

ANUARIO DE PSICOLOGÍA
Núm. 36/37 - 1987 (1-2)

ENURESIS Y LENGUAJE

JOSEP MARIA LLUÍS FONT
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Barcelona

Josep Maria Lluís Font
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
Avda. de Chile, s/n
08028 Barcelona

1. REVISIÓN HISTÓRICA

La relación entre el trastorno enurético y las dificultades en el área del lenguaje ha sido observada por algunos estudiosos del tema, pero nunca ha merecido, a nuestro juicio, la atención suficiente para ser estudiada sistemáticamente, a pesar de que probablemente es una de las vías más accesibles para contribuir a esclarecer la etiopatogenia de la enuresis.

Los autores que hacen alguna referencia a esta cuestión suelen mencionar los trastornos de lenguaje dentro de una lista más o menos larga de síntomas asociados a la enuresis, sin mayores especificaciones. Ya por los años treinta Michaels y Goodman relacionaban la enuresis con la succión del pulgar, las dificultades de lenguaje, la onicofagia y los ataques de cólera (Michaels y Goodman, 1934). A mediados de siglo Hallgren asociaba la enuresis con la necesidad diurna de orinar, la encopresis, la inmadurez afectiva, el sueño profundo y los trastornos de lenguaje (Hallgren, 1957). Algunos autores franceses, según la recopilación que realiza Ajuriaguerra, relacionan la enuresis no directamente con trastornos de lenguaje, pero sí con ciertas variables clásicamente asociadas a la dislexia, como la debilidad motriz y los desórdenes de lateralización hemisférica (Ajuriaguerra, 1973). Otros autores pretenden aportar algunos datos concretos al respecto, si bien, debido a un insuficiente análisis de los mismos, no consiguen aportaciones significativas. Albarrán, por ejemplo, encuentra en un 20,7% de enuréticos, trastornos del lenguaje o del aprendizaje, lo que nos parece ininterpretable al no haber ninguna referencia a la población de no enuréticos (Albarrán, 1981).

Pero son muchos más los autores que no hacen mención del tema a pesar de dedicar muchas páginas a la etiología del trastorno, a las condiciones de aparición, a los factores desencadenantes, a los síntomas asociados, etc. Kanner presenta una lista de una docena de síntomas asociados a la enuresis, sin que figure ningún concepto emparentado con los problemas de lenguaje (Kanner, 1966). En general, los autores de orientación psicoanalítica o psicodinámica han dedicado bastante esfuerzo a la interpretación psicológica de la enuresis, pero sus comentarios van por otros derroteros, ya que ponen el acento generalmente en alguno de los siguientes aspectos: complejo de castración, identificación con el padre y fantasías sádicas (Klein, 1964), erotismo uretral (Fenichel, 1966), expresión de deseos de agresión y función homeostática del síntoma (Reca, 1971), regresión en el plano comportamen-

tal, instintivo y sexual (Didier y Duché, 1972), reacción sádica (Aberastury, 1979), etc. Esta línea sigue en plena actualidad a pesar de lo inconcluyente y a veces contradictorio de muchas de sus afirmaciones, no exentas a menudo de cierto dogmatismo, al pretender generalizar de forma excesiva esas interpretaciones.

Desde el punto de vista conceptual, la orientación más opuesta a la psicodinámica, está representada por aquellos autores que opinan que los principales determinantes de la enuresis son de tipo orgánico. A este respecto Ajuriaguerra considera que deben suprimirse antiguas hipótesis, como la sífilis por herencia, la espina bífida oculta trivial, las teorías endocrinas inconcretas y las modificaciones en los componentes de la orina (Ajuriaguerra, 1973). Dentro de esta línea se ha relacionado la enuresis con múltiples aspectos, sin que ello haya supuesto, a nuestro parecer, un avance significativo en la comprensión global del fenómeno enurético. En este bloque de posibles determinantes orgánicos se ha investigado: el funcionamiento anormal de la vejiga, con especial énfasis en la inmadurez vesical (McLellan, 1939), (Lauret, 1958), (Diwani, 1960); la capacidad vesical insuficiente (Muellner, 1960); el sueño profundo (Gastaut, 1965), aspecto especialmente interesante por la localización temporal del episodio enurético dentro del proceso hípnico; las necesidades imperiosas (Bakcwin, 1966); la epilepsia (Hallgren, 1957); el retraso mental (Duché, 1968). También forman parte de esta literatura aspectos tales como lesión cerebral, espina bífida real, hipervagotonía pélvica, mielodisplasia, estenosis pilórica, etc. En relación a la mayor parte de los aspectos que acabamos de mencionar queremos precisar que las referencias bibliográficas corresponden a trabajos que en su momento han tenido cierta relevancia, pero que no son los únicos, ya que muchos de estos temas han sido replanteados una y otra vez, incluso por autores de las más diversas tendencias. Con todo, estas interpretaciones organicistas han perdido importancia los últimos años.

La herencia es otro aspecto que se ha considerado con frecuencia, aunque se desconocen totalmente los posibles mecanismos de transmisión; su importancia ha sido hipertrofiada por unos y desestimada por otros; mientras, por ejemplo, Ajuriaguerra incluye un factor hereditario al sistematizar la etiología de la enuresis (Ajuriaguerra, 1982), o merece una mención en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1983), autores como Telma Reca se niegan a considerar su importancia (Reca, 1971).

