

A. García
B. Tárrega
J. L. González
O. Ibáñez
J. Arrufat

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Reus (Tarragona).

Correspondencia:
A. García Siso
Instituto Pere Mata
Crtra. del I Pere Mata
43206 REUS (Tarragona)

La enuresis en el centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: síntoma y síndrome

Enuresis in a Mental Health Center of Childhood and Adolescent: Symptom and syndrome

RESUMEN

Estudiamos descriptivamente el síntoma enuresis en 150 primeros casos nuevos que acuden al CSMIJ, mediante encuesta sociodemográfica y clínica. Resultando que presentan enuresis el 21% de todos los casos; en la enfermedad actual 15%, en los antecedentes 10%, en ambos 4%. La enuresis se asocia a los trastornos más frecuentes para cada etapa evolutiva. Es en los adolescentes consultantes, donde aparece una mayor prevalencia de enuresis (triple de la esperada en la población general), y en los que parece formar parte de un síndrome característico: temor a crecer y responsabilizarse, retraso escolar, enuresis, conflictos relacionales, dificultades oroalimentarias, en ocasiones con problemas familiares.

PALABRAS CLAVE

Enuresis; Adolescencia; Epidemiología clínica.

ABSTRACT

We study the 150 first cases with enuresis symptom, in our Mental Health Center of Childhood and Adolescent, with sociodemographic and clinic Interview.

21% of cases had enuresis (15% in present syndrome, 10% in anamnesis and 4% of the enuresis both in anamnesis and in present also). The consulting adolescents have the greatest prevalence of enuresis (triple of the general population), and a characteristic syndrome appears: Fear to growth and responsibility, not future's ideal, delay in school, enuresis, trouble in interpersonal relations and family problems.

KEY WORDS

Enuresis; Adolescent; Clinic epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Enuresis: definición, epidemiología y cultura

Algunos datos epidemiológicos sobre la enuresis nos señalan la importancia cuantitativa de este trastorno, definible como: emisión inconsciente e involuntaria de orina normal, en niños de más de 5 años, de etiología funcional o psicógena.

Se llama enuresis primaria, cuando nunca se ha controlado la emisión de orina y, secundaria, cuando aparece después de un período de control esfinteriano de 6-12 meses. Será diurna, nocturna o mixta, según que el descontrol se realice durante el día, durante el dormir o en ambos períodos. Puede ser por su frecuencia: diaria o intermitente.

En realidad, la edad a la que hemos de considerar que el control de esfínteres es normal o anormal, tiene una dependencia cultural notable. Así, mientras que en los países occidentales, se considera que el control debe verificarse alrededor de los 4-5 años, en otros países, por ejemplo africanos, como es el caso del Sudán, dicho control es socialmente aceptable a edades significativamente mayores que en occidente. Los estudios de prevalencia de enuresis suelen presentar bastantes variaciones. Veamos algunos datos:

Algunos estudios epidemiológicos señalan ^(1,2), que en países de nuestro entorno, mojan la cama: del 15% ⁽²⁾ al 20% ⁽¹⁾ de los niños, a los 5 años; del 7,3% ⁽³⁾ al 10% ⁽¹⁾ de los niños, a los 10 años; aproximadamente el 1% ⁽¹⁾ de los mayores de 15 años.

También observan que los enuréticos nocturnos se controlan espontáneamente, a razón de un 10%-20% cada año.

Trabajos epidemiológicos etnopsiquiátricos realizados en Sudán ⁽⁴⁾, a partir de poblaciones de 8.462 niños de entre 3-15 años, muestran que el 88% mojaban la cama de noche varias veces a la semana. En el Sudán, la prevalencia de enuresis nocturna en niños mayores de 9 años, era significativamente superior a la de sus homólogos occidentales. Sin embargo, solamente el 5% de los mayores de 7 años, sufrían enuresis secundaria (parece que el control esfinteriano nocturno tiene un gran peso cultural).

Los mismos investigadores ⁽⁵⁾ obtuvieron correlaciones significativas entre enuresis y factores del desarrollo, comportamentales y algunos somáticos (no encontrando correlaciones con factores socioeconómicos, familiares, estados emocionales o técnicas de tratamiento). Este estudio realizado con 245 enuréticos nocturnos, nos invita a pensar que el síntoma enurético además de poder presentarse solo, ha de despertar nuestro interés por la detección de otros síntomas o factores.

En un estudio ⁽⁶⁾ de prevalencia de patología psíquica en niños de 7-12 años, que consultan al pediatra, se observa que el 23% de los consultantes tenían trastornos psiquiátricos. La enuresis, junto a la ansiedad, fueron los trastornos más frecuentes, siendo el motivo principal de consulta una queja somática. Se hallaron correlaciones significativas entre estos trastornos emocionales y altos niveles de estrés en la relación padres-hijo (ruptura del hogar, niños que vivieron fuera de la familia, historia familiar de enfermedad psíquica). Por tanto, la enuresis es un síntoma que ha de dar pie para ampliar la exploración clínica, tanto en aspectos emocionales del niño como de la relación de la familia con el niño.

Estos trabajos nos señalan que la correcta funcionalidad miccional, es un aprendizaje dentro de un contexto socio-cultural, y, al mismo tiempo, que las desviaciones respecto de las edades en las que esa cultura estima que ha de verificarse el control (especialmente en el caso, no de la precocidad, sino del retraso en dicho control, al que llamamos enuresis), suele estar correlacionado con factores psicosociales. De todos modos ya veremos que esta correlación es discutida por diversas investigaciones.

