

Servicio de Neuro-Psiquiatría Infantil
Hospital Manuel Arriarán.

EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS INFANTIL (*)

Por la Dra. LUCILA CAPDEVILLE CELIS

Esta presentación se refiere al tratamiento de las enuresis y al análisis de sus diversas etiologías.

La clasificación que presentamos sólo la hemos hecho desde el punto de vista puramente terapéutico, y con base en la experiencia adquirida en el Hospital Arriarán, después de comparar y agrupar las múltiples consultas sobre este síntoma, que hemos tenido tanto en la Policlínica de Neuro-Psiquiatría, como en la clientela hospitalaria en general.

Diremos aquí unas breves palabras sobre la fisiopatología de la micción:

El niño trae al nacer, la respuesta adecuada para efectuar este ritmo, de una manera totalmente involuntaria. Ambos esfínteres responden reflejamente y con ello satisface las necesidades del organismo.

Viene después un período de maduración. Como la mielinización no es completa al nacer, no hay por esto un control voluntario de estos mecanismos. Cualquier intento de educación antes de producirse la mielinización, no da resultado.

Como signos externos, el niño manifiesta el paso a la posición erecta, lo que es ya un comienzo de la tendencia locomotriz.

Después de esta etapa viene el control social. Aquí se distinguen dos aspectos:

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Pediatría, como tema de incorporación (28 de agosto de 1947).

- 1) Como una medida higiénica que se enseña al niño.
- 2) Los tabues sociales que se desarrollan con respecto a estas funciones (pudor, recato). Esto último porque está en relación anatómica con el aparato sexual, lo cual hace inevitable su asociación, existiendo también un componente estético que interviene en la actitud de repulsa que se desarrolla hacia las consecuencias del acto.

Para la educación de los esfínteres está como principio fundamental la prolongación de la duración de los intervalos que separan las micciones unas de otras.

El aprendizaje propiamente dicho, comienza al octavo mes. Los momentos más convenientes pueden elegirse entre los asociados con otros ritmos fisiológicos. Antes o después de las comidas. Antes o después de los períodos fisiológicos del sueño, etc.

El niño debe ser sentado en el orinal, sin emplear ningún estímulo especial. No es posible dar ninguna explicación a esta edad, de modo que si a los 5 minutos no se presenta la respuesta, se debe retirar el orinal al niño.

Como ejemplo tenemos el caso de un niño, en que este procedimiento significaba un verdadero acontecimiento, a causa de las expresiones, palmadas, ruidos diversos que hacía su madre, por lo que no logró aprender hasta muy avanzada edad, pues le agradaba retener la orina, para originar estas manifestaciones de atención tan especial de su madre y se orinaba inmediatamente después de retirado el orinal.

Cuando el niño tiene 12 a 13 meses y vocaliza algunas sílabas, se escoge algún sonido sencillo u onomatopéyico de su vocabulario, que se pronunciará en el momento de sentarlo en el orinal. Una vez establecida la asociación, el niño pronunciará dicho sonido cuando identifique convenientemente la experiencia social de presión, que antes de la micción siente en la pared interna de la vejiga.

Hay que hacer resaltar aquí que el sonido vocal está unido al acto y no a los síntomas premonitorios. Existe, pues, un período en el cual el niño pronunciará con orgullo su aviso, cuando ya haya efectuado su micción. Este período es necesario, para que el niño aprenda que mediante el reconocimiento de los síntomas más tempranos, pueden evitarse consecuencias desagradables como la humedad, frío y la incomodidad de cambiarle de ropa.

Hacia el décimo octavo mes anuncia ya su necesidad, y si se tiene el cuidado de satisfacerla convenientemente, a los 2

años habrá aprendido a mantenerse todo el día sin orinar. (En este período hay que advertir a los padres que extremen la vigilancia, para cuando el niño avise).

El control nocturno no se establece hasta después de estar instalado una perfecta regulación diurna.

Para iniciar la educación nocturna, se debe partir desde el **décimo tercer mes al décimo quinto mes**. Despertando una vez en la noche al niño (10 de la noche) y sentándolo en el orinal. Después se despertará una hora más tarde (11 de la noche).

