



Experto en psicología clínica y psicoterapia infantil



www.isfap.com – info@isfap.com

TEMA XIII. ENURESIS Y ENCOPRESIS

Introducción

El nombre de enuresis viene a indicar la ausencia de control con respecto de la emisión de orina, bien ya sea tanto de día como de noche. En principio es de carácter involuntario; se mantiene o se precipita cuando ya se ha adquirido la madurez fisiológica, considerada habitualmente cercano a los tres años (no hay que tomarlo de una forma literal).

La enuresis puede ser primaria (la connotación que lo acompañará será el retraso en manifestarse el control esfinteriano) o secundaria, aparecer o, en su caso, reaparecer la enuresis tras un tiempo más o menos largo de control. Para Hallgren hay enuresis secundaria cuando antes de los 4 años el niño ha estado sin mojarse durante un año o más sin interrupción. También, con términos similares, son denominadas enuresis continua e intermitente, respectivamente.



La enuresis primaria es la más habitual. Hallgren lo señala con un 85% de los casos. Para Schachter y Corre alcanza el 97,93 %. En cambio, para Lunay y Fyol llega al 75%. Duché

matiza en este síntoma:”la enuresis como un defecto de crianza. La enuresis aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados”. La distingue de una enuresis a la que da el nombre de congénita, que es “resultante de una alteración del ritmo urinario”. Postula su tesis en “numerosas observaciones que demuestran que, de saber sorprender al niño en cada micción, no tardaría en llegar a la fase en que prefiere estar seco a estar mojado.../... “. Haciendo una valoración de sus trabajos, al igual que los de Wertheimer, alcanza a sostener que si el niño se moja es porque “quienes le rodean no han aprendido su primitivo lenguaje. Se moja porque no se le comprenden y se le obliga a mojarse. Mas no lo hace sin protestar, sino que grita”. Duché señala su comprobación acerca de que en la micción infantil se produce cuando el niño se encuentra en estado de vigilia.

Por su parte, la enuresis secundaria es menos frecuente, en referencia a la comparativa con la enuresis primaria; En cualquier caso, son variables los índices que aportan los distintos autores, (en dependencia de las edades observadas en el estudio) donde oscila entre un 21 y 58%.

Schachter hace referencia a la enuresis tardía, en los niños ya mayores. Denuncia que se precipita en niños con medios económicos modestos. También suelen presentar dificultades escolares y trastornos del comportamiento.

Si tomamos como medida el ritmo nictemeral, la enuresis puede tomarse como enuresis nocturna independiente, diurna independiente y diurna-nocturna. Hallgren señala la siguiente estadística:

Enuresis nocturna independiente: 65%.

Enuresis nocturna y diurna, 32%.

Enuresis diurna, 3%.

Casi todos los enuréticos, especialmente los enuréticos primarios, mojan su lecho casi todas las noches o todas. Según Hallgren, tan sólo un 14% no lo mojan sino una vez a la semana o menos.

Casi todos los niños enuréticos, los llamados primarios, mojan la cama casi todas las noches o todas. Para Hallgren, solo un 14% lo mojan una vez a la semana o menos.

Para M y N. Soulé, el ritmo enurético es variable. Distinguen:

- Enuresis cotidiana.
- Enuresis irregular, fundamentalmente cumplidos ya los 8 años.
- Enuresis intermitente, transitoria y con largos intervalos secos. Cuando se da este caso hay que consultar a la familia sobre la posible transformación de su ambiente.
- La enuresis episódica, episodio corto y raro – a veces de solo dos o tres -. Pueden ocurrir estos casos con ocasión de una epilepsia infantil, al escindirse una familia, al llevarlo a un internado, por estar inquieto (ante un examen, por ejemplo), o coincidiendo con el inicio de un proceso psicoterapéutico

Con respecto al diagnóstico diferencial, se establece ante la ausencia de control urinario, lo cual empuja a crear la hipótesis de la existencia de una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por una inflamación. Pero digamos que hay enuresis cuando la emisión es involuntaria e inconsciente, y, para diferenciarlo, hay incontinencia en la medida en que la emisión de orina es involuntaria pero consciente; cuando tras los intentos del sujeto por retener resultan infructuosos resultando las micciones anormales.

M y N. Soulé distinguen entre los dos términos aportando a cada uno un significado patológico concreto para evitar tal confusión, no empleando, por ejemplo, los términos de “incontinencia de orina” por “enuresis diurna”, prescindiendo incluso de la expresión de “enuresis orgánica”, aún cuando dicha distinción parezca formal.

Launay matiza que “la mayor parte de polaquiurias que coinciden con una enuresis nocturna son independiente de cualquier lesión orgánica o metabólica y no se entienden sino con intervención del sistema nervioso (hiperexcitabilidad neurovegetativa, participación de la emoción, proceso psicógeno con factores obsesivos básicos)”. Sea lo que fuere cuando la polaquiuria y la enuresis nocturna e imperiosa necesidad de orinar durante el día van unidas, es más que conveniente un examen para eliminar o detectar posibles indicios de una afección urológica.

Con respecto de las causas de la incontinencia, podemos apuntar varias. Cuando aparecen sin llamar la atención pueden confundirse con la enuresis, al menos en los siguientes casos:

- Poliurias de afecciones del metabolismo, entre las que destaca la diabetes mellitus.
- Afecciones urológicas o renales producidas por una irritación o una infección (cálculos vesicales, cistitis aguda o crónica, uretrotrigonitis crónica de la niña), o de malformación congénita (falta de control del esfínter provocada, por ejemplo, por abocamiento ectópico de una uretra supernumeraria).
- Trastornos neuromusculares relacionados con lesiones adquiridas de la medula espinal o con afecciones congénitas.

Para abordar el problema de la enuresis es preciso abordarlo en unión de la evolución de la función esfínteriana junto con la evolución de la personalidad en su totalidad y en un contexto dado (medio cultural concreto).

La micción es mecánica. El control de la micción es un mecanismo funcional que se modifica en un comportamiento con la travesía de lo automático a lo voluntario, en su sentido exacto fisiológico.

La micción tiene sus reglas fisiológicas donde podemos tomarlas como automáticas. El control de la micción conlleva:

- Un aprendizaje a partir de cierto grado de maduración funcional que a su vez es condición de control.

-El querer o no querer adecuar un sistema fisiológico relacionado a unas normas culturales, relacionado directamente con los padres.



- El valor consciente e inconsciente concedido a la función primera, que depende de las tempranas catexis de dichos aparatos o de su utilización funcional como placer funcional, como temor o forma de obrar contra otro como búsqueda de afecto o reivindicación.