Revisión etiopatogénica de la enuresis

LA ENURESIS COMO SÍNTOMA DE UNA DISFUNCIÓN FISIOLÓGICA CONSTITUCIONAL

Una tendencia en la investigación de la enuresis busca la explicación del síntoma en términos únicos de disfunción fisiológica, evitando pensar bajo

96 el prisma de la comorbilidad psíquica (psicosomática o psicosocial). Así, S. Wille ⁽⁷⁾ comparando 88 niños enuréticos nocturnos con 340 no enuréticos, no encontró diferencias respecto de quejas psicossomáticas o alteraciones de patrones diurnos de comportamiento. Busca descartar factores psíquicos y avalar la disfunción en términos constitucionales y fisiopatológicos, observando: que la enuresis fue tres veces más frecuente entre los familiares de enuréticos, y que, mediante la opinión de los padres y en el test del despertar y levantarse de cama, se demostró una dificultad significativamente mayor entre los enuréticos.

No encontró diferencias entre enuréticos nocturnos primarios monosintomáticos y no enuréticos, en cuanto a trastornos psicológicos o del comportamiento.

Coincide también en que, mientras en familiares de enuréticos, la enuresis aparece en un 65%, tan sólo ocurre en el 25% de los no enuréticos.

El mismo autor ⁽⁸⁾ observa mayores dificultades en el despertar, pero no en la capacidad de la vejiga urinaria, respecto del grupo control. Destaca como hallazgo significativo un aumento del calcio-creatinina, en enuréticos, y un descenso de hormona antidiurética (vasopresina) por la mañana.

Como vamos viendo, algunas de las hipótesis fisiopatológicas de la enuresis, hacen referencia a alteraciones biorríticas, como la estructura del sueño o de la curva de la hormona antidiurética. De esta concepción se traduce una orientación terapéutica de tipo preferentemente biológico (como el uso de acetato de desmopresina) o psicológico-conductual, que pretende reajustar las anomalías biorríticas mediante modificaciones de comportamiento. Por vía nasal se administra la desmopresina (acción durante 12-24 horas), bajo la hipótesis de la existencia de una alteración semejante a la de la diabetes insípida central e idiopática, donde la vasopresina del paciente reaccionaría de forma perezosa a la hiperosmolalidad o a la hipovolemia plasmáticas. El tratamiento mediante restricción de líquidos en las horas previas al acostarse, es consecuente a esta posible disfunción.

Una de las corrientes más fructíferas de investigación fisiopatológica de la enuresis, es la que la relaciona con los trastornos del sueño.

Veamos los resultados de un interesante trabajo experimental ⁽⁹⁾ de la fisiopatología del dormir y del orinar. Los autores estudiaron 204 enuréticos de 10 años de edad promedio, siendo que el 80% mojaban la cama a diario y el resto dos-tres veces por semana. Encontraron ⁽¹²⁾ tres tipos de enuréticos:

- Tipo I: EEG y CMG (cistometría) normales. Esto es, después de registrada la primera contracción vesical (PCV), el EEG señala paso a fases I y II del sueño, pero en lugar de despertarse, se produce la emisión de orina (ocurre en el 61% de los casos).
- Tipo IIa: tras la PCV no se produce modificación de fase del sueño en el EEG, dándose a continuación la emisión de orina (11%).
- Tipo IIb: al entrar en sueño profundo, el CMG registra una contracción vesical continua no inhibida, sin PCV y sin variación EEG y sin que el paciente se despierte, orinándose cuando la vejiga está llena; esto ocurre en el 28% de los casos.

En un estudio ⁽²²⁾ de 1.115 personas encuestadas, se demostraron las siguientes correlaciones: la enuresis nocturna, en niños, se asocia a desórdenes en el dormir: empobrecimiento de la calidad del sueño e incremento de fatiga diurna, observándose estas correlaciones más en chicos que en chicas.

Los tratamientos que entrenan en el despertar-levantarse, del tipo de los despertadores que se preparan antes de la hora en que suele producirse la emisión de orina, o de las alarmas avisadoras ante la humedad, tienen su base en las disfunciones del despertar.

De la disfunción fisiológica a la organicidad

Las hipótesis de disfunción fisiológica, se han extendido más allá, a la búsqueda de *causas orgánicas*, de ahí el interés por el estudio de la espina bífida, como posible etiología de algunas enuresis. La hipótesis de la maduración neurológica, ante observaciones ⁽¹⁰⁾ del tipo de que los niños con bajo tiempo de gestación, asfixia o síntomas neurológicos neonatales, aumentan el riesgo de enuresis, apoyaba la propuesta de hipótesis organicistas, tal como la de la espina bífida. Sin embargo ⁽¹¹⁾, estu-

diando 456 pacientes con enuresis diurna y examinando con rayos X 127 de ellos, resultó que el 48% de éstos presentaron espina bífida oculta. El curso de la enuresis de estos pacientes se comparó con el de otros 79 enuréticos sin espina bífida. Tratamientos similares en ambos grupos, primero de tipo conductual y luego anticolinérgico, produjeron idénticos resultados en ambos. Como conclusión se recomienda la exploración específica de la espina bífida, sólo si en el curso de la exploración aparecen signos neurológicos, curvas que reflejan hipertonia en la orina, o bien cuando no responden al tratamiento.

