afecto de que gozaba anteriormente y que el recién llegado atrae una gran cantidad de cariño, retrocede a mol des de comportamiento que, según su experiencia, tenían un gran poder para atraer el cuidado de la madre. Además el recién nacido no es reprendido por mojar la cama y ensuciar los pañales, lo que es aceptado como natural a aquella edad, en tanto que él tiene que someterse a un período de disciplina estricta con el objeto de des-

Perfil n.

Tratamiento

Regresión y Fan

prenderse de esos "malos hábitos". El niño mayor puede fácilmente volver a una etapa de identificación con su hermano menor, a fin de obtener la misma atención y --- satisfacción para sus necesidades, que la que observa --- en aquel a quien envidia frecuentemente. Benda piensa --- que si el recién nacido es de sexo diferente y la aumen --- tada atención de la madre es, no solo la atención que --- corresponde a un bebé desvalido, sino una preferencia --- inconsciente por el otro sexo, sea niña ó varón, el her --- mano rival puede convertirse en un verdadero problema --- de la situación emocional con el otro sexo.

Mala identificación. Regresión.

Margaret Gerard ha sugerido que las dos terceras --- partes de los niños enuréticos no han logrado identifi --- carse con el progenitor de su mismo sexo. Esta falla en la identificación sexual parece presentarse en las fa --- milias en que el progenitor de sexo opuesto al del --- niño tiene una personalidad pasiva; mientras que el --- progenitor del mismo sexo es una persona que provoca --- miedo por ser mas estricta y rígida. <

Los muchachos enuréticos, en consecuencia, tende --- rían a ser jovencitos pasivos y pusilánimes, incapaces --- de competir activamente, mientras que las muchachas con enuresis resultarían ser bruscas y agresivas.

Es frecuente que los niños tiendan a experimentar --- una sensación de desamparo debido a su incapacidad para controlar el hábito. A menudo se les dice en forma repe --- tida que sufren de "vejiga débil" ó "riñones débiles" --- profundizando así su convicción personal de debilidad --- e incapacidad física. Por otra parte, su idea de ser --- inadecuados desde el punto de vista social, se amplifi --- ca cuando ingresan a la escuela ó cuando duermen con ---

niños extraños (por ejemplo en campamentos escolares), ya que se ven expuestos a las burlas de los demás.

Es de importancia, por lo tanto, la aplicación de pruebas psicológicas para poder darle al niño la psicoterapia que necesita, puesto que con toda seguridad el niño enurético tiene una gran cantidad de problemas --- emocionales que se van a agrandar o a solapar con la --- enuresis.

Tanto el niño como sus padres y sus educadores necesitan toda la orientación y ayuda del psicólogo para descubrir la causa del problema y después para que con la cooperación adecuada de cada uno de ellos se resuelva este problema.

El médico, el psicólogo, los padres y el niño deben trabajar mancomunadamente para lograr el mejor de los éxitos.

D) FACTORES AMBIENTALES EN LA ENURESIS. 3/10 SOCIALES

La falta de oportunidad para el entrenamiento solo se presenta, como un factor causal de la enuresis, en los niños que han crecido en casas rurales o en áreas urbanas sobrepobladas. En estos sitios los servicios sanitarios son inadecuados y nadie espera que el niño vaya al cuarto de baño bajo condiciones de frío excesivo o si hay demasiada gente utilizando el mismo excusado.

Numerosos reportes confirman que la enuresis es más frecuente en los estratos sociales bajos. Kanner está convencido de que en las familias en las que predomina la enuresis se espera que aparezca sin que se haga gran cosa por evitarlo. También piensa que la enuresis es más frecuente en las familias cuya limpieza es escasa, que en los hogares bien organizados.

En 1961 Easson, F. y Steinhilber (34) publicaron un estudio muy completo efectuado en 8 niños delincuentes. Es curioso que 6 de los 8 niños eran enuréticos hasta los 6 ó 7 años.

Estos autores enfocaron el artículo tomando en cuenta los factores familiares, ambientales y otras causas siendo la enuresis uno de los tantos problemas.

Michaels opina que "el delincuente y el individuo con un carácter psicopático impulsivo que ha sido persistentemente enurético, posee una configuración única de la personalidad cuya defectuosa integración se refleja en diferentes niveles" (64) En estos casos probable-

mente existiría una disposición psicossomática que llevaría al individuo a no ser capaz de controlarse ni en aspectos psicológicos ni en funciones tales como la micción. El autor trata de elaborar una teoría holística en la que los factores biopsicosociales pudiesen enlazarse con los problemas caracterológicos de naturaleza antisocial.

Hader (46) en 1965 apoya a Michaels en sus teorías. Este autor encontró que de 147 pacientes atendidos en una clínica dedicada exclusivamente al tratamiento de delincuentes, 41 tenían antecedentes de enuresis o la presentaban todavía. Se estudió el grupo de sujetos enuréticos, comparándolo con el de los no enuréticos y se encontró que el tipo de delito cometido había requerido más agresividad en el caso de los primeros. Se concluye que es muy probable que exista una correlación estrecha entre la enuresis pasada o presente y las actividades antisociales, por la falta de control de sus impulsos en el sujeto.

E) ENURESIS POR ENTRENAMIENTO INADECUADO

Posiblemente Mowrer (1938) sea el exponente mejor conocido del punto de vista de que en la mayoría de los casos, la enuresis debe ser referida como un problema de deficiencia de hábito. Según Mowrer: "existe un grupo -- relativamente grande de niños en quienes la falta de -- entrenamiento adecuado del hábito, es el factor predo-- minante y tal vez el único factor".

Campbell (1934), después de un exhaustivo estudio clínico de 330 enuréticos, expone que a pesar de la --- frecuente presencia de cierto grado de patología en el sistema urinario, el mojar la cama es cuestión de hábi-- tos, en 9 casos de 10.

Smith (1948), afirma que el mojar la cama es un -- hábito incorrecto que resulta de entrenamiento inadec-- cuado y se fija, como una consecuencia de la atmósfe-- ra de ansiedad y frustración que ésta engendra.

De lo anterior podemos llegar a la conclusión de -- que los teóricos que aceptan la deficiencia de <sup>en el entrenam--</sup> hábitos adecuados en la enuresis, por lo general se inclinan a -- analizar las condiciones ambientales del aprendizaje -- para elucidar la etiología de este problema. En particu-- lar, las técnicas de entrenamiento para el control de -- esfínteres ha recibido atención detallada. Muchos parti-- darios de esta teoría, admiten que en algunos casos no -- se puede establecer el hábito adecuado debido a agudo-- "stress" psicológico. La tensión nerviosa en el niño im-- pide el aprendizaje.

Cuando se presenta enuresis en un caso en que el -- niño ya tenía control de esfínteres, afirma esta escue--

la, éste se debe a que el hábito todavía no estaba firmemente establecido y nó que hubiera alguna tensión nerviosa desacostumbrada.

Jersild señala que a la luz de los estudios de Mc. Graw, Gesell, Ilg, es absurdo comenzar a adiestrar a los niños en el control de su vejiga a edades muy tempranas. Considera que el insistir en estos aspectos puede provocar problemas importantes y que los padres que lo hacen pueden revelar una tendencia competitiva compulsiva. Si los niños comunes pueden adquirir a los 2 ó 3 años el control de esfínteres, su hijo deberá ser capaz de ganarle al término medio por varios meses.

progr. lav. 9  
+ ref. en 9

Autores como Mayer Gross, Noyes, Kanner, Gerald, Pearson y otros opinan que la enuresis puede ser la consecuencia de un entrenamiento inadecuado, ya sea debido a las actitudes de los padres o debido a la falta de oportunidad para entrenar al niño adecuadamente. En algunos casos la madre es sobreprotectora y acepta la incapacidad prolongada del niño para mantenerse seco. Aduce que su hijo es demasiado pequeño o es demasiado débil para empezar a entrenarlo. El seguirles poniendo pañales a los niños hasta una edad muy tardía o el favorecer de algún modo la dependencia y la inmadurez, pueden provocar fácilmente el trastorno.

tan



F).- INCAPACIDAD DE CONDICIONABILIDAD.

Hay una explicación diferente para la etiología de la enuresis, que ha sido discutida muy poco en la literatura y a la cual hace mención Jones en 1960. Se refiere al nivel general de condicionabilidad del sujeto. Pavlov (1927) encontró repetidas diferencias de condicionabilidad entre sus animales de experimentación. Algunos animales formaban reflejos condicionados más rápidamente que otros, y cuando ya lo lograban, éstos se extinguían más difícilmente. En otros animales, los reflejos eran adquiridos con dificultad y rápidamente se extinguían, una vez establecidos. Pavlov se refirió a estas características individuales como "tipos nerviosos", que eran definidos tomando en cuenta su fuerza, balance y labilidad en los procesos nerviosos de excitación e inhibición.

Por lo que Jones, considera que la enuresis depende como cualquier otro aprendizaje, de la facilidad que tiene cada individuo para establecer reflejos condicionados. En unos será más rápido que en otros. (52)

INTERPRETACIONES PSICOANALITICAS DE LA ENURESIS

Mowrer (68) nos resume en tres enfoques psicoanalíticos las causas de la enuresis, las cuales pueden aparecer en conjunto o aisladamente:

- 1.- En forma sustitutiva de gratificación de sexualidad-genital reprimida.
- 2.- En manifestación directa de ansiedad y temores profundos.
- 3.- En una forma encubierta de hostilidad hacia los padres o alguna otra autoridad frente a las cuales, la víctima no se atreve a expresarla abiertamente.

Desde luego que todas estas interpretaciones no se excluyen unas a las otras, y las tres posibilidades son reconocidas por casi todos los clínicos orientados psicoanalíticamente.

El concepto de enuresis como gratificación sexual, fué elaborado primeramente por Freud (1916), quién afirma que tiene un papel de eliminación en el aspecto sexual en el desarrollo del niño. En estos términos, enuresis es un fenómeno de regresión. Sin embargo los procesos regresivos se ponen en movimiento como consecuencia de intensa ansiedad, siguiendo a éstos la represión. Además, la ansiedad tiene su fuente en impulsos de tabú, en un carácter hostil y agresivo.

Todas estas diferencias explicativas desde el punto de vista teórico, no plantean la necesidad de diferentes tipos de terapia, por lo que pueden ser consideradas --

todas convenientemente como una unidad.

*Erick Erikson, (36) al exponer su teoría de 8 estadios del hombre, nos dice que el segundo estadio se refiere a "Autonomía Versus, Vergüenza y Duda". La maduración anal-muscular inicia el estadio para la experimentación con dos aspectos simultáneos de las modalidades sociales: retener y soltar. Como ocurre con cada una de las modalidades, sus conflictos básicos pueden desembocar al final en expectativas y actitudes benignas u hostiles. Por lo tanto 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 fuerzas destructivas o un relajado. "dejar pasar" y dejar ser". Hablando culturalmente dichas actitudes no son ni buenas ni malas, su valor depende de si sus implicaciones hostiles se vuelven en contra de un enemigo del prójimo o del yo.*

*El peligro enumerado en último término es uno de los que mejor conocemos. Porque si se niega la experiencia, guiada gradual y correctamente, de la autonomía de la libre elección (o mas aún, si se encuentra debilitada por una pérdida inicial de la confianza), el niño volverá contra sí mismo toda su urgencia de discriminar y manipular. El sobremanipulará consigo mismo y desarrollará una conciencia precoz. En lugar de tomar posesión de las cosas, con el fin de probarlas mediante una repetición hecha con un propósito determinado, llegará a obsesionarse por su misma repetición. Gracias a dicha obsesión, naturalmente aprenderá luego a recuperar el ámbito que lo rodea y a ganar un poder mediante un control testarudo y minucioso, ya que no puede encontrar una regulación mutua en gran escala. Dicha victoria vacía constituye el*

modelo infantil de posteriores intentos en la vida adulta para gobernar por la letra, en vez de hacerlo por el espíritu".

Armida A. de Pichón Riviere (77) en un extensivo estudio que hizo de niños enuréticos, llega a las siguientes conclusiones: Ella opina que es frecuente que los niños enuréticos orinen con el propósito de desembarazarse de lo malo que hay en su interior y hacerse inofensivos. También puede suceder que el niño enurético busque castigo y humillación, ya que el orinarse significa la vuelta de la agresión contra él mismo.

Otro determinante de la enuresis, opina ella, consiste en fantasías de retorno al seno materno. Da el ejemplo de un varón enurético de 10 años que producía grandes cantidades de orina entre las que quedaba "comandando" en una cama abrigada. Para él esto tenía el significado de meterse dentro de la cama abrigada del seno materno y rodeado de líquidos, para permanecer ahí al abrigo del mundo.

Afirma que todos los niños enuréticos que había visto habían tenido un aprendizaje precoz generalmente severo y nos dice: "El aprendizaje temprano y severo impone al niño por un doble camino, la creencia de que está lleno de objetos malos y aterradores (orina y heces). Primero, por el valor sádico destructivo que tienen para él las substancias del interior de su cuerpo y segundo por que la exigencia de limpieza impuesta por la madre lo confirma en la creencia de lo sucio y malo que son sus excrementos y al mismo tiempo, la madre o la niñera se lo exigen. La limpieza se transforma en figuras aterradoras que con violencia lo vacían de su contenido y -

le roban su única arma para luchar contra el mundo exterior que él vé como peligroso y hostil.

A través de todos los casos se llega a la conclusión de que:

1).- El aprendizaje de limpieza debe iniciarse después del primer año de vida para que el niño haya llegado a una fase de su desarrollo en que orina y heces hubiesen perdido parte de su peligrosidad.

2).- Para que la imagen de la madre haya adquirido suficientes elementos positivos y no predomine la imagen aterradora que corresponde a la segunda mitad del primer año.

3) Con el objeto que el niño haya alcanzado una estabilidad y destreza suficiente en el estar parado, sentado y en el caminar, a fin de que al estar sentado en el orinar o parado para orinar en el caso del varón, no signifique un esfuerzo y no incremente la ansiedad.

Es aconsejable también que el aprendizaje lo realice la persona que tiene un mejor vínculo afectivo con el niño, y la que se ocupe de la mayor parte de sus necesidades, de modo que el vínculo positivo con ella le permita entregar sus productos sin una exagerada ansiedad. Es obvio que la actitud hacia el niño debe ser de gran tolerancia afectiva frente a sus dificultades y que debe graduarse la exigencia de limpieza hasta lograrla de acuerdo a las relaciones emocionales con el niño.

