

Enuresis nocturna: su relación con otros trastornos

Josep Maria Lluís
Universitat de Barcelona

Tras investigar la incidencia de un amplio grupo de trastornos psicopatológicos en una muestra de 1.350 niños varones, hemos averiguado la incidencia de la enuresis primaria y de la secundaria en los diversos grupos clínicos. De este modo hemos podido comprobar que la enuresis primaria se asocia a los trastornos del sueño, a la lesión cerebral y a ciertas conductas impulsivas, mientras que la secundaria guarda relación con las anomalías especialmente dependientes de la ansiedad y con los conflictos ambientales. Concluimos que la enuresis no puede considerarse un fenómeno unitario y que, por consiguiente, debería ser tratada de forma específica y diferencial.

Palabras clave: *Enuresis nocturna, trastornos psicológicos.*

Having researched the incidence of wide range of psychopathological disorders in a sample of 1,350 children, we have established the frequency of primary and secondary enuresis in the various clinical groups. In this way we have been able to demonstrate that primary enuresis is associated with sleep disorders, brain damage and certain impulsive disorders, while secondary enuresis is specially related to anomalies arising from anxiety and environmental conflicts. The conclusion reached is that enuresis may not be considered as a single phenomenon and should therefore be subject to specific differential treatment.

Key words: *Nocturnal Enuresis, Psychological Disorders.*

Es un hecho bastante conocido y aceptado por los estudiosos del tema de la enuresis, así como por los psicólogos clínicos que se dedican a la evaluación y tratamiento de casos, que este trastorno no suele presentarse aislado, sino que a menudo se asocia a otros. A pesar de ello, hay pocos estudios que se hayan orientado a establecer el grado de interdependencia del trastorno enurético respecto a otras anomalías. Nosotros creemos que el análisis en profundidad de esta interrelación puede aportar información relevante sobre la naturaleza de la enuresis, ya sea como fenómeno global, ya como trastorno primario o secundario.

En nuestro planteamiento partimos de la constatación de dos realidades: de un lado, la relativa ignorancia respecto a la etiología de la enuresis y al por qué de su evolución, y de otro, el mayor grado de conocimiento sobre los mecanismos psicológicos que determinan algunos de los trastornos que hipotéticamente se le asocian.

En efecto, cuando se hace una revisión histórica del tema, llama la atención el hecho de que, a pesar de la amplia bibliografía existente (se ha investigado y se ha escrito mucho sobre enuresis), no hemos llegado a unos acuerdos mínimos sobre su conceptualización. La mayor parte de los logros en la investigación de esta anomalía se ciñen a la mera descripción del fenómeno, a la programación de tratamientos siempre inespecíficos, y a la evaluación de sus resultados. Los enfoques biológico, psicodinámico y conductual, más que complementarios, son aún bastante antagónicos, y distan mucho de posibilitar una integración.

Quizás el gran error de estos enfoques haya sido pretender conceptualizar de forma global el fenómeno, sin contemplar la posibilidad de que la enuresis primaria y la adquirida tengan muy poco en común, y en consecuencia, obedezcan a distintos mecanismos. Probablemente tenga sentido analizar los procesos madurativos y las experiencias de aprendizaje para explicar la enuresis primaria, pero sería absurdo recurrir a esos planteamientos para comprender la secundaria. A la inversa, hoy tenemos indicios razonables para pensar que los conflictos psicológicos, los traumas familiares y los factores sociales, son escasamente relevantes en relación al trastorno primario, mientras que parecen tener un gran peso en el desencadenamiento de las recaídas.

En este orden de cosas, creemos muy infructuosos los habituales intentos de conceptualización del trastorno enurético primario y secundario desde una perspectiva unitaria. Según nuestra teoría, la enuresis primaria y la secundaria constituyen dos trastornos de naturaleza distinta, cuyo único punto en común radica en el hecho de que ambos provocan alteraciones del control esfinteriano. Coincidimos con Kolvin y Taunch (1973) en que la enuresis primaria es un trastorno presumiblemente organogénico, mientras que la secundaria es un trastorno psicógeno.

En trabajos empíricos anteriores hemos llegado a algunas conclusiones a este respecto. Por ejemplo: la enuresis primaria se reparte por igual en todas las clases sociales, mientras que la adquirida muestra una incidencia mucho mayor en las clases bajas (Lluís, 1985); la enuresis primaria no guarda ninguna asociación con los problemas de lenguaje, mientras que la secundaria es mucho más frecuente en sujetos disléxicos (Lluís, 1987); la enuresis primaria es un fenómeno muy aleatorio, lo que hace suponer que depende de variables biológicas relativamente independientes del medio, mientras que la secundaria muestra una incidencia muy variable en función de problemas emocionales y ambientales de muy diversa índole; en esta línea hemos constatado un aumento significativo de la lesión cerebral en los enuréticos primarios, que no se da en los secundarios, a excepción de que sean disléxicos (Lluís, 1989).

