



Gola, Carmen



Enuresis: Un estudio psicológico

Revista de Psicología

1973, vol. 6, p. 51-70.

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica editada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

www.memoria.fahce.unlp.edu.ar

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar

Cita sugerida

Gola, C. (1973) *Enuresis: Un estudio psicológico*. [En línea] *Revista de Psicología*, 6, p. 51-70. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3188/pr.3188.pdf

Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>.

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>.

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

ENURESIS: UN ESTUDIO PSICOLÓGICO

Psic. Carmen Gola

La presente investigación se realizó mediante una beca de iniciación en la investigación otorgada por la Comisión de Investigación Científica de la Universidad de La Plata, durante los años 1969 y 1970.- La dirección estuvo a cargo de los Dres. Bernardo Arensburg (ex-profesor adjunto de Psicología Clínica de la Univ. Nac. de Bs. As.) y Emilio Dupetit (profesor titular de Psicología Profunda de la Univ. Nac. de La Plata), a quienes agradezco profundamente su interés y orientación.

Comisión de Investigación Científica de la Universidad Nacional de La Plata

INTRODUCCION

Muchos artículos tratan la enuresis, observándose que no existe un criterio uniforme para su consideración. Según se asume como factores predominantes en su etiología los aspectos orgánicos o los psicológicos, se arriban a conclusiones parciales que frecuentemente surgen de hipótesis parciales.

En este estudio se intentó realizar un examen integral del niño enurético que incluye tanto los componentes orgánicos como psicológicos. No obstante, fue de especial interés poder llegar a aislar la constelación psicológica que facilite la aparición del síntoma, esto es, la delimitación del interjuego de actitudes niño-padres, que ya han sido señaladas en algunos trabajos. En este sentido resultó particularmente orientadora la descripción de Winicott D. W. ⁽¹⁾ sobre lo que llama desorden psicológico, al expresar que este siempre "puede describirse en términos del desarrollo emocional ya sea demorado o distorsionado, o impedido de alcanzar la madurez esperada" de acuerdo con la edad del niño. Expresa también que "el niño necesita del síntoma debido a alguna dificultad en su desarrollo emocional".

Desde un punto de vista descriptivo existe un acuerdo en numerosos autores en cuanto a que la enuresis se acompaña de una micción normal, nocturna, inconsciente e involuntaria en donde no hay lesión del aparato urinario. Spurgeon English y Pearson ⁽²⁾ la definen como una perturbación del control voluntario del esfínter uretral en donde el examen urinario no revela perturbaciones químicas. Kanner L. ⁽³⁾ dice que es una emisión involuntaria de orina en niños mayores de tres años sin que la misma se relacione con algún desarreglo anatómico, inflamatorio o neuropatológico. También Hallgren B. ⁽⁴⁾ define la enuresis como "una micción involuntaria, repetida, después del cuarto año de vida que no puede ser atribuida a ninguna lesión orgánica". Para Soule M. y N. ⁽⁵⁾ la

enuresis "es una afección que no revela la existencia de una enfermedad orgánica, en la que están implicados tanto los factores psíquicos como la base funcional que los pueda facilitar".

No existe el mismo acuerdo al ahondar en la explicación de la enuresis. Los autores que se incluyen en la corriente de psicología dinámica o psicoanálisis, atribuyen al síntoma una significación particular siendo el niño inconsciente de la misma y sintiéndolo como algo extraño a su persona. El grado de consciencia varía frecuentemente, según los casos. La enuresis se convierte así en una conducta psicológica, que se integra a la personalidad y es una respuesta a las circunstancias exteriores. Es así un síntoma psiconeurótico que debe ser estudiado como una reacción a un cierto estado de cosas y al mismo tiempo un lenguaje (protesta, miedo, etcétera). De un modo general se considera que el niño necesita del síntoma, necesitándose así una investigación completa de su desarrollo emocional, personal y de su relación con el medio ⁽¹⁾. Tanto las hipótesis como la metodología de este estudio, así como algunos datos obtenidos a través de nuestros casos justificaron este último punto de partida.

GENERALIDADES

Las cifras estadísticas nos señalan que la frecuencia del síntoma varía según cuál sea el medio censado: consultas pediátricas, psiquiátricas o urológicas. Varía también según cuál sea el tipo de población estudiada: niños internos en institutos (se sabe que en éstos hay un elevado porcentaje de enuresis con respecto a la población común), débiles mentales, etcétera. No se debe olvidar que existe un número grande de niños cuyos padres no consultan. Hallgren B. ⁽⁴⁾ considera que un 10 por ciento de niños varones de la población total padece de enuresis, alcanzando un 9 por ciento en las niñas. Mientras que ciertos autores lo elevan al 25 por ciento de las consultas pediátricas, para otros representa el 10 por ciento de las consultas neurosiquiátricas infantiles.

Se puede clasificar la enuresis, de acuerdo con su forma de presentación, en enuresis primaria y enuresis secundaria (o continua y tardía). En la primera, nunca existió el control vesical. En la segunda, surge tardíamente el descontrol luego de un periodo de control que puede darse entre los 16 meses y los 3 años (y - 4 años). Se presenta también en forma esporádica donde los episodios son raros y cortos y en forma recurrente en donde aparecen entre largos periodos libres. La primera forma es la más frecuente. Según Hallgren B. ⁽⁴⁾ representa del 75 al 80 por ciento de los casos, la segunda el 15 por ciento y los otros casos, más difíciles de clasificar, constituyen el porcentaje restante. La enuresis nocturna se da en un 65 por ciento, la nocturna y diurna combinadas en un 32 por ciento y la diurna en un 3 por ciento. Kanner L. ⁽³⁾ presenta aproximadamente las mismas cifras.

Se considera como normal el descontrol vesical hasta los 3¹/₂ - 4 años. La enuresis secundaria aparece antes de los 5 años en un 60 por ciento de casos y raramente después de los ocho. El número de enuréticos disminuye entre los 8 y los 12 años. Los niños padecen más frecuentemente enuresis que las niñas.

El desarrollo del control vesical es paralelo al de la maduración neurológica. Hay tres etapas a considerar: una medular-refleja que abarca los primeros doce meses, durante los cuales los periodos entre micción y micción se prolongan debido a que la corteza va adquiriendo mayor control sobre los distintos reflejos. En una segunda etapa, de control incipiente, comprende el lapso entre los doce y los dieciocho meses. Ya a los doce meses el sistema nervioso es capaz de asociación simple: la posición de sentado sobre la bacinilla se asocia con la micción. El niño está capacitado neurológicamente para iniciar la micción voluntariamente y aun para inhibirla. Al orinar el niño se da cuenta que se moja, pero no puede evitarlo. Puede obtenerse que el niño, al creársele un reflejo condicionado, orine en la bacinilla. Más esto no supone una actividad consciente. La tercera etapa comienza al año y medio aproximadamente. Se presenta el control voluntario: el niño puede retener voluntariamente la micción, siendo este logro psicológico y no fisiológico exclusivamente. Es en este periodo donde se puede comenzar el aprendizaje del control. Dentro de ciertos límites el niño puede elegir el momento y el lugar para orinar, pidiendo primero mediante gestos y luego por el lenguaje. Entre los dos años y los dos años y medio, debe estar casi siempre limpio de día. Debe ser consciente de sus propias necesidades fisiológicas.

El control nocturno generalmente solo se logra si ya se ha establecido el diurno. Según Kanner L. ⁽³⁾ el 10 por ciento de la población controla al año y medio, el 30 por ciento a los 18 meses, del 65 al 80 por ciento lo hace a los dos años y casi el 100 por ciento a los tres años.

Tanto la fecha de iniciación del aprendizaje como la forma en que se hace son de especial importancia. De no realizarse éstos adecuadamente, el establecimiento de la función inhibidora vesical puede retrasarse o ser perturbada. Para el niño representa el primer aprendizaje de autocontrol sobre sus impulsos primitivos, sobre el cual recibirá la aprobación o reprobación de sus padres. Si se siente querido y protegido, intentará conservar su cariño adaptando su conducta a lo que esperan de él. Si se reclama el aprendizaje en un momento anterior, con gran exigencia o ansiedad, se pueden provocar perturbaciones tal como se ha visto en algunos de los casos estudiados.