Ubicación de la enuresis

La preocupación de los padres por el niño que tiene problemas de control de la micción no es un tema característico de la civilización occidental, así como tampoco es resultado de las exigencias culturales del mundo actual. Existe comprobación de estas

preocupaciones en otros pueblos de civilizaciones distintas y primitivas, actualizadas por estudios prehistóricos y por observaciones antropológicas actuales.

El problema de la enuresis existe desde siempre, desde que el hombre primitivo salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpia su hábitat más cercano y, por tanto, de regular sus funciones eliminatorias.

Una de las primeras alusiones al tema la encontramos en el Papiro de Eben que data alrededor de 1500 A.C. (Glicldich, 1951). En este escrito, se describe el síntoma y se recomienda como tratamiento una cocción de hierbas.

Pablo de Aegina, médico bizantino del siglo VII D.C., precisa como origen de la “incontinencia de la orina” a la relajación de los músculos del cuello de la vejiga. El tratamiento recomendado son tónicos con aplicación local de calor.

Paulus Bagellardus, en 1472, autor del primer libro conocido sobre enfermedades infantiles, se reafirma bajo los conceptos de Pablo de Aegina. Realiza algunos suplementos respecto a recursos terapéuticos; por ejemplo, cuidar a los niños del frío, hacerles practicar ejercicios y evitar tensiones mentales en los infantes como la rabia o la tristeza

El inglés Thomas Phaer en su “Boke of chyldren” (1554), aborda el trastorno de forma parecida a sus antecesores.

Hasta fines del siglo XVII es habitual en todos los autores que abordaron la temática la mezcla más o menos indiscriminada de medidas prácticas con alguna base racional y de fórmulas curativas de corte mágico. En el siglo XVIII emergió la patología celular, cuestión que facilitó que tanto la interpretación como el tratamiento de la enuresis fuesen más racionales. Fueron aproximaciones, sin serlo, al rigor científico.

La Pediatría se constituyó como especialidad médica en el siglo XIX, e hizo que se multiplicasen los trabajos sobre la enuresis, a pesar de que los conocimientos fuesen

escasos lo que dio lugar a una variedad de consejos acerca del tratamiento. Los elementos que se aportaban como facilitadores del síntoma eran numerosos y de diversa naturaleza; desde trastornos de la inervación, lesiones locales del tracto urinario, a sueños excitantes, a la influencia de la herencia, o de factores irritantes externos e internos (tales como las enfermedades de otros órganos), e incluso a razones del sueño muy profundo. Conviene realizar la consideración que la neurosis era considerada como factor etiológico, teniendo en cuenta que entonces se la tomaba como enfermedad nerviosa orgánica.

Enuresis

En la actualidad, se diferencian dos tipos de pérdida involuntaria de la orina:

1. La incontinencia, resultado de una lesión orgánica local o general.
2. La enuresis, trastorno nocturno provocado por causa psíquica. Dejados a un lado los factores orgánicos condicionantes de la incontinencia, que constituyen el 5.15% de la totalidad de los casos de pérdida involuntaria de la orina, podemos abordar el trastorno ya bajo el término de una enuresis.

Todos los estudios realizados contemporáneamente que han tratado la enuresis coinciden en señalar el origen psicógeno del síntoma. En cambio, los mecanismos de acción de los factores psíquicos desencadenados no están suficientemente aclarados y no existe un criterio común para su consideración.

Como inicio para el estudio de la enuresis conviene establecer una distinción entre la enuresis continua, en la que nunca se estableció un control vesical, y la enuresis intermitente y tardía, en la que se rompe el control vesical una vez que ya se había alcanzado.

En la primera condición (enuresis continua), el factor psíquico interviene tempranamente e interfiere en la maduración neurológica de tal forma que impide que el control se llegue a establecer. En la segunda (enuresis intermitente), la maduración se ha completado y la interferencia posterior viene a quebrar un patrón ya se había alcanzado.

La maduración neurológica tiene un papel decisivo en el establecimiento de la enuresis, continua e intermitente. Por ello, conviene que abordemos inicialmente las fases del desarrollo del control vesical automático y voluntario.

La maduración neurológica de la innervación vesical atraviesa tres fases:

A. Una primera etapa medular-refleja, durante los primeros doce meses de vida. Esta micción automática es parecida a la de los adultos lesionados, aquellos que por el efecto de una enfermedad o de una intervención quirúrgica forzaron la interrupción de la comunicación nerviosa entre la médula y los centros superiores de control.

B. La segunda fase es de control incipiente. Abarca desde los doce a los dieciocho meses de edad del niño. Los intervalos entre micción y micción son más largos por la mayor acción capacitativa de la vejiga. La progresiva mielinización neuronal establece un nexo entre la corteza cerebral y los centros medulares. Dicha conexión capacita neurológicamente al niño para iniciar voluntariamente la micción y, correlativamente, para inhibirla. Este control solo se hace efectivo más tarde, una vez que el niño está psicológicamente maduro para llevarlo a cabo de forma consciente. Al principio cuando orina, percibe que se moja, aunque no puede evitarlo. Hacia el final de este periodo puede relajar ya el esfínter y orinar cuando desea, aunque no tiene aún capacidad psicológica para la inhibición voluntaria.

C. La última fase es en la que comienza el control voluntario. Se inicia alrededor del año y medio. A partir de este periodo, sin que se halle un nuevo progreso en la maduración neurológica, el niño adquiere la capacidad de retener voluntariamente la orina (logro psicológico, no fisiológico). El niño puede ahora elegir durante el día, dentro de ciertos

límites, el momento y el lugar para orinar. En este periodo, pues, puede iniciarse la educación vesical.

La conciencia nocturna se alcanza una vez que se ha establecido el control diurno. En el establecimiento del control nocturno intervienen procesos madurativos similares a los del control diurno, con una mayor complejidad, en la medida en que el mantenimiento



de la inhibición cortical es más difícil durante el sueño que durante el día. El dormir limita la actividad de la corteza cerebral. Se eleva el umbral de los reflejos somáticos voluntarios y descende el de los reflejos autónomos. Pero ciertas áreas de la corteza que

controlan funciones vegetativas quedan en actividad durante la noche y otras, en estado de alerta, pueden ser activadas por estímulos específicos sin que el sueño quede trastornado. Algunas de estas áreas tienen como función concreta el control de la micción nocturna, en definitiva, una función inhibidora vesical. La acción conjunta de la maduración neural y del aprendizaje diurno determina el establecimiento de esta función. Con la maduración progresiva va aumentando también la capacidad de las áreas que quedan en estado de actividad o de alerta durante el sueño.