Argumentos similares son los que excepcionalmente sirvieron a los ya citados Kolvin y Taunch (1973) para formular su teoría dual de la enuresis nocturna, que compartimos en lo esencial.

En el presente trabajo nos proponemos una vez más aportar nueva información en apoyo de la diferenciación de la naturaleza de ambos tipos de enuresis, sin que por ello neguemos la posibilidad de que compartan algunas variables, que sin ser determinantes, pueden favorecer tanto el mantenimiento del trastorno primario como la aparición del secundario; entre éstas podría incluirse la hipotética limitación de la capacidad vesical que, según algunos autores, se comprueba también en los enuréticos secundarios (Starfield, 1967; Esperanca y Gerard, 1969; Zaleski y otros, 1973), o la también hipotética mayor producción nocturna de orina de los enuréticos en relación a los controles, en función de la secreción de la hormona antidiurética (Norgard y otros, 1989).

Nuestro actual intento de precisar la relación de la enuresis con otros trastornos sólo puede ser fructífero en la medida en que tengamos algún conocimiento de esos trastornos, y en la medida en que la enuresis primaria y la secundaria presenten asociaciones diferenciadas. Si ello ocurre realmente, cada tipo de enuresis deberá quedar circunscrito a un factor subyacente, más amplio y más básico, capaz de determinar múltiples manifestaciones psicopatológicas. Ambos tipos de enuresis tendrían, por consiguiente, distinta etiología, y obedecerían a mecanismos diversos en su génesis y también en su evolución y superación.

Al hilo de lo expuesto podemos concretar las siguientes hipótesis:

a) La frecuencia total de la enuresis será más elevada en los grupos de sujetos que presenten algún otro trastorno, que en la muestra global.

b) La enuresis primaria y la secundaria manifestarán distinto grado de asociación a los demás trastornos psicopatológicos, es decir, la enuresis primaria tenderá a asociarse a unos y la secundaria a otros.

c) Dado el inevitable solapamiento, que por razones diversas puede haber entre ambos tipos de enuresis (es difícil precisar el criterio óptimo para su clasificación), cuando la frecuencia de la enuresis primaria aumente de forma importante en un grupo clínico, cabe esperar también pequeños aumentos de la secundaria, en general no significativos, y viceversa.

Método

Sujetos

La muestra de sujetos que ha servido para la presente investigación fue descrita minuciosamente en un trabajo anterior (Lluís, 1990), cuya finalidad era de carácter epidemiológico. En resumen, la muestra quedó delimitada en 1.350 casos, todos ellos varones, procedentes de 36 colegios, distribuidos en las cuatro provincias catalanas. Además de otras variables se comprobó el nivel sociocultural de las familias; desde este punto de vista los sujetos quedaron clasificados del siguiente modo; 357 casos fueron adscritos a la clase social elevada, 597 a la clase media, y 396 a la baja. En conjunto esta muestra nos parece bastante representativa de la población infantil catalana. Este aspecto de la representati-

vidad es relevante dentro del estudio epidemiológico mencionado; en cambio, tiene menos importancia para los fines que perseguimos ahora. Todos los sujetos de la muestra habían finalizado como mínimo 4º curso de EGB, y sus edades oscilaban entre 9 años, 6 meses y 12 años, 6 meses. La información sobre los trastornos es retrospectiva y anamnésica, y se refiere, por tanto, a toda la historia del sujeto.

Quizá sorprenda que una muestra de estas dimensiones sea únicamente de varones. Ello responde a una opción voluntaria y consciente. Creemos que de esta forma se puede llegar a conclusiones más nítidas, y no descartamos que en un futuro próximo podamos realizar un estudio paralelo sólo con niñas.

Instrumentos

Hemos recogido la información mediante un amplio cuestionario anamnéstico y psicopatológico aplicado a los padres. También este instrumento ha sido descrito en la publicación de la investigación epidemiológica referida más arriba.

En esencia, el cuestionario recoge información sobre ocho agrupaciones de trastornos.

Control de esfínteres: enuresis primaria, secundaria y encopresis; movimiento: hiperkinesia y tics; sueño: sonambulismo, terrores nocturnos e insomnio; oro-alimenticios: succión del pulgar y anorexia leve; psicósomáticos: digestivos, asma, espasmos del llanto y rubor; comportamentales: robo, mentira, desobediencia y agresividad; lenguaje: dislexias, disfemias y dislalias; y finalmente los de posible base orgánica: parto distócico, epilepsia, convulsiones y pérdidas de conciencia.