Otros trabajos de orientación organicista han buscado alteraciones de carácter anatomofisiológico, como aquellos que hacen referencia al tamaño de la vejiga urinaria. Los investigadores⁽¹²⁾ estudiaron las vejigas de enuréticos y vieron que, mientras que éstas eran más pequeñas que las de los no-enuréticos a los 4 años de edad, no ocurría lo mismo a los 7 años. Observaron al mismo tiempo un factor funcional, y era que, el 15% de los no enuréticos, necesitaban despertarse para orinar, al menos una vez a la semana. Por tanto, la poliuria y el tamaño vesical no revelaban diferencias definitivas respecto de los no enuréticos, recentrando de nuevo el problema de la enuresis nocturna en la sincronización entre estímulo vesical y estructura del sueño. A pesar de no encontrarse trabajos concluyentes sobre la influencia del tamaño vesical en la enuresis, P. Jehle et al⁽¹³⁾ señalan que el entrenamiento para lograr un incremento de tamaño de la vejiga, mejora la enuresis. También mejoran con la administración de medicamentos anticolinérgicos (específicos, como la oxibutinina) como el antidepressivo imipramina, tanto por su acción anticolinérgica sobre el esfínter vesical liso, como por su acción adrenérgica en el funcionalismo vesical, así como por sus efectos en la estructura del sueño (retrasando y reduciendo la fase de sueño REM).

Enuresis y síndrome psicósomático

Mediante el estudio⁽²⁰⁾ de 12.537 sujetos, en cortes de: 7, 11, 16 y 23 años, partiendo de la hipótesis que el padecimiento de asma y/o enuresis en

la primera infancia, van a influir en la vida futura del sujeto, parten de la idea que la enuresis es una enfermedad psicósomática.

Estudiando los enuréticos y controlando variables como el peso y la talla maternas, peso al nacer y clase social de nacimiento, demostraron que a los 7 años, medían 0,77 cm menos que los no enuréticos y, a los 11 años, 1 cm menos. Deduciendo que las enfermedades crónicas y la enuresis influyen en la talla del adulto.

Otros trabajos demuestran correlaciones entre malestar psíquico y somático⁽²¹⁾, así el estudio epidemiológico de trastornos mentales de Finlandia, indica el porcentaje poblacional de disfunciones somáticas que expresan un trastorno psicológico: 2,8% de cefaleas frecuentes. Y, sucesivamente, 2,4% de dolor abdominal recurrente, 0,7% de asma, 1,5% de enuresis, 0,3% de encopresis, y 1% de dolores varios.

LA ENURESIS COMO SÍNTOMA DE UNA ENFERMEDAD ORGÁNICA

Solamente recordar aquí que la presencia del síntoma enurético, debe de hacernos tener en cuenta la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con algunas enfermedades orgánicas.

- Incontinencia urinaria: emisión consciente e involuntaria de orina normal, debida a lesión neurológica.
- Infección urinaria: emisión de orina anormal, generalmente con disuria y/o polaquiuria.
- Diabetes mellitus, diabetes insípida, incapacidad tubular de concentración: emisión de orina normal con poliuria.
- Adherencias balano-prepucales, balanopostitis, vulvovaginitis, malformaciones del aparato urinario.

LA ENURESIS COMO SÍNTOMA ASOCIADO A UN TRASTORNO PSÍQUICO, PSICOSOCIAL O PSICOSOMÁTICO

Aquellas investigaciones que estudian delimitar las alteraciones fisiológicas de la enuresis no suelen encontrar factores psíquicos o psicosociales relacionables con la enuresis, en parte debido a que no es éste su objetivo y también porque tien-

- 98 den a circunscribirse a la enuresis nocturna monosintomática, que es aquella que con menor frecuencia se asocia, por definición, a otros síntomas.

La enuresis en un síndrome psíquico o psicosocial

En algunos casos, la enuresis está ligada a un síndrome psiquiátrico importante, como frecuentemente se da en relación a las psicosis, disarmonías evolutivas o deficiencia mental, donde la enuresis sería un síntoma menor. También puede formar parte de algunas neurosis evolutivas y, con más frecuencia, aparece ligada a trastornos del comportamiento, caracteriales o instrumentales [caso de la hipercinesia ⁽¹⁴⁾], o a síntomas psicósomáticos.

Sobre la enuresis como síntoma relacionado con factores psíquicos y psicosociales, Wagner y Johnson ⁽¹⁵⁾ analizando factores predictores de mejoría del síntoma enurético, encuentran dos: uno psíquico, la presencia de problemas de comportamiento, y otro psicosocial, la tolerancia de los padres a la enuresis. Vemos cómo la detección y tratamiento de factores psíquicos y psicosociales, ayudan en la mejoría del síntoma enurético que ya no es específicamente un problema no-psíquico. Dentro de los tratamientos psíquicos eficaces en la enuresis es el de psicoterapia analítica grupal desarrollada por J. Corominas.

En el mismo sentido podemos interpretar los trabajos de P. Jehle ⁽¹³⁾ en los que a pesar de reconocer que el tamaño de la vejiga no parece ser un factor determinante de la enuresis, la terapéutica que implica al niño en el trabajo de incrementar la capacidad vesical da buenos resultados. De aquí se derivan terapéuticas cognitivo-conductuales, como el calendario-control con apoyo-comprensivo.

En este sentido de la conveniencia de implicar al paciente en la terapéutica, Moffat et al ⁽¹⁶⁾ señalan la eficacia de prestar atención y reconocimiento a los progresos logrados por el niño, incrementando el nivel de autoestima.

La enuresis puede formar parte de un síndrome psicosocial. Así, E. Mala ⁽¹⁷⁾ observa que, los niños que padecían enuresis, sufrieron, en comparación con el grupo control: más rupturas del hogar, tenían padres más infelices, con más disputas, sien-

do menos cuidadosos con los niños y, éstos, sufrieron más separaciones tempranas. Los mismos autores encontraron correlaciones de los enuréticos con un mayor número de cambios psicosociales: hospitalización, nacimiento del segundo hijo, cambio de casa. De todo ello, deducen que ha de recomendarse al pediatra que a partir de los tres años preste atención a estos factores de riesgo. Hallazgos semejantes relata Douglas (1973), donde las pérdidas identificadas como: muerte de familiar, divorcio, hospitalización, separación de la madre, nacimiento de un hermano, las que aumentan significativamente la probabilidad de padecer enuresis, y en correlación positiva con el número de pérdidas, así como si éstas se producen antes de los 5 años.