Otto Fenichel, (38) afirma que: "La enuresis infantil ya sea diurna o nocturna es una descarga sexual. La-

Entre hembras

excreción urinaria desempeña originalmente el papel de una actividad autoerótica que proporciona al niño una satisfacción eróticouretral y cutánea. Los pacientes en análisis reviven a veces el recuerdo de estas sensaciones autoeróticas, como en los casos de eyaculación precoz, donde se puede ver una equiparación inconsciente de semen y orina.

Pero cuando el niño mayor, educado en los hábitos higiénicos, regresa a esta forma de satisfacción infantil, ésta ya no es autoerótica sino que se halla vinculada a fantasías referentes a objetos. Una vez que no se realiza ya en forma activa y con un placer sexual consciente, sino que se produce contra la voluntad del individuo, puede dársele ciertamente el nombre de síntoma de conversión. Entre el hábito infantil autoerótico de mojar la cama y el síntoma ulterior de enuresis ha habido un período de masturbación y la enuresis representa un sustituto y un equivalente de la masturbación reprimida. En algunos casos resulta posible demostrar, en efecto, que una prohibición de masturbarse ha servido de estímulo en el sentido de conducir a la enuresis como conducta sustitutiva. Del mismo modo que la masturbación, la enuresis puede constituirse en una función eferente de diversos deseos sexuales. En el momento culminante de la formación del complejo de Edipo, la enuresis es, ante todo o sobre todo un instrumento de descarga de los impulsos edípicos.

Pero del mismo modo que en los otros síntomas de conversión, se intercalan diversos deseos intermedios entre el complejo de Edipo, profundamente reprimido y los síntomas finales erótico-uretrales y erótico-cutáneos.

Es interesante observar que la enuresis es, muy a menudo, expresión de fantasías sexuales acerca del sexo-opuesto. Las niñas, en quienes el erotismo uretral es bien notorio, se hallan casi siempre dominadas por una intensa envidia del pene, su síntoma expresa el deseo de orinar como varón. En los varones la incontinencia es habitualmente el significado de un rasgo femenino. Estos niños esperan obtener formas femeninas de placer "orinando pasivamente", además, la forma pasiva de orinar puede expresar la regresión a las primitivas formas pasivas receptoras de placer, a una nostalgia de las libertades de la primera infancia. Frecuentemente la enuresis representa un afecto, un deseo de gozar nuevamente de los privilegios del bebé, El síntoma es a menudo precipitado por el nacimiento de una hermanita o hermanito. Algunas veces la enuresis, tiene en tales casos, un significado pronunciadamente agresivo y de despecho y va dirigido a lastimar a los padres en sus sentimientos: "Me tomaré los privilegios de un bebé, que ustedes me niegan".

Para Freud, (41) la enuresis es un sustituto de la masturbación. Piensa que en el enurético la excitación sexual termina en una pérdida involuntaria de orina y la relaciona con la masturbación.

Abraham (1) en su artículo "The Narcissistic Evaluation of Excretory Process in Dreams and Neurosis", sostiene que: "las funciones y productos del intestino y la vejiga se utilizan como vehículo de impulsos hostiles". La enuresis sería entonces un intento de descarga de impulsos hostiles.

Malanie Klein, (55) siguió esta línea de investigaciones de Abraham y durante el tratamiento psicoanalítico de niños vió confirmarse esta afirmación, encontrándose además una íntima relación entre el sadismo oral y el sadismo uretral.

Para ella, la enuresis es tanto un acto positivo -- de dar como uno sádico de atacar. Los niños de ambos --- sexos consideran la orina en un aspecto positivo como un equivalente de la leche de su madre, ya que en su incosciente igualan todas las substancias corporales. Pero -- luego el odio que sienten hacia el cuerpo de la madre y sus productos, por haberlos frustrado, hace surgir en --- ellos fantasías con las que dañan y les destruyen su pecho con la orina. Son frecuentes en los niños enuréticos las fantasías de destrucciones por: inundación, ahoga --- miento, mojaduras, quemaduras, envenenamiento; mediante enormes cantidades de orina. Son una reacción sádica con tra el hecho de haber sido privados de líquidos por su madre y están fundamentalmente dirigidas contra su pe --- cho. Imaginan la orina como un líquido disolvente y co --- rrosivo, como un veneno insidioso y secreto, dándole así un valor sádico. Por lo tanto, orinarse en la cama es el cumplimiento de estas fantasías y el mojar significa: -- ahogar, envenenar y destruir.

Para Helen Deutsch, (30) la enuresis es la expre --- sión de una posición femenina en el niño y masculina en la niña. Efectivamente, en la niña la enuresis es fre --- cuentemente la fantasía de poseer un pene potente que -- ella ha robado a su padre y que contempla con admiración y envidia. Podemos encontrar muchas veces, que los niños enuréticos sueñen que están orinando como si fueran del sexo opuesto.



*Spurgeon English, (35) sostiene que en ciertos casos la orina tiene el significado de hijos concebidos -- por el progenitor amado, del que se desean no sólo la -- gratificación en el acto sexual, sino también los resultados de este acto: "bebés urinarios" En una niña enurética de 6 años este mecanismo era muy evidente. Solía -- orinarse con fantasías de expulsar hijos, y se representó primero embarazada y luego expulsando a sus hijos.*

*Los niños orinan también para llamar la atención en presencia del cariño y cuidado de los padres.*

*Margart Gerard, (43) indica que la presencia de --- enuresis demuestra una falta de maduración y refleja una integración defectuosa de los diferentes niveles componentes del individuo. Ella nos dice que la enuresis de - muestra la falta de tendencia inhibitoria del sujeto, un ego débil y el resultado de personas mal balanceadas que da lugar a personalidades psicopáticas, delincuentes y - grupos de personas con problemas psiquiátricos de conducta. El individuo psicopático enurético persistente, es - dominado por la tendencia compulsiva de repetición y --- reacciona primariamente bajo la influencia del principio del placer.*

*En la escuela adleriana (3) se afirma que hay inferioridad inherente del sistema urinario en los pacientes enuréticos. Esta debilidad da la oportunidad de tener un síntoma que lleva a varias metas, como por ejemplo, el -- asegurarse la atención y afecto de los padres durante la noche y distraer la atención que puedan ellos darle a un nuevo hermano. Este síntoma reeleva al niño de ciertas-- responsabilidades y le permite continuar con la libertad de la infancia. El mojarse, en sí es interpretado como -*

una expresión de inseguridad y continuación de la infancia.

! En general, podemos dividir a la enuresis desde el punto de vista psicoanalítico en las siguientes categorías:

1.- Enuresis vengativa.- En la cual el niño se rebela -- contra las medidas estrictas que le aplican sus padres, -- no solamente en lo relacionado con la educación evacua-- tiva, sino también en la mayoría de los demás aspectos -- de la vida. La mayor parte de estos niños han sufrido -- rígidos y precoces procedimientos de educación a los --- cuales no pudieron dar cumplimiento. +

El síntoma de la enuresis sirve para expresar la -- actitud resentida del niño. La enuresis vengativa es un -- método de represalia inconsciente contra las excesivas-- demandas de los padres.

Si este síndrome se descubre cuando el niño tiene-- corta edad, puede aliviarse con medidas destinadas a re-- ducir la rigidez de los padres; pero si le notifica el -- problema al médico algunos años más tarde, el tratamien-- to se torna mucho más difícil. Para entonces, el síntoma enurético mismo, se ha convertido en centro de grandes-- conflictos entre los padres y el niño. Muchas veces los-- padres han castigado al niño en la esperanza de curar el -- síntoma, pero con ello solo han conseguido agudizar el -- problema.

+ 2.- El siguiente tipo de enuresis se debe a un estado -- regresivo. La regresión es un mecanismo de defensa por -- el cual el niño se refugia en una fase más primitiva del desarrollo, en la cual se siente más cómodo y seguro. -

Esto ocurre cuando el niño que ya tenía control de sus--  
esfínteres sufre alguna amenaza emocional como puede ser  
el nacimiento de un hermanito, etc. y por lo tanto, moja  
la cama al igual que él. \*

Si sus padres son intuitivos y comprensivos, captan  
el motivo de la regresión y no se tornan punitivos ni --  
exigentes. Los padres no hacen un problema del asunto, --  
sino que por lo contrario lo reconocen como una fase tem  
poral de su inseguridad.

Es necesario comprender que hasta el niño pequeño -  
más normal presenta etapas de regresión temporalmente --  
después del nacimiento de un hermano. Si esta regresión--  
es encarada como es debido, solo dura lo suficiente para  
que el niño recupere su sensación de estabilidad.

3.- Enuresis como síntoma de neurosis. Margaret Gerard, -  
nos señala, que muchos niños enuréticos revelan dificul-  
tad para identificarse y más de la mitad de los niños --  
que tienen este problema exhiben tendencia a identificar  
se con el sexo opuesto. Los varones tienen ciertos ras-  
gos femeninos pasivos y las niñas rasgos activos, mascu-  
linos y agresivos. Piensa que la enuresis demuestra la -  
falta de tendencia inhibitoria del sujeto y una persona-  
lidad mal balanceada. En estos casos es necesario una --  
terapia profunda para ayudar a solucionar junto con la -  
enuresis los problemas de personalidad del niño. \*

4.- El siguiente tipo de enuresis es mucho menos frecuen-  
te y ocurre en los casos en que el niño llega al conven-  
cimiento de que ha sufrido lesiones genitales o castra--  
ción. Esto puede suceder después de un traumatismo, una-  
intervención quirúrgica e inclusive una enfermedad fisi-

ca, particularmente si la enfermedad ha producido síntomas genitourinarios. También puede ser después de haber sido atacado sexualmente el niño. Los niños con este tipo de enuresis llegan al convencimiento de que la enfermedad, traumatismo o agresión, les ha causado un daño irreparable. Muchas veces la creencia se acentúa por la preexistencia de un sentimiento de culpa masturbatorio y la expectación de un castigo. La tendencia del niño a interpretar erróneamente los procedimientos quirúrgicos se contrarresta con explicaciones previas. Sin embargo, tales explicaciones no siempre bastan, especialmente si el niño es propenso a fantasear.

5.- Otro tipo de enuresis que mencionan English y Pearson, es resultante de una identificación histórica con un progenitor enfermo. Esto es poco frecuente, pero se ha visto en la literatura médica. Como por ejemplo; un niño cuyo padre contrajo una infección tuberculosa de las vías genito-uritarias con la subsiguiente incontinencia. Al identificarse con su padre, contrajo enuresis. En este caso la psicoterapia dió buenos resultados y los síntomas del niño, inclusive su enuresis, desaparecieron.

6.- En ocasiones la enuresis puede deberse a la falta de educación de la función evacuativa. La mayoría de las veces esta situación se produce en los sectores socioeconómicos inferiores y en las familias numerosas, donde ha existido enuresis en los hermanos mayores. Los padres tienden a suponer que el orinarse en la cama forma parte de la pauta familiar y renuncian a la idea de educar en las evacuaciones a sus niños. Si un niño pequeño descubre que sus hermanos mayores mojan la cama y nunca se les imparten instrucciones en lo contrario, también él será enurético.

7.- También se podría interpretar a la enuresis como una manifestación de agresividad y entonces la micción sería un intento de descarga de impulsos hostiles.

8.- Un determinante de la enuresis según Pichon Riviere, consiste en fantasías de retorno al seno materno. El niño se encuentra en un lugar abrigado, en la penumbra, rodeado de líquidos, y al abrigo del mundo.

9.- Para Otto Fenichel, la enuresis tiene sobre todo un papel sexual, afirmando que ésta les proporciona una satisfacción erótico-uretral y cutánea, así como un sustituto de la masturbación. Considera que la enuresis es -- sobre todo un instrumento de descarga de los impulsos -- edípicos.

Resumiendo, llegamos a la conclusión de que todos -- los autores anteriores consideran a la enuresis nó como una enfermedad, sino como un síntoma que refleja de algún modo un trastorno en la personalidad del niño. Partiendo entonces de la base de que nos encontramos frente a un sujeto inseguro, con rasgos de regresión y en general con trastornos emocionales o del desarrollo de la personalidad, consideramos indispensable una terapia -- adecuada impartida por un especialista en la materia.]

CUADRO CLINICO

4).- SINTOMATOLOGIA.

El término "Enuresis" debe ser distinguido del término "incontinencia urinaria" que es cuando se ha perdido el control de la vejiga y el paso de la orina es ---- automático. El sujeto enurético se da cuenta de la dis-- tención de la vejiga y puede controlar su vaciamiento, -- pero con más dificultad que los individuos normales. (21)

Uno de los síntomas característicos de la enuresis es la urgencia que siente el niño por orinar. Muchas veces esta urgencia se continúa a través de toda la vida - a pesar de que la persona ya no moje la cama. Hay una -- respuesta exagerada a cualquier sensación de frío, exci-- tación, risa, etc.

A menudo encontramos también, frecuencia en orinar. Niños enuréticos no pueden estar sentados toda una se -- sión escolar sin ir al baño. La persona normal tiene la sensación de la vejiga llena pero puede esperar el momen-- to oportuno de ir al baño, por lo tanto orina menos ve -- ces; pero el enurético cuando llega este momento se pone en estado de tensión y por lo tanto aumenta la irritabi-- lidad de la vejiga.

Muchos niños se mojan durante el día debido a que - son demasiado tímidos para pedir permiso de salir de la clase e ir al baño. Sucede también con niños demasiado - conscientes de perder algo importante que se diga o hga-- en la clase; con niñas que no se atreven a sentarse en - excusado extraño y con niños que se concentran tanto en el juego y esperan tanto, que ya no pueden llegar a ---

*tiempo al sanitario.*

*Podemos ver también casos en los cuales la enuresis aparece después de un período en que el niño ya no mojaba la cama. Esto sucede cuando los padres descontinúan el hábito de levantarlo a orinar estando ya dormido.*

B). - ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO.

La reacción emocional del niño frente a la enuresis nocturna no es muy intensa, pero desde luego éste se --- preocupa por el hecho de mojar la cama, por su imposibilidad de dormir en casa ajena, de su falta de fuerza de voluntad para controlar la micción y tiene temor de que éste vaya a continuar en la edad adulta.