Si a esta hora el niño ya se ha orinado, hay que buscar la hora justa, antes que se orine, mediante controles desde la hora en que se acuesta al niño (7 de la noche).

Por regla general, el niño de 18 meses es capaz de dormir toda la noche sin mojarse, sólo con la despertada de las 10 P. M.

Siempre será preciso tomar en cuenta las diferencias individuales.

La solución normal de este acto reflejo y su pasaje a la etapa consciente, será considerado patológico en todo niño que no haya conseguido la regulación diurna después del segundo año y nocturna al final del tercer año de edad.

Vamos a dar a conocer una clasificación de la enuresis puramente con objetivos terapéuticos. Distinguiremos entre incontinencia de esfínteres y enuresis propiamente tal.

Antes de seguir aclararemos que usaremos el término de enuresis, pero en sus mecanismos de producción consideramos muy semejantes al de encopresis (falta de control fecal). Este último es más raro en la clínica pediátrica corriente, pero en su forma simple corresponde al mismo proceso de la enuresis. Lo dicho para enuresis valdrá, pues, para encopresis, en lo que se refiere a idea general de tratamiento. De los casos más complejos de encopresis intervienen factores degenerativos o psicógenos más graves y serán motivos de un estudio especial, que corresponde de lleno a un estudio neuropsiquiátrico especializado y que por el momento no interesa como problema para el médico pediatra general.

En líneas generales llamamos incontinencia de esfínteres todo síntoma que se acompaña de alguna manifestación orgánica y enuresis u encopresis propiamente tal, a estos

mismos síntomas cuando la causa es puramente psicógena o funcional.

El análisis del siguiente cuadro nos explicará mejor la clasificación que hemos hecho de los diversos factores etiológicos que pueden originar este síntoma.

Cuadro N° 1

INCONTINENCIA DE ESFÍNTERES

	Total	
Incontinencia esfínteres		Diurna y nocturna
	Inc. pura de orina	Nocturna solamente

Etiológicamente podemos encontrar:

- A) Malformaciones y deformaciones del aparato urinario
- | | |
|------------|-------------|
| Congénitas | Quirúrgicas |
| Adquiridas | Traumáticas |
- B) Retardo en la maduración psico-motriz (prolongación de la enuresis fisiológica).
- C) De causa situada en el aparato renal:
- 1) Trastornos que producen congestión:
 - a) en el riñón;
 - b) en la pelvis renal;
 - c) en la vejiga;
 - d) en la uretra.
 - 2) Trastornos que producen irritación por contigüidad:
 - a) fimosis;
 - b) vulvitis.
- D) De causa extra renal:
- 1) Trastornos en el aparato de eliminación (supresión de la diaforesis normal). Ingestión excesiva de líquidos.

- 2) Lesiones neurológicas. Lesiones medulares con trastornos de la sensibilidad o con participación de la tonicidad.
 - a) atonía del esfínter;
 - b) hipertonía del detrusor;
 - c) supresión del control cortical y subconsciente con sueño profundo (con o sin ingestión de hipnóticos o analgésicos).

Nota: No concedemos ninguna importancia a la presencia de espina bífida, como se creía antes, pues la experiencia clínica pediátrica y la de los cirujanos infantiles ha descartado esta etiología como directa productora de enuresis. Acompaña generalmente a la enuresis cuando existen otras malformaciones o detenciones del desarrollo del niño.

- 3) Por alteraciones glandulares:

Hipotiroidismo.

Algunos casos de diabetes insípida.

En general todas las causas que intervengan en el metabolismo del agua (falta del hormón anti-diurético, etc., etc.

Del análisis del cuadro N° 1 se desprende que el tratamiento estará supeditado a la causa etiológica y siempre en toda enuresis debe hacerse una cuidadosa eliminación de todos estos factores, investigando y descartando ordenadamente una por una las causas, después de lo cual, en caso de negatividad, entraremos en el terreno propiamente psico-neurótico, o, el de las llamadas enuresis psicógenas, que es el que vamos a analizar en el cuadro N° 2.