En este apartado, tienen su lugar los tratamientos familiares y las intervenciones sociales que buscan el favorecer la aparición de factores de protección, aminorando los de riesgo.

Síndrome psíquico del enurético adolescente

M. Feehan et al ⁽¹⁸⁾ encuentran correlaciones entre enuresis y desórdenes psicopatológicos. Aquellos chicos que a los 11 años tenían enuresis secundaria o que la habían padecido, controlándola a los 11 años, presentaban más alteraciones psicopatológicas, tanto a los 11 como a los 13 años. Señalan también que la enuresis primaria no correlaciona con estos trastornos.

Otros estudios apoyan lo que nosotros denominamos síndrome enurético del adolescente. Así, el trabajo de Nueva Zelanda ⁽¹⁹⁾ presenta los siguientes resultados: los niños que tenían cama húmeda después de los 10 años, debido tanto a enuresis primaria como secundaria, tuvieron un incremento de problemas de comportamiento a la edad de 15 años, respecto de los niños que controlaron esfínteres a la edad de 5 años (o menos).

La edad de control esfinteriano correlacionó con: madurez social, coeficiente intelectual, clase social, estrés familiar, conflicto parental y problemas de comportamiento del niño.

Los problemas de comportamiento en enuréticos mayores de 10 años, son del tipo: problemas de atención y comportamiento (a la edad de 13

años) y problemas de ansiedad/separación (a la edad de 15 años).

Recapitulación cara una comprensión biopsicosocial de la enuresis

La enuresis como disfunción de la fisiología del orinar, como fracaso de la inhibición de la micción espontánea, ha de hacernos pensar en los diferentes mecanismos implicados en dicho proceso, para observar si existen causas orgánicas, o disfunciones fisiológicas. Hemos repasado algunos de los mecanismos fisiológicos que han de coordinarse para que no se produzca la enuresis. Buen número de trabajos nos conducen a pensar, que la mayor parte de las enuresis nocturnas monosintomáticas, tienen que ver con el mecanismo del despertar-levantarse. Se derivan tratamientos para entrenar el despertar-levantarse en la micción nocturna.

Las alteraciones de la coordinación entre los sistemas sensoriomotores vésico-esfinterianos, producción urinaria y la estructura del sueño, representan la disfunción fisiológica principal que da explicación coherente de la enuresis nocturna, al tiempo que se comprueba que dichas alteraciones se corrigen mediante técnicas conductuales (alarma, despertador,... cama seca). Todo ello implica controles troncoencefálicos, hipotálamo-hipofisarios y espinales, con intervención simpática y parasimpática.

En nuestra opinión, es un factor determinante de la eficacia de estas técnicas, o parte misma de su esencia, el logro del compromiso del paciente y los significados que surgen en él y su familia, alrededor de este síntoma, es decir, implicando a lóbulos frontal y parietal en el control del esfínter vesical estriado, a la vez que el lóbulo frontal es responsable de los sueños. Hemos observado que, en algunos pacientes monosintomáticos, las diferentes técnicas conductuales no tienen efecto mientras no es el propio paciente el que se hace cargo de su problema. Creemos, siguiendo a J. Corominas en sus estudios de terapéutica grupal con enuréticos, que este trastorno supone un vínculo arcaico de fusión con la madre. Cuando el paciente "se hace

cargo" y renuncia progresivamente a la dependencia-control materna, le resulta más fácil oír el despertador, levantarse..., comenzando a tener sueños del tema de orinar-despertarse. Tal como se ha descubierto recientemente, los sueños se producen en el lóbulo frontal a partir de estímulos, por lo que se considera a la fase REM como un estímulo más, y no como el período exclusivo del soñar. Niños enuréticos nocturnos monosintomáticos, que no recordaban sueños, comienzan a tenerlos y a despertarse, lo que interpretamos como que el niño es capaz de reconocer representaciones oníricas de su problema, es decir, que en el sueño toma forma representativa bien el estímulo vesical, bien la preocupación por el reconocimiento del mismo, lo que facilita el despertar. Que algo pueda efectuar un corte en la materia psicosomática del dormirse (diferenciación sueño-vigilia) o en el control separador del esfínter vesical (o anal en su caso), es un trabajo que, además de un entrenamiento conductual, requiere una atención a la persona en su totalidad.

Dificultades inconscientes en la separación-crecimiento de la persona se manifiestan en la relación de algunos enuréticos con el agua; la preocupación por el control de la sed, les conduce a comportamientos obsesivoides en el beber y orinar a la vez, para combatir una fantasía de "desequilibrio interno".

Otros aspectos de la personalidad, como son los rasgos de agresividad del carácter, frecuentemente se detectan reprimidos. Del mismo modo, observamos dificultades en los cambios de fase libidinal, de ahí que los hábitos intestino-anales y fállico-urinarios se entremezclen, por ejemplo expresando un estreñimiento al mismo tiempo que una enuresis. La presencia de la actividad sexual adolescente suele poner fin a los fallos enuréticos.

Habríamos de revisar también otras razones de tipo sociofamiliar, que influyen decisivamente en la adquisición del control esfinteriano (p. ej.: conservar indefinidamente los pañales prestando poco interés a los hábitos de aseo personal...). La observación del entorno sociofamiliar es imprescindible para poder actuar sobre los factores con-

- 100 mitantes de riesgo, pues es sabido que en las clases socioeconómicas bajas se padece más de enuresis.

OBJETIVOS

A nuestro entender, el síntoma enurético no debe ser considerado aisladamente, sino que siempre ha de ser explorado atendiendo la polidimensionalidad de la persona en sus aspectos biológico, psíquico y social.