Procedimiento

Como paso previo a la recogida de los datos establecimos una serie de contactos con los centros de enseñanza, y también con los padres, a quienes se recabó abundante información con anterioridad a la aplicación de pruebas psicológicas de orientación escolar, que realizaría el Laboratorio de Psicología Aplicada La Salle. Se transmitió a los padres una oferta de orientación y ayuda en relación a los problemas que se detectasen. Las peculiares características de esta recogida de los datos explican el insólito hecho de que más del 95 % de las familias contestaran el cuestionario, evitándose así cualquier sesgo sobre la muestra diseñada.

El cuestionario fue contestado generalmente por escrito, si bien en muchos casos se procedió a completarlo mediante contacto telefónico o entrevista individual.

Por lo que respecta a la enuresis hemos considerado presencia del trastorno cuando los niños manifiestan falta de control de la emisión de orina a partir de los cinco años cumplidos. Cuantificamos como secundario este trastorno en los casos en que reaparece, tras un periodo de control de seis meses como mínimo. Las especificaciones relativas a la forma de identificación y cuantificación

de los demás trastornos pueden consultarse en nuestro trabajo epidemiológico (Lluís, 1990).

Para cualquier trastorno recogimos la edad de aparición y la de superación, en el supuesto de que no perdurase en el momento de la recogida de los datos.

Nuestro enfoque no es concurrente, es decir que cada grupo clínico se ha constituido con todos los sujetos que padecen o han padecido un trastorno. Al comprobar su asociación a la enuresis no hemos exigido que ambos trastornos coincidan en el tiempo. Es evidente que, si haciendo este planteamiento constatamos asociaciones significativas, éstas lo serían aún más en un enfoque concurrente.

Una vez obtenida toda la información deseada pasamos a constatar la prevalencia de la enuresis primaria, secundaria y total en cada uno de los grupos que presentan algún otro trastorno. Cuando dicha prevalencia se aparta sensiblemente de los valores de la muestra general procedemos al cálculo de la significación de las diferencias entre el grupo que padece un trastorno y el que no lo padece. Por este procedimiento podemos verificar las hipótesis formuladas.

Resultados

Presentamos en primer lugar en la Tabla 1 la descripción y frecuencia de los diversos trastornos psicopatológicos identificados en la muestra. Esta tabla ya fue minuciosamente comentada en su día, pero la transcribimos aquí para facilitar la presentación de los restantes datos. De hecho, cada uno de los trastornos cuantificados define una submuestra, un grupo clínico, en el que se constatará la frecuencia de cada tipo de enuresis.

En la Tabla 2 puede observarse la incidencia de la enuresis primaria, secundaria y total, en cada uno de los restantes grupos clínicos. Los trastornos aparecen ordenados según el grado de asociación a la enuresis total.

Esta tabla resume toda la información que presentamos en este trabajo; en ella pueden apreciarse, por una parte, aumentos de la incidencia de la enuresis en todos los subgrupos clínicos; y por otra, una distribución heterogénea de esos aumentos, de forma que emergen tres bloques de trastornos:

a) Los que se asocian a la enuresis primaria de forma exclusiva o muy predominante.

b) Aquéllos que se relacionan con la enuresis secundaria de forma también exclusiva o muy predominante.

c) Finalmente, los que se asocian a la vez, de forma relativamente similar, a ambos tipos de enuresis.

Esta información se presenta respectivamente en las Tablas 3, 4 y 5.

Al pie de cada tabla se repite la incidencia de cada tipo de enuresis en la muestra general, con el fin de que sirva de término de comparación de los datos relativos a los diversos subgrupos.

Tanto en esta tabla como en las siguientes, la significación de las diferencias de porcentajes se ha calculado comparando la frecuencia de un tipo de enu-

resis en un subgrupo que padece un trastorno con el resto de la muestra, es decir, con los sujetos que no lo padecen. En la medida en que las diferencias son significativas, se constata un cierto grado de covariación de la enuresis con otros trastornos.