En el control nocturno intervienen procesos de maduración más complicados que los de control diurno, dado que es más difícil mantener la inhibición cortical durante el sueño que durante la vigilia. Durante el sueño hay inactividad de la corteza cerebral, descendiendo el umbral de los reflejos autónomos. Más ciertas áreas de la corteza, por

ejemplo, las que controlan funciones vegetativas, quedan en actividad pudiendo activarse por estímulos específicos y sin perderse el sueño. Algunas de esas áreas tienen como función específica la inhibición vesical. Tenemos entonces que tanto la acción conjunta de la maduración neurológica y el aprendizaje diurno determinan el control vesical.

En el niño enurético la presión intravesical se acerca o alcanza el umbral sin que las áreas inhibitoras entren en acción. Así, el niño se orina y sigue durmiendo mojado. En el niño no enurético las áreas inhibitoras actúan antes que se alcance el umbral para la micción, ésta se inhibe y al aumentar la presión vesical el sueño se hace progresivamente más liviano y el niño se despierta.

ETIOLOGIA

Considerando las causas orgánicas que a veces se relacionan con la enuresis se hace necesario diferenciar, en primer lugar, la enuresis de la incontinencia urinaria. A diferencia de la primera, la segunda responde a una lesión precisa, mecánica, nerviosa o inflamatoria ⁽⁵⁾. Mientras que el niño enurético siente perfectamente la necesidad de orinar, el niño incontinente asiste pasivamente a la emisión de orina, no pudiendo retenerla. Esta consideración resulta interesante al enfrentarse con la enuresis diurna adquirida, o con la enuresis nocturna y diurna, en donde se pueden presentar dudas sobre su relación con causas orgánicas. Para Soule M. y N. ⁽⁵⁾ no surgen problemas en el diagnóstico de is enuresis primaria nocturna, con emisiones normales durante el día ya que no existen afecciones orgánicas que la simulen.

Para citar brevemente aquellas enfermedades que afectan la micción infantil normal, respetando la enumeración de los autores citados en último termino, tenemos: las poliurias de las enfermedades metabólicas (diabetes y diabetes insípida). Las incontinencias de origen neuromuscular que incluyen las lesiones congénitas (polineuritis, poliradiculoneuritis, mielitis transversas postinfecciosas, traumatismos y compresiones medulares); las afecciones congénitas (lesiones medulares asociadas con malformaciones vertebrales, como por ejemplo, la espina bifida). La espina bifida, si es oculta, no es causa de enuresis. Por otro lado, cuando hay lesión anatómica evidente, existen otros signos neurológicos simultáneamente. Además, la incontinencia siempre se asocia con incontinencia anal.

Tendríamos por ultimo las afecciones vecinas a la zona del esfínter uretral donde la excitación a nivel de la zona génito-urinaria podría provocar, de modo reflejo, la incontinencia.

Para Bekei M. (9 estos factores condicionantes sólo constituyen un 5-15 por ciento de la totalidad de los casos de pérdida involuntaria de orina.

Dentro de las hipótesis aún no comprobadas existen algunas que pudieran tener valor

explicativo, señalándose también su relación indiscutible con factores afectivos. La existencia de centros cerebrales que regularían la micción, la epilepsia, el retraso y la existencia de problemas en la maduración nerviosa, la hipervagotonia pelviana (se considera que el desequilibrio del sistema neurovegetativo daría micciones imperiosas cuasireflejas al provocar una hiperexcitabilidad), la hipertonia vesical revelaría un retardo en el desarrollo, un defecto de madurez del centro diencefálico que se traduce por un mal funcionamiento diurno y un defecto completo del control nocturno, etcétera. Ulteriores trabajos en urología deberán corroborar estas hipótesis.

No se aceptan ya las hipótesis que asociaban la enuresis con la sífilis, el heredoalcoholismo y la tuberculosis, así como tampoco las que la relacionaban con problemas endócrinos, hipertrofia de las vegetaciones adenoideas y de amígdalas, etcétera.

Algunos autores asocian la enuresis con anomalías electroencefalográficas las que indicarían el no establecimiento de la inhibición vesical por parte de ciertas áreas corticales. Turton E. C. y Spear A. B. (7) estudiaron 100 enuréticos de los cuales sólo 16 habían controlado durante un periodo de duración variable y el resto padecía de enuresis primaria. Todos padecían de enuresis nocturna y un porcentaje considerable de enuresis primaria. Todos fueron sometidos a exámenes integrales y no pudo ser descubierta ninguna condición orgánica. Fueron excluidos los niños con déficit mental así como tampoco ninguno tenía antecedentes de epilepsia. La muestra incluía niños entre 5 y 16 años, con predominio de varones. Los resultados revelaron que un 25 por ciento era completamente normal. De los registros anormales un 28 por ciento presentaba registros anormalmente bajos e inmaduros. El resto, 22 en total, presentaban un tipo epileptiforme, teniendo 14 de ellos signos de epilepsia verdadera. Para estos autores parece probable que una proporción considerable de enuréticos severos, que no responden a las terapéuticas comunes, tienen una base física en su desorden.

Dentro de la clasificación de la epilepsia tenemos que sólo las crisis de gran mal, los estados de fuga epilépticos y las crisis parciales vegetativas pueden dar emisiones de orina.

Se concluye, retomando el trabajo anterior, que la enuresis se asocia con una facilitación orgánica cerebral. Se la considera así como un "equivalente epiléptico" o un "síndrome epileptiforme".

Kanner L. (8) encontró solo un 7 por ciento de niños epilépticos entre los enuréticos estudiados. Otros autores expresan también que en muchos casos la enuresis puede ser considerada como de origen central y que existen enuresis equivalentes de comicialidad, aceptándose simultáneamente la existencia de enuresis con modificaciones del ritmo cerebral (inmadurez cerebral) pero sin relación con la epilepsia.

Poussaint A. y colaboradores⁽⁸⁾ estudiaron 138 niños enuréticos sin antecedentes de ataques epilépticos. Fueron obtenidos 68 E. E. Gs. en 68 de ellos y siete (10 por ciento) solamente eran anormales, siendo esta incidencia similar a la encontrada entre la población normal. De esta manera, los resultados de este estudio no confirman la hipótesis que la enuresis sea un equivalente epiléptico. Estos datos podrán resultar significativos, especialmente si se los compara con registros de niños neuróticos no enuréticos (tal como se planeó en este estudio).

Hallgren B. ⁽⁴⁾ tampoco observa una incidencia mayor de convulsiones en niños enuréticos que en no enuréticos, así como tampoco en este último grupo comparado con la población general.

Algunos urólogos diferencian claramente la enuresis primaria y la enuresis secundaria. En la primera, la curva cistométrica anormal testimonia la existencia de la inmadurez del centro inhibitor cerebral, mientras que en la segunda éste presenta una madurez completa. Sin embargo, ninguna relación ha sido hallada entre la enuresis y desórdenes del tracto urinario ⁽⁴⁾.

También se tiende a responsabilizar al sueño profundo como causa determinante del no despertar del niño. Parece ser una excusa fácil esta explicación. Hallgren B. ⁽⁴⁾ sólo ha encontrado sueño profundo en un 40 por ciento de sujetos. Sus análisis no le dan fundamento para considerar al sueño profundo como causa de enuresis. Más bien, ambos síntomas concurrentes parecen estar determinados por un factor común. En relación con ello, es OM citar las exploraciones psicodramáticas realizadas con enuréticos. Se ha observado en estos un refuerzo voluntario y defensivo del sueño, así como también se han observado casos de niños despiertos que orinan perfectamente conscientes, para atacar así al medio ambiente ⁽⁵⁾. Se trataría entonces de una hipersomnia selectiva. La presión vesical tendría el privilegio de respetar el sueño, mientras que otras estimulaciones son comúnmente sentidas por el niño enurético.