Cuando se da que un niño es continente durante el día, y en cambio incontinente en la noche, la situación es la que sigue: el centinela cortical nocturno no opera. La presión

intravesical puede acercarse al umbral o alcanzado sin que el centro entre en acción. El niño se orina y aunque siente cierta perturbación, le permite seguir durmiendo, aunque se encuentre mojado.

Cuando las influencias corticales se hacen más potentes, el centinela nocturno entra en funcionamiento bastante antes que se alcance el umbral para la micción. Ésta se inhibe y si la presión vesical aumenta, el sueño se hace progresivamente más superficial hasta que el infante se despierta, percibe la urgencia de orinar y se levanta.

Como resultado del crecimiento anatómico y de los efectos de la actividad cortical inhibidora sobre el tono muscular de la pared de la vejiga, la capacidad vesical es mayor. Por fin, la tolerancia vesical aumenta hasta dejar que el niño duerma durante toda la noche sin mojarse y sin despertar.

Dentro de las condiciones de desarrollo tomadas como normales, ciertos estadios de maduración neurológica se corresponden con otros tantos estadios del desarrollo psicosexual y de las relaciones de objeto. La fase psicosexual en la que comienza normalmente el control vesical es la uretral, periodo transitorio entre la fase anal y la fálica. Intercalado entre una y otra, está íntimamente asociado a ellas. El paso de este periodo al siguiente es rápido y la transición, imperceptible, ya que ayuda el hecho de que la zona erógena sea en ambos la misma.

Dentro de las causas que originan la enuresis, encontramos diversos enfoques. Unos apuntan a ciertas condiciones ambientales patológicas, fundamentalmente fallas en la relación madre-hijo, que tienen la capacidad de interferir en el progreso de la maduración y el logro del control. Otros autores, en cambio, sostienen que la enuresis se debe exclusivamente a un retardo de la maduración probablemente hereditario. Para Esman (1977), los trastornos psicológicos encontrados en niños enuréticos serían una consecuencia secundaria de este retraso que en la mayoría de los casos se supera de manera espontánea. Relaciona el fenómeno con un trastorno madurativo

neurofisiológico del dormir, una dificultad de despertar de un sueño no REM. Postula su tesis apoyándose en la observación de que el número e intensidad de las contracciones de las paredes de la vejiga (detrusor) aumentan durante el sueño no REM y que los niños se mojan en este estadio del sueño. Subraya su afirmación apoyándose en la opinión de Broughton, para quien tanto la enuresis como el sonambulismo y el pavor nocturno del despertar se encuentran determinados por alteraciones en la neurofisiología del dormir.

Pero es Schaefer (1979) quien refuta esta teoría exclusivamente biológica en tanto la contradice el hecho de que los niños enuréticos tengan noches o periodos ocasionalmente secos. Postula que la ocurrencia familiar del trastorno se debe a la actitud parental. No cabe duda de que para el control vesical la maduración es una base indispensable, pero hay que remarcar que solo se alcanza a través de la aceptación e internalización de los deseos y prohibiciones de los padres, fundamentalmente transmitido por la madre. Por tanto, si la relación madre-hijo es inadecuada la tendencia es al fracaso. Una madre “bastante buena” consigue sin mayores dificultades que su hijo aprenda a dominar los esfínteres... y acepte separarse de sus excrementos. La importancia del afecto en este alcance está demostrada hasta en la atención hospitalaria. Christoffel, citado por Sperling (1965), describe la rápida desaparición de la neurosis en niños internados si se hace cargo de la sala una enfermera maternal.

La mayoría de los autores actuales conforma la idea de que la enuresis es una de las consecuencias patológicas de una falla de la relación madre-hijo en un momento del desarrollo temprano en que el Yo infantil en formación ya dispone de cierta capacidad defensiva. En cambio, no encontramos consenso en referencia al carácter de la falla ni tampoco está delimitado el periodo.

Un clásico como Winnicott focaliza la falla provocadora de la enuresis en el periodo denominado dependencia relativa; periodo en el cual aún se mantiene la dependencia sobre la independencia. Postula el trastorno de tipo destructivo, manifestación de una

tendencia antisocial que constituye una alerta, una llamada de ayuda a una madre poco



“dedicada”. La cama que el niño moja representaría a la madre, a quien exige el derecho de ser mojada como lo hacía de bebé al mismo tiempo que la agrede por no cobijarlo más como en aquel entonces.

Calef en 1980 apunta que la enuresis sería un equivalente funcional del fetiche. Sugiere que su mecanismo central es el mismo tipo de escisión del Yo que Freud describe para

el fetichismo; por tanto, de facto, lo incluye dentro de los trastornos edípicos. Para Calef esta escisión actúa en el campo del pensamiento dando lugar a una forma arcaica de pensar, no sólo está presente en el fetichismo, sino que también de forma universal, debiéndose a una falla de integración entre procesos conscientes e inconscientes o al derrumbe de una integración ya lograda. Se expresa a través de funciones yoicas deficientes: falla de la función sintética del Yo, percepción alterada y prueba de realidad defectuosa. La confusión resultante de estas fallas es habitual en enuréticos: es habitual que sueñen que están orinando despiertos y mojan la cama mientras duermen.

Calef articula la enuresis con el Complejo de Edipo del periodo fálico y por ende con la angustia de castración. La angustia de castración por miedo al castigo del padre rival se despliega al darse cuenta el niño de que las mujeres (ya sea la hermana o la madre), no

tienen pene, lo que aporta para él es la prueba fehaciente de la castración realizada. Recurre entonces a un objeto fetiche, que para el enurético estaría constituido por el chorro urinario mismo, y de esta forma asegurarse de que a él no le llega la castración. Posteriormente a ello, se añade la escisión que se produce entre el estado consciente e inconsciente facilitando el mantenimiento inconscientemente de la negación de un hecho conscientemente registrado.

Freud, en uno de sus últimos trabajos, había ejemplificado (la historia de un niño de entre tres y cuatro años) la creación de un fetiche para defenderse de la angustia y negar la castración. El niño, seducido tempranamente por una niña mayor, continuaba masturbándose una vez terminada la relación, lo cual le valió la amenaza de cortarle el pene. En la medida en que ya tenía un conocimiento del genital femenino favoreció la realidad de esta amenaza, alcanzando una angustia de castración intolerable. Esto le empujó a la creación de un fetiche con el objeto de negar la falta de pene en la mujer. La cuestión es que el fetiche solo no le alcanza para poder mantener la negación y tiene que sostenerla con la escisión del Yo, y además ayudándose del desplazamiento regresivo del miedo a otro peligro, uno oral: se tratará del miedo a ser comido por el padre. Freud ubica este proceso en el periodo fálico, considerándolo una salida patológica del complejo de castración edípico. Aunque destaca que estas defensas del fetichismo son mecanismos muy tempranos próximos a los de la psicosis y compara los efectos en uno y en otro caso. Clasifica, en cambio, el fetichismo como un trastorno de la organización genital plena.