El control esfinteriano implica un aprendizaje que el niño debe realizar a partir de un determinado grado de maduración funcional. La importancia de ese aprendizaje es una de las cuestiones que presentan hoy menos discrepancia de opinión. Kanner señala la falta de oportunidad para una enseñanza apropiada como un factor muy relevante en relación al problema en las clases sociales más bajas (Kanner, 1966). Kemper concede importancia crucial a la fase de habituación a la limpieza (Kemper, 1980). Que el control de la micción implica un aprendizaje está fuera de discusión; lo que se valora de diferente manera es la forma cómo debe dirigirse ese aprendizaje, y cuál es, por consiguiente, el papel de los padres en la génesis de la enuresis. En esta

línea es lógico pensar, que los padres que fueron enuréticos, tendrán por lo general actitudes sobreprotectoras, al revivir su propio problema (Reca, 1971); y que las actitudes patógenas de la madre dificultan el aprendizaje del control (Kemper, 1980).

Por último, la influencia de los factores ambientales y la forma cómo éstos son vividos por el niño, parece tener gran influencia en la aparición y evolución del trastorno enurético; en este punto existe también una gran unanimidad de opinión, ya que son muchos los autores que aportan observaciones de aparición o desaparición de la enuresis, coincidiendo con circunstancias importantes en la vida del niño. Sin embargo, por nuestra parte, queremos dejar constancia de que no ha sido suficientemente analizado este tipo de observaciones, ya que no hemos encontrado referencias diferenciales, por lo que respecta a la enuresis primaria y secundaria. Dejamos, pues, en el aire nuestra sospecha de que la enuresis primaria es más rebelde y persistente, y que las observaciones referidas probablemente son válidas sólo para la secundaria, precisión que consideramos de importancia capital para la comprensión del problema que nos ocupa.

Después de referirnos a las principales concepciones de la enuresis, queremos solidarizarnos con la idea, cada vez más aceptada de que las teorías excesivamente unívocas, psicogenéticas o mecanicistas, no pueden explicar la totalidad de los casos afectados. Parece lógico, por tanto, admitir una pluralidad de factores etiológicos que interactúan, a la vez que plantear la importancia relativa de esos factores en los diferentes tipos de enuresis.

Al terminar esta breve revisión histórica, queda patente la escasa relevancia que ha tenido la asociación de la enuresis a los problemas de lenguaje, apuntada tímidamente por algunos autores y luego prácticamente olvidada, dentro de la concepción etiopatogénica del fenómeno enurético.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La hipótesis de la posible asociación de la enuresis a los problemas de lenguaje, nos puede conducir a resultados diversos, y consiguientemente a interpretaciones diversas, según que dicha asociación aparezca en todos los tipos de enuresis, sólo en la primaria o sólo en la secundaria. Si la relación se diera sólo en la enuresis primaria, operativizada en nuestro caso con descarga involuntaria de orina a partir de los cinco años cumplidos, cabría sospechar la existencia de un factor, lesional o madurativo, que explicara las dos variables. En ese caso la enuresis primaria y los problemas de lenguaje podrían tener una causa común, y creemos que se descartaría así la hipótesis del origen afectivo del trastorno. Si, por el contrario, la asociación que esperamos apareciese sólo en la enuresis secundaria, cuando reaparece la enuresis tras un período de limpieza de seis meses o más, habríamos identificado uno de los factores desencadenantes de la misma, y ello nos permitiría inferencias interesantísimas sobre la génesis y evolución de la reaparición de la enuresis.

Nuestro máximo interés está orientado, por consiguiente, al esclarecimiento de estas cuestiones, y consideramos que de este modo damos un paso más en la tarea de identificación y análisis de factores de riesgo, iniciada por el autor en un trabajo anterior (Lluís Font, 1985). El análisis en profundidad de las asociaciones encontradas nos habrá de permitir una mayor comprensión del fenómeno enurético, y en consecuencia, nos ayudará a encontrar criterios que posibiliten y justifiquen estrategias de tratamiento específicas y diferenciales.

3. HIPÓTESIS

Existe una asociación entre enuresis y dificultades, retrasos y trastornos en el área del lenguaje.

Esta posible asociación aparecerá de manera diferente según se trate de la enuresis primaria o secundaria.

La relación entre dificultades de lenguaje y trastorno enurético se presentará, aunque en cuantía diferente, en los siguientes aspectos: razonamiento verbal, capacidad lectora, dominio de la ortografía y trastornos del lenguaje hablado, como dislalias o disfemias.

La hipotética asociación que investigamos tendrá lugar entre enuresis y trastornos de lenguaje específicos. Ello implica que no deberá haber relación entre enuresis e inteligencia, ya que de lo contrario, los trastornos de lenguaje no serían específicos, sino una manifestación más de un retraso global.

4. MUESTRA

Este estudio se ha realizado con una muestra de 1.228 casos. La muestra es sólo de varones, procede de las cuatro provincias catalanas, se ha recogido en 22 colegios, representa el ámbito urbano, semiurbano y rural, y finalmente, procede de distintos estamentos socioculturales. Los criterios de muestreo se han contemplado de forma flexible, pero hemos hecho un esfuerzo de aproximación de las características de la muestra a las de la población general. La distribución por clases sociales es la siguiente: 329 casos pertenecen a la clase elevada, 579 a la media y 320 a la baja. La distribución por clases sociales se ha hecho atendiendo a la combinación de múltiples criterios, entre los que pesa de forma especial la profesión del padre. Para mayores especificaciones sobre esta muestra, consultar el trabajo del propio autor "Enuresis: incidencia y factores de riesgo" (Lluís Font, 1985).