La actitud de los padres y hermanos frente a este problema desde luego va a influenciar la reacción del --- niño. Son los padres los que van a crear un estado emocional frente a este problema. Es sorprendente la frecuencia con que padres que han sido enuréticos de niños, toman actitudes punitivas y avergüenzan al niño para --- tratar de evitar que moje la cama.

Simarro Puig (88) señala también haber encontrado --- bastantes niños adolescentes e inclusive adultos, en --- quienes diversos estados emocionales determinaron el retorno de una enuresis que ya había desaparecido.

Lemkau (57) opina que la enuresis es un síntoma peculiar que indica la existencia, en algunos niños, de --- tensión emocional de cualquier orden. A veces la tensión podría descubrirse y corregirse con facilidad. En otras ocasiones la situación es mucho más delicada y complicada, consistiendo quizá en un sentimiento de inseguridad del niño que percibe un distanciamiento entre sus padres o que siente la tensión de un hogar en el que existen --- anomalías.



C) ETAPAS DE DESARROLLO EN EL CONTROL DE LA MICCION EN NIÑOS, SEGUN MUELLNER (1960).

De acuerdo con Muellner (70), el niño debe seguir cuatro pasos necesarios que lo llevarán a la transformación de una vejiga automática infantil, en un control normal adulto de la micción.

1.- El primer paso en este proceso, es el darse cuenta de que la vejiga está llena. Esto ocurre entre las edades de uno y dos años y se debe a la maduración de los nervios parasimpáticos, los cuáles llevan las sensaciones de la vejiga. El niño pronto aprende a comunicar ésto.

2.- El segundo paso, es la habilidad para retener la orina por un breve tiempo cuando la vejiga está llena o casi llena. Esto es logrado poco a poco y se puede decir que un niño de tres años ya logra dominar ésto y así se puede lograr el control de esfínteres durante el día.

3.- El tercer paso, es el poder comenzar la micción cuando la vejiga está llena. La mayor parte de los niños han completado estas tres etapas para la edad de cuatro años.

4.- La cuarta y última etapa, es cuando la vejiga infantil deja de serlo para convertirse en adulta, al poder orinar y comenzar la micción en cualquier grado de llenado de la vejiga. Este es el paso más difícil y muchos niños no lo adquieren sino hasta los seis años.

D) ETAPAS DEL DESARROLLO EN EL CONTROL DE LA MICCIÓN SEGUN  
GESELL. (44).

" ELIMINACION "

*Series evolutivas.*

*A LOS 15 MESES:*

- 1.- Reacciona ante el baño dispuesto a cooperar, espe --  
cialmente para los movimientos intestinales.*
- 2.- Indica los pantalones o pañales mojados, generalmen --  
te señalándolos.*
- 3.- Suele despertarse de la siesta seco.*

*A LOS 18 MESES:*

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

*A LOS 21 MESES:*

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

*A LOS 24 MESES:*

- 1.- Distingue verbalmente entre las funciones intestina --  
les y las urinarias, pero no se muestra muy seguro.*

- 2.- Hay que llevarlo al baño a horas especiales.
- 3.- Rara vez padece accidentes intestinales.
- 4.- Se mantiene seco de noche si se le levanta.

A LOS 30 MESES :

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

A LOS 36 MESES:

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

*imitando a los varones (42 meses).*

*8.- Se mantiene seco de noche sin necesidad de levantarse (42 meses)*

*A LOS 48 MESES:*

*1.- Va solo y se arregla las ropas sin dificultades.*

*2.- Todavía puede avisar antes de ir, pero insiste en ir él solo, prefiriendo a menudo, dejar la puerta del baño cerrada.*

*3.- Le gusta meterse en el baño cuando éste está ocupado.*

*4.- Muestra marcado interés por el baño de casas ajenas.*

*5.- Revela un interés excesivo por los movimientos intestinales, formulando muchas preguntas, respecto a las --- personas y a los animales en lo concerniente a esta función.*

*A LOS 60 MESES:*

*1.- Se las compone completamente por si solo incluyendo la limpieza.*

*2.- No les dice a los adultos cuando va al baño.*

*3.- Varones y mujeres concurren a baños separados, por lo general, en los jardines de infantes.*

*4.- Empieza a ser consciente en cuanto a exponerse a ser visto.*

Gesell nos dice con respecto a la educación del control de esfínteres: "Los éxitos" de la enseñanza, temprana, a menudo son transitorios y superficiales, pasando por alto la excesiva cantidad de tiempo en el baño. El control voluntario es complejo y se alcanza gradualmente. De la conducta visible del niño tal como aparece perfilada en las series anteriores, se pueden deducir los cambios fisiológicos que deben tener lugar en los sistemas intestinales y urinario, para determinar esa conducta. Tómese por ejemplo el control intestinal. A menudo se logra una reacción positiva a la enseñanza suministrada, después de las comidas, desde 1 mes hasta los 4 meses de edad. Antes de esta época, los movimientos intestinales han ocurrido comunmente durante la comida. Pero después de los 4 meses, esta estrecha relación existente entre la alimentación y la eliminación deja de tener vigencia, tornándose la hora de la eliminación sumamente irregular. De los 8 a los 9 meses se establece una nueva relación después de los alimentos, posiblemente en dos, y el niño parece hallarse definitivamente enseñado al año de edad, pero solo para volver a repetir sus anteriores retrocesos, hasta el punto, incluso de negarse definitivamente a ser llevado al baño. Una hora muy frecuente por entonces, para el movimiento intestinal es durante o precisamente después de la siesta.

A los 15 meses puede haber cedido la resistencia a ser llevado al baño, pero el relajamiento del movimiento intestinal no tiene lugar sino inmediatamente después que el niño ha sido retirado del baño.

Unas semanas más tarde sin embargo, cuando se le lleva a la hora habitual en que tiene lugar su movimiento de intestino, responderá al estímulo expulsando a me-

nudo, su evacuación intestinal, en forma explosiva.

Puede interpretarse esta conducta como el método -- infantil de desarrollo del control del esfínter.

Al principio responde, al ser colocado en posición, mediante la contracción del esfínter y luego, mediante -- una relajación demasiado brusca. Errores similares de -- exageración ocurren en otras formas del control motor.

La marcha de los 15 meses a los 2 años no es muy -- segura. La hora de los movimientos varía, puede volver -- a resistirse al baño y hasta los 2 años puede sufrir --- accidentes ocasionales. Después de esta edad, los acci-- dentes son raros, pero una nueva complicación puede sur-- gir entre los 27 y los 30 meses de edad, cuando el niño -- retiene los movimientos intestinales hasta dos o tres -- días y cuando tienen lugar, el niño sufre constipación. La retención es ejercicio y expresión de su creciente -- control intestinal.

El control urinario es alcanzado en forma similar. Una fase adicional tiene lugar a los 21 meses, en que se observa un marcado aumento en la frecuencia. Esto puede -- deberse a la tentativa de contraer tras una pequeña can-- tidad la evacuación incompleta de la vejiga debido a la -- contracción del esfínter. La etapa de los 30 meses en -- que el niño se mantiene por largos períodos sin orinar, -- encontrando, luego, dificultades para relajar el esfínter, presenta las mismas dificultades que las que acaban de -- mencionarse para los movimientos intestinales.

A los 36 meses el niño se aguanta tanto tiempo, que al fin empieza a orinarse, experimentando un rápido y --

fácil relajamiento, cuando llega al baño. Pasada esta -- época, el control voluntario progresa rápidamente, siendo aceptadas las horas de rutina.

La referencia verbal a la eliminación es sumamente significativa en cuanto ella expresa la etapa evolutiva alcanzada por el niño. Como en otros campos de la conducta, aquí también notamos los cambios evolutivos. Al principio solo es capaz de señalar un charquito, o sus pañales mojados. Mas tarde ya puede "informar" verbalmente, durante el acto. Por fin informa antes del acto. Un niño que recién empieza a informar que se ha mojado o ensuciado a los 2 años en lugar de la edad usual de 15 meses, - tiene todavía un largo camino por delante antes de llegar a estar "enseñado". Las palabras adoptadas pueden -- guardar cierta relación con la efectividad de la enseñanza. Las palabras "baño" o "tollete" pueden significar -- poco y nada para el niño, en tanto que las palabras simples que expresan concretamente la función, serán más -- eficaces, para ayudar a establecer el control.

E) PADECIMIENTOS DONDE ENCONTRAMOS AUMENTO DE ENURESIS

*En la Anemia Falciforme.*- Los pacientes con anemia falciforme, tienen hipostenuria (baja densidad de la --- orina). Esta resulta por el aumento del volumen de la -- orina en 24 horas, por lo que Suster y Oski (98) pensa-- ron que esta Poliuria llevaría como consecuencia que --- niños con esta enfermedad tuviese enuresis más frecuente mente, y su investigación lo confirmó. 29 niños con ane- mia falciforme fueron estudiados, reportándose el 68.9%- de enuréticos y el grupo control, de niños sanos aparen- temente, tuvo 16% de enuresis.

Arnold (7) nos dice que algunos niños tienen propen- sión familiar a tener contracciones vesicales involunta- rias y cuando no son balanceados emocionalmente se inhi- ben fácilmente las fuerzas vesicales de la vejiga. El -- tuvo buenos resultados usando tranquilizantes, ya que -- considera que el problema es neurológico más que urológi- co.

Consideramos que independientemente de enfermedades que propicien la aparición de la enuresis, pacientes con enfermedades crónicas necesariamente deben de tener con- flictos emocionales que contribuyen a la larga a una in- cidencia mayor de enuresis.



DIAGNOSTICO. -

El interrogatorio minucioso y cuidadoso por parte del médico a los padres primero y después al niño, ayudarán en mucho a un diagnóstico correcto.

En primer lugar el médico debe hacer la diferenciación entre una enuresis verdadera (funcional) o una enuresis falsa (orgánica) o aquellas condiciones en que la incontinencia de la orina es solamente parte del cuadro clínico total.

En la enuresis verdadera, la orina es expulsada en chorro y debido a ese criterio, el diagnóstico de incontinencia por obstrucción o causa neuromuscular es eliminada.

Al hacer la historia clínica es indispensable buscar toda la posible información que se refiera a:

- 1.- Problemas psicológicos y ambientales.
- 2.- Patología endócrina.
- 3.- Lesiones irritativas.
- 4.- Enfermedades neurológicas.
- 5.- Uropatología.

En esta forma podremos determinar si la enuresis es la persistencia de una conducta familiar, o empezó después de que el control normal urinario fuera establecido o es una manifestación de alguna enfermedad orgánica del tracto urinario.

Aunque por lo general los niños enuréticos tienen una buena apariencia física y mental, algunos son extre-

madamente nerviosos, faltos de cooperación o reflejan -- una pobre alimentación. Muchos niños demuestran tener -- muy conscientes sus problemas urogenitales y mantienen -- firmemente cruzadas las piernas para prevenir cualquier examen en esa área. Este síntoma se presenta frecuente-- mente en niños de ambos sexos que se masturban o que son enuréticos. La masturbación puede dar lugar a prostati-- tis en los niños, hipertrofia labial en las niñas.

El diagnóstico en sí de enuresis generalmente no -- presenta ninguna dificultad. La orina siempre debe ser -- examinada debido a la posibilidad de diabetes mellitus, -- diabetes insipidus o infecciones de tracto urinario. En -- algunas ocasiones el mojar la cama podría ser un síntoma de epilepsia.

Micción involuntaria puede ser un síntoma de alguna enfermedad del sistema nervioso central.

A).- ETAPAS NECESARIAS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO.

1.- Una historia clínica completa, tomando en cuenta todos los datos del niño, antecedentes patológicos personales y familiares; ver si hay enuresis familiar; analizar la situación económico-familiar para comprobar las condiciones favorables o desfavorables en que al niño se le educa para la adquisición del hábito adecuado del control de esfínteres, investigar el ambiente psicosocial en que se desenvuelve, viendo la personalidad y la actitud de los padres frente al problema de enuresis, etc.

2.- Exploración física para descartar infecciones locales, Hacer orinar al niño para ver cómo es el chorro y también se debe tomar en cuenta si el niño se masturba, ya que las irritaciones causadas por ésto pueden dar lugar a la enuresis.

3.- Análisis de laboratorio necesarios:

a).- Análisis general de orina.

b).- Urocultivo.

c).- Biometría Hemática.

d).- Coproparasitoscópico.

4.- Se debe hacer un estudio psicológico completo del niño, aplicándole una batería de pruebas psicométricas y de personalidad, para poder profundizar en el conocimiento del niño en lo relativo a su problemática peculiar.

5.- Electroencefalograma. Recomendamos la administración de un electroencefalograma a todo niño enurético debido al alto índice de patología en ésta área, como señalamos anteriormente en el capítulo dedicado a este tema.

*Si después de tres meses de intenso tratamiento --  
médico farmacológico y psicológico no se ha obtenido ---  
éxito, se debe turnar el caso a un urólogo para hacer --  
entonces una investigación urológica completa, según nos  
indica Campbell (21) con el objeto de descartar la pa--  
tología, que mencionamos a continuación.*

B).- PROBLEMAS ORGANICOS QUE PUEDEN DAR LUGAR A INCONTI-  
NENCIA.

1).- *Padecimientos del tracto urinario.-*

a) *Obstrucción.-* La obstrucción de las porciones inferiores del tracto urinario debida, por ejemplo, a válvulas uretrales posteriores; a contractura del cuello de la vejiga; a estenosis del meato y a estrechez uretral, a menudo éstas producen micciones involuntarias durante el día y la noche. Es característico que en éstas micciones esté disminuído el calibre del chorro. Frecuentemente hay éstasis, que ocasiona piuria y fiebre, y que la vejiga se destienda. El examen de orina casi siempre revela evidencia de infección y puede demostrarse la existencia de anemia y de daño de la función renal.

Los urogramas excretores pueden mostrar dilatación de la vejiga y de las porciones superiores del tracto. En las placas, después de la micción, puede verse vaciamiento vesical incompleto. La uretrocistoscopia revelará la lesión orgánica.

