



5
2ej
44

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL VINCULO MADRE-HIJO Y LA ENURESIS
INFANTIL DENTRO DEL MARCO PSICOANALITICO:
ESTUDIO DE CASOS**

TESIS PROFESIONAL
que para obtener el Título de Licenciado en Psicología
presenta:

INGRID AGUILAR MEJIA

MÉXICO, D.F.

Director de tesis:
MTRO. RIGOBERTO LEON SANCHEZ

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

263898



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*A mis padres,
que con su ejemplo me enseñaron el
valor de la superación y el trabajo;
y porque sin ellos esta tesis no hubiera sido posible
gracias por su apoyo*

*A mis hermanas Ivonne e Irlanda,
cómplices de mis proyectos y ejemplos de entereza*

*A Nadya Carolina
la pequeña que me acercó al mundo
fascinante de los niños*

*Ariel,
por su confianza en mí, su apoyo y comprensión,
por compartir mis anhelos
gracias.*

*Adriana,
la amiga que compartió cada paso de este trabajo
y vivió conmigo la angustia, las dificultades y la alegría*

*A los miembros
del grupo de teatro Coyolxauhqui,
por estar presentes en los momentos más difíciles
por compartir triunfos, alegrías y derrotas, pero sobre todo
por su amistad y por permitirme aprender con ellos.*

A todos los profesores de la facultad de psicología y externos; así como a las instancias de la U.N.A.M., que participaron, apoyaron y asesoraron este trabajo:

Gracias al H. Jurado:

- Mtro. Rigoberto León Sánchez, por dirigir este trabajo
- Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo. Por asesorar este trabajo; por su interés, apoyo y amable escucha.
- Mtra. Berenice Mejía, por ser fuente de inspiración; por las críticas a este trabajo; por su disposición y su valiosa enseñanza.
- Lic. Eva Esparza Meza, por sus interesantes y exhaustivas observaciones; por su apoyo y orientación.
- Lic. Araceli Mendoza Ibarrola, por sus críticas y observaciones para mejorar este trabajo; por su amabilidad y apoyo.

Gracias a los miembros del grupo piloto para la profesionalización del psicólogo clínico:

- A la Mtra. Cecilia Rios, un especial agradecimiento, por compartir su experiencia y conocimientos, por su desinteresado apoyo y por que en un primer momento fue quien brindó orientación y asesoría sobre el tema de esta tesis.
- Dra. Bertha Blum, por brindar apoyo incondicional, confianza, orientación y por transmitir siempre su entusiasmo.
- A las Licenciadas. Claudette Dudet y Lilia Joya, por sus comentarios para mejorar el proyecto de tesis en aspectos de metodología
- A la P. Psic. Verónica Castro por el apoyo técnico brindado para la elaboración de este trabajo.

Al Programa de Becas para tesis de investigación en Licenciatura de la U.N.A.M., por el apoyo económico para realizar este trabajo.

A las autoridades del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" que apoyaron esta investigación:

- Dr. Jesus Del Bosque, director del hospital por permitir la realización de esta investigación.

- Psic. Araceli Vidal y Sánchez responsable de la Clínica de Trastornos emocionales, por su confianza y apoyo a mi trabajo

- Mtra. Silvia Becerril Cervantes del Departamento de enseñanza y responsable de los servicios bibliotecarios por su interés en mi trabajo y su incondicional apoyo

- Dr. Ricardo López de la Clínica de trastornos emocionales, por las facilidades prestadas para la canalización de pacientes

- Psic. Leticia Abrego. Jefa del Departamento de Psicología, por sus comentarios para mejorar el trabajo

- Dr. Héctor Gómez del departamento de Epidemiología, por su amable apoyo para obtener los datos epidemiológicos de esta tesis.

- Psic. Rocío Zugasti Bobadilla del departamento de investigación del hospital, por sus comentarios para mejorar el trabajo y las facilidades prestadas para la realización del mismo en esta institución

INDICE

| | |
|---|------------|
| RESUMEN | 1. |
| INTRODUCCION | 2. |
| CAPITULO 1. VINCULO AFECTIVO MADRE-HIJO | 5. |
| 1.1 El niño desde la visión psicoanalítica | |
| 1.2 Fases del desarrollo libidinal | |
| 1.3 El niño y el "mito familiar" | |
| 1.4 "Relaciones objetales" | |
| 1.5 El niño y el vínculo afectivo con la madre | |
| 1.6 Trastornos del vínculo | |
| 1.7 Patología materna | |
| CAPITULO 2. SINTOMAS EN LA INFANCIA Y VINCULO MADRE-HIJO | 34 |
| 2.1 Concepción del síntoma desde el psicoanálisis | |
| 2.2 El síntoma y la angustia | |
| 2.3 El síntoma del niño y el vínculo con la madre | |
| CAPITULO 3. LA ENURESIS INFANTIL | 41. |
| 3.1 Antecedentes del trastorno | |
| 3.2 Enfoque psicológico | |
| 3.3 Enfoque psicoanalítico | |
| 3.3.1 Implicaciones psicodinámicas de la enuresis | |
| 3.3.2 Complejo de castración y complejo de Edipo | |
| 3.3.3 Enuresis como proceso regresivo | |
| 3.3.4 Enuresis como equivalente masturbatorio | |
| 3.3.5 Enuresis como equivalente de fetiche | |
| 3.3.6 Enuresis y contenidos simbólicos | |
| 3.3.7 Enuresis y características de personalidad | |

- 3.3.8 Enuresis y proceso de separación individuación
- 3.4 La enuresis infantil y el vínculo madre-hijo
- 3.5 Prevención y tratamiento

CAPITULO 4. METODO **70.**

- 4.1 Planteamiento y justificación del problema
- 4.2 Planteamiento de hipótesis
- 4.3 Variables
- 4.4 Sujetos
- 4.5 Instrumentos
- 4.6 Escenario
- 4.7 Tipo de investigación
- 4.8 Procedimiento
- 4.9 Análisis de datos

CAPITULO 5. RESULTADOS **81.**

- 5.1 Características de la muestra
- 5.2 Test de la figura humana de Koppitz
- 5.3 Test de la familia de Corman
- 5.4 Test de apercepción temática para niños de Bellack (CAT-A)
- 5.5 Entrevista
- 5.6 Análisis global de la muestra

CAPITULO 6. DISCUSION **117.**

CAPITULO 7. CONCLUSIONES **132.**

CAPITULO 8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS **137.**

- ANEXO 1. Formato de entrevista clínica según Sergei Levobici
- ANEXO 2. Resultados del test de la figura humana
Tabla 2.1 Indicadores según el tipo de enuresis
Tabla 2.2 Indicadores según el tipo de familia
- ANEXO 3. Resultados del test de la familia
Tabla 3.1 Plano gráfico según el tipo de enuresis
Tabla 3.2 Plano gráfico según el tipo de familia
Tabla 3.3 Plano de E. F. según el tipo de enuresis
Tabla 3.4 Plano de E. F. según el tipo de familia
Tabla 3.5 Plano del contenido según el tipo de enuresis
Tabla 3.6 Plano del contenido según el tipo de familia
- ANEXO 4. Resultados de las entrevistas
Tabla 4.1 Datos significativos de los periodos prenatal, postnatal perinatal
Tabla 4.2 Eventos significativos durante los primeros 6 años de vida del niño
Tabla 4.3 Características de los cuidados maternos y formas de relación
Tabla 4.4 Características del niño
Tabla 4.5 Observaciones durante entrevistas y sesiones de psicodiagnóstico.
Tabla 4.6 Motivo de consulta
Tabla 4.7 Entrenamiento del control de esfínteres
Tabla 4.8 Características de la enuresis
Tabla 4.9 Sucesos que muestran una relación temporal con la aparición del síntoma
- ANEXO 5 Láminas del CAT-A interpretadas en esta investigación

EL VINCULO MADRE-HIJO Y LA ENURESIS INFANTIL DENTRO DEL MARCO PSICOANALITICO: ESTUDIO DE CASOS

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue estudiar la relación entre el vínculo afectivo madre-hijo y la enuresis infantil mediante el enfoque psicoanalítico. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con niños de 4 a 12 años y sus madres. Se estudiaron las características de la diada madre-hijo en 14 casos, obtenidas mediante la entrevista clínica con las madres y la aplicación de 3 pruebas proyectivas a los niños: Test de la familia de Corman, Test de apercepción temática para niños de Bellack y Test de la figura humana según Koppitz. Se aplicaron además el test Weschler y el test de Bender para obtener variables atributivas. El análisis cuantitativo se realizó con base en el porcentaje de presentación de las categorías establecidas y los rasgos que miden los instrumentos. El análisis cualitativo de las pruebas, se hizo de acuerdo a los lineamientos propuestos por los respectivos autores. Para el análisis de las entrevistas, se establecieron 9 categorías de estudio. Se encontraron diferencias entre los niños con enuresis primaria y con enuresis secundaria. Los primeros tienen historias de entrenamiento de control de esfínteres inconsistentes y mostraron angustia y oposicionismo durante este proceso; pertenecen además a familias con actitudes pasivas y desinteresadas hacia el síntoma. Estos niños se caracterizaron por poseer en mayor porcentaje rasgos agresivos. En el caso del grupo de niños con enuresis secundaria se encontró que las madres se reportaron más deprimidas y con mayor problemática familiar y de pareja durante el embarazo y que estos niños presentaron más dificultades en el área de la sexualidad. En ambos grupos se encontraron datos de separaciones frecuentes de la madre durante los primeros 6 años de vida, un alto índice de rasgos depresivos, angustia ante la separación de la madre y rasgos marcados de fijación y regresión. En todas las niñas de la muestra se encontraron datos de erotización y angustia del cuerpo, y masturbación en mayor porcentaje que en los niños. En todos los casos se hallaron dificultades en el vínculo madre-hijo entre las que destacan: dificultades en el proceso de separación individuación, actitudes ambivalentes muy marcadas de la madre (sobrepotección, agresión, indiferencia, etc. conjugadas). El vínculo se caracteriza por ser inestable e inconsistente, con problemas para el manejo del síntoma, para el establecimiento y cumplimiento de límites, por la falta de comunicación y confianza entre el niño y su madre y por datos de agresión mutua (física y verbal). En este trabajo se destaca la importancia de la intervención psicoterapéutica con el niño enurético y su madre por las implicaciones inconscientes que convergen tanto para dar origen al síntoma como para mantenerlo. Asimismo se sugiere la implantación de programas de orientación, prevención y tratamiento sobre éstos y otros problemas que no son vistos como tales por las familias.

INTRODUCCION

La consulta pediátrica atiende una gran gama de padecimientos, la mayoría de ellos, detectados por sus manifestaciones más evidentes, generalizando la idea de enfermedad, como aquella que produce dolor, alteraciones en el cuerpo o limitaciones en el funcionamiento cotidiano del niño. El resultado de ello es que cuando estos factores no se presentan, el trastorno pasa inadvertido o no se busca atención por no ser considerado como un problema de salud propiamente dicho.

Al tratarse de trastornos emocionales o conductuales, a veces los padres niegan el problema o evitan decir a un extraño lo que le ocurre a su hijo, por miedo a descalificar su capacidad como padre, a exponer la dinámica familiar o a remover sus propios conflictos. Los casos que llegan a instituciones psiquiátricas, generalmente fueron canalizados por el pediatra o el maestro, y los padres exponen como motivo de consulta "lo mandan de la escuela" con la amenaza de que si no asiste no recibirán nuevamente al niño; o dicen "el pediatra me mandó, pero no sé porqué".

En las instituciones pediátricas la enuresis es un ejemplo de los trastornos que se presentan en bajo porcentaje como motivo de consulta, mucho más bajo es, por tanto, en las instituciones psiquiátricas. En algunas instituciones en México, los casos reportados en la estadística se basan en la primera demanda de los padres o en el primer diagnóstico, por lo que la enuresis muchas veces no aparece en un primer momento. Sin embargo, estudios epidemiológicos demuestran que es uno de los síntomas con mayor incidencia en la infancia, porque tras una cuidadosa anamnesis es fácil encontrar casos de niños enuréticos que asisten a consulta por otro trastorno. Los padres no consideran la enuresis como una enfermedad, mucho menos como algo relacionado con factores emocionales. Aunque lo ven como algo molesto y vergonzoso, lo consideran como algo "normal", que ya pasará con el tiempo, lo explican diciendo que el niño padece "enfriamiento", es "mañoso", quiere llamar la atención, etc. Los padres optan por no hablar de ello y tomar en sus manos el "tratamiento", basado en remedios caseros, castigos, amenazas o correctivos físicos, que rara vez dan resultado. Cuando los padres llegan a acudir al médico su demanda es que se corrija una conducta socialmente no aceptada; "acusan" al niño ante el médico por orinarse buscando intimidarlo, o acuden a él como último recurso después de diversos intentos infructuosos.

En la clínica existe una diversa cantidad de enfoques y técnicas de abordaje, que ha hecho difícil lograr un criterio común con respecto al origen y tratamiento de la enuresis. Por ello no se puede hablar de "el tratamiento" de la enuresis. Esto desalienta a los padres por no encontrar una respuesta rápida y eficaz a su demanda. El trastorno implica en sí dificultades para el profesionista desde la labor diagnóstica, ya que hay diversos factores involucrados que hay que distinguir; esto complica y hace lento el proceso. Además, al depender el tratamiento de la formación teórica y metodológica del profesionista, muchas veces el trastorno se ve desde un punto de vista parcial y se somete a los niños a tratamientos obsoletos, penosos, costosos o inaplicables para algunos casos. Otros problemas al tratamiento de la enuresis son los recursos limitados de las instituciones públicas y el inconveniente de que los profesionistas no se actualicen o no analicen otras propuestas.

Muchos investigadores contemporáneos se dedican a aclarar los conceptos referentes a la enuresis, probar los antiguos métodos y proponer nuevos. La mayoría de ellos abordan este problema como una enfermedad con implicaciones físicas, psicológicas y conductuales. El tratamiento más difundido actualmente se deriva de la rama conductista que apoya el uso de alarmas colocadas en la cama del niño para que despierte cuando empieza a mojarse y vaya al baño. La estadística reporta un gran número de remisiones bajo esta técnica de entrenamiento, que se ha hecho común y hasta comercial en algunos países.

El enfoque psicoanalítico, por su parte, aborda la enuresis psicógena como un síntoma, una manifestación de conflicto psíquico cuyo origen se remonta a las primeras vivencias del niño, sobre todo al tipo de relación establecida con la madre o la figura sustituta. El abordaje desde esta postura sería un análisis de los acontecimientos que rodearon el primer vínculo afectivo del niño. Todo ello implicaría estudiar los aspectos inconscientes presentes en la introducción de este niño en la familia desde antes de su nacimiento, los modos de relación y cuidado, incluyendo, el control de esfínteres. El psicoanálisis usa el discurso de los pacientes como vía para llegar a las instancias inconscientes, que de algún modo se han intrincado para originar un síntoma. En el caso de los síntomas psicopatológicos en los niños, se partiría de las explicaciones o referencias que la madre hace de la enfermedad y del propio niño, así como lo que el mismo niño "sabe" de su problema.

Entonces, si la enuresis tuviera un correlato psíquico originado de un tipo especial de conflicto no resuelto, ¿qué papel estarían jugando las técnicas conductuales de adiestramiento de control de esfínteres?. Algunos psicoanalistas apoyan la idea de que es, de algún modo riesgoso, "eliminar" un síntoma de este tipo sin saber porqué se instauró, qué conflicto implica, que lo está "sosteniendo" o qué ganancias le deja al niño. Es importante aclarar este origen para tener una base para asegurar, que sin un tratamiento de tipo psicoanalítico o psicoterapéutico de tipo dinámico, las otras técnicas están "ocultando" temporalmente el síntoma, provocando consecuencias posteriores, como el regreso del síntoma o la presentación de uno nuevo. Se impone entonces la necesidad de averiguar si este síntoma tiene un significado especial para el niño y sus padres, y porqué el niño elige, de algún modo, el cuerpo para manifestar un conflicto psíquico derivado de los primeros años de vida y en específico del primer vínculo establecido.

Muchas críticas a la investigación psicoanalítica se basan en el hecho de que difícilmente posee datos cuantitativos o aplicaciones de instrumentos o tratamientos en grandes poblaciones, que hagan posible la generalización; obviamente, esto se desprende de la misma naturaleza de esta corriente, que propone el análisis exhaustivo de cada caso. Pero quizá sea posible un plantear un tipo de metodología que parta de este enfoque y que al mismo tiempo arroje datos para posteriores abordajes. No se pueden dejar de lado, sin embargo, las evidencias médicas, conductuales y otras, que han diferenciado tipos específicos de enuresis y han planteado teorías sobre su etiología y tratamiento.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación es analizar la relación del vínculo madre-hijo y el síntoma de la enuresis infantil desde los postulados psicoanalíticos. Un segundo propósito, es resaltar la necesidad profesional y ética de brindar el tratamiento más efectivo integral y coherente para cada paciente. Para ello se tomaron en cuenta los datos propuestos por otras corrientes en la literatura científica. Esta propuesta podría dar pie a la incursión de nuevos programas de tratamiento, orientación y prevención desde el psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas y pediátricas.

CAPITULO 1. VINCULO AFECTIVO MADRE-HIJO

1.1 El niño desde la visión psicoanalítica

El estudio del desarrollo psicológico del niño ha partido de diversos enfoques teóricos, que dan peso, en mayor o menor medida, a factores hereditarios, ambientales, fisiológicos, sociales, psíquicos, etc. como responsables o participantes de la normalidad o patología del niño. Por su parte, los seguidores de la teoría psicoanalítica consideran que no se puede entender al niño sólo como una entidad psicofísica, puesto que se estaría estableciendo un límite irreal a su verdadera complejidad (Rodulfo, 1988).

Desde este marco referencial, el estudio de los fenómenos de la infancia inicia a partir del análisis del psiquismo el niño y de los procesos inconscientes asociados; esta labor nos remite al análisis de su historia, desde antes de su nacimiento concreto hasta lo más contemporáneo, así como la propia historia de los padres; postula también que dependiendo del deseo de la madre, la inclusión de la función paterna y las vicisitudes de esta relación triangular, el resultado puede ser un niño neurótico, psicótico, psicosomático, perverso o narcisista (Castoriadis-Aulagnier, 1991).

Asimismo, el estudio del infante debe considerar las notables diferencias marcadas por la edad, en términos de personalidad y desarrollo; por ejemplo, entre un recién nacido y un escolar, existe una enorme distancia en el nivel de desarrollo emocional, intelectual, social, físico, etc. (Winnicott, 1986).

En términos generales Freud (citado en Mitchell 1993) utilizó el término "infantil" para designar el lapso de la niñez, que va desde el nacimiento hasta los 6 años aproximadamente. A partir del psicoanálisis de adultos, inició el estudio de los fenómenos psíquicos de la infancia; esto permitió unir eslabones en la recopilación de datos clínicos de los adultos. A partir de Freud, muchos psicoanalistas consideran que el "presente" es un producto del "pasado" (de la infancia) que tiene impacto en la vida psíquica, representándolo y repitiéndolo constantemente. Otros autores (Mitchell, 1993 p. 151) consideran que si al adulto "se le observa como niño, es más fácil ordenar las piezas y los fragmentos de su historia en esquemas coherentes e inteligibles".

Antes de 1897, el bebé freudiano era una víctima pasiva de los acontecimientos del mundo exterior. Posteriormente a la teoría pulsional de Freud, la naturaleza del bebé era más animal, ya que se impulsaba por instintos, fantasías y terrores, dominado por las cualidades polimorfas y perversas del placer y vivía temeroso de la mutilación provocada por la venganza de los otros. Cuando Freud abandonó la teoría de la seducción, se concibió al bebé de modo más activo, "con pulsiones somáticas, fantasías y temores primarios y universales que constituían las categorías básicas de la mente" (Mitchell, 1993, p. 153).

La escuela norteamericana del yo, la teoría británica de las relaciones objetales y la psicología del "self", conciben un bebé diferente. Consideran que para crecer y desarrollarse normalmente, el bebé necesita determinadas condiciones básicas provenientes del exterior: "la posesión, la represión, el reflejo, oportunidades para la fusión simbiótica, la separación y la idealización". Cuando los padres no proporcionan estas condiciones, el crecimiento del bebé se detiene, surgen tensiones y dificultades, el bebé se torna agresivo y busca sustitutos. El bebé moderno se perfila más inocente, funcionaría más bien como un ser que busca pacíficamente las condiciones para desarrollarse en un medio interpersonal. Se cree que las primeras experiencias relacionales del bebé tienen una importancia interactiva (Mitchell, 1993 p. 154).

Según Mitchell (1993, p. 151), la estructura psíquica del niño se forma a partir de intercambios diádicos entre el bebé y quienes lo cuidan, por tanto, si se detiene el desarrollo emocional del niño, se atrofian los procesos mentales, y los elementos que darían como resultado la personalidad y modos relacionales, se aíslan configurando una forma de relación que se vuelve constante durante la vida posterior. Este autor considera que el análisis del bebé, desde el psicoanálisis, se basa en una apreciación metafórica y en la teorización de los procesos inconscientes que actúan en esta etapa.

Gutton (1983, p.22) presenta al bebé como un objeto libidinal que forma parte de la madre (aún después del parto), constituyendo una simbiosis en lo que llama "unidad narcisista primaria" en donde el niño "crea y expande en el seno del encuentro de su cuerpo biológico y del cuerpo deseante de la madre". Este autor destaca la relación del bebé con la madre como un primer encuentro decisivo, en el que el deseo inconsciente de la madre, (vislumbrado en el tipo y características de cuidados que prodiga al bebé) permiten la interacción del bebé como sujeto psíquico.

1.2 Fases del desarrollo libidinal

Al nacer, el bebé depende totalmente de la madre para satisfacer sus necesidades y estar a salvo del ambiente, por lo que en un principio las necesidades básicas se asocian con la satisfacción de pulsiones, después las necesidades o exigencias biológicas se separan de las pulsiones sexuales (Gutton, 1983).

Freud dividió en 5 las etapas del desarrollo psicosexual a saber: oral, anal, fálica, latencia y genital; después se distinguió un pequeño período entre la fase anal y la fálica llamado fase uretral. Todas ellas están caracterizadas por una cierta organización de la libido (energía de la pulsión sexual) con un énfasis en determinada zona del cuerpo (erógena) y resalta el predominio de un tipo de relación con los que le rodean (relación de objeto), (Wolman, 1971; La planche y Pontalis, 1993).

El primer objeto que ofrece placer al bebé es el pezón de la madre, por lo tanto la primera zona en la que el bebé experimenta sensaciones agradables es la boca, convirtiéndose en una zona erógena que distingue los primeros meses de vida. Con base en ello, Freud distinguió que tras el nacimiento se inicia la fase oral del desarrollo psicosexual (Freud, 1905).

La fase oral. Esta primera etapa puede definirse como: "primera fase de la evolución libidinosa: el placer sexual está ligado entonces predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación. La actividad de nutrición proporciona las significaciones electivas mediante las cuales se expresa y se organiza la relación de objeto; así por ejemplo, la relación de amor con la madre se hallará marcada por las significaciones: comer, ser comido (La planche y Pontalis, 1993).

La fase anal-sádica. La planche y Pontalis (1993) la definen como "segunda fase de la evolución libidinal, que puede situarse aproximadamente entre dos y cuatro años; se caracteriza por una organización de la libido bajo la primacía de la zona erógena anal; la relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas a la función de defecación (expulsión retención) y el valor simbólico de las heces. En ella se ve afirmarse el sadomasoquismo en relación con el desarrollo del dominio muscular".

La fase uretral. Este período es introductorio a la siguiente fase (fálica), porque tanto en el varón como en la mujer los tractos urinarios están relacionados de alguna forma con los genitales, de modo que las fantasías sexuales de los niños asocian la orina con el semen y la sexualidad con la micción. El erotismo uretral marcado por estas fantasías convierte al propio cuerpo en el objeto amoroso y se dirige hacia los otros objetos mediante fantasías sobre orinar sobre ellos o ser orinado por los otros. En los niños este erotismo conduciría hacia el erotismo genital activo y normal. En las niñas, conduciría al conflicto de envidia del pene (Wolman, 1971).

La fase fálica. Según La planche y Pontalis (1993, p. 62), esta fase unifica las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales. En este periodo que inicia alrededor de los 4 años, los niños en general, sólo reconocen un órgano sexual: el masculino, por lo que las posibilidades se resumen en un órgano fálico o uno castrado, que da origen al complejo de castración y a la declinación del complejo de Edipo, que es un "conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta hacia sus padres, su culminación señala la entrada a la siguiente fase. El complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano. Los psicoanalistas han hecho de este complejo un eje de referencia fundamental de la psicopatología, intentando determinar, para cada tipo patológico, las modalidades de su planteamiento y resolución".

La fase de latencia. "En esta fase los sentimientos edípicos incestuosos y agresivos son reprimidos y olvidados" (Wolman, 1971, p. 281). El niño ha interiorizado en esta etapa las prohibiciones parentales y se ha identificado con el padre del mismo sexo, por lo que el interés sexual del niño disminuye considerablemente y se dedica a otras actividades como el juego con compañeros.

La fase genital. Esta fase se caracteriza por la organización de las pulsiones parciales bajo el dominio de las zonas genitales, comprende dos tiempos separados por la fase de latencia, la fálica y la organización genital propiamente dicha, que se instaura en la pubertad. La libido queda completamente separada de los padres para adaptarse psicológica y socialmente para dirigir su libido a un objeto amoroso exterior a la relación triangular (La planche y Pontalis, 1993; Wolman, 1971).

1.3 El niño y "el mito familiar"

La historia de un niño implica el análisis de las vicisitudes de los primeros años de vida, pero también nos remite a su historia antes de nacer; esto nos llevaría al conocimiento de cómo devino sujeto este niño y en un momento dado, también el origen de sus síntomas. Según Gutton: "psicológicamente, el niño nace en el inconsciente y consciente parentales mucho antes de su nacimiento concreto" (1983 p. 28).

Para Rodulfo (1988, p. 17), "la historia del chico debe ser un recuento de todo lo que se puede fantasear o no, lo cual conduce por sí solo a toda la problemática de la prehistoria, esto es, lo que lo precede, los modos y gradientes de lo ocurrido, determinantes para este niño, antes de que propiamente exista".

El niño al nacer ya produce efectos en las funciones simbólicas de los padres, ya forma parte de una historia, de una forma de relación y de una familia de las que se va haciendo partícipe al interactuar con los otros. Este primer encuentro con los padres, que implica los afectos y atención que expresan ante sus necesidades básicas, lleva implícitos además, los deseos, expectativas y "esperanzas" inconscientes parentales dirigidos hacia él y el lugar que se le asignará en la novela o mito familiar (Gutton, 1983; Rodulfo 1988).

Algunos psicoanalistas (Rodulfo, 1988) consideran que para entender la problemática de un niño o sus síntomas, se tendría que reconstruir material de otras generaciones, es decir, la historia de los padres (y hasta de los abuelos). Con ello se rastrearían los móviles inconscientes repetitivos que se han intrincado y se descifrarían los elementos significativos o "significantes" que rodean la familia y cómo el niño se ha enganchado en ellos: "cuando nos preguntamos qué es un niño en psicoanálisis localizamos ciertas cosas que denominamos significantes, las cuales tienen mucha relación con la formación de ese niño; pero estas cosas no son necesariamente producidas por él, inventadas por él, ni dichas por él; en cambio solemos encontrarlas en labios y en acciones de quienes lo rodean"... "cuando a un hijo le cae sobre la cabeza un significante, una cuestión es en qué términos entablará relación con él" (Rodulfo, 1988 p. 31).

Desde este punto de vista el mito familiar es una red de pequeños mitos, es decir una trama de fantasías y "fantasmas" que involucra las prácticas cotidianas: actos, dichos, normas educativas, ideologemas, las funciones que cumplen los sujetos implicados en el advenimiento del niño, así como una serie de significantes, que no se reducen al terreno de las palabras, algo implícito en la familia pero del orden del inconsciente que se repite por generaciones (Rodulfo, 1988).

Siguiendo esta línea de análisis, la tarea del niño que entra en un mito familiar sería encontrar un significante que lo represente ante y dentro del discurso familiar; el niño ocupa un espacio al venir al mundo, pero tendría que ocupar un lugar también en el deseo del otro y para que esto ocurra, es necesario que ese otro le de un lugar. Lo anterior implica preguntar qué representa el niño para los padres, para qué se lo desea y qué lugar se le dará: "el significado que se le da a un niño es un significado de posiciones que suelen coexistir en diferentes intensidades y prevalencias: niño como falo, niño como síntoma y niño como fantasma" (Rodulfo, 1988, p.76).

Para Rodulfo (1988) el que un niño sea "falizado" implica que un niño sea marcado como un ser deseado y es un medio fundamental para su desarrollo como sujeto y para su estructuración simbólica. El dar un significado a un hijo consiste en simbolizar el hecho de que ese niño es un ser nuevo. Cuando el niño no es o ha dejado de ser falizado en una medida óptima para él, se le desplaza a otro estatuto que puede ser el de un "síntoma" o un objeto. Cuando el niño ocupa la posición de "fantasma" el niño pierde la oportunidad de ser reconocido en su particularidad y constituye el caso más riesgoso porque el niño se perpetúa en objeto de goce para el otro.

1.4 Relaciones objetales

El psicoanálisis contemporáneo se ha visto influenciado por dos líneas de investigación, una de ellas es la teoría psicoanalítica clásica basada en los conceptos que apoyan la hipótesis de la estructura intrapsíquica y sus conflictos. La otra vertiente es la teoría de las relaciones de objeto en psicoanálisis, que otorga especial importancia a la relación temprana del niño con sus objetos, es decir, los padres. Aunque aparentemente opuestas, ambas están interrelacionadas, especialmente en el período de desarrollo temprano del niño, de tal modo que podría decirse que las relaciones objetales "influyen en la formación, organización, arresto y desviación de la estructura intrapsíquica" (Michaca, 1986, p. 37).

Según La planche y Pontalis (1993 p. 359), la expresión: "relación de objeto u objetal" se usa para "designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes".

Freud (1905), dividió el instinto sexual en un objeto y una meta; objeto sexual sería aquella persona hacia la que se dirigen las pulsiones y de la que parte la atracción sexual; y meta sexual a las acciones dirigidas a obtener la satisfacción de la pulsión. En 1914, Freud (citado en Michaca, 1986 p. 38) aborda por primera vez el tema de las relaciones de objeto; lo esencial de su escrito se puede resumir como sigue: " presenta a la libido como una fuerza susceptible de variación cualitativa y cuantitativa, narcisista y objetal, cuyos movimientos explican las manifestaciones de la psicosexualidad. Contiene la primera presentación sistemática de la elección de objeto".

Más tarde, en 1921, Freud dividió la elección de objeto en narcisista y anafílica. La primera sería una elección en función de lo que se es o de lo que se cree ser. La segunda, una elección de acuerdo a la persona que se encargó de los primeros cuidados en la etapa de dependencia. Las tareas que debe realizar el niño para lograr su independencia psíquica serían:

1) La elección de objeto, es decir, elegir al padre que será su modelo sexual y hacia quien dirigirá sus necesidades instintivas.

2) La identificación con un objeto, es decir, con el padre de quien adquirirá su modelo de rol, identidad sexual y el carácter de su ego (Michaca, 1986).

Se habla de "relaciones de objeto de un determinado individuo, pero también de tipos de relaciones de objeto, refiriéndose a los momentos evolutivos (ejemplo, relación de objeto oral), ora a la psicopatología (ejemplo, relación de objeto melancólica)". En psicoanálisis la palabra "Objeto" se encuentra en expresiones como amor de objeto y amor objetal. Una persona es calificada como "Objeto" en la medida en que hacia ella se dirigen las pulsiones. La palabra "relación" se refiere directamente a una interrelación, es decir, no sólo a la manera en que el sujeto estructura sus objetos de amor, sino cómo ellos se involucran en su actividad (La planche y Pontalis, 1993, p. 359).

Para Bellack (citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1991) las vicisitudes de las relaciones objetales tempranas condicionan las siguientes etapas de la vida y las funciones de autonomía primaria, sentido de la realidad, de sí y del mundo, y permiten entender cómo influyen en su vida las figuras parentales y otras figuras de relación.

El estudio de las aportaciones de los psicoanalistas a la teoría de las relaciones objetales, implica un exhaustivo análisis del desarrollo las mismas, a continuación, sólo se exponen las ideas principales de los autores que tuvieron más influencia en la creación de esta línea de pensamiento.

Para Balint, (citado en Michaca, 1986), el desarrollo de las relaciones objetales y el instintivo son paralelas y, aunque ejercen mutua influencia, son independientes. Para el desarrollo adecuado del niño, debería existir armonía entre él y su medio, no sólo los primeros meses, sino desde el período fetal. El nacimiento rompe la armonía y hace necesaria una nueva forma de adaptación.

El resultado de la disolución de la armonía del infante con su medio es la "falla básica", que describe como un "área de la mente" y esta falla se presenta cuando alguien ha defraudado al infante. Balint postula que todos tenemos una falla básica localizada en las fases formativas tempranas, cuando existió una discrepancia entre las necesidades psicobiológicas del niño y los cuidados, atención y afecto provistos por el medio; la severidad de esta falla dependerá de la calidad del cuidado otorgado en épocas tempranas. Para hacer menos grave esta falla, deberá ser satisfecha una necesidad instintiva, deberá solucionarse un conflicto, la falla básica tiene una posibilidad de curación si se provee al sujeto de aquellos elementos que faltaron o que fueron deficientes. De la falla básica se derivarán las características de relaciones objetales posteriores, de tal modo que mientras más severa sea la falla más difíciles serán las relaciones. (Balint, citado en Michaca, 1986, p. 54).

Winnicott (citado en Michaca, 1986) considera que la realidad se presenta al niño mientras éste fantasea con una realidad objetal impulsado por sus necesidades instintivas, es por ello que crea satisfactores y prueba su omnipotencia al recibir lo que desea. Este autor considera que es importante que una "buena madre" que ha percibido las necesidades del niño lo satisfaga confirmando su omnipotencia, considerado como un proceso de experiencia, porque aún el bebé no tiene la conciencia de que existe un otro. Winnicott enfatiza importancia del cuidado materno en su estudio de la relación padres-hijo, de lo que concluye que en la madre debe existir una "preocupación materna primaria", presente antes y después del nacimiento habilitándola para ejercer su función. Propone que sólo la madre puede saber lo que siente su bebé, porque ella está en su área de experiencia. Cuando la madre logra identificarse con su bebé, cumple la función descrita por Winnicott como "holding" (sostenimiento-abrazo-contención) que constituirá una experiencia del "self" y apoyará el desarrollo e integración de una relación adecuada del ego con los objetos, apoyando al Yo, sobre todo en la fase de dependencia absoluta.

Para Winnicott un trauma en el niño ocurrirá cuando la madre, por su propia ansiedad, no se sensibiliza con los requerimientos omnipotentes del niño y lo somete a sus propias necesidades convirtiéndolo en su objeto de deseo. Al principio de la vida el trauma se relaciona con la amenaza de aniquilación, que Winnicott define como "agonías primitivas o ansiedades impensables" y son: 1) desintegrarse, 2) caer para siempre, 3) no tener relación con el cuerpo, 4) estar desorientado, 5) aislamiento completo por no existir comunicación.

Spitz, (citado en Michaca, 1986) habla de que las discrepancias o falta de sincronía en "períodos críticos" del desarrollo, entre las necesidades del niño y los conflictos ambientales, alteran el proceso de maduración y en ocasiones la supervivencia, como demostró en los casos que llamó "depresión anaclítica y hospitalismo en los que observó alteraciones provocadas por la separación del niño con su madre.

Margaret Mahler (citada en Michaca, 1986), se dedicó al estudio de las relaciones de objeto con base en la observación directa de la relación madre-hijo. Según Mahler, el nacimiento biológico del niño y su nacimiento psicológico se producen en momentos diferentes. Durante casi 4 años el niño evoluciona psíquicamente y se ajusta a la realidad como sujeto individualizado. Mahler habla de dos tipos de embarazo, uno biológico y uno psicológico, en este último el niño permanece fusionado con la madre y va adquiriendo elementos para ser un sujeto independiente. Esta autora dividió el desarrollo psicológico del infante en 4 fases, que se traslapan entre sí y en donde los límites de edad son variables:

1. Fase autista normal (aobjetal, del 0 al 1er mes). El bebé estaría en un estado parecido al autístico en el que la distribución de la libido es parecida la que prevalecía en la vida intrauterino. 2. Fase simbiótica normal (Preobjetal, del 1o al 5o mes). El bebé logra una vaga conciencia del objeto externo satisfactor, diferencia lo placentero de lo displacentero, estableciendo huellas mnémicas. No existe una diferenciación entre el bebé y la madre (entre el self y el objeto) porque son una unidad dual u omnipotente. La detención o regresión a esta fase originaría una conducta psicótica. 3. Fase de separación individuación (objetal, del 10o al 36o mes). La individualización es la evolución de la autonomía intrapsíquica: percepción, memoria, cognición y prueba de realidad. La separación es la diferenciación, el establecimiento de límites y la desvinculación con la madre. Los procesos de estructuración serán la base de las representaciones internalizadas del self distinguiéndolas de las otras representaciones de objeto. Lo ideal sería que la separación y la individualización progresaran simultáneamente y sin diferencias notables. Esta fase se divide a su vez en tres subfases:

a) Diferenciación y desarrollo de la imagen corporal . La sonrisa del niño ya es una respuesta específica ante algo y aumenta su nivel de atención hacia el mundo. Se inicia la diferenciación somatopsíquica en donde el niño distingue de modo emotivo y cognitivo lo extraño de la madre: reconoce el objeto libidinal.

b) Práctica o ejercitación de la diferenciación corporal entre el niño y su madre; el niño establece un vínculo específico con ella; la habilidad motora le permite explorar el mundo y se ayuda con la cercanía de la madre y con el desarrollo de la autonomía de su Yo. Acrecienta su narcisismo porque confirma su omnipotencia con el logro del lenguaje y la tolerancia a separarse de la madre.

c) Crisis de "reacercamiento". El niño ya es un ser separado de la madre y quiere compartir con ella lo que tiene. Surge la angustia de separación que supera con la ayuda de la madre, ante la que reacciona con ambivalencia. El niño logra un distanciamiento de la madre, ejercita su autonomía y la interacción social, desarrolla el lenguaje, el reconocimiento de otras personas y la expresión de deseos, situaciones y fantasías por medio del juego.

La solución de la crisis de reacercamiento no siempre se presenta y cuando se da, es diferente en cada niño y está determinada por 6 factores según Mahler: 1) el desarrollo de la constancia objetal, 2) la calidad y la cantidad de desengaños posteriores, 3) situaciones traumáticas, 4) el grado de ansiedad de castración, 5) el destino del complejo de Edipo y 6) la crisis del desarrollo de la adolescencia.

4. Fase del camino de lograr la constancia objetal (objeto internalizado, del 22o al 36o mes). El objetivo de esta fase es una individualización definida y el logro de cierto grado de constancia objetal (constancia afectiva del objeto), que dependerá de la internalización de la imagen materna catectizada positivamente fusionando los aspectos libidinales y agresivos en esa sola imagen. Se logra también la representación mental del self, distinguiéndola de la de los objetos exteriores. La constancia objetal puede verse afectada por presiones maduracionales, el grado de angustia de castración, vicisitudes de la vida: enfermedad, nacimiento de hermanos, ausencia de los padres, etc.

1.5 El niño y el vínculo afectivo con la madre

En términos generales, establecer un vínculo es "ser atraído emocionalmente hacia una persona y ser dependiente de ella en cuanto a satisfacción emocional" (English y English, 1977); además, es tarea del individuo como parte de una especie: "a medida que progresa el desarrollo sensorial, todos los organismos sociales tienen la tarea paralela de establecer un vínculo entre el recién nacido y su especie" (Kaplan, 1994).

Según Bowlby (1986, pp. 91-92) el "vínculo afectivo" es la atracción que un individuo siente por otro individuo y la vinculación afectiva es "el resultado del comportamiento social de cada individuo de una especie difiriendo según con qué otros sujetos de su especie esté relacionándose, lo cual, supone, desde luego, una capacidad para reconocerlos...el rasgo esencial de la vinculación afectiva consiste en que los dos participantes tienden a permanecer en mutua proximidad".

La vinculación es una experiencia subjetiva; su formación es descrita como "enamoramiento", su mantenimiento como "amar a alguien", su pérdida como "pesadumbre". La amenaza de perder el vínculo provoca ansiedad y la pérdida, pena; ambas situaciones generan ira. El mantenimiento del vínculo afectivo se vive como una fuente de seguridad y cuando se pierde y se recupera, genera alegría (Bowlby, 1986).

Algunos autores (Gijón y Peral, 1992) consideran que la "vinculación" es la calidad de la relación afectiva bilateral y recíproca entre madre (o cuidador primario) e hijo que se desarrolla gradualmente durante el primer año de vida; es una interacción activa que se da incluso antes del alumbramiento adquiriendo calidad individual, y depende, tanto de la madre como del hijo, de las dotaciones específicas y la modulación y conjugación de las de ambos.

Otros autores (Craig, 1988, Bowlby, 1993) usan el término "apego", para especificar este vínculo inicial. El apego sigue desarrollándose aún después de la lactancia y se establece firmemente cuando el niño tiene alrededor de 9 meses de edad.

El primer vínculo del lactante suele caracterizarse por una fuerte interdependencia, sentimientos mutuos e intensos y por nexos motivacionales. El apego del niño hacia su madre pasa gradualmente por varias fases de crecimiento emocional y social que ponen los cimientos del posterior desarrollo vincular que fueron descritas por Ainswort (citado en Craig, 1988).