En un interesante trabajo Ditman K. S. y Blinn K. A. ⁽⁹⁾ describen registros electroencefalográficos en diferentes niveles del sueño así como también otros cambios fisiológicos previos y durante el transcurso de micciones de adultos con enuresis nocturna. Concluyen que ésta puede ocurrir en cualquier nivel de sueño. En los adultos (estudiaron un grupo que comprendía de 5 hasta 20 años) la mayoría estaba fisiológicamente despiertos en el momento de la micción, lo que sugiere que ellos se encuentran en un estado cuasihipnótico o disociativo. Al mismo tiempo hay evidencia que una lucha psíquica tiene lugar antes y durante la micción, (índices obtenidos por aumento de la tensión muscular, de la actividad del reflejo psicogalvanico, etcétera). Por los métodos que usaron para medir la tensión o la ansiedad, se halló que éstos no se eliminaban por la micción, pero sí que pueden reducirse. No hacen extensivas estas

conclusiones a los niños de menor edad, quienes si presentarían un sueño mas profundo. En otros trabajos se relaciona la enuresis con la deficiencia intelectual, admitiéndose que los niños que la presentan son, con mayor frecuencia, enuréticos. En los deficitarios profundos (con C. I. inferiores a 50) hay un retraso psicomotor considerable, siendo inaccesibles al aprendizaje de control y presentando, además, otras disarmonias. Los débiles mentales tardan más en el aprendizaje del control, generalmente, mas no se encuentra en ellos un porcentaje mayor de enuréticos que en la población general, explicándose alguna diferencia por la sensibilidad especial que poseen ante frustraciones.

Se ha observado la frecuencia de problemas de lenguaje y dislexia en niños enuréticos comprobándose una incidencia mayor en niños enuréticos que en no enuréticos. En los casos vistos en este estudio se observará que dicha sintomatología se asocia por igual con enuresis y con dificultades neuróticas (pero sin enuresis).

Se ha estudiado la asociación que existe entre la enuresis y la actividad onírica. Shiff Sh. ⁽¹⁰⁾ ha estudiado adultos enuréticos quienes eran despertados luego de un episodio enurético. Los sujetos expresaron no haber soñado. Los datos son contradictorios con respecto al sueño como con respecto al sonambulismo. Las alteraciones de éstos se distribuyen sin diferencias significativas en ambos grupos de este estudio. Se considera que el sueño del enurético puede adquirir dos formas principales: en la primera no se diferencia del sueño normal, en la segunda comienza con calma y termina con una verdadera crisis enurética que precede la evacuación vesical: el niño gime, emite palabras incomprensibles, respira dificultosamente y luego sobreviene la micción. Estos datos coinciden con Ditman K. S. ⁽⁹⁾.

En los niños pequeños el sueño profundo se debe a la inmadurez nerviosa. En algunos sujetos con E. E. Gs. perturbados, sonambulismos y terrores nocturnos, éstos testimonian perturbaciones o labilidad con posibilidades particulares de desorganización y desestructuración bajo el efecto del sueño. Es difícil separar aquí lo orgánico de lo que es traducción somática de problemas afectivos profundos ⁽⁵⁾.

Particularmente relevantes aparecen las conclusiones de Hallgren B. ⁽⁴⁾ sobre la asociación de la enuresis con disturbios emocionales. Sobre la base de 229 niños examinados (tanto los que consultaron como los que no consultaron por su enuresis) concluye que "hay una asociación directa entre enuresis y disturbios emocionales, cualesquiera sean sus asociaciones diurnas y/o nocturnas". Expresa también que en algunos casos los disturbios emocionales aparecen como causalmente relacionados con la enuresis.

Los factores ambientales: ubicación en la familia, separación madre-hijo, desórdenes psiquiátricos en los padres, conflictos entre hermanos, actitudes desfavorables hacia la

enuresis por parte de los padres, conflictos entre los padres, etcétera, son considerados factores que precipitan la aparición de la enuresis secundaria, al interferir el progreso normal del desarrollo. Toda la constelación resultante de la interacción niño-padres, y más particularmente la madre, se pone en juego en el aprendizaje del control. Intentos educativos prematuros, sobrevaloración materna del acto de micción, sobreestimulación sexual, amenazas, etcétera, constituyen interferencias ansiógenas que pueden condicionar su producción.

Para Békei, el tipo de enuresis dependerá en todo caso, de la intensidad de la perturbación ⁽⁶⁾. La existencia de enuresis, y no de otro trastorno, dependerá también del periodo en el que se produzca. Esto requiere una investigación extensiva. Pareciera existir una correlación entre intensidad de los disturbios emocionales y enuresis primaria (v. casos). La enuresis continua es así ⁽⁶⁾ consecuencia de una perturbación seria e insuperable para el niño, que determina en éste una detención en su progreso madurativo de control. Tanto las exigencias prematuras (que provocan temor al castigo y ambivalencia hacia los padres) como la total falta de entrenamiento la pueden facilitar.

La sobreestimulación sexual, por ejemplo, la cohabitación o el colecho, estimulan un progreso prematuro hacia una fase ulterior del desarrollo, la Mica, sin que aún haya sido superada la fase uretral. La enuresis cumple entonces una función auto y aloerótica. No solo puede determinarla sino también otros tipos de reacción neurótica, tal como aparecen en sujetos de ambos grupos (experimental y de control) del presente trabajo. El desequilibrio emocional en la relación de los padres con el niño se puede reflejar de diversas maneras: carencia afectiva, hostilidad inconsciente, sobreprotección, despreocupación, etcétera.

La enuresis secundaria es considerada como un síntoma regresivo que puede asociarse a un gran número de circunstancias familiares. Se observa aquí con mayor claridad la asociación con un desencadenante externo: nacimiento de un hermano, descubrimiento de la diferencia sexual, separación o muerte de alguna persona querida, accidente, intervención quirúrgica, etcétera. La regresión puede implicar el deseo de ser querido, tratado y protegido como a un lactante.. Esto se ve en muchos de nuestros casos con enuresis secundaria.

La enuresis es un síntoma que puede revelar mecanismos mentales diferentes, siendo simplista la perspectiva que la considera como correspondiente a un trauma afectivo definido. Por ello resultará útil citar la clasificación de Pearson C. H. J. ⁽¹¹⁾ quien enumera una serie de síndromes cuya estructura y psicopatología son muy distintos. El diagnóstico de nuestros casos coincide con la misma.

Puede asociarse con la epilepsia, ya sea orgánica o idiopática. Puede ser una enuresis vindicatoria, donde por venganza contra el medio ambiente se orina el niño, a veces

intencionadamente. Puede ser síntoma de una neurosis obsesiva, siendo así una reacción de rencor. Se produce una regresión a la etapa sádico - anal. La enuresis como síntoma de una histeria de conversión resulta ser una expresión inconciente con frecuencia por falta de seguridad respecto a las necesidades de amor, protección y autovaloración. Hay un refugio en el síntoma como placer autista frente a una realidad displaciente. La reacción emocional se convierte en un síntoma físico. La enuresis puede también ser síntoma de histeria de ansiedad por excesivo temor al castigo por la masturbación, por ejemplo, y por las fantasías que la acompañan. Por último tenemos la enuresis como síntoma de neurosis del carácter donde todas las etapas del desarrollo psicosexual han sido cercenadas incluida la masturbación. Hay un intenso conflicto entre los deseos propios infantiles y los de satisfacción a los padres, produciéndose una alteración del carácter para evitar la ansiedad.

En casi todos nuestros casos se ha encontrado ésta psicopatología, lo que refuerza la idea que la enuresis no se presenta como síntoma aislado (tal como se expuso en una de las subhipótesis).

El psicoanálisis ha estudiado la enuresis (¹²) considerándola como una actividad autoerótica, sustituto de la masturbación. Puede provocar distintas consecuencias en el desarrollo del niño, por ejemplo, el temor a descargar la agresión, a perder el control, sentimientos de vergüenza, etcétera. Se puede asociar entonces con angustia. Algunos sujetos, por el contrario, con histeria de conversión, se hallan enteramente libres de angustia, índice del éxito de la elaboración secundaria de la misma (casos en que el síntoma se presenta aisladamente), mientras que ésta fracasa cuando hay otros síntomas paralelamente.