Antes de seguir debemos aclarar que las causas orgánicas pueden co-ayudar a una enuresis psicógena y, en muchos casos, el tratamiento orgánico, debe ser seguido por la psicoterapia correspondiente.

Cuadro N° 2

ENURESIS PROPIAMENTE TALES, O DE CAUSA PSICOGENA

- A) Con retraso intelectual.
- B) Con alteraciones del carácter:
emotivos
indiferentes
asténicos.
- C) Con alteraciones de la personalidad:
perversos
histéricos
neuróticos (masturbación incompleta)
epilépticos (como equivalentes)
simuladores.
- D) Causas circunstanciales:
a) Contagio colectivo en los internados o colegios;
b) Estados emotivos bruscos.
- E) Otras causas.

Colocamos aquí entre otras:

- a) Errores pedagógicos;
b) Como respuesta de desadaptación a un ambiente desfavorable u hostil;
c) Como respuesta de desadaptación a un ambiente recargado de mimo.

No perdiendo de vista el tratamiento, hacemos frente a toda enuresis que nos consulta, un tratamiento standard, mientras investigamos la causa o las causas etiológicas.

Este tratamiento standard consiste:

- 1) Supresión de líquidos desde las 4 de la tarde, en la alimentación del niño.
- 2) Abrigo conveniente, tanto de los vestidos como de la ropa de cama.

3) Hacer orinar al niño antes de acostarse, e iniciar la investigación del ritmo horario nocturno, mediante despertadas cada 1, 2 ó 3 horas (según sea el ritmo individual), de manera que encontremos siempre seco el lecho del niño antes de cada despertada.

Una vez conocido este ritmo, se va alargando poco a poco, hasta restituirlo a lo normal. (En esta parte del tratamiento va ayudada por la correspondiente terapia etiológica, según los casos).

4) Debe añadirse a esto una actitud de indiferencia emocional (insistir ante los padres esta actitud). No debe castigarse al niño, y tampoco ofrecerle premio. Debe insistirse sobre la necesidad urgente que se reintegre a una actitud de adaptación social como el resto de las personas o niños con los cuales convive.

La vigilancia de su horario nocturno no debe hacerse de una manera ostensible, ni que sea captada por el niño en un sentido de preocupación especial para con él. En los niños neuróticos especialmente, este constante estado de preocupación exagera los síntomas, o bien los hace reproducirse cuando se ven abandonados.

5) En muchos casos indicamos levantar la cama del lado de los pies, de manera que su cabeza quede más baja que los pies.

6) Hacer tomar parte al niño en la terapia, de una manera activa, mediante un calendario que colocará en la cabecera de su cama, y sobre el cual tendrá la obligación de pegar personalmente un círculo de papel rojo, la noche que no se orine, y un círculo de papel negro la noche que moje la cama. Este calendario será exhibido en la cabecera para observación de toda la familia, pero prohibiendo a ésta que haga burla o comentario jocoso al respecto, pero sí que manifieste deseos que el niño se reintegre pronto a una vida normal.

7) Acompañamos en los casos de niños muy inestables o nerviosos un papelillo, antes de acostarse, de luminal de 0.02 gr. con bromuro de potasio 0.20 gr., que puede repetirse en el día una vez más, con intervalos de 12 horas entre cada papelillo.

Una vez hecha esta terapia standard, por lo menos una semana o más, se agregan estímulos psicógenos más fuertes, como es la inyección de sustancias dolorosas por vía intragástrica. Nosotros hemos usado con bastante éxito el hip-

sulfito de magnesio al 10 %, que se encuentra en el comercio bajo el nombre de "Emge" "Lumiére", pero insistimos que su efecto especial debe ir acompañada de los estímulos emocionales apropiados. Ponderando el dolor, momentos antes de poner la inyección y aprovechado el estado emocional que acompaña al dolor para hacer psicoterapia simple, alusiva al síntoma.