Cervantes, (25) en un artículo aparecido en 1965 reporta un caso de enuresis primaria, con datos físicos y de laboratorio negativos y que fué diagnosticado por un estudio exhaustivo. La urografía excretora mostró dilatación del sistema colector derecho y pérdida de la curvatura pélvica del uretero derecho. La vejiga mostró ser pequeña, muy gruesa y trabeculada. Los hallazgos fueron confirmados endoscópicamente, demostrándose una obstrucción a nivel del cuello vesical.

b) *Infección.-* La infección crónica del tracto urinario, no debida a obstrucción, generalmente produce poliuria tanto de día como de noche y dolor al orinar, ---

aunque tales infecciones pueden ocurrir sin síntomas de irritabilidad vesical. Es común que se presente fiebre recurrente con exacerbaciones. La exploración general puede ser normal, pudiendo notarse la existencia de anemia. El examen de orina mostrará piocitos, bacterias o ambas. La función renal puede ser deficiente.

Los urogramas excretorios pueden ser esencialmente normales, aunque a menudo se observan alteraciones compatibles con una pielonefritis crónica.

La cistoscopia revelará las alteraciones producidas por la infección. Las muestras de orina obtenidas por cateterismo ureteral pueden revelar una infección renal.

Hallgren, (48) en un artículo en que analiza los aspectos etiológicos de la enuresis nocturna, indica también que las cistometritis e incluso las vulvitis, pueden determinar la micción involuntaria.

c) Anormalidades vesicales.- Se ha señalado que una vejiga con una capacidad menor que la normal puede determinar enuresis.

Muellner, (70) en un estudio reciente, reporta que una causa importante de la enuresis primaria es el desarrollo inadecuado de la capacidad vesical. Indica que los niños que se orinan en la cama después de los 4 años y medio, lo hacen debido a que su capacidad vesical es menor de la que corresponde a su edad, siendo de dos a cuatro onzas en vez de ser de siete a diez. El autor comunica que la persistencia de una capacidad vesical disminuida se debe al control inadecuado del "mecanismo voluntario de la micción", el cual ya debe estar formado a los cuatro años y medio de edad. Dicho mecanismo consiste en un

control adecuado de los músculos abdominales, del elevador del ano y del pubocoxigeo.

La anormalidad del tono de la vejiga, ha sido también señalada como causa de enuresis.

## 2).- Padecimientos Neurogénicos.-

a) *Mielodisplasia.*- El término *mielodisplasia* fué introducido por *Fuchs*, en 1909, para describir una afección que consideraba ser ocasionada por el cierre incompleto del tubo neural en el embrión. Con frecuencia este padecimiento es familiar, a veces hereditario y en algunos aspectos se asemeja a la *siringomielia*, a diferencia de esta última, no es progresiva. Los síntomas señalan habitualmente un trastorno de las funciones de la región-lumbosacra de la médula, aunque pueden estar afectadas otras regiones. La *mielodisplasia* está íntimamente vinculada a la *espina bífida*, a la que puede estar asociada. En la primera, sin embargo, es la médula la que aparece principalmente afectada, mientras que en la segunda lo está la cola de caballo.

La *mielodisplasia lumbo-sacra* tiene entre sus síntomas principales el trastorno del control esfinteriano, que conduce especialmente a la *enuresis*, deformaciones de los pies, como por ejemplo *pie cavus* y *sindactilia*; *atrofias musculares* por debajo de las rodillas, con disminución de los reflejos *aquilianos*; pérdida disociada de la sensibilidad en las piernas, y trastornos tróficos de los pies, tales como *cicatrización retardada* de las heridas, *úlceras crónicas* y *gangrena*.

b) *Espina bífida.*- La *espina bífida* o *raquisquisis* es el cierre incompleto del conducto vertebral, que ha

bitualmente se acompaña de una anomalía semejante de la médula. Según la naturaleza y extensión del defecto espinal, se describen cierto número de variedades de espina bífida. En las formas pronunciadas existe un saco que se proyecta a través del orificio espinal, que presenta impulsiones durante el llanto y la tos, y cuya compresión en el niño aumenta la tensión de la fontanela. Este saco puede contener solo meninges, llamándose entonces meningocele. En casos más graves contiene las meninges y la médula abierta y aplanada, denominándose entonces mielocel o mielomeningocele. En casos muy raros, el conducto central de la médula puede estar cerrado pero dilatado, constituyendo ésto el siringomielocel. En otras ocasiones no hay protusión de saco, pero el defecto de los arcos posteriores puede palpase como una depresión, que a veces está cubierta por un hoyuelo o un mechón de pelo, llamándose a esta alteración espina bífida oculta.

La espina bífida produce diversos síntomas tales como cierto retraso en la aparición de la marcha, atrofia, debilidad muscular e hiporreflexia en las piernas; alteraciones de la sensibilidad, con una zona de analgesia que se extiende por los glúteos y la cara posterior de los muslos. Frecuentemente ocasiona trastornos esfinterianos acentuados. Puede haber enuresis permanente. El paciente demora el control de su vejiga en la niñez y éste puede no llegar nunca a ser completo. Con frecuencia, se produce retención de orina con hidroureter e hidronefrosis secundaria y trastorno consecutivo de la función renal. Jancke, en 1916, describió una familia en la cual la enuresis apareció en varias generaciones y que se acompañó de espina bífida en aquellos miembros que fueron examinados radiológicamente. Brain señala la necesidad de explorar cuidadosamente todos los casos de enuresis





en los que no se encuentre causa evidente, buscando los pequeños síntomas de la espina bífida en los miembros inferiores y tomando radiografías de la columna lumbo-sacra.

c) *Epilepsia.*- En ocasiones se considera que un niño presenta enuresis nocturna pura y cuando se realiza un estudio más minucioso éste puede revelar que la micción involuntaria no ha sido más que uno de los síntomas de la epilepsia. La presencia de ataques que únicamente se presentan en el sueño pueden constituir un problema de diagnóstico, ya que en numerosas ocasiones pasan desapercibidas para los familiares. El paciente puede quejarse únicamente de cefaleas; de dolores musculares generalizados o de cierto estado nauseoso. El único signo puede ser a veces la cama mojada, aunque suele haber también lesiones en la lengua provocadas por mordedura.

d) *Otros.*- En una revisión de enuresis nocturna en niños, *Walshe* asegura que las micciones involuntarias pueden ocurrir por alteraciones hipotalámicas. Opina que la hormona antidiurética puede excretarse en menor cantidad y que esto, añadido a ciertos defectos en la regulación del sueño, pueden ocasionar el problema. Hasta ahora esta aseveración no ha podido ser comprobada.

c) Diagnóstico diferencial.- Los doctores **Sheldon Blackman** y **Richard Silberston** (13) hacen la siguiente diferenciación en los distintos casos de enuresis. Su opinión es la siguiente:

Hay cuatro clases de enuresis:

- 1.- *Enuresis persistente.* El sujeto nunca ha tenido control de esfínteres. Es inmotivado para adquirir el hábito. Generalmente se adquiere el hábito en la pubertad con todas las necesidades heterosexuales. No tiene un hábito adecuado por que no ha sido entrenado lo necesario y sufre de inmadurez de personalidad y el déficit de funcionamiento que tiene un ser humano cuando tiene problemas sin resolver, ya resueltos por gente de su edad. El 85% de enuréticos entran dentro de esta clasificación:
- 2.- *Enuresis regresiva.*- Pacientes que ya tenían control y lo perdieron.- Estos sufren de un desorden emocional. Son pacientes que responden con rapidez, frente a cualquier tratamiento, pero recaen rápidamente, ya que utilizan la enuresis como una solución primitiva a sus conflictos internos. (Se recomienda Psicoterapia). Aquí entran el 10% de los enuréticos.
- 3.- *Problemas del Ego.* Se reduce al 1%. Estos sufren de serio daño en su ego y pueden llegar a encopresis y enuresis. Como ésto se considera aparentemente más problemático que sus problemas, la atención puede ser dirigida a aquellos. Se necesita un intenso tratamiento Psiquiátrico.
- 4.- *Antecedentes orgánicos* 4%. Deben tener el tratamiento necesario para su patología.

P R O N O S T I C O .

El problema de enuresis es más frecuente de lo que se piensa generalmente. En E.E.U.U. existen 5 millones de enuréticos. Sabemos que a la edad de 4 1/2 años hay un 12.2% de enuresis en la población infantil, mientras que ya solo hay 7.3% a la edad de 7.8 años. Por lo tanto podemos decir que el pronóstico de la enuresis, por lo general es bueno, ya que decrece con la edad y es rara después de los 15 ó 16 años. Según señala D. R. Smith, la mayoría de los niños con enuresis funcional consiguen un control nocturno espontáneo a la edad de 10 años. Sin embargo en casos excepcionales, el síntoma persiste después de los 30 años.

En pieza

\* Puede decirse que entre más tiempo persista la enuresis más difícil es tratarla con éxito. Las complicaciones son psíquicas y no orgánicas. La enuresis sostenida produce muchos conflictos adicionales en el niño que va creciendo, los cuales dependen de las actitudes que toma la gente con quien está en contacto. Como resultado de los castigos y la vergüenza que le hacen sentir, el niño-enurético desarrolla sentimientos secundarios de incompetencia. Muchos sufren de insomnio por sus intentos de controlar la vejiga. Estos niños experimentan sentimientos de vergüenza y de falta de confianza en sí mismos, lo cual restringe su capacidad para establecer relaciones normales con su medio ambiente.

El pronóstico, en sí, es bueno cuando el medio ambiente que rodea al niño le es favorable y recibe el adecuado tratamiento.\*

T R A T A M I E N T O .

1).- Entrevista con los padres. El primer paso en el tratamiento de un niño con enuresis es la explicación a los padres sobre la naturaleza del problema. Se debe tratar de lograr en ellos una actitud de comprensión y tolerancia, haciéndoles ver que las medidas por medio de las cuales se castigue al niño o se le avergüence, son injustas, inútiles y sobre todo contraproducentes.-

Algunos padres que han tenido cierto contacto superficial con teorías psiquiátricas, tienen la idea de que como la enuresis es un síntoma de algún conflicto emocional profundo, necesariamente ellos son responsables por la dificultad del niño; consecuentemente se sienten culpables. Esta razón los puede conducir a tomar una actitud negativa frente al problema. Por lo tanto, una breve plática con el objeto de tranquilizarlos sobre sus sentimientos de culpa será muy apreciado por ellos y benéfico para la resolución del problema.-

Al hablar con los padres, el entrevistador debe estar muy alerta acerca de las personalidades de cada uno, de sus reacciones y relaciones de un cónyugue con el otro y también de sus actitudes, frente al niño. Se deben hacer sugerencias correctivas si es necesario.

2).- Entrevista con el niño.- El paciente debe ser incluido en las pláticas con los padres. Es necesario tener pláticas con el niño para liberarlo de todo sentimiento de vergüenza y de culpa haciendo todo lo posible por estimular en él su confianza en sí mismo. Se debe hacer énfasis en la frecuencia tan grande con que encontramos enuresis en la infancia y sus resultados favorables en el futuro.

El niño debe sentir que el médico, y los padres están ---  
trabajando junto con él, con su comprensión y tolerancia  
para terminar con este hábito y que su cooperación activa  
será de gran utilidad. (Lemkau sugiere que en la entrevis-  
ta con los padres se les pueda indicar que disminuyan los  
líquidos en la cena del niño, pues es sorprendente la ---  
frecuencia con que se les permite que sin necesidad, se ---  
atiborren de agua antes de irse a la cama. Tratar de in---  
vestigat aproximadamente a que hora moja el niño la cama---  
y levantarlo a orinar un poco antes. Cuando se trata de ---  
niños de 6 años en adelante se les puede otorgar mayor ---  
responsabilidad proporcionándoles un despertador y una ---  
linterna para que se levanten a orinar y premiarlos cuan-  
do amanezcan con la cama seca.

Si son los padres los que levantan al niño, deben ---  
hacerse despertándolo por completo, para que tenga con ---  
ciencia del porqué se le levanta.

Mientras dure el tratamiento hay que recomendarles  
a los padres que eviten en la casa todas las discusiones-  
respecto al problema de enuresis y solamente tengan pala-  
bras ocasionales de estímulo y reafirmación frente a pro-  
gresos manifiestos.

Como dijimos con anterioridad en el capítulo de ----  
Diagnóstico, se debe determinar si la micción involunta ---  
ria es un síntoma de otro padecimiento o si se trata de ---  
un problema aislado.)

DIFERENTES ENFOQUES EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

Es muy importante tomar en cuenta el punto de vista psicológico con que se va a enfocar la enuresis, ya que éste influye en el tratamiento.

1.- Atendiendo a la primera teoría que hemos visto, o sea que la enuresis es producto de un disturbio emocional, es necesario entonces aplicar el método de psicoterapia. Wexberg (108) ha definido claramente esta posición. El dice que es necesario pensar en la enuresis como un problema de la personalidad en su totalidad. Por lo tanto es importante dirigir el tratamiento hacia el individuo en primer grado y hacia la enuresis en segundo grado. Cualquier intento de tratar a la enuresis directamente es altamente indeseable, porque podría dar como resultado una exacerbación del conflicto subyacente, dando lugar probablemente a síntomas substitutivos o gran aumento de ansiedad en el individuo. Decurtins (1957) sugiere que los síntomas substitutivos pueden ser más dañinos y nos menciona como ejemplos a neurosis agudas, compulsiones y eyaculaciones prematuras.

2.- Desde el segundo punto de vista, donde se afirma que la psicoterapia alcanza pobres resultados; ya que ésta no aporta las condiciones necesarias para el aprendizaje específico de control de los esfínteres que es lo que en realidad se necesita, se considera el único método apropiado el utilizar principios de condicionamiento; los cuales suministrarán las condiciones requeridas para aprender a controlar los esfínteres durante el sueño. Se considera que en una minoría de casos el tratamiento puede ser complementado con drogas, las cuales aumentan la condicionabilidad del sujeto y/o psicoterapia y manipula-

*ción del ambiente para reducir la tensión nerviosa.*

*Los dos puntos de vista anteriormente citados están claramente resumidos en los cuadros expuestos a continuación:*

C U A D R O # 1

TEORIA SOBRE LA ENURESIS CAUSADA POR ENTRENAMIENTO ---  
INADECUADO (62)

1.- PROCESO DEL DESARROLLO DE CONTINENCIA NORMAL:

*Fracaso en establecer una respuesta suficientemente fuerte de la inhibición de los esfínteres.*

2.- ETIOLOGIA DE LA ENURESIS:

*En la mayoría de los casos: ausencia de condiciones ambientales comúnmente necesarias para el adecuado aprendizaje y/o bajo control de condicionabilidad.*

*En la minoría de los casos: se presenta una condición adversa para un aprendizaje eficiente como por ejemplo: tensión nerviosa.*

3.- TRATAMIENTO A ESCOGER:

*Condicionamiento por medio de aparatos; también en algunas ocasiones administración de drogas o modificación de las condiciones adversas a un aprendizaje eficiente.*

4.- ENFOQUE DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO .

