

TOMO. I. Nº 3, 1.963. Barcelona

FUNDAMENTOS TERAPÉUTICOS
EN LOS SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS
DEL PERÍODO DE FORMACIÓN DE HÁBITOS

JUAN CODERCH

ENURESIS

Ha sido sobradamente repetido que la enuresis obedece a una variada etiología. Aparte de las infrecuentes anomalías congénitas y de las no menos raras alteraciones neurológicas, el fallo en adquirir el adecuado control esfinteriano a una edad apropiada es siempre debido a una perturbación emocional. Ahora bien, cuando el niño es llevado a la consulta, tras un largo período de inútiles tentativas y pruebas familiares, puede la causa haber desaparecido y el síntoma mantenerse por la fuerza del hábito, con efectos secundarios sobre la estructura y formación del carácter.

Los obstáculos que, principalmente, se oponen al éxito del tratamiento se deben a la actitud de los padres ante las dificultades esfinterianas de su hijo y a las respuestas defensivas de éste. La etiología de la perturbación emocional responsable del trastorno es diversa y, en el caso de los pre-escolares, la más urgente necesidad es lograr una mejoría general de las relaciones madre-hijo. Es también, imprescindible precisar claramente el nivel de aspiraciones de la madre en relación con los hábitos de limpieza de su hijo. Algunas madres, por ejemplo, no esperan realmente que su hijo realice un buen aprendizaje; quizá porque otros miembros de la familia han tenido dificultades en este sentido, o porque la madre es una personalidad depresiva que espera poco de la vida. Otras madres, no consiguen dar a entender a sus hijos que se espera de ellos que adquieran determinados hábitos de limpieza.

Tratando de resumir, podemos distinguir dos principales causas de la enuresis:

1.^a Ruptura o empeoramiento de las relaciones madre-hijo durante el proceso de la adquisición del control esfinteriano, como resultado de una separación, o de la hostilidad o indiferencia maternas.

2.^a Desaparición de los hábitos de limpieza recientemente formados, como consecuencia de un súbito empeoramiento de las relaciones madre-hijo, causante de regresión.

Usualmente, la perturbación emocional motivadora de la enuresis no permanece durante mucho tiempo en su más alto punto de intensidad, pero

la persistencia del trastorno produce forzosamente un descenso en la mutua estimación, las aspiraciones maternas sufren y el yo del niño se debilita. El problema terapéutico consistirá, precisamente, en tratar la desconfianza de ambas partes acerca de la capacidad del niño para llegar a vencer su enuresis.

Algunos niños poseen una vejiga pequeña e hipertónica que no puede retener la orina durante toda la noche. Esto dificulta el tratamiento, pero algunos ejercicios encaminados a dar al niño un mayor control sobre la micción incrementarán su confianza en sí mismo, lo cual, junto con el aumento de su moral proporcionada por una psicoterapia de apoyo, puede conducir al éxito.

a) *Pre-escolares.* — Si la madre es capaz de ser objetiva y fortalecedora, en lugar de punitiva y descorazonadora, merece la pena que intente desandar las fases del proceso de aprendizaje, si ello es posible. La madre debe conseguir que el niño haga sus necesidades inmediatamente antes de marchar a dormir, y ha de ponerle en cama con frases y observaciones alentadoras sobre su capacidad para permanecer seco hasta la mañana siguiente. Si se levanta durante la noche **para que orine** es conveniente despertarle totalmente, a fin de que se dé cuenta de lo que se pretende de él. La negativa del niño a **abandonar la cama durante la noche para vaciar su vejiga**, es señal de que la madre es incapaz de manejar la situación en una forma suficientemente constructiva. Las noches en que, ocasionalmente, el niño permanezca seco, deben ser equilibradamente aplaudidas y remarcadas. Con esta constructiva y paciente actitud, un alto porcentaje de niños por debajo de los cinco años serán rápidamente curados.