Es preferible que esta inyección se coloque en el Hospital o Servicio médico correspondiente, porque, generalmente en familia, no faltará una persona que consuele al niño, y ofrezca recompensas o equivalentes afectivos, que echarán a perder toda la psicoterapia.

Tenemos un caso que con la cuarta inyección de "Emge" habíamos conseguido un éxito completo, por lo cual la madre (que era enfermera) solicitó, para mayor comodidad, poner la inyección en la casa, por sus propias manos. En este momento perdió toda su eficacia terapéutica, pues, su madre prevenía al niño, casi de una manera inconsciente, que la inyección no sería dolorosa, con el fin de evitar que llorara.

Hemos abandonado la práctica de las inyecciones epidurales, que muchas veces actuaban por este mismo mecanismo, y que no dejan de constituir un peligro, por infecciones secundarias del canal medular.

Hemos visto que la mayoría de los casos cede a procedimientos más simples, siempre que se encuentre el mecanismo orgánico y psicógeno que ocasiona la enuresis.

Los tratamientos psicoterapéuticos propiamente dichos se hacen en los casos en que la enuresis es un síntoma de manifestación de un conflicto entre el yo interno del niño y el medio ambiente.

Los principios básicos de la psicoterapia son aquí tres:

1) Explicar al niño con términos apropiados y simples para su edad, la situación que provoca su síntoma y hacer con él planes para su comportamiento futuro.

2) Hacer consciente los conflictos inconscientes del niño, mediante cualquier método, ya sea la conversación terapéutica, la interpretación de dibujos espontáneos, la dramatización de sus conflictos mediante juegos con muñecas o juguetes que representen su familia e incluso el propio niño, o bien actuando más profundamente, mediante una exploración psicoanalítica, con interpretación de sueños, etc., o sea, el método clásico de Freud, que hemos realizado con todo éxito

en niños ya mayorcitos, siempre que se disponga de tiempo suficiente y el niño sea lo bastante inteligente, para que su colaboración sea eficaz.

3) La tercera condición para toda psicoterapia es la de hacer intervenir al niño de una manera activa en el proceso terapéutico (ya hablamos anteriormente de los calendarios), o bien, haciéndolo interpretar sus dibujos espontáneos o interviniendo como actor principal en pequeños juegos con muñecos o animales de trapo, que es lo que usamos en el Servicio de Neuro-Psiquiatría.

La segunda parte del tratamiento psicoterapéutico está destinado a los padres del niño o sobre el ambiente en que actúa, lo cual condiciona el éxito si colaboran en forma favorable; de lo contrario (ya sea por exceso de mimo, o por falta total de afectos), un ambiente desfavorable hará fracasar toda terapia, si no se procede al alejamiento más o menos prolongado del niño o el cambio definitivo de las condiciones primitivas.

Estos son los casos en que la simple hospitalización termina con una enuresis más o menos rebelde. Como ejemplo citaremos de pasada las observaciones Nos. 10900, 4599 y 21428, en que la hospitalización por sí sola determinó la desaparición de la enuresis, sin alcanzar a iniciarse ninguna terapia. En el primer caso se trataba de un niño de 10 años, que provenía de una familia que no tenía nociones de pedagogía infantil y lo mimaba en exceso. Se hospitalizó en el Servicio de Medicina por espacio de 10 días, sin presentar ni una sola vez enuresis nocturna. Una vez llegado a casa se mantuvo 2 ó 3 días sin enuresis, pero recidivó al notar que su actitud normal, disminuía las preocupaciones especiales que una tía suya tenía por él.

Este pequeño obligaba a levantarse 4 ó 5 veces en la noche a la tía, y luego declaraba no tener deseos de orinar y, por último, se orinaba en la cama, cuando el sueño y el cansancio vencían a la pobre tía. Esta familia, aunque era víctima de los caprichos del niño, no supo asimilar los consejos ni las indicaciones precisas, por lo que fué necesario cambiarlo de ambiente en forma temporal. En casa de otros parientes llegó a pasar 3 meses sin orinarse ni una sola vez. Seguimos su control en la Policlínica.