En este contexto nos decidimos a estudiar el *síntoma enurético*, en una muestra de primeros casos que acuden durante un año a nuestro Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), para explorar el modo en que este síntoma se presenta en una consulta especializada, partiendo de la hipótesis, suscitada en nuestra experiencia clínica, que raramente nos encontramos con una demanda de tratamiento para enuresis nocturna monosintomática.

- H1: el síntoma enurético no se presenta aislado en el paciente consultante en nuestro CSMIJ.
- H2: el síntoma enurético en el adolescente se asocia configurando un trastorno caracterial, que proponemos denominar síndrome enurético del adolescente.

Se trata de realizar un trabajo preliminar sobre estas hipótesis (ensayo de hipótesis), para obtener indicios y criterios suficientes que nos permitan llevar a cabo un estudio con un número mayor de casos, introduciendo análisis estadísticos más complejos.

MATERIAL Y MÉTODO

Selección de sujetos

Escogemos de entre los 150 primeros casos efectuados en el año 1995, aquellos pacientes que presentan el síntoma enuresis, bien como motivo de consulta, bien como síntoma actual o como síntoma en la anamnesis.

Instrumentos

Pasamos una encuesta de datos sociodemográficos y clínicos. Analizamos descriptivamente los resultados y los discutimos a la luz de la bibliografía.

RESULTADOS

Revisión de los 150 primeros casos del año 1995, identificando los que presentaron el *síntoma enuresis* en la enfermedad actual y en la anamnesis de cualquier otro trastorno (incluyendo al grupo anterior).

Datos sociodemográficos y psicosociales

Edad media

Del grupo total de pacientes que padecen o han padecido el *síntoma enurético* 11,3 años; DS = 3,4 años.

Sexo

Veintidós varones (69%) y 10 mujeres (31%).

¿Quién deriva?

68,7% (22 casos) por Asistencia Primaria de Salud (ABS, Pediatra, Médico de Cabecera); 6,2% (2 casos) Centro de Salud Mental de Adultos; 15,6% (5 casos) Enseñanza (Equipos Atención Psicopedagógica, Escuela Educación Especial) 9,3% (3 casos) Directamente.

Altas

Catorce casos: alta clínica 9 casos; alta por iniciativa familiar 3 casos; alta por absentismo a 2ª visita 1 caso.

Lugar que ocupa el paciente en la fratria

Único 6 casos; primero 9 casos; segundo 9 casos; tercero 2 casos; cuarto 3 casos; quinto 0 casos; sexto: 2 casos.

Conflictos familiares

Sí conflictos familiares 16 casos (50%):

- En la pareja parental: 9 casos (divorcios con repercusiones llamativas en los hijos).
- En la relación madre-hijo: 7 casos (algunos de ellos debidos a enfermedad mental grave de la madre, o a una alteración marcada de la relación).

Síntoma enuresis

Treinta y dos pacientes lo presentan o presentaron 21% de todos los primeros casos. Como síntoma anamnésico 15,3% (23 casos); como síntoma actual 10% (15 casos); como motivo de consulta 4,6% (7 casos).

Enuresis como síntoma actual

El 10% (15 casos); de éstos, 8 casos presentaban también la enuresis como síntoma anamnésico, es decir, el 5,3% de los casos.

Motivo de consulta

El 4,6% (7 casos) motivo de consulta *enuresis*. 5,3% (8 casos) motivo de consulta *otro* (no enuresis); 3,3% (5 casos) (trastorno del aprendizaje, de conducta y agresividad); 2% (3 casos) (asma, encopresis, disarmonía evolutiva).

Comorbilidad del síntoma enurético en el trastorno actual

El 0,6% (1 caso): enuresis síntoma único (enuresis nocturna primaria en varón de 12 años); 9,3% (14 casos): síntoma enuresis dentro de un síndrome:

- Bajo rendimiento escolar y/o
- Dificultades relacionales o de carácter, manifestados en la escuela y/o en la familia: (agresividad, rabietas, fugas, mentiras, o bien, agresividad contenida, inhibición, miedos) u
- Otros síntomas: encopresis, terrores nocturnos.

Tipo de enuresis como síntoma actual (15 casos)

El 80% es nocturna (predominan las formas continuas sobre las esporádicas); 20% diurna mixta; 55% la enuresis es primaria.

Enuresis como síntoma actual (15 casos)

Edad > 11 años (12 casos) púberes y adolescentes. Edad < 11 años (3 casos).

La enuresis como síntoma anamnésico

El 15,3% del total de casos que presentan la enuresis como síntoma (23 casos); el 90% de estos casos, la enuresis es primaria; 5,3% del total de casos (8 casos) síntoma enuresis presente en anamnesis y en síndrome actual.

- (Cuatro casos) síndrome enurético del adolescente: trastornos relacionales, bajo rendimiento escolar, enuresis, obesidad, apatía, depresión.
- (Dos casos) enuresis dentro de un trastorno mental severo (disarmonía evolutiva).
- (Dos casos) enuresis con factores de riesgo (hijos de padres con síntomas psicóticos).

El 10% del total de casos (15 casos) síntoma enuresis presente en anamnesis y ausente en síndrome actual.

La edad de desaparición del síntoma enuresis se concentra alrededor de los 7-8 años.

Cortejo sintomático actual de estos pacientes postenuréticos

Veamos el predominio de los trastornos de expresión somática o del comportamiento.

1. Pubertad y adolescencia (11-18 años): 7,9% (12 casos).
 - Carácter: inhibición, intranquilidad, inestabilidad afectiva, abulia.
 - Conducta: conflictos relacionales en familia, escuela, sociedad (desviación sexual, drogas...).
 - Bajo rendimiento escolar.
 - Neuróticos: ansiedad, depresión, dependencia afectiva.
 - Psicósomáticos: trastornos de conducta alimentaria, trastornos del sueño.
2. Latencia (7-10 años): 2% (3 casos).
 - Conducta: hipercinesia, angustia, rituales.
 - Psicósomático: anorexia, quejas somáticas, terrores nocturnos.
 - Neuróticos: rabietas.