La actitud neurótica de algunas madres ante la enuresis de su hijo hace que todo intento por parte de ellas para nefrentarse con el problema redunde solamente, para su disgusto y desazón, en un aumento de la angustia del niño. Asimismo, las madres que procuran cuidadosamente no mencionar nunca el problema delante del niño, por temer a causarle un trastorno, pueden perturbar seriamente su ulterior sistema de valores y capacidad de desarrollo.

b) *Escolares.* — Los métodos corrientes para tratar la enuresis en niños de seis a doce años no son satisfactorios. Sólo se logra algún éxito cuando existe una genuina voluntad de someterse a tratamiento y alguna esperanza respecto a la posibilidad de curación, y, frecuentemente, estos niños se hallan demasiado descorazonados hasta para realizar el más ligero esfuerzo. Sus defensas neuróticas incluyen la negativa a tomar en serio su problema; un sueño muy pesado que les impide despertar; un colérico rechazo del trastorno, o una pertinaz actitud de falta de interés. Aunque, probablemente, apenas podríamos encontrar ningún niño realmente desinteresado por su enuresis, frente a tales actitudes difícilmente se alcanza

algún resultado con una terapia directa. En cambio, muchos de estos niños responden notablemente a las medidas encaminadas a incrementar su competencia social y, con un mayor éxito en la escuela y en las actividades infantiles, la enuresis disminuye al compás de la mejoría general, incluso cuando la terapia directa se muestra infructífera.

c) *Adolescente*. — Con el comienzo de la adolescencia muchos niños enuréticos presentan fuertes deseos de mejoría, en cuyo caso el clima terapéutico llega a ser extraordinariamente favorable. Esto da, como resultado, multiplicidad de “curas” aparentemente extraordinarias. Una explicación comprensible de la causa, la aseveración de que se hallan solos ante un problema y de que su trastorno no es incurable, el ofrecimiento de una ayuda constructiva y la demostración de que se toma con seriedad su caso, provocarán una respuesta positiva en la inmensa mayoría de los púberes.

Hay muchas formas prácticas de aumentar la confianza del niño en sí mismo. Por ejemplo, ejercicios para lograr un mayor control de la vejiga, incluyendo la interrupción voluntaria de la micción, aguantar la orina hasta que aparezca una sensación de malestar, etc. Naturalmente, el beneficio proporcionado por estos ejercicios es principalmente de tipo sugestivo.

Un procedimiento, a veces muy útil, consiste en hacer que el sueño sea más ligero, a fin de que el niño pueda despertar una o dos veces durante la noche para orinar, pero para ello será necesario contar con una auténtica voluntad de curación que haga al niño capaz de abandonar la cama y vaciar su vejiga. La amfetamina, a dosis de 10-20 miligramos por la noche, alcanza el objetivo deseado sin llegar a producir insomnio. Es conveniente que sea el mismo adolescente quien controle y administre su propia medicación. También es recomendable que lleve la cuenta de las noches sin emisión de orina, en un calendario; esto satisface su autoestimación y facilita al terapeuta la tarea de enjuiciar la posible mejoría y sus relaciones con alguna circunstancia exterior.

En los casos en que existe una verdadera neurosis es necesario considerar que la enuresis es sólo uno de sus síntomas, y emprender una psicoterapia profunda en toda regla.

Se han ideado dos tipos de aparatos electrónicos para tratar la enuresis por el método de reflejos condicionados. Ambos se basan en el contacto eléctrico desencadenado por la humedad de un electrodo colocado entre las sábanas. En uno de ellos, un zumbador despierta al niño en el mismo momento en que se inicia la micción, y es de esperar que la sorpresa inhibirá la emisión de orina y obligará al niño a levantarse. Este método es susceptible de una defensa neurótica a través de un pesado sueño que no se vea afectado por el zumbador, por fuerte que éste sea. Algunos niños, además, se despiertan, pero continúan orinando.

Otro aparato produce un pequeño shock, lo suficientemente intenso

para ser desagradable, en el momento de cerrarse el circuito por la humedad de un pequeño electrodo colocado en el abdomen. Inevitablemente, el niño se despierta y, tras algunas noches, se crea un reflejo condicionado que le despierta antes de que la micción tenga lugar.