Los otros dos casos de hospitalización (Obs. 4599 y 21428) fueron de éxito absoluto y sin recidivas al volver al ambiente primitivo.

También, refiriéndonos al ambiente, vamos a considerar los problemas que se suscitan tan comúnmente en los Internados, Hogares para niños o niñas.

En estos casos hay que considerar primero los casos individuales, ya sean formas orgánicas, o bien, psicógenas y, por último, una parte especial que es el contagio colectivo por una parte, y la desadaptación ambiental por otra.

Nuestra experiencia se reduce a la observación de dos grupos de casos. Uno, el Internado de Niñas de la Escuela de Desarrollo, y el otro, el "Hogar de Prisiones".

En el primer caso se trataba de 40 niñas que presentaban en un comienzo enuresis casi la totalidad. En un principio podía creerse que era debido al retardo mental, pues en calidad de tales se habían agrupado en la época de formación de dicho Internado. Pero este retardo era en realidad muy leve. Se trataba más bien de problemas de conducta, de niñas que pertenecían a la antigua Casa Nacional, las cuales no se pudieron ubicar en colocaciones familiares, a causa de su comportamiento insoportable. Estas 40 niñas habían conocido dos etapas educacionales. La primera, de severas restricciones, en el período de las Monjas, y la segunda, de libertad educativa. Ambas actitudes educacionales no habían ejercido en ellas influencia favorable, como la mayoría de los asilados de la Casa Nacional. Siguieron constituyendo un gran problema.

En los primeros días de llegada al Internado de Niñas protestaron en forma violenta, de lo que a ellas les parecía un nuevo encierro, pues en las colocaciones familiares podían ir al cine, etc. Manifestaron sus protestas tratando de arrancar, o bien lanzando objetos por las ventanas (roperos, sillas, etc.). Muchas de ellas eran enuréticas y encopréticas.

Antes de preocuparse de la enuresis, pues era uno de los problemas menores, se organizaron grupos familiares, compuestos por maestras, a la cual llamaban "mamá" y con la cual compartían el trabajo del día, el dormitorio en la noche, las audiciones de radio, y aun las salidas a la calle a compras y al cine, tratando siempre de dar al grupo una actitud propia de un ambiente de tipo estrictamente familiar.

El problema de estas niñas consistía exactamente en la carencia de sentido familiar. Los grupos eran reducidos, de 5 a 6 niñas a lo más. También se intervino en su aspecto y cuidado personal. Las camas se arreglaron con vistosas sobrecamas, de un color determinado para cada grupo familiar.

Se les hizo hincapié en la propiedad casi personal de dichas camas, que les servirían para largos años y se les pidió, en forma personal a cada una, que cuidaran de ellas en forma especial. Al cabo de dos meses, la readaptación había surtido tales efectos, que no fué necesario usar tratamiento para la enuresis, pues de las enuréticas del comienzo sólo quedaron 4 niñas. De estas últimas, una sufría de una nefropatía crónica, otra era epiléptica y las otras dos eran las de cociente intelectual muy bajo.

Esta curación colectiva, sólo debida al cambio de ambiente, que solucionó los conflictos de estas niñas, nos ha sido posible seguir observándolas desde hace más de dos años, no apareciendo nunca más en ellas la recidiva, ni siquiera ocasional de una enuresis.

No eran adolescentes.

Vamos a analizar ahora el problema del "Hogar de Prisiones" y también de un grupo del antiguo "Hogar San Martín", que ahora está disuelto. En estos dos grupos fracasaron totalmente todas las indicaciones terapéuticas.

1) Por falta de personal que vigilara y cumpliera las indicaciones en forma continuada y responsable.

2) Por ser un ambiente muy pobre, económica y afectivamente.

3) Por estar todos los niños descontentos en el establecimiento.

4) Por tratarse de niños desadaptados gravemente con el medio social. Eran niños recogidos por vagancia, pequeños delitos, orfandad, destrucción del grupo familiar por delitos graves de uno de los padres (en su mayoría homicidios, etc.), lo que condicionaba en ellos neurosis graves y abandono afectivo casi absoluto.