Aumento en la sensibilidad social. Durante los 3 primeros meses de vida el niño se sirve del llanto, la vocalización, el seguimiento visual, etc. para establecer contacto con los otros. El niño aún no distingue entre los cuidadores primarios de los demás reaccionando de forma parecida ante todos. Entre los 3 y 6 meses reconoce las figuras familiares y dirige más su atención a los cuidadores principales. Esta etapa está caracterizada por un logro "intelectual" que marca la aparición de un esquema para la madre o el cuidador primario y una sensibilidad ante los elementos discordantes.

Búsqueda activa de proximidad. Da inicio alrededor de los 7 meses y finaliza hacia el segundo año. El niño ejercita la locomoción: puede extender los brazos para que lo carguen, abrazar o asirse a alguien, saludar, llamar, etc. Adoptan un papel más activo y voluntario en el apego, busca el contacto con la madre, muestra resistencia a la separación y miedo a los extraños.

Comportamiento de reciprocidad. El niño se da cuenta que la madre es una persona importante e individual, actúa y reacciona ante ella de modo comprensible, es capaz de participar en la creación de una relación de reciprocidad; trata de saber qué es lo que ella espera de él y modificar su conducta para agradarle o responder a sus demandas, logrando con ello sus propias metas.

Aun antes de nacer el niño ya depende no sólo del estado de salud de la madre, sino de la influencia de sus cambios emocionales sobre el feto. Después de nacer depende enteramente de ella para su supervivencia (Reca, 1971).

La primera relación concreta entre el bebé y la madre es el amamantamiento; para algunos autores (Reca, 1971; Tamminen y Salmelin, 1991), es más que "alimentar al bebé" es: la primera experiencia del bebé y le permite explorar el mundo, la primera

forma de relación con la madre y, en un principio su única fuente de "alimentación psíquica", un tipo de interacción psicosomática entre ellos que se ve influenciado y controlado por las actitudes de la madre, las condiciones de vida y su propio estado afectivo. Tamminen y Salmelin, (1991) sugieren que la habilidad de alimentar al bebé con el propio cuerpo, siendo sensible a las necesidades del niño, es más difícil para las madres que padecen depresión post-parto, que para aquellas que no la presentan.

Algunos autores (Gutton 1983, p. p. 26, 69y 76) consideran que los cuidados maternos implican mucho más que "atender correctamente al bebé" explican que la madre realiza su deseo de tener un hijo con un objeto distinto a ella: el lactante; por lo que los cuidados maternos son sinónimo de la relación objetal de la madre. Este deseo, vislumbrado en los cuidados, es un proceso que llama "seducción primaria" basado las concepciones de S. Freud, quien dice que la ternura de los cuidados maternos es un modelo de vínculo libidinal. Gutton define los cuidados maternos como: "el conjunto de conductas que la madre dirige a su hijo en procura de adecuación...y comprenden el conjunto de las manifestaciones por las que se expresan las motivaciones maternas". La relación madre-hijo, en un inicio funciona como si el niño psicológicamente siguiera formando parte del cuerpo materno, los cuidados maternos serían la expresión de una unidad psicológica formada por ambos denominada "unidad narcisista primaria".

Los cuidados maternos deben adecuar las necesidades y demandas maternas con las del bebé; estos cuidados suponen, tanto la correcta decodificación de las expresiones de la madre por el niño, como las del niño por la madre. Las expresiones maternas están caracterizadas por las actitudes y modos de relación, teñidos o no de afectos, tales como la mirada, la sonrisa, las caricias, e involucran todos los móviles inconscientes que están detrás de cada acto (Winnicott, 1982; Gutton, 1983). El trato del niño con la madre es para él "una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales, a partir de las zonas erógenas...la madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual en pleno derecho" (Gutton. 1983 p. 26).

Por lo anterior, el vínculo es bilateral y recíproco, por lo que también el niño forma parte activa de las modalidades de comunicación (mirada, contacto cutáneo, etc.) de las que madre e hijo se sirven para comunicar el afecto; el bebé recibe mensajes de las características de la voz de la madre, (intensidad, variabilidad, ritmo, timbre, etc.), de la

modificación de postura y del tono muscular cuando está en sus brazos. Con la maduración del control visomotor y cefálico, el niño logra una mayor comunicación o la evita: busca, frena o evita la interacción con la mirada. Poco a poco la sonrisa adquiere un valor operatorio, es decir, se expresa en respuesta a algo; los sonidos guturales y las vocalizaciones del niño son análogas al diálogo y presenta conductas anticipatorias a los cuidados maternos (Gijón y Peral, 1992).

Para Winnicott (1986, p. 140), los cuidados maternos y las formas de relación en esta etapa, tienen un valor muy relevante para la vida futura: "todo el cuidado que una madre dedica a su bebé no es simplemente un placer para ella y para el bebé, sino también algo absolutamente necesario, sin lo cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano y valioso...un niño privado de algunas cosas bastante comunes pero necesarias como el contacto afectuoso, inevitablemente resultará perturbado en cierta medida, en su desarrollo emocional y ello se manifestará como una dificultad personal a medida que crezca".

Otros autores consideran que modalidades de relación que parecerían inútiles poseen un gran valor. Por ejemplo, Altmann et al. 1993, realizan un estudio en el que resaltan la importancia canción de cuna en el desarrollo del aparato psíquico del bebé. Estos autores sugieren que es un modo de comunicación entre el preconscious de la madre y el aparato psíquico del infante que contribuye a su inscripción en registro familiar inconsciente, identificándose al mismo tiempo con su historia y con sus padres. Estos investigadores estudiaron el valor preventivo y terapéutico de esta relación específica en casos de niños hospitalizados.

Otro factor a considerar es que los bebés con alguna dificultad sensorial tienen más problemas para vincularse con la madre; ésto impone la tarea a la madre de sobrecompensar la deficiencia y de elaborar la herida narcisista que le significa tener un bebé con alguna alteración; tendría que elaborar previamente el duelo del niño imaginado para contactar e identificarse con el bebé real. El riesgo de algún trastorno en el vínculo es mayor en estos bebés (Gijón y Peral, 1992).

Existen otras concepciones con respecto al establecimiento de un "vínculo adecuado" entre la madre y sus hijos.

Se considera trascendente a la capacidad de la madre para comunicarse con su hijo (con o sin palabras), para jugar con él, la enseñanza de aspectos como la sexualidad y los límites, el entrenamiento del control de esfínteres, cómo incluye al padre en la vida del niño (aunque esté ausente físicamente) etc.; aspectos que darán como resultado un conjunto de percepciones de valor simbólico, que provocan en el niño sentimientos de seguridad. El clima afectivo establecido por la madre será, según esta postura, la característica esencial de la formación intelectual y moral del niño antes de los dos años (Padilla, 1991).

Según lo anterior la relación del niño con la madre no sólo resulta relevante para su supervivencia, su desarrollo psíquico, su intromisión al medio social, familiar, etc. sino que a medida que el niño crece y va adquiriendo nuevas funciones, la madre da lugar a cierto tipo de intercambios que pueden ser fuente de satisfacción mutua o de dificultades para su desarrollo físico, psicológico y hasta biológico.

De las concepciones freudianas sobre el desarrollo psicosexual, se desprendieron las "zonas erógenas", que son en las que se centran las actividades de ciertas funciones en la primera infancia, tales como la oral, en la lactancia y la anal en la época del control de esfínteres. La forma en que la madre ayuda al niño a pasar de un tipo de alimento a otro, cómo enseña el control esfinteriano, etc. resultan componentes relevantes en las formas de relación madre-hijo (Reca, 1971).

1.6 Trastornos del vínculo

La calidad del vínculo madre-hijo repercute directamente sobre el desarrollo afectivo del infante. De las vicisitudes de esta relación, el niño estructurará su psiquismo dentro de lo normal o lo patológico y establecerá los métodos para enfrentar la angustia.

En ocasiones el cuidador principal y el lactante tienen problemas al relacionarse, originando trastornos en la formación del vínculo afectivo. Algunos niños víctimas de maltrato o a quienes no se les brindan los cuidados adecuados llegan a presentar dificultades en el desarrollo físico, por lo que suelen ser pequeños, débiles, dando la impresión de estar muy enfermos y hasta se les dificulta digerir la comida, se ven apáticos, tienden a ser aislados, casi inmóviles y evitan el contacto visual (Craig, 1988).

Según Bowlby (1986 p.94, 103), "resulta convincente considerar a muchos de los trastornos psiconeuróticos y de la personalidad humana como correspondientes a una alteración de la aptitud para establecer vínculos afectivos debido a un desarrollo defectuoso durante la infancia, o a una alteración posterior...Se ha demostrado que resulta útil postular que en cada tipo de caso el comportamiento alterado del adulto representa una persistencia, a través de los años, de patrones aberrantes de conducta vinculante, que se han establecido como resultado de rupturas de vínculos acontecidos durante la infancia"

Algunos psicoanalistas han estudiado las consecuencias de la ruptura de vínculos en épocas tempranas y han descrito una serie de características en este tópico. Según Doltó (1984), existen trastornos en diversos aspectos psíquicos derivados de rupturas precoces en los lazos existentes entre la madre y el hijo aún en el curso de la vida fetal marcada por la simbiosis, durante el parto o en la lactancia, que es un periodo en que el equilibrio de la relación madre-hijo, es fundamental para el devenir humano del bebé. Por ejemplo, el establecimiento de la primera imagen del cuerpo y del narcisismo fundamental del niño se originan desde épocas muy tempranas y puede verse dañado ante una ruptura patológica del vínculo del niño con su madre. Esta autora considera diferentes los tipos de rupturas según la etapa de desarrollo del niño, que se describen a continuación:

Trastornos durante el embarazo. Fisiológicamente, el embarazo puede ser normal, pero si existen eventos traumáticos para la madre (como una pérdida afectiva), que la hagan olvidar durante algunos días que está embarazada, muy probablemente habrá un efecto posterior en el niño; dato descubierto en la reconstrucción de la historia de adultos, sujetos a tratamiento analítico. Ciertamente esto no se puede generalizar, puesto que el vínculo simbólico en juego no depende de la hostilidad, o de una conciencia afectiva incómoda de la madre durante el embarazo, que a pesar de todo muestran la existencia de un lazo simbólico libidinal que existe en el consciente e inconsciente de la madre, movilizandolos afectos y dirigiéndolos hacia el feto (Dolto, 1984).

El vínculo madre-feto caracterizado por el deseo hacia el bebé, es lo que permite el desarrollo adecuado del niño en la vida fetal, ya que independientemente de lo positivo o negativo de su afecto, se trata de algo dinámico. Que la madre olvide su embarazo y por tanto al feto, parecería imposible, ya que las madres recuerdan su estado aún dormidas. Un olvido a este nivel significaría un traumatismo psíquico de la madre que quizá no sólo la haga olvidar a su bebé, sino a su pareja y quizá hasta su propia existencia. Estos casos son excepcionales; podría hablarse por ejemplo de niños psicóticos de nacimiento o de muchos casos en que los fetos mueren por aborto o ante complicaciones ante un nacimiento prematuro (Dolto, 1984).

Trastornos en el parto. Las observaciones y descubrimientos realizados en los análisis de algunos niños, han mostrado datos que remiten la ruptura del vínculo a momentos posteriores al parto. Se rompe el vínculo simbólico entre la madre y el neonato en casos en los que la vida de ambos está en peligro, la alegría del nacimiento se transformó en la angustia de la muerte los padres pueden incluso asumir que el niño ha causado un peligro de muerte a la madre, por lo que el niño "vive como si hubiera muerto al nacer". A partir de esto no se constituye la cohesión sujeto-imagen del cuerpo-esquema corporal, "porque vivir es acercarse a la posibilidad de morir" (Dolto, 1984, p.168). Si la madre muere a consecuencia del parto, después de establecer un cierto tipo de vínculo con el niño, esto puede negar al niño la posibilidad de estructurar un "narcisismo primario cohesivo". A veces el duelo familiar relaciona al niño con la muerte la madre, no es algo que se verbaliza, pero existe en la manera de relacionarse con él, de mirarlo, "las amargas palabras que rodean su cuna, crean un clima depresivo que el recién nacido percibe dada su extrema sensibilidad a todos los efectos que le conciernen" (Dolto, 1984, p. 169).

Trastornos en el periodo de castración anal. En esta época específica pueden producirse traumas en el niño cuando la madre establece una educación esfinteriana severa "sin permitir la mediación del desplazamiento del placer excremental sobre el placer de manipular todos los objetos no peligrosos que estén al alcance del niño. El control debe mediar por medio de la palabra, efectuarse lentamente "ni sin ningún conflicto, ni sin ninguna palabra", porque se provocarían trastornos en la estructuración de la personalidad del niño (Doltó, 1984. p.171).

La ineficacia o inadecuación de los cuidados maternos es el origen de diversas patologías en los niños, tanto a nivel físico como psicológico. Según Gutton (1983, p. 55) "todo signo (o síntoma) es el resultado de un compromiso entre las demandas del lactante y las que se expresan en los cuidados maternos, o sea que es el reflejo de una doble búsqueda de adecuación".

Doltó (1984) denomina "hospitalismo burgués" al tipo de patología causada en los lactantes cuando son dejados al cuidado de sucesivas nodrizas que crían al niño ocupándose únicamente de sus necesidades biológicas, sin que exista un lazo afectivo e incluso dirigiéndoles su hostilidad o sus propias agresiones.

Para Gutton (1983, p. 70), la psicopatología en los cuidados maternos se situaría con base a dos aspectos:

1) que los cuidados maternos estén dominados en gran parte por su carácter operatorio, es decir que su objetivo principal o único, sea la realización del deseo materno, sin la búsqueda de adecuación a la demanda biológica del niño, relación que denominó "dinámica perversa de los cuidados maternos". Las defensas neuróticas de la madre pueden modificar su percepción operatoria de lo que el niño necesita: "la observación fina de la madre empeñada en la atención de su bebé y la recepción de su discurso en el consultorio permiten averiguar anomalías diversas de su actividad y de su juicio, que obedecen a un desconocimiento de ciertas necesidades del niño". Algunas madres ejercen excitaciones innecesarias por motivos fútiles, tanto, que el lactante finalmente desarrolla trastornos psicógenos. La angustia de la madre ante el dormir del niño, provoca conductas verificadoras como despertarlo; puede tener miedo a causarle daño, lo que induce a mantenerlo en la cuna o a abstenerse de bañarlo o cambiarlo.

2) Los cuidados maternos pueden ser sólo operatorios, es decir, sin actividad libidinal, en donde existe una pobreza de la investidura libidinal de la madre sobre su hijo. El cuidado biológico del bebé es <<correcto>>, pero existe una neutralidad o indiferencia en donde "el hijo no es objeto de deseo, sino de actividad en su discurso, la madre no habla de sí misma ni de su hijo, sino que relata la correspondencia de gestos entre ambos, con lo cual sólo permite una "psicología del comportamiento" (Gutton, 1983, pp 71-72), este discurso no permite indagar al niño, ni lo que éste representa para su madre. Los cuidados maternos operatorios presentan dos aspectos importantes:

a) el niño no es la meta del deseo sexual de la madre "sino un objeto socialmente valorizado, sin referencia libidinal", sin embargo, la energía desexualizada y sublimada establece una fuerte unidad madre-hijo" (Gutton, 1983, p. 720.)

b) los cuidados operatorios encuadran las características del "pensamiento operatorio" según Marty (citado en Gutton, 1983) característico del discurso de pacientes afectados de enfermedad psicósomática; además parecen presentar fallas en la representaciones, mientras que los sistemas defensivos y adaptativos son de tipo neurótico o normal.

Los cuidados operatorios pueden ser globales o focalizados, por ejemplo hay madres que designan especial cuidado a la boca del niño. La posición maternante puede volverse de carácter operatorio sólo durante un tiempo limitado, en función de reestructuraciones psicopatológicas del embarazo, del parto y de las primeras semanas de relación madre-hijo (Gutton, 1983).

Por su parte, René Spitz (1965), realizó serie de estudios con un grupo de niños que tras seis meses de buenas relaciones con sus madres, fueron separados de ellas en un período más o menos largo. Observó un cuadro clínico progresivo (en función del tiempo de separación), al que llamó depresión anaclítica por la semejanza que presenta con la depresión en el adulto, aunque la estructura dinámica es completamente distinta. Las características de este trastorno infantil de acuerdo al tiempo de separación son:

En el primer mes, los niños se tornan llorones, exigentes y se aferran a quien tiene contacto con ellos. En el segundo mes, el llanto se vuelve chillidos, pierden peso y se estanca su desarrollo. En el tercer mes, rechazan el contacto, permanecen acostados boca

abajo (posición patognomónica), sufren insomnio, siguen perdiendo peso, muestran tendencia a contraer enfermedades, retraso motor y se rigidiza su expresión facial. Después del tercer mes se fija la rigidez del rostro, los lloros son remplazados por gemidos, el retraso motor aumenta y se convierte en letargia. Si se restituye o se halla un sustituto antes del período crítico (finales del tercer mes al quinto) el trastorno desaparece rápidamente. Las características de este trastorno fueron totalmente distintas si la relación con la madre era mala antes de la separación.

Las consecuencias son aún más graves ante una carencia afectiva total, independientemente del tipo de relaciones anteriores entre la madre y su hijo. Spitz (1965) estudió noventa y un casos de lactantes criados por las madres los primeros tres meses de vida, en los que su desarrollo y comportamiento fue considerado normal; después de este período fueron destetados y quedaron a cargo de una niñera que tenía a su cargo a varios niños en la institución. La calidad de la atención y cuidado fue considerada excelente, pero el tiempo de provisión afectiva era el mínimo, por lo que en realidad los niños sufrían una total carencia afectiva.

Todos los niños pasaron por los estados de la privación parcial y además presentaron: el rostro se vació de expresión con "aire generalmente idiota" y con coordinación ocular defectuosa. No llegaron a la fase del desarrollo que les permite rodar en la cama, por lo que ni siquiera pudieron presentar posición patognomónica. La psicomotricidad se manifestó en algunos niños con movimientos extraños que parecían catatónicos o "descerebrados"; el nivel de desarrollo disminuyó continuamente hasta obtener un nivel muy por debajo de la media. A los 4 años muchos no llegaron a andar ni a hablar. Se presentó un 37% de muerte y marasmo debido a la vulnerabilidad a las infecciones y el deterioro progresivo. Spitz denominó a este cuadro hospitalismo.

Un rasgo dinámico presente en los niños con trastornos por carencias afectivas (depresión anaclítica y hospitalismo) fue que la carencia de relaciones objetales imposibilitó la descarga de impulsos agresivos por lo que el lactante los vuelca contra sí mismo (no asimilan la comida, son víctimas de insomnio, se autoagreden físicamente), la explicación dada a ello por este autor es que se produce una difusión de los dos instintos agresivos y libidinales y los agresivos se vuelven sobre el niño con carencias afectivas y por ello se produce el deterioro.

Con base a los resultados de sus estudios, este autor sugiere que la carencia afectiva total da como resultado un deterioro progresivo en función de la duración de la carencia que sufrió el niño y que la depresión anaclítica y el hospitalismo generan la ausencia de relaciones objetales y detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad, por lo que considera trascendentes las relaciones objetales para el desarrollo en todas las áreas.

Al analizar las causas de las psicopatologías infantiles algunos investigadores (Ainswort, citado en Bowlby, 1986), advirtieron que muchos pacientes no habían tenido la oportunidad de establecer vínculos afectivos o habían padecido separaciones y rupturas de vínculos. Dos principales trastornos han sido asociados, por su alta incidencia, con la ruptura de vínculos en la infancia: el síndrome de la personalidad psicopática (o sociopática) y el síndrome de la depresión; los síntomas asociados a ellos son delincuencia y suicidio (Bowlby, 1986).

Cuando existe una separación larga, pero temporal, del niño y sus padres, encontrándose éste sin ninguna figura familiar, no sólo se han observado alteraciones inmediatas, sino que la relación posterior con los padres se deteriora, aunque temporalmente. Heinicke y Westhemer (citados en Bowlby, 1986), realizaron un estudio analizando los efectos de este tipo de ruptura temporal del vínculo, encontrando dos tipos de alteraciones en los niños:

1. Desapego emocional. Los primeros días lejos de su hogar, los niños lloraron desconsoladamente pidiendo que regresara la madre; cuando ésta finalmente regresa los niños la evitaron o parecían no reconocerla, apartan su mirada y evitan que les tomen la mano, no existe comportamiento buscando proximidad, típico de la vinculación afectiva. El comportamiento de apego retorna con frecuencia lenta y parcialmente, pocas veces es súbito.
2. Exigencia. Cuando se reanuda el vínculo el niño se muestra excesivamente apegado a la madre, mucho más que antes de la separación. La evolución de esta fase depende de la respuesta materna. Cuando la madre no acepta hacerle compañía constante al niño, éste reacciona de modo hostil.

Según Peral y Gijón (1992), no todos los trastornos aparecen ante separaciones prolongadas o pérdidas totales, el trastorno más severo en la vinculación puede producirse en presencia de la madre. Si se da por hecho que el niño nace con una tendencia a establecer un vínculo, se pueden plantear tres posibilidades de trastorno en la vinculación, cuando el niño, a pesar de poseer las capacidades sensoriales e interaccionales, no cuenta con una persona adecuada para establecer dicha relación (Gijón y Peral, 1992).

a) ausencia de objeto, por ejemplo, el niño institucionalizado.

b) La madre está presente, pero es incapaz de lograr una identificación con el niño para vincularse con él, a pesar de que le brinde adecuados cuidados físicos. Esto puede deberse a un conflicto de la madre como la depresión.

c) La madre está presente, pero es incapaz de proporcionar al niño cuidados tanto físicos como emocionales. Esto origina en el niño un trastorno por hipoestimulación, en el que además del trastorno emocional, existe sintomatología por falta de cuidado higiénico y dietético.

En los tres casos mencionados se presentará un trastorno en la organización del vínculo en los niños más frágiles por no encontrar un objeto contenedor en el que apoyarse. Sin embargo, "no toda dificultad en el establecimiento del vínculo produce afortunadamente un trastorno severo. Muchos son compensados y pueden llegar al establecimiento de una adecuada relación" (Gijón y Peral, 1992, p. 114).

Existen otros trastornos más severos, por ejemplo, el Síndrome de Kanner en el que falta de la tendencia innata para el establecimiento del vínculo y se presentan síntomas como: aislamiento autístico, interés compulsivo, deseo de inmutabilidad, estereotipias, trastornos severos del lenguaje. Por otra parte, Margaret Mahler (citada en Gijón y Peral, 1992) describió la Psicosis simbiótica que se caracteriza por una estrecha relación simbiótica en la diada madre-hijo, que puede producirse por la severa patología simbiótica materna que impide el proceso de diferenciación del niño, o existe un quiebre en este proceso por lo que el niño regresa a la fase simbiótica.

La sintomatología esencial de este trastorno descrita por Manzano y Palacios (citados en Gijón y Peral, 1992) es: 1) una relación intensa y tiránica con la madre o su sustituto con grandes dificultades para separarse y reacciona ante los intentos con angustia. 2) Tendencia a autoagredirse ante separaciones o frustraciones. También presenta heteroagresiones con características sádicas hacia la madre. 3) Contacto corporal estrecho con la persona de su elección. 4) Se muestra hipervigilante 5) Las representaciones de sí mismo y de la madre están fusionadas.

Por otra parte y siguiendo lo propuesto por Mahler (citada en Gijón y Peral 1992) sobre el proceso de separación individuación, la Depresión Psicótica se desarrolla cuando el niño realiza un adecuado investimento materno en la fase simbiótica y en la subfase de diferenciación y estando en la fase de prácticas, pierde el objeto. Ana Freud (citada en Gijón y Peral, 1992) plantea que el niño puede presentar los efectos de la pérdida sin que ésta se haya dado, cuando un evento grave afecta a la madre, como la pérdida de un ser querido, el nacimiento de otro hijo, depresión, problemas laborales o amorosos; esto provoca un desplazamiento o retirada del interés en el niño, generándole la sensación de la pérdida real. En el caso más grave el niño puede llegar a perder funciones ya adquiridas. El niño se torna inexpresivo, con sintomatología autista. Se bloquea la prueba de realidad y el lenguaje expresivo.

Cuando no existe una sincronía entre el momento en que se da a separación y la individuación, con las facultades para ejercerla activamente, como en los niños con dificultades motrices o por algún accidente que los inmoviliza temporalmente durante el segundo año, se produce un estancamiento en la fase de prácticas que da origen a trastornos afectivos, que se caracterizan por: 1) Impulsividad, deficiencia en la atención e inquietud; 2) Deficiencia cognitiva, sobre todo en la simbolización, que ocasiona una pobre comprensión verbal y afecta el lenguaje expresivo y el proceso secundario de pensamiento. Se atrofia el desarrollo del lenguaje y el juego;

El estancamiento en la subfase de acercamiento descrita por Mahler en el proceso de separación individuación y que sería resultado de dificultades en fases anteriores, provocaría el trastorno limítrofe entre las neurosis y las psicosis llamados trastornos borderline, que impediría la culminación o resolución del proceso de separación - individuación. Este trastorno provocaría la exacerbación de las características de la etapa de acercamiento: 1) oposicionismo extremo, impulsividad, berrinches, rabia y

autoagresiones; 2) Ansiedad de separación con tendencia al pánico; 3) Cambios abruptos de estado de ánimo e intolerancia a la frustración, desarrollo disarmónico; 4) Trastornos del sueño (como resultado de la ansiedad de separación) y de la alimentación (como intento de controlar a la madre). Generalmente se observa una patología materna con dificultades para separarse del hijo y marcarle límites sólidos y no ansiosos.

Cuando este tipo de trastornos se instaura en el tiempo, el tratamiento debe correr a cargo de especialistas. Gijón y Peral (1992) sugieren como tratamiento la psicoterapia intensiva y el abordaje institucional que abarque el manejo de los problemas cognitivos y emocionales. En el caso específico del trastorno en la organización del vínculo, sugieren un abordaje puntual que prevenga un problema irreversible atendiendo los signos de alarma e instauración. Se trataría tanto a la madre, para lograr el manejo de sus angustias y en la identificación con su hijo para que pueda satisfacer sus necesidades, también sería necesario tratar ayudarla en la elaboración de su herida narcisista si se trata de un niño con algún daño orgánico.

Para el cuadro depresivo, se favorece la intervención si se detecta en las dos primeras etapas y por medio de la Atención Primaria se frena el proceso, ayudando a la madre a comprender el estado emocional del niño y haciéndole ver su influencia en ello.

La atención Primaria terapéutica y preventiva haría un adecuado trabajo favoreciendo el proceso de separación e individuación de se entienden las distintas subfases, las implicaciones de la patología y las dificultades de la madre.

La adecuada comprensión de los trastornos somáticos, como los de la alimentación y el sueño, y de la función que cumplen en cada momento, permitirá un abordaje conjunto con los padres evitando el uso de medicaciones innecesarias.

La atención precoz de los trastornos derivados de una inadecuada vinculación se facilitan si se tiene en cuenta los factores de riesgo (Gijón y Peral, 1992):

1) niño con patología neonatal o postnatal orgánica que requiera ingreso hospitalario.

- 2) niño con alguna malformación o con alteraciones de las capacidades sensoriales.
- 3) niño con daño neurológico
- 4) madre con poco soporte psicosocial como situación de desarraigo en la que encomienda a familiares u otros el cuidado del niño; padre inestable o ausente, dificultades económicas.
- 5) niño que ingresó temprano a guardería sobre todo si pasa ahí la mayor parte del día.
- 6) Madre adicta o con patología psiquiátrica
- 7) Embarazo precoz subsiguiente
- 8) Madre adolescente
- 9) Puede considerarse que el factor de riesgo más importante es la ausencia del objeto con el cual vincularse o la pérdida de él. Sin embargo, si existe un objeto sustituto capaz de identificarse con las necesidades del niño, el tratamiento puede facilitarse ante esta pérdida.

1.7 Patología materna

Se ha estudiado el impacto que tiene en los hijos la psicopatología de la madre y sus actitudes "afectivamente negativas". Se piensa que existen áreas del desarrollo infantil vulnerables a la psicopatología de la madre, como el autoestima, el desarrollo socioafectivo y se también se ha relacionado con problemas de desnutrición y retraso en el desarrollo (Radke-Yarrow et al. 1993; Goodman et al. 1994; Hargan, 1992).

Aun existe la pregunta de cómo detectar rasgos en los niños que sean indicadores de una posterior enfermedad, derivada de la de la madre; aunque se habla de factores genéticos y ambientales, no hay mecanismos claros ni definitivos con respecto a esto. En un estudio longitudinal se analizó durante tres años el curso del desarrollo social y emocional de niños de madres con enfermedad bipolar y depresión unipolar, demostrando que sus problemas incrementan con el tiempo: al cabo de este período, los niños presentaron más problemas depresivos, conductuales y niveles más elevados de ansiedad en comparación con la primera medición. Los hijos de madres con enfermedad bipolar presentaron además, un tipo característico de relación con la madre marcado por la inseguridad y una aparente madurez que más bien representa, según los autores, un método precario de "copiar" la desorganización de la madre (Radke-Yarrow et al., 1993).

Es necesario considerar también la historia de la madre y la relación de ésta con sus propios padres. El funcionamiento de la familia, el síntoma que presenta el niño y las conductas de padres y abuelos, fueron analizados en una investigación, tratando de estudiar la transmisión generacional de características patológicas que desembocan en síntomas en los niños. Encontraron que existe una relación entre los antecedentes familiares y la aparición de características específicas, como la agresión y el alcoholismo, a través de las generaciones (López y Miranda, 1992).

Existen factores de orden social y cultural que conflictúan a las mujeres con respecto a la maternidad. La idea de tener un hijo es cuestionada y confrontada con las costumbres religiosas, culturales y sociales, provocando ansiedad en algunas mujeres. Según Morris (1992) y Rafful (1987), los conflictos inconscientes de las madres aunados a los conflictos existenciales referentes al parto, afectan la decisión de la procreación y con ello la relación posterior con el hijo. Algunos autores abordan el tema de las fantasías de

los padres con respecto al sexo del bebé antes de que nazca, el luto con respecto del bebé "perdido" del sexo opuesto y su relación con la depresión post-parto de la madre (Winestine, 1989).

Philippe Gutton (1983), considera que la madre sufre una "herida narcisista" en el momento del parto, porque tiene que perder algo que fue "suyo" durante el embarazo. El parto plantearía el reto de superar esta vivencia del orden de la pérdida y, dependiendo de cómo se dan las primeras relaciones con su hijo, lo ve como objeto de su falta o como objeto de amor. La maternidad pone en juego los deseos parentales, pero en especial los de la madre con respecto al hijo, el embarazo la función materna, las expectativas etc.; actualiza hechos como la relación con sus propios padres, embarazos anteriores, el deseo sexual por la pareja y su conflicto edípico.

La psicoanalista Piera Castoriadis-Aulagnier (1991) desarrolla el tema de los deseos maternos y expone tres tipos: deseo del hijo, del embarazo y de ser madre. La condición normal para que el niño se desarrolle sin patologías graves sería que existieran los tres tipos de deseo, matizados de cierta manera ante el hijo real.

El deseo del embarazo involucra algo del orden del narcisismo especular; se enlaza en la creencia de la madre de que el cuerpo que nace, es carne de su carne, por lo tanto es su propia obra, convirtiéndose en una prolongación de su propio cuerpo. El deseo a experimentar el embarazo como un cambio físico sin involucrar el deseo del hijo, provoca que la madre se deprima en el parto.

El deseo de la maternidad significa el deseo de ejercer y privilegiar una función, es decir, de reproducir lo que la madre vivió con su propia madre, por lo tanto el deseo es a ejercer esa función con su propio hijo. El ser madre de la misma manera que lo fue la suya, confirma el ideal de madre, y toda idealización es un intento de negar la castración.

Cuando la madre posee el deseo de tener un hijo significa que ésta asume que poco a poco el niño tendrá un proyecto propio de vida. La madre ve a su hijo como a un semejante, asimismo, lo "proyecta" al futuro, se lo representa con un deseo propio y con

un hijo propio en el futuro. Cuando el niño nace, al principio la madre interpreta su deseo, pero si lo sigue interpretando ejerce una violencia contra el hijo, porque estaria cancelando el pensamiento de él.

En sentido estricto podría definirse a una madre como alguien que hace una interpretación y después renuncia a las consecuencias de ella porque se da cuenta de que en ese "infans" (el niño cuando todavía no habla) hay alguien, hay un YO, que tiene secretos. Cuando la madre reconoce un "espacio secreto" en el otro y lo tolera, es cuando el niño va a poder tener un desarrollo normal o "neurótico". Si la madre se apropia de los deseos y secretos del hijo, va a construir una psicosis o una patología narcisista, porque lo primero que le pasa al psicótico es la falta de un espacio para pensar. La ausencia de deseo de hijo proviene de la relación de la madre con su propia madre y genera deseos inconscientes de rechazo encubiertos con el miedo a la pérdida o la muerte del hijo. En las madres de psicóticos no existió el deseo materno del hijo, sustraído por el deseo de la maternidad. Pudo existir el deseo de ser madre y el deseo del embarazo, sin embargo, esos dos deseos no bastan para soportar "que hay alguien ahí" un ser vivo que existe y puede tener un deseo propio.

CAPITULO 2. LOS SINTOMAS INFANTILES Y EL VINCULO MADRE HIJO

Cuando un niño llega a la consulta pediátrica por una dolencia física y después de una serie de evaluaciones médicas no se encuentra una explicación satisfactoria al origen de su síntoma, el trastorno muchas veces pasa a formar parte del área psicosomática, donde de modo simplista se diría que se trata de un trastorno emocional que repercute o se manifiesta en el cuerpo. Muchos investigadores se han dado a la tarea de analizar y explicar el origen de estos síntomas por diferentes métodos. Dos corrientes principales serán analizadas en este trabajo. La primera se desprende de la rama médica y psiquiátrica, y la segunda de la psicoanalítica.

2.1 Concepción del síntoma desde el psicoanálisis

El síntoma es para los psicoanalistas una manifestación de "conflicto psíquico" y consideran que por medio del análisis clínico puede deducirse la relación que éste guarda con los significantes del paciente, para buscar la "cura". En sus escritos, S. Freud ya enfatizaba el "significado" del síntoma: "el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo", de tal modo que se convirtió en objetivo del tratamiento psicoanalítico: "la tarea que se nos plantea no es otra que esta: para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin" (Freud, 1916, pp 235 y 247).

Freud también hablaba de lo que llamó "síntomas típicos de la enfermedad" con relación a características en común entre los pacientes con el mismo trastorno, pudiendo con ello buscar un mismo origen a la patología o características psíquicas inherentes a ellos: "en todos los casos son más o menos semejantes, sus diferencias individuales desaparecen o al menos se reducen tanto que resulta difícil conectarlos con el vivenciar individual del enfermo y referirlos a unas situaciones vivenciadas singulares... justamente mediante estos síntomas típicos nos orientamos para formular el diagnóstico"... "es difícil suponer una diversidad fundamental entre una y otra clase de síntomas. Si los síntomas individuales dependen de manera tan innegable del vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres" (Freud, 1916 p. 247)

2.2 El síntoma y la angustia

En términos generales, el afecto de angustia procede de un "conflicto" en el que existe un estado de tensión que revela la posibilidad de un peligro o desastre inminente "como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables , que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción" (Kolb, 1976, p.86).

Según Kielholz y cols. (1970) desde el punto de vista somático, las manifestaciones de la angustia son variadas y puede afectar la mayoría de las funciones vegetativas y a casi todos los órganos, actuando sobre ellos aún cuando el individuo no se sienta angustiado. En algunos casos, la angustia no es percibida por el sujeto, (ni por quien lo mira), pero se alteran sistemas, como los tractos gastrointestinal y genitourinario. Estos autores clasificaron las causas generales de la angustia, por sus manifestaciones somáticas en:

- a) Angustia real. Casi toda situación real que genera angustia libera una serie de fenómenos psicosomáticos (p. Ej. estupor, palpitaciones, dilatación pupilar, etc.).
- b) Angustia moral. Existen reacciones psíquicas ante el deseo de hacer algo compulsivamente, hecho que está colmado de culpa; este proceso intenta reprimirse con una carga de angustia moral (p. ej. ante las ganas compulsivas de comer, a veces surgen síntomas como la anorexia o vómitos).
- c) Angustia vital. Esta última es consecutiva a procesos corporales que constituyen potencial o realmente una amenaza para la vida del sujeto, como en trastornos de la irrigación coronaria.

La angustia puede manifestarse de diversas maneras en el sector psicosomático:

- a) Angustia consciente generalizada. Su manifestación es generalmente la crisis aguda de ansiedad del neurótico angustiado, o la depresión angustioso-agitada, que se definen como "manifestaciones vegetativas concomitantes".
- b) Angustia consciente localizada. Este tipo de angustia es rara, porque en general se afectan varias funciones vegetativas, sin embargo, "no es raro que la causa de una determinada localización pueda demostrarse como relacionada con circunstancias biográficas del individuo afectado" (Kielholz, 1970, pp. 182-183).

c) Angustia inconsciente generalizada. La aparición manifiesta y consciente de la angustia se ve impedida por factores correspondientes a la personalidad del sujeto (represión neurótica, formación de complejos, etc.), pero se presentan los más diversos síntomas vegetativos.

d) Angustia cubierta localizada. En este caso la angustia se manifiesta en un síntoma psicossomático aislado (como dolor de cabeza), agudo, recidivante o crónico. Por ejemplo, en los obesos, la angustia puede enmascararse bajo satisfacción compulsiva e incontrolada del apetito, aunque exteriormente parezcan especialmente tranquilos. Los accesos de asma aguda y colitis ulcerosa aparecen ante problemas no resueltos (ruptura de vínculos, responsabilidades, etc.), en las que los conflictos ligados a la angustia han sido reprimidos.

A pesar de las posibilidades de clasificación, la angustia individual deberá analizarse con base en la historia del sujeto, tomando en cuenta su estado corporal y psíquico; con ello, es posible reconocer porqué la angustia se encuentra vinculada con determinado órgano. Las causas de ello podrían encontrarse tanto en etapas tempranas como en épocas posteriores; por ejemplo, la diarrea o la ingestión excesiva de alimentos que conduce a la obesidad, podría explicarse como procesos regresivos hacia comportamientos infantiles determinados por la angustia. Sólo es posible deducir la presencia de la angustia indirectamente: observación de ciertas funciones somáticas sospechosas, pruebas vegetativas, tests psicológicos, confirmación anamnésica de anteriores manifestaciones o mediante psicoterapia (Kielholz, 1970).

En términos generales un síntoma es la "manifestación de un estado patológico. Aunque en algunas acepciones el término se limita a las quejas subjetivas, el uso común incluye dentro del síntoma signos objetivos que reflejan el estado patológico" (DSM IV). Por lo anterior un síntoma puede remitirnos tanto a un desorden orgánico como a un trastorno psíquico.

En psicoanálisis un síntoma psiconeurótico es el resultado de una elaboración especial, específicamente psíquica. La formación del síntoma debe considerarse como una fase en la génesis de la neurosis. Esta formación sería el resultado del retorno de material psíquico reprimido, que para ser admitido en lo consciente se expresa como

“formaciones substitutivas” o en “formaciones de compromiso”. La sustitución del material inconsciente por un síntoma, implica la aportación de una satisfacción ya que reemplaza al deseo inconsciente. Esta sustitución posee un valor simbólico para el sujeto, puesto que sigue líneas de asociación entre lo inconsciente, que fue reprimido, y el síntoma. Los síntomas en sí mismos expresarían, de alguna forma, el conflicto defensivo del cual provienen. El síntoma y la defensa se “reconciliarían”, mediante el compromiso que representa la formación de los síntomas; ésto explicaría la resistencia a abandonar un síntoma puesto que implica un deseo o satisfacción y la defensa contra ello (Laplanche y Pontalis, 1993).

De acuerdo con lo anterior, los síntomas psicósomáticos pueden conllevar un conflicto psíquico caracterizado por la angustia. Según Kielholz (1970, p.185-186): “en todo síntoma psicósomático es necesario analizar la significación de la angustia a la que pueden corresponder funciones diferentes al síntoma corporal”, por lo tanto, tanto el síntoma psicósomático como la angustia vinculada a él, pueden poseer una significación proveniente de las vivencias infantiles o contemporáneas del sujeto y sólo pueden descifrarse mediante un cuidadoso análisis anamnésico del paciente. Este último autor distinguió 4 casos diferentes en que el síntoma y la angustia se entrelazan para dar como resultado una organización psicósomática especial:

- a) El trastorno psicósomático, o constituye parte de la angustia misma o es un síntoma concomitante a ella (palpitaciones, sudoración, etc.).
- b) El trastorno psicósomático surge en lugar de la angustia, cuya presencia no es comprobable ni subjetiva ni objetivamente. El síntoma presente posee unas veces carácter expresivo y representativo p. ej. vértigo como expresión de angustia vital general), o carácter de equivalencia (sudoración, diarrea, etc.).
- c) El síntoma psicósomático unido a la angustia posee una función defensiva. Cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece; si el síntoma es reprimido, la angustia se manifiesta nuevamente.
- d) Angustia a consecuencia de un acontecer corporal, lo cual conduce casi siempre a un círculo vicioso entre angustia-síntoma corporal-angustia.