En esta muestra aparecen 280 sujetos que padecen enuresis, o la han padecido en algún momento de su desarrollo, más allá de los 5 años cumplidos. La incidencia total de la enuresis es del 22,80%. La enuresis primaria

afecta a 193 casos, y la secundaria a 87. Esta última representa el 31,07% del total de enuréticos.

5. PROCESO

En este estudio queremos realizar una amplia comparación de datos en tres grupos de sujetos:

Grupo de enuréticos primarios: 193 sujetos.

Grupo de enuréticos secundarios: 87 sujetos.

Grupo de control: 280 sujetos.

El grupo de control está formado por niños extraídos de entre los no enuréticos de la muestra. Para que este grupo sea paralelo, excepto en la variable enuresis, se ha igualado la procedencia de los sujetos, con todo lo que ello representa. Si, por ejemplo, entre la población muestreada de un colegio, hemos encontrado 10 niños que padecen o han padecido enuresis, seleccionamos allí otros tantos para constituir el grupo de control.

Los datos que pretendemos estudiar, de acuerdo con las hipótesis establecidas, son los relativos a posibles dificultades, retrasos y trastornos específicos de lenguaje. Para ello analizamos dos bloques de informaciones: las procedentes de tests pasados a los niños y las que provienen de un cuestionario anamnésico y psicopatológico aplicado a los padres.

a) Datos procedentes de tests:

Analizamos los resultados de un test de inteligencia no verbal (ARNV), con el fin de demostrar que las diferencias intergrupales en las diversas facetas de lenguaje, no son atribuibles a diferencias del nivel global de los grupos.

Estudiamos también el rendimiento de los grupos en un test de inteligencia verbal (TEI). Esta prueba se considera de inteligencia o de factor "g", pero, al plantear problemas de razonamiento verbal, y al plantearlos, además, por escrito, exige unas habilidades lingüísticas; por esta razón podrán aparecer diferencias en esta prueba, aún si no las hay en el test de inteligencia no verbal.

Otro aspecto que consideraremos es el nivel en un test de lectura comprensiva. (La técnica en concreto se describe más adelante). La capacidad lectora es, sin duda, uno de los aspectos más representativos del nivel de un sujeto o de un grupo de sujetos en el área del lenguaje.

Finalmente vamos a comparar también el dominio de la ortografía, mediante un test destinado a este fin.

b) Datos obtenidos a través del cuestionario a los padres:

- Existencia de dislalias más allá de los 5 años.
- Presencia de disfemias persistentes.

- Lentitud al hablar.
- Dificultades globales de expresión oral.
- Dificultades y retrasos al iniciar el aprendizaje de lectura.

Todos estos aspectos se valoran también en cada uno de los tres grupos descritos.

La aplicación de los tests se hizo a todos los sujetos al finalizar 4^o curso de EGB. La edad media de los niños era de 10 años, y los límites máximos de dispersión ± 6 meses.

Los cuestionarios a los padres se obtuvieron con posterioridad a la pasación de los tests.

Debemos, finalmente, indicar que hemos recogido la totalidad de la información (tests y datos del cuestionario), en todos los sujetos de la muestra, y se utiliza toda ella en diversos momentos del tratamiento de datos, si bien la mayor parte del estudio se ciñe a los tres grupos mencionados.

6. TÉCNICAS

a) Especificaciones sobre los tests:

- ARNV: Abstraction de Ressemblances Non Verbales (REY, 1968).
- TEI: Test Elemental de Inteligencia (YELA, 1968).
- LECTURA: Prueba bilingüe, elaborada y tipificada por el autor (Lluís Font, 1971), en el laboratorio de Psicología Aplicada LA SALLE de Barcelona. Es un relato de 20 líneas. Después de leerlo, y sin que le sea retirado, el niño debe contestar una lista de cuestiones. El niño escoge el idioma (catalán o castellano).
- ORTOGRAFÍA: Lista de 50 palabras de progresiva dificultad ortográfica. P.D. = n^o de errores.

b) Especificaciones sobre el cuestionario:

Se trata, como hemos indicado con anterioridad de un cuestionario anamnéstico y psicopatológico contestado por los padres, por escrito; en los casos que ha sido necesario hemos solicitado aclaraciones telefónicamente o a través de entrevista. Recoge casi un centenar de variables. De entre ellas hemos extraído para este estudio, los datos siguientes:

- Información exhaustiva sobre el trastorno enurético.
- Existencia de dislalias más allá de los 5 años.
- Existencia en alguna medida de disfemias persistentes.
- Acusada lentitud al hablar (valoración de 4 ó 5 en una escala progresiva de 5 alternativas).
- Dificultades globales de expresión oral (valoración como en el caso anterior).
- Dificultad lectora al iniciar ese aprendizaje.

7. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1. Análisis de las diferencias de medias en los tests:

En el Cuadro I presentamos las medias de los tres grupos en los tests aplicados, así como las razones críticas (RC), y el nivel de significación. Tres asteriscos indican un riesgo de error del 1^o%; dos, del 5^o%, y uno, del 10^o%. Este código vale aquí y en lo sucesivo.