*Inútil en la mayoría de los casos.*

*Posiblemente útil en la minoría de los casos, para reducir tensión nerviosa.*



CUADRO # 2

TEORIA SOBRE LA ENURESIS CAUSADA POR UN FACTOR PSICOLOGICO.

(62)

1.- PROCESO DEL DESARROLLO DE CONTINENCIA NORMAL:

Varía según la problemática individual.

2.- NATURALEZA DE LA ENURESIS, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS:

Síntoma de disturbio emocional de la personalidad en general.

3.- ETIOLOGIA DE LA ENURESIS:

Conflictos Psicológicos ó stress.

4.- TRATAMIENTO A ESCOGER:

Psicoterapia para remover disturbio emocional inconsciente.

5.- ENFOQUE DEL TRATAMIENTO POR CONDICIONAMIENTO:

Tratamiento sintomático únicamente el cual probablemente, sea dañino, ya que puede provocar una crisis emocional y/o formación de un sistema substitutivo.

A).- HIPNOTERAPIA EN ENURESIS.

En el Seminario Nacional de Hipnosis médica y medicina Psicomática, que se llevó a cabo en Acapulco, Gro. el día 15 de julio de 1967 se expuso lo siguiente:

La hipnosis es un recurso psicoterapéutico que permite abordar en forma global al paciente, estableciendo una metodología para llegar a las capacidades olvidadas y potencialidades ocultas del comportamiento y respuesta, condicionamiento funcional y comprensión dinámica de los padecimientos psicosomáticos.

Según estudios estadísticos, el 79% de los padecimientos cursan con elevada carga emocional, lo que los convierte en casos de medicina psicosomática, o sea pacientes necesitados de comprensión total de las características de su padecimiento, inclusive la conflictiva acompañante.

Mediante el manejo adecuado, es posible derivar un beneficio grande para el paciente mediante la comunicación, si el mismo paciente acepta que puede ser beneficiado con esta técnica.

APLICACIONES Y MANEJO DE LA HIPNOSIS.

Se considera a la Hipnosis una rama de la Psicoterapia, cuya efectividad se pone de manifiesto por su aplicación, cada día mayor, en el ejercicio médico.

La indicación para aplicar la hipnosis es en todo padecimiento que curse con la carga emotiva lo suficientemente intensa para provocar problemas de adaptación y funcionalismo.-

El hipnólogo se vale para ésto de la facultad que tiene la sugestión en su forma más potente que es la hipnosis, para establecer condicionamientos, modificar tramas de hábitos y substancialmente reestructurar esquemas de respuesta, mediante la modificación de reflejos condicionados.

Utilizando el reforzamiento repetitivo a través de la hipnosis y más tarde de la autohipnosis, las respuestas positivas se hacen autónomas. Esta condición autoalineadora del condicionamiento hipnótico es la que invierte los procesos defectuosos del pensamiento y las tramas del comportamiento responsables del mantenimiento de las tensiones asociadas con una amplia variedad de perturbaciones psicosomáticas.

No hay inconveniente en administrar medicamentos conjuntamente con la hipnosis, cuando está indicado hacerlo. La hipnosis modifica todo lo funcional y adaptivo; responde limitadamente en lo lesional y orgánico y no ofrece ningún resultado en lo constitucional y genético.

En muchas ocasiones, es posible aplicar la hipnosis en forma sintomática, valorando previamente la posibilidad de remover el síntoma, así como el significado que éste guarda para el paciente.

Dado que la terapéutica actual es casi exclusivamente sintomatológica, se considera que el arsenal terapéutico que es manejado por el médico tiene en gran parte el placebo. No tomado con el significado de sustancia inerte, sino de objeto capaz de estimular y desarrollar esa gran capacidad y deseo de curación que todo padecimiento lleva.

*Esta capacidad especial, se estimula al máximo con la aplicación de la hipnosis, haciendo que el padecimiento tome parte activa en su curación, obteniéndose una colaboración decidida y efectiva la mayor parte de las veces.*

*Concretamente en el problema de enuresis se logró un éxito completo gracias a la hipnosis, allí donde otras medidas terapéuticas habían fallado.*

*El Dr. Guillermo de Ovando nos explicó en entrevista personal, que combina la hipnosis con Psicoterapia, tratamiento farmacológico, disminución de líquidos al acostarse, y otras medidas que todas en conjunto van a actuar favorablemente en el niño. El ha logrado gracias a esta metodología, casi un 90% de éxito en los casos tratados hasta el final.*

B).- FARMACOLOGIA UTILIZADA EN ENURESIS

La atropina, la belladona y otras sustancias parasim-paticolíticas, han servido de mucha ayuda. Smith (93) recomienda utilizar el bromuro de Metantelina (Banthine), a dosis de 25 a 75 mg.

Se reportan también buenos resultados con drogas sim-paticomiméticas. El sulfato de Danfetamina a la dosis de 5 a 10 mg. a la hora de acostarse, puede producir un sueño lo suficientemente superficial como para que el niño perciba el deseo de orinar. La efedrina, a la dosis de 15 a 30 mg. al acostarse puede producir sueño superficial y por medio de espasmos del músculo del trígono, aumento de la resistencia del cuello de la vejiga.

La reserpina ha sido también utilizada en la enuresis, habiéndose obtenido mejorías.

Se han hecho estudios con diversos tranquilizantes y ansiolíticos y los resultados han sido alentadores.

El meprobamato ha producido mejorías señaladas por varios investigadores. Otros, sin embargo opinan que su utilidad es dudosa.

Breger (16) estudió a 100 niños enuréticos, cuyas edades fluctuaban entre 5 y 14 años, y los dividió en dos grupos. En uno de estos grupos administró meprobamato, mientras que en otro utilizó un placebo, ambos grupos recibieron terapia de apoyo durante tres meses. Al cabo de este tiempo encontró que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las mejorías de los 2 grupos. Si notó, en cambio, una cura total en el 45% de los niños de ambos grupos.

En los últimos años se ha estudiado la acción que --- sobre la enuresis pueden tener los fármacos psicoenergi--- zantes del tipo de la imipramina. Entre los reportes que--- se han hecho en este campo, tenemos los siguientes:

Munster y colaboradores (71) en 1961, comunican ha --- ber obtenido una curación completa en 16 pacientes cuyas--- edades oscilaban entre los 8 y los 16 años, al adminis --- trarles dosis de 25 a 50 mg. de imipramina.

Sin embargo, en todas ellas retornó la enuresis al --- ser suspendido el medicamento.

Margolis, en 1962, reporta resultados satisfactorios en tres niños de 8, 9 y 12 años, con dosis nocturnas de --- 25 mg. de imipramina. En ninguno de estos niños cedió la--- enuresis al emplear placebos.

Destounis (29) confirma la utilidad de la imipramina, utilizada por él en una paciente enurético de 15 años, a dosis de 50 mg. al acostarse.

Mariusz y Walters, en 1963, utilizaron la imipramina--- en 23 niños enuréticos, comparando su acción con la de un placebo. Encontraron una marcada mejoría en el 74% de los casos en que se administró el medicamento, sin que la hu--- biese al proporcionar el placebo.

El resultado del estudio anteriormente reportado --- contrasta con el de Blackman y colaboradores (13) efec --- tuando en 1964. Estos autores encontraron una notoria --- mejoría al utilizar dosis de 50 mg. diarios en reclutas --- enuréticos, pero la acción del medicamento fué comparable a otros grupos en quienes se administró un placebo.

*Poussaint y Keith, (80) en 1965, usaron imipramina a dosis de 25 a 50 mg. diarios, en 47 niños enuréticos de 5 a 16 años. Comunican haber obtenido mejorías superiores a las obtenidas con placebos. Indican que los efectos colaterales producidos por la droga fueron mínimos. Después de 8 semanas con tratamientos, el 85% de los niños dejó de orinarse en la cama.*

*Recientemente han salido artículos señalando la utilidad que tiene en la enuresis la desipramina (Pertofran), derivado monometilado de la imipramina. Entre estos reportes está el de Ayres, publicado en 1966. El autor obtuvo buenos resultados en el tratamiento de la enuresis, con dosis de 25 mg. del medicamento.*

C).- TERAPIA POR CONDICIONAMIENTO.

Existen autores que consideran que el empleo de la técnica de reflejos condicionados puede ser de gran utilidad.

Morgan (66) en 1938, Mowrer y Mowrer (69) en ese mismo año y Morgan y Witmer (65) en 1939 reportaron haber tenido mucho éxito en la curación de la enuresis, por medio de un procedimiento de respuesta condicionada.

El empleo de la técnica de los reflejos condicionados tiene por fin:

1o.)- hacer que el niño asocie el levantarse con la tensión de la vejiga;

2o.)- hacer el niño sensible a la tensión de su vejiga en sus primeros estados, es decir, disminuir, el umbral para ese estímulo.

Todos los autores anteriores utilizaban esencialmente la misma técnica para producir estos efectos. Se hacía dormir al niño sobre un colchón de estopa que, cuando la micción comenzaba, producía un corto circuito, haciendo sonar la campanilla. Se ordenaba a cada niño que se levantara cuando ésta sonara y diera vuelta a un interruptor para desconectar la campanilla e ir al cuarto de baño para terminar de orinar. Los 30 casos de Mowrer y Mowrer, de 3 a 13 años en un plazo de 4 a 8 semanas dejaron de orinarse en la cama. En otros términos, aprendieron a anticipar el sonido de la campanilla, levantándose antes de que la tensión de la vejiga se volviera demasiado fuerte para ocasionar el reflejo de micción. Morgan y Witmer informan que 4 de sus 5 sujetos fueron curados de



enuresis por este método en 4 a 14 noches. Morgan dice -- que todos los tratados fueron fácilmente curados por la -- aplicación de esta técnica.

En una publicación reciente se señala que Lovibond -- ha afirmado que la relajación del esfínter es el estímulo -- condicionante, que es seguido del estímulo de aversión, -- que el enurético aprende a evitar al contraer el esfín -- ter.

A medida que el paciente va aprendiendo, el intérva -- lo entre el estímulo de aversión y la contracción del --- esfínter disminuye progresivamente. En esa forma van dis -- minuyendo también la cantidad de ropa que moja el niño. -

Con el procedimiento de condicionamiento se reportan -- éxitos importantes. En "The Lancet" se comunican, en ---- 1964, mejorías en el 64% de 25 adultos tratados y en el - 65% de 100 niños enuréticos. Las recidivas reportadas con -- el tratamiento varían de 14 al 48%, pero la mayor parte - de ellas ceden en un corto período de recondicionamiento.

En el artículo mencionado se indica que aproximada -- mente en la tercera parte de los pacientes en que fracasa -- el tratamiento por condicionamiento, hay un sueño tan --- profundo que la alarma no es capaz de despertarlos. Sin -- embargo, en casos excepcionales, el patrón de respuesta -- que ha sido aprendido puede evolucionar sin que el sujeto -- esté despierto. El uso de alarmas más potentes, por otra -- parte, puede ayudar a reducir el grupo.

En otra tercera parte de los casos, en que el trata -- miento fracasa, ocurre que aún a pesar de estar despier -- tos, los pacientes nunca aprenden a permanecer secos. --

*Esto se debe a que su capacidad de condicionamiento es pobre.*

*La tercera parte restante está constituida por aquellos individuos que tienen miedo a la alarma o que son demasiado obstinados para usarla propiamente.*

*Sieger (87)-Reporta un 90% de éxito a ese tratamiento.*

*El tratamiento por medio de condicionamiento debe ser usado únicamente en niños de 8 años en adelante, puesto que ellos deben comprender qué es lo que está sucediendo y tener el deseo de cooperar. Mejorías notables se logran en pocos días y cuando hay reincidencia se puede usar el aparato otra vez. Behrle y colaboradores afirman que no han comprobado efectos emocionales indeseables como resultado de dicho tratamiento.*

*Teóricamente, si el niño despierta cada vez que comienza a mojarse, se formará un reflejo condicionado contrario a la micción durante el sueño. No cabe duda de que este dispositivo ha tenido buen éxito en muchos niños, pero queda la duda de si es conveniente suprimir el síntoma de esta manera. Por lo general el niño no se moja en la cama por que estén mal condicionados sus reflejos, sino debido a sus conflictos emocionales. El empleo indiscriminado de este aparato no es conveniente porque constituye un intento de hallar una cura rápida para un síntoma molesto, sin penetrar en los problemas emocionales más importantes. Cuando un paciente se presenta quejándose de tos, el médico no siempre prescribe un remedio contra la tos para suprimir el síntoma. Primero, trata de reconocer la etiología de la tos y después toma las medidas que corresponden. El remedio contra la tos podrá*

prescribirse en algunos estados, pero no cabe duda de ---  
que no es el tratamiento indicado para la tuberculosis.

D).- TERAPIA SEGUN BRENERMAN.

James C. Brenerman (17) ha realizado unos estudios muy interesantes en el tratamiento de la enuresis. El -- considera que la enuresis no es una enfermedad, sino un -- síntoma de diferentes causas como: infección, desórdenes emocionales, madurez neuro muscular y algunas deficien -- cias nutricionales. También ha pensado en alergia a de -- terminados alimentos.

En su investigación eligió a 100 niños enuréticos -- con edad mínima de tres años, inteligencia normal, sin -- problemas orgánicos y que hubiesen tenido respuesta a -- terapias anteriores.

El siguió los pasos expuestos a continuación:

- 1).- Examinar que no halla infección. Si al quitar la infección, desaparece la enuresis, no se continúa con las siguientes etapas.
- 2).- Régimen de control espasmódico. Se les da un medicamento que combina antihistamínico, anticolinérgico y efedrina.
- 3).- Eliminar alimentos alérgicos. Se les da una dieta -- con pocos alimentos y luego se va agregando, cada -- dos días otro alimento estudiando su efecto en la -- enuresis.
- 4).- Administrar multivitaminas a los pacientes mal nu -- tridos.
- 5).- Dilatar mecánicamente la vejiga para aumentar su -- capacidad. Esto se aplica a los pacientes que no -- que no han respondido a las cuatro etapas anterio -- res.