2.3 El síntoma del niño y el vínculo con la madre

En las teorías psicoanalíticas destaca el papel otorgado a la relaciones temprana madre-hijo en la formación de síntomas psicósomáticos. Por ejemplo un estudio analizó las vicisitudes de la relación madre-hija y su vinculación con el síntoma de anorexia, el autor describe desde el psicoanálisis el efecto de las formaciones inconscientes de la madre en el equilibrio psicológico y somático de su hija (Watillon, 1992). Es por ello que la función materna es tan relevante para los psicoanalistas, tiene un papel decisivo en la estructuración psíquica y corporal erógena del niño. Se han hecho investigaciones que además analizan el discurso de la madre, su palabra, que habla de cómo se vincula con su hijo y deja ver el lugar que ocupa para ella, dando cuenta finalmente del síntoma que presenta el niño. Es una manera de llegar al entendimiento del síntoma. (Escobar, 1981).

Otra investigación dedicada a relacionar el discurso de la madre y el síntoma del hijo se basó en el análisis cualitativo de las entrevistas hechas a las madres, cuando asistieron a la consulta pediátrica por determinado síntoma en su hijo. La autora se cuestiona sobre el lugar que ocupa para la madre el niño o niña, tanto en su deseo como en sus expectativas. Se pregunta qué representa, qué determina el síntoma y para quién, de quién es la demanda y quién la encubre, pero sobre todo qué pregunta el niño con su síntoma (Rafful, 1987). Esta autora diferencia la relación madre-hijo y madre-hija, basándose en conceptos freudianos como el complejo de Edipo y el de castración; plantea que existe una relación entre estas diferencias en las diadas y el hecho de que ciertos síntomas se presentan más frecuentemente en los niños.

Existen pocas explicaciones, algunas de ellas no convincentes, respecto a la presentación más frecuente en los niños de ciertas enfermedades como el retardo mental, trastorno por déficit de atención, trastornos de conducta, trastornos afectivos y enuresis. (Rafful, 1987).

Hargan, A. (1992) realizó un estudio con niños de 7 a 18 años procedentes de 45 familias en la que uno de los padres sufrió algún desorden afectivo, encontrando que la enfermedad de la madre tuvo una mayor influencia negativa en aspectos de salud de los niños, problemas conductuales, retraso en el desarrollo y mayor necesidad de cuidado pediátrico. Epstein (1994) estudió los factores psicológicos tanto en los niños como en los

padres que influyen en la formación de un síntoma físico (la obesidad), marcando la existencia de la influencia proveniente de los padres que tiene un impacto a nivel psíquico y afectivo en el niño y que culmina en un síntoma somático.

Sin embargo, Marta Békei, (1991) quien realizó un trabajo con niños alopécicos y sus madres, plantea entre las madres una condición psicopatizante que no estaba relacionada con sus características psicológicas personales sino con su pertenencia a una clase social en la que la familia numerosa condiciona una atención global de los hijos. La imposibilidad de dedicarse a cada niño por separado deriva en la privación de cuidados que no está dada por la falta de afecto, sino por escasez de medios.

Escamilla (1989) analizó los rasgos de personalidad de las madres mexicanas y la calidad de vínculo con sus hijos que padecían dermatitis atópica. Concluyó que la relación entre las características de personalidad de las madres y la calidad del vínculo con el hijo, se relacionan con la presencia de síntomas físicos específicos en el niño. Algunos otros investigadores (Martínez y Mendoza, 1993) se han centrado en el estudio de los tipos de interacción entre madres mexicanas y sus hijos, analizando la influencia de la calidad de este vínculo en el desarrollo afectivo de los niños.

Por otra parte, se han encontrado enfermedades psicopatológicas específicas de la edad de desarrollo del niño (p. ej. en la etapa neonatal o en el primer año de vida) y otras son comunes en cualquier estadio de la infancia y hasta en la edad adulta, pero la edad les confiere rasgos clínicos y etiológicos particulares (Kreiser y cols. 1974).

Muchos conceptos a partir Freud han sido retomados para abordar el tema de los síntomas psicopatológicos, por ejemplo Marty (citado en Békei, 1991) parte del concepto de fijación de Freud, fijación psicológica que ocurre en ciertos momentos del desarrollo al tropezar el sujeto con algún obstáculo en su evolución, y lleva la marca de la etapa libidinal en la que se produce. Este autor destaca que el desarrollo sensoriomotriz puede ser contrariado por la madre, cuya conducta no empática produciría un exceso de excitaciones o paraexcitaciones en el niño y trabaría su sistema preconscious. Se produciría entonces una desorganización regresiva que afectaría en sucesión inversa a las funciones somáticas desarrolladas desde la infancia, y hasta podría llegar a fijaciones producidas en la vida intrauterina. Así Marty extiende la noción de fijaciones y

regresiones a niveles somáticos que habrían podido preceder a las fijaciones mentales y por lo tanto tendrían que ver con los conjuntos estructurales de los síndromes psicósomáticos importantes.

Joyce McDougall (citado en Békei, 1991) centra su trabajo en una forma patológica especial de resolver la dificultad de la individuación. La terminación de este proceso nunca constituye un logro absoluto, ni siquiera en el ser humano bien integrado. Pero la separación y diferenciación pueden ser temidas y la lucha contra la división primordial puede dar lugar a compromisos variados. Uno de ellos es la división psique-soma, la que puede llevar a construcciones psíquicas autistas o, como postula McDougall, puede producir un autismo somático en un intento desesperado por salvar la supervivencia psíquica.

Este fenómeno patológico es una forma original de solución autoagresiva que Joyce McDougall encontró en ciertos sujetos que establecen un corte radical entre psique y soma por querer resguardarse de una conmoción afectiva insoportable y preparan así el terreno para la somatización. Al estudiar a fondo estas personalidades recalca además que no son desafectivizado, sino por el contrario, están considerablemente bombardeados por vivencias afectivas que los inundan y bloquean su capacidad de enfrentar las percepciones que dieron origen a estas vivencias. Son polisomatizadores que sufren de una carencia afectiva precoz y su síntoma es un llamado de atención al peligro de muerte psíquica ante el que se sienten expuestos.

Se han planteado hipótesis que intentan explicar el origen u mecanismos de la enuresis, tanto desde la rama médica como desde el psicoanálisis. Su relación con el vínculo madre-hijo y con otros factores no ha sido aun resuelta.

CAPITULO 3. LA ENURESIS INFANTIL.

3.1 Antecedentes del trastorno

Se han propuesto diversas explicaciones para entender la enuresis infantil pero todavía no hay acuerdo con respecto a qué tipo de enfermedad es, cuál es su etiología y cuál es el tratamiento más efectivo. De ahí que médicos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas hablen desde sus marcos particulares y hagan aportaciones importantes pero ninguna definitiva aun. Se habla de enuresis funcional, primaria, idiopática, enuresis como sintoma, como parasomnia, como trastorno de la eliminación, como enfermedad psicósomática y, en cada caso, se añaden características diferentes.

La enuresis ha sido considerada un problema en la clínica desde hace más de 200 años; sin embargo, se podría ubicar a partir de la época en que el hombre primitivo se vio en la necesidad de controlar sus funciones eliminatorias y establecer hábitos higiénicos (Noshpitz, 1979; Békei, 1984). La primera mención de la enuresis se encuentra en el "Papiro de Ebers" que puede fecharse alrededor de 1500 a. de C., en donde se describe el trastorno y se recomienda una cocción de hierbas para su tratamiento (Glicklich, 1951, citado en Békei, 1984).

Pablo de Aegina, médico del siglo VII, explica como causa de la "incontinencia de orina" la relajación de los músculos del cuello de la vejiga y recomienda la aplicación de tónicos y calor local para controlarla. Bagellardus, (citado en Békei, 1984, p.272) autor del primer libro de enfermedades infantiles, recomendó en 1472 hacer ejercicio y evitar el frío y las "tensiones mentales" para no contraer enuresis.

Durante el siglo XVII se usaron indiscriminadamente tanto medidas prácticas basadas en la lógica, como fórmulas curativas de carácter mágico. En los siglos XVIII y XIX, la enuresis fue abordada como un problema puramente físico, aplicando tratamientos drásticos y dolorosos. Se consideraban un sinnúmero de factores desencadenantes: "trastornos en la inervación, lesiones locales del tracto urinario, sueños excitantes, herencia, factores irritantes externos e internos (enfermedades de otros órganos), sueño muy profundo etc." (Békei, 1984, p.272).

Doscientos años después, la actualización de técnicas y conceptos ha permitido abordajes más coherentes, sin embargo, la enuresis sigue siendo un problema que padecen muchos niños y con ellos sus familias.

El enfoque médico sugiere que las relaciones anatómo-fisiológicas sustentan el problema de la enuresis. Según Litté "enuresis es un término médico y significa derrame involuntario de orina, incontinencia de la orina" (citado en Didier, 1972, p. 81); otros autores añaden que es una "micción involuntaria presente a una edad en la cual debe existir control voluntario de la micción" (Behrman y Vaughan, 1989). Para otros, la enuresis es un síntoma psicossomático de alta frecuencia, (Linna, 1991) o un trastorno de la eliminación clasificado dentro de los trastornos del sueño como parasomnia (Fisher, 1993; Friman, 1990).

En condiciones normales la orina se desecha por la vejiga en un proceso llamado micción, desencadenado por la combinación de impulsos nerviosos voluntarios e involuntarios. La función de la micción requiere de dos sistemas biológicos, uno de contención y otro de expulsión de la orina. Ambos tienen fibras lisas (esfínter liso y detrusor) y fibras estriadas (esfínter externo, musculatura perineal). En la micción se contrae el detrusor, se abren los esfínteres y se relaja el suelo pelviano. El sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático controla la musculatura lisa involuntariamente. El sistema cerebro-espinal controla voluntariamente los músculos estriados (Levobici et al., 1988).

Cuando el volumen de orina excede de 200 a 400 ml. los receptores de la vejiga transmiten impulsos a la médula y desencadenan el impulso consciente de orinar, así como la micción que es un reflejo involuntario (Tortora y Anagnostakos, 1984).

La continencia de orina o control de esfínter uretral se obtiene después de un proceso de maduración neurológica de inervación de la vejiga, que pasa por tres fases (Békei, 1984). La primera es medular-refleja, dura aproximadamente los doce primeros meses de vida, en donde el proceso de micción es automático. La segunda fase, llamada de control incipiente abarca aproximadamente de los 12 a los 18 meses. En esta etapa la capacidad de la vejiga es mayor y los intervalos entre una y otra micción son más largos. La conexión progresiva entre la corteza cerebral y los centros medulares, capacita al

niño para iniciar voluntariamente el acto de orinar. Puede relajar el esfínter, pero aún no tiene capacidad psicológica para inhibirlo voluntariamente.

La tercera etapa, denominada de control voluntario, se presenta alrededor del año y medio, en ella no hay progreso en la maduración neurológica, se trata de un logro psicológico, porque el niño elige en el día el momento y lugar para orinar. Este es el periodo en el que debe comenzar la educación del control de la orina; sólo cuando se establece el control diurno se puede alcanzar la continencia nocturna (Békei,1984).

En términos generales y partiendo de lo anterior, los pediatras explican la enuresis por un "retraso en la maduración de mecanismos corticales que permiten el control voluntario del reflejo de micción" (Behrman y Vaughan, 1989, p. 255).

Los mecanismos de control diurnos y nocturnos son similares, pero en la noche el mantenimiento de la inhibición cortical y por tanto del control, es más difícil. Algunas áreas de la corteza cerebral quedan en actividad durante la noche y controlan la micción nocturna porque tienen una función inhibidora vesical. Cuando la presión de la vejiga actúa, estas áreas inhiben la función de orinar; si esta presión aumenta, el sueño se va haciendo más liviano, el niño se despierta, siente el deseo de orinar y va al baño. La explicación a la incontinencia nocturna estaría, bajo esta perspectiva, determinada por la inactividad de las zonas de la corteza dedicadas a inhibir la micción nocturna (Békei, 1984).

Algunos estudiosos de los fenómenos del sueño manejan la enuresis como una alteración clasificada como parasomnia, fenómeno que consiste en "la aparición, durante el sueño, de conductas clásicas en la vigilia" (Corsi, 1983). Según esta perspectiva, la enuresis se presenta más frecuentemente en el sueño no MOR, es decir, cuando no hay movimientos oculares rápidos (Carlson, 1993); Otros autores lo consideran como producto de un mecanismo similar a la epilepsia, pero hay estudios que demuestran lo contrario (Turton y Speer, 1953, citados en Corsi, 1983); otros han llegado a la conclusión de que con la edad, la enuresis ocurre en fases más ligeras del sueño; también han notado que los episodios enuréticos son más frecuentes durante el primer tercio de la noche y se asegura que los enuréticos tienen umbrales del despertar más altos, relacionando la enuresis con la profundidad del sueño. Esta línea de estudios apoya el

uso de la droga "imipramina" como tratamiento para la enuresis, puesto que se ha probado que suprime las fases III y IV del sueño y, por tanto, lo hace más ligero (Corsi, 1983).

Esman en 1977 (citado en Békei, 1984), relacionó la enuresis con un trastorno madurativo del dormir que dificulta la capacidad de despertar de un sueño no MOR; para ello se basó en la observación de que los niños se mojan en este estadio del sueño. Schaefer en 1979 (citado en Békei, 1984) refuta esta teoría basado en la evidencia de que los niños tienen "periodos secos" aun en sueño no MOR.

Según los pediatras, el diagnóstico de la enuresis incluye a veces la palpación abdominal, la exploración rectal después de la micción, la observación del niño mientras orina para conocer la intensidad y las características del torrente urinario, análisis de orina, exámenes radiológicos y cistométricos (exploración de la vejiga por medio de un aparato compuesto de una sonda y un mecanismo de irrigación).

El tratamiento clásico las instituciones pediátricas incluye la administración de imipramina, una droga anticolinérgica que relaja el músculo detrusor de la vejiga e incrementa la tonicidad de los esfínteres (Vigueras, 1983). Se han publicado estudios que reportan resultados favorables durante su ingesta, pero admiten que su efecto no se mantiene una vez retirado el fármaco; consideran inútiles las medidas de restricción de líquidos, despertar al niño durante la noche para que orine o las técnicas de premios y castigos. Se sugieren las alarmas colocadas en la cama del niño que suena cuando empieza a mojar la cama (Behrman y Vaughan, 1989 p. 1255).

La psiquiatría aborda el tema analizando las características de presentación del problema sin dejar de lado el sustrato biológico y fisiológico, añade factores inconscientes además de la incontinencia, pero persiste en otorgar más peso al factor fisiológico y la define como: "falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a los tres años. La enuresis puede ser primaria (y su nota predominante será el retraso en el control esfinteriano), o secundaria, al aparecer o reaparecer la enuresis tras un intervalo mas o menos largo de limpieza" (Ajuriaguerra, 1983 p. 269).

La enuresis primaria se ha denominado también idiopática y a la secundaria se le ha llamado funcional por las características psicológicas involucradas. De hecho, frecuentemente se relaciona la enuresis primaria con un sustrato biológico y la secundaria con uno psíquico (Corsi, 1983; Haynal y Pasini, 1984).

Se ha planteado la necesidad de clasificar el trastorno de acuerdo a sus características y presentación, en primaria y secundaria, pues algunos autores asumen que dependiendo del tipo de enuresis, es el origen, los factores asociados y el tratamiento; el único punto en común entre ellas sería que ambos tipos implican alteraciones en el control esfinteriano (Vigueras, 1983; Lluís, 1993).

Una investigación hecha con 1350 niños varones se basó en los datos recabados de un cuestionario anamnésico y psicopatológico aplicado a los padres, para averiguar si los niños presentaban algún otro trastorno relacionado con alguno de los dos tipos de enuresis (primaria o secundaria). Los grupos clínicos establecidos fueron: control de esfínteres, movimiento, sueño, trastornos oroalimenticios, psicósomáticos, comportamentales, lenguaje y de base orgánica (Lluís, 1993).

Se encontró que existen trastornos relacionados exclusivamente con uno de los dos tipos de enuresis. La enuresis secundaria se asoció principalmente con aquellos trastornos dependientes de la ansiedad y las situaciones estresantes. También se asoció con antecedentes de trastornos digestivos, anorexia, rubor, dislexia, disfemia y asma. El autor considera entonces que este tipo de enuresis debe considerarse como un tipo de lenguaje, una forma de respuesta regresiva a una amenaza percibida por el niño, por tanto cuantos más sean los conflictos que viva el niño mayor será la probabilidad de que este síntoma se presente. La enuresis primaria se relacionó más con variables como la encopresis y trastornos del sueño previos (sonambulismo, terrores nocturnos e insomnio), antecedentes de parto distócico, niños que alguna vez presentaron convulsiones, epilepsia, pérdidas de conciencia y trastornos de tipo impulsivo. El autor concluye que la enuresis no es un fenómeno unitario que necesita diagnóstico y tratamiento diferencial (Lluís, 1993)

Por otra parte, Kreisler (citado en Lbovici, 1988 p. 234), hace notar el elemento inconsciente en la aparición del padecimiento, a comparación de otros de origen

enteramente fisiológico: "la enuresis es una micción incontrolada que persiste o que vuelve a aparecer después de la edad de la madurez de la función, que se produce habitualmente durante el sueño, de curso evolutivo más o menos habitual, singular por su desencadenamiento que es inapropiado e involuntario aunque normal en su desarrollo fisiológico". La enuresis o enuresis funcional como la aborda Kaplan es "la emisión de orina repetitiva, inapropiada e involuntaria. Operacionalmente, la enuresis puede definirse como el humedecimiento de la cama o la ropa en personas mayores de tres años que dejan de inhibir el reflejo de descarga de orina cuando sienten este impulso durante las horas de vigilia y los que no pueden despertarse espontáneamente cuando esto sucede durante el sueño" (Kaplan, 1987 pp 867-868).

Según Schmit y Soulé (citados en Lebovici, 1988), el examen clínico debe evaluar si la enuresis es un elemento de un problema más complejo o si es el síntoma principal, para lo cual se deben abordar las siguientes características del síntoma:

- 1) Elementos del síntoma que puedan sugerir una lesión orgánica
- 2) Síntomas asociados
- 3) Calidad del sueño
- 4) Reacciones del niño y de la familia ante el síntoma
- 5) Historia del desarrollo. En especial la educación esfinteriana
- 6) Factores susceptibles de fomentar el síntoma, bien sean situaciones conflictivas o beneficios secundarios.

La existencia de características comunes en los casos de enuresis ha permitido que este padecimiento sea organizado y desglosado en criterios diagnósticos por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). En este manual la enuresis aparece dentro de los trastornos de la eliminación.

Algunos autores aseguran que en la consulta psiquiátrica la enuresis llega a ser el problema que se presenta con más frecuencia y que los casos reportados "no revelan sin embargo mas que una pequeña fracción de la totalidad de los casos existentes, muchos de los cuales se descubren por casualidad o no se conocen nunca" (Noyes, 1977; Békei, 1984, p 271). Braithwaite (citado en Corsi, 1983), reportó en un estudio una muestra de 500 sujetos de entre 5 y 20 años encontrando un 22% de enuresis, siendo más frecuente en los niños que en las niñas.

Telma Reca reporta (1971) que en 1954, la enuresis constituyó el 20% de consulta como motivo principal en un centro del cual ella formaba parte. Esta autora hace referencia a Bakwin (citado en Békei, 1971 p. 168) quien asegura que los enuréticos representan el 26% de los pacientes en el clínica pediátrica, considerando ésto, es posible que el porcentaje en las instituciones psiquiátricas sea menor, ya que según la autora estas cifras nos pueden dar una idea de la importancia de este trastorno pero no pueden considerarse como un índice exacto de su incidencia en la población general.

Ajuriaguerra (1983, p. 279) recomienda el uso del fármaco imipramina, que produce un efecto antidepresivo, apoyando la hipótesis de que la enuresis es un equivalente depresivo. Esta droga estimula el Sistema Nervioso Central, disminuyendo la profundidad del sueño y tiene un efecto en la tonicidad del esfínter vesical. Kaplan (1987, p. 869) concluye que "ningún tratamiento es lo suficiente eficaz como para suscitar un acuerdo universal" y recomienda que una vez descartados los aspectos orgánicos "los métodos disposición del psiquiatra son los siguientes: 1) hipnosis; 2) instrumentos de condicionamiento; 3) psicoterapia 4) placebos; 5) interrupción del sueño; y 7) fármacos pudiendo combinar estos métodos.

3.2 Enfoque psicológico

Para entender la enuresis, este enfoque estudia las características e intensidad de las vivencias del niño alrededor del control de esfínteres, que está también en relación con el tipo de familia y ambiente en el que está inmerso. Destaca la importancia de analizar el momento y eventos significativos que ocurrieron en la época en que se originó el síntoma, además de lo que ocurrió después, ya que, para esta postura, existen factores que originan la enuresis y otros que la mantienen y van modificando el síntoma con el tiempo (Reca, 1971).

Desde esta perspectiva el no aprender nunca a controlar el esfínter (enuresis primaria) puede relacionarse con la pasividad familiar o la poca preocupación y atención brindada al niño para que aprenda hábitos higiénicos, o con la pasividad propia del niño para aprender, generada por un ambiente familiar conflictivo (agresivo o indiferente): "la enuresis aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados. Si el niño se moja es porque quienes lo rodean no han aprendido su primitivo lenguaje. Se moja porque no se le comprende y se le obliga a mojarse" (Duché, citado en Ajuriaguerra, 1983 p. 272).

Algunas investigaciones han abordado el origen psicológico de la enuresis, tomando en cuenta factores como la aceptación pasiva de los padres hacia el síntoma, la relación temporal de la enuresis y la aparición de problemas afectivos, trastornos de conducta o alteraciones de la personalidad (Mejía y Pérez, 1988).

Estos estudios diferencian las causas del síntoma y aquellas características que lo mantienen una vez producido. Ubican el origen del problema en la etapa del desarrollo madurativo del niño en que se establece el control vesical y en la que se pueden presentar diversas circunstancias como: nacimiento de hermanos, experiencias de orden sexual (masturbación, juegos sexuales, observación del coito entre los padres, etc.) sucesos traumáticos y la separación o rechazo de la madre (Mejía y Pérez, 1988). Asimismo, hay quienes han relacionado características psicológicas en las madres, como la tolerancia, con la formación de este síntoma en los niños (Butler y Richard, 1993).

Algunos autores (Kanner, Doumic y Gerard, citados en Ajuriaguerra, 1983) han descrito características de personalidad y rasgos patológicos en niños enuréticos, entre ellos: impulsos agresivos, sentimientos de inadecuación, necesidad de dependencia, temores, percepción del medio como agresivo, hostil y ambivalente, ansiedad, hostilidad y enojo hacia los padres, percepción de una madre punitiva, que no satisface las necesidades orales; padre débil, distante, competitivo por el cariño de la madre. Estos autores encontraron en estos niños, situaciones edípicas no resueltas, pocos deseos de independencia y autoridad, conflictos de las normas de los padres y conflictos fraternos.

También se han encontrado rasgos como depresión, inhibición y retraimiento en los niños enuréticos como consecuencia de los tratos de la familia y en especial las actitudes de la madre hacia él por orinarse (Pacheco, 1988).

La enuresis, como un síntoma de disfuncionalidad familiar, acarrearía consigo beneficios secundarios tanto a la familia como al niño. El comportamiento erróneo de los padres en cuanto al adiestramiento del control de esfínteres se vislumbra en una conducta irrazonable o neurótica, tanto por coaccionar excesivamente al niño (provocando la rebeldía o autodefensa del niño) como por una actitud permisiva. En la enuresis secundaria el mecanismo de la falla sería el deseo del niño de regresar a una etapa anterior que le prodigaba satisfacciones. Este proceso regresivo puede deberse al abandono afectivo por parte de la familia o a un mal manejo de las frustraciones que el niño vivencia. Este mecanismo sería una manera de satisfacer su dependencia, buscar la complacencia o una erotización regresiva (Ajuriaguerra, 1983).

Existen diferentes procesos y dinámicas psicológicas que originan la enuresis. Se pueden clasificar 5 factores que dificultan la maduración de la personalidad o producen trastornos emocionales cuya expresión es la enuresis, (Reca 1971, p. 191):

1) Relaciones y condición del niño dentro de la familia, y sucesos que las varían. El nacimiento de un hermano y la relación con ellos. Si uno de los hermanos por alguna circunstancia recibe un cuidado especial, el pequeño manifiesta su protesta, resentimiento y deseo de ser atendido por medio de la enuresis. Por otro lado, si el hermano mayor es capaz, responsable y maduro, y alguna circunstancia lo hizo sentir inferior a él, el pequeño exterioriza por medio de la enuresis su sentimiento de incapacidad para superar al mayor, buscando al mismo tiempo una situación de

inmadurez y dependencia, que exige también cuidado y tolerancia. En este apartado se distingue la relación con los padres y sus actitudes hacia el niño, que a su vez se pueden clasificar en:

a) Rechazo, ansiedad o crueldad, en especial de la madre que generan trastornos en la maduración de la personalidad. Puede existir en estos padres inseguridad o ansiedad que se traduce en el mal manejo del niño.

b) Incomprensión acerca del desarrollo y proceso de maduración del niño, con el resultado de una falta de estimulación hacia él y de educación adecuada de hábitos higiénicos, en especial el control esfinteriano. Los padres tratan y mantienen al niño en un nivel afectivo y de madurez de un niño más pequeño y él se comporta como tal.

c) Debido a que uno de los padres o ambos han sido enuréticos, poseen una actitud especial con respecto al entrenamiento del control de la orina. Los padres pueden hacer al niño objeto de una enseñanza precoz e insistente, manifestando su propia ansiedad al respecto. También pueden manifestar una actitud contraria, ya que al recordar sus propias humillaciones, extreman su protección hacia el hijo en todo lo relativo a esta función, actitud que también está teñida de ansiedad.

2) Actitud equivocada con respecto a la educación esfinteriana y a la educación general del niño. Cuando la educación e implantación de normas se establece tempranamente por métodos coercitivos, se crean serias perturbaciones emocionales en los niños. Algunas veces se implanta un concepto de educación que enfatiza la pulcritud y el buen comportamiento y por otra parte, anula actividades infantiles y la expresión de sentimientos agresivos. Se produce entonces en el niño una actitud perfeccionista y la enuresis sería consecuencia de la falta de expresión emocional normal.

3) Situación o conjunto de situaciones capaces de engendrar un estado de ansiedad intenso, prolongado o permanente. "Circunstancias familiares de grandes privaciones, sufrimiento, angustias de toda índole, engendran en el niño un estado de inseguridad y ansiedad que es obstáculo para su maduración. Probablemente se deba a causas de este tipo la enuresis tan frecuentemente comprobadas en los niños aislados, que se curan simplemente al entrar en el seno de una familia normal" (Reca, 1971 p. 194).

4) Experiencias de orden sexual, traumáticas o no. Según esta autora experiencias sexuales como la masturbación, juegos sexuales con otros niños y la observación del coito entre adultos le provocan al niño una excitación local creándole al mismo tiempo sentimientos de culpa y ansiedad que disminuyen el control voluntario de los esfínteres.

5) Experiencias particulares, relacionadas con la función urinaria misma. Algunas situaciones relacionadas con el aprendizaje del control urinario como enfermedades del tracto urinario, traumatismos, etc., pueden configurar situaciones en las que esta función tiene una carga de ansiedad. El ambiente afectivo y la situación en que se presentó la educación del control esfinteriano pueden provocar en el niño un retraso en el dominio de la micción.

Algunos estudios psicológicos consideran que la enuresis es "una forma de descarga que reemplaza otras formas más mentalizadas de expresión de la agresividad y del placer erótico. Se le ha considerado incluso como equivalente masturbatorio. De hecho, es una manera de oponerse a los padres y manipular el entorno. La proporción de enuréticos es dos veces más elevada en los niños que en las niñas lo que probablemente se deba a los problemas del esquema corporal y a los temores sobre el buen funcionamiento del pene en el niño" (Haynal y Pasini, 1984 p. 246).

Algunos autores (Ajuriaguerra, 1983) resumen la intervención terapéutica en reducir el problema afectivo, mostrar a la familia y al niño las ganancias secundarias del síntoma y ofrecer compensaciones de orden afectivo. Por otra parte, se han implementado una serie de terapias novedosas para tratar el trastorno de la enuresis, una de ellas es la organización de grupos de psicoterapia infantil en donde una de las madres funge como co-terapeuta. Sirve como catalizador, promoviendo la dinámica grupal más activa e intensiva. Las evaluaciones de éste método mostraron que éste nueva variable resultó ser una influencia positiva (Ferriero, 1990).

Se ha probado también el tratamiento no farmacológico en los niños con enuresis primaria. Este tratamiento implicó técnicas como apoyo y motivación, prescripción de dietas, hipnoterapia, terapia conductual, acupuntura, ejercicios de tensión-relajación de la vejiga y remedios naturistas (Miller, 1993).

Thyer (1995) considera que cualquier profesional dedicado al área de la salud mental infantil, tiene la obligación ética de actualizarse y usar sólo aquellas técnicas cuya efectividad ha sido demostrada, dejando atrás las prácticas obsoletas para brindar atención de primer nivel. Revisa algunos de los trastornos para lo que la investigación ha aportado técnicas efectivas, entre ellos, la enuresis. Las alarmas de líquidos instaladas en las camas de los niños enuréticos, han cobrado un gran auge clínica y comercialmente, de modo que el autor lo plantea como el tratamiento de primera elección para la enuresis nocturna, que no es secundaria a un problema orgánico.

Otra investigación hizo un seguimiento de dos años y medio del tratamiento con las alarmas en niños enuréticos. Sin embargo, no hace énfasis en el valor de la alarma, sino de las conductas operantes y reforzamientos posteriores a "la conducta de no orinarse". Presenta una tasa de éxito de un 98% y añade que hubo casos en los que la enuresis persistió. Explicó esto arguyendo que existe una prevalencia después de los 8 años de un 5% los casos. A su vez presenta este método como el tratamiento de elección para los niños enuréticos sin un problema clínico, entre 6 y 12 años de edad, sin más criterios de elección (Aad Van Londen, 1993).

Reca (1971, p. 196), por su parte, considera que el tratamiento de la enuresis se basa en el tratamiento de la personalidad del niño y cambios en su medio y no propiamente del síntoma: "la participación de las personas que rodean al niño, de la educación y del ambiente general de éste en la determinación y el mantenimiento del síntoma obligan, asimismo, a dirigir el tratamiento hacia la familia. En los casos leves basta la orientación adecuada a los padres [...] si el niño es sobreprotegido puede intentarse despertar su propio interés y hacerlo levantarse regularmente una o dos veces por la noche, con ayuda de un reloj despertador [...] en los restantes casos es necesario el tratamiento psicoterapéutico".

Algunos autores (Reca, 1973; Winnicott, 1979) han realizado labor psicodiagnóstica por medio de instrumentos psicológicos de tipo proyectivo, como el dibujo o el Test de apercepción temática para niños de Bellack. A partir de la interpretación dinámica de éstos instrumentos plantan el rumbo de la psicoterapia, incluso usan las pruebas proyectivas como material terapéutico.

Telma Reca (1973) describió el caso de un niño enurético cuyo tratamiento duró 26 sesiones, en el que se usaron como técnicas psicoterapéuticas la dramatización, representación de dinámicas con muñecos de plastilina, la descripción de historias o desarrollo de un tema, la pintura, el libre uso de agua y el dibujo. Las intervenciones concretas durante el tratamiento incluyeron comentarios hechos con tono emocional, pedidos de aclaración sobre los hechos, interpretaciones marginales del significado profundo de la acción, facilitación del reconocimiento verbal del significado de una acción, entre otros.

Esta autora considera importante el tipo de relación establecida entre el niño y el terapeuta, una actitud empática y de aceptación, facilitaría la expresión de fantasías, temores, fundamentales para obtener seguridad y valimiento personal y para que se presente la catarsis terapéutica.

Telma Reca (1971) deja en manos del pediatra el trabajo de la prevención de esta enfermedad, arguyendo que es él quien puede orientar a los padres sobre la enseñanza del control vesical, la necesidad de evitar la sobrecarga de ansiedad durante este proceso, evitar que la disposición de su dormitorio y cama no sean una fuente de experiencia o estimulación sexuales y de proveerles a los padres educación sexual adecuada.

3.3 Enfoque psicoanalítico

Esta corriente cuenta con un gran número de seguidores pero, a pesar de partir de los mismos orígenes, algunos autores han hecho aportaciones propias que difieren de las originales o las amplían, combinan los postulados de esta teoría con conocimientos de otras disciplinas y por ello es a veces difícil ubicar a un autor en una u otra corriente. A pesar de ello, todos concuerdan en ubicar el origen de la enuresis en las vivencias tempranas y en los mecanismos inconscientes que actúan dependiendo de la etapa del desarrollo psicosexual en que se ubicó el problema. El análisis de este trastorno a partir del marco psicoanalítico, implica entonces, analizar los fenómenos inconscientes, afectivos y vivenciales que tienen lugar alrededor de la etapa del control de los esfínteres.

3.3.1 Implicaciones psicodinámicas de la enuresis.

Muchos autores (Schmit y Soulé, citados en Lebovici, 1988; Ajuriaguerra, 1983) consideran que la enuresis debe considerarse como un síntoma con un sentido individual y no como una enfermedad. Para darle sentido debería analizarse la evolución libidinal y la interacción afectiva.

Schmit y Soulé (citados en Lebovici, 1988, p. 234) definen la enuresis como "una micción normal, involuntaria, sin lesión del aparato urinario en niños de más de 3 años de edad [...] la enuresis no es un trastorno de la micción sino de su control [...] el enurético actúa como si ignorara las manifestaciones de la necesidad o no fuera capaz de prever su aparición".

La enuresis involucra factores afectivos como el investimento que hace el niño del control de sus esfínteres y su relación con el entorno, sobre todo con la madre. En el plano libidinal, el orinar es fuente de placer, tanto en el proceso de retención como en la expulsión. Este placer estaría determinado por fantasías de dominio y destrucción mediante la orina. El control de la orina implicaría que el niño renuncia a los placeres de este acto por amor a su entorno (Schmit y Soulé, citados en Lebovici, 1988).

Según estos autores, si la enuresis es analizada desde la perspectiva de desarrollo psicoafectivo, se tendrían que considerar los siguientes factores:

- 1) La evolución madurativa inscrita en la base somática de las funciones.
- 2) El investimento psico-afectivo de estas funciones, fuente de goce y de dominio, pero también de angustia y de defensas
- 3) Los juegos interrelacionales, desde la relación privilegiada con la madre hasta los usos familiares y sociales que contribuyen a la educación esfinteriana.

Dependiendo de sus manifestaciones la enuresis implicaría diferentes tipos de procesos patológicos. La continua, representaría una falla grave en el desarrollo emocional del niño, proveniente de la deprivación o sobreestimulación dadas por la madre, que inició desde épocas tempranas y estaba presente aun durante el control de esfínteres, configurando un trastorno psicosomático del control del esfínter uretral. La enuresis intermitente (secundaria) sería resultado de una falla en la relación con la madre, no tan grave como la anterior, que aparentemente se supera pero deja un punto de fijación y, con el período edípico, aparece una nueva interferencia en la relación con la madre (Békei, 1984).

El control de esfínteres, desde esta postura, estaría localizado en una de las etapas del desarrollo psicosexual descritas por Freud (1905), a saber, la anal. Por tanto el análisis de las fallas de este control implica el estudio de los fenómenos inconscientes y los mecanismos psíquicos presentes en esta época de desarrollo infantil.

Fase anal del desarrollo psicosexual y erotismo uretral. En las condiciones de desarrollo normales, ciertos estadios de desarrollo de la maduración neurológica corresponden con las fases del desarrollo psicosexual y de relación objetal descritas por Freud (oral, anal, fálica de latencia y genital). El control vesical inicia generalmente en la fase psicosexual "uretral", que es un periodo muy breve entre la fase anal y la fálica.

3.3.2 Complejo de castración y complejo de Edipo

Estos conceptos provienen de las formulaciones teóricas freudianas sobre la sexualidad infantil, en los que atribuye a los niños pulsiones de tipo sexual: "ningún niño - al menos ninguno con plenos dotes de sensibilidad o intelecto - puede dejar de ocuparse de los problemas sexuales en los años anteriores a la pubertad" (Freud, 1908, p. 188) .

Señala que a pesar de la amnesia de sentimientos, emociones y acciones que cubre los primeros años de vida, todas esas impresiones dejaron "las más profundas huellas en nuestra vida anímica y pasaron a ser determinantes para todo nuestro desarrollo posterior" (Freud, 1905, p. 159).

En psicoanálisis "castración" no se usa con la connotación común de mutilación de órganos sexuales masculinos, sino que "designa una experiencia psíquica compleja, vivida inconscientemente por el niño a los cinco años aproximadamente, y que es decisiva para la asunción de su futura identidad sexual". El complejo de castración es una etapa en la evolución de la sexualidad infantil y no se reduce a un momento cronológico, es una experiencia inconsciente que se renueva a lo largo de la existencia. El complejo de castración se presenta de manera diferente en los niños que en las niñas, y en ambos pasa por diferentes momentos o "tiempos" (Nasio, 1989, p.15)

Según Freud, el niño varón cree firmemente que todo ser humano tiene un pene, sin embargo "la observación que por fin quiebra la incredulidad del niño en la de los genitales femeninos. Alguna vez el varoncito, orgulloso de su posesión del pene, llega a ver la región genital de una niña, y no puede menos que convencerse de la falta de un pene en un ser tan semejante a él. Pero con ello se ha vuelto representable la pérdida del propio pene, y la amenaza de castración obtiene su efecto con posterioridad" (Freud, 1924, p. 183). Freud diferenció el conflicto de la castración en el niño y en la niña: "la niña acepta la castración como un hecho consumado mientras que el varoncito tiene miedo a la posibilidad de su consumación" (Freud, 1924 p. 186). La no resolución de este conflicto marcaría, según Freud, consecuencias posteriores: "si el yo no ha logrado efectivamente mucho más que una represión del complejo, éste subsistirá inconsciente en el ello y más tarde exteriorizará su efecto patógeno" (Freud, 1924 p. 185).

En el complejo de castración patológico, es decir aquel que se prolonga y no se soluciona después de los 8 años, existe un despertar de aquellas amenazas dirigidas al niño por los adultos en que se le prometía una enfermedad o la mutilación de algún órgano cuando se masturbaba, existe además una ausencia de mecanismos de defensa naturales contra ello, provocando sentimientos de inferioridad en el niño; "la renuncia a la superioridad fantaseada frente al rival no será posible, y el niño necesariamente tendrá que rehusar ver la realidad de frente, liquidar su complejo de Edipo, sexualmente castrador, por tanto a sufrir una regresión ante el impulso libidinal biológico" (Doltó, 1974, pp 122-123)

Enuresis y miedo a la castración. Békei, (1984, p. 281) enfatiza la diferenciación entre un trastorno surgido en la primera infancia, al que atañería una falla en la relación diádica temprana; y trastornos más tardíos "que se configuran en el marco de una relación triangular condicionada por un conflicto edípico. Es indudable que el control urinario solo se adquiere alrededor de los tres años, cuando el proceso de simbolización ya se logró y se inician los conflictos edípicos"

Por otra parte, es de considerar que "...muchas neurosis de angustia por complejo de castración no dan lugar a la enuresis. Se debe a que la conquista del control esfinteriano estaba ya demasiado segura cuando aparecieron las primeras amenazas activas de mutilaciones sexuales, es decir, las amenazas ligadas al complejo de Edipo" (Doltó, 1974, p. 121). La autora divide estas amenazas en tres tipos:

- 1) El primer tipo, está relacionado con las amenazas de enfermedad o mutilación que los adultos hacen al niño durante la "masturbación secundaria"
- 2) El segundo tipo, son las amenazas interiores del niño provenientes de la proyección de su agresividad sobre el adulto del mismo sexo, en el momento de la rivalidad edípica, padre con el cual se identificó y al que había introyectado para luchar contra la angustia primaria de castración.
- 3) El tercer tipo, son obstáculos a los mecanismos de defensa naturales ante la angustia de castración primaria.

3.3.3 Enuresis como proceso regresivo

En general, no hay un acuerdo en las características de personalidad inherentes a los enuréticos, sin embargo se pueden identificar características de dependencia afectiva, manifestada por conductas de estrecho apego, en especial con la madre, tendencia a frecuentar niños más pequeños, juegos regresivos, persistencia de conductas infantiles como chuparse el dedo o el apego a los objetos de la primera infancia. Muchas veces los padres mantienen esta inmadurez en el niño, ya que inconscientemente desearían que siga siendo su bebé. Los enuréticos también manifiestan agresividad de manera franca o de manera escondida o pasiva. Estos niños también manifiestan: emotividad, ansiedad que se traduce en timidez, sensibilidad, reacciones fóbicas, conductas ritualizadas y trastornos del sueño (Schmit y Soulé, citados en Lebovici, 1988).

Con base en el análisis de un sueño Freud relacionó los contenidos sexuales latentes con la enuresis, explicando que la paciente manejaba en el sueño su conflicto por medio de la enuresis, como ya lo había hecho en la infancia "entre estas dos vivencias, la infantil y la presente, el sueño establece una conexión: procura refundir el presente según el modelo del pasado más remoto. El deseo que crea el sueño proviene siempre de la infancia, quiere transformarla una y otra vez en realidad, corregir el presente según la infancia" (Freud, 1905 p.63)

P. Luquet (citado en Ajuriaguerra, 1983) distingue también dos tipos de enuresis dependiendo de la etapa en que se presenta, la primera sería la originada durante el período pregenital y es para el autor, una manifestación de pasividad, generada por la búsqueda de satisfacción de los cuidados maternos y de placer cutáneo por encontrarse húmedo. Manifestaría también actividad por medio de la agresividad con miras a su propia satisfacción, es decir, activación del erotismo uretral para satisfacer el sentimiento de poder del niño, por el uso que hace de su aparato urinario. El segundo tipo de enuresis para Luquet es el que se presenta en la fase edipiana o postedipiana, y en este caso puede significar una equivalencia de la masturbación.