CUADRO I

	Enuréticos primarios N=193		RC	Enuréticos secundarios N=87		RC	Grupo control N=280	
	\bar{X}	σ		\bar{X}	σ		\bar{X}	σ
ARNV	18,72	3,95	—	18,56	4,01	—	19,02	3,66
TEI	18,69	4,02	3,55 ***	16,95	3,79	3,45 ***	18,54	3,80
LECTURA	6,32	2,45	2,50 **	5,52	2,59	3,00 ***	6,42	2,29
ORTOGRAFÍA	6,65	3,93	2,35 **	7,97	4,61	2,46 **	6,64	4,03

En estos datos cabe destacar:

a) Que no aparecen diferencias significativas intergrupales, por lo que respecta a la inteligencia, evaluada con un test no verbal (ARNV).

b) Que tampoco se aprecian diferencias entre el grupo de enuréticos primarios y el grupo de control, en ninguno de los tests de lenguaje.

c) Que el grupo de enuréticos secundarios se diferencia nítidamente de los otros dos grupos en todos los tests de lenguaje (TEI, LECTURA y ORTOGRAFÍA), siendo más bajo su rendimiento medio.

7.2. Diferencias de rendimiento en los tests de lenguaje apreciables en la comparación de grupos extremos

En cada uno de los tests de lenguaje observamos el funcionamiento de los grupos extremos, es decir, de elevado y bajo rendimiento. No consideramos los sujetos de rendimiento medio. Hemos procurado que cada uno de los grupos extremos abarque entre un 15 y un 20% de la totalidad de los

sujetos estudiados. Si las tres categorías de sujetos (enuréticos primarios, secundarios y grupo de control) no se diferenciaran entre sí, habría el mismo o parecido porcentaje de sujetos de elevado rendimiento en cada uno de los tres grupos. Otro tanto ocurriría con el bajo rendimiento. Al hacer este análisis encontramos los resultados siguientes:

TEI:

<i>Elevado rendimiento</i> (23 ítems o más positivos)			
Enuréticos primarios	29/193	15,02 ^o /o	} RC=1,91 *
Enuréticos secundarios	6/87	6,89 ^o /o	
Grupo de control	44/280	15,71 ^o /o	
<i>Bajo rendimiento</i> (14 ítems positivos como máximo)			
Enuréticos primarios	30/193	15,54 ^o /o	} RC=2,37 **
Enuréticos secundarios	24/87	27,58 ^o /o	
Grupo de control	42/280	15,00 ^o /o	

LECTURA:

<i>Elevado rendimiento</i> (9 ítems o más positivos)			
Enuréticos primarios	37/193	19,17 ^o /o	} RC=1,65 *
Enuréticos secundarios	10/87	11,49 ^o /o	
Grupo de control	62/280	15,00 ^o /o	
<i>Bajo rendimiento</i> (4 ítems positivos como máximo)			
Enuréticos primarios	39/193	20,20 ^o /o	} RC=2,58 ***
Enuréticos secundarios	30/87	34,48 ^o /o	
Grupo de control	60/280	21,42 ^o /o	

ORTOGRAFÍA:

<i>Elevado rendimiento</i> (3 faltas o menos)			
Enuréticos primarios	30/193	15,54 ^o /o	} RC=1,72 *
Enuréticos secundarios	7/87	8,04 ^o /o	
Grupo de control	40/280	14,28 ^o /o	
<i>Bajo rendimiento</i> (10 faltas o más)			
Enuréticos primarios	46/193	23,83 ^o /o	} RC=2,05 **
Enuréticos secundarios	31/87	35,63 ^o /o	
Grupo de control	67/280	23,92 ^o /o	

De la observación de estos datos se desprenden las siguientes conclusiones:

a) En ninguno de los tests de lenguaje aparecen diferencias entre el grupo de enuréticos primarios y el grupo de control. Esto se aprecia tanto en los sujetos de elevado como en los de bajo rendimiento.

b) El grupo de enuréticos secundarios se diferencia claramente de los otros dos grupos, siendo su rendimiento más bajo; ello puede observarse en todos los tests de lenguaje, y en cada uno de los grupos extremos.

Al concluir este apartado queremos indicar la total concordancia de estos resultados con los del epígrafe anterior. Las diferencias de medias aparecidas allí podrían deberse a la influencia de los casos de máxima disper-

sión en uno u otro de los extremos de la distribución. Después de hacer este nuevo análisis, es evidente que el grupo de los enuréticos secundarios presenta un desplazamiento global respecto a los otros grupos, a lo largo de todo el espectro de las diferencias individuales.

7.3. Frecuencia de la enuresis primaria y secundaria en los grupos de máximo y mínimo rendimiento en los tests

Estas frecuencias se presentan en el Cuadro II, junto con el consiguiente análisis de las diferencias intergrupales.

Los criterios para constituir los grupos de máximo y mínimo rendimiento en los tests son los especificados en el apartado 7.2. Como es lógico no ha sido posible unificar el número de casos de los grupos de máximo y mínimo rendimiento en los diversos tests, ya que esa posibilidad está en función de cómo aparezcan los polígonos de frecuencias.

Para poder aportar estos nuevos datos hemos tenido que pasar revista a la totalidad de la muestra, y no sólo a los tres grupos que venimos analizando en los epígrafes anteriores.

Con el fin de facilitar la comprensión de la información aportada en el Cuadro II, recordamos aquí que la frecuencia total de la enuresis primaria en nuestra muestra es del 15,71%, y la de la secundaria, del 7,08%. Aclaramos también que en la columna "n" el numerador indica el número de enuréticos y el denominador, el total de casos del grupo respectivo. Esta especificación vale también para cuadros sucesivos.