6).- *El último paso: es hacerle al paciente la cistoscopia (al final por ser ésta la más traumática). Este estudio descubre teóricamente el 4% de anomalías orgánicas.*

#### *R E S U L T A D O S .*

*Breneman, reporta un 87% de éxito con este tipo de tratamiento. Se logró 60% de éxito con los dos primeros pasos. Con respecto a la alergia reporta un 27% de enuresis controlada al quitarles el alimento alérgico. Había 10% de problemas orgánicos y en el restante 3% no se logró éxito.*

E).- TERAPIA SEGUN CAMPBELL.

Campbell (21).- Sugiere el siguiente tratamiento -- en la enuresis:

- 1.- Lograr por parte de los padres y otros miembros de -- la familia, una actitud tolerante y comprensiva hacia este problema, evitando medidas punitivas.
- 2.- Si el niño nunca tuvo la oportunidad de un entrena -- miento adecuado, instituirlo inmediatamente.
- 3.- Como una regla, la mayor parte del tratamiento debe ser dirigido más a la madre que al niño. Es fre -- cuente ver a madres neuróticas, hiper-emocionales, -- irritables, má l ajustadas, rígidas, incomprensivas y sobre todo egocéntricas, acompañando a un niño enur<sup>é</sup> tico.
- 4.- Restaurar la confianza del niño en sí mismo y en el -- médico, esto representa casi la mitad de la batalla. Porque cuanto más grande sea su fé más éxito se ob -- tendrá. También el médico debe creer en los procedi -- mientos curativos que sigue, para así poder lograr -- la victoria.
- 5.- Limitación de flúidos después de las 4 de la tarde.
- 6.- Levantar al niño cuando esta dormido para llevarlo -- a orinar despertándolo completamente, aunque sea ne -- cesario que camine en el piso frío para entrar a un baño iluminado, a fin de lograr este objetivo. Gargar a un niño dormido, solamente hace que se estimule -- el hábito. Se recomienda que sea el padre quien le --

vante al niño cuando se trata de un varón.

7.- Vigilar que no halla constipación y que el niño ----  
evacue una vez al día.

8.- Algunos niños mayores se despiertan solos usando un-  
reloj de alarma que debe sonar 30 minutos antes del  
tiempo en que acostumbra mojar la cama. Por lo ge---  
neral, se cansan del reloj y deciden que es más ----  
fácil mantenerse secos que despertarse en la noche.

Campbell diseñó una campana que el niño se coloca---  
antes de ir a dormir, que por medio de presión ocluye la  
uretra. Cuando llega el momento de orinar y la orina no-  
puede salir, la distensión uretral lo despierta y entón-  
ces se levanta. El niño se vuelve a colocar la campana --  
y poco a poco el hábito de mojar la cama desaparece.

9.- La enuresis funcional se cura sobre todo por medio-  
de psicoterapia. Todo el esfuerzo terapéutico debe---  
ser dirigido a lograr del niño el deseo de contro --  
lar la enuresis y desde luego alcanzar la solución --  
de sus problemas emocionales.

10- Recomienda algunas drogas, usándolas colateralmente-  
con todo lo anterior. Por ejemplo, atropina que es --  
un inhibidor para-simpático en casos de hipotonía de  
la vejiga . Se inicia con una gota por cada año de --  
edad dada tres veces al día aumentando diariamente --  
una gota hasta que ocurran efectos fisiológicos como  
enrojecimiento del rostro, aceleración del pulso, --  
etc. Entonces se reduce la dosis una gota y se con --  
tinúa ésto por dos semanas después de que ha desapa-  
recido la enuresis.

También recomienda sulfato de efedrina administrada en la misma forma que el fármaco citado con anterioridad.

11.- Se pueden administrar compensaciones como premios, estrellas, marcas en el calendario, pero todo ésto tendrá éxito basado en el deseo del niño de no mo--jar la cama.

Cualquier terapia que se use debe ser utilizada con estímulo y optimismo y bajo ninguna circunstancia se le debe cerrar al niño sus horizontes sobre el problema de la enuresis y de ninguna manera convertir al baño en un campo de batalla.

6 ↗ Cuando todas las etapas anteriores no han tenido -- éxito, durante tres o cuatro meses, entonces se debe recurrir a un exámen urológico y no antes ya que éste es -- un examen muy traumático y en la mayor parte de las ve -- ces es innecesario.

Si gracias al examen urológico se llega la conclu -- sión de que no hay problemas orgánicos, el paciente debe continuar con su terapia médica y psicológica, con la -- seguridad de que tarde o temprano el control normal vesi cal será establecido.



F).- TERAPIA EN PROBLEMAS ORGANICOS QUE PRESENTAN  
COMO SINTOMA LA INCONTINENCIA.

Cuando se encuentra que el niño presenta un padecimiento obstructivo del tracto urinario la dilatación por medio de catéteres o bien la intervención quirúrgica --- constituyen el tratamiento indicado.

Si se encuentra que existe una infección, la elección de un antibiótico adecuado podrá resolver el problema.

En los casos en que la vejiga tiene una capacidad --- menor que la normal, se tomarán las medidas necesarias --- para aumentarla.

Muellner indica que el tratamiento que debe instituirse en esos casos, es hacer que el niño ingiera grandes cantidades de líquidos y que no orine al sentir la --- necesidad, sino que aguante lo más que le sea posible. Esto ocasiona que la vejiga se distienda poco a poco --- y vaya aceptando mayor cantidad de orina, de tal manera que en la noche pueda contener toda la que se forme y no necesite vaciarse.

El autor señala que el procedimiento puede ser complementado con la administración de sustancias anticolinérgicas como el sulfato de atropina, cuya dosis va --- variar según la edad y el tamaño corporal del niño. El --- éxito del tratamiento dependerá de la edad del paciente, de su nivel mental e intelectual, de su cooperatividad y del interés y apoyo que le brinden sus familiares.

Cuando la exploración física y de gabinete revela --- una mielodisplasia, el pronóstico del caso es malo. Se --- puede intentar la radioterapia de la región medular ---

afectada, pero por lo demás, el tratamiento es sintomático.

En cuanto a la espina bífida, puede lograrse una considerable mejoría de los síntomas mediante un tratamiento médico adecuado. La incontinencia que ocurre en el padecimiento generalmente responde a la belladona, que puede administrarse en dosis amplias como tintura o en forma de píldoras de extracto seco. La espina bífida puede necesitar cirugía plástica, y la indicación quirúrgica deberá plantearse en la espina bífida oculta cuando provoque alguna incapacidad. En tales casos se han obtenido ciertos beneficios por la sección de la banda constructiva descrita por Leri.

Cuando la cola de caballo está sumergida en una almohadilla de grasa, poco puede esperarse de la cirugía. Sin embargo, aún en esos casos, puede lograrse cierta mejoría por la disminución de la compresión lograda mediante la laminectomía.

En los casos en que se demuestra la existencia de ataques epilépticos durante el sueño, que provocan la micción involuntaria, deberán emplearse medicamentos tales como los barbitúricos; sustancias análogas como la primidona; las hidantoinas; la fenocemida y otros fármacos.

P R O F I L A X I S .

Es de suma importancia un entrenamiento adecuado -- para lograr éxito en el control de los esfínteres. Este -- hábito debe ser enseñado por la madre o por la persona -- que esté más cerca del niño desde el punto de vista afec-- tivo.

Se puede iniciar el entrenamiento entre los nueve y los doce meses, o sea entre el tiempo cuando el niño ya -- se sienta solo y cuando empieza a caminar. Campbell nos-- dice que se inicia el entrenamiento cuando el niño ya se-- sienta bién.

En el mercado se encuentran varios aditamentos que -- facilitan la educación del niño en este aspecto.

- 1.- Un asiento pequeño que se coloca sobre el excusado, -- encima del cual se sienta al niño.
- 2.- Sillas altas que tienen orificio en el asiento donde-- se puede colocar la bacinica.
- 3.- Un sillón pequeño que está a la altura del suelo y -- que también tiene un orificio con una bacinica.

De los tres métodos mencionados, sugerimos el terce-- ro, ya que muchos niños le temen a la altura y sienten -- que se van a caer cuando se les coloca sobre el excusado. La silla alta tampoco sirve para el aprendizaje, ya que -- es el lugar donde come el niño y no se debe asociar la -- comida con la evacuación necesariamente.

*El sillón pequeño tiene la ventaja de que el niño -- puede apoyarse con su espalda y brazos tranquilamente, lo cual le brinda seguridad y se le puede dejar solo por determinado tiempo, ya que además cuenta con un cinturón -- con que se le puede sujetar. Se pueden conseguir sillones de plástico o de madera.*

*Se debe observar durante una semana el horario que -- sigue el niño para evacuar, cuando llega el momento de -- iniciar su aprendizaje. Por lo general el niño evacúa regularmente después del desayuno. Es conveniente escoger -- un día para iniciar el entrenamiento cuando el niño esté particularmente bien y contento. Se debe colocar el si -- llón en el suelo y familiarizar al niño por un rato con -- él y cuando llegue el momento de evacuar, se sienta al -- niño encima, sin amarrarlo con el cinturón y sin dejarlo solo las primeras veces. La madre se debe sentar a su lado, tomándolo de la mano y haciéndole sentirse confiado y querido, indicándole, que es lo que ella quiere, pujando y utilizando algún sonido simbólico. Si el niño evacua -- se le felicita con una sonrisa y si nó quitarlo después -- de cinco minutos, sin mostrar desencanto y ponerlo otra -- vez al día siguiente, a la misma hora.*

*Es conveniente darle tiempo al niño. Nunca regañarlo ni apresurarlo, ni castigarlo. Alabar los éxitos e igno-- rar los fracasos. Después de un tiempo, cuando ya el niño se acostumbró al asiento, se le puede poner su cinturón y dejarlo solo un rato con juguetes a su alcance. Diez minutos es el tiempo máximo, demasiado tiempo produce antagonismo. El niño nunca debe sentir que se le fuerza a estar sentado contra sus deseos. Se interrumpe el entrenamiento inmediatamente si hay señas intensas de disgusto -- y hay que esperar más o menos un mes antes de empezar ---*

otra vez. Adóptese siempre una actitud cariñosa y comprensiva frente a cualquier etapa de desarrollo del niño y sobre todo ante la educación de los hábitos de limpieza.

La educación del control de los esfínteres tiene dos aspectos: El control despierto y el control durante el sueño. El control despierto aparece primero, habitualmente alrededor de la edad de dos a dos años y medio; mientras que el control durante el sueño puede retardarse un año o pasando esta edad. El retraso en el control de la vejiga, en comparación con el control del intestino, puede atribuirse a tres factores.

1).- La madurez parece llegar más tarde.

2).- Las sensaciones que anuncian la necesidad de orinar son inicialmente mucho menos claras.

3).- Quizás lo más importante es que la micción es una respuesta refleja a las tensiones de la vejiga y debe ser inhibida, mientras que la defecación una vez que la materia fecal se formó, requiere un acto de expulsión. En otras palabras, el control es más fácil cuando uno debe hacer que algo ocurra, que cuando uno debe evitar que suceda.

Como lo ha señalado Gesell, el control de la vejiga se presenta en tres etapas.

1).- El niño se hace consciente de haberse mojado. A menudo los padres se sienten desconsolados, cuando el niño viene hacia ellos, orgullosamente, con el anuncio posterior al hecho, en vez de dejarlo saber de antemano. Los padres deberían de reconocerlo como un

paso importante y responder, por lo tanto, con aprobación.

- 2).- Un tiempo más tarde, cuando se acerca a la edad de los dos años, el niño se hace consciente de que se está mojando y puede anunciar este hecho.
- 3).- Dentro de unos pocos meses, comenzará a anticipar que está por mojarse, y luego puede comenzar la práctica de retención hasta que llega o casi llega al retrete.

Quizá deba decirse que inicialmente, tanto los varones como las niñas orinan sentándose al comienzo. Más tarde puede ocurrir que la niña desee orinar parada, al ver a un amiguito hacerle. Poco a poco cada uno terminará convencido que solo puede orinar como lo indica su sexo. Como podríamos desear, el control de la vejiga no se establece habitualmente de una sola vez tan pronto como el niño se encuentra preparado para ello, sino que tomará algún tiempo para estabilizarse. Podría notarse de paso que el control de la vejiga aparece algo más temprano en las niñas que en los niños de acuerdo con el ritmo de madurez adelantado del sexo femenino durante la primera infancia.

Existen niños que ocasionalmente se entrenan en forma espontánea, por sí mismos. Un niño, al notar espontáneamente que su hermanita siendo bebé se mojaba muy a menudo, se mantuvo desde entonces virtualmente seco, para demostrar la diferencia entre ella y él. Una niña pequeña, en un paseo en auto con sus padres por los cuartos de baños de estaciones de gasolina, después de insistir por un rato con visitas frecuentes a éstos, adquirió el hábi-

to. Estas sin embargo son excepciones. Ordinariamente el-entrenamiento de la vejiga debe proseguir su curso lento- y con altibajos, dando al niño amplia oportunidad para -- utilizar el retrete pero sin hacerlo el detalle más impor- tante de su existencia, ofreciendo un moderado elogio por el éxito y tomando los accidentes sin alterarse. Aún des- pués que el niño tiene un buen control de sus esfínteres- urinarios puede sufrir breves accidentes cuando está muy- entretenido en el juego o cuando está cansado y recaídas- más prolongadas cuando está enfermo o molesto por cual -- quier otro motivo.

La enuresis a veces, puede ser un barómetro sensible de cambios emocionales. Se notó que aún niños de edad ---- escolar al ser separados de sus madres durante la evacua- ción de Londres, en época de guerra, volvían a mojar la - cama en gran número hasta que, como lo relató un observa- dor: "Media Inglaterra se encontraba a flor de agua". Esto no significa que cada caso de enuresis persistente indi- que un perturbación emocional. Sin embargo, si la falta-- de control nocturno se prolonga demasiado hasta la edad - de cinco años entonces puede ser necesario buscar una ---- causa física o psicológica.