TABLA 1. FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA MUESTRA

	Clase elevada N=357		Clase media N=597		Clase baja N=396		Total N=1.350	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Control esfínteres</i>								
Enuresis primaria	56	15.68	96	16.08	60	15.15	212	15.70
Enuresis secundaria	16	4.48	37	6.19	36	9.09	89	6.59
Enuresis total	72	20.16	133	22.27	96	24.24	301	22.29
Encopresis	10	2.80	35	5.86	26	6.56	71	5.25
<i>Movimiento</i>								
Hipercinesia	47	11.48	52	8.37	45	11.36	136	10.07
Tics	30	8.40	29	4.85	26	6.56	85	6.29
<i>Sueño</i>								
Sonambulismo	26	7.28	37	6.19	25	6.31	88	6.51
Terrores nocturnos	28	7.84	44	7.37	31	7.82	103	7.62
Insomnio	15	4.20	17	2.84	21	5.30	53	3.92
<i>Oro-alimenticios</i>								
Succión pulgar	34	9.52	45	7.53	33	8.33	112	8.29
Anorexia	31	3.64	44	7.37	39	9.84	96	7.11
<i>Psicosomáticos</i>								
Digestivos	14	3.92	23	3.85	22	5.55	59	4.37
Asma	19	5.32	33	5.52	25	6.31	77	5.70
Espasmo, llanto	29	8.12	51	8.54	41	10.35	121	8.96
Rubor	61	17.08	120	20.10	92	23.23	273	20.22
<i>Comportamentales</i>								
Robo	24	6.72	42	7.03	21	5.30	87	6.44
Mentira	26	7.28	50	8.37	42	10.		
Desobediencia	64	17.92	106	17.75	77	19.44	247	18.29
Agresividad	38	10.46	73	12.22	59	14.89	170	12.59
<i>Lenguaje</i>								
Dislexias	46	12.88	90	15.07	69	17.42	205	15.18
Disfemias	7	1.96	18	3.01	9	2.27	34	2.51
Dislalias	19	5.32	43	7.20	37	9.34	99	7.33
<i>Posible base orgánica</i>								
Parto distócico	28	7.84	73	12.22	69	17.42	170	12.59
Epilepsia, convulsiones, pérdida de conciencia	14	3.92	30	5.02	31	7.82	75	5.55

En la columna de la derecha de la Tabla 3 observamos aumentos nulos o escasamente relevantes de la incidencia de la enuresis secundaria en los grupos

clínicos; en cambio, en la columna de la izquierda podemos apreciar un notable incremento de la incidencia de la enuresis primaria, respecto a la muestra general.

TABLA 2. FRECUENCIA DE LA ENURESIS EN LOS GRUPOS CLÍNICOS

Grupos clínicos	Enuresis primaria		Enuresis secundaria		Enuresis total	
	P	%	P	%	P	%
Encopresis	21/71	29.57	8/71	11.26	29/71	40.84
Sonambulismo	25/88	28.40	10/88	11.36	35/88	39.77
Trastornos digestivos	11/59	18.64	11/59	18.64	22/59	37.28
Succión pulgar	26/112	23.21	13/112	11.60	39/112	34.84
Agresividad	37/170	21.76	22/170	12.94	39/170	34.70
Terros nocturnos	27/103	26.21	8/103	7.76	35/103	33.98
Insomnio	16/53	30.18	2/53	3.77	18/53	33.96
Hipercinesia	30/136	22.05	16/136	11.76	46/136	33.82
Anorexia leve	17/96	17.70	15/96	15.62	32/96	33.33
Mentiras	28/118	23.72	11/118	9.32	39/118	33.05
Parto distócico	40/170	23.52	15/170	8.82	55/170	32.35
Tics	19/85	23.35	8/85	9.41	27/85	31.76
Dislexia	39/205	19.02	25/205	12.19	64/205	31.21
Epilepsia, convulsiones	17/75	22.76	6/75	8.00	23/75	30.66
Desobediencia	49/247	19.83	25/247	10.12	74/247	29.95
Robo	18/87	20.68	6/87	6.89	24/87	27.58
Distalías	19/99	19.19	8/99	8.08	27/99	27.27
Espasmos, llanto	23/121	19.00	10/121	8.26	33/121	27.27
Disfemias	5/34	14.70	4/34	11.76	9/34	26.47
Asma	13/77	16.88	7/77	9.09	20/77	25.97
Rubor	42/273	15.38	26/273	9.52	68/273	24.90
Muestra general	212/1350	15.70	89/1350	6.59	301/1350	22.29

TABLA 3. TRASTORNOS ASOCIADOS A LA ENURESIS PRIMARIA DE FORMA EXCLUSIVA O MUY PREDOMINANTE

Trastornos	Frecuencia enuresis primaria		Frecuencia enuresis secundaria	
	P	%	P	%
Encopresis	21/71	29.57 ***	8/71	11.26*
Sonambulismo	25/88	28.40 ***	10/88	11.36*
Insomnio	16/53	30.18 ***	2/53	3.77
Terros nocturnos	27/103	26.21 ***	8/103	7.76
Parto distócico	40/170	23.52 ***	15/170	8.82
Epilepsia, convulsiones	17/75	22.76 *	6/75	8.00
Mentiras	28/118	23.72 **	11/118	9.32
Robo	18/87	20.68	6/87	6.89
Muestra general	212/1350	15.70	89/1350	6.59