En opinión de Doltó, (1974, p. 118) "este síntoma [...] por sí solo no tiene significado único[...] señala cuando menos el estancamiento o el regreso al estadio sádico uretral, es decir, el que precede al estadio fálico. Se acompaña de la regresión

afectiva a las preocupaciones preedípicas en uno o varios puntos, complicada ella misma con sentimientos de culpabilidad, porque en la mayoría de los casos, incluso sobre un plano regresivo, las pulsiones no encuentran salida suficiente. La enuresis también puede traducir una regresión a un estadio todavía más arcaico".

A la enuresis primaria Doltó (1974 p. 122) expone: "el niño inconscientemente se niega a crecer con el fin de no renunciar a las prerrogativas ambisexuadas" refiriéndose a la etapa en que el niño quiere preservar sus pulsiones libidinales ambisexuadas. Y añade la autora con respecto a la enuresis secundaria: "la enuresis puede haber casi cesado de los 2 años y medio a los 4 o 5 y reanudarse en el momento de la subida del complejo de Edipo. A partir de ese momento solamente la enuresis puede ser imputable a la actividad del complejo de castración".

El síntoma, que en un origen obedeció a determinada causa, va variando con el tiempo, es decir, las satisfacciones y objetivos que se consiguen son otras dependiendo de la vivencia del niño, por lo que el síntoma sufre trasmutaciones. Existen otros factores que mantienen o perpetúan el síntoma, ya que la tendencia del niño es no abandonar el síntoma, sino integrarlo a un nuevo equilibrio, en el que obtiene de él beneficios secundarios. Estas ganancias se pueden clasificar en:

1) beneficios primarios, es decir, aquellos derivados directamente de las sensaciones que provoca la micción. Algunos provienen de tendencias regresivas ligadas a la pasividad y a la erotización cutánea; otros son placeres de orden masturbatorio, testimonio de una fijación al erotismo uretral; y por último, placeres de sensaciones difusas, ligadas a la percepción del que el cuerpo de llena y se vacía de agua.

2) beneficios secundarios, o aquellos resultantes de los cambios que el síntoma provoca en el entorno y de la utilización que permite en las relaciones interpersonales. Algunos de ellos se ligan a la regresión que facilita un contacto más estrecho con la madre y las satisfacciones eróticas que le provee la madre mediante los cuidados cutáneos y corporales; o son ventajas creadas por el masoquismo del niño, como los castigos y los conflictos familiares en torno a la enfermedad

3.3.4 Enuresis como equivalente masturbatorio

Con respecto a la enuresis secundaria Freud señaló: "por lo que sé, la causa más probable de una enuresis de esta clase es la masturbación, que en la etiología de la enuresis desempeña un papel no apreciado todavía suficientemente. Según mi experiencia esta conexión se hace muy notoria para los niños mismos, y de ahí se siguen todas sus consecuencias psíquicas, como si nunca la hubieran olvidado" (Freud, 1905, p. 66).

Freud planteó que ante la prohibición o la desaparición de la masturbación sobrevienen otros síntomas como la enuresis, si la fuente de satisfacción no se resuelve: "los síntomas histéricos casi nunca se presentan mientras los niños se masturban, sino sólo en la abstinencia, expresan un sustituto de la satisfacción masturbatoria, que seguirá anhelándose en el inconsciente hasta el momento en que aparezca una satisfacción más normal de alguna otra clase, si ésta todavía es posible" (Freud, 1905, pp. 69-70)

Cuando el niño empieza a mostrar interés en sus genitales y se masturba, frecuentemente se le amenaza con cortar los genitales o "en cierto número de casos, las mujeres mismas proceden a una mitigación simbólica de la amenaza, pues no anuncian la eliminación de los genitales, en verdad pasivos, sino de la mano, activamente pecaminosa. Y con notable frecuencia acontece que al varoncito no se lo amenaza con la castración por jugar con la mano en el pene sino por mojar todas las noches su cama y no habituarse a la limpieza (Freud, 1924.

Las personas encargadas de la crianza se comportan como si esa incontinencia nocturna fuese consecuencia y prueba de que el niño se ocupa de su pene con demasiado ardor, y probablemente aciertan en ello. Comoquiera que sea, la persistencia en mojarse en la cama ha de equipararse a la polución del adulto: una expresión de la misma excitación genital que en esa época ha forzado al niño a la masturbación" (Freud, 1924, pp 182-183) .

La enuresis también puede considerarse como "una forma de descarga que reemplaza otras formas más mentalizadas de expresión de la agresividad y del placer erótico. Se le ha considerado incluso como equivalente masturbatorio. De hecho, es una manera de oponerse a los padres y manipular el entorno. La proporción de enuréticos es dos veces más elevada en los niños que en las niñas lo que probablemente se deba a los problemas del esquema corporal y a los temores sobre el buen funcionamiento del pene en el niño" (Haynal y Pasini, 1984 p. 246).

La enuresis puede cesar espontáneamente "pero no se cura y no es un trastorno tan benigno como se suele suponer[...] solo cambia de forma. En la adolescencia, suelen aparecer en su lugar masturbación compulsiva o trastornos del sueño que pueden dar paso más tarde, en el adulto a trastornos sexuales", la descarga urinaria provoca placer, que en el caso de la enuresis sería una expresión pregenital de deseos genitales, es decir, un equivalente masturbatorio (Békei, 1984, p. 282-283).

Por tanto, "la persistencia o el regreso de la enuresis es, entonces, el síntoma de elección para quienes no pueden permitirse ya sea la masturbación o las fantasías ambiciosas y que viven inconscientemente en dependencia sadomasoquista erotizada" (Dolto, 1974 p. 118)

3.3.5 Enuresis como equivalente de fetiche

En 1940, Freud (citado en Békei, 1984, p. 277), ejemplificó, con el análisis del caso de un niño, la creación de un fetiche ante la necesidad de defenderse de la angustia y negar la castración, es decir negar la falta de pene en la mujer. Békei continúa "pero el fetiche solo (que Freud no describe) no alcanza para mantener la negación y tiene que reforzarla con la escisión del Yo y el desplazamiento regresivo del miedo a otro peligro, oral: miedo a ser comido por el padre. Freud ubica este proceso en el período fálico y lo considera una solución patológica del complejo de castración edípico [...] clasifica al fetichismo como un trastorno de la organización genital plena".

Calef et al. (1980), incluyen la enuresis dentro de los trastornos edípicos, pero además sugiere que el mecanismo psíquico que actúa en este trastorno es el mismo que Freud describió para el fetichismo. Existiría una escisión del yo en el campo del pensamiento, dando lugar a una forma arcaica de pensar. Esta división del yo sería resultado de una falla, bien sea en la integración de los procesos consciente e inconsciente, o en la estructura previamente lograda de estos procesos. Esta dificultad se manifiesta en la deficiencia de diversas funciones yoicas como: la función sintética del yo, la percepción, alteraciones en la interpretación de la realidad que hace confundir la realidad y la fantasía; se presentarían también trastornos como: el sueño, despersonalización, etc. En términos concretos, los enuréticos sueñan que están despiertos y que orinan, mientras tanto están mojando la cama mientras duermen. Este escrito fue criticado más adelante por Esman (1981), para quien las características patológicas del Yo son más bien la consecuencia del desorden enurético. Según este autor la enuresis representaría, más bien, una solución patológica ante la ansiedad de castración.

Fenichel en 1945, añade que el "fetichismo no es un símbolo verdadero del pene, sino una formación presimbólica, un equivalente simbólico. Esto parece indicar que la angustia de castración que lo crea incluye miedos más arcaicos y abarcativos y las formaciones que provoca pueden representar heces, orina y diversos objetos conectados con actividades pregenitales" (citado por Békei, 1984 p. 277).

3.3.6 Enuresis y sus contenidos simbólicos

Freud descubrió que determinadas zonas del cuerpo, aun en los niños producían excitaciones de tipo sexual "aportes esenciales a la <<excitación sexual... prestan las excitaciones periféricas de ciertas partes privilegiadas del cuerpo (genitales, boca, ano, uretra) que merecen el nombre de zonas erógenas" (Freud, 1908 p. 154). Al reconocer mociones de tipo sexual en los niños, Freud asoció la presentación de la enuresis con algún tipo de vivencia de este tipo. En una carta a Fliess en 1898, declaró: "un niño que regularmente hasta su séptimo año se moja en la cama [...] tiene que haber vivenciado excitaciones sexuales en la infancia (Freud, la conquista, p 268).

Freud buscó una relación entre el contenido simbólico del fuego y la micción: "la calidez que el fuego irradia evoca la misma sensación que acompaña el estado de excitación sexual, y la llama recuerda por su forma y movimientos al falo activo[...]

cuando nosotros mismos hablamos del fuego devorador de la pasión y del lengüeteo de las llamas, y así comparamos la llama con una lengua, no estamos tan distanciados del pensamiento de nuestros ancestros primitivos " (Freud, 1932, p. 177)

Freud analizó la asociación fisiológica y psicológica entre las dos funciones del pene, la sexual y la relacionada con la micción, que podrían asociar la enuresis con un contenido sexual "el miembro del varón tiene dos funciones cuya coexistencia resulta enojosa a muchos. Permite el vaciamiento de la vejiga y ejecuta el acto amoroso que apacigua el anhelo de la libido genital [...] el adulto sabe que ambos actos son en realidad irreconciliables entre sí...tan irreconciliables como el fuego y el agua. La oposición entre ambas funciones podría movernos a decir que el hombre extingue su propio fuego con su propia agua" (Freud ,1932, p. 178)

3.3.7 Enuresis y características de personalidad

Freud realizó una derivación de las características de personalidad de las primeras vivencias "es posible indicar una fórmula respecto de la formación del carácter definitivo a partir de las pulsiones constitutivas: los rasgos de carácter que permanecen son continuaciones inalteradas de las pulsiones originarias, sublimaciones de ellas, o bien formaciones reactivas contra ellas" (Freud, 1908, p. 15). Este autor analizó las características de adultos que en la infancia retenían sus heces y concluye que "sería preciso considerar, en general, si otros complejos de carácter no permitirán discernir su pertenencia a las excitaciones de determinadas zonas erógenas. En este sentido hasta ahora sólo he tenido noticias sobre la desmedida <<ardiente>> ambición de los otrora enuréticos" (Freud, 1908 p. 158).

3.3.8 Enuresis y proceso de separación individuación

"La mayoría de las enfermedades psicosomáticas y muchos otros trastornos se originan en este período [período de separación individuación], debido a una falla básica (Balint, 1968) en la relación temprana. Del carácter de esta falla de su momento y duración y de su interacción con otras condiciones del niño y de su medio depende el tipo de enfermedad que se produzca." (Békei, 1984, p 279)

3.4 La enuresis infantil y el vínculo madre hijo

Schmit y Soulé recalcan "la imposibilidad de limitar la enuresis referidos tan sólo a la educación esfinteriana. Estos errores revelan el papel inductor de los intercambios precoces, entre el lactante y sus padres, y en esos mismos intercambios, lo cual está relacionado con elementos inconscientes que el niño real despierta en sus padres". El niño enfrentaría a sus padres con sus propias tendencias regresivas, con el retorno de elementos eróticos pregenitales reprimidos y con la necesidad de elaborar este material afectivo (citados en Lebovici, 1988, p. 249)

Muchos autores psicoanalistas consideran que las fallas en la relación madre-hijo pueden interferir en el proceso de la maduración del niño y luego del control vesical y coinciden en que la enuresis es una de las consecuencias patológicas de "una falla en la relación madre-hijo en un momento del desarrollo temprano en que el Yo infantil en formación ya dispone de cierta capacidad defensiva. No hay consenso, sin embargo, con respecto al carácter de la falla y tampoco está firmemente delimitado el período" (Békei, 1984, p. 276).

Sin olvidar los factores biológicos necesarios para adquirir el control esfinteriano, Békei (1984, p.275) expone: "es indudable que para el logro del control vesical la maduración es una base indispensable, pero sólo se alcanza por medio de la aceptación e internalización de los deseos y las prohibiciones parentales, transmitidos por la madre. Fracasa si la relación madre hijo es inadecuada.

Una madre "bastante buena" obtiene sin dificultades que su hijo aprenda a dominar los esfínteres y acepte separarse de sus excrementos"; desde lo anterior el niño se desprendería de las heces y la orina como una forma de complacer a la madre y si esta relación falla, el niño retiene sus excrementos y su orina como una forma de manifestar su enojo (Békei, 1984).

Es de considerar que "la actitud afectiva profunda de la madre con respecto a la limpieza, y esto a partir del nacimiento del niño tiene gran importancia en el aprendizaje esfinteriano, atribuyendo a las exigencias educativas una coherencia que el niño

advierte, o, al contrario, emitiendo un mensaje contradictorio o inaceptable y manteniendo la fijación en conductas arcaicas" (Schmit y Soulé, citados en Lebovici, 1988, p. 236)

La satisfacción autoerótica presente en la enuresis, se va transformando en placer masturbatorio, cargándose de fantasías y de contenidos sexuales, según Békei, (1984, p. 280) "estas fantasías pueden ser fomentadas por la madre, que puede transmitir sus propias fantasías urinarias y masturbatorias a los hijos", por tanto la patología materna podría traducirse en un tipo de vínculo inconsciente con el hijo en el que la madre mantiene el síntoma.

Winnicott (citado en Békei, 1984, p. 276), considera que la enuresis es una manifestación de una tendencia antisocial que constituye una forma de reclamo ante una madre poco dedicada a su hijo "la cama que el niño moja representaría a la madre, a quien exige el derecho de mojarla como lo hacía de bebé al mismo tiempo que la agradece por no cobijarlo más como en aquel entonces".

3.5 Prevención y tratamiento

En la prevención de la enuresis es de considerar que se trata no sólo del síntoma, sino de las dificultades afectivas del niño. En este aspecto autores como Schmit y Soulé (1988, p. 254), consideran necesario hacer una labor informativa con los padres y el personal de las instituciones que se ocupan de niños pequeños. Este informe consideraría los siguientes puntos:

- 1) Saber cuáles son las etapas naturales de control: se consigue entre el primer y el tercer año, primero controlando la defecación y luego la micción diurna indispensable para el establecimiento de la limpieza nocturna;
- 2) evolución progresiva de los controles, con posibilidad de regresión que no hay que dramatizar;
- 3) importancia de mantener seco al lactante, cambiarle con frecuencia, reconocer las manifestaciones que muestran que se encuentra mal cuando está mojado;
- 4) costumbres prematuras, antes de que se haya establecido un control psicomotor suficiente: esperar que el niño pueda sentarse antes de ponerle en el orinal, a que ande antes de emprender la educación de la micción;
- 5) tener en cuenta las necesidades del niño y no fiarse solamente del reloj;
- 6) y, sobre todo, papel del factor relacional en la educación esfinteriana que los padres deben llevar a cabo con coherencia, sin considerarlo un simple amaestramiento o una evolución espontánea que no requiere ayuda.

Estos autores agregan: "es evidente que no se deberá subestimar el peso de los elementos inconscientes en las actitudes educativas de los padres, pero la contribución de nociones objetivas ayuda a los adultos a situarse con mayor soltura, a asumir sus exigencias y a controlar su angustia ante las tareas educativas" (Schmit y Soulé, citados en Lebovici, 1988, p. 255).

Marta Békei, (1984, p. 282) por su parte, opina que la prevención o profilaxis de la enuresis debe basarse en los principios que se enuncian para cualquier trastorno de tipo psicosomático: 1) Tratar de asegurar una buena relación 2) Respetar las fases de la maduración neuromuscular

La prevención de la enuresis tiene primordial importancia, y si ésta no se realizó hay que instituir su tratamiento, antes de que la "curación espontánea" obture el cuadro"; con respecto al entrenamiento añade: "la educación mal realizada como la falta absoluta de entrenamiento son perjudiciales. Una educación precoz ejecutada con rigor, amenazas y castigos, es ineficaz y causa daño. El temor que las medidas empleadas despiertan en el niño y el miedo de fallar y de perder por consiguiente el cariño materno, se mezclan con los sentimientos hostiles dirigidos hacia la madre exigente. Surge entonces la ambivalencia y la angustia, que desorganizan e impiden el progreso de la maduración neurológica y psicosexual [...] si la enseñanza vesical diurna se introduce tardíamente o falta en absoluto no se logrará el control diurno y, por consiguiente, tampoco el nocturno". (Békei, 1984, p.282).

Esta autora señala que además de impartir a la madre normas sobre la educación esfinteriana se debe evitar la sobreestimulación sexual del niño, es decir, separar tempranamente al niño del dormitorio de los padres y evitarle escenas de nudismo por parte de ellos (Békei, 1984).

En una investigación analítica se estudiaron y contrastaron diferentes paradigmas y se presenta el caso de una niña que demuestra la eficacia de la terapia de juego orientada psicoanalíticamente, que es la más aceptada entre los psicoanalistas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos (Mishne, 1993).

Para el tratamiento de la enuresis, Doltó (1974) plantea la necesidad de analizar el comportamiento afectivo del niño para saber así en qué estadio del desarrollo de encuentra y cuál fue el problema que motivó una regresión a uno anterior, o un estancamiento. Esta autora subraya la necesidad de analizar las características del síntoma con base en la edad del niño y buscando el origen en las vicisitudes del período edípico "ante la enuresis, no hay una actitud psicoterapéutica, ya que apuntaría al efecto y no a la causa" (Doltó, 1974, p. 118). También, previene de las dificultades y peligros

que implicaría eliminar el síntoma sin analizar a profundidad qué conflicto psíquico se está manifestando o qué factor del desarrollo está involucrado en el problema. Para tal efecto en algunos caso se obtendrá la eliminación del síntoma a corto plazo sin consecuencias posteriores como trastornos de carácter, tendencias autopunitivas, angustia que se traducirá en trastornos funcionales o sueños con simbolismos castradores, etc.

En otros casos será necesario estimular al niño para despertar la rivalidad edípica o ayudarlo a superar este conflicto, manejando la angustia y los síntomas colaterales; porque sólo cuando el niño se encuentre en una situación edípica normal se le podrá pedir el esfuerzo de autosugestión para eliminar el síntoma sin peligro para el inconsciente. Se contendrán sus manifestaciones autopunitivas, agresivas y también la angustia de los padres; pero también se favorecerá la sublimación de su angustia y la recuperación de la autoconfianza del niño.

Esta autora añade: "así la enuresis debe, en ciertos casos, ser respetada, no obstante la exigencia de los padres y el deseo consciente del niño, todo el tiempo que sea necesario para poder hacer evolucionar la libido del niño (gracias a la transferencia) hasta el estadio sádico uretral, alba del estadio fálico. Sólo entonces se podrá, sin peligro del porvenir, obtener la disciplina vesical. Al exigirla antes, el doctor estaría desempeñando el papel de padre castrador" (Doltó, 1974, p. 118 y 120.).

Tomando en cuenta los estadios del desarrollo psicosexual, deben considerarse que la cura es relativa, por ejemplo, si el niño tiene 4 años la desaparición del síntoma no puede considerarse como cura, a menos que inicie el complejo de Edipo, y aún son posibles las recaídas. Si el niño tiene 6 o 7 años, el tratamiento incluye la conducción necesaria para que el niño inicie y liquide el complejo de Edipo, por su intrincación con el complejo de castración. Se retirarán las cargas libidinales de las figuras edípicas para dirigir las a amistades y sublimaciones escolares, el juego, la actividad intelectual, etc. (Doltó, 1974).

Schmit y Soulé, concuerdan con esta idea: "existen casos en los que abordar directamente el síntoma conduce al fracaso, ya se trate de una psicopatología compleja o de una enuresis común fijada, organizada, y muy investida en el plano libidinal por el

niño. En estos casos, la movilización de los intereses del niño y el abandono de las posiciones actuales no pueden hacerse sin una psicoterapia de inspiración analítica que permita clarificar las motivaciones inconscientes" (citados en Lebovici, 1988, p. 254)

Doltó finalmente resalta las implicaciones del tratamiento psicoanalítico de la enuresis infantil y la necesidad de analizar factores afectivos involucrados: "...el síntoma de la enuresis no tiene sino un papel diagnóstico relativo. De él solo, sin el conocimiento del comportamiento afectivo concomitante, es imposible deducir una terapia racional, además, una vez desaparecido el síntoma, el niño generalmente no está curado de su neurosis, sino solamente en vías de curarse, contrariamente a lo que piensan los padres, que el sólo síntoma, alarma y que su desaparición es suficiente, ignorantes como son de la mutación de este síntoma en otro mucho más regresivo, como por ejemplo una colitis, tics, tartamudeo, insomnio o una inestabilidad psicomotora, con la amenaza del surgimiento futuro de comportamientos perversos sexuales o delincuentes sociales, signos ambos de un complejo de Edipo no iniciado, en todo caso aún no resuelto" (Doltó 1974, p 123)

Otras formas de tratamiento desde esta perspectiva consideran: "si se trata de un menor de cinco años la terapia de elección es la vincular. Si el medio familiar es perturbado y deposita en el niño su enfermedad, se recomienda la terapia familiar. El niño púber responde muchas veces mejor a la terapia grupal que a la individual. El tratamiento del niño siempre debe ser acompañado por una terapia paralela de la madre... Habrá sin embargo casos en que la enuresis es sólo uno de los síntomas de una patología más compleja; entonces aconsejamos terapia profunda" (Békei, 1984 p. 283).

CAPITULO 4. METODO

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El porcentaje de incidencia del síntoma de la enuresis no es claro. Determinar su presentación en las instituciones pediátricas requeriría de una cuidadosa anamnesis cuando este problema no es el motivo de consulta, esto se dificulta muchas veces por la enorme demanda y los recursos limitados. En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N: Navarro", durante 1996 el porcentaje de consultas por enuresis fué menor al 2%; sin embargo es de tomar en cuenta que este porcentaje se refiere a la enuresis cuando se presenta como motivo de consulta y diagnóstico principal. Ocurre frecuentemente que aunque se haya determinado otro diagnóstico, durante la recolección de la anamnesis se descubre la enuresis pero este dato ya no es consignado en la estadística. Es importante recalcar que la enuresis es aún catalogada como un problema de malos hábitos, oposicionismo del niño o un "accidente pasajero", por lo que muchos casos no llegan con los especialistas.

Los pacientes que presentan este problema son tratados por medio de técnicas conductuales o farmacológicas, tratamientos que resultan largos y en muchos casos poco efectivos, bien sea por la falta de compromiso de los padres, abandono del tratamiento o porque quizá el origen del trastorno no esté bien delimitado. Hay mucho aun que investigar sobre la enuresis, como: ¿tiene relación con un tipo de estructura psíquica?, ¿porqué se presenta con más frecuencia en los niños que en las niñas?, ¿cuál la relación del tipo de enuresis (primaria o secuadaria) con otros síntomas psicológicos? Y en especial, el tema de esta investigación ¿qué relación tiene la enuresis con el vínculo que establece el niño con su madre?

De las teorías psicoanalíticas se puede extraer la concepción de que muchas fallas en los mecanismos psíquicos (manifestados como síntomas) tienen que ver con la historia de los primeros vínculos del niño y el tipo de relación establecida con la madre o cuidador primario. Es por ello que con el fin de entender el origen y los mecanismos de formación del síntoma del niño usan como metodología el análisis del discurso de la madre en el que distinguen: la historia previa al nacimiento del niño, sus vivencias sobre la maternidad, el tipo de relación que establece con el niño, el análisis o trabajo directo con el niño, las influencias intergeneracionales, etc.

El abordaje de la enuresis desde el análisis del vínculo entre la madre y su hijo enurético, tomando en cuenta la historia de este niño, su inclusión dentro de la historia y mito familiar, puede abrir un panorama empírico y teórico que permita asumir el origen psíquico de este trastorno y con ello realizar intervenciones más certeras en la práctica clínica, tanto en el tratamiento como en la prevención. Además de ello, este estudio permitiría entender cómo se estructuró psíquicamente este niño, que dará cuenta así mismo, del estado anímico y psicológico actual del mismo.

El abordaje de este problema desde el psicoanálisis permitiría desatar nudos alrededor de la comprensión de este síntoma en su compleja amplitud. La elaboración de un conflicto psíquico inconsciente, más que la eliminación de una "conducta, socialmente no aceptada", prevendría la persistencia de este síntoma o la formación de otros. Es importante analizar las características de la población mexicana pero también es de suma relevancia hacer hincapié en las implicaciones individuales de este problema.

Una investigación empírica, que logre un acercamiento a la estructura psíquica del niño, la dinámica familiar inconsciente y el significado particular que este síntoma tiene para el niño y la familia, arrojaría información valiosa sobre este síntoma particular y también apoyaría la elaboración de programas más certeros de tratamiento.

Por todo lo anterior esta investigación pretendió estudiar el síntoma de la enuresis infantil partiendo de la aplicación de técnicas psicológicas interpretadas desde las teorías psicoanalíticas que ponen de relieve las relaciones objetales, en especial aquellas que analizan el establecimiento de los primeros vínculos del niño y las repercusiones que tiene un vínculo patológico para el desarrollo psicológico y físico. Se buscó entender las características que comparten los niños enuréticos, pero también los rasgos que permiten la singularidad de cada niño, de cada diada madre-hijo y de cada familia. Se estudiaron los casos pensando en que cada niño está implicado en una red de influencias que harían muy difícil o imposible aislar un solo factor. Por ello se analizaron las áreas intelectual, maduracional, afectiva, la relación madre-hijo y familiar, teniendo siempre como objetivo final el análisis de la relación entre el vínculo madre hijo y la enuresis infantil.

2. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

¿Existe una relación significativa entre la manifestación de enuresis en niños y el tipo de vinculación con la madre?

Al existir una posible relación entre la calidad del vínculo madre e hijo y la enuresis, consideramos que esta manifestación se verá afectada al modificarse la calidad de la relación madre-hijo

3. DEFINICION DE VARIABLES

Vínculo madre hijo

Para el propósito de este trabajo el concepto del vínculo será derivado de los conceptos psicoanalíticos presentados. Por ello, el vínculo madre-hijo será considerado como todos aquellos intercambios entre la madre y su hijo, desde aquellos manifestados concretamente en cuidados, cantidad y calidad de relación, su forma de establecer normas y límites, enseñanza del control de esfínteres etc.; hasta los existentes desde antes del nacimiento concreto del niño en la fantasía e inconsciente de la madre. Para esta investigación consideramos como *tipo de vínculo* al estilo de relación entre la madre y su hijo, es decir, vínculos en los que destacan determinadas características como la sobreprotección, la dependencia simbiótica, actitudes marcadamente punitivas o agresivas, la negligencia, rasgos depresivos, indiferencia, etc.

Enuresis

El concepto de enuresis se sustrajo de las concepciones de Kaplan (1987) que dice que la enuresis es "la emisión de orina repetitiva, inapropiada e involuntaria. Operacionalmente, la enuresis puede definirse como el humedecimiento de la cama o la ropa en personas mayores de tres años que dejan de inhibir el reflejo de descarga de orina cuando sienten este impulso durante las horas de vigilia y los que no pueden despertarse espontáneamente cuando esto sucede durante el sueño". Esta definición será complementada con la de Soulé y Schmit que agregan: "es una micción normal, involuntaria e inconsciente, sin lesión del aparato urinario en un niño de más de tres años de edad" (citados en Lebovici, 1988 pp 234-5).

4. SUJETOS

Se estudiaron 14 diadas madre-hijo que asistieron al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el periodo comprendido del mes de noviembre de 1996 al mes de abril de 1997, en específico a la clínica de trastornos emocionales. Aunque el motivo de consulta o el diagnóstico principal no fuera la enuresis, si se encontró este síntoma en la historia clínica sin datos de compromiso orgánico, el caso ingresó a esta investigación. Las edades de los niños comprendieron de los 3 a los 12 años. En total fueron 5 niñas y 9 varones y sin alguna otra alteración mental o física importantes.

5. INSTRUMENTOS:

a) Escala de inteligencia para niños de Wechsler (W.I.S.C.)

Wechsler (citado en Morales, 1993) define el concepto de inteligencia como "El agregado o capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar adecuada y eficientemente en su medio ambiente". El test de Inteligencia para niños WISC, fue elaborado en 1949. Este test está dividido en dos escalas (Ejecución y verbal) y éstas a su vez en seis subescalas cada una.

b) Test de Bender

Este test introducido por Laurretta Bender (1994) se basa en la Psicología de la gúestalt, consta de 8 láminas que el niño tiene que reproducir, y se califica con base en las leyes gúestálticas de proximidad, semejanza, continuidad, cierre, destino común, dominancia y de la buena forma; y en base a los puntajes estandarizados para cada edad. De las diversas aplicaciones de este test, la usada para esta investigación fue: la determinación del nivel de maduración en la integración visomotriz de los niños.

c) Test del dibujo de la figura humana según E. Koppitz (citada en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

A través de esta prueba es posible evaluar aspectos emocionales y de la maduración perceptomotora del niño. En esta investigación solo se consideró el análisis de los indicadores emocionales. Koppitz analiza el aspecto emocional de la prueba a través de signos objetivos (indicadores emocionales), además de hacer un análisis desde el punto de vista clínico. Según la autora, los signos cualitativos que esta prueba arroja refleja las ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño.

Koppitz distinguió 30 signos como indicadores emocionales derivados tanto de los trabajos de Machover y Hammer, como del suyo propio. Algunos de estos indicadores son significativos a cualquier nivel de edad, mientras que otros se vuelven significativos a partir de cierta edad. Los indicadores de esta prueba se dividen en tres tipos:

- 1) Factores referentes a la calidad de los dibujos, (es decir, signos cualitativos como la pobre integración de las partes, las figuras inclinadas o el sombreado de la cara)
- 2) Detalles especiales, que no se dan habitualmente en los dibujos (como genitales, monstruo, nubes, etc.)
- 3) Omisiones de indicadores esperados en un determinado nivel de edad (omisiones de ojos, del cuerpo, de la boca, etc.,)

Koppitz propuso una serie de hipótesis para cada rasgo, que deben confirmarse tanto con los demás indicadores como con la historia clínica de cada niño. Por otra parte, la interpretación clínica del dibujo debe tomar en cuenta las características del niño, no sólo edad y sexo, sino la historia familiar, individual y del ambiente que lo rodea, además, el contexto y las circunstancias en las que se aplica el dibujo. Este tipo de interpretación es individual y única y deben tomarse en cuenta la psicología del desarrollo, los principios de la prueba, principios de psicodinámica, etc.

d) Test del dibujo de la familia

La interpretación del dibujo de una familia se hace a partir del análisis de tres planos según Corman (1967): gráfico, de estructuras formales y de contenido. La interpretación se hace desde el marco psicoanalítico.

Este test explora las siguientes características y su significado: eliminación del rival, dibujo con un sólo niño solamente, dibujo sin niño, desvalorización del rival, eliminación de sí mismo, desvalorización de sí mismo y otras, que pueden relacionarse con uno de los siguientes conflictos o rasgos: rivalidad fraterna, reacciones manifiestamente agresivas, identificación con un bebé, conflictos edípicos, identificación con el padre del mismo sexo, acercamiento con el padre del sexo opuesto, rivalidad edípica, celos, desvalorización del padre del mismo sexo, agresividad, etc.

e) Test de apercepción temática para niños de Bellak (1990)

Este test es un método aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar. Idealmente se aplica a niños de 3 a 10 años de edad. Se le presentan al niño diez láminas sobre las que debe realizar una historia.

Este test puede analizarse mediante los 10 ítems de investigación, (tema principal, héroe principal, necesidades principales del héroe, figuras, objetos y circunstancias introducidas, percepción de su medio, figuras vistas como..., conflictos significativos, naturaleza de las ansiedades, principales defensas, severidad del super yó e integración del yo) pero para este estudio se usará el análisis cualitativo del tema descriptivo para llegar al tema interpretativo y con ello el nivel diagnóstico de cada lámina y después del las 14 láminas del grupo.

6. ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en la clínica de los trastornos emocionales del área de psicología, del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro".

7. TIPO DE INVESTIGACION

La investigación es exploratoria, ex post facto, de tipo descriptivo comparativo en una muestra estratificada en dos niveles (tipo de familia y tipo de enuresis) y de una sola aplicación.

8. PROCEDIMIENTO

Una vez que los pacientes con enuresis fueron canalizados al área de psicología, se citó a 4 sesiones a la madre y su hijo (en algunos casos por limitaciones de tiempo o por el ritmo de trabajo del niño se extendieron hasta 6). Cada sesión tuvo una duración promedio de una hora y media, de la que se dedicó la primera parte (45 min. aprox.) a entrevista con la madre (el niño presente) y la segunda, al trabajo psicodiagnóstico con el niño (en el que la madre esperó fuera del consultorio).

Entrevistas con las madres

Después de explicar a la madre los lineamientos de la clínica se realizó la entrevista de tipo semidirigido basada en el formato propuesto por Sergei Levobici (1988, ver anexo 1) para facilitar su aplicación. Se registraron asimismo algunos sucesos ocurridos durante las entrevistas: características particulares de la madre, el niño y el tipo de interacciones que establecieron, frases literales que resultaron significativas y actitudes de la madre frente a la entrevista y la asistencia al hospital.

Psicodiagnóstico con el niño

El trabajo con el niño consistió, primero, en una entrevista semidirigida y breve, de la que se obtuvieron datos sobre sus vivencias derivadas de los datos que escuchó de la entrevista con la madre, y otras con respecto a su síntoma; con ello se pretendió establecer un rapport al inicio del trabajo psicodiagnóstico. En algunos casos el niño pidió hablar sobre algo en específico (algún problema en su casa o algo que ocurrió con la madre), casos en los que se modificó o postergó el orden de aplicación. En segundo término se aplicaron los instrumentos ya descritos, en el siguiente orden (en lo posible):

- 1a sesión: Entrevista, Test de Bender, Test de la figura humana
- 2a sesión: Escala de inteligencia para niños de Wechsler
- 3a sesión: Test de la familia de Corman
- 4a sesión: Test de Apercepción temática para niños de Bellack.

9. ANALISIS DE DATOS

En el caso del test de Bender y la Escala de Inteligencia WISC, no se hizo un análisis exhaustivo, ya que sólo se utilizaron como variables atributivas y como comparación de datos en algunos casos.

En el test de la figura humana se cuantificaron de mayor a menor los items de tipo emocional presentados, se hizo una tabla especificando el porcentaje de aparición de los rasgos y se hizo un análisis cualitativo basado en el significado otorgado por Koppitz a cada reactivo.

En el caso del test de la familia, se hizo un análisis de presentación de rasgos según lo establecido por Corman (1967), por lo que se estudiaron los planos gráfico, de contenido y de estructuras formales, presentando un porcentaje de presentación de datos en tablas. Posteriormente se hicieron interpretaciones de los resultados desde el punto de vista dinámico.

Para el test de Apercepción infantil, se aplicaron todas las láminas, sin embargo se eligieron sólo 4 de ellas por ser las más representativas: las láminas 4, 6, 9 y 10. La elección de la lámina 4 se basó en que posee elementos, descritos por el autor, que permiten analizar la relación con la madre, la rivalidad entre hermanos y los deseos regresivos (que según el marco teórico parecen tener una relación importante con la enuresis).

La lámina 6 se eligió para este estudio porque explora elementos que, según la investigación documental presentada, pueden estar relacionados con la enuresis: curiosidad por la escena primaria y masturbación. La lámina 9 fue elegida porque los temas que generalmente despierta en el niño se refieren al temor al abandono y a la soledad, temas que poseen una íntima relación con el vínculo con la madre. Así mismo esta lámina, puede relacionarse de alguna manera con eventos que suceden de noche y que producen angustia en el niño, como la escena primaria y la enuresis.

Por sus características Bellack consideró la lámina 10 apropiada para el estudio de vivencias en torno a la relación del niño con su madre (sobre todo las tendencias regresivas) y cómo el niño percibe la aplicación de conceptos morales y normas en relación con la higiene (sobre todo el entrenamiento de control de esfínteres), la masturbación y la enuresis. Por indagar en el vínculo madre-hijo y la enuresis infantil esta lámina fue elegida para este estudio. Finalmente para el análisis de esta prueba se hizo una codificación individual del contenido de las láminas y posteriormente un análisis general del grupo. Se hicieron interpretaciones de tipo analítico a los resultados.

Los datos de las entrevistas se analizaron como sigue: se elaboró una historia clínica de cada caso. Se organizó una tabla que contiene los datos de cada niño: nombre (designado con siglas para conservar la confidencialidad), sexo, edad, lugar que ocupa en la familia, tipo de familia (estructurada, desintegrada o reconstruida). Después se hizo un análisis de contenido de tipo temático (Poussin, 1995), resultando de ello nueve categorías de estudio para esta investigación:

CATEGORIAS PARA EL ESTUDIO DE LAS ENTREVISTAS

1- Datos significativos de los periodos prenatal, perinatal y postnatal, es decir, datos acerca del embarazo (estado físico, psicológico de pareja de la madre, etc.), el parto y el primer mes de vida (para esta investigación)

2- Eventos significativos o problemática del niño durante los primeros seis años de vida, en la que se englobaron anteriores síntomas, accidentes, nacimiento de hermanos, separaciones, etc.

3- Cuidados maternos y formas de relación, que incluyó datos sobre maternaje, premios y castigos, etc.

4- Características del niño, en la que existen datos sobre los rasgos de personalidad del niño, síntomas, dificultades familiares, para socializar, en su relación con la madre, etc.

5- Observaciones durante las entrevistas y las sesiones de trabajo. En este rubro se expusieron los datos recopilados sobre las observaciones ante el tipo de interacciones entre la madre y su hijo, como llanto ante la separación, peleas, indiferencia, etc.

6- Motivo de consulta. Es decir, la demanda de la madre hacia la institución.

7- Enseñanza del control de esfínteres. En el que se reunieron los datos sobre cómo fue que la madre (u otra persona) iniciaron este entrenamiento y cuáles fueron las dificultades que se presentaron.

8- Características de la enuresis. En el que se hace una historia del síntoma y una categorización del síntoma al momento de la consulta, así como las características en que este problema se presenta.

9- Sucesos que muestran una relación temporal con la aparición del síntoma. Es decir, aquellos eventos que pudieron ser significativos para el niño y que se presentaron antes de la aparición de la enuresis, guardando una relación temporal.

De cada una de las categorías se hizo una tabla en la que se depuraron los datos encontrados. Con base en estas tablas se analizaron, interpretaron y discutieron los datos. Posteriormente se hicieron cruces de datos de las pruebas con los de la entrevista; por ejemplo, se compararon los datos del test de la familia, con las características familiares reportadas por la madre.

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

La muestra de esta investigación estuvo conformada por 14 casos. Con fines prácticos y de confidencialidad, se designó a los niños con iniciales. Todos los resultados de este apartado se exponen en la siguiente tabla y son analizados posteriormente.

| | SUJETO | SEXO | EDAD | ESCOL. | LUGAR EN FAMILIA | TIPO DE FAMILIA | TIPO ENUR | BENDER | WISC |
|----|--------|------|------|---------|------------------|-----------------|-----------|-----------|---------------|
| 1 | BE | F | 6,8 | 1° PRIM | MENOR | INTEGR. | 2ª | Inferior | Normal Torpe |
| 2 | AD | M | 7,11 | 2° PRIM | MAYOR | RECONS. | 2ª | Superior | Superior |
| 3 | AS | F | 7,1 | 1° PRIM | MENOR | DESINTE. | 2ª | Inferior | Normal |
| 4 | FB | F | 6,3 | 3° PREE | INTERMED | RECONS. | 2ª | Normal | Normal Torpe |
| 5 | E | M | 9,6 | 3° PRIM | INTERMED | RECONS. | 2ª | Deficien. | Limitrofe |
| 6 | CL | F | 8,6 | 2° PRIM | INTERMED | INTEGR. | 1ª | Normal | Normal Torpe |
| 7 | VM | M | 6,7 | 1° PRIM | MAYOR | DESINTE. | 2ª | Normal | Normal |
| 8 | JA | M | 11,7 | 6° PRIM | MAYOR | RECONS. | 1ª | Deficien. | Normal |
| 9 | O | M | 8,8 | 3° PRIM | INTERMED | INTEGR. | 1ª | Normal | Normal |
| 10 | L | M | 12,6 | 5° PRIM | MAYOR | INTEGR. | 1ª | Inferior | Normal Torpe |
| 11 | KD | F | 4,7 | 2° PREE | UNICA | INTEGR. | 1ª | Inferior | Normal |
| 12 | MA | M | 7,3 | 1° PRIM | MAYOR | DESINTE. | 2ª | Inferior | Normal |
| 13 | I | M | 10,6 | 4° PRIM | MENOR | DESINTE. | 1ª | Normal | Normal |
| 14 | Jal | M | 9,1 | 3° PRIM | MENOR | INTEGR. | 1ª | Normal | Normal Brill. |

De los 14 niños, 9 fueron varones (AD, E, VM, JA, O, L, MA, I, Jal) y 5 niñas (BE, AS, FB, CL, KD). A pesar de lo pequeño de esta muestra, este dato apoya los ya expuestos por otros autores, de una incidencia mayor de enuresis en niños varones que en niñas.

La edad del grupo varió de los 4 años 7 meses a los 12 años 6 meses y su escolaridad fluctuó entre el segundo año de preescolar y el sexto año de primaria. De los 14 niños, 7 presentan enuresis primaria: BE, AD, AS, FB, E, VM y MA; y los 7 restantes, enuresis secundaria: CL, JA, O, L, KD, I, y Jal.