Los padres deben entonces acudir al Médico Pediatra- quien, como hemos indicado en el capítulo de diagnóstico, deberá hacer una historia clínica completa y seguir todas las etapas necesarias para llegar al diagnóstico.- Si des- pués de 3 a 4 meses de intensa terapia médica y psicoló- gica, continúa el niño con la enuresis, se deberá acudir- a un urólogo para descartar cualquier problema orgánico - que diese lugar a la falta de control de los esfínteres.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En el presente capítulo se tratará de resumir lo más brevemente posible el conjunto de aportaciones bibliográficas, de los diferentes autores que se han ocupado de la enuresis en los últimos diez años y presentaremos también las conclusiones que hemos obtenido mediante la elaboración de este trabajo.

Numerosos autores, entre ellos, Lemkau, Spock, Gessell, etc. afirman que únicamente hasta después de los cinco años deben los padres empezar a preocuparse por el problema de la falta de control de esfínteres de sus hijos y de ninguna manera adoptar una actitud rígida o punitiva frente a este problema. Lemkau concluye que la media, estadísticamente hablando, cuando el niño logra el control de la micción es a los 31.5 meses; por lo que debemos dejar un margen amplio como otros diez meses para que no todos los niños que estén después de la media se consideren casos patológicos.

Como hemos visto anteriormente en el capítulo sobre este tema, no existe relación directa entre Inteligencia y Enuresis. Se vió que niños de bajo nivel intelectual tenían un alto porcentaje de enuresis, pero ésto se debe a una falta de madurez generalizada en varias áreas. Pero niños con inteligencia normal, no se diferencian en la incidencia de la enuresis.

Pudimos notar que, en las clases sociales bajas, se presenta la enuresis con mucha mayor frecuencia, ya que a los 7-3/4 años de edad había el doble de enuréticos en el grupo de nivel bajo, que en el grupo de clases media y alta. Algunos autores llegan a la conclusión que los



niños judíos, en general, sufren menos de enuresis y lo explican como debido a la circuncisión y a la sobreprotección de la madre judía. Otros problemas como la alimentación y el sueño, son más frecuentes entre los niños judíos.

Desde el punto de vista etiológico, se pueden citar varios factores que pueden operar en conjunto o aisladamente. Estudiando el factor familiar, vimos que hay más alta incidencia de enuréticos dentro de la misma familia. Tres diferentes investigadores encontraron estudiando a niños enuréticos, que entre sus padres, el 50 y 60% habían tenido enuresis, cuando niños; mientras que en otra serie de niños no enuréticos había un 17% de padres enuréticos. En niños gemelos univitelinos el 66% fué concordante en enuresis y el 33% fué discordante. En gemelos bivitelinos, los resultados fueron discordantes. Todos estos datos nos hacen pensar en la posibilidad de un factor o tendencia hereditaria.

Desde el punto de vista factor somático, en la etiología de la enuresis se han hecho numerosos estudios. La Dra. Valenzuela de Filipinas, se dedicó catorce años al estudio de niños enuréticos y llega a la conclusión de que es frecuente encontrar otros síntomas de inmadurez en el desarrollo psicobiológico de niños enuréticos.

Brawn y Robertson, en otro estudio que hicieron, encontraron que el 12.2% de la población de 4-1/2 años es enurética. Pero a la edad de 7-3/4 solo un 7.3% de la población total moja la cama. Consideran que la causa fundamental de la enuresis es la falta de habilidad para inhibir o desinhibir sus contracciones vesicales. Sabemos que el control inhibitorio se logra a diferentes edades.

Linderholm encontró que el 57% de los niños enuréticos --- estudiados tenían contracciones desinhibidas de la veji--- ga. También demostró que las vejigas de estos niños (ese 57%) eran más pequeñas que la de los enuréticos con cisto--- gramas normales. Pero ambos grupos tenían capacidad menor de vejiga al compararlos con 327 niños normales.

Otro factor somático es el del sueño profundo. Varios autores señalan que los niños con sueño profundo mojan --- la cama por un período más largo que los otros niños y ~~qu~~ que el sueño profundo es más frecuente en los niños enu--- réticos, que en niños no enuréticos.

Breneman introduce por primera vez el hecho de que --- aparte de las causas de: infección, desórdenes emociona--- les, inmadurez neuro-muscular, y deficiencias nutriciona--- les, también la alergia puede ser un factor causal y lo --- demuestra en un estudio que hizo, al que hacemos referen--- cia en el presente trabajo.

Muellner afirma que la causa de la enuresis se debe--- al fracaso en desarrollar la capacidad de retención de la orina en la vejiga, lo cual se puede superar por medio --- de ejercicios.

Numerosos autores han encontrado relación entre ---- electroencefalogramas patológicos y enuresis. Por ejem --- plo: Tacayasu encontró 38.6% de electroencefalogramas --- patológicos en pacientes enuréticos. Tanto los resultados de los electroencefalogramas como la enuresis, mejoraron con drogas anti-epilépticas.

Factores Psicológicos.- Campbell considera que los--- motivos psicológicos que determinan a la enuresis se en ---

cuentran en un 90 a 95% y solo hay de 5 a 10% de lesiones orgánicas en todos los casos de enuresis. Todos los autores revisados en este trabajo se uniforman en el pensamiento de la gran importancia que tiene el aspecto psicológico en la enuresis.

Simarro Puig encontró que situaciones emocionales traumáticas determinaron el retorno de una enuresis que ya había pasado. En psicoanálisis, nos dice Michaels, se considera a la enuresis como síntoma de un conflicto profundo inconsciente y crítica el "monosintomático" punto de vista que considera la vejiga del niño, sin tomar en cuenta la personalidad total.

Se han encontrado ciertos tipos de manifestaciones de personalidad más dominantes en los niños enuréticos como son: sensibilidad, agresividad, celos, rasgos infantiles e inestabilidad emocional.

Pearson y otros consideran que puede existir enuresis como una expresión de venganza consciente o inconsciente contra padres poco cariñosos y poco comprensivos, en la cual el niño presenta una regresión a la etapa sádico-anal del desarrollo. Es frecuente ver enuresis coincidir con el nacimiento de un hermanito, en búsqueda de atención por parte del niño enurético. Margaret Gerard sugiere que las dos terceras partes de los niños enuréticos no han logrado identificarse con el progenitor del mismo sexo.

Factores ambientales: Numerosos reportes confirman que la enuresis es más frecuente en los niveles sociales más bajos por diferentes razones, como pueden ser; la falta de limpieza; la falta de oportunidad por no tener -

el baño cerca; el desinterés de los padres en su educación, etc.

Hader y Michaels encontraron un alto porcentaje de enuresis en delincuentes, por lo que afirma Michaels que: "El delincuente y el individuo con un carácter psicopático impulsivo que ha sido persistentemente enurético, posee una configuración única de la personalidad, cuya deficiente integración se refleja en diferentes niveles".

Es frecuente encontrar enuresis debida a un entrenamiento inadecuado. Según Mowrer: "Existe un grupo relativamente grande de niños en quienes la falta de entrenamiento adecuado del hábito, es el factor predominante y tal vez el único factor". El mojar la cama es un hábito incorrecto que se fija, como una consecuencia de la atmósfera de ansiedad y frustración en que éste se desarrolla. Pueden ocasionarlo padres demasiado ansiosos y obsesivos que tratan de obligar al niño a lograr un control de esfínteres en una edad demasiado temprana, cuando aun no está lo suficientemente desarrollado para adquirirlo.

Por otra parte, la enuresis se puede deber a que la madre es demasiado sobre-protectora y acepta la incapacidad prolongada del niño para mantenerse seco. Afirma que su hijo es demasiado pequeño o demasiado débil para empezar a entrenarlo. El seguirles poniendo pañales, a los niños hasta una edad muy tardía, o el favorecer de algún modo la dependencia y la inmadurez, pueden provocar fácilmente el trastorno.

Incapacidad de condicionabilidad.- Este factor se refiere al nivel general de condicionabilidad del sujeto, por lo que Jones considera que la enuresis depende como

cualquier otro aprendizaje, de la facilidad que tiene cada individuo para establecer reflejos condicionados. En unos será más rápido que en otros.

Mowrer (1950) nos resume en tres enfoques psicoanalíticos las causas de la enuresis. Estos pueden aparecer en conjunto, o aisladamente:

- 1.- Una forma sustitutiva de gratificación sexual genital reprimida.
- 2.- Una directa manifestación de ansiedad y temores profundos.
- 3.- Una forma encubierta de hostilidad hacia los padres u otra forma de autoridad, que la víctima no se atreve a expresar abiertamente.

Desde luego que todas estas interpretaciones no se excluyen unas a las otras y las tres posibilidades son reconocidas por casi todos los clínicos orientados psicoanalíticamente.

Las diferentes teorías psicoanalíticas son revisadas ampliamente en el capítulo de este tema, por lo que brevemente podemos decir en resumen, que todos los autores consideran la enuresis, no como una enfermedad, sino como un síntoma que refleja, de algún modo, un trastorno de la personalidad del niño. Partiendo del punto de vista que nos encontramos frente a un sujeto inseguro; con rasgos infantiles de regresión; con problemas de inestabilidad emocional; y personalidad mal balanceada; es indispensable un estudio psicológico completo con pruebas de inteligencia y de personalidad que nos ayuden a dilucidar la problemática del niño.

*Es muy necesario darle al niño una psicoterapia, ya sea superficial o profunda, según el caso, impartida por un especialista en la materia.*

*Para llegar a un diagnóstico correcto de enuresis, se debe hacer una historia clínica completa tratando de descartar cualquier patología orgánica, que pueda dar lugar a la incontinencia urinaria o falsa enuresis. Como hemos dicho repetidamente en el trabajo: la enuresis es un problema funcional exclusivamente, ya que, como indica Leo Kanner: "Enuresis es la micción en la cual no hay relación causal de desórdenes anatómicos, inflamatorios o neuro patológicos".*

*Se debe hacer una exploración física para descartar infecciones locales o irritaciones causadas por masturbación ya que ésta puede dar lugar también a la enuresis. Se debe contar con los resultados de análisis de laboratorio y electroencefalograma. También se debe hacer un estudio psicológico completo del niño e investigar el medio ambiente en que se desarrolla el sujeto desde el punto de vista psicosocial y económico. Ver si hay enuresis familiar y estudiar por último la personalidad y la actitud de los padres frente al problema de enuresis.*

*Si después de tres meses de intenso tratamiento médico farmacológico y psicológico, no se ha obtenido éxito, se debe turnar el caso a un urólogo quien hará entonces una investigación urológica completa. Se deja este estudio al final y como último recurso, por ser el más traumático y doloroso para el niño.*

*En cuanto al pronóstico, podemos decir que es bueno en general, ya que la enuresis decrece con la edad, según estudios estadísticos y es poco frecuente después de los-*

15 ó 16 años.

*El tratamiento tendrá éxito rápidamente si el medio-ambiente que rodea al niño, le es favorable y si recibe una atención esmerada y comprensiva por parte de los padres y del médico.*

*Las complicaciones a que pueda dar lugar la enuresis son psíquicas, ya que, como resultado de los castigos y la vergüenza que le hacen sentir, el niño enurético desarrolla sentimientos secundarios de incompetencia. Estos niños experimentan sentimientos de incapacidad y falta de confianza en sí mismos, lo cual restringe su capacidad para establecer relaciones normales con su medio ambiente.*

*En cuanto a tratamiento, podemos decir que hay dos enfoques diferentes para tratar este padecimiento. Uno es estudiar la personalidad del niño y tratar de resolver el problema tomando ésta en cuenta, por lo que se le dará al sujeto atención médica y psicológica, complementándose una a la otra. La otra tendencia es la de curar la enuresis eliminando el síntoma, sin pensar que pueda haber un trastorno de personalidad detrás de éste. Esta escuela utiliza el método de condicionamiento como terapia y afirman que no existe posteriormente ningún desplazamiento posterior del síntoma. Behrle y colaboradores no han comprobado efectos emocionales indeseables como resultado de dicho tratamiento.*

*Hemos incluido en nuestro estudio el tratamiento con la hipnosis, que es otro de los métodos utilizados. Para la curación de enuresis también mencionamos el utilizado por Breneman quien afirma que en un gran porcentaje la*

*enuresis tiene una etiología alérgica.*

*Nosotros nos inclinamos en favor del tratamiento utilizado por Campbell y hacemos referencia detallada sobre éste en el capítulo de "Tratamiento".*

*Concluyendo, consideramos que es de suma importancia una actitud comprensiva y tolerante por parte de los padres, quienes frecuentemente tienden a propiciar y agudizar este problema, y desde luego el médico sabrá adoptar una conducta adecuada que inspire confianza en el niño, lo cual es vital para llegar a una pronta solución del padecimiento.*

*Consideramos que padres, maestros, médicos y psicólogos, deben estar familiarizados con las causas y tratamiento de la enuresis, para poder ayudar al niño y orientarlo correctamente, cuando el problema se presente.*

*Es nuestro deseo, que a través de este trabajo, se aporte una ayuda, aunque sea muy pequeña, en la comprensión del niño y sus problemas, para que este crezca sano y vigoroso y llegue a ser, el día de mañana, un hombre maduro y útil a sí mismo y a sus semejantes.*



" BIBLIOGRAFIA " .

- 1.- Abraham, Karl. 'The Narcissitic Evaluation of Excretory Processes in Dreams and Neurosis , Hogarth Press, Pag. 319. 1920.
- 2.- Adams, S. 'Incontinence of urine in children, Am. J. Obst. 17:657, 1844. (Citado por No. 10)
- 3.- Adler, Alfred. *The Education of Children* . New York, 1930.
- 4.- Allbutt, T. C.: *Clinical lecture on incontinence of urine. Lancet* 2:733, 1870. (Citado por No. 10).
- 5.- Anderson, F.N: *The Psychiatric Aspects of Enuresis*, Am. J. Dis. Child. 40: 591. 818. 1930.
- 6.- Arieti, Silvano: *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books. Inc. Publishers, 1959.
- 7.- Arnold, Jasper.: *Cystometry and enuresis. Journal of Urology*. Vol. 96. Aug. 1966.
- 8.- Ayres, C. M.: *Nocturnal enuresis: Remission in a patient treated with desipramine and Protriptyline. Amer. J. Psychiat.* 122:947 - 48, 1966.
- 9.- Bakwin, Harry: *Enuresis in children. The Journal of Pediatrics*. Vol. 58. No. 6. Jun. 1961.
- 10.- Barash Glicklich, Lucille.: *An Historical Account of Enuresis. Pediatrics*. 8:859. 1951.