En cambio, Laplanche y Pontalis (1967) consideran contradictorio e inapropiado ubicar el fetichismo dentro de los trastornos edípicos, por cuanto las defensas primitivas que utilizan lo asimilarían a los trastornos tempranos del desarrollo de la relación objetal, cercano a los trastornos psicóticos.

Anteriormente, Otto Fenichel (1945), que concuerda con el enfoque de Laplanche y Pontalis, matiza que el fetiche no es un símbolo verdadero del pene, sino que se trata de

una formación pre-simbólica, un equivalente simbólico. Esto parece apuntar a que la angustia de castración que lo crea incluye miedos más arcaicos y abarcativos y las formaciones que provoca pueden representar heces, orina y diversos objetos conectados con actividades pregenitales.

Greenacre aporta la distinción entre dos clases de angustia de castración. Permite integrar los diversos enfoques examinados y aplicar las aportaciones de Calef a un periodo evolutivo previo a la transición anal-uretral, periodo en el cual todavía prosigue el proceso de separación y aún no se elaboró el complejo de Edipo ni se estableció la relación objetal real.

Estos autores reconsideran ideas posfreudianas sobre el complejo de castración y sobre el Yo. Estas postulaciones señalan que tanto el miedo a la castración en el varón como la envidia del pene en la niña se ubican antes de la fase fálica, alrededor de los dos años. Ambos parecen estar interrelacionados con el narcisismo corporal, que en esta época se intensifica por el aumento de la catexia del cuerpo producida por el logro del movimiento independiente. El cuerpo en su totalidad se toma como posesión valiosa, pero se destaca la sensibilidad genital debido a la maduración neurológica de los esfínteres y las extremidades y la mayor visibilidad del pene con la bipedestación.

En sus postulaciones, se trata de un primer periodo de conciencia fálica durante el segundo año, menos intensa, pero con un parecido al de los 4 años. Aumenta el goce corporal acompañado de una sensibilidad aumentada a traumas corporales y de la aparición o intensificación del miedo a la castración. Este miedo no es en el periodo anal, mero temor a perder las heces vivenciadas como una parte del cuerpo, sino también miedo a la pérdida del pene, órgano con el cual la materia fecal está íntimamente relacionada por su ubicación en la misma área corporal, así como también debido a la similitud de su forma.

Este temor se conforma así en un complejo de castración anal, que se resuelve con



bastante rapidez. En el contexto de una relación madre-hijo buena, el niño rechaza su materia fecal que hasta entonces era tan valorada con el fin de complacer a su mamá, y se desprende de sus heces. Al mismo tiempo, el pene, siempre más sujeto a exposición, se vuelve el centro de su atención, aumentando con ello su miedo a perderlo. Estos

movimientos, le introducen en la fase fálica. Si en la fase anal hubo interferencias en la educación esfinteriana, la consecuencia es que no se podrá delimitar claramente esta fase de la fálica y, por tanto, se desprende que la angustia de castración se vivirá como angustia de desintegración.

Con lo cual, después de estas digresiones, nos acercan a la idea de que la angustia de castración no parece originarse entonces en la fase fálica, sino en la anal y culmina en la fálica. Dominada la fase por celos alcanza habitualmente a la resolución del complejo de Edipo y al establecimiento de una relación objetal diferenciada, triangular. Este proceso se interfiere en la perversión (una de sus variantes es el fetichismo) en la medida en que se intensifica el componente agresivo de las partes narcisistas del self. La envidia, el rencor y la posesividad reemplazan a los celos y perturban el desarrollo de manera similar a la perturbación que se produce en la personalidad fronteriza.

Greenacre relaciona de esta forma el origen del fetichismo con un trastorno del proceso de separación en el curso del segundo año de vida. Por una falla en la relación madre-hijo, la separación se prolonga, hay incertidumbre en cuanto a la diferenciación Yo-no Yo,

y el no poder establecer un límite claro y delimitado entre sí mismo y la madre retarda el establecimiento de la relación objetal.

En la medida en que Greenacre relaciona el origen del fetichismo con la angustia de castración anal se puede articular con las postulaciones de Calef que indicaban a la enuresis siendo un trastorno preedípico.

Más allá de las diversidades entre estas teorías, podemos observar su coherencia en cuanto a relacionar el origen de la enuresis con un trastorno de la separación-individuación.

Sperling (1965) señala que no existe una personalidad única del enurético. No hay una intersección de varios factores, aunque buenamente es cierto que en el periodo de separación-individuación siempre se encuentra el trastorno de la relación madre-hijo, aunque no tiene la capacidad por sí solo de explicar el cuadro. La mayoría de las enfermedades psicosomáticas y muchos otros trastornos se originan en este periodo, debido a una falla básica (según Balint, 1968) en la relación temprana. La enfermedad que se produzca va a depender, va a estar en estrecha relación con el carácter de esta falla, de su momento y de su duración, y a la vez con su interacción con otras condiciones del niño y de su medio.

La enuresis continua se debe a una falla grave e insistente del desarrollo temprano hasta y durante el periodo de la adquisición del control, que puede tener carácter de privación o de sobreestimulación alcanzando a una configuración de un trastorno psicosomático de la función del esfínter-uretral.

La enuresis intermitente es la reacción a una falla no tan grave ((en la medida en que ya ha existido un cierto control) de la relación madre-hijo temprana, en tanto que se supera, aunque deja un resto de fijación. Una interferencia precipitada en el vínculo en el periodo edípico hace funcionar la regresión a este punto, produciéndose una enuresis cuya naturaleza es fundamentalmente de carácter neurótico. Esto es:

1. En la enuresis continua la problemática se despliega en el marco de una relación madre-hijo, girando alrededor de la angustia de castración anal. La madre, pareja simbiótica del bebé, es indispensable, y si falla en sus funciones de sostén convoca a una angustia de desintegración. Mojar se cumple una triple función: es la prueba de integridad, es un pedido de ayuda y también una descarga del odio prohibido producido por el maltrato.