Citaremos también los resultados obtenidos con terapias biológicas en la mejoría de la enuresis, arguyéndose que la misma probaría la etiología orgánica de la misma. Sin embargo, en algunos de los casos examinados, los niños habían respondido desfavorablemente a la medicación, o bien ésta ha resultado eficaz sólo durante un breve lapso de tiempo. Mindlin E. (¹³) trató 11 pacientes teniendo como resultados: 27 por ciento de remisión completa; mejoría franca, 63,64 por ciento; mejoría ligera, un 9,09 por ciento. Como medicación empleó la Imapramina. La misma medicación fue usada por Thomson W. y colaboradores (¹⁴), aun cuando difería la dosis empleada. Fue débil el grado de mejoría obtenida. Como contraprueba puede decirse que en muchos casos tratados sólo psicológicamente, los sujetos sufrieron una mejoría considerable.

Hasta aquí hemos visto las diversas definiciones sobre la enuresis, así como su frecuencia, clasificación y como se logra el aprendizaje del control esfinteriano. Se expuso también la diferencia entre enuresis e incontinencia y nos detuvimos en los distintos estudios que explicaban la enuresis ya sea acentuando sus correlatos orgánicos,

ya los problemas de la personalidad del niño o bien considerando la interrelación posible entre ambos factores.

Retomamos ahora nuestras consideraciones teóricas exponiendo algunos de los estudios que aparecen más relevantes en la comprensión del síntoma y que han orientado particularmente la última parte de nuestro trabajo, no sólo por algunos de sus resultados coincidentes con los nuestros, sino también por las inferencias teóricas que de ellos surgen.

Nos detendremos primeramente en aquéllos que expresan la asociación posible entre enuresis y anomalías electroencefalo gráficas. El trabajo de Pierce Ch. y colaboradores ⁽¹⁵⁾ concierne a los hallazgos del examen clínico, electroencefalográfico y de laboratorio de pacientes enuréticos adultos. Los autores expresan que "la preponderancia significativa de ondas cerebrales anormales en los enuréticos adolescentes examinados sugiere que debe considerarse el factor orgánico al determinarse las causas de la enuresis". El estudio de 60 reclutas enuréticos y de 60 estudiantes no enuréticos revela que los primeros presentan más ondas cerebrales anormales (25 % y 1.7 % respectivamente), más familiares con enuresis (75 % y 16.7 % respectivamente), mayor cantidad de problemas de sonambulismo (26.6 % y 3.3 % respectivamente), más dificultades génitourinarias (76 y 4 % respectivamente) y hay evidencias que sugieren que la orina del enurético es cualitativamente diferente. Se postula que en el adolescente enurético varón debe reconocerse también, además del factor organicidad, múltiples factores de naturaleza funcional. Al mismo tiempo reconocen que, de no ser epiléptica, la enuresis puede ser equivalente de una "polución", tal como lo señalara Freud S. ⁽¹⁶⁾. Los autores sugieren que los estudios de Ditman K. S. y Blian K. A. ⁽¹⁷⁾, al reveler que el enurético está fisiológicamente despierto en el momento de la micción, abren interesantes posibilidades de investigación.

En un trabajo de Lempp R. ⁽¹⁸⁾ el EEG muestra que en 60 de 88 casos de enuresis nocturna existían anomalías y en 30, índices de epilepsia. Para este autor existe una relación funcional entre la enuresis nocturna y la epilepsia que se revela en conexión con el sueño. En las diferentes fases del mismo la situación vegetativa ésta perturbada de modo similar a la forma especial de epilepsia ligada al sueño. Ello no excluye la opinión que la enuresis sea una enfermedad psicósomática. En una considerable suma de casos se asemeja a la epilepsia en la perturbación del control del sueño y al estar despierto con secuencia paroximal.

Corresponde aquí citar el estudio de Bental E. ⁽¹⁹⁾ cuyos hallazgos se asemejan a los de Ditman K. S. Durante el transcurso de exámenes sistemáticos electroencefalográfico de niños enuréticos se observe) una disociación diferente entre el registro del sueño y el conductal de dos hermanos enuréticos. Se realizó un registro completo durante una

noche entera a estos dos niños, cuyos exámenes físicos y neurológicos no revelaron anomalías. Ambos presentaban una espina bifida. Los EEGs. eran ligeramente anormales. Teniendo en cuenta éstos y su enuresis nocturna persistente, se deseaba observar si se producían algunos cambios electroencefalográficos en el momento de la micción y durante el sueño nocturno normal. Se encontró un fenómeno poco frecuente de disociación entre el sueño fisiológico y el electroencefalográfico. En lugar del sueño fisiológico muy profundo, que habitualmente se ha observado en los niños enuréticos, los patrones típicos del sueño no se reflejaban en el EEG durante el periodo previo a la micción. Aquí mostró el mismo patrón que el de vigilia, obtenido este último antes que los niños se durmieran. Después de la micción se presentó un completo paralelismo entre el sueño electroencefalográfico y conductal. Concluye Bental que "a la luz de estas observaciones hay razones para suponer que en los seres humanos el factor volitivo juega un importante papel, aún de modo subconsciente, al inhibir el sueño electroencefalográfico". La resultante es que el sueño debe interpretarse con una amplia perspectiva psicofisiológica. Esto es, que el fenómeno descrito indica la influencia de factores psicológicos sobre la actividad eléctrica del cerebro. El autor explica finalmente que ese fenómeno se debe a que los niños, por sufrir intensamente su síntoma, tratan de permanecer alertas durante el sueño para evitar así la micción. Estos resultados complementan los hallazgos similares encontrados por Ditman en enuréticos adultos en donde se encontró "una lucha psíquica" antes y durante la micción, tal como expresáramos antes.

En un trabajo ulterior de Bental E. y Weiss A. A. ⁽²⁰⁾ se estudiaron a cinco hermanos enuréticos quienes también fueron analizados clínica y electroencefalográficamente, incluyéndose también un examen psicológico. Concluyen que no siempre un único factor, orgánico o psicológico, puede ser considerado como el único agente causal de la enuresis nocturna. Los datos psicológicos revelan que los niños estaban dotados intelectualmente en forma normal, aunque ninguno de ellos hacia uso total de sus potenciales. Hay una insatisfactoria relación con la realidad. No hay evidencias tampoco de un claño estructural del cerebro. Un cierto número de rasgos de las pruebas psicológicas pueden sugerir un origen psicogénico de la enuresis de estos niños. Entre ellos, el más importante parece ser la personalidad infantil de la madre. Dos de las niñas sufrían episodios convulsivos. Cuatro de los cinco niños revelaban una espina bifida. Además los registros electroencefalográficos mostraron anomalías en cada niño. Las tendencias convulsivas eran 66n más preponderantes en los tres niños que no habían tenido ataques. Los registros anormales de todos los niños y los ataques de las dos niñas pueden tomarse como indicadores de una tendencia familiar convulsiva, tesis favorecida por el hecho de que la madre presentó un EEG también desviado ligeramente de lo

normal. Así, estos datos parecieran indicar la presencia de algún factor hereditario en esa familia. Sin embargo, los resultados de Hallgren B. ⁽²¹⁾ no corroboran esta hipótesis. Más bien, coincidimos con Kanner L. ⁽²²⁾ al considerar que hay una tradición familiar de la enuresis mas que una disposición hereditaria hacia ella.

Michaels y colaboradores ⁽²³⁾ hallaron que de todos los niños con rasgos neuróticos los que presentaban enuresis tenían una asociación altamente positiva con EEGs. anormales. Esto no coincide con lo observado en el presente estudio. Los autores reconocen la influencia de experiencias traumáticas y que tanto éstas como los factores orgánicos deben recibir tratamiento específico para asegurar así el éxito terapéutico. Gunnarson y Heikel ⁽²⁴⁾ hallaron similares resultados mientras que Kennard M. A. ⁽²⁵⁾ señaló que los EEGs. anormales son mucho más frecuentes en personas, incluidos los niños, con trastornos psicológicos. Esto si se asimila a lo visto por nosotros. Suponemos como Salfeld ⁽²⁶⁾ que tales EEGs. son probablemente indicadores de una inmadurez general y/o inestabilidad de la organización neural así como psicológica.