Pasaremos ahora a relatar algunas observaciones recogidas en el Hospital Arriarán, como ejemplo de lo anteriormente expuesto, y que nos servirá para insistir en los principios básicos de la terapia de la enuresis.

Se trata aquí de dos hermanos. Observación N^o 24937 de Isabel y Observación N^o 20138 de Francisco.

Obs. 24957. — Isabel de 5 años de edad, que consulta por enuresis nocturna ocasional. Su desarrollo psicomotor es normal, el control esfinteriano diurno y nocturno al año y medio de edad y sólo desde hace un año presenta esta enuresis nocturna en forma ocasional. Agotados todos los antecedentes y siendo toda su historia clínica y neurológica negativa, y no existiendo con-

flictos graves de la niña con el ambiente, logramos precisar que: por razones económicas familiares, la niña, desde la época de iniciación de su enuresis, comparte la cama con su hermanito de 8 años. Este hermano es también enurético, pero su enuresis tiene el valor de un equivalente epiléptico, pues sufre también de ataques convulsivos.

El problema de Isabel es más sencillo. En primer lugar, la enuresis del hermano es un ejemplo constante de preocupación de la madre en forma exagerada por el niño. La terapia se reduce a darle una cama individual, exagerando el cuidado y aseo que se debía mantener con ella; en segundo lugar, se le advirtió que su madre le tendría mucho más cariño que al hermanito y ella era una niña limpia, y en tercer lugar, se le regaló un calendario, el cual tendría la obligación de llenar cada día con un círculo de papel rojo si no se orinaba y con un círculo de papel negro, la vez que mojara la cama. Se exageró la importancia de un calendario completamente rojo, que me tendría que exhibir al final de un mes, etc., etc.

El efecto pudo comprobarse a través de la evolución. Sólo presentó enuresis los primeros días de iniciada la terapia, después desapareció totalmente, sin tener que recurrir a ningún tratamiento médico. Lleva en la actualidad un control de 8 meses, con resultados ampliamente satisfactorios.

Agradecemos aquí la colaboración del Servicio Social, que ayudó a la adquisición de una cama para la niña.

La Obs. 20138 corresponde al hermano Francisco, de 8 años. Este niño sufre de ataques convulsivos de tipo tónico-clónico desde los 4 años de edad. Un electroencefalograma indica epilepsia idiopática. Su inteligencia es de desarrollo normal. Los ataques han sido influidos muy favorablemente por la terapia anti-convulsivante, presentándose ahora en forma muy alejada y con poca intensidad. Se puede observar a lo largo de la evolución de este caso, que la enuresis está en relación con los períodos de ataques convulsivos, exagerándose una semana antes que éstos aparezcan y prolongándose por un tiempo variable, después que han pasado las crisis. La enuresis cede en este niño, aumentando la dosis de luminal, pero no desaparece completamente, pues recidiva periódicamente, con un ritmo casi paralelo a los estados convulsivos. No ha reaccionado al tratamiento standard de la enuresis, ni a la psicoterapia que se hizo en forma paralela con la de la hermana. Por esta razón un caso sirvió de control para el otro y para probarnos de una manera fehaciente que el síntoma es posible curarlo, sólo una vez que se conozcan perfectamente los mecanismos de producción.

Caso N° 3. — Se trata aquí de una forma más compleja de enuresis. Obs. 22742. Osvaldo, de 7 años.

Un niño con antecedentes de tuberculosis pulmonar en regresión, de inteligencia normal, algo obeso, con tendencia al empastamiento generalizado, cabello

algo escaso. Sufre a esta edad un traumatismo craneano en la región occipital, que no alcanza a producir fractura ni compromiso del encéfalo, pero que deja un estado de astenia post traumática, que se prolongó por cerca de un mes. Conjuntamente con este estado asténico, se presentó enuresis nocturna, siendo que anteriormente había controlado sus esfínteres de una manera normal desde los 2 años y medio, salvo contadas excepciones de enuresis nocturna ocasional.