2. En la enuresis intermitente se plantea un conflicto de forma triangular, alrededor de la angustia de castración fálica, producida habitualmente por sentimientos de culpa debidos a la masturbación. La madre ya no ocupa el lugar de la pareja simbiótica sino de la pareja sexual deseada. El amor hacia ella es lo que se convierte en prohibido.

Para la mayoría de los autores freudianos y posfreudianos, la enuresis regresiva es una descarga sexual inconsciente. Mojar se conecta con fantasías relacionadas con figuras importantes, articulándose a una constelación edípica positiva. Pero hay que tener precaución porque en muchas ocasiones se encuentra preponderantemente el complejo de Edipo negativo (Sakalik, 1981) que corresponde a una fijación en un momento evolutivo previo, a la prevalencia de la estructura narcisista, a la visión de la madre fálica y la negación de la diferencia de sexos. El placer que la descarga urinaria provoca es una expresión pregenital de deseos genitales, una equivalencia masturbatoria.

Con el tiempo se difumina la diferencia entre la enuresis continua y la intermitente, en tanto la satisfacción autoerótica primitiva se transforma en placer masturbatorio, cargándose de fantasías y contenidos sexuales. Estas fantasías pueden ser favorecidas por la madre ya que puede transmitir sus propias fantasías urinarias y masturbatorias a los hijos.

Si esta cuestión se sabe es gracias al desvelamiento a través del análisis de la madre. Blum señala el caso de una mujer que inició su análisis por dificultades de pareja y accesoriamente mentó que tenía tres hijas enuréticas. Blum pudo interpretar como la

madre podía haber condicionado y mantenía inconscientemente el síntoma de sus hijas con su propia actitud. Esta situación ciertamente no es tan habitual, y la patología materna que se articula con un vínculo con el hijo puede ser desvelado por el pediatra o por el psicólogo consultados, que son frecuentemente quienes serán convocados para abordar el problema.

La escuela francesa de psicoanálisis hace valer la gravitación del deseo de los padres transmitidos a los hijos. Pero más allá de la situación traumática desencadenante, el síntoma es por definición una defensa contra alguna forma de angustia de castración, bien en referencia a la fase anal o a la fálica. Freud señala en “Inhibición, síntoma y angustia”, que la angustia de castración es la representante de todas las formas de angustia de separación, esto abarca desde la angustia de nacimiento hasta la angustia de muerte, ya que la muerte (de la que en realidad no sabemos nada porque aún no ha venido alguien a contarnos de qué se trata) no puede tener representación directa.

Lacan también expresa la idea de que variantes de la misma angustia de separación se repitan periódicamente, en cada crisis evolutiva, y señala la del destete como prototipo de estas angustias consecutivas que incluyen la de castración. Las defensas contra estas angustias es al principio una reacción corporal, registrada por el pictograma, ya que en la primera etapa de la vida durante el proceso originario no existe aún un Yo con mecanismos propios.

Para los primeros psicoanalistas de niños, la angustia es la piedra angular en torno a la cual se estructura la enuresis como defensa. Así es postulado por numerosos trabajos en la primera mitad del siglo XX (Gerard, Katan, etc). Consideran a la enuresis un trastorno psicógeno y articulan a la angustia de separación y a la angustia de castración como disparadores del síntoma. Establecen, ya lo hemos mentado, una diferencia entre enuresis continua e intermitente, subrayan la importancia de la relación madre-hijo y de la educación esfinteriana para la enuresis continua, y de la sobreexcitación sexual para la

enuresis intermitente. A esta última la consideran una descarga sexual. Ambos cuadros son postulados como neuróticos.

Spitz empieza una estela de pensamiento que será representada sobre manera por Winnicott y por Balint. Estos marcan diferencias entre los trastornos surgidos en la primera infancia causados por una falla en los cuidados maternos en el seno de la relación madre e hijo, y los trastornos que se precipitan más tarde que se configuran ya bajo el ámbito de una relación triangular, articulada por el conflicto edípico.

El control urinario se adquiere alrededor de los tres años, una vez alcanzado el logro de la simbolización y donde ya concurren los conflictos edípicos. Por tanto, el mecanismo de formación del síntoma es neurótico. Pero es preciso considerar a través de nuestro conocimiento de las historias de los niños con enuresis continua de la intervención de una falla básica en su condicionamiento. Parece justificada la diferenciación que hemos expuesto, considerando presentaciones independientes a la enuresis continua y a la intermitente. En cualquier caso, parecen conformar un continuum.

El problema se inicia en la temprana infancia con un trastorno de función que puede ser pasajero e inadvertido, pudiendo dejar sólo un punto de fijación, o también puede ser persistente, alcanzando el periodo fálico. Se le agregarán los conflictos edípicos configurándose un cuadro neurótico que será mantenido por una familia disfuncional hasta llegar a la adolescencia. Será aquí cuando pueda cesar espontáneamente. La realidad es que no se cura, y no es un trastorno tan benigno nos podría parecer. Según Calef cita a Sylvester indicando que éste señala que el síntoma solo cambia de forma. La presentación en la adolescencia es la formación masturbatoria de forma compulsiva, o trastornos del sueño que posteriormente, ya en el adulto, se convertirán en trastornos sexuales.

De ahí la derivación de que la prevención de la enuresis tenga una importancia primordial, y si ésta no se realizó hay que instituir su tratamiento temprano, antes de que “la curación espontánea” vaya a mayores consecuencias.

Criterios DSM- IV

Abordemos los criterios que utiliza el Manual. Es un trastorno de la eliminación que se define como la incapacidad para el control de la emisión de la orina, no alcanzando la normalidad tomando la edad del paciente (a partir de los 5 años); no hay causa orgánica que la justifique.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV son los siguientes:

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, sea involuntaria o intencionada.
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia mínima de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico-laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años o el nivel de desarrollo equivalente
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia- por ejemplo, un diurético- ni a una enfermedad médica -por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo -.

Si el niño no ha podido controlar nunca la micción se llama enuresis primaria. Si ha habido una etapa de control del esfínter y vuelve a aparecer la incontinencia se denomina enuresis secundaria. Es importante añadir esta distinción en el diagnóstico de la enuresis.

Si la enuresis ocurre durante las horas de vigilia se la denomina enuresis diurna, si es durante el sueño, enuresis nocturna. Si el episodio ocurre indistintamente o en las dos fases se llama enuresis mixta. A veces, se reserva el término de enuresis para la nocturna y se denomina incontinencia diurna a la que ocurre durante la vigilia.

Las estadísticas: la prevalencia de la enuresis aumenta en relación directa a la corta edad de los pacientes. De forma no patológica se presenta en el 82% de los niños de 2 años, en el 49 % de 3 años, en el 26 % de 4 años y en alrededor del 7% de los niños de 5 años y del 3% de las niñas de esa edad. Será a partir de esta edad que se considerará como presentación patológica.