CUADRO II

		Bajo rendimiento		Elevado rendimiento		RC	
		n	%	n	%		
Frecuencia enuresis primaria	TEI	30/196	15,30	29/182	15,93	---	---
	LECTURA	39/255	15,29	37/243	15,22	---	---
	ORTOGRAFÍA	46/294	15,64	30/189	15,87	---	---
Frecuencia enuresis secundaria	TEI	24/196	12,24	6/182	3,29	3,25	***
	LECTURA	30/255	11,76	10/243	4,11	3,16	***
	ORTOGRAFÍA	31/294	10,54	7/189	3,70	2,74	***

La información que acabamos de presentar en el Cuadro II coincide plenamente con la ya comentada en los apartados 7.1 y 7.2, pero aquí

aparece aún, si cabe, con mayor nitidez. Llamamos especialmente la atención los dos aspectos siguientes:

a) La enuresis primaria presenta una incidencia prácticamente idéntica en todos los grupos, cualquiera que sea su nivel de rendimiento en los tests de lenguaje.

b) La enuresis secundaria se presenta con un grado de incidencia altamente diferenciado en función del rendimiento lingüístico, y en relación inversa al mismo.

Estos resultados quedan patentes en cada una de las pruebas.

Por otra parte, en un intento de profundizar estos hallazgos, hemos clasificado el rendimiento de los sujetos en cinco categorías, aproximándonos en lo posible a los porcentajes teóricos de la curva normal, es decir, acumulando en las categorías más extremas, no más de un 6^o/o de casos; entonces hemos comprobado que la enuresis primaria se mantiene de forma análoga en todos los grupos, mientras que la incidencia de la secundaria refleja porcentajes escalonados, que no llegan al 2^o/o en la categoría superior, al tiempo que se sitúan por encima del 20^o/o en la inferior.

Más adelante trataremos de hacer algún grado de interpretación de estos datos, que ahora nos limitamos a describir.

7.4. Porcentaje de enuréticos secundarios sobre el total de enuréticos, en los grupos de máximo y mínimo rendimiento en los tests

Presentamos estos datos en el Cuadro III.

CUADRO III

	Bajo rendimiento		Elevado rendimiento		RC
	n	o/o	n	o/o	
TEI	24/54	44,44	6/35	17,14	2,66 ***
LECTURA	30/69	43,47	10/47	21,27	2,47 **
ORTOGRAFÍA	30/69	40,25	7/37	18,91	2,29 **

Para una mayor comprensión de la información que aportamos aquí, recordamos que en los datos globales de la muestra, los enuréticos secundarios representan el 31,07^o/o del total de enuréticos. Es decir, que uno de cada tres enuréticos es secundario.

En el Cuadro III podemos observar cómo este porcentaje queda muy reducido en los grupos de elevado rendimiento en los tests de lenguaje, al

tiempo que aumenta también de forma muy acusada en los grupos de bajo rendimiento.

Si clasificamos a los sujetos según su nivel en cinco categorías, siguiendo el criterio comentado en el epígrafe anterior, podemos observar que los datos son aún más llamativos, ya que los porcentajes que estamos analizando aquí pasan a oscilar entre el 10^o/o y el 60^o/o, en función del rendimiento en los tests.

7.5. Análisis de las diferencias intergrupales en trastornos del habla y en aprendizaje inicial de lectura

En este apartado vamos a analizar los datos extraídos del cuestionario anamnésico y psicopatológico contestado por los padres, de acuerdo con las especificaciones hechas anteriormente, al referirnos al proceso del estudio y a las técnicas.

A continuación presentamos la comparación de los tres grupos (enuréticos primarios, enuréticos secundarios y grupo de control), en las siguientes variables: dislalias, disfemias, lentitud al hablar, dificultades globales de expresión oral y dificultad inicial de lectura, con el consiguiente análisis de las diferencias:

DISLALIAS

Enuréticos primarios	46/193	23,83 ^o /o	}	RC=1,47 —
Enuréticos secundarios	28/87	32,18 ^o /o		
Grupo de control	53/280	18,92 ^o /o	}	RC=2,62 **

DISFEMIAS

Enuréticos primarios	21/193	10,88 ^o /o	}	Diferencias no significativas
Enuréticos secundarios	10/87	11,49 ^o /o		
Grupo de control	25/280	8,92 ^o /o	}	

LENTITUD AL HABLAR

Enuréticos primarios	15/193	7,77 ^o /o	}	RC=1,30 —
Enuréticos secundarios	11/87	12,64 ^o /o		
Grupo de control	16/280	5,71 ^o /o	}	RC=2,17 **

DIFICULTADES GLOBALES DE EXPRESIÓN ORAL

(Sin carencias sensoriales)

Enuréticos primarios	37/193	19,17 ^o /o	}	RC=2,99 ***
Enuréticos secundarios	31/87	35,63 ^o /o		
Grupo de control	38/280	13,57 ^o /o	}	RC=4,63 ***

DIFICULTADES INICIALES DE LECTURA

Enuréticos primarios	35/193	18,13 ^o /o	}	RC=1,38 —
Enuréticos secundarios	22/87	25,28 ^o /o		
Grupo de control	37/280	13,21 ^o /o	}	RC=2,69 ***

En los datos precedentes, cuando aparece un quebrado, el numerador indica el número de casos que poseen la variable analizada, dislalias, disfemias, etc., y el denominador, el total de casos de cada grupo.

Una vez más, en estos resultados podemos observar que el grupo de los enuréticos primarios no se diferencia del grupo de control en ninguna de las cinco variables analizadas, mientras que el grupo de los enuréticos secundarios se diferencia de los otros dos en todas ellas, excepto, tal vez, en las disfemias; en esta variable se puede apreciar la tendencia coherente de los datos, aunque las diferencias no dan significativas.