*** $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.10$.

TABLA 4. TRASTORNOS ASOCIADOS A LA ENURESIS SECUNDARIA DE FORMA EXCLUSIVA O MUY PREDOMINANTE

Trastornos	Frecuencia enuresis primaria		Frecuencia enuresis secundaria	
	P	%	P	%
Trastornos digestivos	11/59	18.64	11/59	18.64***
Anorexia	17/96	17.70	15/96	15.62***
Rubor	42/273	15.38	26/273	9.52**
Dislexia	39/205	19.02	25/205	12.19***
Disfemia	5/34	14.70	4/34	11.76
Asma	13/77	16.88	7/77	9.09
Muestra general	212/1350	15.70	89/1350	6.59

*** $p < 0.01$

** $p < 0.05$

* $p < 0.10$

En la Tabla 4 constatamos que la incidencia de la enuresis primaria en estos grupos clínicos es similar a la observada en la muestra general, o en todo caso, aparecen pequeños aumentos en la línea de las hipótesis formuladas, al tiempo que aparecen aumentos importantes de la frecuencia del trastorno secundario.

TABLA 5. TRASTORNOS ASOCIADOS A AMBOS TIPOS DE ENURESIS

Trastornos	Frecuencia enuresis primaria		Frecuencia enuresis secundaria	
	P	%	P	%
Hipercinesia	30/136	22.05 **	16/136	11.76***
Agresividad	37/170	21.76 **	22/170	12.94***
Desobediencia	49/247	19.83 *	25/247	10.12**
Succión pulgar	26/112	23.21 **	13/112	11.60**
Tics	19/85	22.35 *	8/85	9.41
Espasmos, llanto	23/121	19.00	10/121	8.26
Distalías	19/99	19.19	8/99	8.08
Muestra general	212/1350	15.70	89/1350	6.59

*** $p < 0.01$

** $p < 0.05$

* $p < 0.10$

Por último, en la Tabla 5 presentamos la incidencia de la enuresis primaria y secundaria en los grupos clínicos que no se muestran especialmente asociados a una de las variantes del trastorno enurético.

Discusión

Frecuencia de la enuresis nocturna en la muestra general y en los grupos clínicos

Por lo que respecta a la enuresis primaria, en la muestra de varones presentada en este trabajo aparece un 15.70 % de niños que la padece en el momento de cumplir 5 años. Este porcentaje no presenta ninguna oscilación significativa cuando se comparan clases sociales, en contra de lo que habitualmente se cree. Aproximadamente 2/3 de los enuréticos primarios han superado el problema al cumplir 10 años. En esta edad hemos encontrado un 6.2 % de sujetos que, si bien han logrado en general disminuir la frecuencia de episodios enuréticos, no han superado aún el trastorno. Toda esta información es muy similar a la que hemos elaborado en un trabajo anterior (Lluís, 1985).

Muy a pesar nuestro nos resulta extremadamente difícil comparar estos datos con los de otros investigadores que se han interesado por los problemas de control esfinteriano, debido a que la inmensa mayoría de ellos se obstinan en meter en el mismo cesto el trastorno primario y el secundario. Las excepciones son calificadas por Toro (1992) en su amplísima revisión, de «rara avis».

El trabajo de Rutter y otros (1973), considerado como uno de los más prestigiosos en su ámbito, ofrece unos datos que permiten, por lo menos, hacer alguna inferencia si desglosamos los porcentajes globales; estos autores cifran en un 13.4 % la prevalencia de la enuresis masculina a los 5 años y en un 21.9 % a los 7; si estos porcentajes están correctamente establecidos, el aumento de la prevalencia debe atribuirse a las recaídas, que en este caso afectarían al menos al 8.5 % de los niños.

El porcentaje máximo que estos autores han encontrado en la isla de Wight es muy semejante al 22.29 % que hemos constatado nosotros en la población catalana. En el supuesto de que el fenómeno global tuviera la misma prevalencia en ambos contextos geográficos, en nuestros datos debe aparecer un porcentaje global algo superior, dado que a la frecuencia máxima de la enuresis primaria, 15.70 % a los 5 años, hemos sumado la globalidad de los sujetos que en cualquier edad han tenido recaídas.

Con referencia a la enuresis secundaria, a nosotros nos ha interesado identificar a los sujetos que la han padecido en cualquier edad, con el fin de descubrir qué es lo que tienen en común. A este respecto hemos constatado que el total de casos asciende al 6.59 %, y que su frecuencia aparece bastante asociada a la clase social, en especial en las edades más elevadas. A los 10 años ha aparecido sólo un 2 % en el subgrupo de clase elevada, y cerca del 8 % en el de clase baja, totalizando un 4.3 % en la muestra total. Por consiguiente, la incidencia del fenómeno global en nuestros sujetos a los 10 años es de 10.89 %. Este porcentaje es también similar al encontrado por otros investigadores como Sánchez Chapado y otros (1983), Rahim y Cederblad (1986), Rutter y otros (1973) o Lluís (1985).