A los 10 años son enuréticos el 3% de los niños y el 2 % de las niñas. A los 18 años la prevalencia es del 1% para los chicos y 1% para las chicas. El 80% de los enuréticos padecen enuresis primaria. El 65% de los niños con enuresis la padecen de la forma nocturna, un 16% mixta y un 18% sólo diurna.

Introducción a la encopresis

Aquel que empezó a abordar le tema y dar notificación de ello fue G.B. Fowler en 1882;



poco después, E. Henoch en 1889. En 1926, Weissenberg define el término encopresis: “Toda defecación involuntaria de un niño de más de dos años, cuando no tiene una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna”. E. Glanzman (1934) lo define como el hecho de ensuciarse por la expulsión

más o menos involuntaria de materias fecales. En el mismo año, A.B. Marfan describe “la defecación involuntaria de los escolares”, situándolas entre los siete y ocho años, sin relación alguna con lesiones del estómago, distinta de la exoneración fecal por emociones y que con la pubertad ya no deja presencia.

Ya a partir de la mitad del siglo XX, se eliminan del cuadro de la encopresis todos los casos que se originan por lesión del sistema nervioso, por tratarse de una incontinencia del esfínter o del bajo vientre, equivalente al gatismo de algunos hemipléjicos o pseudobulbares (J. Duhamel y otros, 1957; C. Koupernick, 1957).

Otros autores se encuentran más centrados al utilizar expresiones como “incontinencia fecal funcional” para designar la encopresis. en la “incontinencia fecal funcional” se aúnan al mismo tiempo la encopresis como tal y los fenómenos asociados o secundarios, teniendo en cuenta que los factores mecánicos y psicológicos están asociados. Otros autores como Berg y K.V. Jones se ausentan en emitir diagnósticos como “inercia de colon”, “encopresis”, “megacolon psicógeno” e “incontinencia por un llenado excesivo”, en la medida en que se asocian a teorías etiopatogénicas y tratamientos específicos.

Encopresis y constipación

Anthony, 1957, observa y confirma en un estudio de un grupo de niños encopréticos el aumento del diagnóstico de encopresis (que llega al 1,5% de los niños del mundo occidental según Schaefer en 1979). Esta estadística y estudio de Anthony abre una pregunta acerca de si esto se debe a una mejor definición del síndrome y de los datos subyacentes o quizás a nuevas maneras de crianza, al albor de cambios culturales.

En el estudio de la encopresis nos ubicamos alrededor de los trastornos anales, durante el periodo de separación-individuación. Tienen una connotación especial dentro de las enfermedades psicosomáticas, en la medida de ser un ejemplo paradigmático de la relación psicosomática conceptualizada y descrita por Sperling.

Se constituye alrededor del conflicto de separación que opera en esta etapa, donde la dirección a independizarse es mutua. En el infante, esta tendencia está propulsada por los avances de la maduración neurológica; y en la madre, por el empuje de salir del estado regresivo del embarazo y volver a retomar su vida tanto de pareja como socialmente.

Es habitual en tanto se produce en el mismo tiempo que los dos miembros madre e hijo



se enfrentan al problema a la vez y lo resuelvan sin que por ello los conflictos naturales que se precipiten en este proceso obstaculicen su despliegue. Una vez más, el término que indican muchos autores ya mentados, una madre “bastante buena” acompaña de buen grado a su hijo en el giro pendular de alejarse y de volver, esto es, de

autoafirmarse y de buscar protección. Este movimiento, si la madre no acoge con cariño al niño que requiere su apoyo y lo rechaza, o lo retiene cuando él está propulsado a descubrir el mundo, despierta una protesta, que es un malestar, en el pequeño infans, que se traducen en sentimientos agresivos que, por otra parte, al ser prohibidos y no poder expresarse abiertamente, se manifiestan de forma encubierta.

En la crisis del destete (fase oral, de salida de la simbiosis del niño con la madre), siendo la primera crisis de separación después del parto, el niño aún estaba llamado a someterse a la voluntad unilateral de la madre y renunciar al pecho. Si no se lo preparaba adecuadamente para esta situación tomada como privación, la defensa del niño, la única salida, es el rechazo de la comida que viene a sustituir al pecho, y que además por ende se le impone (no hay otra). La agresión que le despertaba la conducta materna se volvía como un efecto boomerang contra el propio niño en forma de resistencia pasiva que anulaba su alimentación.

El Yo del niño cuando alcanza la fase anal dispone de más instrumentos para defenderse de la hostilidad materna. En esta etapa puede usar sus esfínteres creando una sintomatología a través de la cual descarga siempre encubiertamente contra la madre parte de su agresión prohibida, aunque con un resto que vuelve sobre sí mismo, que en definitiva es lo que lo enferma.

La encopresis es una manifestación somática que aporta elementos alo y autoagresivos.

Abordaremos primeramente la constipación de causa orgánica; alguna de sus formas nos favorecerá para una mejor comprensión de la variedad más grave: el megacolon psicógeno. Se trata de una complicación y consecuencia de una constipación funcional y prolongada.

La definición clásica sobre la constipación era la falta de una deposición diaria. Actualmente, es aceptado que el ritmo de la evacuación es un rasgo individual y que no es tanto la ausencia de evacuación diaria sino la calidad de las heces (duras y pequeñas) lo que determina la constipación.

La constipación orgánica es frecuentemente un trastorno grave en la medida en que urge al médico al médico porque la conducta terapéutica a seguir es, en la mayor parte de los casos, quirúrgica. Su origen puede ser por causas locales o generales.

Históricamente, la constipación de causa general exigía intervención psicológica en los casos en que los efectos traumáticos del mal hubieran causado trastornos somato-psíquicos de orden neurótico; trastornos que no se determinan formando parte del grupo que nos ocupa.

En la actualidad, es otra cosa. Psicoterapeutas de familia detectaron componentes psicosomáticos en algunas enfermedades infantiles orgánicas crónicas por influencia de una interacción familiar disfuncional. Alcanzaron a conocer que algunos niños con ciertos trastornos endocrinos o sistémicos (con respecto a la constipación, hipofunción de la tiroides, etc.) no responden al tratamiento médico en un momento dado y que hasta entonces parecía adecuado en algunas circunstancias familiares, y atribuyen esta falta de respuesta a un componente psicosomático de su dolencia original. Esta concepción amplía el campo de las enfermedades psicosomáticas y la frontera entre trastornos orgánicos y funcionales se convierte en más endeble, permitiéndonos un acercamiento al concepto manejado por Balint (1967) de enfermedad única, una vez que aborda su teoría de la “falla básica”.