Con todo, respecto a las disfemias debemos confesar, que a nuestro entender, no implican ninguna dificultad lingüística que pueda repercutir sensiblemente en los procesos de aprendizaje, por lo que no esperábamos que apareciera asociación alguna entre enuresis secundaria y disfemias. Si hemos incluido aquí su estudio, ha sido por la facilidad que teníamos para realizarlo, y porque un apartado dedicado básicamente a los trastornos del habla, incluye por definición los trastornos disfémicos.

7.6. Diferencias lingüísticas intergrupales considerando la variable clase social

Dado que sabemos que la enuresis secundaria se da con mayor frecuencia en la clase social baja que en el resto, circunstancia que no se cumple en la enuresis primaria (Lluís Font, 1985), y puesto que existen datos que demuestran que los problemas de lenguaje guardan también alguna relación con la clase social, cabría pensar que la asociación de la enuresis secundaria a los problemas de lenguaje, se diera sólo como resultado de la contaminación de las variables mencionadas. Conocemos de antemano la respuesta a este interrogante, puesto que, si la enuresis secundaria se asocia con mayor intensidad a algunos problemas de lenguaje, que a la clase social baja, la primera asociación no puede explicarse por la segunda. Con todo, presentamos en el Cuadro IV los resultados del TEI, tomando en consideración la variable clase social; seleccionamos esta prueba, por ser la más consistente de todas las utilizadas en este trabajo. Los números que figuran entre paréntesis representan el total de casos dentro de cada casilla.

En el Cuadro IV no hemos realizado otros análisis estadísticos debido a la excesiva fragmentación de la muestra. De la observación de las medias y porcentajes que presentamos allí, se desprenden las siguientes consideraciones:

a) Dentro de una misma clase social, los enuréticos secundarios se diferencian en sentido negativo de los otros dos grupos, y esto se puede apreciar tanto en las medias del TEI, como en los porcentajes de sujetos con elevado y bajo rendimiento.

b) La asociación entre enuresis secundaria y nivel de lenguaje, aparece tanto más estrecha, cuanto más baja es la clase social de los sujetos.

c) No se aprecia ningún tipo de diferencias entre enuréticos primarios y grupo de control en el rendimiento en el TEI, dentro de una misma clase social.

CUADRO IV

		Clase baja	Clase media	Clase alta
Medias en el TEI	Enuréticos primarios	17,17 (51)	18,71 (89)	20,07 (53)
	Enuréticos secundarios	15,00 (34)	17,83 (37)	19,06 (16)
	Grupo de control	17,60 (85)	18,74 (126)	20,10 (69)
Porcentajes rendimiento elevado en TEI	Enuréticos primarios	9,80 (51)	12,35 (89)	24,52 (53)
	Enuréticos secundarios	2,94 (34)	5,40 (37)	18,75 (16)
	Grupo de control	9,85 (85)	14,28 (126)	24,63 (69)
Porcentajes rendimiento bajo en el TEI	Enuréticos primarios	19,60 (51)	16,85 (89)	9,43 (53)
	Enuréticos secundarios	38,23 (34)	21,62 (37)	18,75 (16)
	Grupo de control	15,29 (85)	15,87 (126)	13,04 (69)

d) Existen diferencias muy notables de rendimiento en el TEI, según el nivel sociocultural de los sujetos, siendo directa esta relación, tal como era de esperar.

e) La asociación inversa entre enuresis secundaria y rendimiento lingüístico, queda así demostrada, y no puede explicarse por interferencia de la variable clase social.

7.7. Análisis de los datos en relación al proceso de superación espontánea de la enuresis

Casi la totalidad del estudio que hemos presentado hasta ahora ha consistido en la comparación de tres grupos de sujetos (enuréticos primarios, enuréticos secundarios y grupo de control), en una serie amplia de variables, ligadas de alguna forma al lenguaje. Los dos grupos de enuréticos incluyen todos los sujetos que padecen o han padecido el trastorno en alguna época de su desarrollo. Por lo tanto, en el momento en que se obtiene la información sobre las variables lingüísticas (10 años \pm 6 meses), una parte de los enuréticos, tanto primarios como secundarios, ya habían superado el problema.

Admitiendo como criterio de superación un año o más sin ninguna recaída, y considerando, además, enuresis prolongada la que tiene lugar más

allá de los 10 años, nos encontramos con que cada uno de los dos grupos de enuréticos, puede ser desglosado en otros dos, resultando los cuatro grupos siguientes:

- Enuresis primaria prolongada.
- Enuresis primaria superada.
- Enuresis secundaria prolongada.
- Enuresis secundaria superada.

En el caso de los enuréticos primarios no cabe la hipótesis de posibles diferencias entre el grupo que ha superado el problema y el que no lo ha superado, puesto que globalmente no difieren del grupo de control. En cambio, en la secundaria, resulta razonable la hipótesis de que los antiguos enuréticos se diferencian de los enuréticos prolongados, por presentar en menor grado las variables asociadas al trastorno secundario.

Para contrastar esta hipótesis hemos realizado el análisis de la diferencia de medias en los tests de lenguaje, así como la comparación de porcentajes en las otras variables estudiadas, sin que hayamos encontrado ni una sola diferencia significativa en ambos grupos. Por esta razón no aportamos los correspondientes cuadros numéricos.

Con todo, al observar la tendencia de los datos, se aprecia un fenómeno curioso, que por el momento no estamos en disposición de poder integrar: mientras las medias de los tests (TEI, LECTURA y ORTOGRAFÍA), presentan ligeras desviaciones coherentes con la hipótesis formulada al respecto, las variables relativas a los trastornos del habla, se desvían en sentido inverso. En todo caso estas diferencias, como hemos indicado, no son significativas, ya sea por ser relativamente pequeñas, o tal vez por la excesiva fragmentación de los grupos.