Por último, si nos centramos en los grupos clínicos, observamos que en todos ellos se produce algún aumento de la enuresis global en comparación con

los sujetos que no padecen el respectivo trastorno. Las diferencias son significativas al menos al nivel $p < .05$ en los 16 primeros grupos de la Tabla 2.

Trastornos asociados a la enuresis primaria

En la Tabla 3 puede observarse un espectacular aumento de la incidencia de la enuresis primaria en el grupo de sujetos encopreticos y en los que sufren o han sufrido trastornos del sueño. Un aumento menos importante, aunque digno de ser considerado se aprecia en el grupo con hipotética lesión cerebral, configurado por la variable parto distócico, así como también en el grupo que aglutina epilepsia, convulsiones y pérdidas de conciencia. Finalmente, muestran también un aumento moderado los grupos formados por las variables mentira y robo, es decir, por trastornos de tipo impulsivo.

La encopresis presenta asociación elevada con la enuresis primaria y moderada con la secundaria. La interdependencia global es conocida desde los trabajos de Hallgren (1956, 1957). Así lo confirman también numerosos estudios recogidos por Ajuriaguerra y Marcelli (1982), Ollendick y Hersen (1983), y Toro (1992) entre otros. La pena es que cuando se comparan ambos tipos de disfunciones, no se hace distinción entre trastorno primario y secundario. Esta asociación se atribuye normalmente a la implicación en el control de unas mismas estructuras neuromusculares. Algunos trabajos, como el de Mikkelsen y otros (1980) han encontrado asociación especialmente elevada entre enuresis persistente y encopresis. Ello va en sintonía con nuestros datos, dado que la enuresis que se mantiene más allá de los 10 años suele ser de tipo primario.

Muchos autores han relacionado la enuresis, como fenómeno global, con trastornos del sueño (Houzel, 1980). Uno de los aspectos que más ha llamado la atención es el de la hipotética mayor profundidad del sueño de los enuréticos. Esta hipótesis ha sido sustentada por Bollard y Nettelbeck (1989), pero no ha sido corroborada por el riguroso trabajo de Mikkelsen y otros (1980). Pero con independencia de que el sueño de los enuréticos sea o no más profundo, algunos autores hablan de un trastorno del despertar a la hora de explicar un elevado porcentaje de los casos de enuresis; por ejemplo, Watanabe y Azuma (1989).

Probablemente, este trastorno del despertar tenga un origen común con otras anomalías del sueño, dado que en nuestros datos se observa un elevado grado de asociación entre enuresis primaria y sonambulismo, insomnio y terrores nocturnos. Nuestra aportación en este campo consiste en poner de relieve que los trastornos del sueño se asocian a la enuresis primaria pero no a la secundaria, lo cual contribuye a fundamentar una conceptualización diferencial del fenómeno que nos ocupa.

El grupo de sujetos delimitado por la variable parto distócico presenta también un aumento de la incidencia de la enuresis primaria, pero no de la secundaria. Una cierta excepción la constituyen los sujetos disléxicos; en esa submuestra se aprecian aumentos tanto del parto distócico como de la enuresis secundaria. Hemos tratado esta cuestión con mayor profundidad en un trabajo sobre enuresis y lesión cerebral (Lluís, 1989).

Aunque hace ya algunos años que está superado el histórico error de equiparar la enuresis nocturna con la epilepsia, queremos dejar constancia de que hemos constatado también un aumento significativo de la enuresis primaria y no de la secundaria en el grupo formado por epilépticos y por sujetos que han sufrido algún tipo de convulsiones, aunque no haya diagnóstico de epilepsia, así como por sujetos que han experimentado pérdidas de conciencia de cualquier otro tipo.

Finalmente, entre los grupos que se asocian de esta forma diferencial a ambos tipos de enuresis se encuentran los caracterizados por la mentira y el robo, es decir, por conductas de carácter impulsivo.

Si nos preguntamos qué tienen en común los trastornos que presentan una notable asociación a la enuresis primaria y ningún parentesco con la secundaria, hemos de reconocer que nos resulta difícil dar una respuesta satisfactoria. Con todo nos inclinamos a pensar que este tipo de anomalías presenta una dependencia menos directa de problemas emocionales y situaciones estresantes, de lo que presumiblemente sucede en los datos de la Tabla 4. La covariación de la enuresis primaria con los trastornos descritos no avala de forma concluyente la hipótesis organogénica de Kolvin y Taunch (1973), pero la hace verosímil. En esta misma línea, diversos autores han descrito un mayor número de anomalías electroencefalográficas en los enuréticos primarios (Salmon y otros, 1973). Por otra parte, recordemos que la incidencia de la enuresis primaria no presenta oscilaciones cuando se comparan clases sociales, o grupos de sujetos con distintos niveles de rendimiento, a diferencia de lo que ocurre con la secundaria. Esta visión pondría en entredicho el sentido de la psicoterapia para el tratamiento de la enuresis primaria, aunque no negamos que pueda tener algún efecto positivo, dado que las personas funcionamos como un todo; pero sería más razonable intentar desarrollar estilos de tratamiento más en consonancia con la hipotética etiología.