Aproximándose a lo realizado por Bental, Pierce y colaboradores ⁽²⁷⁾ se proponen, en un excelente trabajo experimental, llegar a una comprensión más precisa de las relaciones entre sueños, niveles de sueño y micción. Para ello estudiaron 8 niños enuréticos durante diez noches tratando de estudiar cómo se asociaba la micción con los sueños, obteniendo entonces un registro de sus ondas cerebrales y otro registro electromiográfico de los movimientos oculares, despertando al sujeto luego que los potenciales de los movimientos oculares hubieran indicado que había soñado. La relación frecuentemente observada fue que los sueños no aparecen hasta después que el niño ha orinado, generalmente dos horas después. Típicamente, el episodio enurético es precedido 30 minutos antes aproximadamente por una creciente inquietud registrada en el electroencefalógrafo y reveladora del movimiento corporal. Esto aumenta en frecuencia, duración e intensidad al ser inminente la micción y justo en el momento previo a la enuresis el EEG muestra un cambio hacia ondas características del sueño profundo que persisten durante el momento de la micción. Lo mismo se observa clínicamente.

Otro hallazgo que aparece es que junto con la micción el niño tiene una erección en la mayoría de los casos. Al ser despertados los sueños de los enuréticos contienen fantasías hostiles y agresivas, apareciendo el fuego, por ejemplo, en forma frecuente. Ello complementaria la explicación de Robertiello R. ⁽²⁸⁾ quien siguiendo a Freud analiza las interrelaciones psicológicas entre los sistemas urinario y sexual en la enuresis. Dado que hay una superposición entre los nervios espinales en esas dos áreas, según él, la estimulación en un sistema a menudo estimulará la otra. Por ejemplo, cuando una vejiga está llena, el hombre, especialmente en la adolescencia, puede tener una erección. Asimismo, con la vejiga llena, la excitación sexual aumenta en el acto sexual, tanto en el

hombre como en la mujer. Algunas veces el sistema urinario se usa para la estimulación durante la actividad masturbatoria. Para este autor la enuresis representa la gratificación de un deseo masturbatorio por medio del sistema urinario. Es por ello que la estimulación de este puede acompañarse de estimulación sexual psíquica y viceversa. En el caso analizado por Robertiello también tuvo el paciente un sueño con fantasías a través del fuego.

Pierce, por su parte, considera al episodio enurético como un sustituto del sueño o equivalente. Como tal, es un fenómeno de descarga sin concomitante psicológico. Luego de la micción, el sueño incluye más bien una percepción de naturaleza externa que interna. Esto es, la humedad de la sábana, por ejemplo, y la de la piel se introducen con el sueño en lugar de serlo la necesidad de orinar. Como dato muy importante y pocas veces tenido en cuenta en estudios experimentales, los niños realizaban una franca identificación con el experimentador. La intensidad de la misma da cuenta probablemente de muchas curas de enuresis por una variedad muy grande de métodos empleados.

Por las secuencias de los sueños de un niño, se observaba que éste realizaba una identificación con el experimentador, que le permitió comportarse de un modo masculino, con la aprobación de su madre. Los esfuerzos de ésta para obtener una aprobación del experimentador indican como si el niño sintiera "permiso" de ella para orinarse. Previamente, aquél parece haber reaccionado frente a la necesidad inconsciente de su madre de infantilizarlo, estimulando el acting-out por medio de la enuresis.

Obviamente que tales sueños se vinculan directamente a la historia personal de cada paciente, a circunstancias de valor perturbador en su vida. Así, Stokvis-Warnaar J. y Stokvis B. ⁽²⁹⁾ al realizar terapia psicodramática a un grupo de niños enuréticos inducen en ellos las experiencias que hayan tenido un efecto profundamente traumático para que sean actuadas emocionalmente y lograr así una re-experiencia afectiva, produciéndose luego la abreacción del incidente.

Aproximándose a nuestros resultados, en cuando al estudio de personalidad, se expone ahora el estudio de Gerard M. W. (M. Un solo caso se asoció con epilepsia de gran mal, donde la micción se acompañaba de una pérdida momentánea de conciencia sin convulsiones, durante los ataques. Otros dos casos se relacionaban con petit mal, asociándose la micción con los ataques. La autora clasifica estos casos en el grupo de etiología física. Tres casos se relacionaron con infecciones de la vejiga. Uno sólo con espina bífida oculta podía considerarse como causante de la enuresis. De los 65 casos restantes sólo 4 se asociaron con mala enseñanza del control de esfínteres. Los otros 61 presentaron patrones neuróticos definidos, siendo la micción un síntoma en el síndrome total. Cinco de ellos presentaron el síntoma ante el nacimiento de un hermano. Ocho mostraban una conducta agresiva y obstinada como defensa ante el rechazo abierto o

encubierto de los padres o sustitutos. Un caso de naturaleza histérica mostró que la micción, junto con los dolores abdominales y ansiedad generalizada, aparecieron ante la muerte del padre (quien habla muerto por carcinoma de la vejiga), siendo evidente la identificación del niño con éste. Los 46 casos restantes representan muy probablemente la forma más común de enuresis, las neurosis, con características muy diversas. Para esta autora, como para Hallgren B. los factores etiológicos de naturaleza emocional estaban presentes en la mayoría de los casos. Nos parece útil esta división diagnóstica que muchas veces se olvida en los tratamientos, pues del análisis de los tipos de micción y de su clasificación etiológica, se podrá ubicar el correspondiente tratamiento en cada caso individual.

Basándonos en estudios previos y por nuestros resultados vimos antes que las madres de los enuréticos tendían a ser muy sobreprotectoras y/o controladoras. En el estudio de Scallon R. J. y Herron W. G. ⁽³¹⁾ se investigan las relaciones de mutua dependencia que podrían aparecer entre el enurético y su madre. Estudios previos habían señalado — Witkin ⁽³²⁾— que los niños enuréticos se caracterizan por pasividad, dependencia y un pobre control de los impulsos y que sus madres mostraban similares características. Los resultados de Scallon mostraron que el niño enurético tiende a ser "más dependiente del campo", es decir, como Witkin lo señalara, que el niño enurético puede ser una persona indiferenciada que no lucha por mantener su identidad y por obtener recursos propios, tendiendo a ser altamente dependiente de los demás, con controles pobremente desarrollados y defensas que resultan en un funcionamiento confuso y pasivo. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, las madres de los niños enuréticos no presentaron el mismo estilo perceptual que sus hijos, esto es, que no eran "dependientes del campo". La conclusión de que no han sido claramente identificadas las influencias culturales, nos parece muy significativa pues tampoco en nuestros últimos resultados las madres de los niños enuréticos asumen características diferenciables de las de los niños no-enuréticos.

Veremos al analizar los datos que este también es extensible a los resultados sobre la personalidad del niño enurético. Todas las tipologías llevan consigo el peligro de la sobresimplificación, pues la mayoría de los rasgos y componentes se dan cualitativamente, y no meramente como "presentes" o "ausentes", división arbitraria que se realiza para poder cuantificar la gran variedad de datos. Veremos que la enuresis es así un modo de comportamiento y no existe así un tipo enurético.

Sugerimos, como lo hace, Salfeld, que en la investigación de un caso de enuresis debe adoptarse una amplia perspectiva psicósomática. Debe tomarse una historia completa social, del desarrollo y psicósomática, así como también atender lo relativo a salud física y mental del niño y su familia. Las anomalías somáticas, especialmente del SNC y del

tracto génitourinario deben investigarse, si la historia sugiere tal posibilidad.

Por lo dicho, volvemos a lo enunciado por Soule y Hallgren. El primero señalando lo difícil que resulta separar lo orgánico de lo que es traducción somática de problemas afectivos profundos mientras que el segundo enfatiza la asociación directa que hay entre enuresis y disturbios emocionales.