A pesar de que se esperaba que los niños más pequeños presentaran enuresis primaria y los mayores el tipo secundario, en este estudio se encontró lo contrario: *de los 7 niños mayores de ocho años del grupo, 6 presentaron enuresis primaria. Si ubicamos en 2.5 años el promedio de edad en que los niños generalmente controlan el esfínter vesical, estos datos indican que estos niños tienen mucho tiempo con este problema sin atención o con tratamientos que no han podido erradicar la enuresis.*

Además, tomando en cuenta que en este estudio la mayoría de los niños mayores de 8 años son varones (6 casos) y que 4 de las 5 niñas de la muestra tienen menos de 8 años; *podría pensarse que hay una mayor tolerancia a la enuresis en un niño varón (independientemente del tipo de enuresis que sea) a que una niña sea enurética, por lo que sus familias las llevan más pronto a tratamiento.*

Con respecto al lugar que ocupan en la familia, cuatro de ellos (BE, AS, I, Jal), son los menores, cuatro son intermedios (FB, E, CL O), cinco son los mayores (AD, VM, JA, L, MA) y una hija única (KD). *Este dato con lo anteriormente expuesto indicaría que no existe una relación entre el lugar que ocupa el niño en su familia y el tipo de enuresis que presenta.*

Para fines de esta investigación, las familias se clasificaron en tres grupos. El primero fué de familias desintegradas, denominado así porque los padres están separados por alguna razón, ya sea divorcio, separación o muerte de alguno de ellos; cuatro niños pertenecieron a este grupo: AS, VM, MA e I.

Se consideró familias reconstruidas a aquellas en que los padres están separados y el padre que vive con el niño tiene ya otra pareja que funge como padre adoptivo, cuatro niños pertenecen a este tipo de familia: AD, FB, E y JA.

El último grupo lo formaron las familias integradas, que fueron aquellas en que los padres biológicos viven con el niño, caso de BE, CL, O, L, KD, y Jal.

Aunque por el tamaño de la muestra no pueden considerarse definitivos los resultados, *parecería existir una relación entre la dinámica y/o la organización familiar y el tipo de enuresis que presenta el niño.*

De 4 niños que hemos tipificado como pertenecientes a familia desintegrada, 80% (3 sujetos) pertenecen al tipo secundario, mientras que el 20% (1 sujeto) pertenece al tipo primario. De 4 niños pertenecientes a familia reconstruida el 80% (3 sujetos) corresponden al tipo secundario, mientras que el 20% (1 sujeto) pertenece al tipo primario. Por otra parte en el grupo correspondiente a familia integrada (6 niños), parece invertirse la relación, ya que el 85% (5 sujetos) pertenecen al tipo primario, mientras que el 15% (1 sujeto) pertenece al tipo secundario.

Lo anterior indicaría que los niños de esta muestra, pertenecientes a familias desintegradas o reconstruidas tienden más a padecer enuresis secundaria, mientras que las que pertenecen a familias integradas tienden más a la enuresis primaria.

Los resultados del test de Bender son los siguientes, 1 caso calificó superior (AD), 6 como normal (FB, CL, VM, O, I, Jal), 4 casos como inferior (BE, AS, KD, MA) y dos en rango deficiente (E, JA). Se hubiese esperado encontrar una relación entre una ejecución deficiente en esta prueba y la presentación de enuresis del tipo primario. Sin embargo no fué así: de los 2 casos que puntuaron como "deficiente" uno pertenece al tipo primario y el otro al tipo secundario. De los 4 casos ubicados en el rango "inferior" 3 pertenecen al tipo secundario y sólo uno al primario. Más aún, de los 6 niños que puntuaron "normal" en la ejecución, 4 pertenecen al tipo primario y sólo 2 al secundario.

Por lo anterior podría decirse que en esta muestra el problema de enuresis primaria no parece tener relación con las dificultades perceptomotoras evaluadas por el test de Bender.

En el caso de la escala de Wechsler, los resultados fueron como sigue: 1 caso (Jal) se ubicó en el rango normal brillante, 7 casos (AS, VM, JA, O, KD, MA, Y) en el normal, 4 casos en el rango de normalidad torpe (BE, FB, CL, L) y sólo uno tuvo puntuación en el rango limítrofe (E). *Los anteriores resultados no muestran una relación entre el nivel de inteligencia y el tipo de enuresis que el niño presenta.*

5.2 TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KOPPITZ.

Los resultados de este test se muestran en la tabla 5.2.1, en la que se especifican los 19 indicadores emocionales encontrados (como figuras inclinadas, manos omitidas, entre otros), ordenados de mayor a menor porcentaje de presentación, los casos en que apareció y las hipótesis interpretativas de cada uno según lo propuesto por Koppitz (citada en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

A continuación se presenta el análisis de dichos datos. Los 19 indicadores encontrados se aglutinaron en 4 grupos por estar asociados con los mismos rasgos o características. Algunos indicadores aparecen simultáneamente en dos grupos por poseer diversas hipótesis interpretativas. Todos los rasgos encontrados en los niños en este apartado se denominaron con la misma nomenclatura descrita por la autora.

Primer grupo. Uno de los indicadores con mayor incidencia (11 casos), está asociado con *inestabilidad y necesidad de equilibrio emocional*, como una característica general del niño. Por otra parte, se encontraron 7 indicadores de *timidez, inseguridad, retraimiento, inadecuación o rasgos depresivos*; 11 de los 14 niños presentaron alguno de ellos. Los datos anteriores parecen sugerir que *independientemente del grupo familiar y del tipo de enuresis, los niños enuréticos de esta muestra tienden a presentar inestabilidad emocional y rasgos de tipo depresivo*, según los indicadores de esta prueba.

Segundo grupo. Aparecieron 5 indicadores de *ansiedad relacionada con el cuerpo y culpa por actuaciones que tienen que ver con las manos*; 12 de los 14 dibujos presentaron alguna o las dos características. *Lo anterior resulta significativo si se piensa a la enuresis como un problema existente en el cuerpo que bien puede generar ansiedad.* En relación a la culpa producida por actuaciones con las manos, podría sugerirse en el caso específico de estos niños que se asocian con *conductas masturbatorias*. Dato confirmado con lo encontrado en las entrevistas, en la que se muestra que 6 de los niños que presentan este indicador, presentan datos de masturbación. Esto se profundizará más adelante.

TABLA 5.2.1 TEST DE LA FIGURA HUMANA. INDICADORES

| Indicador | % | Casos | Hipótesis interpretativa |
|-------------------------------|---------------------|--|--|
| 6.Figuras inclinadas | 78.5% (11 casos) | JA, O, L, KD, I, BE, AD, AS, FB, E, MA | "Inestabilidad y falta de equilibrio como una característica general del niño, sugiere que al pequeño le falta una base firme, lo cual puede deberse a factores de personalidad o situaciones externas" (p.177) |
| 7.Figura pequeña | 42.8% (6 casos) | O, KD, AD, AS, VM, MA | Puede asociarse con "niños tímidos y se puede presentar 0 también asociada con inseguridad, retraimiento o depresión" (p. 177) |
| 11.Ojos viscosos o desviados | 42.8% (6 casos) | CL, KD, I, Jal, AD, FB | Pueden asociarse con hostilidad, por lo que puede presentarse en niños rebeldes y, por lo tanto, que no pueden o no quieren ajustarse a los modos esperados de comportarse" (p.177) |
| 14.Brazos largos | 42.8% (6 casos) | JA, L, KD, AS, E, VM. | "Parecen indicar una actitud agresiva generalizada en el niño pero también puede asociarse simplemente con expansividad" (p.177) |
| 17.Manos onitidas | 35.7% (5 casos) | L, KD, AD, FB, MA | " Indican que un niño se siente preocupado e inadecuado, lo cual en ocasiones tiene que ver con temor a la castración o culpa. Sin embargo, la causa de la ansiedad sólo puede delimitarse con otras pruebas complementarias" (p. 177) |
| 13.Brazos cortos | 28% (4 casos) | CL, BE, FB, MA. | "Parece reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean, lo cual puede indicar tendencia al retraimiento" (p.177) |
| 16.Manos grandes | 28% (4 casos) | BE, AS, E, VM. | "Parecen asociarse con conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos" (p.178). |
| 28. Omisión de piernas | 21.4% (3 casos) | CL, I, JAI | Refleja "intensa angustia e inseguridad" (p.178). |
| 1.Pobre Integración de partes | 14% (2 casos) | E, JA | "Puede asociarse con inestabilidad, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. Esta inmadurez puede deberse a factores emocionales solamente o a daño neurológico (p.178). |

TABLA 5.2.1.. CONTINUACION

| | | | |
|--|---------------|--------|--|
| 5. Asimetría burda de las extremidades | 14% (2 casos) | BE, E | “Parece indicar dificultades en la coordinación visomotriz que pueden deberse a impulsividad aunque en ocasiones puede relacionarse con daño neurológico, pero habría que tener otros indicadores que lo confirmaran” |
| 12. Dientes | 14% (2 casos) | JA, I. | No se considera “un signo de psicopatología sino más bien de agresividad, por lo cual puede ser normal en los niños.” Con otros indicadores de agresividad puede ser significativo (p.177). |
| 21. Tres o más figuras | 14% (2 casos) | CL, I. | “En general es un signo de bajo rendimiento o lesión cerebral, porque implica un tipo de perseveración” (p.178) |
| 24. Omisión de la nariz | 14% (2 casos) | CL, L | “Se asocia con timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta” (p. 177) |
| 26. Omisión del cuerpo | 14% (2 casos) | KD, I. | En los escolares es “un signo serio de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo, disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo probablemente por miedo a la castración” (p.178) |
| 29 Omisión de los pies | 14% (2 casos) | CL, I | “Puede indicar desvalimiento o inseguridad por no tener dónde pararse o apoyarse” (p. 179) |
| 30 Omisión del cuello | 14% (2 casos) | L, E | “Puede relacionarse con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres” (p.179). |
| 9. Transparencias | 7% (1 caso) | O | “Impulsividad e inmadurez. Si la transparencia se ubica en una zona corporal específica puede indicar angustia, conflicto, miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o la mutilación corporal. En estos casos puede significar un pedido de ayuda del niño por incapacidad para poner en palabras sus ansiedades (p. 177). |
| 27 Omisión de brazos | 7% (1 caso) | I. | “Puede reflejar ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos” (p.178) |
| 10. Cabeza pequeña | 7% (1 caso) | MA | “Parece indicar sentimientos de inadecuación intelectual (p. 179) |

Tercer grupo. El siguiente conjunto de 5 indicadores estuvo compuesto por aquellos asociados con *hostilidad, agresividad* (manifiesta o no), *impulsividad y dificultades para ajustarse a lo socialmente aceptado*. Los 14 niños presentaron alguna de estas características. *La agresividad podría ser el resultado bien de una situación familiar conflictiva o del sentimiento generado por padecer enuresis. O podría ser que la hostilidad reprimida encuentre su forma de expresión en un problema socialmente no aceptado: la enuresis.*

Cuarto grupo. El último grupo de indicadores está relacionado con falta de coordinación, inmadurez y bajo rendimiento, 8 de los niños presentaron alguno o varios de ellos. Este dato fue el se presentó en menor porcentaje y podría relacionarse más con características o deficiencias perceptomotoras que con indicadores emocionales. Sin embargo, se puede dejar abierta la posibilidad de que la inmadurez y el rendimiento menor a lo esperado para la edad, sea una manifestación en los niños enuréticos de que al poseer una deficiencia o retraso en la madurez física (el control esfinteriano), se atrofia de alguna manera también la madurez psicológica.

Se realizó un análisis de los indicadores, relacionándolos con el tipo de enuresis (ver anexo 2); se encontró que *los niños con enuresis secundaria presentan una predominancia de los indicadores de timidez, inseguridad, retraimiento y preocupación; así como angustia y culpa por actuaciones relacionadas con las manos y el cuerpo.*

Por otra parte, *los niños pertenecientes al grupo de enuréticos del tipo primario presentan más indicadores de hostilidad y actitudes agresivas. Por otra parte presentan tendencias de inmadurez, impulsividad y problemas de bajo rendimiento.*

Asimismo, se hizo un análisis de los indicadores, relacionándolos con el tipo de familia a la que pertenecen los niños. En este análisis no se encontraron diferencias entre los grupos de familia desintegrada, reconstruida e integrada (ver anexo 2).

5.3 TEST DE LA FAMILIA

Este test se analizó bajo los lineamientos establecidos por Corman (1967), por lo tanto, se estudiaron los planos: gráfico, de estructuras formales y el de contenido. De cada plano, se realizaron dos tablas, ya que también se cruzaron los datos de este test, con los datos del tipo de familia del niño y el tipo de enuresis que padece.

El análisis del plano gráfico del dibujo (es decir, la amplitud, la fuerza, el ritmo y el sector de la página en la que se realizó el dibujo), mostró diferencias entre el grupo de enuréticos primarios y el de secundarios (ver anexo 3 tabla 3.1).

En primer término, del grupo de enuréticos primarios, el 42% (3 casos) mostró tendencias al movimiento amplio del dibujo, es decir, expansión en los trazos. El resto se ubicó dentro de tendencias normales. En el grupo de enuresis secundaria, el 86%, mostró movimiento restringido, es decir, inhibición en los trazos, mientras que el 14% (1 caso) mostró movimiento amplio.

Lo anterior indicaría, según las interpretaciones que propone Corman (1967, p.26), que el grupo de enuréticos del tipo primario tienden a la "expansión vital y extraversión de las tendencias", mientras que los niños con enuresis secundaria tienden más a la "inhibición de esa expansión vital y a replegarse en sí mismos".

En el grupo de enuréticos primarios el 57% (4 casos) realizó trazos fuertes y el resto débiles. En el grupo de enuréticos secundarios, sólo el 29% (2 casos) realizó trazos fuertes y el resto débiles. *Lo anterior sugeriría que los niños con enuresis primaria tienen tendencias a poseer "fuertes pulsiones, audacia, violencia o liberación instintiva", mientras que el grupo de enuréticos secundarios presentan más datos de "pulsiones débiles, suavidad, timidez o inhibición de los instintos (Corman, 1967, p. 26)*

En cuanto al ritmo del dibujo, el grupo de enuréticos primarios mostró un 42% de espontaneidad y el grupo de enuréticos secundarios, sólo el 29%, por lo que en este último grupo se observó un mayor porcentaje de repetición rítmica. *Esto significaría que*

los niños con enuresis primaria muestran mayor espontaneidad e imaginación que los niños con enuresis secundaria quienes tienden a tener mayor preocupación por vivir según lo establecido.

El grupo de niños con enuresis del tipo primario, tendió a ubicar sus dibujos en un 71% en el extremo superior, 14% en el inferior y 14% en el central. Mientras que en el grupo de enuréticos secundarios, el 71% lo ubicó en el extremo inferior y el 29% en el superior. *Según lo establecido por Corman los enuréticos primarios muestran tendencias de expansión imaginativa, mientras que los niños enuréticos secundarios ubicaron su dibujo en el sector "primordial de conservación de la vida", que podría sugerir la presencia de rasgos depresivos.*

Estos mismos datos del test en cuanto al plano gráfico se analizaron comparándolos con el tipo de familia a la que pertenece el niño (ver anexo 3 tabla 3.2). Se encontraron diferencias entre los tres tipos de familia en algunos ítemes.

En lo referente a la fuerza del dibujo los niños de familias desintegradas mostraron un mayor porcentaje (75%) en dibujos fuertes *lo que indicaría mayor tendencia a las pulsiones fuertes, violencia y liberación instintiva..*

En el ritmo del dibujo, el grupo de familias integradas mostraron tendencia a los dibujos repetitivos en un mayor porcentaje (83%) *lo que indicaría mayor preocupación por seguir lineamientos establecidos..*

Con referencia al sector de la página, los niños pertenecientes a familias integradas ubicaron su dibujo en el extremo superior en un 83%. Los niños de familia reconstruida en el extremo inferior en un 50% y los de familia desintegrada en un 100% en el extremo inferior. *Lo cual parece indicar que los niños pertenecientes a familias integradas tienen mayor tendencia a poseer expansión imaginativa y fantasía que los niños pertenecientes a familias reconstruídas y desintegradas quienes mostraron mayor tendencia a poseer rasgos depresivos.*

En el plano de estructuras formales, se analizó el carácter del dibujo, la estructura formal del grupo y el tipo de interacción entre los miembros dibujados. En este análisis también se encontraron diferencias entre el grupo de enuréticos del tipo primario y los del tipo secundario (ver anexo 3 tabla 3.3).

En el carácter del dibujo, el grupo de enuréticos primarios se presentaron 2 casos (29%) de inhibición, mientras que en el grupo de enuréticos secundarios hubo 5 (71%) *indicando que existe mayor tendencia en estos niños a elaborar dibujos inhibidos, como si lo hubiese realizado un niño de menor edad, que bien puede deberse a factores de tipo afectivo o a tendencias regresivas.*

Con respecto a la estructura formal del grupo se encontró que 2 niños (29%) del grupo de enuréticos primarios omitieron el dibujo de un hermano. Esta omisión no se presentó en el grupo de enuréticos secundarios. *La rivalidad fraterna estaría más presente entonces en el grupo de enuréticos primarios..*

Algunos niños se dibujaron a sí mismos como "el bebé de la familia", esto se presentó en dos casos (29%) en el grupo de enuréticos primarios y 4 (57%) en los enuréticos secundarios *mostrando mayor tendencia de deseos regresivos en los niños con enuresis secundaria, quizás en busca de gratificación oral..*

En cuanto a la ubicación de sí en el dibujo, en el grupo de enuréticos del tipo primario, 2 niños (29%, varón y mujer), se ubicaron junto al padre, una niña (14%) junto a la madre, un niño (14%) lejos de la familia y tres de los niños (43%) entre los padres *mostrando tendencias a la ubicación de sí entre las figuras parentales, quizás por conflictos edípicos.* Mientras que en el grupo de enuresis secundaria, una niña (14%) se ubicó junto a la madre y los 6 niños restantes (86%), lejos de la familia *pareciera que en este grupo existe una marcada tendencia a ubicarse lejos de la familia, podría deducirse que por sentimientos de inadecuación en su grupo familiar debido alejarse de algún conflicto entre los miembros, que podría ser originado por la enuresis del niño o viceversa: la enuresis podría ser la manifestación de un conflicto originado en el ámbito familiar y por ello el niño busca alejarse.*

Al terminar el dibujo los niños hicieron correcciones, entre las hechas por los niños del grupo de enuresis primaria, están: borrar a sí mismo (29%), borrar a un hermano (29%), borrar a la madre (29%) y aumentar miembros (29%). *Estos resultados muestran una dispersión homogénea entre la rivalidad fraterna, el deseo de alejarse de la madre o "desaparecerla" por algún conflicto con ella y tendencias depresivas.* Las correcciones hechas por el otro grupo fueron: borrar a sí mismos (43%), borrar a hermano (57%), borrar a la madre (14%), borrar al padre (29%) y aumentar miembros (29%). En este grupo *estaría más marcada la rivalidad fraterna y las tendencias depresivas, y se añadirían además conflictos con el padre.*

En el grupo de enuresis primaria, la percepción de formas de interacción, dinámica y clima familiar, se presentaron de la siguiente forma:

| Formas de interacción | Grupo Enuresis primaria | Grupo Enuresis Secundaria |
|--|-------------------------|---------------------------|
| Castigos y golpes | 5 casos (71%) | 5 casos (71%) |
| Regaños y prohibición | 4 casos (57%) | 4 casos (57%) |
| Separaciones y tristeza | 4 casos (57%) | 3 casos (49%) |
| Preferencia de los padres por el hermano, celos | 2 casos (29%) | ninguno |
| Trabajo en casa, deberes, exigencias de los padres | 2 casos (29%) | 1 caso (14%) |
| Felicidad y diversión | 2 casos (29%) | ninguno |

Es muy significativo que en estos niños la percepción de un clima y dinámica familiar tienda a ser de un ambiente punitivo, hostil, prohibitivo y en el que prevalecen las cosas que se "deben hacer", esto quizá se deba tanto a una dinámica familiar disfuncional como a los efectos que produce en la familia la enuresis del niño: castigos, regaños, prohibiciones y la consigna de que orinarse fuera del baño es algo que, por norma social, no se "debe hacer". También resulta interesante que se relaten separaciones de seres queridos que provocan tristeza, esto puede relacionarse tanto con las separaciones reales, como al aislamiento, rechazo y/o soledad que el niño siente en su familia. En el grupo de enuresis secundaria no se presentó ningún relato feliz o que habla de diversión, sentirse "bien" etc.

Comparando los datos de estructuras formales con el tipo de familia (ver anexo 3 tabla 3.4), se encontraron algunas diferencias. Al parecer no hubo diferencias significativas entre los tres grupos, sin embargo, es importante resaltar que hubo muchas características que más allá de ubicar al niño en un grupo, da cuenta tanto de su problemática individual, como familiar.

Las correcciones se ubicaron como sigue: borrar a sí mismo 3 casos en FI y 2 en FD; borrar hermano 2 en los tres tipos de familia; borrar a la madre 2 en FI y 1 en FD; borrar al padre 1 en FD y 1 en FR; aumentar miembros 2 FI y 3 en FD. Esto indicaría que los niños que pertenecen a familias integradas, fueron los que tendieron más a borrar a los miembros de la familia (incluyéndose) que los niños de los otros dos grupos de familias.

La interacción entre los miembros se organizó:

| Tipo de interacción | Familia Integrada (6 casos) | Familia reconstruida (4 casos) | Familia desintegrada (4 casos) |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Separaciones, tristeza | 4 casos (67%) | 2 casos (50%) | 1 caso (25%) |
| Regaños, prohibición | 4 casos (67%) | 3 casos (75%) | 1 caso (25%) |
| Castigos, golpes | 5 casos (83%) | 4 casos (100%) | 1 caso (25%) |
| Celos por hermano | 2 casos (33%) | 0 casos | 0 casos |
| Trabajo, deber | 2 casos (33%) | 1 caso (25%) | 0 casos |
| Felicidad | 0 casos | 1 caso (25%) | 1 caso (25%) |

A pesar de que es una muestra pequeña y desigual para estos tres grupos de familias, tras este análisis parecería que los niños pertenecientes a familias integradas perciben más conflictos en su relación familiar que aquellos niños que pertenecen a familias desintegradas o reconstruidas. *Pareciera que independientemente de la presencia de los padres en la familia estas familias "integradas" tienen una dinámica familiar más disfuncional que aquellas en las que los padres decidieron separarse, divorciarse o vivir con otra pareja.*

En cuanto al plano del contenido se analizaron las siguientes características: negación de conflicto, la inversión de papeles, rasgos regresivos, rivalidad fraterna, conflictos edípicos y angustia ante el super-yó.

Gracias a la entrevista realizada al niño en relación con su dibujo y los relatos espontáneos que hizo sobre los miembros, se distinguieron 6 tipos de conflicto presentes en "la familia dibujada" y que de diferentes maneras intentan negar. Estos conflictos se presentaron de diferente manera en el grupo de enuréticos del tipo primario y los del tipo secundario (ver anexo 3 tabla 3.5) :

| Conflictos negados | Grupo de enuresis Primaria | Grupo Enuresis Secundaria |
|---|----------------------------|---------------------------|
| Tristeza | 7 casos 100% | 7 casos 100% |
| Conflicto con la madre | 2 casos (29%) | 2 casos (29%) |
| Enojo por ser golpeado y castigado por la madre | 2 casos (29%) | 1 caso (14%) |
| Soledad | 3 casos (43%) | ningún caso |
| Conflicto con el padre | 2 casos (29%) | 1 caso (14%) |
| Separación de los padres | 1 caso (14%) | 3 casos (43%) |

El anterior análisis muestra que los niños de ambos grupos tienden negar los conflictos vivenciados en su entorno familiar y también los sentimientos que experimentan.

Todos los niños decidieron cambiar su lugar en la familia con otro miembro. En el grupo de enuresis primaria, con la madre 1 caso, con el hijo mayor 1 caso y con el bebé 5 casos. En el grupo de enuresis secundaria: con la madre 1 caso; con el bebé 3 casos y con el padre 3 casos. Esto parecería indicar que hay en este grupo una tendencia a pensar que otro miembro de la familia es mejor que él, tiene un lugar preferencial en la familia o simplemente es más atractivo por el reconocimiento y atenciones que recibe, al grado de desear estar en su posición.

Además es importante resaltar que 8 de 14 niños se ubican en el lugar del bebé; estos datos indican el uso de mecanismos tanto regresivos como de fijación, en los que la enuresis es una manifestación del deseo de permanecer o regresar a una etapa gratificante, es un síntoma en el que la madre le prodiga, de algún modo, atención al niño, a quien le permite seguir siendo un bebé. El niño evade de este modo la angustia que le significa crecer y abandonar esa etapa y las ganancias secundarias.

Hubo un 100% de casos tanto en los enuréticos primarios, como en los secundarios, que tendieron a designarse una edad menor en el dibujo, a relatar acciones de un bebé o niño muy pequeño en comparación con su edad, denotando deseos o actitudes regresivas. Esto indicaría que la problemática de la enuresis puede tener una relación con características regresivas del niño, ya detectados anteriormente en otros rasgos del dibujo.

Entre otros conflictos generadores de angustia, según Corman (1967), se analizó el miedo y la culpa producidas por las restricciones y normas en el ámbito familiar y social. Esta característica se presentó en 6 casos en el grupo de enuresis primaria y en 4 casos en el grupo de enuresis secundaria. En ambos grupos de niños, la rivalidad fraterna se presentó en un 85%. En el grupo de EP, los conflictos edípicos se presentaron en 42%, mientras que en el grupo de ES, no se presentaron, por lo menos no aparecen siguiendo la forma de análisis propuesta por Corman.

En el análisis de los datos del plano de contenido, comparándolos con el tipo de familia (ver anexo 3 tabla 3.6), se detectaron conflictos diferentes en los 3 tipos de familias. Los niños pertenecientes a familias integradas proyectaron en mayor porcentaje (3 casos, es decir 75%) conflictos con la madre, enojo por ser golpeados y soledad. En sus relatos siempre encontraron una justificación a ello, se culparon de la situación o evadieron hablar sobre estos tópicos. Los niños de familias reconstruidas y desintegradas proyectaron con mayor incidencia conflictos con el padre y la separación de los padres, negándolo después con justificaciones como que el padre estaba cansado y le pegó sin querer o dibujando una familia (supuestamente la suya) en donde ambos padres están presentes, siendo que están separados.

Parecería que independientemente de la presencia física de los padres biológicos los niños de las familias integradas de esta muestra perciben conflictos dolorosos como dificultades con su madre y sentimientos de tristeza y soledad. Se hubiese pensado que los niños de familias integradas percibieran menos conflictos tanto familiares como internos; sin embargo, no sucedió así. Podría pensarse que, o bien, estas familias a pesar de ser integradas, han establecido dinámicas disfuncionales y un vínculo madre-hijo conflictivo; sin embargo, podría deberse también a que estos niños perciben más sensiblemente los conflictos familiares y por el dolor psíquico que les produce se defienden negándolo. Y los niños de familias desintegradas y reconstruidas viven

inmersos en un ambiente disfuncional generado por las rupturas familiares y constantes cambios y separaciones, optan por evadir los problemas y adoptar una aparente posición apática, como si se hubiesen "adaptado" al ambiente problemático. El análisis de los siguientes apartados del plano de contenido, comparándolo con el tipo de familia, no mostró diferencias significativas entre los tres tipos de familia. Volvemos a insistir sin embargo, que estos datos si resultan significativos para cada caso individual, ya que quizás un mismo rasgo tenga explicaciones diferentes dependiendo de la historia de cada niño.

5.4 TEST DE APERCEPCION TEMATICA PARA NIÑOS DE BELLACK (CAT-A).

El análisis de esta prueba se hizo según los lineamientos propuestos por L. Bellack (1979). A pesar de aplicarse todas las láminas, de esta prueba se presenta el análisis de 4 de las 10 láminas que conforman la prueba, por ser las que resultaron más representativas para esta investigación. Estas láminas fueron: la 4, la 6, la 9 y la 10, (ver anexo 5).

LAMINA 4

En general, las historias sobre esta lámina giran alrededor de un paseo con la madre, sin embargo, los detalles que añadieron los niños permitieron observar ciertos rasgos tanto generales como particulares sobre cómo percibe el niño la relación con la madre, cómo se ve él mismo en esta relación y, en algunos casos, cómo vivencia la presencia de un hermano.

Se relataron historias sobre la búsqueda presurosa de un lugar tranquilo, sin saber qué camino tomar (o tomando un camino desconocido, "frío" o "sombrio") y sin saber exactamente dónde se dirigen (BE, AD, AS, MA). Lo anterior podría indicar *la necesidad de un cambio a un ambiente "más tranquilo", quizás huyendo de los problemas familiares, pero al mismo tiempo lo vivencian con un sentimiento de minusvalía y miedo al cambio.*

Muchas historias (BE, AD, AS, FB, CL, VM, I) describen al "héroe" (usando la terminología de Bellack) como un "niño chiquito", o un "bebé" que quiere ser cargado en

la "bolsita" o cuidado por la madre, porque eso provee una sensación de tranquilidad, "calor" y seguridad. *Nuevamente se presenta el deseo regresivo de ocupar el lugar "seguro y cálido" de un bebé, que también es una posición que le permite al niño no hacerse cargo de sus actos, sus necesidades, sus sentimientos y su conflictiva.*

Sin embargo, otros niños (CL, KD) contaron historias sobre madres que "agarran al hijo con todas sus fuerzas" y no lo dejan alejarse, cuando el hijo quiere "andar solo", de modo que van arrastrando al hijo y no lo sueltan, provocando que el hijo se enoje o "que le muerda la cola" a la madre. *En este caso podría deducirse que el niño vivencia a su madre como sobreprotectora o bien como una madre ansiosa que no le permite separarse de ella por miedo a lo que pueda ocurrirle transmitiendo al hijo su miedo, que no le deja un espacio para estar libre y a solas. Esto provocaría en el hijo sentimientos hostiles hacia la madre.*

Otros casos (VM, JA, L, KD, I, JAL) presentan a una "mamá canguro" que "va muy de prisa" y deja al hijo atrás o no "cuidó bien de sus hijos", provocando como consecuencia que el hijo se aleje o se pierda, se le presente un peligro que no sabe resolver, se accidente o muera. *Estos niños estarían presentando una madre a la que no consideran suficientemente capaz de brindarles cuidado o de cubrir sus necesidades básicas como resultado de la ansiedad e inestabilidad emocional de ella que le provoca "ir tan de prisa" que no se detiene a ver lo que le ocurre o falta a sus hijos.*

Existieron casos (FB, JA, KD) en que el hijo es descrito como "malo" o "culpable" de los problemas que ocurren en la historia *presentando más claramente la culpa que le provocan sus sentimientos, acciones o quizás la situación familiar en que están inmersos*; otros en que el personaje es descrito como triste (O), o se siente desplazado por el hermano *apareciendo nuevamente la rivalidad fraterna* (KD, I).

LAMINA 6

Ante esta lámina algunos niños (BE, AD, AS, I, FB, E, CL, VM) presentan a una "familia de osos" feliz, tranquila, haciendo hincapié en que los padres están unidos, con comida suficiente para subsistir en tiempos difíciles *denotando la angustia por obtener cubiertas todas sus necesidades y formar parte de una familia "feliz" en la que los padres están juntos.* Todo está aparentemente bien, pero hay algo que mantiene al héroe despierto,

alerta o con miedo. En algunos casos ese "algo" es algo malo que hizo el "bebé" o una "cochinada" del héroe. Sin embargo, son historias en las que el héroe, al final se va a dormir o a jugar, sin saber cómo resolver el problema o lo que los "mantuvo despiertos", sin poder dormir y ello les acarrea un castigo. *Lo anterior indicaría que estos niños perciben que "algo anda mal" en sus familias, en su fantasía lo arreglan, sin embargo, al no estar resuelto el problema se mantienen en constante alerta, en un estado de angustia que les provoca un malestar, quizás manifestado en la enuresis. Por otra parte, se sienten culpables por hacer algo "sucio" o "malo", que, sin embargo, quizá sea la manera de reafirmarse en su familia, o para sentir que forman parte de ella aunque para lograr "ser alguien" tenga que ser constantemente castigado por orinarse.*

Otras historias (JA, O, Jal) relatan la necesidad de alejamiento del "héroe" de sus padres porque sienten que no le pueden proveer un "lugar seguro" para vivir, haciéndolo "sin permiso". La consecuencia de ello es encontrarse desvalido ante peligros o accidentes, dejando como moraleja no volver a alejarse, porque si lo vuelve a hacer puede pasarle algo o ser castigado. *En este tipo de historias, el héroe recibe un castigo (accidente, peligros, etc.) por su deseo de alejarse de una familia en la que se siente inadecuado o no protegido, en donde no siente a los padres capaces de proveerle lo que demanda.*

Así mismo en estas historias se encontraron situaciones en que el héroe está triste, no puede jugar, se siente solo, tiene una enfermedad incurable o tiene frío cuando está junto a la madre (O, L, KD, MA). *Este tipo de historias reflejarían más una problemática particular, en donde determinada situación con la madre o la misma problemática interna del niño le provoca sentimientos de tipo depresivo como soledad, minusvalía, tristeza; o bien, toda la agresión que no puede manifestar con palabras a la madre, la vuelca contra sí mismo, deseando para el "héroe de la historia" una enfermedad incurable o que esté solo.*

LAMINA 9

Ante esta lámina hubo historias (BE, E, CL, VM, JA, KD, I) que versan sobre un bebé indefenso que tiene miedo por lo que pueda pasarle (que lo dejen solo, que alguien esté mirándolo por la ventana, que aparezca un monstruo bajo la cama, que la mamá se convierta en "lobo feroz", que puedan robárselo, que alguien "quiera comérselo" o "que la lluvia lo pueda mojar"), pero al final el "héroe" se deshace, mata o "acaba" con lo que le produce miedo. *Nuevamente se presentan angustias, cuyo significado y origen es muy*

particular, sin embargo resulta significativo que aparezcan miedos tan marcados en esta lámina que esta relacionada con la noche, la hora de ir a dormir, el quedarse dormido a expensas de lo que pueda ocurrir. También es interesante que uno de los eventos mencionados es la "lluvia que puede mojar", que parecería estar relacionado con la angustia de no poder controlar el orinarse mientras se duerme. Por último estos niños estarían usando sus defensas contra la angustia destruyendo en su fantasía ese "algo " que les provoca miedo.

En otros relatos, se expresa el deseo del "héroe" de dormir con los padres (AD), de mirar hacia su recámara (AS, VM) o salir porque se siente solo o tiene frío ahí (VM, MA, Jal). *En estos relatos quizá se esté manifestando la curiosidad por la escena primaria o un conflicto edípico. Así mismo podría pensarse que el niño se siente alejado de sus padres y demanda un acercamiento afectivo.*

Otras historias (FB, O, L) solo hablan de que el "héroe" quiere dormir, siente flojera o quiere jugar, no importa si algo "mal" está ocurriendo, sólo "se tapa" o "se va a dormir". *Denotando una actitud pasiva, apática y evasiva ante los problemas.*

LAMINA 10.

Lo que se encontró tras el análisis de las 14 historias de esta lámina fué que en la mayoría de casos (BE, AD, AS, E, CL, JA, O, L, KD, MA, Y, Jal) se plantearon situaciones que sucedieron en torno a lo que "debe hacerse en el baño" (se moja la cama, se orina fuera del lugar apropiado, lo bañan y no le gusta o accidentes, problemas o "cosas malas" que sucedieron en el baño). *Evidentemente se trastoca el conflicto con las normas, quizás con un super-yo estricto, o con una madre exigente y poco tolerante. Pero por otro lado está el conflicto con la enuresis, en estos relatos se vislumbra un conflicto con los accidentes que ocurren fuera del baño, en los que todos reciben como consecuencia un castigo. Aquí nuevamente el sentido de cada síntoma, de cada accidente, tiene una explicación particular.*

Por lo anterior, el "héroe" se siente indefenso, "pequeño", "bebé", malo o sucio. El efecto de estas situaciones es el castigo por parte de la madre, ya sea con golpes, quitándole sus juguetes, dejándolo de querer, "arrancándole" algo; el autocastigo (se hundió en el baño y no pudo salir) o la culpa, "él tenía la culpa y la pidió perdón a su mamá". *Parecería entonces que el niño se siente incapaz de controlar algo que sabe que "está*

mal" y que seguramente traerá consigo una reprimenda, a veces, acompañada de su propia culpa o autocastigo.

Sin embargo, muchas de estas historias plantean que, "hacer algo malo" en el baño, "empaparse", no avisar, hacer fuera del excusado, jugar con globos llenos de agua etc. es parte de "un juego" en el que el niño se "divierte", "siente cosquillas" o busca que lo castiguen para que la madre se acerque más (AD, AS, FB, Y).

Por otra parte también existieron relatos de inconformidad, tristeza y/o enojo por ser castigado y por tener que hacer lo que la madre quiere; por lo que en algunos casos (AD, AS, FB, VM, JA, KD, I, L, O), el héroe encontró la manera de castigar a la madre, culparla del accidente o burlar su autoridad (hace lo que ella quiere, pero encuentra la manera de seguir con los "accidentes" o "el juego": moja también a la madre, se sigue mojando cuando ella no está, y cuando lo descubre culpa a otro. *Estos relatos estarían presentando las "ganancias secundarias" de todos estos actos relacionados con la falta del control de esfínteres. En algunos casos se plantea como un placer erótico, en otros como un castigo a la madre (hecho que complace al niño) o como una forma de obtener la atención de ella.*

La explicación dada a "porqué se moja" el "héroe" fue muy variada; en ocasiones se mojó porque "estaba jugando y no pudo llegar al baño" (AD), "le gusta estar empapado" (AS), no podía aprender o "hacer" porque la madre lo "estaba mirando" o "pegando" (FB, L, JA, Y), "fue sin querer", "tuvo un accidente" (E), "se hizo en la cama y en la coladera porque "tomaba mucha agua" y era "bien mión" (CL), se orinó porque el papá "le ganó el baño" (KD). Un caso específico (VM), relata que en el baño, aparentemente, "no pasa nada", pero la madre y el hijo "duermen en el baño", "lo comparten". *Todas estas respuestas evidencian las implicaciones particulares de la enuresis en este grupo, cada uno proyecta los sucesos y las palabras que les han impactado o han resultado significativas para ellos.*

Pocas fueron las historias que plantearon un final feliz, en que el héroe aprende a ir al baño (JA, L), y reciben un premio por su logro (JA). *Esto hablaría de las pocas expectativas de recuperación que tienen estos niños, la minusvalía que sienten ante este problema, pero al mismo tiempo quizá, la poca importancia de que se elimine el síntoma, quizá porque quitarlo les provoque más angustia que mantenerlo.*

5.5. ENTREVISTA

El análisis de las 14 entrevistas se separó en 9 categorías.

5.5.1 Datos significativos, de los periodos prenatal, perinatal y postnatal

En esta categoría (ver anexo 4, tabla 4.1) se estudió el periodo comprendido desde la concepción hasta el primer año de vida del niño (para este estudio). Para facilitar la lectura se redujo a siglas el tipo de enuresis, EP para enuresis primaria y ES, para enuresis secundaria.

El primer dato estudiado bajo este rubro, fué el estado general de la madre durante el embarazo. Se encontraron los siguientes datos: problemas de salud o físicos en las madres que incluyeron amenaza de aborto (2 del grupo de EP, 3 del grupo ES); se describieron deprimidas durante el embarazo (5 madres del grupo EP, las 7 madres del grupo ES); problemas de pareja (5 del grupo EP 6 del grupo ES) problemas con la familia extensa (2 del grupo EP, 3 del grupo ES) problemas económicos (6 del grupo EP y 4 del grupo de ES). Se encontró que tres madres del grupo de ES (E, VM, MA) no recibieron atención médica durante el embarazo, no debido a dificultades económicas o a la falta de conocimiento de la necesidad de atención durante este periodo.

De lo anterior se observa que las madres de los niños enuréticos del tipo secundario tendieron a describirse tristes en mayor medida que los del otro grupo, además de que refieren mayor problemática familiar y de pareja. También es significativo que tres madres de este grupo no hayan recibido atención médica por decisión propia.

También se analizaron los eventos ocurridos durante el parto y el periodo postnatal, entre ellos: sufrimiento fetal (2 casos en el grupo EP y 1 en el grupo ES); depresión postparto de la madre, (1 caso del grupo ES); el niño nació con alguna enfermedad (2 casos en EP, 1 en ES), la pareja se separó después del nacimiento del niño (3 en el grupo EP y 2 en el grupo ES).

Por lo anterior se observa que el sufrimiento fetal y la depresión postparto de la madre se presentó en bajo porcentaje. Un dato interesante es que en 5 casos del estudio se haya presentado la separación de los padres poco después del nacimiento del niño.

En este apartado se añadió un análisis de las expectativas de los padres hacia la paternidad y hacia su hijo por nacer. Se encontró lo siguiente: no fue planeado el embarazo (5 casos del grupo EP, 6 casos del grupo ES). Existieron casos en los que la madre al saber del embarazo reaccionó con rechazo y/o intentó abortar: 2 casos en el grupo EP y 4 casos en ES. *Es interesante señalar que la mayoría de los niños no fueron planeados, esto planteó muchas preguntas con respecto a lo que el niño cambió al nacer en la dinámica parental y qué repercusiones tuvo esto. En 6 de los casos de este grupo (casi la mitad), la primera reacción ante el embarazo fue un expreso rechazo. Lo que quedaría por saber es, qué ocurrió con las otras madres que aparentemente aceptaron el hecho de tener un hijo sin haberlo planeado.*

Se estudiaron también en esta categoría, las expectativas a futuro de los padres hacia su hijo. En la entrevista algunas madres hablaron de lo que esperaban de sus hijos, pero en otras ocasiones no hubo esta proyección a futuro del niño, esto se presentó sólo en 3 casos, pertenecientes al grupo ES. También a este respecto las preferencias de sexo del hijo por nacer, determinadas por la idea del "hijo ideal" se presentaron de manera marcada en 4 casos de EP. y en 5 casos del grupo ES.