Trastornos asociados a la enuresis secundaria

La enuresis secundaria presenta también una notable variabilidad que oscila entre el 3.77 % en los sujetos que sufren insomnio y el 18.64 % en el grupo de los que padecen trastornos digestivos. Obsérvese que la máxima incidencia de la enuresis primaria y la mínima de la secundaria coinciden en el mismo grupo: el de los que padecen insomnio. En paralelo con estos datos podemos destacar que los grupos con mayor prevalencia de la enuresis secundaria tienden a ser de bajo riesgo en lo que concierne al trastorno primario y viceversa.

El análisis de la Tabla 4 pone de relieve aumentos notables de la incidencia de la enuresis secundaria en los grupos que sufren o han sufrido trastornos digestivos, anorexia, rubor, dislexia, disfemia y asma; en este último los aumentos son sólo discretos. A la vez podemos constatar que en ninguno de los grupos mencionados aparecen aumentos del trastorno primario con respecto a la muestra general.

De nuevo podemos preguntarnos cuál es el denominador común de los trastornos que covarían con la enuresis secundaria y no con la primaria. No es difi-

cil concluir, en base a la información disponible, que es la elevada ansiedad el factor subyacente a todos ellos; principalmente la ansiedad estado en el caso de la dislexia, y la ansiedad rasgo en los demás. Sobre el tema enuresis y lenguaje (capacidad lectora, dislexias, disfemias y dislalias) nos remitimos a una publicación anterior, en la que ya señalábamos su covariación con la enuresis secundaria, al tiempo que se constataba que no mostraban interdependencia con el trastorno primario (Lluís, 1987).

Centrémonos por un momento en los trastornos digestivos, dado que éstos constituyen el principal factor de riesgo de la enuresis secundaria, al menos, a juzgar por nuestros datos. Este grupo clínico engloba los siguientes conceptos: úlcera gástrica, tendencia a vomitar, dolores abdominales y diarreas frecuentes. Dado que se conoce la interdependencia entre los trastornos psicósomáticos, en especial los digestivos, y la ansiedad, lógico será pensar que ésta tiene algo que ver con las recaídas en el control esfinteriano. Comentarios similares podríamos hacer sobre la anorexia, el rubor, la disfemia, etc.

Hoy sabemos que situaciones estresantes puntuales se convierten fácilmente en desencadenantes de enuresis secundaria, a la vez que pueden contribuir a precipitar otras anomalías psicósomáticas (Rutter y otros, 1973).

Parece razonable, por lo tanto, concluir el carácter psicogénico de la enuresis secundaria, al menos en la inmensa mayoría de casos. Aunque, como suele ocurrir, siempre cabe la posible excepción de que en algunos casos pueda producirse por efecto de una infección urinaria (Stansfeld, 1973), o por algún otro problema de salud.

Por otra parte, el hecho de que se hayan encontrado anomalías electroencefalográficas con gran frecuencia en los enuréticos primarios, y sólo raramente en los secundarios (Salmon y otros, 1973), constituye un dato más en apoyo de nuestra postura.

Si estamos en lo cierto, ambos tipos de enuresis tienen distinta etiología y son también distintos los factores que intervienen en su evolución. En base a esta conclusión defendemos la conveniencia de la intervención psicológica para el tratamiento de la enuresis secundaria, con la esperanza de lograr mejores resultados de los que se consiguen al tratar el trastorno primario.

Trastornos asociados a ambos tipos de enuresis

La Tabla 5 presenta los grupos clínicos en los que se puede observar aumentos de la incidencia tanto de la enuresis primaria como de la secundaria. No es de extrañar que esto ocurra, dado que las características que hemos considerado subyacentes a cada tipo de enuresis no se excluyen mutuamente. Tomemos como ejemplo el grupo de hipercinésicos: hemos comprobado que estos niños, en comparación con el resto de la muestra, presentan con mayor frecuencia los trastornos que hemos descrito como asociados a la enuresis primaria, en especial alteraciones del sueño, parto distócico y conductas impulsivas, lo que justifica la asociación de la hipercinesia a este tipo de enuresis. Esta constatación está en línea con la hipótesis organicista de los autores americanos (Eisenberg, 1971),

entre otros. Por otra parte, los niños que padecen esta anomalía tienden a desarrollarse, como es sabido, otros problemas, como el fracaso escolar, que a su vez generan ansiedad; ésta podrá convertirse en un factor de riesgo de la enuresis secundaria. Comentarios similares se podrían hacer respecto a los restantes grupos clínicos de la Tabla 5.