102 *¿Qué otros síntomas acompañaban a la enuresis presente en anamnesis y ausente en síndrome actual, en las edades en que todavía padecían de enuresis? 10% (15 casos)*

En 5 casos, la enuresis era el síntoma único.

En los 10 casos restantes, la enuresis se acompañaba de trastornos de conducta y/o psicósomáticos (encopresis, bronquitis asmática, trastornos alimentarios, de conducta social alopecia, rechazo menarquí, somnolencia, hiporreactividad... dependencia relacional).

DISCUSIÓN

Enuresis y epidemiología clínica

La enuresis como síntoma actual se presenta en el 10% de los casos, siendo el 8% adolescentes. Este porcentaje representa un 16% del total de consultantes adolescentes. La enuresis como motivo de consulta, tan sólo supone el 4,6% de las primeras visitas. La enuresis, dentro de la población de usuarios de nuestro CSMIJ, es bastante mayor de la esperada en la población general (que estaría entre el 1% y 5% en adolescentes).

El síntoma enurético es relevante entre nuestros consultantes, pues el 21% de los primeros casos refieren padecer o haber padecido este trastorno.

Así, mientras que la enuresis no destaca como síntoma principal que motiva la consulta, sí que aparece formando parte del cuadro clínico, en su momento actual y/o en sus antecedentes. De ahí el interés por estudiarlo para ver si tiene algún valor predictivo.

Enuresis: derivante y motivo de consulta

Los casos que presentan enuresis en la situación clínica actual, configuran diferentes síndromes que, fundamentalmente, son de dos tipos: conductuales o caracteriales unos, y psicósomáticos otros.

El derivante es mayoritariamente el médico de cabecera y los Equipos Psicopedagógicos, que envían los casos en que la enuresis es el síntoma actual, aunque tan sólo en la mitad de ellos (46,6%) figura la enuresis como motivo de la derivación.

Los motivos de consulta más frecuentes entre los que presentan enuresis en el síntoma actual son: trastornos de conducta, de carácter y escolarización (aprendizaje escolar, agresividad, alteraciones relacionales...) y, en menor proporción, trastornos psicósomáticos y psiquiátricos (asma, encopresis, terrores nocturnos, disarmonía evolutiva...).

Subrayamos que, tan sólo en un caso (6,7%), el paciente padecía un síntoma enurético puro (sin ningún otro síntoma acompañante), mientras que en el 93,3% restante, la enuresis acompañaba a otros síntomas que componen el cuadro clínico actual.

Síndrome actual y enuresis

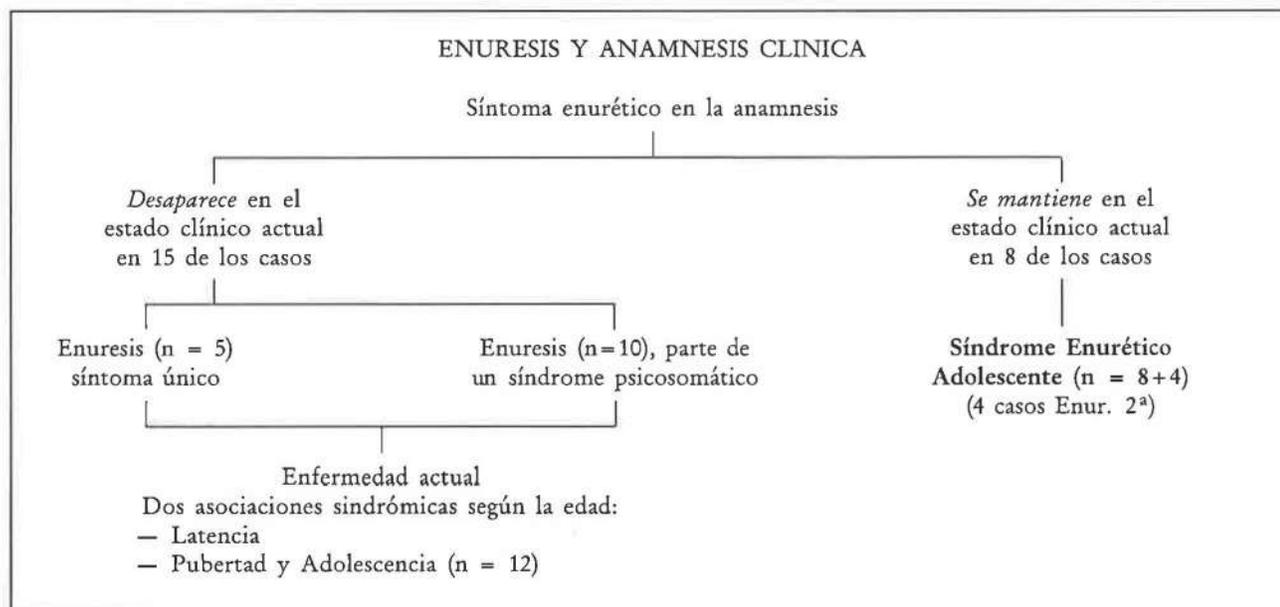
1. Nos encontramos con 12 casos que padecen de enuresis actual en la pubertad y adolescencia, de los cuáles, tan sólo en 4 de ellos la enuresis actual es primaria, mientras que en los 8 restantes es secundaria.
2. También encontramos que hay 12 casos que siendo actualmente púberes o adolescentes, padecen de unos trastornos de carácter parecidos a los anteriores, pero sin la presencia actual de enuresis, aunque todos ellos han padecido de enuresis hasta los 7-9 años.
3. Finalmente, si examinamos los antecedentes de pacientes que padecieron enuresis hasta los 7-9 años, encontramos que, en 5 casos no había otros síntomas, pero sí en los 10 restantes, cuyos rasgos de carácter ensayamos de poner en continuidad con los del grupo anterior.