Así, se deja establecida la compleja naturaleza que existe entre lo psicológico y lo funcional y su interrelación dinámica.

La terapéutica debe consistir, por lo tanto, en un tratamiento en profundidad —analítico—, orientador, individual o grupal usando o no simultáneamente la mediación, según cada caso particular.

INVESTIGACION

Para guiarnos en el estudio de los niños enuréticos hicimos use de los registros obtenidos a través de las historias clínicas, baterías de tests, exámenes clínicos y psiquiátricos, encuestas sociales e informes de los maestros. Esto es, los sujetos fueron estudiados en tres niveles: médico-psiquiátrico, psicológico y sociofamiliar. En un gran número de casos se obtuvieron los registros electroencefalográficos. De ser necesario, se incluyeron radiografías y análisis químicos, los cuales excluyeron la necesidad de realizar cistometrias. Por lo general, si el pediatra derivaba el caso, las causas orgánicas ya se habían descartado. El diagnóstico de los niños se realizaba teniendo en cuenta todos estos aspectos siguiendo la clasificación de Pearson. Muchos de los niños han sido tratados con o sin medicación, en terapia individual y/o grupal.

Deseábamos investigar si había diferencias significativas entre los síntomas presentes en los niños enuréticos y en los no-enuréticos con trastornos similares de conducta y/o personalidad. Es muy importante hacer notar que esta técnica de homologación de las muestras nos permitió así aislar mejor la variable en estudio, la enuresis. En ese sentido, de todos los trabajos consultados, solo el de Lickorish ⁽³³⁾ se aproxima metodológicamente al nuestro. Por ello es que los resultados de la mayoría de ellos caen en la falacia de comparar a los sujetos normales con los enuréticos, lo cual, desde ya, puede llegar a autoconfirmar ciertas hipótesis. Si no se observaban diferencias significativas entre ambos grupos, la enuresis podía entonces considerarse como un síntoma neurótico entre otros, tal como lo señalara Cramer ⁽³⁴⁾, para quien la enuresis ocurre en todos los tipos de enfermedad mental infantil. De existir diferencias significativas, podrían poner un indicio en la etiología de la enuresis o bien revelar un tipo de síntoma característico del enurético.

HIPOTESIS DE TRABAJO

La hipótesis más general considerada en este trabajo fue la siguiente:

Con exclusión de la enuresis asociada a factores orgánicos demostrables, las circunstancias concomitantes de la misma deben buscarse en los trastornos de personalidad del niño.

De la observación de niños enuréticos nos parecieron importantes las siguientes sub-hipótesis, que se derivan de la anterior:

sub-hipótesis 1) Los niños enuréticos tienen dificultad para expresar su agresión en el medio ambiente.

sub-hipótesis 2) La enuresis frecuentemente se asocia a otros sin tomas.

sub-hipótesis 3) El colecho aparece asociado con la enuresis. Se lo considera como uno de los factores concomitantes.

sub-hipótesis 4) Hay una relación entre la fecha de iniciación del control de esfínteres la forma en que se realizó el aprendizaje y la aparición de la enuresis.

Sub-hipótesis 5) La enuresis es una regresión sintomática selectiva a las primeras etapas de la infancia, esta es, un síntoma que supone un "trastorno del hábito".

Sub-hipótesis 6) La enuresis frecuentemente se asocia con síntomas de angustia, expresada especialmente en pesadillas durante el sueño.

También nos interesó el estudio de las siguientes variables: diferencias, si las había, en los registros encefalográficos de ambos grupos de trabajo; la relación del niño enurético con su madre, esto es, el grado de dependencia de aquél hacia ésta. La posible correlación con los trastornos de lenguaje; con otros trastornos del sueño, con las dificultades de aprendizaje y la relación de la enuresis con otros síntomas psiconeuróticos.

METODOLOGIA

A continuación se definirán operacionalmente todas las variables: analizadas:

Agresión: Esta es considerada en forma objetiva, como un ataque al medio ambiente, expresada a través de la conducta en el hogar, en la escuela y en las relaciones sociales del niño en general. Los datos fueron obtenidos por los progenitores, por el maestro, asistente social y por la observación psicológica durante la entrevista con el niño y en la aplicación de los tests. Se midió la agresión por medio de una escala que indica el grado de intensidad, y que abarca tres grados: muy agresivo, con tendencia a la agresión y poco agresivo.

Cuadros psicopatológicos: Para su clasificación fue tomada la definición que realiza Pearson H. J. (11) de cada uno. Sintéticamente definiremos entonces:

Los estados de ansiedad: En los cuales "los niños tienen miedo frecuentemente debido a que se enfrentan con situaciones que no pueden superar física o intelectualmente, y

que producen consecuentemente miedos reales del presente o bien, porque han sido condicionados por sus experiencias anteriores para anticipar lesiones o sufrimientos a manos de otra gente. Aquí entonces sienten miedo del presente, pero es solo un miedo que se recuerda del pasado". También se incluyen aquí los niños asustados por sus deseos instintivos, que creen no pueden tenerlos o porque temen al castigo por su intento de satisfacerlos.

Histeria de ansiedad: "Es un estado en el que el niño experimenta un temor injustificado por algún objeto externo, que resulta de la represión no consciente de ciertos deseos y sentimientos por el miedo de ser castigados por tenerlos. El temor al castigo también se reprime y se proyecta en un objeto externo, persona o cosa (fobia)".

Histeria de conversión: "Estado cuyos síntomas representan alteraciones de la motricidad o de la sensibilidad, cambios que se conocen con el nombre de conversiones". Estos dan expresión no consciente y en forma distorsionada a sentimientos reprimidos por el

Neurosis obsesiva: "Enfermedad que afecta la personalidad del niño, mucho más que la histeria". Para no aceptar sus sentimientos de hostilidad el niño recurre a defensas: formaciones reactivas, anulación, aislamiento, actitudes mágicas, etc. Se organizan así una serie de síntomas compulsivos. "El niño se comporta como si fuera simultáneamente un niño malo y sus padres severos, mostrando cada síntoma ese carácter bifásico".

Neurosis del carácter: La solución de los conflictos intrapsíquicos se realiza por medio de cambios del carácter, con los cuales puede lograr una adaptación exitosa hasta que la realidad le impone la comprensión de no estar bien adaptado como los demás.

Reacciones psicóticas: Que suponen una desconexión mayor con la realidad y que incluye perturbación en la función de adaptación, el retraimiento y la presencia de dificultades de adaptación desde los primeros años de vida.

Solo definimos estos cuadros porque fueron los que aparecieron con más frecuencia. Cuadros intermedios (con sintomatología más variada); también se presentaron: actitudes psicopáticas (de agresión al medio externo) e hipomanía (actitudes de inquietud y dispersión permanentes).

Colecho: Situación en la que el niño duerme en la misma cama de sus padres durante un periodo prolongado. También se consideró la co-habitación: en donde el niño duerme en el mismo cuarto que sus padres pasado el periodo en el que debería haber adquirido su independencia en este sentido, esto es, pasado el año de vida.

Fecha de iniciación del aprendizaje: Se considera como aprendizaje temprano si éste se realiza antes del año. La forma en que se realizó se refiere a si aquél se indujo libremente o con castigos o penitencias.

Por **regresión sintomática:** Se entiende ampliamente el retorno a modos de

sentir, de pensar y de conducta primitivos o infantiles, particularmente frente a dificultades. Ellas pueden ser: llorar, gritar, simular enfermedad o acusar a otros que le han valido éxito en etapas anteriores.

Los **trastornos del sueño** incluyeron no sólo las pesadillas (sub-hip. 6) sino también pavores nocturnos, sonambulismo, llantos, quejas en voz alta, hablar dormido, etc.