En referencia a los trastornos orgánicos producidos por causa local, apuntamos al “megacolon congénito de Hirschprung”. Justamente para poder diferenciarlo de aquello de los que nos ocupamos con un diagnóstico preciso. Es una dolencia típica de la niñez. Se trata de una constipación anatómica, un trastorno de la inervación del tracto intestinal de solución exclusivamente quirúrgica: guarda un fuerte parecido sintomatológicamente con el megacolon psicógeno, pudiendo precipitar un error diagnóstico grave. Aunque su reconocimiento le incumbe al profesional médico, es conveniente que el psicólogo conozca sus caracteres específicos.

Muestra una importante dilatación total o parcial del colon y una incapacidad del intestino para evacuar espontáneamente debido a una agenesia ganglionar en la zona del recto. La onda peristáltica no puede pasar, el tono muscular de la zona limítrofe

aumenta por la carga acumulada y provoca espasmo. La consecuencia es que las heces se detienen al alcanzar este punto espástico, se produce una estasis fecal (estreñimiento) y, secundariamente, a medida que aumenta la acumulación del contenido intestinal, también lo hace la dilatación del segmento proximal del sigmoideo y del colon. Como consecuencia se produce una dilatación también de la pared abdominal y pudiéndose observar los contornos dilatados del intestino grueso en el que se palpa la materia fecal acumulada y moldeable. Esta materia no se evacua espontáneamente. Las heces estancadas pueden irritar la mucosa del colon, provocando así un aumento de la secreción intestinal. En estas condiciones puede producirse una filtración de secreción intestinal mezclada con mucus y eventualmente con sangre que el niño no puede controlar y que se suele confundir con una diarrea.

Esta sintomatología (diarrea o pseudodiarrea) es consecuencia de la constipación y de la dilatación intestinal. El recto se encuentra vacío al tacto. En la radiografía de perfil se visualiza el segmento estrechado del colon y a continuación la parte proximal enormemente dilatada. En la radiografía de frente la parte estrecha está tapada por asas dilatadas y no se ve. Conviene, para el diagnóstico diferencial, la realización de una placa de perfil en la que se destaque muy bien la parte final hipoplásica.

Ahora sí conviene introducir al megacolon psicógeno, funcional, del que tenemos que diferenciar la enfermedad de Hirschprung. Es la enfermedad más grave de una de las formas de encopresis, la constipación paradójica.

En La encopresis no se trata de un cuadro monosintomático. Es un síndrome. El ensuciarse constituye el núcleo acerca del cual se agolpan un grupo de síntomas que depende de él y con él que se relacionan. Se presenta en múltiples formas y se da en varios periodos del desarrollo.

Para empezar a realizar distinciones, nos hacemos valer de Anthony (1957), quien aporta dos tipos: la encopresis continua o primaria y la discontinua o secundaria. También este



autor implementa como diferencia un tercer término, la encopresis retentiva. En ésta hace predominar la no evacuación de las heces. Aún añade un cuarto tipo que se caracteriza por la asociación eventual de enuresis a la no retención.

En la encopresis continua el control del esfínter anal no ha tenido lugar. Respecto de la discontinua, se había logrado perdiéndose posteriormente.

Encopresis continua

El perfil del niño que no alcanzó el control es hijo de una familia cargada de problemas sociales y económicos, que vive en medio de pobreza y suciedad. La suciedad del niño oculta en cierta manera la suciedad general del contexto. Los padres toleran el síntoma (muchos de ellos no reparan en ello), no buscan ayuda acerca de ello por sí mismos y el argumento que sustentan es relativo a una debilidad congénita de los esfínteres. La falla está en la madre, mostrando un interés corto tanto en la dedicación y entrenamiento y aderezado con falta de cariño hacia su hijo. A estas condiciones del hijo se añaden las particularidades culturales y de patología personal de la madre.

La madre no se pre-ocupa y el niño no se avergüenza ni tampoco culpa por ensuciarse. En esta forma de encopresis no hay retención ni peligro de megacolon. Los peligros son caracterológicos: el niño es impulsivo y se mantiene con un carácter infantil.

La principal tarea a plantear terapéuticamente se conformará en recuperar a la familia, de apuntalar y sostener a la madre con el fin de ayudarle a la reeducación de su hijo.

Encopresis discontinua

El perfil del niño con encopresis discontinua suele ser obsesivo. Hijo mayor de la familia donde los padres muestran un interés alto en el mantenimiento, de forma compulsiva, de la limpieza y, por tanto, de la suciedad. también del orden y del caos. Se presenta con una fuerte inhibición en su vida emocional; alcanzó el control de sus esfínteres a través de la obediencia a una educación exigente con insistencia severa materna.

Se descontrola en un momento dado cuando su relación con la madre adquiere tintes de peligro; por ejemplo, al sentirse desplazado por el nacimiento de un hermano. La madre se dedica al recién nacido; él se siente abandonado sin poder expresar el dolor o la protesta que conlleva. Demanda la atención anterior de una forma más infantil, con visos de regresión a una etapa anterior de su vida en la defecar encima era natural. En cambio, ahora es una agresión a la madre.

Mainprice (1974) indica que esta manera de hacer es convocada también por la actitud materna. La madre tiene una relación sadomasoquista con el hijo y con su pareja, que tiene una patología parecida a la de ella. Es una mujer cuya organización mental divide al mundo como bueno y malo, o también como sucio y limpio. El hijo es una víctima, abordado y tomado como una parte suya que es sucia y mala, y, en definitiva, a quien canaliza su ambivalencia respecto de la suciedad.

En estos casos, los niños se avergüenzan de su falta de control. Es una situación que lo angustia y trata de que no sea visible. En este tipo de encopresis es habitual que se produzcan retenciones periódicas.

Encopresis retentiva

A partir de la encopresis discontinua, abordamos la retentiva. Se trata de una forma más grave y también diferente, de protesta contra el abandono materno por parte de un niño sumiso y habituado a la severidad. Como respuesta no es ensuciándose, sino con una

constipación obstinada que más tarde se conformará en constipación paradójica, esto es, en la pérdida continua, pero de heces líquidas.

En el inicio, la retención se parece a un control verdadero, pero la constipación pertinaz va denunciando la resistencia del niño a mover el vientre. Entonces toma lugar una lucha entre madre e hijo. Cada vez que la madre lo convoca a evacuar sus heces, el niño se resiste negándose. En el caso de insistencia de la madre, el niño opta por cerrar las nalgas con tal firmeza de tal manera que imposible separárselas con las manos.