Estas interpretaciones no pretenden más que mostrar unas observaciones tendientes a orientar una investigación posterior que, estadísticamente, mediante una muestra representativa, fuese capaz de confirmar o desmentir esta aparente continuidad clínica.

Enuresis en la anamnesis

Cuando estudiamos el síntoma enurético en la anamnesis, vemos que en el 90% de los casos es primario. Mientras que la enuresis como síntoma actual, la enuresis primaria se reduce al 55%.

La edad en que suele desaparecer el síntoma enurético entre nuestros pacientes, es a una edad



media de 7-8 años, y los síndromes actuales que observamos no parecen ser específicos.

En nuestro CSMIJ, la enuresis en el período de latencia, se presenta:

- En forma monosintomática o
- En síndromes de expresión somática o de conducta.

Las formas monosintomáticas, en la casuística de nuestro estudio, eran pocas, pero últimamente, debido a una progresiva coordinación con los Equipos de Atención Primaria, los casos de enuresis monosintomática, generalmente primarias, en la latencia, se van incrementado.

En estos casos, observamos la posibilidad de describir un síndrome enurético prepuberal, caracterizado por: síntoma central, la enuresis. No aparecen otros síntomas actuales o anamnésicos, destacando quizás un patrón de personalidad muy adaptativo:

- Buen rendimiento escolar.
- Adecuado comportamiento relacional con adultos y compañeros.
- Conflictos con iguales, tan sólo como defensa (aunque evitan el conflicto, no se dejan avasallar).

- Predomina el autocontrol, no expresando fácilmente los afectos o la agresividad, dificultades en el juego asociativo (¿alexitimia?).
- No están en desacuerdo con las normas, prohibiciones o ideales propuestos por el adulto.
- Aunque en familiares se muestra la presencia de euresis, o suelen padecer de otros trastornos psiquiátricos.
- Parece retrasarse la crisis de la adolescencia.

Cuando describimos el síndrome enurético del adolescente, parece darse la vuelta este perfil de personalidad, mostrándose no-adaptativa ni autocontrolada.

En aquellos trastornos que presentaron enuresis en la latencia y que nos consultan en la adolescencia por otros motivos, que son los trastornos de expresión somática o de conducta, resulta que el cortejo sintomático en el período de latencia era: o bien enuresis pura (5 casos) o bien trastornos de expresión somática o de conducta (10 casos). En los casos que el síntoma en la latencia era sólo enuresis y desaparece, en los casos que nos consultan en la adolescencia, lo hacen por trastornos de conducta o somáticos (ansiedad, depresión, alteraciones de comportamiento...).

104 *Síndrome enurético del adolescente*

De 12 casos (n = 12) con enuresis actual adolescente, en 8 de ellos la enuresis se presentaba en la anamnesis y ésta se mantiene en el estado clínico actual. Este síndrome, si es completo, se caracteriza por: alteración del carácter, dificultades relacionales, bajo rendimiento escolar y rasgos de personalidad pasivo-agresiva. A sabiendas de que este diagnóstico no debe emplearse en menores de 18 años, debiéndose escoger en su lugar el de negativismo; sin embargo, nos parece orientador: resistencia a las demandas de rendimiento adecuado, tanto en el ámbito familiar como escolar o laboral. La resistencia se expresa indirectamente (aplazamientos, pérdida de tiempo, tozudez, ineficiencia intencional, tendencia al olvido). Ineficacia global. Persistencia de esta conducta aunque las condiciones le permitan autoafirmarse. A estos rasgos podemos añadir los del negativismo como trastorno de conducta del menor: oposición provocativa a la autoridad, mediante violaciones de reglas menores, rabietas y discusiones continuas.

Características del síndrome enurético adolescente

- Temor a crecer, separarse, hacerse mayor y responsabilizarse (asunción de la castración).
- Ausencia de ideales que proyecten de forma realista al sujeto en el futuro (o bien no existen, o bien persisten los ideales omnipotentes de la infancia).
- El adolescente es capaz de distinguir lo adecuado de lo inadecuado, lo prohibido de lo permitido, pero la inhibición del ideal le lleva a un estado subdepresivo y autopunitivo al modo de las neurosis de fracaso. En ocasiones, hay un superyó punitivo que invita a realizar actos reprobables. Las instancias del superyó y del ideal del yo son inmaduras y evitan diferenciarse, lo que significa hacerse propias, mediante la crisis de la adolescencia, para hacerse cargo de sí.
- El retraso escolar suele ser progresivo, aunque, coincidiendo con la pubertad, suele producirse un bajón especial en 5º de EGB.

- La enuresis actual generalmente se arrastra desde la infancia.
- Problemas con la alimentación (anorexia-bulimia parciales), observándose que las alteraciones oralimentarias provienen de la primera infancia.
- Conflictos relacionales, pasividad y dependencia de otros chicos, tendiendo a ocupar el lugar del emergente: bien participando de las transgresiones ("es al que siempre descubren y castigan"), bien aislado del grupo y sufriendo las burlas de los demás.
- No aparecen alteraciones en el desarrollo psicomotor ni en el lenguaje.
- Es frecuente observar, como en otros enuréticos primarios o secundarios, que en la familia hay antecedentes de enuresis.
- Observamos con frecuencia que las madres de estos pacientes padecen o han padecido de depresiones.
- Observamos que suele existir un conflicto entre la madre y la otra figura (que generalmente es el padre) que debe terciar la relación. El divorcio afectivo manifiesto es muy frecuente.