Esta proyección a futuro también determinó en algunos casos el nombre que llevaría el niño, en algunos casos fué el de la madre, el de un rey, el de un poeta, el del padre de la madre, el de un antiguo novio de la madre o el de un familiar fallecido. La elección del nombre con estas características se presentó en 4 casos en el grupo de EP y en 3 casos del grupo de ES. Las madres de los demás niños sólo hablaron de que el nombre les "gustó y ya". *Estos datos resultan más claros cuando se analiza cada caso individualmente, es hasta ese momento cuando cobran significado, más que dar información sobre un grupo, abrieron el panorama de las historias individuales.*

Algunas madres hablaron sobre la esperanza que tenían de que el niño cambiara "algo" cuando naciera, (quitar algún vicio del padre, arreglar la relación de pareja, etc.). 2 del grupo EP y en 4 del grupo ES. En otros casos la madre habló sobre el miedo a que

el niño le "quitara" cosas (como el cariño del padre, estabilidad económica, etc.), 1 en el grupo EP y 1 en el de ES. *Esto aclararía el miedo o la esperanza de algunas madres ante el nacimiento del hijo, son casos en los que el niño ya tiene una tarea determinada, además de convertirse en un ser individual con un proyecto propio de vida.*

Después del nacimiento estas madres experimentaron diversas emociones al tener que confrontar el hijo "ideal" imaginado, con el hijo real. De modo general, las reacciones más representativas fueron: rechazo hacia el hijo, 1 caso en ES; alegría, entusiasmo "emoción" (6 casos en EP y 4 en el grupo ES); sobreprotección hacia el niño, (5 casos en el grupo EP y 3 en el grupo ES); algunas otras madres expresaron su reacción como "nada, pues ya qué", o como: "pues, normal", (2 casos en EP y en 5 casos en ES); algunas otras mostraron miedo o preocupación por sentirse no capacitadas para cuidar al niño, (3 casos en el grupo EP y en 6 casos en el grupo ES). *Es importante resaltar que las madres de niños con enuresis secundaria tendieron a sentirse incapacitadas para cuidar a su hijo y expresaron de alguna manera indiferencia ante el nacimiento de su hijo; por otra parte las reacciones de las madres de niños con enuresis primaria tendieron más a sentirse emocionadas con el nacimiento y a sobreproteger al bebé.*

5.5.2 Eventos significativos o problemática del niño durante los 6 primeros años de vida (Ver anexo 4 tabla 4.2)

En esta categoría se analizaron las enfermedades que el niño padeció. Se encontraron casos de: enfermedades crónicas (3 en el grupo EP y 3 en el grupo ES, 5 de estos niños han sido internados por ello durante este periodo); problemas del lenguaje (2 casos en el grupo ES) auditivo (1 caso en el grupo EP), dificultades motoras (1 caso en el grupo EP) y problemas escolares y/o de aprendizaje (3 casos en el grupo EP y 2 en el grupo ES). *De lo anterior, se observa una alta incidencia de problemas crónicos, que en muchos casos datan desde el primer año de vida; también resaltan las dificultades escolares.*

Otro de los eventos analizados fue el nacimiento de un hermano en esta etapa, puesto que se ha observado que algunas veces tiene una relación temporal con la aparición de la enuresis. Algunos niños tuvieron hermano cuando tenían de 1 a 3 años de edad (1 caso EP, 2 de ES), otros cuando tenían de 3 años 1 mes a 6 años (2 casos EP, 3

casos ES). *No se observan diferencias entre ambos grupos, y la importancia de este dato se contrastará más adelante con la aparición de la enuresis.*

Otros sucesos importantes que ocurrieron fueron las pérdidas afectivas. La muerte del padre se presentó en 1 caso del grupo de ES, de un hermano en 1 caso del grupo EP y de un abuelo 1 caso del grupo de EP. Este dato cobró significancia al analizar la época de aparición de la enuresis sólo en 1 caso, como se verá adelante. Sin embargo, esto no quiere decir que estas separaciones no tuvieron un impacto en el niño y que no tiene relación con su sintomatología.

Las separaciones temporales de la madre fue otro factor que se presentó con alta incidencia. Las razones fueron: divorcio de los padres en donde la custodia fue otorgada al padre (2 casos del grupo ES); la crianza estuvo alternada entre abuela, familiares y madre porque ésta última trabajaba (3 casos del grupo EP y en todos los casos del grupo de ES); la crianza estuvo a cargo de niñeras (1 caso en EP, 1 caso de ES); enfermedad del niño o de la madre que requirió hospitalización (2 casos de EP, 2 casos del grupo de ES). *Según lo anterior se observa que todos los niños con enuresis secundaria y 6 de los 7 niños con enuresis primaria se separaron alguna vez de su madre por periodos intermitentes, viendo a su madre la mitad del día, cada tercer día y en algunos casos cada semana. En dos casos los niños viven con el padre, y resulta significativo que la custodia no haya sido otorgada a la madre. Pero en términos generales es alto el nivel de incidencia de madres que trabajan y dejan a sus hijos al cuidado de otra persona, familiar o extraño.*

Por otra parte, algunos niños vivieron además separaciones de otro familiar cercano: del padre (2 niños del grupo EP y 4 del grupo ES), de un hermano (1 caso de ES); de un abuelo que había vivido con ellos (1 caso EP y 2 de ES)., *Aunque no es tan alta la incidencia, en estos casos resulta útil analizar sus historia individuales y así descubrir qué tan difícil ha sido para ellos estas pérdidas y separaciones y qué tanto impacto han tenido en su desarrollo psíquico.*

5.5.3 Características de los cuidados maternos y formas de relación entre la madre y su hijo (ver anexo 4, tabla 4.3).

En esta categoría se encontró que en el primer año de vida todos los niños de la muestra fueron cuidados y criados por sus madres, y sólo en pocos casos ésta no lactó al niño (2 casos del grupo EP y 1 del grupo ES). Por otra parte, 4 madres del grupo EP y 4 del grupo ES, describieron este primer año como problemático; algunas por enfermedad del niño, otras por dificultades o separaciones de la pareja y otras por problemas con la familia extensa (a causa del niño). Sólo en un caso (del grupo EP), la madre padece una enfermedad crónica (a veces incapacitante) que le ha dificultado el cuidado y la crianza del niño).

En cuanto a la forma de establecer límites, premiar y castigar, en todos los casos del grupo EP y en 5 de los 7 niños del grupo ES, los castigos son ejercidos por la madre, en todos los casos, alguna vez fueron a causa de la enuresis. Estos castigos incluyeron agresiones físicas y/o verbales en 6 casos del grupo EP y en 5 del grupo ES. En algunas familias los castigos son ejercidos por miembros de la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.) estando presente o no la madre; este fue el caso de 1 niño del grupo EP y 5 en el grupo de ES. *Aquí resalta una mayor intervención de la familia extensa en los niños con enuresis secundaria.* 4 madres del grupo EP, no acostumbran premiar a sus hijos por "portarse bien", por buenas calificaciones, etc. *Denotando una tendencia en el grupo EP a la falta de reconocimiento al niño por las conductas aceptables.*

Con respecto al tipo de actividades que las madres comparten con sus hijos se encontró que la madre no juega (o no acostumbraba jugar con el niño de más pequeño), en dos casos del grupo EP y dos del grupo ES. La madre no ayuda al niño con las tareas en 2 caso de EP y 1 de ES. Con respecto a las actitudes que adopta la madre con su hijo, las madres se describieron como "sobreprotectoras" o dicen que "miman mucho" a su hijo en 4 casos de EP y 4 de ES. *Esto mostraría una tendencia general en esta muestra de madres que se relacionan con su hijo sobreprotegiéndolo.* Asimismo, en 5 casos del grupo EP y 5 del grupo ES, la madre se describió como intolerante ante las travesuras, agresiones, actitudes, etc. del niño. Y además, en 3 casos del grupo EP y 4 del grupo ES la madre se describió como deprimida. *Los datos anteriores son indicadores de la existencia de actitudes extremas en las madres de ambivalencia en la se que ha establecido un vínculo confuso, inconsistente en el que el niño vivencia alternad y conjuntamente la agresión, la sobreprotección,*

la indiferencia, la exigencia y la intolerancia de la madre. De modo que el niño está inmerso en un vínculo que le sugiere inseguridad, agresividad e inestabilidad emocional y que entorpece su deseo de convertirse en un individuo independiente.

Por otra parte, sólo en 1 caso de ES, la madre no convive con su hija todos los días; en los demás casos, la madre vive e interactúa actualmente con su hijo todos los días; sin embargo, en 1 caso de EP y en 4 de ES, la madre trabaja 5 días a la semana (a veces más) durante más de medio día, a veces no coincide el horario con el de la escuela y los niños quedan al cuidado de hermanos mayores o familiares. *Lo anterior reduce la convivencia a sólo algunas horas durante el día que se dedican a las tareas, quehaceres o ver la televisión y, como se verá a lo largo de este análisis, en muchos casos este "tiempo juntos" es más conflictivo que cálido.* Sólo en dos casos del grupo EP y dos del grupo ES, (4 niños de los 14 que forman esta muestra), la madre refirió que su hijo le platica lo que le ocurre en la escuela, lo que piensa, lo que siente, lo que le da miedo, etc. En cambio en 3 casos del grupo EP y dos casos del grupo ES, refieren que cuando se están juntos generalmente interactúan en medio de discusiones, agresiones, gritos, etc.

Con respecto a los límites y normas en casa, se presentaron 4 casos del grupo EP y los 7 del grupo de ES, en que los límites es un punto conflictivo. Las madres presentaron en la entrevista límites confusos (ya sea por la intervención de la familia extensa, por la inconsistencia en la aplicación o porque el niño o por la contradicción de opiniones entre los padres), en otros casos los límites son prácticamente inexistentes. En todos los casos las madres presentaron esto como un problema porque el niño "no obedece" y no porque crean que hay dificultades en la implantación y seguimiento de reglas en la casa.

De esta categoría puede extraerse que, según lo presentan las madres, existen pocos evidencias de dificultades en el ejercicio del maternaje, sin embargo, parece contradictorio que las mismas madres hablen de que consideran el primer año de vida del niño como conflictivo. Por otra parte en algunos casos la calidad de la relación entre estas madres y sus hijos se ve afectada, según ellas mismas dicen, por las dificultades económicas y al mismo tiempo por la vida laboral de la madre que resta tiempo de convivencia con sus hijos. Sin embargo, el tiempo que pasan con sus hijos parece conflictivo, ya que está caracterizado por dificultades en el ejercicio de límites y normas, y por las constantes dificultades entre la madre y su hijo. Es importante resaltar las características ambivalentes de ciertos casos en que la sobreprotección se combina con

características depresivas o con actitudes punitivas y de intolerancia. Todo ello afecta momentos como la hora de las tareas, la hora de la comida, los deberes y quehaceres de la casa y hasta aquello que tenga que ver con la higiene personal, y aún más el hecho de que el niño no se acerque y confíe en su madre.

5.5.4 Características del niño descritas por la madre. (Ver anexo 4, tabla 4.4).

Para facilitar el análisis, se aglutinaron los datos en 9 subcategorías. En la *primera subcategoría*, se ubicaron los niños descritos por sus madres como tímidos, introvertidos, pasivos (apáticos) y con dificultades para socializar, especialmente ante desconocidos (3 niños del grupo EP y 6 de los niños del grupo ES).

En la *segunda subcategoría* estuvieron 4 niños del grupo EP y los 7 niños del grupo ES, descritos como inquietos, agresivos, desobedientes y opositores sobre todo en casa y con la madre.

La "dependencia" hacia la madre fue la *tercera subcategoría*, en ella se describen a niños "berrinchudos" que responden con lloriqueos y pataletas cuando se les imponen tareas que implican hacerse cargo de sus cosas. Por ejemplo, piden que la madre haga las tareas, tiendan su cama, acomoden su ropa y/o que los acompañen al baño. En ella se encuentran 4 niños del grupo EP y 6 del grupo ES.

Algunas madre hablaron sobre reacciones como llanto, berrinches, expresiones de miedo, etc. cuando se separan (o lo intentan) de sus hijos. Esta fue la *cuarta subcategoría* y en ella se hallaron 2 niños con EP y 4 del grupo ES. *Esta categoría está en íntima relación con la anterior y se estaría hablando de una dependencia y miedo a la separación que no sólo forman características del niño sino de un cierto tipo de simbiosis en el que la madre participa. Todos estos datos estarían representando rasgos de tipo "ansiofóbico" en estos niños ante la separación de la madre. La enuresis sería el síntoma de un conflicto con el problema de la separación individuación: un miedo a crecer y a separarse de la madre. Esta posibilidad es reforzada o mantenida por la madre con acciones y dobles mensajes dirigidos a seguir pensando y tratando al niño como un bebé.*

La *quinta subcategoría* estuvo formada por aquellos niños descritos por sus madres como "nerviosos" (los 7 niños del grupo EP y 6 del grupo ES). En ella se incluyeron datos de hiperhidrosis palmar (le sudan las manos), onicofagia (se come las uñas), bruxismo (rechina los dientes al dormir), pesadillas, terrores nocturnos, casos en que los niños "se mueven" constantemente (aún dormidos), o hablan atropelladamente denotando ansiedad (según las madres).

En la *sexta subcategoría* se agruparon a los niños "berrinchudos por nada", "enojones", que pelean constantemente cuando juegan con pares, siempre quieren que "los otros hagan lo que él quiere", tienen rasgos de poca tolerancia a la frustración y al seguimiento de reglas de juego. En ella se encontraron los 7 niños con EP y 3 con ES.

La *séptima subcategoría* se construyó con datos de niños "tristes", solitarios, que lloran con facilidad, que hablan peyorativamente de sí mismos o se descalifican, que prefieren jugar solos, hablan solos y/o son muy distraídos. Entraron en este grupo 6 del grupo EP y 6 del grupo ES.

La *octava subcategoría* se compuso por actitudes o acciones "regresivas": el niño habla puerilmente, quiere que la madre lo cargue o lo abrace constantemente, dice que quisiera "volver a la pancita" de su mamá o que le gustaría ser un bebé, quiere que la madre lo acompañe al baño y le ayude a "limpiarse", que le permita dormir con ella, se chupa el dedo, etc. Es este grupo estuvieron 4 niños con EP y 5 con ES.

La *novena y última subcategoría* de este apartado, se formó por diversos síntomas que las madres presentaron preocupadas o como queja:

- a) el niño quema cosas (1 niño con EP)
- b) el niño dice que quiere morir, a intentado dañarse diciendo que quiere matarse o que quiere ir con alguien que ya murió (2 con EP y 1 con ES)
- c) bajo rendimiento escolar (6 niños con EP y los 7 niños con ES)
- d) Al llorar deja de respirar (1 niño con ES)
- e) Come o duerme mal (2 niños con EP y 1 con ES)
- f) Miedo a la oscuridad y a estar solo (1 niño con EP y 2 con ES)

Tras estos resultados resulta significativo que las madres de 13 de los 14 niños de esta muestra coincidan en la subcategoría 5 (que hablaría de rasgos de ansiedad); 10 de las 14 en la 6 (sobre la intolerancia a la frustración y a las reglas); 12 en la 7 (sobre rasgos depresivos); y 13 casos en el punto c de la subcategoría 9 (bajo rendimiento escolar).

Parecería que existe una tendencia en esta muestra a poseer rasgos de ansiedad y depresivos que se estarían manifestando en la baja tolerancia a la frustración y a las reglas y de algún modo estarían alterando el rendimiento escolar (porque sólo uno de ellos resultó debajo del rango normal en la prueba de C.I.; tres en el rango normal torpe, siete en la normalidad, uno en normalidad brillante y uno en el rango superior). En la categoría 8, se mostraron las mismas tendencias a poseer rasgos depresivos en ambos grupos. La categoría 9, determina una serie de síntomas que hablarían de dificultades particulares y de la singularidad de los casos.

Recordando que estas categorías se establecieron en base a las observaciones y comentarios hechos por las madres, faltaría contrastar estos datos con los obtenidos de los demás instrumentos.

5.5.5 Observaciones durante las entrevistas y las sesiones de psicodiagnóstico.

Formamos una nueva categoría para registrar las observaciones de la relación de la madre con su hijo, hechas durante las entrevistas y las sesiones de trabajo, así como algunas características de la actitud de algunas madres con respecto a su asistencia al hospital o al trastorno del niño.

Se encontró que algunos niños tuvieron dificultades para separarse de su madre, manifestado en llanto, abrazaron a la madre pidiéndole que no lo dejaran, cuando la madre "los convencía" de quedarse, se mostraron poco cooperadores, molestos (y hasta agresivos) y/o ansiosos. Esto se presentó en 3 niños del grupo EP y 4 del grupo ES (todos ellos descritos como dependientes y con dificultades para separarse de sus madres en la categoría 4.

Otro dato que se observó fue que algunos niños (5 del grupo EP y 4 del grupo ES) presentaron actitudes de niños de menor edad tales como quererse sentar en las piernas de la madre, hablar puerilmente, chuparse el dedo o la ropa. Todos los niños mencionados fueron descritos anteriormente por sus madres con las mismas características. Sin embargo, también fue interesante que éstos mismos niños del grupo de EP y 2 del grupo ES (distintos a los anteriores), trabajaron la primera sesión en presencia de la madre (no admitieron quedarse solos) y se mostraron aún así ansiosos o preocupados por las críticas de la madre. Las siguientes sesiones aceptaron que la madre saliera y no sólo fueron más cooperadores, socializaron más con la aplicadora y hasta regalaron dulces y dibujos hechos por ellos mismos. *Parecería que existe en estos niños un miedo intenso a alejarse de sus madres, como si les estuvieran quitando algo de su propio cuerpo. Pero ese "algo" es al mismo tiempo una parte castigadora y crítica que no les permite "ser ellos mismos", y cuando soportan el alejamiento de ella pueden expresarse mejor.*

La siguiente observación fue que durante las entrevistas con la madre, 3 niños del grupo EP y 5 del grupo ES, se mostraron inquietos, disruptivos, interrumpían constantemente la entrevista y tomaron objetos del consultorio sin que la madre hiciera ningún tipo de intervención. Estos niños son 8 de los 10 niños con quienes sus madres tienen problemas para que respeten órdenes y reglas. Esto evidenciaría aun más las dificultades para establecer y hacer que se respeten los límites. Sin embargo, durante las últimas sesiones de trabajo con cada niño en ausencia de las madres, los niños no volvieron a mostrar estas características y todos fueron cooperadores. *Esto parece indicar que esta idea de "el niño no obedece" no responde sólo a una dificultad del niño, sino a un tipo de dinámica establecida entre las madres y sus hijos, en las que los niños no obedecen a unas madres que tampoco saben establecer límites.*

En dos casos (1 del grupo EP y 2 del grupo ES), las madres regañaron o gritaron al niño para impedir que siguiera interrumpiendo o para contradecir lo que el niño expresaba. En un caso, por ejemplo, la madre dijo al niño "huy sí, criticón, como si tu fueras perfecto", cuando hablaba de que su abuela que lo regañaba. En otro caso la madre enviaba dobles mensajes que comprensión y reclamo mientras alentaba (con tono de regaño) a la niña a decir porqué se orinaba en la escuela diciéndole "anda dile a la señorita porqué te haces pipí, yo no me voy a enojar y ella no te va a regañar". En otros caso la relación se tornó francamente coercitiva, en donde tanto la madre como el niño se agredieron, la madre sin levantar la voz y el niño llorando, mientras se reclamaban uno al otro y se "acusaban" uno al otro ante la entrevistadora. *Este parecería un intento de*

las madres de hacer parecer al niño como "el que está enfermo" o el que "está mal", ante los ojos del entrevistador y del niño mismo.

Fue significativo que, en algunos casos (3 de EP y 3 de ES), las madres se mostraron abiertamente molestas e inconformes por haber sido referidas a la institución, o eran aparentemente cooperadoras, pero evadían preguntas de la entrevista se reían durante toda la sesión, llegaban tarde a las citas o no asistían *quizás en estos casos existía la idea consciente de que el niño padecía un problema, sin embargo, el temor de las madres era remover toda la dinámica familiar.* Ellas argüían que les era molesto hablar de su vida personal con diferentes personas en la institución (hecho entendible), pero por otra parte, llegaron minimizando de muchas maneras el problema del niño y prácticamente diciendo que asistían porque la escuela lo puso como condición para recibir al niño o simplemente cumplían con una sugerencia del médico, pero difícilmente pensando que el niño tenía un problema emocional. Sin embargo, transcurrieron las sesiones de entrevista, se le prestó escucha al problema del niño, y las madres fueron "revelando" muchas otras dificultades (pasadas y presentes) tanto del niño como de la familia. *En este caso podríamos decir que quizás la escucha sensibilizó a las madres sobre el problema, de tal modo que terminaron el estudio y hablaron de querer seguir el tratamiento no sólo del niño, en algunos casos las madres buscaron psicoterapia para ellas.*

Algunas otras madres (4 de niños con EP y 3 de niños con ES), por el contrario, llegaron mostrando mucha preocupación por los síntomas del niño, estuvieron ansiosas o con afecto depresivo (algunas hasta llegar al llanto) al hablar de sus dinámicas familiares y la problemática del niño. *También algunas de ellas buscaron tratamiento individual, pero lo importante a resaltar sería que probablemente existan rasgos depresivos en estas madres.*

5.5.6 Motivo de consulta

En esta sexta categoría se exploró el motivo de consulta y la demanda de la madre hacia la institución. En primer término 1 madre de niño con EP y dos madres de niños con ES, no mencionaron la dificultad del niño para controlar esfínter vesical como motivo de consulta; es más a pesar de existir el dato en el expediente, no se le preguntó directamente sobre la enuresis, sino que fue hasta que se exploró el entrenamiento de

control de esfínteres, que la madre habló de ello. En los demás casos fue uno de los motivos de consulta o el motivo de consulta (sólo en dos casos). *Aun existe entonces la dificultad de ubicar la enuresis como un problema que requiere atención de tipo médico y psicológico.*

Seis de las madres de niños con EP y seis de las madres de niños con ES, presentaron también como queja alguna dificultad en la relación con su hijo, ya sea porque le angustia, le apena o le molesta, su miedo a separarse de ella, su agresividad, su desobediencia, su inquietud, o su falta de comunicación con ella. *Evidentemente este dato y los anteriores nos presentan la posibilidad de que en todos los casos de esta muestra exista una dificultad en el vínculo madre-hijo. 12 de las 14 madres lo presentan abiertamente como una dificultad, las otras madres no lo ven así y quizás ahí esté la dificultad.*

A pesar de lo anterior, en 3 casos del grupo de EP y en 3 del grupo de ES, la consulta no fue iniciativa de la madre, sino que fueron referidos por las escuelas o el médico general. *Esto podría indicar que las madres encontraron en esta referencia externa, la oportunidad de presentar la problemática del niño (y de la familia), pero por otra parte también podría indicar la dificultad de buscar un tratamiento (en algunos casos fue por oposición del padre, porque no sabían a dónde acudir o porque pensaban que el problema podían resolverlo solas sin intervención de alguien extraño) aquí se demuestra la importante labor de canalización tanto de las escuelas como del médico general con el especialista.*

Conforme avanzaron las entrevistas las madres fueron dejando claro cuál fué su demanda a la institución, entre ellas estuvieron:

- a) Que el niño obedezca (4 niños del grupo EP y 5 niños del grupo ES)
- b) Que el niño deje de orinarse (5 casos del grupo EP y 5 del grupo ES)
- c) Apoyo psicológico para la madre (3 casos del grupo EP y 2 del grupo ES)
- d) Obtener apoyo psicológica para ayudar a que el niño crezca sano física y emocionalmente (2 casos del grupo EP y 1 caso del grupo ES)
- e) Que la institución resuelva el problema del niño (5 niños del grupo EP y 3 caso del grupo ES)

Por lo anterior, son pocas las madres que llegan con una clara demanda dirigida a recibir apoyo para ayudar ella a sus hijos, generalmente las madres buscan obtener "la eliminación" de

los problemas del niño, como cuando el médico da una pildora y quita un dolor de estómago. Pero también es significativo que en algunos casos el niño sirvió de intermediario para pedir apoyo para ellas, o para "darse cuenta" de que ellas también necesitan apoyo psicológico.

5.5.7 Entrenamiento del control de esfínteres.

En la séptima categoría se agruparon los datos referentes a los eventos sucedidos en torno al entrenamiento del control de esfínteres (ver Anexo 4 tabla 4.7).

Se encontró que en un solo caso (del grupo ES), este entrenamiento no fue aplicado por la madre. En 5 casos del grupo EP y dos del grupo ES el entrenamiento fue descrito como inconsistente, es decir, se inició pero se interrumpía constantemente. *Existiría en las madres de enuréticos del tipo primario una mayor tendencia a establecer entrenamientos inconsistentes.* En 5 casos del grupo EP las madres refirieron que iniciaron el entrenamiento pero lo abandonaron a ver que el niño "no aprendía" y esperaron que aprendiera el control diurno por sí solo. *Este dato resulta significativo, si se observa que algunas madres dejaron que el niño aprendiera "por sí solo" este control y al no lograrlo, llegan a consulta años después. Por otra parte este dato indicaría que existió un conflicto (cualquiera que sea su origen), o bien, durante el entrenamiento o antes de iniciar este control.* En dos casos del grupo ES, a pesar de no ser consistente el entrenamiento, los niños aparentemente dominaron el control vesical, y luego iniciaron con enuresis. En uno de esos dos casos el entrenamiento inició antes del año de edad. Los demás casos fueron descritos con un entrenamiento consistente y un aprendizaje sin dificultades. *Parecería que en el caso de los niños con enuresis secundaria, las madres describen un entrenamiento "exitoso" y un aprendizaje sin dificultades.*

Algunas madres reportaron que sus hijos (6 casos del grupo EP y 1 del grupo ES) no sólo tuvieron dificultades para aprender el control diurno, sino que durante el entrenamiento lloraban mucho, "hacían berrinches" o "no se querían sentar". *Esto podría dejar abierta la hipótesis de que por alguna razón los niños con enuresis primaria muestran mayor resistencia, opositorismo o angustia ante el control de esfínteres que los niños con enuresis secundaria. También podríamos decir que quizás se deba a que precisamente porque esto implicaba una dificultad para estos niños y eran reprendidos constantemente, el entrenamiento de*

control de esfínteres llegó a ser aversivo. Sin embargo solo tres de estas madres (2 del grupo EP y 1 del grupo ES) reportaron que e mostraban "demasiado rígidas" con el niño: lo agredían físicamente, le gritaban cosas como: "eres un cochino" "eres un mión", etc.; o usaban métodos muy punitivos de control como sentar al niño en la nica dos horas o más hasta que orinaba.

Por lo anterior sólo fueron 4 casos en que las madres no reportaron dificultades durante el entrenamiento del control diurno. *Esto indicaría que, quizás la enuresis sea el resultado de la intervención de factores complejos que convergen en el entrenamiento del control de esfínteres. Uno de ellos puede ser, como se ha planteado a los largo de esta tesis, el tipo de vinculación de la madre con su hijo, dato que podría pensarse a raíz de los casos en que existieron datos de angustia, indiferencia y manifestaciones punitivas en la relación madre hijo durante este entrenamiento.*

5.5.8 Características de la enuresis

En esta categoría se agruparon los datos relacionados con el síntoma de la enuresis: momento de su aparición, características de presentación, antecedentes familiares, el manejo en la familia, los tratamientos anteriores, etc.

Como se ha venido mencionando, esta muestra está conformada por 14 casos, 7 de los cuales presentaban enuresis primaria (EP) y 7 enuresis secundaria (ES) (ver capítulo 3) al momento de la consulta. Del grupo EP, en 4 casos se presenta de manera continua (todos los días) y solo por la noche; en los otros 3 casos se presenta también por la noche pero de manera intermitente (con intervalos de hasta 2 o 3 semanas entre un episodio de enuresis y otro). En el caso del grupo ES, sólo en un caso se presenta nocturna y continua, en dos casos se presenta nocturna e intermitente y en 4 casos se presenta diurna y nocturna de forma intermitente. *Lo anterior nos indica que en los niños de esta muestra la enuresis primaria es solo nocturna y en los niños con enuresis secundaria hay una tendencia a que sea nocturna y diurna. En el grupo ES hay una tendencia mayor a que se presente este problema de manera intermitente que en el grupo EP.*

Otro dato significativo fue que sólo en el grupo con enuresis primaria se presentaron antecedentes familiares de este síntoma (4 casos), que incluyeron a los padres, hermano mayor, primos y tíos. Con respecto al manejo que hace la familia del síntoma se encontró que en 6 casos el grupo EP y en 6 del grupo ES, se castiga físicamente al niño, se le amenaza y se le dicen apodos e insultos. *Es muy elevado el índice de casos en que se castiga y agrede al niño por orinarse, los padres aun creen que se trata de un problema de conducta, que se resuelve con correctivos.*

En el caso del tipo de "soluciones" o manejo de la enuresis que adoptan las familias (en específico las madres), se encontró que algunos niños de la muestra (dos del grupo EP y dos del grupo ES) usaron pañal hasta después de los 4 años de edad, uno de los niños lo sigue usando (a la fecha de la entrevista). Además, 5 de las madres del grupo EP y 4 del grupo ES, refieren que antes de asistir al hospital, de algún modo ya se habían "acostumbrado" a que el niño se orinara, de tal modo que usaban sin mayor miramiento tanto la técnica del pañal como poner hule en el colchón del niño, enseñar al niño a lavar sus cobijas, bañarlo en cuanto se levanta porque "seguro está mojado", etc.

Podríamos decir entonces que, en estos casos, uno de los motivos por los que no se buscó ayuda para el tratamiento de la enuresis, fué que el "síntoma encontró un acomodo" en la familia, es decir, la familia se adecuó y adaptó al síntoma, únicamente eliminando sus consecuencias más "molestas", a costa de que el niño sea tratado como "bebé", reciba burlas e insultos de sus hermanos (afectando su autoestima) y quizás lo más grave: que el síntoma persista, modificándose y "reestructurándose" con el tiempo y por tanto, volviéndose más complejo (sobre todo en la enuresis primaria en la que estaríamos hablando de un conflicto más temprano, en el que el síntoma se ha intrincado con nuevos conflictos y síntomas y ya forma parte de la dinámica inconsciente familiar.

Algunas otras madres optaron por amenazar al niño con bañarlo con agua fría (un caso del grupo ES) o levantarlo hasta tres o cuatro veces durante la noche (4 casos del grupo EP y 3 del grupo ES). Otra madre dijo que levantaba al niño cada 2 o 3 horas en la noche, pero el niño se orinaba "en las horas intermedias". *Al parecer, ninguna de las técnicas usadas dió resultado, sino más bien pudieron favorecer la creación de mayores dificultades emocionales en el niño como la baja autoestima, la erotización de la enuresis, angustia en el niño a la hora de ir a dormir por el miedo a mojar la cama, enojo por ser despertados en la noche. Etc.*

Algunas madres han observado que los episodios enuréticos nocturnos se presentan ante ciertas circunstancias: mientras el niño tiene "pesadillas" (2 casos EP, 2 casos ES), después de que durante el día recibió un castigo, regaño o golpe (2 casos EP, 2 casos ES), o cuando durante el día el niño se mostró inquieto, "llorón", "nervioso", asustado o angustiado (5 casos EP, 4 casos ES). *Esto nos permitiría suponer que la enuresis está de algún modo relacionada con la angustia, y que el sueño, como una reminiscencia de la vida diurna, permite al niño entrar en contacto con las angustias inconscientes cuando el niño se siente indefenso, y manifestaría este conflicto en la enuresis.*

3 niños del grupo EP y 2 del grupo ES habían recibido atención médica antes de llegar a consulta al Hospital Psiquiátrico Infantil, algunos de ellos fueron remitidos, otros decidieron no continuar, después de tratamientos que incluyeron: disminución de ingesta de agua antes de dormir, fármacos (entre ellos la imipramina), "pláticas" con el médico y otros tratamientos de corte conductual enfocados a entrenar al niño a ir al baño. *Este dato nos estaría mostrando que quizás este tipo de tratamientos está abordando al niño de manera parcial y de ahí sus resultados tan poco alentadores. Pero también nos estaría informando sobre madres que abandonan tratamientos (quizás por temor a "mover" el síntoma que al formar parte de la dinámica familiar, pondría en "peligro" su estructura).*

Algunos otros datos significativos fueron que se presentaron 3 casos del grupo EP y 4 del ES en que el niño sigue durmiendo con la misma habitación con los padres (4 de ellos en la misma cama). *Esto podría ser un indicador de que en el niño pueden existir curiosidades de tipo sexual o erotizaciones sobre la "hora de ir a la cama", que al intrincarse con el complejo de Edipo, se manifiestan como enuresis.* En un caso (del grupo ES) la madre relató que cuando el niño empezó a orinarse se le castigó con ya no dormir en la cama de los padres "con todos" los miembros de la familia (padres y dos hermanos), de tal modo que cuando una noche no se orina, su premio es "volver a la cama con los padres", curiosamente después de ello, el niño reincide con episodios enuréticos. *Parecería que en los casos de enuresis primaria el síntoma está más asociado con rasgos de agresión y en la enuresis secundaria con conflictiva en el área sexual.*

Otro dato interesante es que hubo madres (2 del grupo EP y 4 del grupo ES) que reportaron que sus hijos se masturban, entre ellos todas las niñas de la muestra. *Parecería que en las niñas la enuresis tiene significados más complejos (como más complicadas son las*

etapas del Edipo), como podrían ser: una mayor erotización del cuerpo, pulsiones, fantasías y curiosidades sexuales más remarcadas, provenientes del conflicto edípico.

5.5.9 Sucesos que mostraron un relación temporal con la aparición de la enuresis

4 niños del grupo EP vivieron el nacimiento de un hermano y en ningún caso la enuresis se presentó después de ello. En el grupo ES 5 de ellos tuvieron un hermano y en sólo dos casos la enuresis se presentó después de ello con una franca manifestación de celos por el hermano (la madre relacionó que la enuresis se presentó cuando nació el hermano). *En base al bajo índice de presentación de este dato no podemos decir, entonces, que el nacimiento de un hermano está relacionado con la enuresis en todos los casos.*

Algunas madres relacionaron la aparición de la enuresis con etapas en la vida de la familia en que existieron dificultades económicas, con la familia extensa o por enfermedad de alguno de los miembros (2 del grupo EP y 3 del grupo ES); después de la separación de los padres ((1 niño del grupo EP y 4 del grupo ES), la muerte del padre (1 niño del grupo ES).

En el grupo de niños con enuresis secundaria están más presentes las dificultades familiares que pudieron ser los factores que desencadenaron la angustia del niño. En otros casos, la enuresis pareció estar relacionada con cambios en el entorno del niño como el ingreso a la escuela (1 caso del grupo EP y 2 casos en el grupo ES) y el cambio de casa (1 caso de EP y 2 de ES). Que además de haber sido cambios que generalmente alteran de alguna manera al niño, en estos casos estuvieron relacionados con eventos traumáticos para los niños como la separación de los padres y miedo marcado a ir a la escuela por la separación de la madre o por las dificultades de socialización que hicieron sentir al niño inadecuado. En un caso el miedo a la escuela estuvo relacionado con "miedo al baño de la escuela y a la maestra", después de ello la niña inició con enuresis nocturna y luego diurna (sólo en la escuela).

Indagamos sobre eventos relacionados con el vínculo madre hijo y la aparición de la enuresis. Las madres sólo reportaron sucesos concretos como enfermedad física de la madre (1 caso de EP) y el hecho de que otra persona continuó el control de esfínteres (1 caso EP y 1 caso ES).

CAPITULO 6. DISCUSION

En esta investigación se encontraron datos interesantes sobre diferentes aspectos del síntoma de la enuresis infantil y su relación con el vínculo madre hijo.

Para analizar los resultados de este trabajo y las posibles hipótesis interpretativas, este capítulo se desarrolla de la siguiente forma: en primer término se hace una reflexión sobre el problema de la enuresis infantil abordándolo como una conducta sintomática resultado de un conflicto psíquico. Después, se discuten los rasgos o características generales encontradas en la muestra, para con ello destacar las diferencias entre el tipo de enuresis del tipo primario y la del tipo secundario y sus posibles orígenes. Posteriormente se analizan los datos referentes al papel que tienen estos niños y su síntoma en la dinámica familiar inconsciente. Todo lo anterior relacionándolo siempre con el vínculo establecido con la madre; sin embargo, en la última parte de este capítulo nos concentraremos en las características del vínculo afectivo establecido entre estas madres y sus hijos. Finalmente se hacen algunas propuestas sobre el abordaje y tratamiento de este problema.

En esta investigación se observó que la consulta en el Hospital Psiquiátrico Infantil por el problema de enuresis es baja. En 1997 representó menos del 2% de trastornos tratados en esta institución. En la clínica donde se llevó a cabo este estudio, se detectaron sólo 14 casos de niños enuréticos en un lapso de 6 meses, un índice bajo en comparación con otros trastornos.

Es importante señalar que la mayoría de las madres entrevistadas para esta investigación, no mencionaron la enuresis como motivo principal de consulta, en algunos casos, ni como una dificultad. En la mayoría de los casos la enuresis es vista como un problema conductual que debe ser "corregido" por los padres o que cederá con el tiempo y, por tanto, que no requiere intervención médica. Esto nos hace pensar que existen familias que no consideran la enuresis como un problema de salud y que no buscarán apoyo especializado, generando una población de niños enuréticos desconocida por la literatura científica. Dato que apoyan Noyes (1977) y Békei (1984).

Por otra parte, se ha visto que en el 95% de los casos de enuresis, no se encuentran datos de compromiso orgánico (Sperling, 1993), aún así, muchos

profesionistas de salud insisten en apoyar las ideas tradicionalistas, usando métodos dirigidos a eliminar el síntoma para todos los casos sin involucrarse en su historia particular (Ajuriaguerra, 1983; Didier, 1972). En esta investigación no se encontraron datos de compromiso orgánico en ninguno de los 14 historiales clínicos.

Actualmente, con el apoyo de la evidencia clínica, se han eliminado muchos "mitos" alrededor de la enuresis, como su aparición en el sueño profundo (Corsi, 1983); la vejiga débil y la transmisión hereditaria (Sperling, 1993). Parecería lógico pensar que la enuresis se presentara en una etapa de sueño muy profundo, de tal modo que el niño no pudiera despertarse. Según Sperling, los niños, "están conscientes" cuando se orinan. En esta investigación se observó, por ejemplo, en el caso AD que la madre levantaba rigurosamente al niño cada hora durante la noche para que orinara, sin embargo, el niño orinaba poco en el baño y lo hacía abundante en la cama "en horas intermedias", cuando difícilmente podía haber alcanzado el sueño profundo.

Según la evidencia presentada por muchos autores como Freud (1905), Doltó (1985), Békei (1984), Mejía y Pérez (1988) Reca (1971) Winnicott (1979), por mencionar algunos, la enuresis es una conducta sintomático de tipo psiconeurótico que es resultado de un conflicto inconsciente con múltiples implicaciones en el desarrollo emocional del niño y que está en íntima relación con un tipo de dificultad en el vínculo con la madre. En suma, la enuresis es un síntoma con un sentido individual y no una enfermedad.

Por otra parte, el problema de la "vejiga débil" en los niños enuréticos resulta una hipótesis poco creíble si se reflexiona que las niñas tienen una vejiga anatómicamente más débil que los niños (Tortora y Anagnostakos, 1984) y la realidad es que los varones presentan enuresis con más frecuencia, como también de presentó en este estudio. Por otra parte, esta hipótesis también se puede desechar si se analiza el período enurético del niño y los eventos relacionados a él, por ejemplo, en esta investigación la madre de MA reporta que cuando el niño vive durante el día cosas que lo angustian (como lecciones en la escuela sobre "el infierno", regaños o castigos), al llegar la noche y quedarse dormido MA se orina, pudiendo tener períodos secos hasta de dos semanas, hasta que vuelve a presentarse alguna otra vivencia que lo angustia. Casos similares se presentaron en los niños de esta muestra (con enuresis primaria) de lo que podemos inferir que el hecho de que el niño se orine desde pequeño tiene otro origen.

Con respecto a la predisposición genética de la enuresis, en esta investigación se encontraron datos de antecedentes familiares en los niños enuréticos (sobre todo del tipo primario); sin embargo, estas familias también se caracterizan por haber adoptado una actitud de aceptación, desinterés o adaptación ante el problema, de tal modo que el niño tiene años orinándose. JA, por ejemplo, tiene 9 años con enuresis primaria sin haber tenido un tratamiento. Podemos analizar esto desde otro punto de vista: la madre de O refirió que el padre del niño había sido enurético hasta los 12 años y sus primos hasta la adolescencia. El padre insistía que era inútil e innecesaria la asistencia al hospital. Lo anterior indicaría (como lo asume Reca, 1971), que el padre no cree que O deje de orinarse y piensa que la enuresis disminuirá conforme el niño crezca, como pasó con él, además se sobreentiende que los niños son capaces de recibir estos mensajes tácitos en las actitudes del padre y asumirlos como verdades. Por tanto, podríamos decir que más allá de transmitirse por herencia un "órgano defectuoso" se trata de una transmisión intergeneracional de actitudes sobre la enuresis, como la descrita por López y Miranda (1992) sobre otras sintomatologías.