8. CONCLUSIONES FINALES

Después del minucioso análisis realizado llegamos a las siguientes conclusiones:

a) Existe una notable asociación entre enuresis y dificultades, retrasos y trastornos del lenguaje; esta asociación aparece en una amplia gama de aspectos lingüísticos: razonamiento verbal, capacidad lectora, dominio de la ortografía, y también en las alteraciones y trastornos del habla, en especial en las dislalias y en las dificultades globales de expresión.

b) La enuresis primaria no presenta ningún grado de interdependencia con los aspectos relevantes del lenguaje; no hemos encontrado diferencias entre el grupo de enuréticos primarios y el grupo de control en ninguna de las variables lingüísticas analizadas.

c) La enuresis secundaria, por el contrario, aparece estrechamente asociada a los problemas de lenguaje, en sus dos vertientes (lenguaje oral, lenguaje escrito). El grupo de enuréticos secundarios se diferencia del grupo de control y del de enuréticos primarios, en sentido negativo, en todas las

facetas lingüísticas estudiadas. La asociación entre enuresis y lenguaje se debe, por consiguiente, total y exclusivamente a la enuresis secundaria.

d) Las diferencias en el área del lenguaje, que aparecen sistemáticamente, en sentido negativo, en el grupo de enuréticos secundarios, reflejan problemas específicos de lenguaje, y no pueden interpretarse como una manifestación más de retrasos globales. Ello se desprende de la comprobación de que no hay ningún tipo de diferencias entre los grupos, en un test de inteligencia no verbal.

e) La asociación entre enuresis secundaria y problemas de lenguaje ya comentada, se pone de relieve también al comprobar que la incidencia de la enuresis primaria se mantiene constante, cualquiera que sea la fragmentación de la muestra en grupos, mientras que la incidencia de la enuresis secundaria se presenta altamente diferenciada, en función del nivel lingüístico de los grupo comparados.

f) Los problemas de lenguaje constituyen, por consiguiente, un factor de riesgo de la reaparición de la enuresis, factor que creemos bien identificado, y que debe sumarse a los ya encontrados por el autor en estudios precedentes (Lluís Font, 1985).

g) La aportación máxima, a nuestro juicio, del presente estudio, es la demostración de que la enuresis primaria y la secundaria, tal como nosotros las hemos definido *son dos entidades distintas*, en su origen y en su dinámica. De ello se siguen consecuencias importantes tanto para la investigación del fenómeno enurético, como para su tratamiento. Creemos haber sentado, por tanto, unas bases para un primer diagnóstico diferencial. En este sentido nos reafirmamos en que carecen de sentido los tratamientos indiscriminados, así como las investigaciones que se refieren a la enuresis en general, sin tomar en consideración estas dos entidades.

Por supuesto que la distinción entre enuresis primaria y secundaria es ya clásica en la literatura sobre el tema, y no la hemos inventado nosotros; pero no menos clásicas son otras distinciones: por ejemplo, la clasificación de la enuresis según la persistencia del trastorno, en prolongada y no prolongada, o bien, la clasificación según las circunstancias temporales en que se produce, en diurna, nocturna y diurna-nocturna, o según la frecuencia de las micciones, etc. Sin embargo, todas estas otras distinciones no pueden considerarse entidades diferentes, sino variantes, generalmente de escasa relevancia, de un único problema.

Es verdad que algunos autores conciben de manera muy distinta la enuresis primaria y la secundaria. Ajuriaguerra, por ejemplo, encuadra la primera en el plano de la expresión y la segunda en el de la regresión (Ajuriaguerra, 1973); pero también es cierto que al pasar revista a las investigaciones sobre enuresis, esta distinción de ordinario no aparece, y tampoco se hace alusión a ella en la inmensa mayoría de los desarrollos teóricos sobre la etiopatogenia del trastorno enurético.

h) La clara identificación de factores de riesgo de la enuresis secundaria, nos aporta la posibilidad de hacer inferencias razonables sobre la etiopatogenia de la misma. A este respecto interpretamos que su asociación a los trastornos de lenguaje se explica del siguiente modo: el sujeto con problemas

de lenguaje reales, sometido a un proceso de escolarización que, por lo general, no contempla esos problemas, entra en una situación ambiental anómala, que él no puede dominar, y ante la imposibilidad de satisfacer las exigencias del medio, hace una regresión; la enuresis secundaria sería un indicador, probablemente no el único, de esa regresión.

i) Siguiendo con la interpretación del fenómeno de la enuresis secundaria, y haciendo de nuevo alusión a los otros factores de riesgo, que hemos identificado en estudios precedentes, en relación a la clase social, al tamaño de la familia y al orden relativo dentro de la hermandad, creemos estar en situación de poder opinar que la reaparición de la enuresis se puede explicar, o bien por alguno de esos factores, o bien por la confluencia de varios; pero, en cualquier caso, la enuresis secundaria será una respuesta regresiva e inconsciente a situaciones ambientales adversas. No negamos la posibilidad de que existan otros factores que predispongan al sujeto para este tipo de regresión, pero, según nuestra concepción actual del problema, nos parece claro que las circunstancias ambientales que hemos descrito, actúan, por lo menos, como factores desencadenantes, y que su actualización tiene lugar en momentos de máxima frustración y de incapacidad real de adaptación.