Conclusión

Creemos haber conseguido una clara diferenciación del fenómeno enurético primario y secundario a través del análisis de los trastornos asociados a esas dos variantes. Concluimos, pues, que la enuresis no puede considerarse un fenómeno unitario; el trastorno primario y el secundario obedecen a distintos mecanismos.

La enuresis secundaria parece asociarse prioritariamente a trastornos dependientes de la ansiedad y a situaciones estresantes. Sabemos, por lo tanto, en qué tipo de sujetos y en qué circunstancias suele aparecer. Este trastorno debe considerarse como un lenguaje, como una forma de respuesta, tal vez regresiva, a una amenaza percibida por el niño. Cuantos más conflictos viva un sujeto, tanta mayor probabilidad habrá de que ese síntoma se desencadene. Eso explica que su incidencia sea muy diferente entre unos grupos y otros.

La enuresis primaria, en cambio, es de otro orden, dado que su frecuencia covaría con otro tipo de variables, tales como trastornos del sueño, lesión cerebral y conductas impulsivas; su incidencia es muy similar cualquiera que sea el grado de conflictividad emocional apreciable en los sujetos. Hay tantos enuréticos primarios en la clase alta como en la baja, tantos en los grupos de niños con elevado rendimiento escolar como en aquéllos que fracasan; su frecuencia parece depender de una serie de variables biológicas que se reparten de forma muy aleatoria.

Si la enuresis no puede conceptualizarse como un fenómeno unitario, se impone la necesidad de proceder sistemáticamente a un diagnóstico diferencial que posibilite tratamientos específicos, coherentes con las variantes descritas.

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Masson, S.A.
- Bollard, J. & Nettebeck, T. (1989). *A treatment manual for professional staff*. London: Chapman and Hall.
- Eisenberg, L. (1971). El tratamiento del niño hipercinésico con retardo mental. *Revista Argentina de Psiquiatría y Psicología*, 2, 1, 98-106.
- Hallgren, B. (1956). Enuresis I: a study with reference to the morbidityrisk and symptomatology. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 31, 379-403.
- Hallgren, B. (1957). Enuresis. A clinical and genetic study. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 117.
- Kolvin, I. & Taunch, J. (1973). A dual theory of nocturnal enuresis. In Kolvin, I., MacKeith, R.C. & Meadow, S.R. (Eds.), *Bladder control and enuresis*. London: Heinemann.
- Lluís, J.M. (1985). Enuresis: incidencia y factores de riesgo. *Cuadernos de Psicología*, 9, 155-180.

- Lluís, J.M. (1987). Enuresis y lenguaje. *Anuario de Psicología*, 36-37, 171-190.
- Lluís, J.M. (1989). Enuresis y lesión cerebral. *Revista de Psicología, Universitas Tarraconensis*, XI (2), 28-40.
- Lluís, J.M. (1990). Incidencia de trastornos psicopatológicos en la población infantil. *Cuadernos de Psicología*, 10, 263-278.
- Mikkelsen, E.J., Rapoport, J.L., Nee, L. & cols. (1980). Childhood enuresis: I. Sleep patterns and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1139-1144.
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1983). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Rahim, S.I.A. & Cederblad, M. (1986). Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan: I. Extensive study. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 75, 1017-1020.
- Rutter, M., Yule, W. & Graham, P. (1973). Enuresis and behavioural deviance: some epidemiological considerations. In Kolvin, I., MacKeith, R.C. & Meadow, S.R. (Eds.), *Bladder control and enuresis*. London: Heinemann.
- Salmon, M.A., Taylor, D.C. & Llee, D. (1973). On the EEG in enuresis. In Kolvin, I., MacKeith, R.D. & Meadow, S.R. (Eds.), *Bladder control and enuresis*. London: Heinemann.
- Sánchez, M., Sánchez, A., Romero, F. y otros (1983). Enuresis I: estudio sociológico del fenómeno emurrético. *Actas urológicas españolas*, 7, 2, 117-122.
- Stansfeld, J.M. (1973). Enuresis and urinarytract infection. In Kolvin, I., MacKeith, R.C. & Meadow, S.R. (Eds.), *Bladder control and enuresis*. London: Heinemann.
- Toro, J. (1992). *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Watanabe, H. & Azuma, Y. (1989). A proposal for a classification system of enuresis based on overnight simultaneous monitoring of electroencephalography and systometry. *Sleep*, 12, 3, 257-264.
- Zaleski, A., Gerrard, J.W. & Shokeir, M.H.K. (1973). Nocturnal enuresis: the importance of a small bladder capacity. In Kolvin, I., MacKeith, R.C. & Meadow, S.R. (Eds.), *Bladder control and enuresis*. London: Heinemann.