Para entender la enuresis es importante también considerar que como todo síntoma psiconeurótico, tiene un sentido, una función y por tanto, está acompañada de gratificación (ganancias secundarias) así como de la culpa que le produce al sujeto gozar los beneficios de la enfermedad como lo describió Freud desde sus primeros escritos (1905, 1916).

Los niños de este estudio hicieron sus propias interpretaciones de "porque los niños se mojan" durante las historias espontáneas que realizaron en la evaluación. Pudimos observar que cada uno tuvo una explicación propia, sin embargo, se encontraron frases como: "le gusta estar empapado", "la mamá tuvo la culpa", "la mojó también a la mamá", "no hizo porque la mamá lo estaba mirando". En estas respuestas se pueden entrever dos tipos de contenidos comunes: el primero, hace alusión a el placer cutáneo que la orina le produce y por tanto a la satisfacción de impulsos de tipo erótico. El segundo sería un tipo especial de "castigo" hacia una madre "expectante" o "punitiva".

Autores como Kanner, Doumic y Gerard (citados en Ajuriaguerra, 1983) han descrito la falta de control o el mal manejo de los impulsos sexuales y agresivos en los niños con enuresis.

Los manejos incoherentes como del manejo del control de esfínteres como de la enuresis en los casos de este estudio resultaron ser una parte esencial en la exacerbación de impulsos sexuales y agresivos en estos niños. Por una parte se encontraron madres que durante el entrenamiento dejaban al niño sentado en la bacinica hasta dos horas, "aunque llorara y patalara con tal de que hiciera" (caso BE), hubo un caso de entrenamiento temprano (antes del año de edad) con técnicas punitivas de castigo y golpes (caso AD); en otro caso (I) la madre inició en entrenamiento con el niño, sin embargo lo interrumpió "por comodidad" y volvió a ponerle pañal a I. En otro caso (VM) la madre amenazaba al niño con baños de agua fría si se mojaba.

En los anteriores casos se muestra la inconsistencia y la falta de coherencia de estos entrenamientos, de ahí que la mitad de los niños de la muestra hallan sido reportados como "oposicionistas, berrinchudos y llorones" ante el entrenamiento. A pesar de lo anterior insistimos en que el análisis de la enuresis no nos remite necesariamente a esta etapa, pues se han encontrado datos relacionados a este problema con etapas más tempranas (Doltó, 1974; Békei, 1984).

En el caso del mal manejo de la enuresis se pudieron detectar casos en que las madres se han involucrado de tal modo con el síntoma, que mantienen la existencia de los impulsos agresivos y sexuales. En el caso AD la madre levanta al niño todas las noches interrumpiendo su sueño con la consecuencia de que el niño siempre se levanta con molestia y oposicionismo. En el caso O la consecuencia por mojar la cama es lavar al otro día sus cobijas y mientras tanto duerme con la madre. En el caso I la madre lo levanta, pero como lo encuentra "muy dormido" lo ayuda a orinar sosteniéndole el pene. En el caso AD el premio otorgado al niño por no orinarse es dormir con los padres, cuando el niño se vuelve a orinar en la cama, se le "regresa a su cuarto".

Podemos observar que se con estas actitudes y medidas fácilmente se despierta la hostilidad del niño y se erotiza el acto de orinar y la enuresis, como lo describen Haynal y Passini, 1984). Pueden existir también en el niño necesidades exhibicionistas de sus órganos genitales, que encuentran respuesta cuando los padres atienden la enuresis con medidas como las anteriores. Estos ejemplos podrían aclarar algunos de los mecanismos por los que la enuresis persiste: ya sea que el niño encuentra la forma de expresar y obtener gratificación a sus instintos o que la enuresis es una forma de descargar la hostilidad hacia la madre.

Se ha observado que experiencias de orden sexual (como las descritas), la masturbación, la observación del coito entre los padres, que se facilita cuando el niño duerme aun con ellos (casos L. E. I. entre otros) etc. le provocan al niño un tipo de excitación local que al mismo tiempo le genera culpa y angustia pudiendo ser la expresión de ello la enuresis, como le describió Reca, (1971).

Por lo anterior es por demás importante la anamnesis en la investigación del origen de este problema, ya que a partir del estudio del período de desarrollo psicosexual que atravesaba el niño cuando apareció el síntoma, podemos entender sus implicaciones. Podríamos decir que en la etapa pregenital, la enuresis sería una manifestación de pasividad por la búsqueda de gratificación, cuidados maternos, del placer cutáneo que produce la humedad o quizás de agresividad autoerótica por el sentimiento de poder de su aparato urinario (como lo sugiere Doltó, 1985). En la fase edipiana o postedipiana se trataría de una equivalencia de la masturbación en búsqueda de placer erótico y la satisfacción de impulsos de tipo sexual.

Otra característica interesante a este respecto, es que se encontraron datos de masturbación en 6 de los 14 niños de la muestra, pero 5 de ellos son niñas. Este dato nos remite a las propuestas psicoanalíticas de la equivalencia entre la enuresis y la masturbación descrita por Freud desde los inicios de su obra (Freud, 1905, 1924).

Haynal y Passini (1984) y Doltó (1974) consideran que la enuresis sería una forma de remplazar formas complejas de agresión y placer erótico, la enuresis se presentaría "en lugar de" la masturbación. Y si la enuresis cesa es posible que en la adolescencia (como opina Békei, 1984) aparezca la masturbación compulsiva.

El problema que se presenta es la aparición tanto de enuresis como de masturbación. Quizá estemos hablando de un nivel más complejo del manejo de las fantasías eróticas y del problema de la castración. En el varón el análisis podría remitirse a problemas en el esquema corporal, a los temores del buen funcionamiento del pene, a la angustia de castración y la identificación femenina inconsciente. Pero en el caso de las niñas se sugiere un proceso dinámico más complejo aun, como mas compleja es la resolución de la etapa edipiana (Nasio, 1989). Algunos autores (como Sperling, 1993) sugieren que la estructura de personalidad de la niña enurética revela a una "machona"

como rasgo de carácter que cubre tanto su agresión reprimida como una complicación de los procesos de identificación que acarrea situaciones edípicas no resueltas. (La madre de BE refiere que tiene problemas con la niña porque "nunca quiere usar vestido, camina como niño y es muy tosca", arguyendo que quizás copia actitudes de sus hermanos adolescentes. Sin embargo, al escuchar a la madre, ésta nos habla del miedo de tener a la niña "muy primaveral" porque padece enfermedades respiratorias crónicas y siempre le pone pantalones. Además el aspecto de la niña hace difícil en un inicio diferenciarla de un niño: cabello corto, zapatos de agujeta y ningún accesorio femenino, además de lo ya señalado por la madre).

La angustia por el cuerpo fué otro dato repetitivo encontrado, sobre todo en la prueba de la figura humana. Entonces, estos niños presentan un círculo vicioso entre angustia y síntoma. Por una parte autores como Kielhoz y cols. hablan de la angustia y su participación en la organización de síntomas somáticos. Pero también existen datos como los presentados por Mejía y Pérez (1988) en que es la propia enuresis la que genera angustia al niño por no tener control sobre ella y por las consecuencias aversivas que le provoca.

Esto habla de que no todo lo que obtienen los niños con enuresis son ganancias secundarias y gratificaciones. Pacheco en 1988 presentó algunos rasgos en los niños que son consecuencia tanto de la enuresis, como de los tratos que le hace la familia por orinarse en la cama, entre ellos está depresión, retraimiento, angustia y culpa.

Con referencia a la angustia, en esta investigación también se encontraron este tipo de rasgos, descritos por las madres como "nerviosismo", manifestado en hablar atropelladamente, hipehidrosis palmar, onicofagia, pesadillas, bruxismo o terrores nocturnos. Un caso especial encontrado en este trabajo fué "el miedo al agua" (caso FB), que muy probablemente esté relacionado con las fantasías destructivas de la orina, como lo describió Freud en 1932. Por lo anterior podemos suponer que la enuresis representa también una manifestación más de angustia.

Otro dato representativo encontrado fueron numerosos indicadores de rasgos depresivos con todas las técnicas utilizadas y en todos los casos. VM ante la muerte de su padre no comía, no dormía, lloraba frecuentemente con facilidad, decía que quería

morir e intentó dañarse con un cuchillo. O, describe en todos sus relatos personajes tristes, solitarios, que no son queridos por su familia; tiene un particular interés por las agencias funerarias e insiste en preguntar qué siente la gente cuando se muere. L dibujó un árbol que llora manzanas y que está triste porque está "enfermo" y se va a morir. JA se describe constantemente como tonto, incapaz y excesivamente autocrítico.

Estos, entre otros datos, nos permiten dar una idea del sufrimiento y de los sentimientos de minusvalía, soledad, tristeza, etc. de estos niños. Algunos autores como Wolman y Stricker (1993), han encontrado estudios que apoyan la hipótesis de que las enfermedades o trastornos psicógenos que se manifiestan en el cuerpo (psicosomáticos) tienen relación con características de depresión.

Otro dato repetitivo fué el bajo rendimiento escolar de estos niños reportado por las escuelas. Pareciera que ante este problema, las madres están especialmente sensibilizadas y angustiadas, porque en muchos casos este fué el principal motivo de la asistencia a tratamiento. Sin embargo, fué interesante encontrar que, en general los niños tienen capacidades intelectuales (sólo un caso se halló debajo del promedio considerado normal). AD es un niño descrito por su madre como flojo para hacer las tareas, su rendimiento es bajo, sin embargo su C.I. se encuentra en el rango "superior" al promedio (denominado así por Wechsler), lo anterior podría deberse a que la conflictiva emocional que viven estos niños afecta otras áreas del desarrollo psicológico.

Se encontró también que estos niños también tienen dificultad en respetar límites, poseen baja tolerancia a la frustración, son inquietos, berrinchudos y pelean constantemente con otros niños. A primera vista parecieran niños con rasgos de hiperactividad, y quizás por eso la confusión al aplicarles los mismos tratamientos, sin embargo, bajo un análisis profundo de estas manifestaciones podemos encontrar que los niños enuréticos, precisamente acarrear dificultades con la introyección de las figuras de autoridad desde la etapa en que se trató de transmitirles límites y normas sociales con el control de esfínteres. Además existen datos de que los niños enuréticos tienen dificultades en el control de sus impulsos (Sperling, 1993) y escasa tolerancia a la tensión de sus instintos.

Es muy importante señalar que además de las características anteriores, estos niños presentan angustia de separación de sus madres: cuando MA llega al consultorio, está acompañado de su madre y se muestra tranquilo. Al pedir a la madre que salga para trabajar a solas con el niño, éste empieza a llorar muy fuerte, abraza a su madre, le pide "no me dejes aquí" . Es esa ocasión se permitió la permanencia de la madre en el consultorio , explicando a MA que no siempre será posible que la madre se quede. La siguiente sesión en niño reaccionó con una negativa ante la petición de que saliera la madre; ésta dijo a MA que permanecería en la sala de espera. Se pidió . la madre que regresara en una hora. MA quedó tranquilo y conforme, trabajó entusiasta y cooperador. Al finalizar, salió corriendo a encontrarse con su madre. Empezó a llorar desesperadamente cuando vio que ella no estaba. Lo convencí de que regresáramos al consultorio a esperarla y ahí comentó que la madre lo amenazaba con dejarlo en el hospital si se portaba mal. Su madre llegó media hora después de lo acordado, explicando que bajó a desayunar.

Este ejemplo es uno de los muchos observados en esta investigación en que el miedo a separarse de la madre está fundamentado en las consignas, actitudes y tipo de vinculación que establece la madre con su hijo.

Estos niños muestran angustia ante la separación de sus madres, existe una necesidad de dependencia (como lo observó Kanner, 1983). Podríamos inferir que hubo alguna dificultad durante, o para culminar el proceso de separación individuación descrito por Mahler. El niño no se siente seguro cuando la madre se aleja y esto depende de la individualidad de los casos; puede ser que inconscientemente la madre no permita que el hijo se separe (Caso FB: "como solo quiere estar pegada a mí me tengo que quedar con ella en su cama); la madre envía mensajes tácitos al niño de que es incapaz de estar sin ella (caso O: no lo puedo dejar solito, no le vaya a pasar algo); la propia madre no concibe la separación (caso BE: "me preocupa que me le peguen a mi hija); la madre no lo deja crecer, lo trata como un bebé (caso JA: Ja es un niño con un CI alto, en ausencia de la madre trabajó cooperador y cuidó obsesivamente los detalles de su trabajo, usa un vocabulario amplio y elevado para su edad. Sin embargo, en presencia de la madre nunca habla, adopta una posición jorobada, con las manos entre las piernas, con los hombros encogidos, la cabeza agachada y la lengua de fuera, riendo sin motivo aparente. Al dibujar su familia se dibujó como un bebé entre sus padres).

Ante este t3pico nos enfrentamos a diversos problemas. En primer lugar, parecer3a que estas madres poseen un conflicto ante la idea de que sus hijos se separen de ellas, no han podido superar la herida narcisista primaria que significa reconocer que su hijo no es una parte de su propio cuerpo y que tiene un futuro proyecto de vida propio (Gutton, 1983, Castoriadis, 1991).

En segundo t3rmino estas madres al parecer hicieron de la separaci3n individuaci3n un proceso teñido de rasgos y momentos ansiosos. Si pensamos que el control de esf3nteres es un paso tanto en la evoluci3n f3sica como ps3quica del niño, la enuresis estar3a representando el deseo de "no querer crecer" para no tener que separarse de la madre. En el psicodiagn3stico hecho en esta investigaci3n, se encontraron constantemente representados los deseos de "seguir siendo un beb3", "regresar a la pancita de mam3" y no alejarse de ella porque traer3a como consecuencia un peligro o un castigo.

Tambi3n es de tomarse a consideraci3n que 13 de los 14 niños de la muestra han vivido separaciones afectivas de seres queridos, en la mayor3a de los casos de la madre porque 3sta trabaja (o trabajaba) y el niño queda al cuidado de hermanos mayores, niñeras o familiares. Este dato nos lleva a plantear la problem3tica de las madres trabajadoras y las repercusiones que esto tiene en sus hijos. Hay que señalar que en existen casos de madres trabajadoras o en que la madre es el sost3n principal de la familia y sus hijos no son necesariamente enur3ticos ni presentan conflictos como los que aqu3 se analizan. Esto nos hablar3a de un tipo de estructura de personalidad particular de estos niños, de modo que les provoca intensa angustia una separaci3n de la madre.

Aqu3 tambi3n queremos destacar la constante intervenci3n de la familia extensa en la mayor3a de los casos: cuando AD naci3, su madre era soltera y viv3a aun con sus padres, AD estuvo siempre al cuidado de los abuelos maternos mientras la madre laboraba todo el d3a, fueron ellos los que iniciaron el control de esf3nteres. Despu3s AD y su madre se mudan, pero AD sigue al cuidado de los abuelos. AD inicia con enuresis diurna y nocturna y cuando se queda con los abuelos le ponen pañal. En este caso la intervenci3n de los abuelos est3 facilitada por la madre, quien tiene problemas para establecer l3mites, confundiendo tambi3n al niño sobre quienes son sus figuras de autoridad.

Los padres de FB se separaron y ésta quedó bajo la custodia del padre, según la madre porque prefirió "cedérsela" a continuar con el "pleito". La abuela paterna es quien cuida de FB y cuando la madre va a visitar a la niña, la abuela no se lo permite y ha dicho a FB que su madre la abandonó, que no la quiere, que es una bruja que le puede hacer daño, etc. Sin embargo, FB llora mucho si la madre se va, dice que "quiere regresar a su pancita" de tal modo que a veces la madre se queda durante el día y se va por las noches. Otro ejemplo más de actitudes confusas por parte de la madre. Mejía y Pérez han descrito vivencias de rechazo y separaciones en los niños enuréticos (1988).

Parecería que los deseos regresivos que presentan estos niños, han sido fomentados y mantenidos por las actitudes maternas. La madre de E optó por ponerle pañal por las noches para que no moje su cama, sometiéndolo a la burla de sus hermanos quienes lo llaman "mión", "el bebito", etc. E dejó de usar pañal pocos meses antes de la entrevista (a los 9 años). Sin embargo E dice que ya se había "acostumbrado" al uso del pañal y que le parecía "bien" usarlo.

Ante estas actitudes y situaciones confusas de las madres, se observó que los niños guardan sentimientos ambivalentes, como si trataran de conjugar la necesidad de dependencia hacia la madre, con el resentimiento que le produce estar sometido a una madre punitiva y al mismo tiempo sobreprotectora. MA dibujó una "familia feliz" en donde el niño está junto a la madre. Al preguntarle si quería hacer algún cambio, ralló completamente a la madre, al no quedar satisfecho, empezó a "borrarla" diciendo "no se quiere quitar" y dibujó una "bomba que destruye todo". L relató una historia en la que el niño se aleja para "explorar" y come algo que no "debe" y se muere. Habla de que la madre tiene la culpa por no cuidarlo y no protegerlo.

De estos relatos se puede extraer la necesidad de dependencia de los niños, el deseo de ser cuidados y protegidos por su madre. Al mismo tiempo existe el deseo de alejarse, pero esto provoca una consecuencia que temen, y hay rencor hacia la madre por no ser "suficientemente buena".

Podemos inferir que de estas fallas en el proceso de separación-individuación, se desprenden mecanismos como la fijación (en la enuresis primaria) y la regresión (en la enuresis secundaria). Doltó, (1984) explica que se usan como medios para regresar o

permanecer en una etapa del desarrollo en la que se obtenían gratificaciones por parte de la madre, en la que se sentían más seguros, o en la que quedó un conflicto por resolver como Ajuriaguerra propone (1983): abandono afectivo de la madre, el mal manejo de las frustraciones, la constante búsqueda de atención, gratificaciones o dependencia que no han logrado ser satisfechas por la madre.

Pasando a la siguiente área de discusión, se encontraron diferencias significativas entre los niños con enuresis secundaria y con enuresis primaria. En las historias clínicas de los niños con enuresis primaria encontramos más datos de entrenamientos de control de esfínteres confusos e inconsistentes. Esto posiblemente estaría relacionado con la pasividad o tolerancia (cayendo en la indiferencia) de los padres hacia la enseñanza del control de esfínteres; o con la propia actitud pasiva del niño para aprender, como resultado de vivir en un ambiente conflictivo (Duché, citado en Ajuriaguerra, 1983).

Por otra parte, se presume una dificultad relacionada tanto con los rasgos de fijación, como con el investimento libidinal del control de los esfínteres, que se desprende de la falta de una madre "suficientemente buena" (en terminología de Winnicott) a quien hacer el "regalo" de orinar para ella o por quien renunciar al acto de orinar sin control. Por otra parte se presupone que no hubo una clara transmisión de los deseos y prohibiciones parentales, como lo consideran Schmit y Soulé (1988). En este grupo de enuresis primaria predominaron características de agresividad e impulsividad, mientras que en el grupo de niños con enuresis del tipo secundario, hubo más datos de alteraciones en el desarrollo psicosexual.

Podríamos considerar que la enuresis primaria es una manifestación de impulsos agresivos reprimidos en contra de un medio (madre) al que perciben como punitivo, confuso y hostil. De ello se derivaría el miedo a enfrentar la angustia que le produce crecer y separarse de la madre. El niño usaría la enuresis para anular el control que ejerce la madre sobre él. Estos datos se repitieron constantemente en las historias del CAT, en la que se habla de ambientes peligrosos, oscuros, desconocidos, fríos, agresivos y poco afectivos.

En el caso de la enuresis secundaria, la característica general fué la erotización del acto de orinar y las actitudes gratificantes (y hasta seductoras de las madres) que se

complicaron con dificultades en las etapas psicosexuales y favorecieron la regresión. En diversas pruebas se observó que los niños con enuresis primaria son más impulsivos y agresivos, pero también más espontáneos, con "pulsiones fuertes" (como lo describe Corman), violencia y sociabilidad que los niños con enuresis secundaria, quienes se caracterizaron por rasgos como inhibición, preocupación por el cumplimiento de normas y mayores dificultades para relacionarse y adaptarse a su medio.

A primera vista parecería que los niños que padecen enuresis primaria, presentan "menos" dificultades para adaptarse a su medio que el niño con enuresis secundaria. Sin embargo, en este trabajo se observó que poseer muchos conflictos todavía más tempranos que se han arraigado y complicado, y en donde el síntoma ha encontrado un acomodo en la dinámica familiar (lo que Mejía y Pérez denominaron "aceptación pasiva del síntoma") y es pertinente en un vínculo materno infantil que se acerca a lo simbiótico y donde el niño no puede crecer ni abandonar el síntoma porque pondría en juego el "equilibrio" logrado con él y se arriesgaría a "destapar" lo que es encubierto por la enuresis.

Una hipótesis sería que el niño con enuresis secundaria está en conflicto con las normas, deseos y prohibiciones de los padres tanto en lo social como en lo sexual. Se repliega en sí mismo tratando de reprimir sus impulsos que le generan culpa y que al mismo tiempo son fomentados por una madre seductora y al mismo tiempo castigadora.

Como podemos observar, en ambos casos todos los rasgos aparecen pero en diferentes niveles, y el síntoma es algo que forma parte de la dinámica y estructura familiar, y si se elimina o "se toca", se mueven una serie de mitos y actitudes familiares. El niño muchas veces representa un conflicto familiar, es "el síntoma de la familia" como lo menciona. Parecería que aquello que da una imagen de estabilidad, tiene trastornos muy complejos de trasfondo.

Por otra parte, en el test de la familia se encontró que los niños pertenecientes a familias integradas, es decir, en las que los padres biológicos del niño viven juntos, los niños perciben ambientes más conflictivos y disfuncionales que los niños de familias desintegradas (donde los padres no viven juntos) y reconstruidas (una nueva unión de

alguno de los padres). Parecería que existe mayor "estabilidad" en aquellas familias que optan por aceptar la difuncionalidad de la pareja y se separan, que aquellas que sufren, mantienen y a la vez luchan con ella cotidianamente.

A lo largo de esta discusión han aparecido datos y rasgos del tipo de vínculo entre las madres y sus hijos con enuresis de esta muestra. En este punto quisiéramos retomar algunas características repetitivas e importantes.

Se ha visto que en general predominan características ambivalentes extremas, las mismas madres se describieron como "sobreprotectoras", agresivas, desesperadas, deprimidas, alternativamente; de tal modo, que golpean fácilmente al niño cuando hace alguna cosa indebida o se orina en la cama (Butler 1993, ya había hablado de la poca tolerancia de las madres de los niños con enuresis), y tienen preferencia sobre este hijo sobre los otros. Esta ambivalencia caracteriza al vínculo con los niños y se exagera con las actitudes también agresivas y a veces dependientes de los niños. Es importante tomar en cuenta las experiencias de la madre en su propio vínculo materno-infantil en lo referente al control de esfínteres. La madre de O reportó que cuando algún hermano suyo se orinaba, la madre lo ponía a "secarse al sol". La madre de JAL, vivió un rechazo extremo de la madre y las hermanas mayores.

Por otra parte, encontramos que el tiempo que los niños pasan con sus madres es conflictivo: existen datos de dificultad de estas madres para establecer y respetar límites y normas y por tanto la relación se torna agresiva. Algunas otras madres "están" con sus hijos pero en una relación impersonal, por ejemplo muchas madres pasan mucho tiempo con sus hijos viendo televisión, o "distraen al niño con la televisión mientras ellas hacen los quehaceres de la casa. El resultado es que estos niños no se acercan a sus madres para platicarles lo que les ocurre o pedirles consejo. Por otra parte las madres no premian al niño cuando hace algo "bueno" o "correcto" confundiendo a niño sobre lo que está "bien" y "mal", en criterio de las madres.

Al adentrarnos en las historias de vida de estos niños nos encontramos con que la mayoría de ellos no fueron planeados por sus padres, algunas madres no tuvieron atención médica (a pesar de tener los recursos para hacerlo) y se sintieron deprimidas

durante el embarazo por problemas con la familia extensa y con la pareja, al grado de que después del nacimiento del niño, algunas de las madres se separaron de sus parejas.

Muchas de estas madres describieron el primer año de vida del niño como conflictivo y no pudieron decir cómo imaginaban a sus hijos en un futuro; otras estaban más bien preocupadas por lo que el niño "cambiaría" al nacer (la madre de E esperaba que al nacer el niño el padre dejara de ser alcohólico, lo cual, no sucedió). Las reacciones de estas madres fueron ambivalentes al nacer su hijo, algunas se mostraron sobreprotectoras y se sintieron incapaces para cuidar a sus hijos (la mamá de MA sentía miedo de que el niño se muriera porque sentía que ella no podía darle los cuidados que necesitaba).

Parecería que las madres no tienen claro qué esperan de sus hijos, muchas de estas madres, por ejemplo, llegaron a la institución sin una clara demanda al hospital, pero en general, se dirigen a cosas concretas como que el niño obedezca, se "porte bien", suba calificaciones y deje de orinarse, sin tener que involucrarse directamente en el tratamiento.

Es aquí donde la labor del psicólogo para sensibilizar a la madre y generar una demanda tiene lugar. Si la madre asiste al hospital para cumplir con un requisito exigido por la escuela del niño, difícilmente se involucrará en un tratamiento que busque modificar pautas de relación conflictivas en el vínculo con su hijo y con la familia. En este trabajo, fué significativo que muchas de las madres (caso I, caso JA, caso JA, caso AD, caso FB) al final hablaron de su propia conflictiva y de la necesidad de ayuda para sí mismas, y solicitaron una canalización para obtener su propio tratamiento.

Podríamos interpretar, que estos niños están enviando una llamada de auxilio por medio del síntoma, buscando de alguna manera cubrir alguna necesidad de atención o afecto, quizás proveniente desde épocas muy tempranas. O que las madres hallaron en la asistencia al hospital, la oportunidad o "el pretexto" para hablar de sí mismas (Doltó, 1974). Para atender a este llamado, la tarea del psicólogo es "escuchar" qué está detrás de este síntoma.

Muchos autores hacen recomendaciones sobre el "mejor tratamiento" de la enuresis, el "más efectivo", el que actúa más rápido, etc.; sin embargo, en esta investigación queda claro que no se trata de desaparecer "la molestia" lo más pronto posible. Si se logra desaparecer el síntoma, estamos dejando al niño sin una forma de defensa, estamos dejando intacta la personalidad y el conflicto que lo generó y el resultado será que más adelante se presente otro síntoma y mayores dificultades para adaptarse a su medio. Los autores nos han provisto de una serie de indicadores que nos guían para entender este trastorno y los múltiples factores que hay que tomar en cuenta durante el tratamiento (como la etapa psicosexual por la que atraviesa el niño, los mecanismos de defensa que utiliza, el tipo de vínculo establecido con la madre, las ganancias secundarias, etc.). El objetivo del tratamiento, varía según el enfoque clínico, algunos autores como Sperling consideran que este problema debe ser analizado individualmente y tener como meta que el niño logre disponer de sus energías sexuales y agresivas para utilizarlas de modo socialmente aceptado, hacer frente a las frustraciones, angustias y sentimientos, sin tener que recurrir a un síntoma.

Asimismo, existen muchas técnicas para abordar el problema, pero en este trabajo apoyamos aquellas que se enfocan en el abordaje analítico tanto del niño como de la madre, apoyándonos en la evidencia presentada y en el hecho de que la enuresis es un síntoma que representa una disfuncionalidad en la diada madre hijo y que no pueden abordarse todos los casos de igual manera. A pesar de que en este trabajo se encontraron múltiples similitudes en los casos, también existieron características particulares que hacen únicos los casos y por tanto el tratamiento tiene que ser también individualizado e integral. Por otra parte parecería que no se puede delimitar un solo "detonador" de la enuresis, cada niño manifestaría el síntoma ante aquello que le produce más angustia. Por lo anterior podemos insistir en que el origen del síntoma de la enuresis no es muchas veces algo "evidente", este origen puede construirse lentamente en un cierto tipo de vivenciar el entorno del niño o en el estilo de relación establecido por las figuras más cercanas, en especial la madre.

Como profesionistas de la salud no podemos olvidar que tenemos la constante tarea de actualizar y conocer los avances recientes sobre cada tópico. Es una responsabilidad ética que nos impone el hecho de trabajar con individuos que sufren con sus síntomas y depositan en nosotros una demanda de ayuda.

CAPITULO 7. CONCLUSIONES

La enuresis es uno de los muchos síntomas que un niño puede presentar, tiene características únicas que lo diferencian de otros padecimientos, pero también únicos son los casos que llegan a consulta. Los niños se aferran a un síntoma para "sostener" algo de su vida que les resulta insoportable y es ahí donde cobra valor para el niño. Sin el síntoma el niño queda indefenso ante "algo" que vivencia peligroso para su vida.

El niño crece al lado de una madre que le muestra el mundo y que tiene que ver en todas las áreas de su vida, sería difícil pensar que no tiene una participación en sus problemas. Es evidente una relación entre la enuresis del niño y el vínculo con su madre, lo que no es evidente es cómo funciona esta dinámica, qué elementos de orden inconsciente se juegan en ella y qué participación tiene en ello el padre, la familia, el medio, etc. ¿qué está tratando de decir un niño con su síntoma? Parece la primera pregunta que debemos formularnos.

En este trabajo rescaté muchas similitudes entre los casos, pero éstas terminan al dejar hablar al síntoma, cuando la madre y el niño ponen su palabra para expresar su subjetividad y su particular forma de ver la vida y los problemas (quizás también la muerte). Fácilmente podemos encontrar casos que no "encajen" en la muestra, razón por la cual los resultados aquí presentados no pueden generalizarse, ni siquiera pudieron generalizarse todos los datos entre este grupo de niños. La idea es que precisamente no existen generalizaciones válidas para todos los casos, cuando hablamos de síntomas neuróticos y su significado. Afortunadamente sí existen formas de "organizar" la etapas de desarrollo y los posibles problemas que ahí se presentan, lo que permitió llevar a cabo un estudio como éste.

Las hipótesis aquí presentadas sobre los casos, seguirán siéndolo porque no hubo un seguimiento terapéutico del niño y su síntoma, que nos afirmara o nos ayudara a descartar las mismas a pesar de parecer tan idóneas para cada caso. Sería importante tomar en cuenta estos datos para futuras investigaciones, en donde se haga este "acompañamiento" terapéutico. A pesar de lo anterior considero que los resultados obtenidos en esta investigación nos llevan a una línea de pensamiento que aborda el

síntoma en su forma más compleja y que arrojó datos interesantes sobre la enuresis y el vínculo madre hijo.

Por ejemplo, nos permitió desechar muchas hipótesis (tanto teóricas como técnicas) que actualmente son irrelevantes. Y aun más que deshacernos de estas consideraciones, esto nos permite ver la necesidad que existe en la clínica de buscar tratamientos rápidos y efectivos a bajo costo, por una parte, y por otra la necesidad de muchos profesionistas de entender un trastorno como un cuadro gnosológico con características definidas y que permita, por tanto, un abordaje conciso, sin más indagación.

En este estudio queda claro que no existe "el tratamiento" de la enuresis, porque tampoco podemos definir todas y cada una de las cualidades de este síntoma. Podemos describir ciertos fenómenos que se presentan de modo repetitivo y que dan pie a formulaciones teóricas. Lo que no podemos hacer es que todos los casos entren en ellas y tratarlos por igual.

Parece muy cómodo y pertinente que si se presenta una "conducta socialmente no aceptada" lo que habría que hacer es "eliminar esa conducta". Pero el costo de ello es muy caro en términos de los riesgos psicológicos que el niño corre al no ser escuchado y no permitírsele la oportunidad de arreglar los conflictos que dieron pie al síntoma. El costo en tiempo y dinero de un tratamiento analítico, profundo, que lleve al niño a asumir "su falta", sus pérdidas, "su realidad" y sus sentimientos, parece más razonable ético e idóneo que aquellos, que además de costosos, se tornan en eternos porque la madre no ve "resultados", cambia de médico, intenta cualquier cosa que se le recomiende para ayudar al niño y el síntoma, como resultado, se vuelve más complejo, se arraiga más y forma barreras que lo hacen parecer "intocable", el niño se aferra más a él de modo que "quitárselo" resulta una amenaza.

También es necesaria la labor con la madre, de modo que exista en ella una demanda hacia el terapeuta, que sea sensible ante el problema del niño y esté dispuesta a acompañarlo con su síntoma. Así como no podemos dejar de escuchar a la madre, no podemos dejar de escuchar al padre, abuelos, etc. en palabras de ella. Los mitos familiares y las transmisiones inconscientes generacionales, tienen tal impacto en las

madres y luego en los niños, que en algunos casos es el "nudo" del síntoma y basta con aclarar con el niño que se trata de una problemática que no es suya, que lo afecta, pero tiene que asumir también que los padres no son perfectos, que tienen también problemas y "una falta" que ellos tienen que elaborar.

El hablar de un niño nos lleva a indagar qué lugar tiene este niño en el inconsciente de los padres y en la dinámica familiar, y nos hace pensar en las implicaciones que no sólo la enuresis, sino cualquier síntoma tiene en el grupo familiar: cómo se forma, se mantiene, se refuerza y se evita su desaparición para evadir con ello modificar la estructura y organización familiar.

Por otra parte, no podemos olvidar todas las influencias y problemas económico-sociales de las familias. Me resultó interesante observar el alto índice de madres trabajadoras, un dato que años atrás, quizás no se hubiese presentado. Los cambios en la vida social repercuten directamente en el estilo de vida y de relación de las madres y sus hijos, lo cual no quiere decir que el hecho de que las madres trabajen es la razón de que sus hijos tengan problemas de índole psicológica. Lo que resulta importante es el tipo de relación distante, impersonal y agresiva que establecen con sus hijos en el tiempo que están con ellos. Una posible alternativa para este problema son las prácticas de orientación para padres sobre los estilos de crianza, desarrollo del niño, organización de tareas en casa, establecimiento de límites, etc. en donde se habla a los padres de elementos concretos que pueden modificarse para eliminar hábitos arraigados.

Los problemas de pareja, la depresión materna, el tiempo dedicado a ver televisión, la falta de coherencia en las normas y límites familiares y con la familia extensa, la falta de convivencia de la familia, el ambiente agresivo, poco cálido, etc. son algunos de los problemas que no es difícil encontrar en las familias mexicanas (que fueron repetitivos en este estudio). No podemos dejar de lado aquellas cosas del orden de lo "real" que tienen una influencia en el origen de trastornos de tipo emocional en los niños. Si se da una atención al niño, por más "adecuada" que sea, si se dejan de lado estos problemas, el niño no sale del ambiente que quizás generó el síntoma y el tratamiento será infructuoso.

Como se mencionaba anteriormente podríamos hablar de prevención a nivel informativo, es decir, que sea de conocimiento general que problemas como la enuresis tienen una relación con una problemática emocional (no solo del niño), y que necesita atención en ese nivel. Sin embargo, sería iluso pensar que con el establecimiento de programas informativos aunque fueran exitosos, no volveríamos a recibir un niño con enuresis en el consultorio. En primer lugar porque nadie puede "prevenir" que un niño con una problemática vincular, con una cierta estructura de personalidad, evada el dolor, o la pérdida, o "su falta", por medio de un síntoma, sino la enuresis, cualquier otro.

A pesar de lo anterior, considero necesario que el sector salud tenga programas informativos, no solo para "saber" de ciertas enfermedades que pueden padecer los niños, sino qué hacer y a dónde acudir. En este estudio, las madres llegaron al hospital psiquiátrico, después de hacer grandes recorridos por otras instituciones. El desconocimiento general sobre problemas emocionales, hace temer a las madres llevar a sus hijos a una institución de esta índole, encontrándose a veces con la oposición de la pareja, que las hace encontrarse entre la decisión de conservar sin problemas su relación de pareja y la atención especializada para su hijo. A veces el problema es de desconocimiento de las necesidades del niño y las etapas del desarrollo por las que atraviesa, y eso nos remite a el bajo nivel escolar de muchas madres en este país y la falta de cultura sobre el niño.

Hablando de otro tópico, me parece crítico que en todas las instituciones se juegan luchas por el "poder" y el "saber", los profesionistas de salud se empeñan en demostrar que "su técnica", "su corriente", o "su ideología" es la mejor aplicable o la correcta, difícilmente aceptan ver que hay más allá de su formación. Falta análisis, crítica, coherencia en la forma de tratar los trastornos infantiles.

En las escuelas también existe este problema, en este estudio se observó que los (as) profesores (as), se sienten con la capacidad y el poder para tomar el manejo de "un niño problema" en sus manos. Muchos de los niños de este estudio fueron sometidos a humillaciones, burlas y castigos, como medidas adoptadas por un profesor con sentimientos de omnipotencia, y que bien pudo hacer una excelente labor de canalización.

Es por ello que considero de suma importancia también orientar a los profesores de educación primaria sobre el tipo de problemas o dificultades que pueden detectar y canalizar a qué instituciones especializadas. Los padres asisten más fácilmente a tratamiento cuando se trata de una canalización por parte de la escuela, parecería que el éxito académico de los niños es algo que mueve mucho a los padres y se puede tomar este elemento a favor de una atención adecuada y temprana de los padecimientos infantiles.

El problema de la enuresis y los vínculos patológicos, sigue existiendo y seguirá existiendo mientras existan personas deseantes, con conflictos. Lo que aquí se discute es la existencia de profesionistas de la salud sensibles y capaces de prestar una escucha al paciente, de modo que le facilite los elementos para trabajar su problemática y asumir su realidad y su "falta", encontrando "sus" soluciones y "sus" alternativas de vida.

CAPITULO 8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A pesar de que en el capítulo anterior se plantearon algunas dificultades sobre el tema y se hicieron algunas sugerencias, en este capítulo queremos puntualizar algunos problemas encontrados durante la elaboración y aplicación de este estudio.

En primer término el espacio acondicionado para esta investigación no fué el idóneo, por la poca ventilación, lo reducido del lugar, las constantes interrupciones y la presencia de otros niños y psicólogas laborando en el mismo consultorio. Este problema parece mínimo, pero si observamos las implicaciones que tiene, nos daremos cuenta que afecta directamente el desarrollo de la entrevista, las madres pueden sentirse observada, criticadas y sin confianza para hablar del problema que las llevó ahí; por otra parte queda en entredicho la palabra de confidencialidad otorgada, es evidente que no existe la posibilidad de hacerlo en un lugar sin el dispositivo clínico adecuado para trabajar. De lo anterior podemos rescatar la posibilidad de que se establezcan horarios de psicodiagnóstico, de tal modo que el espacio quede destinado para una sola evaluación a la vez.

Otra dificultad fué el tiempo limitado que otorgó la institución para llevar a cabo el estudio, por la gran demanda de pacientes que asiste al hospital. Como consecuencia el tiempo muchas veces no fué suficiente para dar oportunidad al niño de trabajar a su propio ritmo. Por otra parte este problema se conjugó con la impuntualidad y a veces la inasistencia de las madres. A este problema es difícil encontrarle una solución concreta por las disposiciones y organizaciones establecidas en las instituciones. Sin embargo, podría servir esta experiencia para considerar la técnica psicoanalítica del establecimiento de un tiempo para cada sesión y respetar el mismo, independientemente de otras circunstancias como llamadas, juntas, etc.

En este punto entra la dificultad de que no existió una demanda hacia el servicio de psicología como tal. La canalización fué hecha por otro especialista, formando parte de los requisitos a cumplir para llevar a cabo el tratamiento en otra área del hospital. Por tanto la relación con las madres se estableció sin esta inicial y muy importante petición de ayuda. Aquí entra la habilidad clínica del médico para generar esta demanda en la madre y también en el niño para recibir apoyo.

Una limitación encontrada fué que por el largo lapso de tiempo dedicado sólo a la aplicación de las pruebas la investigación no nos permitió hacer un seguimiento de cada caso y algunas otras entrevistas que nos ayudaran a conocer y analizar mejor cada caso. Quizá ésta sería una línea de investigación a seguir en futuros estudios, en donde la investigación de cada caso sea más exhaustiva y abarque el tratamiento otorgado a los niños.

Algunos tópicos interesantes, que por los objetivos de la investigación no se ampliaron, y que a mi ver puede ser interesante analizar fueron: las diferencias dinámicas entre los niños con enuresis primaria y secundaria, las diferencias de género entre los niños enuréticos y con conductas masturbatorias, el abordaje de la historia de vida y las características de personalidad de las madres y la relación de la enuresis con rasgos de depresión.

Una última consideración es la posibilidad de hacer estudios de corte psicoanalítico con pocos casos y que aborden diferentes sintomatologías y problemáticas, porque no siempre los estudios en grandes poblaciones nos ayudan a entender cómo manejar los casos. Sería interesante contar con más investigaciones hechas en México sobre estudios de casos que hablen de los métodos de tratamiento y sus resultados.

ESQUEMA PARA ENTREVISTA FAMILIAR Y LA ANAMNESIS (LEBOVICI, 1988)

I. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS.

- 1) Los síntomas actuales y anteriores; la o las consultas anteriores.

II. COMPOSICION DE LA FAMILIA Y LAS CONDICIONES DE VIDA

- 1) Los padres y los abuelos (profesión y niveles de estudio)
- 2) Hermanos y otras personas con relaciones cercanas
- 3) Condiciones de vida de la familia (vivienda, salarios...)

III. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES EN LA VIDA DEL NIÑO.

- 1) Enfermedades e intervenciones quirúrgicas
- 2) Separaciones de los familiares (motivos, circunstancias, duración, reacciones del niño, contacto con los padres).
- 3) Acontecimientos significativos relativos al niño y a la familia (muertes, separación de los padres, divorcio...)