No reaccionó al tratamiento standard, pero la enuresis pasó con la administración de extracto tiroideo en la dosis de 0,01 gr., 2 veces al día, por espacio de 10 días, descansando 15 días y volviendo a repetir las curas en 3 ocasiones más. La enuresis desapareció con la administración de los primeros papellitos, pasando hasta 6 meses más tarde sin presentarse, aunque por esta época no se hacía ya el tratamiento tiroideo. Sólo recidivó, aunque esporádicamente en ocasión de un estado gripal, con gran baja de las defensas y mal estado general. Se volvió a repetir la cura, esta vez sólo por 10 días, y no ha vuelto a presentar enuresis. Lleva de control cerca de 2 años en el Servicio.

Caso N° 4. Observación 14575. Rosenda, de 13 años. Aquí se trata de una niña de desarrollo somático y de inteligencia normal, que presenta en forma ocasional enuresis y encopresis, en forma caprichosa. Su control esfinteriano fué normal a los 2 años, pero presentó encopresis y enuresis a los 3 años, por un periodo corto de tiempo. Esta desapareció al cabo de algunas semanas, para reaparecer y volver a desaparecer, en forma totalmente irregulares y discontinuas.

El examen de la región ano genital es normal. El resto del examen físico y del neurológico es negativo. Logramos investigar que la niña tiene un gran conflicto con su padre, el cual es de un carácter exageradamente irritable y manifiesta en todo momento desgato por la niña, a la cual no cree su hija. La niña experimenta verdadero terror por su padre. Este conflicto se agrava por la existencia de otros hermanos que son normales y favoritos del padre.

Agotadas las investigaciones desde el punto de vista orgánico, iniciamos la terapia standard, que no dió resultados, seguimos con los estímulos más intensos (inyecciones de "Emgé"), la cual dió una leve reacción, pero que duró sólo unas pocas semanas, recidivando en la misma forma que antes. Insistimos en el cambio de ambiente y logramos hacer salir de la casa a la niña. Esta volvió al cabo de 3 meses, declarando su madre que en la casa de los parientes no había presentado ni una sola vez sus síntomas.

Sólo la pudimos controlar 6 meses más tarde, comprobando que seguía en buenas condiciones. La hemos perdido de vista, pues está en un pueblecito del sur del país. Sin embargo, tuvimos el tiempo de control suficiente para comprobar que los síntomas han desaparecido por primera vez por un periodo tan prolongado de tiempo.

Otro punto que vamos a abordar, aunque de una manera ocasional, es el problema de la enuresis en los niños retardados mentales. Nuestra experiencia se basa en la observación de cerca de 300 niños de la Escuela Especial de Desarrollo, a lo largo de 3 años. La frecuencia de la enuresis está en cierto modo en relación con el grado de retardo mental, pero, sólo de una manera relativa, pues influye también la condición social y económica del niño retardado mental.

En niños de situación acomodada, en que hay una persona especial dedicada a su cuidado, puede observarse en muchos de ellos, la adquisición del hábito, aun con un cociente muy bajo de desarrollo intelectual; en cambio, en niños proletarios, casi totalmente abandonados por sus padres, es corriente observar la enuresis hasta edades avanzadas, a pesar de tener un cociente intelectual levemente bajo.

Esta experiencia se refiere a niños retardados, pero con un coeficiente susceptible de educación, como todos los alumnos de la Escuela, los cuales fluctúan entre 40 a 85 de la Escala de Binet-Terman. En estos niños encontramos un 20 % de enuresis, la mayoría de los cuales reaccionó al tratamiento, aunque en una forma más lenta que los niños normales.

Un último punto, al que queremos referirnos, es al hecho clínico, que la mayoría de las enuresis pasa al llegar el niño a la pubertad.

Este hecho de todos conocido, nos ha llamado la atención sobre la posible intervención que pueda tener el desarrollo gonadal sobre la enuresis, ya sea actuando directamente sobre ella, o bien, indirectamente al intervenir sobre el desarrollo general del niño, tanto somático como intelectual. Entraríamos de lleno con esto al complejo problema de la adolescencia, que nos obligaría a alejarnos del tema.