Para el uso de ambos aparatos es preciso contar con un mínimo de colaboración por parte del niño, a fin de que éste abandone la cama y acuda a vaciar la vejiga en lugar adecuado, pero creemos que los casos en los que no existe este mínimo de colaboración son realmente excepcionales. En los casos afortunados, al cabo de un período que oscila entre cuatro y seis semanas, el niño se despierta por sí solo durante la noche, sin necesidad de usar el aparato. Parece ser que las recaídas no son frecuentes. Claro está que, en estos casos, la ganancia secundaria a la cura es el factor decisivo, de forma que el método sólo será útil cuando la enuresis continúa existiendo como hábito y no como resultado de un conflicto o insatisfacción emocional permanente.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La negativa del niño a comer es una tremenda amenaza para la seguridad materna. Si la angustia de la madre puede ser anulada, el trastorno del niño perderá gran parte de su gravedad. Cuando, como es lo más frecuente, la causa de la perturbación es el rechazo del niño por parte de la madre el tratamiento será arduo, puesto que ésta actuará contra el terapeuta de muy diversas maneras. Es de todo punto necesario, en estos casos, sostener numerosas entrevistas con la madre, discutiendo sus dificultades y problemas, y aconsejándola acerca de su conducta para con el niño. Debe fortalecerse la confianza de la madre en sí misma y convencerla de la importancia que ella tiene en el logro de la curación de su hijo.

Una forma paradójica de alcanzar algún éxito consiste en que el terapeuta maneje la transferencia de forma que la madre proyecte sobre él la hostilidad primitivamente dirigida hacia el niño, aun sin dejar por ello de seguir las indicaciones y normas recibidas en las sesiones psicoterápicas. Esta canalización de la hostilidad materna tendrá, como consecuencia, una disminución de la angustia que flota alrededor del niño, lo cual dará lugar a una mejoría de los síntomas de éste que, a su vez, permitirá a la madre una adaptación más adecuada.

En general, las madres se hallan demasiado angustiadas para seguir este prudente y acertado consejo: no preocuparse, pero poner apetitosos alimentos ante el niño, sin excesivos comentarios ni apremios, retirarlos de la mesa si después de un tiempo prudencial no los ha comido y suprimir toda clase de comida fuera de las horas fijadas. La hostilidad inconsciente de la madre puede ponerse de manifiesto en la resistencia a ofrecer a su hijo los platos que sean del agrado de éste, empeñándose, en cambio,

en obligarle a comer tan sólo aquellos platos que a ella le parecen más nutritivos o adecuados.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño en niños hipercinéticos y extravertidos, que duermen poco desde su primera infancia, son frecuentemente debidos a causas constitucionales. En muchos casos, estos trastornos provocan una fuerte reacción de angustia en la madre. En ocasiones, la misma tensión emotiva de la madre al acostar al niño es el principal factor de la falta de sueño. Antes de iniciar un tratamiento psicoterápico en niños con trastornos del sueño es necesario, pues, asegurarse de que no se trata de un problema de nerviosismo e hiperactividad constitucionales, en cuyo caso la administración de alguna droga ataráxica será mucho más efectiva que un largo y complicado proceso psicoterápico.

ESPASMOFENIA O TARTAJEO

Es ésta una de las más frecuentes perturbaciones de la infancia. En principio, el tratamiento de la espasmofenia debe ser el del subyacente trastorno del control y expresión de la agresividad. Sin embargo, en muchas ocasiones la espasmofenia persiste como hábito, después que el conflicto neurótico ha desaparecido, en cuyo caso es preciso emplear los métodos especiales de reeducación del lenguaje. Sólo cuando existen trastornos emocionales realmente condicionantes de esta perturbación debe intentarse la curación a través de un tratamiento psicoterápico. Es preciso no caer en el error común de atribuir la espasmofenia a conflictos emocionales y caracteriológicos que no son sino la consecuencia de los problemas que en el campo social y de la autoestimación produce aquélla.