IV. EMBARAZO Y PARTO.

- 1) Condiciones fisiológicas y patológicas; situación del niño en el nacimiento (peso, llanto, comienzo de la lactancia..)
- 2) Condiciones psicológicas (niño deseado o no, "vivencias de la madre". etc.)

V. DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.

- 1) Desarrollo somático (desarrollo estaturó-ponderal, incidencia de enfermedades de la primera infancia).

2) Desarrollo psicomotor:

- edad de comienzo de la marcha, datos sobre etapas anteriores: sostén de la cabeza, sedestación, etc.;
- etapas ulteriores: coordinación psicomotriz compleja, destreza, etc.
- regresiones, motivos de inquietud a lo largo del desarrollo psicomotor.

3) Desarrollo del lenguaje (edad y observaciones)

- primeras vocalizaciones (balbuceo. Primeras palabras (otras que papá y mamá).
- primeras frases (dos o tres palabras empleadas juntas);
- frases completas (con relaciones y construcciones gramaticales);
- uso correcto de los pronombres (posibles fallos);
- lenguaje normal (precisar: deformaciones fonéticas, "lenguaje infantilizado");

4) Desarrollo cognitivo

VI. EVOLUCION DE LAS RELACIONES CON EL ENTORNO E INTERCAMBIOS AFECTIVOS.

1) Alimentación.

- primera lactancia: natural o artificial;
- apetito, satisfacción del bebé, ritmo sueño-alimentación, actitud de la madre;
- destete: edad. Aceptación de alimentos sólidos.
- curiosidades o resistencia frente a alimentos nuevos.
- adquisición de autonomía alimentaria: uso de cubiertos.
- limpieza. Elección de alimentos. Ritmo y duración de comidas. Conflictos con la madre.

2) Primera sonrisa intencional. Miedos frente a personas desconocidas. Tolerancia a la ausencia de la madre.

3) Sueño. Ritos a la hora de dormirse y otros rituales

4) Adquisición del control de esfínteres:

- Edad y estabilidad de las adquisiciones.
- Normas educativas
- Aceptación por parte del niño.

5) Reacciones frente a las primeras prohibiciones (especialmente frente a las ligadas a la adquisición de autonomía motriz).

6) Conducta e intereses sexuales:

- curiosidad y preguntas sobre la diferencia sexual, sobre los orígenes de los niños, conductas masturbatorias y manifestaciones de la sexualidad infantil.
- conductas sexuadas y percepción de los roles masculino y femenino.

VII. ESCOLARIDAD

- Guardería: edad de comienzo. Primeras reacciones y adaptación posterior (relaciones con la profesora);
- Historia (tipo de clases, cambios de escuela, etc.)
- Ayudas pedagógicas complementarias
- resultados escolares
- proyectos para el futuro (escolares profesionales);
- Actitudes frente al trabajo escolar (interés reacciones frente al éxito o fracaso).
- relaciones con los otros niños. Características del juego: miedo, agresividad, aislamiento, etc;
- otras particularidades del carácter que parezcan chocantes a los padres, o primeras manifestaciones de la adolescencia.

VIII. LUGAR DEL NIÑO EN LAS EXPECTATIVAS DE LOS PADRES Y EN LA DINAMICA DE LA PAREJA PARENTAL.

- Fantasías sobre el niño anteriores al nacimiento
- parecidos supuestos, satisfacción o decepción frente al sexo del niño, elección de nombre, etc.
- concepciones y actitudes educativas (posibles divergencias entre los padres)
- Preferencias e intolerancias. Lugar, papel y posición del niño en el grupo familiar.

RESULTADOS DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA

TABLA 2.2 INDICADORES DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA SEGUN EL TIPO DE FAMILIA

| TIPO DE FAMILIA | SUJETOS | INDICADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|-------------|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 5 | 6 | 7 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 16 | 17 | 21 | 24 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRADA | 1.BE | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | CL | -- | BE | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | CL | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | | | | |
| | 6.CL | -- | -- | -- | O | -- | O | -- | -- | CL | CL | CL | -- | L | L | -- | -- | -- | -- | -- | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | | | | |
| | 9.O | -- | -- | O | -- | O | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | | | |
| | 10.L | -- | -- | L | -- | -- | KD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | | |
| | 11.KD | -- | -- | KD | -- | -- | -- | -- | -- | KD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | |
| 14.JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | |
| RECONSTRUIDA | 2.AD | -- | AD | AD | AD | -- | AD | -- | AD | AD | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | |
| | 4.FB | FB | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB | FB |
| | 5.E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | |
| | 8.JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| DESINTEGRADA | 3.AS | -- | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | AS | |
| | 7.VM | -- | -- | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM | VM |
| | 12.MA | -- | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA |
| 13.I | -- | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I | |

RESULTADOS DEL TEST DE LA FAMILIA

TABLA 3.1 PLANO GRAFICO SEGUN EL TIPO DE ENURESIS

| TIPO DE ENURESIS | SUJETO | AMPLITUD AMPLIT. RESTR. | | FUERZA FUERTE FLOJO | | RITMO REPEATIT. ESPONT. | | SECTOR DE PAG. INFER SUPER CENT | | |
|------------------|--------|-------------------------|-----|---------------------|-----|-------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | | CL | --- | CL | --- | --- | CL | --- | CL | --- |
| PRIMARIA | 6.CL | CL | --- | CL | --- | --- | CL | --- | CL | --- |
| | 8.JA | --- | --- | JA | --- | --- | JA | --- | JA | JA |
| | 9.O | --- | --- | --- | O | O | --- | --- | --- | O |
| | 10.L | --- | --- | --- | L | L | --- | --- | L | L |
| | 11.KD | KD | --- | KD | --- | KD | --- | --- | KD | KD |
| | 13.I | --- | --- | --- | I | I | --- | --- | I | I |
| | 14.JAI | JAI | --- | --- | JAI | --- | JAI | --- | JAI | JAI |
| SECUNDARIA | 1.BE | BE | --- | BE | --- | BE | --- | --- | BE | BE |
| | 2.AD | --- | AD | AD | AD | AD | --- | AD | AD | AD |
| | 3.AS | --- | AS | AS | --- | AS | --- | AS | --- | AS |
| | 4.FB | --- | FB | FB | --- | --- | FB | FB | --- | FB |
| | 5.E | --- | E | --- | E | E | --- | E | --- | E |
| | 7.VM | --- | VM | VM | --- | VM | --- | VM | --- | VM |
| | 12.MA | --- | MA | MA | --- | --- | MA | MA | --- | MA |

TABLA 3.2 TEST DE LA FAMILIA, PLANO GRAFICO
SEGUN EL TIPO DE FAMILIA

| TIPO DE FAMILIA | SUJETO | AMPLITUD | | FUERZA | | RITMO | | SECTOR DE PAG. | | |
|-----------------|--------|------------------|------------------|--------|-------|----------|---------|----------------|---------|-----|
| | | AMPLITUDESTRICC. | AMPLITUDESTRICC. | FUERTE | FLOJO | REPETIT. | ESPONT. | INF | SUP CEN | |
| INTEGRADA | 1.BE | --- | --- | BE | --- | BE | --- | --- | BE | BE |
| | 6CL | --- | --- | CL | --- | --- | CL | --- | CL | --- |
| | 9.O | --- | --- | --- | O | O | --- | --- | --- | O |
| | 10.L | --- | --- | --- | L | L | --- | --- | L | L |
| | 11.KD | --- | --- | --- | KD | KD | --- | --- | KD | KD |
| | 14.JAL | --- | --- | --- | JAI | JAI | --- | --- | JAI | JAI |
| RECONSTRUIDA | 2.AD. | --- | --- | --- | AD | AD | --- | --- | AD | AD |
| | 5.E. | --- | --- | --- | E | E | --- | --- | E | E |
| | 8.JA | --- | --- | --- | JA | --- | --- | --- | JA | JA |
| | 4.FB | --- | --- | --- | FB | --- | --- | --- | FB | FB |
| DESINTEGRADA | 3.AS | --- | --- | --- | AS | AS | --- | --- | AS | AS |
| | 7.VM | --- | --- | --- | VM | VM | --- | --- | VM | VM |
| | 12.MA | --- | --- | --- | MA | MA | --- | --- | MA | MA |
| | 13.I | --- | --- | --- | I | I | --- | --- | I | I |
| | | | | | | | | | | |

TABLA 3.3. TEST DE LA FAMILIA, PLANO ESTRUCTURAS FORMALES
SEGUN EL TIPO DE ENURESIS

| ESTRUCTURAS FORMALES | DATOS ENCONTRADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------|----|---|---|----|---|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| CARACTER | a) Inhibición | - | - | - | L | - | - | JAI | - | AD | AS | - | E | VM | MA |
| | b) Expansión | - | JA | - | - | - | I | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ESTRUCTURA FORMAL DEL GRUPO | a) Omitió a hermano | CL | - | O | - | - | I | JAI | - | AD | AS | - | - | - | - |
| | b) Se dibujó como bebé | - | - | - | - | KD | - | JAI | - | - | AS | FB | E | - | |
| | c) Ubicación de sí | CL | - | O | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | - Junto al padre | - | - | - | - | KD | - | - | - | - | - | FB | - | - | |
| | - Junto a madre | - | - | - | - | - | - | - | BE | AD | AS | - | E | VM | |
| | - Lejos de padres | - | JA | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| d) Borró a | - Entre los padres | - | - | - | L | - | I | JAI | - | - | - | - | - | - | |
| | - Si mismo | - | - | - | L | KD | - | - | BE | - | - | - | VM | MA | |
| | - Hermano | CL | - | O | - | - | - | - | - | AD | AS | - | E | MA | |
| | - Madre | CL | - | - | - | - | - | JAI | - | - | - | - | - | MA | |
| | - Padre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | FB | - | MA | |
| | e) Aumentó miembros | - | - | - | L | - | I | - | BE | - | - | - | - | VM | |
| INTERACCION ENTRE LOS MIEMBROS | a) Separaciones, tristeza | CL | JA | O | L | - | - | - | BE | - | - | FB | - | MA | |
| | b) Regaños, prohibición | CL | JA | O | - | - | - | JAI | BE | AD | AS | - | E | - | |
| | c) Castigos, golpes | CL | JA | O | L | KD | - | - | BE | AD | - | FB | E | VM | |
| | d) Preferencias, celos | - | - | O | L | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | e) Trabajo, deber | - | - | - | - | - | - | JAI | - | - | - | - | E | - | |
| | f) Felicidad, diversión | - | JA | - | - | - | I | - | - | - | - | - | - | - | |

TABLA 3.4 TEST DE LA FAMILIA, PLANO DE ESTRUCTURAS FORMALES SEGUN EL TIPO DE FAMILIA

| PLANO ESTRUCTURAS FORMALES | DATOS ENCONTRADOS | FAMILIA INTEGRADA | | | | | | FAMILIA RECONSTRUIDA | | | FAMILIA DESINTEGRADA | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------|----|---|----|-----|-----|----------------------|---|----|----------------------|----|----|----|---|
| | | BE | CL | O | L | KD | JAI | AD | E | JA | FB | AS | VM | MA | I |
| CARACTER | a) Inhibición b) Expansión | - | - | - | L | - | JAI | AD | E | - | - | AS | VM | MA | - |
| ESTRUCTURA FORMAL DEL GRUPO | a) Omitió a sí mismo | - | - | - | - | - | JAI | - | - | - | - | - | - | - | I |
| | b) Omitió a hermano | - | CL | O | - | - | JAI | AD | E | - | FB | AS | - | - | - |
| | c) Se dibujó como bebé | - | - | - | - | KD | JAI | AD | E | - | - | - | - | - | - |
| | d) Ubicación de sí | - | CL | O | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | - Junto al padre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | - Junto a madre | BE | - | - | - | - | - | AD | E | JA | - | AS | VM | MA | - |
| - Lejos de padres | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| - Entre los padres | - | - | - | L | - | JAI | - | - | - | - | - | - | - | I | |
| e) Borró a | - Si mismo | BE | - | - | L | KD | - | - | - | - | - | - | VM | MA | - |
| - Hermano | - | - | CL | O | - | - | - | AD | E | - | - | AS | - | MA | - |
| - Madre | - | - | CL | - | - | - | JAI | - | - | - | - | - | - | MA | - |
| - Padre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | FB | - | - | - | MA | - |
| f) Aumentó miembros | BE | - | - | - | L | - | - | - | - | - | - | - | VM | MA | I |
| INTERACCION ENTRE LOS MIEMBROS | a) Separaciones, tristeza | BE | CL | O | L | - | - | - | E | JA | FB | - | - | MA | - |
| b) Regaños, prohibición | BE | CL | O | - | - | - | JAI | AD | E | JA | - | AS | - | - | - |
| c) Castigos, golpes | BE | CL | O | L | KD | - | - | AD | E | JA | FB | - | VM | - | - |
| d) Preferencias, celos | - | - | O | L | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| e) Trabajo, deber | - | - | O | - | - | - | JAI | - | E | - | - | - | - | - | - |
| f) Felicidad, diversión | - | - | - | - | - | - | - | - | - | JA | - | - | - | - | I |

TABLA 3.5 TEST DE LA FAMILIA PLANO DEL CONTENIDO
SEGUN EL TIPO DE ENURESIS

| PLANO DEL CONTENIDO | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------|----|----|----|----|-----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | I | Jal | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| <u>Negación de conflicto</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Tristeza | CL | JA | O | L | KD | I | Jal | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| b) Conflicto con madre | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | BE | AD | -- | -- | -- | -- | -- |
| c) Enojo por ser golpeado | CL | -- | -- | L | -- | -- | Jal | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- |
| d) Soledad | -- | -- | O | -- | KD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | VM | -- |
| e) Conflicto con padre | -- | JA | O | -- | -- | I | -- | -- | -- | AS | FB | -- | -- | MA |
| f) Separación padres | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| <u>Inversión de papeles</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Madre | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| b) hijo mayor | -- | -- | -- | -- | KD | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| c) Bebé | CL | JA | O | -- | -- | I | Jal | -- | AD | AS | FB | -- | -- | -- |
| d) Padre | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | -- | -- | VM | MA |
| <u>Regresión</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| CL | JA | O | L | KD | I | Jal | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| <u>Angustia ante el super-yó</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Miedo al castigo, culpa | CL | JA | O | L | KD | -- | Jal | BE | AD | -- | FB | E | -- | -- |

TABLA 3.6 TEST DE LA FAMILIA PLANO DEL CONTENIDO
SEGUN EL TIPO DE FAMILIA

| PLANO DEL CONTENIDO | FAMILIA INTEGRADA | | | | | | FAMILIA RECONSTRUIDA | | | | FAMILIA DESINTEGRADA | | | |
|----------------------------------|----------------------|----|---|----|-----|-----|-------------------------|----|----|----|-------------------------|----|----|---|
| | BE | CL | O | L | KD | JAI | AD | E | JA | FB | AS | VM | MA | I |
| <u>Negación de conflicto</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Tristeza | BE | CL | O | L | KD | JAI | AD | E | JA | FB | AS | VM | MA | I |
| b) Conflicto con madre | BE | CL | - | L | - | - | AD | - | - | - | - | - | - | - |
| c) Enojo por ser golpeado | - | CL | - | L | - | - | AD | - | - | - | - | - | - | - |
| d) Soledad | - | - | O | - | KD | JAI | - | - | - | - | - | - | - | - |
| e) Conflicto con padre | - | - | O | - | - | - | - | - | JA | - | - | VM | - | - |
| f) Separación padres | - | - | - | - | - | - | - | - | - | FB | AS | - | MA | I |
| <u>Inversión de papeles</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Madre | BE | CL | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| b) hijo mayor | - | - | - | - | KD | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| c) Bebé | - | CL | O | - | - | JAI | AD | - | JA | FB | AS | - | - | I |
| d) Padre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | AS | VM | MA | - |
| <u>Regresión</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| BE | CL | O | L | KD | JAI | AD | E | JA | FB | AS | VM | MA | I | |
| <u>Angustia ante el super-yó</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Miedo al castigo, culpa | BE | CL | O | L | KD | JAI | AD | E | JA | FB | - | - | - | - |

RESULTADO DE ENTREVISTAS

TABLA 4.1 DATOS SIGNIFICATIVOS DE LOS PERIODOS PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL (EMBARAZO, PARTO Y PRIMER MES DE VIDA)

| RUBROS ANALIZADOS | DATOS ENCONTRADOS | | | | | | | | | | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. Estado general de la madre durante el embarazo | a) Problemas físicos y/o amenaza de aborto | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | L | KD | I | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | L | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | L | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | b) La madre se describe triste o deprimida | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | c) Problemas de pareja o con la fam. nuclear | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | d) Dificultades con la familia extensa | -- | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | e) Dificultades económicas | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | f) No atención médica de embarazo o parto | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 2. Eventos, durante el parto y el periodo postnatal | a) Sufrimiento fetal | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | b) Depresión postparto | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | c) El niño nació con alguna enfermedad | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | d) La pareja se separó en este periodo | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| 3. Expectativas de los padres frente a la paternidad y ante el hijo por nacer | a) No fue planeado el embarazo | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | b) Rechazo del embarazo/ intento abortar | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | c) No había expectativas a futuro del niño | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | d) Marcada preferencia por algún sexo | CL | -- | O | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | O | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | O | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | e) La elección del nombre estuvo determinada por las expectativas a futuro | -- | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | f) Esperanza de que el niño cambiaría algo | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | g) Miedo a que quitara el cariño del padre | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | a) Rechazo | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| 4. Reacción de la madre ante el hijo real | b) Alegría, entusiasmo | CL | JA | O | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | O | L | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | O | L | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | c) Sobreprotección | -- | JA | O | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | JA | O | L | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | JA | O | L | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | d) Resignación, indiferencia | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | e) Desilusión por sus características | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | f) Miedo y/o preocupación | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| | a) Rechazo | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |

TABLA .4.2 EVENTOS SIGNIFICATIVOS DURANTE LOS PRIMEROS 6 AÑOS DE VIDA DEL NIÑO

| RUBROS ANALIZADOS | DATOS ENCONTRADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | |
|--|--|-------------------|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. Enfermedad (diferente a la enuresis) y/o accidentes | a) Enfermedad crónica, neurológ. | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA |
| | b) Enfermedades respir. o digest. | -- | -- | -- | L | -- | I | -- | BE | -- | AS | -- | -- | -- | -- |
| | c) lenguaje audit. aprendiz. motor | CL | -- | -- | L | KD | -- | -- | BE | -- | -- | -- | E | -- | -- |
| | d) Quemadura traumatismo herida | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | VM |
| | e) El niño requirió internamiento, alguna vez durante este periodo | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | BE | -- | AS | -- | -- | -- | MA |
| 2. Nacimiento de hermano | a) Cuando el niño tenía de 1-3 a. | -- | -- | O | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | E | -- | -- |
| | b) Cuando el niño tenía de 3-6 a | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | VM | MA |
| | c) Cuando el niño tenía 6 en adel. | -- | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 3. Muerte de algún familiar cercano | a) Padre | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | VM | -- |
| | b) Hermano | -- | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | c) Abuelo | -- | -- | O | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 4. Separación de la madre | a) Por divorcio de los padres | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | FB | -- | -- | -- |
| | b) Crianza alternada entre madre, abuela u otro familiar | -- | JA | -- | -- | KD | -- | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | c) Enfermedad del niño o madre | CL | -- | -- | L | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA |
| 5. Separación de familiar, que vivía con el niño. | a) Padre | CL | JA | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | E | VM | MA |
| | b) Hermano | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | c) Abuelo | -- | -- | -- | -- | KD | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | MA |

TABLA 4.3 CARACTERISTICAS DE LOS CUIDADOS MATERNOS Y FORMAS DE RELACION

| RUBROS ANALIZADOS | DATOS ENCONTRADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |
| 1. Primer año de vida del niño | a) La madre no lactó al niño | CL | -- | -- | -- | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | FB | -- | -- | -- | |
| | b) Niño cuidado por niñeras | -- | -- | -- | -- | I | -- | -- | -- | AS | -- | -- | -- | -- | -- | |
| | c) La madre describe el primer año como problemático | CL | -- | -- | L | KD | I | -- | BE | -- | AS | -- | -- | VM | MA | |
| | d) La madre padece enfermedad que le dificultó maternaje el niño | -- | -- | -- | L | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | e) Guardería o diversas escuelas | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | FB | -- | -- | -- | MA |
| 2. Castigos y premios | a) Castigos ejercidos por la madre | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | -- | -- | MA | |
| | b) Agresiones físicas y/o verbales | CL | -- | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | -- | -- | E | VM | MA | |
| | c) No premio a buenas conductas | -- | JA | -- | L | -- | I | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | MA |
| | d) Castigo por familiares | -- | -- | -- | -- | KD | -- | -- | -- | AD | AS | -- | E | VM | MA | |
| 3. Características de la relación | a) La madre no juega con el niño | -- | -- | -- | L | -- | -- | JAI | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA | |
| | b) No ayuda al niño con tareas | -- | -- | -- | L | -- | I | -- | -- | -- | -- | -- | -- | VM | -- | |
| | c) Madre se dice "sobreprotectora" | -- | JA | O | -- | KD | -- | JAI | BE | -- | AS | FB | -- | -- | MA | |
| | d) El niño no ve a su madre todos los días | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | -- | -- | -- | -- | |
| | e) La madre trabaja medio día | -- | -- | -- | -- | -- | I | -- | BE | -- | AS | -- | E | -- | MA | |
| | f) El niño platica con la madre | -- | JA | -- | -- | KD | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA | |
| | g) Se relacionan con agresiones | CL | -- | -- | L | -- | I | -- | -- | AD | -- | -- | -- | VM | -- | |
| | h) Madre se dice "intolerante" | CL | -- | -- | L | KD | I | JAI | BE | AD | -- | -- | E | VM | MA | |
| | i) Madre se dice "deprimida" | -- | -- | -- | L | -- | I | JAI | BE | -- | AS | -- | -- | VM | MA | |
| | j) Dificultad en establecer límites | CL | -- | -- | L | KD | I | -- | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA | |

TABLA 4.4 CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

| DATOS ANALIZADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | | |
|--|-------------------|----|----|---|----|---------------------|-----|----|----|----|----|---|-----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. Timidez, introversión, pasividad, dificultades para socializar cuando está lejos de la madre | - | - | O | L | - | - | JAI | BE | AD | AS | FB | E | - | MA |
| 2. Inquieto, agresivo, desobediente, opositorista | CL | - | - | L | KD | I | - | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 3. La madre o describe dependiente de ella: el niño quiere que la madre se haga cargo de sus cosas | - | - | O | L | - | I | JAI | BE | AD | AS | FB | - | VM | MA |
| 4. Muestra miedo y/o llanto al separarse de la madre | - | - | O | L | - | - | - | BE | - | AS | FB | - | - | MA |
| 5. "Nervioso", le sudan las manos, se come las uñas, tiene pesadillas bruxismo y/o terrores nocturnos. | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | - | MA |
| 6. La madre lo describe berrinchudo, enojón, pelea cuando juega con pares, intolerancia a reglas | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | - | AS | FB | - | - | - |
| 7. Triste, solitario, llora con facilidad, baja autoestima, prefiere jugar solo, habla solo y/o distraído. | CL | - | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | - | MA |
| 8. Actitudes regresivas: habla puerilmente, quiere que la madre lo cargue, lo lleve al baño o duerma con él; se chupa el dedo. | - | - | - | L | KD | I | JAI | BE | - | AS | FB | E | - | MA |
| 9. Otros síntomas: a) quema cosas b) dice que quiere morir, ha intentado dañarse c) bajo rendimiento escolar, d) al llorar deja de respirar, e) come o duerme mal f) miedo al agua, obscuridad, o estar solo | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| | cf | ce | be | c | c | ab | c | c | cd | ce | cf | c | bcf | c |

TABLA 4.5 OBSERVACIONES DURANTE LAS ENTREVISTAS Y SESIONES DE PSICODIAGNOSTICO

| DATOS ANALIZADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | |
|---|-------------------|----|---|---|----|---|-----|---------------------|----|----|----|---|----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | Y | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. El niño tiene dificultades para separarse de su madre: llora, no coopera y/o se molesto o ansioso al salir ella. | - | - | O | L | - | - | JAI | BE | - | AS | FB | - | - | MA |
| 2. EL niño muestra actitudes regresivas reforzadas o permitidas por la madre. | CL | - | - | L | KD | I | JAI | BE | - | AS | FB | - | - | MA |
| 3. El niño obedece límites, interactúa y trabaja más fácilmente, en ausencia de la madre | CL | - | - | L | KD | I | JAI | - | AD | - | - | - | VM | - |
| 4. El niño se muestra inquieto, disruptivo, toma objetos, sin que la madre intervenga. | CL | - | - | - | KD | I | - | BE | - | AS | FB | - | VM | MA |
| 5. La madre se relaciona con el niño por medio de agresiones físicas y/o verbales | - | - | - | - | - | I | - | - | AD | - | - | - | - | - |
| 6. La madre se muestra indiferente y/o molesta por asistir a consulta, minimiza el problema, es poco cooperadora. | CL | JA | - | L | - | - | - | - | - | - | - | E | VM | MA |
| 7. La madre se muestra preocupada, ansiosa y/o con llanto | - | - | O | - | KD | I | JAI | BE | - | AS | - | - | VM | - |

TABLA 4.6 MOTIVO DE CONSULTA

| DATOS ANALIZADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------|--------|----------|-----------|---------------------|-----------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|---------|
| | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. La madre expone como motivo la enuresis (o como uno de los motivos) | -- | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | -- | FB | E | VM | -- |
| 2. La madre no mencionó la enuresis como motivo de consulta. | CL | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | -- | -- | -- | MA |
| 3. Como otro motivo de consulta se mencionó dificultad para relacionarse con la madre: miedo a separarse, no la obedece, la reta y/o la agrede | CL | -- | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | -- |
| 4. La consulta no fué iniciativa de la madre (canalizaron al niño de la escuela u otra institución) | -- | -- | -- | L | KD | I | -- | BE | AD | AS | -- | -- | -- | MA |
| 5. Demanda de la madre. a) Que el niño obedezca b) Que deje de orinarse c) Apoyo emocional para ella d) Ayuda para que el niño crezca sano física y emocionalmente e) Que la institución resuelva el problema del niño sin tener que participar o involucrarse. | CL ae | JA bde | O d | L abe | KD bce | I abc d | JAI abc e | BE abd | AD abc | AS de | FB abe | E abe | VM abc | MA a |

TABLA 4.7 ENTRENAMIENTO DEL CONTROL DE ESFINTERES

| DATOS ANALIZADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | |
|---|-------------------|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. Entrenamiento aplicado por alguien distinto a la madre | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- |
| 2. El entrenamiento fué inconsistente | CL | -- | -- | L | KD | I | JAI | -- | AD | -- | -- | -- | -- | MA |
| 3. Inicio de entrenamiento temprano (antes del año) | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- |
| 4. El niño tuvo dificultades para aprender el control diurno (berrinches, llanto, oposicionismo, etc.) | CL | JA | -- | L | KD | I | JAI | BE | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 5. Problemas durante el entrenamiento: (madre rígida o sobreprotectora, agresiones físicas o verbales, métodos punitivos) | -- | -- | -- | -- | -- | -- | JAI | BE | -- | -- | -- | -- | VM | -- |
| 6. La madre dejó al niño aprender por sí solo (fué mínima su participación) | CL | JA | -- | L | KD | I | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- | -- |

TABLA 4.8 CARACTERISTICAS DE LA ENURESIS

| RUBROS ANALIZADOS | DATOS ENCONTRADOS | | | ENURESIS PRIMARIA | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | |
|--|-------------------|----|----|-------------------|----|----|-----|---------------------|----|----|----|----|----|----|
| | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1- Tipo de enuresis al momento de la consulta | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | E | -- | -- |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | -- | -- | VM | -- |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | AD | -- | FB | -- | -- | MA |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | -- | -- | -- |
| | -- | -- | O | -- | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 2. Antecedentes familiares | CL | -- | O | -- | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | CL | -- | -- | L | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| | CL | -- | O | -- | -- | -- | JAI | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 3. Dificultades en el manejo del sintoma, (medidas aplicadas por la familia) | CL | -- | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | -- | FB | E | VM | MA |
| | -- | -- | -- | L | KD | I | -- | -- | AD | -- | -- | E | -- | -- |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | AS | -- | -- | VM | -- |
| | CL | -- | -- | L | KD | I | JAI | -- | AD | AS | -- | E | -- | MA |
| | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA |
| | -- | JA | O | -- | -- | -- | JAI | BE | AD | -- | -- | -- | -- | -- |
| 4. Características ante las que se presenta el sintoma | CL | -- | O | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | -- | -- | MA |
| | CL | -- | O | -- | -- | -- | -- | BE | -- | -- | -- | -- | -- | MA |
| | -- | -- | O | L | KD | I | JAI | BE | -- | AS | FB | -- | -- | MA |
| 5. Anterior tratamiento de la enuresis | -- | JA | -- | L | KD | -- | -- | BE | -- | -- | FB | -- | -- | -- |
| 6. Actual tratamiento médico (farmacológico) | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 7. Otros datos sobre el sintoma | -- | -- | -- | L | KD | I | -- | BE | AD | AS | -- | -- | -- | MA |
| | CL | -- | -- | -- | KD | -- | -- | BE | AD | AS | FB | -- | -- | -- |

TABLA 4.9 SUCESOS QUE MUESTRAN RELACION TEMPORAL CON LA APARICION DEL SINTOMA

| RUBROS ANALIZADOS | DATOS ENCONTRADOS | ENURESIS PRIMARIA | | | | | | ENURESIS SECUNDARIA | | | | | | | |
|---|---|-------------------|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | | CL | JA | O | L | KD | I | JAI | BE | AD | AS | FB | E | VM | MA |
| 1. Nacimiento de un hermano | | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | FB | -- | -- | MA |
| 2. Dificultades familiares | | -- | -- | -- | -- | KD | I | -- | -- | AD | AS | -- | -- | -- | MA |
| 3. Pérdidas afectivas | a) Separación de los padres b) Muerte de un familiar | -- | -- | -- | -- | -- | I | -- | -- | -- | AS | FB | E | -- | MA |
| 4. Cambios en el entorno | a) Ingreso a la escuela b) Cambio de casa | -- | -- | -- | -- | -- | KD | -- | -- | BE | -- | -- | E | -- | MA |
| 5. Dificultades en la relación madre-hijo | a) Enfermedad física de la madre b) Otra persona continuó el entrenamiento de esfínteres | -- | -- | -- | L | -- | I | -- | -- | -- | AD | -- | -- | -- | -- |
| 6. Desaparición del síntoma | a) Disminución o desaparición del síntoma después de las sesiones. | -- | -- | O | -- | -- | I | JAI | BE | AD | AS | -- | -- | VM | MA |

ANEXO 5

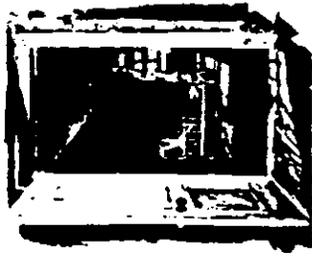
LAMINAS DEL CAT-A USADAS EN ESTA INVESTIGACION



4



6



8



10

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. de. (1983). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Altmann de L. M. (1991). En el hiato entre el cuerpo enfermo y el cuerpo erógeno. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. 74, 211-227.
- Altmann de L.M. et al. (1993). El valor de la canción de cuna: entre la organización psicósomática de la madre y la organización psicósomática del bebé. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. 77,39-56.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión revisada. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Beardslee, W. y MacMillan, H.L. (1993). Preventive intervention with thw children of depressed parents: A case study. Psicoanalytic study of the child. 48, 249-276.
- Behrman R. y Vaughan V. (1989). Tratado de pediatría Nelson. México: Interamericana-Mac Graw Hill, 13a edición.
- Békei, M. (1984). Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. Argentina: Nueva visión.
- Békei, M. (1991). Lecturas de lo psicósomático. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Békei, M. (1992). Coincidencias y contradicciones en las teorías psicoanalíticas sobre la psicósomatosis. Revista de psicoanálisis. May-Ago 44, 3-4, 543-553.
- Bellak, L. (1990). T.A.T, C.A.T y S.A.T. uso clínico. México: El Manual Moderno, Segunda Edición.
- Bender, L. (1994) Test guesáltico visomotor. Usos y aplicaciones clínicas. México: Paidós
- Bowlby, J. (1972). Cuidado maternal y amor. México: Fondo de cultura económica.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida. España: Morata
- Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.

- Butler, R. The Maternal Tolerance Scale and nocturnal enuresis in child. Behavior research and therapy. 1993, 31, 4, 433-436.
- Calef, V. et al. (1980). Enuresis: a functional equivalent of a fetish. International Journal of Psycho-Analysis. 61, 3, 295-305.
- Campo, J.V. y Fritsch S.L. (1994). Somatization in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 33, 9, 1223-1233.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1991). La violencia de la interpretación. Argentina: Amorroutu.
- Carlson, N. (1993). Fisiología de la conducta. México: C.E.C.S.A. Edición especial Tomo 3 Cap. 14 U.N.A.M.
- Craig, G. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Corman, L. (1967). Test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires: Kapeluz
- Corsi, M. (1983). Psicofisiología del Sueño. México: Trillas.
- Díaz, R.; Varela, R. y Villegas E. (1993). Test de Bender. Programa de publicaciones de material didáctico. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Didier, J. D. (1972). La enuresis. Formación de hábitos higiénicos en los niños. Buenos Aires, Argentina: El ateneo.
- Doltó, F. (1985). Psicoanálisis y pediatría. México: Siglo XXI
- Doltó, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona-México: Paidós
- Duhrsen, A. (1966). Psicoterapia de niños y adolescentes. México: Fondo de cultura económica.
- English, H.B. y English, A. Ch. (1977). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

- Epstein, L. (1994) "Child and parent factors that influence psychological problems in obese children" International Journal of Eating Disorders, Mar. 15, 2, 151-158.
- Escamilla, C. L. (1989). Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres de hijos con dermatitis atópica. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, U.N.A.M.
- Escobar M.E. (1981) Articulación del discurso materno en el síntoma. Tesis de maestría. Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Esman, A. (1981). A. E. Esman on Enuresis: A functional equivalent of a fetish. International Journal of Psycho-Analysis. 62, 3, 372-373.
- Esquivel, F.; Heredia, C. y Lucio, E. (1994). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: El Manual Moderno.
- Ferreiro, M.D. et al. (1990). Psicoterapias de grupos infantiles: la madre co-terapeuta. Clínica y Análisis grupal. May-aug, 12, 2, 291-313.
- Fisher B.E. (1993). Junior Eysenck Personality Questionnaire Neuroticism, depressive symptoms and sleep disturbance in elementary school age children. Personality and individual differences. 15, 2, 233-235.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. V.7, 1-108. Obras Completas. Argentina: Amorrortu
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. V.7, 109-190. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1908). Carácter y erotismo anal. V.9, 149-158. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1908). Sobre las teorías sexuales infantiles. V.9, 183-202. Obras Completas. Argentina: Amorrortu
- Freud, S. (1917). El sentido de los síntomas. 17a conferencia. V.16, 235-249. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu

- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil, parte VII. Erotismo anal y complejo de castración. V.17, 67-81. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). La organización genital infantil: una interpolación en la teoría de la sexualidad. V.19, 141-150. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. v.19, 177-188. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1932). Sobre la conquista del fuego. V.22, 169-178. Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Friman, P. (1990). Nocturnal enuresis: a prevalent, persistent, yet curable parasomnia. Pediatrician. 17, 1, 38-45.
- Gijon V.P. y Peral G.M. (1992). Trastornos del vínculo. Salud mental
- Godoy, C. (1991). Estudio empirico de la enuresis: clínica y personalidad. Actas Luso españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines. 19 (4) 201-209.
- Goodman, S. et al. (1994). Mothers' Expressed Attitudes: Associations with Maternal Depression and Children's Self-Esteem and Psychopathology. Child and adolescent psychiatry. 33, 9, 1265-1273.
- Goodyer, I.M. y cols. (1993). Depression in 11-16-year-old-girls: the role of past parental psychopathology and exposure to recent life events. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines. 34 (7) 1103-1115.
- Gutton, P. (1983). El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas. Argentina: Amorrortu.
- Hargan, A. (1992). Children of parents with affective disorders: The role of an ill mother or an ill father. European Journal of Psychiatry. 6, 2, 74-87.
- Haynal A. y Pasini W. (1984). Manual de medicina psicosomática. Barcelona-México: Masson.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1987). Compendio de psiquiatría. México: Salvat 2a edición.

- Kreisler, L.; Fain, M. y Soulé, M. (1974). El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia. Buenos Aires-Argentina: Amorrortu.
- La planche, J. y Pontalis, J.B. (1993). Diccionario de psicoanálisis. España: Labor.
- Lebovici, S.; Diatkine, R. y Soulé, M. (1988). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo II y IV. Madrid- España: Biblioteca nueva.
- Linna, S.L. (1991). Prevalence of psychosomatic symptoms in children. Psychotherapy and psychosomatics. 56, 1-2, 85-87.
- Lluís, J.M. (1993). Enuresis nocturna: su relación con otros trastornos. Anuario de psicología 58, 105-118.
- Londen, A. van et al. (1993). Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 2 1/2 year follow-up. Behavior Research and Therapy. 31, 6, 613-615.
- López, G. y Miranda, R. (1992). Influencia intergeneracional de la familia en la sintomatología. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología U.N.A.M.
- Mannoni, M. (1976). El niño su enfermedad y los otros. Buenos Aires: Nueva visión.
- Martínez, C. E. y Mendoza, B. (1993). La importancia de la interacción madre-hijo en el desarrollo afectivo del niño en edad preescolar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Odontología, U.N.A.M.
- Martínez-Taboas A. y Francia-Martínez M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: revisión de estudios controlados. Revista Latinoamericana de Psicología. 24, 3, 237-258.
- Mejía, S.M.E. y Pérez, G.V. (1988). Enuresis: estudio de casos y sus implicaciones psicodinámicas. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología U.N.A.M.
- Michaca, P. (1986). Desarrollo de la personalidad. Teorías de las relaciones de objeto. México: Pax.
- Miller, K. (1993). Concomitant nonpharmacologic therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis. Clinical Pediatrics. Jul., 32-37

- Mishne, J. (1993). Primary nocturnal enuresis: A psychodynamic clinical perspective. Child and Adolescent Social Work Journal. Dec., 10, 6, 469-495.
- Mitchell, S.A. (1993). Concepciones relacionales en psicoanálisis. México: Siglo veintiuno.
- Morales, M.L. (1993). Escala de inteligencia Wechsler para niños WISC. Programa de publicaciones de material didáctico. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morris, M. (1991). Aproximación psicoanalítica y literaria acerca de los conflictos femeninos relativos a la maternidad. Revista de psicoanálisis. Mar-Abril, 48, 2, 369-387.
- Nasio, J.D. (1989). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Buenos Aires: Gedisa.
- Noshpitz, J. (1979). Basic handbook of child psychiatry. New York: Basic Books, inc., Publishers. Tomo II Parte C Cap. 28.
- Noyes y Kolb, L. (1977). Psiquiatría clínica moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Pacheco C. (1988). Depresión, retraimiento, angustia, culpa y rechazo en el niño con enuresis. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. U.N.A.M.
- Padilla, M.M. de la L. (1991). Relaciones interpersonales madre-hijo cuando la figura del padre está ausente. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Poussin, G. (1995). La entrevista clínica. México: Limusa
- Radke-Yarrow, M. et al. (1993). Young children of affectively ill parents: A longitudinal Study of Psychosocial Development. Annual Progress in Child Psychiatry and Development. 191-212.
- Rafful, J. S. (1987). El discurso de la madre y el síntoma del niño. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.

- Reca, T. (1971). Problemas psicopatológicos en Pediatría. Argentina: EUDEBA
- Rodulfo, R. (1988). El niño y el significante. México: Paidós.
- Sperling, M. (1993). Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. Argentina: Lumen-Hormé
- Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de cultura económica.
- Stern, D. (1978). La primera relación: madre-hijo. España: Morata.
- Tamminen, T.M. y Salmelin, R.K. (1991). Psychosomatic Interaction between Mother and Infant during Breast Feeding. Psychotherapy and Psychosomatics, 56, 78-84.
- Target, M. y Fonagy, P. (1994). Efficacy of Pichoanálisis for children with emocional disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 33, 3, 361-371.
- Tortora, G. y Anagnostakos, N. (1984). Principios de Anatomía y Fisiología. México: Harla 3a edición.
- Vigueras, A.S.E. (1983). Enuresis: una revisión histórico teórico de su explicación y tratamiento. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología U.N.A.M.
- Watillon, N.A. (1992). Alice or the vicissitudes of the mother-daughter relationship. International Review of Psicho-Analysis. Sum., 19, 2, 209-216.
- Winestine, M. (1989). To know or not to know: some observations on women's reactions to the availability of parental knowledge of their babies' sex. Journal of the American Psychoanalytic Association, 37, 4, 1015-1030.
- Winnicott, D. W. (1975). El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1979). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia.
- Winnicott, D.W. (1982). Realidad y juego. Argentina: Gedisa. 3a edición.

Winnicott, D. W. (1984). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Horme.

Winnicott, D.W. (1986). El niño y el mundo externo. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Wolff, Sula (1977). Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamientos. México: Siglo veintituno. 9a edición.

Wolman, B. (1971). Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Barcelona: Martínez Roca.

Wolman B. y Stricher G. (1993). Trastornos depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento. Ancora: Barcelona.

Yuferá R. de Fariña M. del P. (1989). Soledad: Una niña blanca se esconde en un cuerpo somático. Revista de psicoanálisis.