Las purgas y supositorios no funcionan. El niño, a pesar de su dependencia, se esfuerza



en resistir; también con el objetivo de llamar la atención de la madre a la que teme perder y a la vez que para atacarla en un intento agresivo de independencia.

Su resistencia se deposita en no dejar sus heces donde y cuando se le pide. Sus intestinos se llenan de escíbalos. Cada cierto periodo puede tener descargas de material fecal, pero finalmente el colon se distiende

estableciéndose el megacolon psicógeno (Richmond, 1954).

La misma forma de proceder de la madre, pero con un carga cálida y cariñosa no será necesariamente dañina; en cambio, la mejor técnica que sea usada por una madre hostil causará encopresis. Ciertamente, la respuesta estará vinculada a las disposiciones personales del niño y de la constelación e interacción familiar.

Personalidad del niño encoprético

Los autores que han estudiado la personalidad de los niños encopréticos han perfilado unas constantes en su organización. Por ejemplo, M. Bellman aporta un cuadro clínico de niños encopréticos de ocho años. Indica que, según informes de los padres, los niños tienden a manifestar reacciones de ansiedad, con ausencia de afirmación en sí mismos, dejando constancia de ser bajos en tolerancia respecto a las frustraciones. Comparados al grupo tipo, utilizan su agresividad sin madurez, de forma infantil. La mayoría de ellos se controlan con exceso y algunos despliegan su agresividad. En conjunto, son dependientes de su madre.

Los encopréticos contactan menos y de forma común en actos con sus padres y pares. El examen psicológico los describe más ansiosos e indecisos, menos abiertos y preparados a tener contacto en referencia a los niños de control. Los tests de personalidad señalan pasividad, agresividad inhibida, falta de madurez, contacto alterado con la madre, sensibilidad aumentada por exigencias del ambiente, percepción de fracaso. Muestran poca confianza en sí mismos. Los encopréticos suelen tener miedo al orinal.

Autores como L. Mazzanti y G. Bedogni (1965) tuvieron la ocasión de examinar a 25 niños encopréticos (de ellos, veintidós varones y tres niñas) de 4 a 16 años. Todos ellos presentan cambios de carácter, algunos (catorce casos) con inmadurez afectiva, algunos otros con estructuras neuróticas de tipo ansioso (seis de ellos), y en resto (cinco niños) eran predominantes los rasgos obsesivos.

O. Masson y M. Perrenoud (1966) estudiaron las perturbaciones afectivas de cierta gravedad de diez niños encopréuticos. Los resultados es que superaron el marco de manifestaciones puramente reaccionales. En todos ellos, es común en primer plano, un inconsciente conflicto afectivo, con una carga ambivalente frente a la imagen materna.

La inteligencia no cumple un papel señalable, o en todo caso lo es en el sentido de hacer más duradera la encopresis a través de diversos mecanismos en niños especialmente dotados, o por pasividad o por condicionamiento; siendo más fácil en niños de escasa inteligencia.

Bibliografía

- Abraham, K. Étude psychanalytique de la formation du caractère. Obras completas. Payot, Paris 1966.
- Anderson, F. N.: The Psychiatric aspects of enuresis; Amer. J. Dis. Child., 40-591, 818, 1930.
- Anthony, E.J. An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis. Brit. J. Med. Psychol, 1957.
- Bellman, M. Studies on encopresis. Acta Paediat. Scand 1966.
- Bental, P. y colabs. Enuresis and dreaming. Arch. of Gen. Psych., Vol. 14, Febrero 1961.
- Bekei, M. Medicina psicosomática en pediatría. Ed. Med. Pan., Buenos Aires 1965.
- Berg, I y Jones, K.V. Functional fecal incontinence in children. Arch.Dis.Child, 1964.
- Berge, A. Le facteur psychique dans l'énurésie. Edit. Seuil, Paris 1946.
- Chaio, J. Desarrollo biopsíquico del niño. Ed. de la Esc., 1964.
- Chess, S. Introducción a la Psiquiatría Infantil. Paidós, Buenos Aires 1967.
- Duché, D. J. L'énurésie. PUF, Paris 1968.
- Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós, Buenos Aires 1967.
- Freud, S. Tres Contribuciones a la teoría sexual. Obras Completas, Edit. Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Grunberger, B, Étude sur la relation objetale anale. Rev. Française Psychanal. 1960.
- Hallgren B. Enuresis: clinical and genetic study. Acta Psychiatr, at Neurol.; Suppl. 114; Vol. 32, Copenhagen, 1957.
- Kanner, L.: Psiquiatría Infantil. Ed. Paidós, Bs Aires 1966.
- Lobrot, M. Etude sur les enfants énuretiques. Enfance, 1963.

- Marfan, A. B. La défécation involuntaire des écoliers. Press médic., 1934.
- Neyes, A. Psiquiatría Clínica Moderna. Prensa Med. México 1951.
- Reca, T. Problemas psicopatológicos en Pediatría. Eudeba, Buenos Aires 1961.
- Reca, T. Sobre la etiopatogenia y psicodinámica de la enuresis, Archivos argentina pediatria 1958.
- Siegel, S. Non parametric statistics; Mc. Graw Hill Book Co., 1956.
- Sorel, R. Enuresis y anorexia nerviosa- Prenae Med. Agna., (Nº 5); Vol. XLIII; 1956; Revista de Psicología 1973.
- Soulé, M. y N.: L'Enurésie: etude clinique, diagnostique et thérapeutique; Psych. de l'enfant; Vol. II; Fasc. II; Presses Univ. Francia.
- Soulé, M. T, Soulé, N. L'énurésie, étude clinique, diagnostique et thérapeutique. Editions sociales Françaises, Paris 1967.
- Witkin, H. y colabs. Personality through perception. Edit. Harper, New York 1954.

Cuestiones

1. Señala la enuresis primaria y secundaria.
2. Indica el diagnóstico diferencial para saber que la enuresis es de carácter psicológico.
3. Aporta las diversas condiciones ambientales patológicas que interfieren en el progreso de la maduración y el logro del control del esfínter urinario.
4. Dónde localiza Winnicott la falla provocadora de la enuresis. Aporta las ideas de Calef y de otros autores.
5. Confirma las primeras descripciones de la encopresis.
6. Señala la etiopatogenia de carácter psicológico en el niño encoprético.
7. Comenta los tres tipos de encopresis.
8. Aporta un comentario acerca de la personalidad del niño encoprético.