Actitud de la madre hacia el niño: Se clasificó en términos de su capacidad de dar independencia a éste en sus diferentes actividades. Dado que hay una gama variadísima de actitudes (de sobreprotección, de control, coartación, transmisión de ansiedad, etc.) se midió por una escala sólo 2 grados de intensidad: muy sobreprotectora, y distante. Los datos fueron obtenidos a través de las propias manifestaciones de las madres sobre como actuaban frente a determinadas actividades de sus hijos. Las mismas se consignaron en historia clínica y en su observación durante la entrevista psicológica que se tuvo con ellas.

Trastornos del lenguaje: Se incluyeron las dificultades de pronunciación, deseo, tartamudez, dislalias, etc.

Las dificultades de aprendizaje: Incluyen bajo rendimiento, distracción, falta de interés, incapacidades específicas, incapacidad de concentración, etc.

Síntomas psicósomáticos: Síntomas físicos asociados a problemas psicológicos tales como: inapetencia, vómitos, obesidad, asma, eczema, úlcera, etc.

Otros síntomas: (Sub-hip. 2): Fueron considerados los mencionados en el motivo de consulta por parte de los padres: celos, inhibición, inquietud, rivalidad, excitabilidad, etc.

Registros electroencefalográficos: solo se tienen en cuenta hasta el presente la división normal y anormal. En una consideración ulterior, se podrá realizar una discriminación de los registros anormales.

Como muestra experimental se tomó un grupo de 46 niños enuréticos y como grupo testigo 42 niños cuya sintomatología era homologable a la del grupo anterior, niños con dificultades emocionales en su mayoría.

El grupo enurético y el de no enuréticos fueron elegidos de todos los niños entre 6 y 12 años que en su gran mayoría consultaban por trastornos de personalidad y/o conducta y rara vez por el síntoma enurético anicamento se presentaron al servicio de Psiquiatría del Hospital San Roque de Gonnet (provincia de Buenos Aires) durante el periodo comprendido entre julio de 1968 a diciembre de 1970. Un gran número de casos nos fue provisto por la Asesoría Médico Pedagógica del Ministerio de Educación*, de los cuales obtuvimos en su gran mayoría registros retrospectivos. Este hecho no nos permitió siempre obtener información en áreas que nos interesaban particularmente, no pudiendo registrarse igual numero de datos de todos los sujetos estudiados.

Estos provenían de las áreas urbana y suburbana de la ciudad de La Plata y alrededores. No se intentó hacer dos muestras estratificadas pero si homogéneas en lo que respecta a nivel intelectual, estructura sociofamiliar y edad. Se incluyeron también algunos pacientes privados.

RESULTADOS

Los dos grupos fueron comparados respecto a 10 características. Cada una de ellas ya fue definida operacionalmente. Teniendo en cuenta las características de la investigación, que exigió un nivel de medición nominal, se aplicó el test de chi cuadrado para dos muestras independientes, cuyas fórmulas son:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad \text{Siegel (22), y}$$

$$\chi^2 = \frac{\left(|AD - BC| - \frac{N}{2} \right)^2}{(A + B)(C + D)(A + C)(B + D)} \quad df = 1$$

En la Tabla I se observan de izquierda a derecha en el Ítem 2, la característica en estudio en el ítem 1 su número correspondiente, en los números 3 y 4 las frecuencias respectivas en niños enuréticos y no enuréticos, mientras que los valores de chi cuadrado aparecen en el ítem 5, los niveles de significación para estos valores se muestran en la columna 6 y finalmente la columna 7 contiene las posibles tendencias significativas que hubieran podido encontrarse.

YABLA I

| 1 Nº Item | 2 Item | 3 Enuréticos | 4 No enuréticos | 5 Valor de χ^2 | 6 Nivel de signif. | 7 Tendencia |
|--------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| 1) | Agres. control. | 10 | 15 | | | |
| | Median agres. | 14 | 11 | 1.3 | 0.3 | — |
| | Poco agres. | 18 | 17 | | | |
| 2) | Inic. tempr. aprendizaje del control | 8 | 8 | | | |
| | No | 21 | 14 | 0.0 | — | — |
| 3) | Trasts. sueño | 14 | 15 | | | |
| | no | 8 | 5 | 0.2 | 0.3 | — |
| 4) | Actitud. de sobreprot. madre | 16 | 13 | | | |
| | Distante | 10 | 8 | 0.0 | — | — |
| 5) | Trastornos del lenguaje | 14 | 14 | | | |
| | No | 20 | 14 | 0.1 | 0.3 | — |
| 6) | Trastornos del aprendizaje | 27 | 22 | | | |
| | No | 20 | 20 | 0.0 | — | — |
| 7) | Otros síntomas psicossomáticos | 9 | 7 | | | |
| | No | 8 | 10 | 0.1 | 0.4 | — |
| 8) | Colecho | 8 | 8 | | | |
| | No | 10 | 11 | 0.0 | — | — |
| 9) | Cohabitación | 15 | 8 | | | |
| | No | 10 | 11 | 0.7 | 0.2 | T |
| 10) | Registros De EEGs. | | | | | |
| | Anormales | 18 | 13 | | | |
| | Normales | 4 | 5 | 0.1 | 0.4 | — |

T = muestra una tendencia significativa sólo entre los niveles de significación del 25 % y 15 %.

Vemos que la **Agresión**, contrariamente a lo sugerido por hipótesis, no presenta una correlación significativa, esto es, que no hay diferencias importantes entre ambos grupos. A simple vista se observa que en todas las variables hay muy pocas diferencias entre ambos grupos. Las otras dos variables, que se revelaban inicialmente como significativas, **Actitud de la madre y anomalías electroencefalográficas**, tampoco aparecen ahora como significativamente asociadas con la enuresis sólo la cohabitación, muestra una tendencia algo significativa, (T), pero conviene aclarar que la misma se basa en un número reducido de casos.

En lo que respecta a los registros electroencefalográficos, el hecho de que las anomalías se distribuyan, al haberse ampliado las muestras, con similares cantidades en ambos grupos sugiere que tanto los niños enuréticos como los no enuréticos (niños con trastornos emocionales en general) presentan un elevado porcentaje de anomalías en relación con la población normal, tal como lo señalara Cramer. Esto se opondría a la consideración de la enuresis como un equivalente epileptoide, Turton y Spear (²¹). Serra

importante realizar un estudio donde se tengan sólo en cuenta las diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre ambos grupos°. Como datos ilustrativos se presentan entre el grupo de enuréticos un total de 22 registros de los cuales 4 solamente eran normales, 9 eran disfunciones, y 9 eran anormales. En el grupo de no enuréticos de 18 registros, sólo 5 eran normales, 8 eran anormales, 4 eran disfunciones y 1 cuya conclusión fue de moderada excitabilidad difusa*. Además, se observe una inespecificidad en la posible relación entre enuresis primaria y perturbación en el registro del EEG, puesto que las diferencias se repartieron al azar en los tres tipos de enuresis, primaria, secundaria y esporádica. No hay entonces una coincidencia respecto a que haya una mayor asociación con elementos orgánicos en la enuresis primaria, señalada por algunos autores.

Tampoco existe una asociación entre enuresis primaria y mayor perturbación emocional en el niño dado que encontramos que los diagnósticos de personalidad no se asociaban significativamente con ninguna de las tres clasificaciones así como tampoco entre ambos grupos entre si, tal como lo señalara Békei M. (22).

Además, con respecto a la distribución por sexo vimos que hay más niños que niñas en el grupo de enuréticos al igual que en los no enuréticos (Grupo de niños enuréticos: 27 varones y 15 niñas. Grupo de no enuréticos: 31 varones y 15 niñas), lo que evidencia que los varones consultan más frecuentemente que las niñas.

CONCLUSIONES GENERALES

A la luz de los resultados obtenidos no aparecen factores relevantes, orgánicos o psicológicos, que se asocien significativamente con la enuresis. Así, en la mayoría de los casos vistos la enuresis no pudo ser asociada a ninguna constelación psicológica particular como tampoco a ninguna sintomatología orgánica específica. Por ello es que se considera de mucha importancia enfocar su estudio aceptando su multideterminación, no atribuible específicamente a ningún factor aislado, sino a un conjunto de circunstancias que se asocian intensamente, en la mayoría de los casos, a trastornos de la personalidad del niño. Dado que hemos visto algunos niños donde la enuresis se muestra particularmente resistente a diferentes tipos de tratamiento, pensamos que en esos casos pueden existir componentes orgánicos que inciden particularmente en el síntoma. En la gran mayoría hay una vinculación muy directa entre los disturbios emocionales y la enuresis. En éstos la enuresis aparece como un índice de neurosis, como cualquier otra sintomatología.