CONCLUSIONES

1. El síntoma enurético no se presenta aislado en el paciente consultante en nuestro CSMIJ, sino que generalmente se distribuye entre los síntomas que son más frecuentes en función del momento de desarrollo y, por tanto, suele asociarse la enuresis a los trastornos psiquiátricos más frecuentes para cada edad. La enuresis, en nuestra muestra, se hace presente con frecuencia en patologías neuróticas de carácter: rasgos de carácter con ansiedad, depresión, dependencia afectiva, inhibición, o bien, intranquilidad, inestabilidad, conflictos relacionales familiares y escolares, con bajo rendimiento escolar, agresividad, trastornos del sueño y alimentación.
 - La enuresis actual se presenta entre nuestros pacientes adolescentes, con una frecuen-

cia triple de la esperada en la población general adolescente. Teniendo en cuenta que entre nuestros pacientes apenas se muestra en forma monosintomática, podemos decir que la enuresis aparece con mayor frecuencia allí donde hay trastorno psiquiátrico.

- La población consultante presentó, entre los 7 y 15 años, una frecuencia de enuresis del 21%, siendo la frecuencia esperada para la población general en ese tramo de edad, de 12%.
 - Tan sólo en la mitad de los casos, los pacientes que padecen de enuresis como enfermedad actual, se destaca este síntoma como motivo de consulta.
2. El síntoma enurético del adolescente se asocia con frecuencia a un trastorno caracterial, que proponemos denominar **Síndrome Enurético del Adolescente**, caracterizado por:

Personales

- Temor a crecer y a responsabilizarse, evitando ser adulto.

- Enuresis que suele arrastrarse desde la infancia.
- Retraso escolar.
- Problemas con la alimentación.
- Conflictos relacionales, pasividad y dependencia de otros chicos, tendiendo a ocupar el lugar del emergente: bien participando de las transgresiones ("es al que siempre descubren y castigan"), bien aislado del grupo y sufriendo las burlas de los demás.
- Sin alteraciones en el desarrollo psicomotor ni en el lenguaje.

Familia

- Es frecuente observar antecedentes familiares de enuresis.
- Observamos con frecuencia que las madres de estos pacientes padecen o han padecido de depresiones.
- Observamos que suele existir un conflicto entre la madre y la otra figura (que generalmente es el padre) que debe terciar la relación. El divorcio afectivo manifiesto entre los padres es frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreitz BG, Aker PD. Nocturnal enuresis: Treatment implications for de chiropractor. *J Manip Physiol Ther* 1994; 17(7):465-73.
2. Gandhi KK. Diagnosis and management of nocturnal enuresis. *Curr Opin Pediatr* 1994;6(2):194-7.
3. Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Background and treatment. *Scand J Urol Nephrol* 1994;156(Suppl):1-48.
4. Rahim SIA, Cederblad M. Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan. I. The extensive study. *Acta Paediatr Scand* 1986;75(6):1017-20.
5. Cederblad M; Rahi SIA. Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan. II. The intensive study. *Acta Paediatr-Scand* 1986;75(6):1021-7.
6. Garralda ME, Bailey D. Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1986;27(5):611-24.
7. Wille S. Nocturnal enuresis: Sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 1994;83(7):772-4.
8. Wille-S. Primary nocturnal enuresis in children. Background and treatment. *Scand J Urol Nephrol* 1994;156(Suppl):1-84.
9. Watanabe H, Azuma Y. A proposal for a classification system for enuresisbased on overnight simultaneous monitoring of electroencephalography and cystometry. *Slepp* 1989;12(3):257-64.
10. Jarvelin MR. Developmental history and neurological findings in enuretic children. *Dev Med Child Neurol* 1989;31(6):728-36.
11. Ritchey ML, Sinha A, Di Pietro MA, et al. Significance of spina bifida occulta in children with diurnal enuresis. *J Urol* 1994; 152(2)II:815-8.
12. Watanabe H, Kawachi A, et al. Treatment system for nocturnal enuresis according to an original classification system. *Euro Urol* 1993;25(1):43-50.
13. Jehle P, Schroder E. Retention control as a treatment method for enuresis nocturna. *Prax-Kinderpsychol-Kinderpsychiatr* 1987;36(2):49-55.
14. Bhatia MS, Nigan VR, et al. Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1991;32(2):297-306.
15. Wagner WG, Johnson JT. Childhood nocturnal enuresis. The prediction of premature withdrawal from behavioral conditioning. *J Abnorm Child Psychol* 1988;16(6):687-92.

- 106
16. Moffat-Knowler ME, Kato C, Pless-NB. Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: Randomized controlled trial. *J Pediatr (St-Louis)* 1987; 110(4):647-52.
 17. Mala E. Enuresis from paedopsychiatrist's aspect. *Cesko Slov Pediatr* 1995;50(3):156-61.
 18. Feehan M, McGee R, et al. A 6 year follow-up of childhood enuresis: Prevalence in adolescence and consequences for mental health. *J Paediatr Child Health* 1990;26(2):75-9.
 19. Fergusson DM, Horwood LJ. Nocturnal enuresis and behavioral problems in adolescence: A 15-year longitudinal study. *Pediatrics* 1994;94(5):662-8.
 20. Power C, Manor O. Asthma, enuresis, and chronic illness: Long term impact on height. *Arch Dis Child* 1995;73(4):298-304.
 21. Linna SL, Moilanen I, et al. Prevalence of psychosomatic symptoms in children. *Psychother Psychosom* 1991;56(1-2):85-7.
 22. Asplund R, Aberg H. Health of the elderly with regard to sleep and nocturnal micturition. *Scand J Prim Health Care* 1992;10(2):98-104.