Ateniéndonos a este hecho común, ya mencionado, debemos agregar que no tenemos experiencia sobre la intervención de las hormonas gonadotrópicas en el síntoma enuresis. Por lo demás, su manejo es peligroso, pues sus efectos sobre el organismo del niño serían más trascendentales que la persistencia de un síntoma, que como ya lo hemos dicho, tiene múltiples maneras de tratarse, y el éxito terapéutico depende sólo de un estudio minucioso y sistemático de los factores etiológicos y de la aplicación muy estricta e inteligente de la terapia.

SUMARIO

1) Se ha dividido por razones puramente terapéuticas, en incontinenencia esfinteriana a las enuresis de causa orgánica y en enuresis propiamente tales a las de causa psicógena.

2) Se muestran cuadros de las clasificaciones respectivas.

3) Se indica una terapia standard, frente a todo síntoma de enuresis, mientras se investigan las causas etiológicas. Después se sigue el tratamiento correspondiente de acuerdo con los hallazgos clínicos y de laboratorio.

4) Se recalca la necesidad que existe muchas veces de combinar una terapia orgánica junto con la psicoterapia.

5) Se hace psicoterapia una vez que se hayan descartado totalmente las causas orgánicas.

6) Las bases fundamentales de la psicoterapia parten del hecho que la enuresis sea un síntoma expresivo de un conflicto del yo interno del niño, con el medio ambiente.

Se actúa sobre el niño en tres formas: 1) Conversando con él y explicándole su situación, con términos apropiados a su edad. 2) Se hacen conscientes sus conflictos subconscientes, mediante cualquiera de los procedimientos psicoterapéuticos usuales, y 3) Se hace participar al niño en forma activa en la terapia.

7) En un segundo aspecto, la psicoterapia se refiere a la acción sobre el ambiente y sobre los padres, indicando en todo caso indiferencia emocional, para cooperar en el tratamiento. No se debe actuar con castigos ni con promesas de premios, etc.).

8) Se indica hospitalización o cambio de ambiente, para iniciar la terapia en los casos de ambiente desfavorable. (Ya sea por falta absoluta de afectos o por exceso de mimo, que impide una colaboración eficaz).

9) Se hace referencia al problema de la enuresis en los Internados u Hogares para niños. Se explican los motivos de éxito y los fracasos de la terapia en estos casos.

10) Se relatan 4 casos clínicos especiales, para corroborar lo expuesto con anterioridad y puntualizar algunos detalles en la práctica clínica.

a) La primera observación se refiere a un caso sencillo de enuresis por contagio, que se trató con psicoterapia simple.

b) La segunda observación se refiere a un hermano

del caso anterior, que al mismo tiempo sirvió de control del tratamiento del primero y que sólo reaccionó a la terapia específica de su enfermedad fundamental (en este caso una epilepsia).

c) El tercer caso se refiere a un niño que sólo obedeció al extracto tiroideo, pues correspondía a un tipo constitucional hipotiroideo, aunque no bien típico.

d) El cuarto caso se refiere a una niña con una neurosis grave de tipo ambiental, que mejoró con el cambio de ambiente.

11) Nos referimos de una manera general a la enuresis en los niños retardados mentales. Se encontró un 20 % en los alumnos de la Escuela de Desarrollo. La enuresis en ellos está en relación con el grado de deficiencia mental, de una manera relativa, pero también influyen las condiciones socio-económicas.

12) Nos referimos, por último, a la acción de la pubertad, en la curación espontánea de la enuresis en la mayoría de los casos, y la probable acción de las hormonas gonadotrópicas sobre este síntoma.

SUMMARY

The author starts his article with a general consideration of enuresis. A classification in organic and psychogenic causes is presented. Four cases are reported.

A study performed in a mental retarded school, enuresis was found in 20 per cent. Mental deficiency and social economic conditions are discussed.

The author stresses the importance of psychoterapy combined with usual treatments.