Agradezco la generosa colaboración de la Dra. Hilda Suárez (médica electroencefalografista del Hospital de Niños) su valiosa ayuda en el examen de los

registros electroencefalográficos.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Winicott, D. W.: Proc. Roy. Soc. Med., 46:675; 1953,
2. Spurgeon English O. y Peorson G. Neurosis frecuentes en niños y adultos; Ed. El Ateneo, Bs. As., 1948.
3. Kanner L.: Psiquiatría Infantil; Ed. Paidós, 1966.
4. Hallgren, B.: Enuresis: A clinical and genetic study; Acta Psychiatrica et Neurologica; Suppl. 114; Vol. 32; Copenhagen, 1957.
5. Soule, M. y N.: L'Enurésie: etude clinique, diagnostique et thérapeutique; Psych. de l'enfant; Vol. II; Fasc. II; Presses Univ. Franc.
6. Békei, M.: Medicina Psicosomática en Pediatría; Ed, Med. Panam., Bs. As. 1965.
7. Turten E. C. y Speor A. D.: E. E. C. Findings in 100 of Severe enuretics; Arch. Dis. Child. 282:316-320. 1953.
8. Peusseint A. y Colab.: Enuresis, epilepay and the E.E.G.; Amer. J. Psych. 133:10, Apr. 1967.
9. Ditman, K. S. and Blinn, K. A.; Sleep levels in Enuresis; Amer. J. Psych. 111: 913920, 1955.
10. Shiff Sh.: The E.E.C., eye movements and dreaming in adult enuresis; Vol. 140, N9 6, June, 1965, Serial N° 991.
11. Pearson, C. H. J.: Trastornos emocionales en la infancia; Ed. Beta, 1963.
12. Freud, S.: Tres contribuciones a la teoría sexual; Ob. Compl. Ed. Bibl. Nva., Madrid, 1948, Vol. I.
13. Mindlin, E. Enuresis y su tratamiento con Imapramina.
14. Thomson E. y Colabs.: Effect of Tofranil on enuretic Boys; Dis. of. the Nerv. Syst.; 28 (3), 1967: 167-169.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Anderson, F. N.: The Psychiatric aspects of enuresis; Amer. J. Dis. Child., 40-591, 818, 1930.
2. Chaio, José: Desarrollo biopsíquico del niño; Ed. de la Esc., 1964.
3. Chess, Stella: Introducción a la Psiquiatría Infantil, Paidós, 1967.
4. Fenichel, O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis; Paidós, 1967.
5. Katan, A.: Experiences with enuretics; Psch., Vol. II (1946), p. 241 ss.
6. Levine, A.: Enuresis in the Navy; Amer. J. Psych., 100 (1943): 320-325.
7. Lobrot, M.: Etude sur les enfants énuéretiques; Enfance, 1963, N9 3, 209-231.
8. Monroe, Kenton L.: Tratment of nocturnal enuresis among hospitalized neuropsychiatric patients; Dias. Abst., 24 (12), 1964; 5548.
9. Nowick, Jack: Symptomatic tratment of acquired and persistent mats enuretics; Disc. Abs.; 24 (9); 1964; 3838-3839.
10. Neyes, Arthur: Psiquiatría Clínica Moderna; Prensa Med. Mejjc., 1951.
11. Reca, T.: Problemas psicopatológicos en Pediatría; EUDEBA, 1961.
12. Sorel, R.: Enuresis y anorexis nerviosa; Prenae Med. Agna., (N° 5); Vol. XLIII; 1956; pag. 441.

13. Verry, J.: The Conditioning treatment of enuresis; Am. J. Psuch. 123:2, Aug., 1966.
14. Verry, J.: Enuresis is a psychosomatic Entity?, Carted. Med. Ass. J.; Ag. 1967, Vol. 97,
15. Pierce Ch., Lipcon H., Mc Lary J. y Noble H.: Enuresis: clinical, laboratory and electroencephalographic studies.; U. S. Armed Forces Med. J.; Vol. VII, N° 2, Febr. 1956.
16. Freud, S.: Tres Contribuciones a la teoría sexual; Ob. Compl., Ed. Bibl. Nye., Madrid, 1948, Vol. I.
17. Ditman K, S. y Blinn K. A.: Sleep levels in enuresis; Am. J. Psy. 111:913-920, 1955.
18. Lempp R.: Enuresis nocturne and epilepsy; Zeitsch. fur Kinder., 92, 324-329, (1965).
19. Bental E.: Dissociation of behavioural and electroencephalographic studies in two brothers with enuresis nocturne; J. of Psychosom. Res, 1961 Vol. 5 pp. 116 a 119.
20. Bental E. y Weiss A. A.: Psychological and organic aspects of enuresis nocturne; Israel Annals of Psychiatry and Related disciplines; Vol. 2, 1964, p. 93-102.
21. Hallgren B.: Enuresis: clinical and genetic study: Acta Psychiatr, at Neurol.; Suppl. 114; Vol. 32, Copenhagen, 1957.
22. Kanner, L.: Psiquiatría Infantil; Ed. PaidOs, 1966.
23. Michaels J. J.: Character structure and Character disorders; Am. J. of Psych.; Ed. Arietti, S. Basi books (N. York, 1959),
24. Gunnarson y Heikel: Acta paed., 40, 6, 1951.
25. Kennard, M. A.: Psychosom., Med. 15, 2 (1953).
26. Salfield, D. J.: Enuresis mith special consideration of the nocturnal tpye encountered in children; Zetitsch. fur Kinderpsych., Rev. de Psych. Infantile; vol. 121, 1954, 1-8,
27. Bental, Pierce y colabs.: Enuresis and dreaming; Arch. of Gen. Psych., Vol. 14, Feb., 1961.
28. Stokvis-Warnaar, J. y Stokvis B.: Psychodrama of enuresis nocturna in boys; Group Psychotherapy, p. 179-196; Vol. 15, 1962.
29. Gerard, M. W.: Enuresis, a study in etiology; Am. J. of, Orthopsych., 1939, Vol. 9, p. 48-58.
30. cit. antes: Robertiello, R.: Some psychic interrelations between the urinary and the sexual systems with special reference to enuresis; Psych Quarterly, Vol. 30, 1º 'Dag. 61-62, 1956.
31. Scallon R. J. y Herron, W. G.: Field articulation of enretico boys and their mothers; Pers. and Mot. Skills, 1969, 28, 407-413.
32. Witkin, H. y colabs.: Personality through perception; New York, Harper, 1954.
33. Lickorish: One hundred enuretics; J. of Psychosom, Res., 1964, Vol. 17, p. 263-267.
34. Cramer S. B.: Common neuroses of Childhood in Amer. Handb, of Psych., Vol. 1, Ed. Arietti, N. Y., 1959.
35. Turton y Spear: EEG Findings of Severe enuretics; Arch. Dis. Child., 28:316-320, 1953.
36. Bekei, M.: Medicine psicósomática en pediatría; Ed. Med. Pan., Bs. As., 1965.
37. Siegel, S.: Non parametric statistics; Mc. Graw Hill Book Co., 1956.

METODOLOGIA

Para su enfoque fueron consultados:

1. Kohan, Nuria C. de y Carre J. M.: Estadística aplicada; EUDEBA, 1968.

2. O'Neil, R. M.: introducción al método en Psicología; EUDEBA, 1968.
3. Selltiz, C., Jehoda, M., Deutch, M., y Cook, S. W.: Métodos de investigación en las relaciones sociales; Edic. Rialp, Madrid, 1965.
4. Mc Cormick, Th. C.: Técnica de la estadística social; F. C. E., 1954.