- 11.- Baruch, S. Note on treatment of enuresis nocturna. Arch. Pediat. 6:234, 1889. (Citado por No. 10)
- 12.- Behrle, F. C. Elkin, M. T. and Laybourne, P. C. Evaluation of a Conditioning Device in the treatment of Nocturnal Enuresis. Pediatrics. 17:849. 1956.
- 13.- Blackman, S. and Benton, A. J.: The effect of imipramine on enuresis. Amer. Psychiat. 120: 1194-5, Jun. 64.
- 14.- Blomfield, J. M. and Douglas J. W.: Bed-Wetting prevalence among children aged 4-7 years. Lancet. 1:850, 1956.
- 15.- Brain, Lord.: Enfermedades del Sistema Nervioso. Edit. El Ateneo. 1965.
- 16.- Breger, E.: Meprobamate in the management of enuresis. J. Pediat. 59:571-6, Oct. 1961.
- 17.- Breneman, M. D. : Nocturnal Enuresis. Annals of Allergy. 23: 4 April. 1965.
- 18.- Brodie, B. C. Clinical observations on incontinence of urine. Prov. M. & S. J. 3:343, 1842. (Citado por No. 10).
- 19.- Brown Denny, D. And Robertson, E. G.: Brain, 56, 149-199, 1933.
- 20.- Buschan, G. H. : Uber Medizinzauber and Heilkunst im Leben des Volker. Berlin 1946.

- 21.- Campbell, Meredith.: *Urology*. Saunders Co. U.S.A. -  
1967.
- 22.- Carmichel, Leonard: *Manual de Psicología Infantil*.  
Edit. El Ateneo. 1957.
- 23.- Chambers, R.: *On incontinence of urine in children.*-  
*Prov. M. & S. J.* 10: 617, 1846. (Citado por No. 10).
- 24.- Clark, J. E. : *Treatment of incontinence of urine  
in children by sound.* *Arch Pediat.* 6/161, 1889. - -  
(Citado por No. 10).
- 25.- Cervantes, L. : *Enuresis, Presentación de un caso -  
clínico.* *Rev. Mex. de Urol.* 24: 55-58. Feb. 1965.
- 26.- Coley, J.: *Practical Treatise on Diseases of Chil --  
dren.* Philadelphia, E. Parrington and G. D. Haswell,  
1849. (Citado por No. 10).
- 27.- Day, W.: *Remarks on incontinence of urine in children.*  
*Brit. M. J.* 1:291, 1886. (Citado por No. 10).
- 28.- De la Fuente, E.: *Psicología Médica.* Fondo de Cultura  
Económica. 1964.
- 29.- Destounis, N. : *Enuresis and imipramine.* *Amer. J. -  
Psychiat.* 119:893. 1963.
- 30.- Deutsh Helen *Psicología de la Mujer.*  
Edit. Lozada Buenos Aires.

- 31.- Dickson, T. :The use of blisters applied to region -  
of the sacrum in cure of incontinence of urine and -  
palsies of lower extremities. Med. Obst. Soc. Phys.  
London 2: 311, 1762. (Citada por No. 10)
- 32.- Ditman, K. S.; and Blinn K. A.; Sleep levels in Enu-  
resis. Am. J. Psychiat. 111:913-920, 1955.
- 33.- Diwani, M. Zaki. A. A. and Moutkar N.: Cystometric -  
and radiological Studies on Enuresis, Gaz. Egypt. -  
Ped. Assoc. 1960.
- 34.- Easson, W. M. and Steinhilber, P.: Murderous Aggre -  
sion by children and adolescence. Arch. gen. Psy --  
chiat 4: 1-9. Jan. 1961.
- 35.- English, Spurgeon and Pearson Gerard.: Emotional ---  
Problems of living. New York. W. W. Norton and Co. -  
1945
- 36.- Erikson, Erik.: Infancia y Sociedad, Edit. Horme, ----  
Buenos Aires, 1959.
- 37.- Farkuharson, R.: On treatment of incontinence of -  
urine. Practitioner, London 23:7, 1879. (Citado por  
No. 10).
- 38.- Fenichel, Otto.: The Psychoanalytic theory of the ---  
Neurosis, New York,, W. W. Norton and Co. 1954.
- 39.- Finch, Stuart.: Fundamentos de Psiquiatría Infantil.  
Edit. Psique. Buenos Aires. 1962.
- 40.- Frary, L. G.: Enuresis, a Genetic Study. Am J. Dis.-  
Children 49: 557, 1935.

- 41.- Freud, Sigmundo.: *Historiales Clínicos. Tomo 1. Ed. Americana, 1954.*
- 43.- Gerard, Margaret.: *Child analisis as technique in investigation of mental mechanisms illustrated by study of enuresis. Am. J. Psychiat. 94:652, 1937.*
- 44.- Gesell, Arnold y C. Amatruda.: *Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del niño. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1946.*
- 45.- Gummanson y Melin. *Acta Paediat. 40:496. 1951.*
- 46.- Hader, M.: *Persistent Enuresis". Arch. Gen Psychiat. 13:296. Oct. 1965.*
- 47.- Hallgren, B.: *Enuresis, a clinical and genetic study. Acta psychiat, et neuro, escandinav (supp. 114) 32:1, 1957.*
- 48.- Hallgren, B.: *Nocturnal Enuresis. Aetiological aspects. Acta Paed. 48: 66-74. Sep. 1959.*
- 49.- Hallman, N.: *On the ability of Enuretic Children to hold urine. Acta. Pediat. 39:87, 1950.*
- 50.- Herskovits, M. Dahomey, New York. Augustin, Inc. 1938. Vol. 1, pag. 272. (Citado por No. 10)
- 51.- Hodge y Hutchings, *Arch. Dis. Child 27:498. 1952.*
- 52.- Jones, H. G. *The behavioural treatment of enuresis nocturna. Pergamon Press. Oxford. 1960.*

- 53.- Kanner, L.: *Child Psychiatry*. ed. 2. Springfield, Illinois. Charles C. Thomas. 1948.
- 54.- Kanner, Leo.: *Child Psychiatry*. Springfield, Illinois. Charles C. Thomas. 1957.
- 55.- Klein, Melanie.: *El psicoanálisis de niños*. Biblioteca de Psicoanálisis. Pag. 145. Buenos Aires. 1948.
- 56.- Leighton, D. and Kluckholm, C. : *Children of People*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1947. p. 55.
- 57.- Lemkau, P. V.: *Higiene Mental*. Fondo de Cultura Económica. 1963.
- 58.- Letter to the Editor, *Lancet* 1:665, 1878 (Citado por No. 10)
- 59.- Levine Alexander, *Am. J. Psychiatry*. 100:320. November 1943.
- 60.- Levy, D. : Discussion of Michaels and Goodman. *Am. J. Orthopsychiat.* 4:103, 1934.
- 61.- Linderholm, E. : *The Cystometric findings in Enuresis*. *The Journal of Urology*. Vol. 96, Nov. 1966.
- 62.- Lovibond, S. H.: *Conditioning and Enuresis*. The Macmillan Co. New York, 1964.
- 63.- Mayer Gross.; W. Slater E., Roth, M.: *Psiquiatría Clínica*. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1958.

- 64.- Michaels, J. J. and Goodman, S. E.: Incidence and Intercorrelations of Enuresis and other Neuropathic traits in So-called normal children. *Am. J. Orthopsychiat* 4:79, 1934.
- 65.- Michaels J. J.: Enuresis in murderous aggressive children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiat.* 5:490. No. 1961.
- 66.- Morgan, J.J.B. and Witmer F.J. 1939. The treatment of Enuresis by the conditioned reaction technique. *J. Genet. Psychol.* 55. 59-65.
- 67.- Morris, J. : Incontinence of urine in boys, *M. & S. Rep.* 44:652. 1881. (Citado por No. 10).
- 68.- Mowrer, O. H.: *Learning Theory and Personality Dynamics.* Ronald Press, New York. 1950.
- 69.- Mowrer, O. H. and Mowrer, W. M. Enuresis: A Method for its study and treatment. *Amer. J. Orthopsychiat.* 8:436. 1938.
- 70.- Muellner, S. R.,: Obstacles to the successful treatment of primary enuresis. *J.A.M.A.* 178: 843-4. Nov. 1961.
- 71.- Munster, A.J.: Stanley A. M. and Saunders, J. C.: Imipramine in the treatment of Enuresis. *Amer. J. Psychiat.* 118: 76-77. 1961.
- 72.- Nagera Perez, : Educación y desarrollo emocional del niño. Edit. Prensa Médica. México, 1959.

- 73.- Noyes and Kolb,: *Modern Clinical Psychiatry*. Saunders Co. U.S.A. 1963.
- 74.- Noyes, A. P.; Kolb, L. C.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa médica mexicana. México, 1961.
- 75.- Otto, J. C.: *Cases of congenital incontinence of urine*. *North American, M & S. J.* 10:364, 1830 (Citado por No. 10)
- 76.- Pearson, G.H: *Trastornos emocionales de los niños*. - Edit. Médico Quirúrgico, Buenos Aires, 1953.
- 77.- Pichon, Arminda. *Revista de Psicoanálisis, Volumen III*. Buenos Aires, 1951.
- 78.- Pierce, C. M. and Lipcon H. H.: *A Survey Study of Bedwetting*. *South Med. J.* 52: 1520-1524, 1959.
- 79.- Poulton, E. M. and Hinden E.: *The Classification of Enuresis*. *Am. J. Dis. Child.* 40: 591-818. 1930.
- 80.- Poussaint, A. F. and Keith, D.: *A controled Study of imipramine (Tofranil) in the treatment of childhood. Enuresis* *J. Pediat* 67: 283-290. Aug. 1965.
- 81.- Poussaint F., Alvin and Richard Greenfield. *Epilepsy and Enuresis*. *Am. Jou. Psychiatry*, Vol. 122: No. 12, June 1966.
- 82.- Poussaint Alvin F. y Ronald R. Koegler and Jean Louis Riehl: *Enuresis, Epilepsy and Electroencefalogram*. *The American Journal of Psychiatry* Vol. 123, April-1967.



- 83.- Rex, O. P.: *Enuresis and Night terrors. Internat. Clin.* 1:170,1893. (Citado por No. 10).
- 84.- Richards, J. T.: *Combination of bromide of potassium with belladonna for enuresis. Brit. M. J.* 1: 1404,--- 1889. (Citado por No. 10).
- 85.- Ruddock, H., *Diseases of Infants and Children and their Homeopathic and general treatment. London, Homeopathic Pub. Co 1878, P. 190* (Citado por No.10).
- 86.- Schaper, G.: *100 Enuretiken. Kinder Med. Klin.* 52: 346, 1957.
- 87.- Seiger, H. W.: *Treatment of Essential Nocturnal Enuresis. J. Pediat.* 40: 73' , 1952.
- 88.- Simarro Puig, J.: *Algunas reflexiones sobre la clínica, mecanismos y terapeutica de las enuresis. Rev. Clin. Esp.* 74: 175 Ag. 1959.
- 89.- Simmons, D. B. *Nocturnal incontinence of urine in boys. Am. J. Obst.* 13:431. 1880 (Citado por No. 10).
- 90.- Slade, D. D. *On incontinence in children. Am. J. M. Sc.* 30: 71, 1855 (Citado por No. 10).
- 91.- Sloane, J. *Cases of Incontinence of Urine. Brit. M. J.* 1859. Pag. 119. (Citado por No. 10).
- 92.- Smith, J. L. *Enuresis in children, Arch. Pediat.* --- 2:330, 1855. (Citado por No. 10).

- 93.- *Smith, D. R. : Urología General. Edit. Manual Moderna. México 1960.*
- 94.- *Spock, Benjamín: The Pocket Book of Baby and Child - Care, New York, Pocket Books, Soc. 1946.*
- 95.- *Stockwell, L. and Smith, C. K. Enuresis: A Study of Causes, Types and Therapeutic Results, Am. J. Dis. Child. 59:1013, 1940.*
- 96.- *Stone, Joseph y Joseph Church.: Niñez y Adolescencia. Edit. Horme, Buenos Aires. 1959.*
- 97.- *Ström-Olson, B.: Enuresis in Adults and Abnormality of Sleep, Lancet 2: 133, 1950.*
- 98.- *Suster Gershon and Frank A. Oski. Enuresis in Sickle Cell Anemia. Philadelphia. Amer Journal of Dis. Of Children. Vol. 113 No. 3, March 1967.*
- 99.- *Sweet, C. : Enuresis: Psychologic problem of children. J. A.M.A. 132: 270, 1946.*
- 100.- *Takayasu H. Sato, Kirakawa and Shibuya M.,: Electroencephalographic Findings in 140 Patients". Urol. -- Int. 15: 171-190, 1963.*
- 101.- *Temkin, O., Falling Sickness. Baltimore, The John -- Hopkins Press 1945, p. 179.*
- 102.- *Trousseau, A. Lectures on Clinical Medicine, London, New Sydenham Society, 1870, Vol. 3, p. 475. (Citado por No. 10).*

- 103.- *Turton, E. C. and Spear, A. B. The E.E.G. Findings -- in 100 cases of Severe Enuresis, Arch. Dis. Child. - 28: 316:320, 1953.*
- 104.- *Valenzuela, Amanda, M. D. Enuresis, A. Sympton of - Immaturity. Acta Medica Philippina. Vol. 16, 1, 1959.*
- 105.- *Vaught L., Richard. :Adult Enuresis in Marine ----- Recruits", Military Medicine Vol. 130: No. 10 Oct. 1965.*
- 106.- *Vogel, A. Practical Tratisse on Diseases of Children, New York D. Appleton & Co. 1885, p. 385. (Citado por No. 10).*
- 107.- *Vulliamy, D.: The Day and Night output of Urine in Enuresis, Arch. Dis. Childhood 31:439, 1956.*
- 108.- *Wexberg, E. Enuresis in Neglected Children. Amer. J. Dis. Child. 59, 490 + 496.*
- 109.- *Young, J. Incontinence of urine, succesfully treated by nitrate of potash. Am J. M. Sc. 5:271, 1843. - - (Citado por No. 10).*