j) Hasta este momento no hemos conseguido identificar ninguna variable claramente asociada a la enuresis primaria; en cambio, hemos encontrado varias relacionadas con el trastorno secundario, las que hemos expuesto hasta ahora y otras que estamos investigando. Este hecho nos lleva a reconocer nuestra ignorancia sobre el origen y la dinámica de la enuresis primaria, a la vez que nos complace por algunos interesantes hallazgos en relación a la secundaria. De todo ello inferimos, en primer lugar, que la investigación de la enuresis secundaria ha de proseguir por caminos semejantes a los que nosotros hemos iniciado; y en segundo lugar, que, respecto al trastorno enurético primario, habría que promover líneas de investigación múltiples, sin descartar las hipótesis de un factor hereditario, de unos determinantes orgánicos o de un factor de aprendizaje. A nosotros lo único que nos parece claro es que no puede explicarse por circunstancias del medio, ya que hemos demostrado que su frecuencia es prácticamente constante, cualesquiera que sean los grupos explorados. Este extremo no nos parece compatible con la etiopatogenia de origen afectivo.

k) Por último, considerando globalmente los resultados de este estudio, queremos remarcar una vez más, que cualquier tratamiento de la enuresis deberá programarse teniendo en cuenta el tipo de trastorno; además, en el caso de la enuresis secundaria, se deberá tomar en consideración, de entre todos los factores de riesgo, aquéllos que se presenten asociados al caso individual. Queremos decir con ello, que para tratar la enuresis secundaria de un sujeto con problemas de lenguaje, se habrá de procurar la superación de los mismos, y/o la modificación de las exigencias del medio, de forma que se posibilite una normal adaptación.

RESUMEN

Después de proceder a una revisión histórica del tema, hemos planteado una investigación encaminada a esclarecer la importancia del desarrollo del lenguaje y sus trastornos, en la etiopatogenia de la enuresis. Para lograr este objetivo, hemos comparado el rendimiento en tests de lenguaje, así como la frecuencia de trastornos del habla, en tres grupos de sujetos: enuréticos primarios, enuréticos secundarios y grupo de control. Se concluye que las dificultades, retrasos y trastornos del lenguaje presentan una estrecha asociación a la enuresis secundaria, mientras que el grupo de los enuréticos primarios, no se diferencian del grupo de control.

SUMMARY

After a through revision of what has been written on the subject, we proposed to analyse the significance of language development and disorders on enuresis etiopathology. The study has been carried out by comparing the performance on language tests and the frequency of speech disorders in three groups of subjects: primary enuresics, secondary enuresics and a control group. The conclusions reached establish that difficulties and backwardness in language and speech disorders are closely related to secondary enuresis while revealing no differences between primary enuresics and the control group.

RÉSUMÉ

Après une révision historique du sujet, nous avons proposé une recherche adressée à éclaircir l'importance du développement du langage et ses altérations, dans l'étiopathogénie de l'énurésie. Pour aboutir à cet objectif nous avons procédé à la comparaison, au sein de trois groupes d'enfants, des performances des tests de langage, ainsi que de la fréquence des altérations du langage parlé: il s'agit des énurétiques primaires, des énurétiques secondaires et du groupe de contrôle. La conclusion est donc que les difficultés, les retards et les altérations du langage se trouvent étroitement associés à une énurésie secondaire, tandis que le groupe des énurétiques primaires ne présente pas de différences avec le groupe de contrôle.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982). *Manual de Psicopatología del Niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- Albarrán, A.J. (1981). *Enuresis. Diagnóstico, Etiología y Tratamiento*. Madrid: Cepe.
- Bakwin, H. (1961). Enuresis in children. *J. Pediat.*, 58, 806-819.
- Didier, J. y Duche, D.J. (1972). *La enuresis*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Diwani, M. et al. (1960). Cystometric and radiological studies on enuresis. *Gaz. Egypt. Ped. Assn.*
- Duche, D.J. (1968). *L'énurésie*. Paris: PUF.
- Fenichel, O. (1966). *Teoría Psicoanalítica de la Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Gastaut, H. et al. (1965). *Le sommeil de nuit normal et pathologique*. Paris: Masson et Cie.
- Halgren, B. (1957). Enuresis: a clinical and genetic study. *Acta Psyquiat. Neurol. Scand.*, 32, 114.
- Kanner, N. (1966). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Kemper, W. (1980). *La enuresis*. Barcelona: Herder.
- Klein, M. (1964). *El Psicoanálisis de Niños*. Buenos Aires: Horme.
- Lauret, G. (1958). Incontinence d'urine, énurésie. *E.M.C., deuxième enfance, appareil urinaire*, 26.500 A10, 1-500.
- Lluís Font, J.M. (1985). Enuresis: Incidencia y Factores de Riesgo. *Cuadernos de Psicología*, 9, 2.
- Lluís Font, J.M. (1971). *Test Bilingüe de lectura comprensiva*. Inéd.
- McLellan, F.C. (1939). *The neurogenic bladder*. Springfield: Ch. C. Thomas.
- Michaels, J.J. y Goodman, S.E. (1934). Incidence and intercorrelations of enuresis and other neuropathic traits in so-called normal children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 4, 79.
- Muellner, S.R. (1960). Development of urinary control in children: a new concept in cause, prevention and treatment of primary enuresis. *J. Urol.*, 84, 714-716.
- Reca, T. (1971). *Enuresis, Etiopatogenia, Psicodinámica y Tratamiento*. Temas de Psicología y Psiquiatría de la Niñez y de la Adolescencia. Buenos Aires: CEAM.
- Rey, A. (1968). *Epreuves visu-spatiales*. Neuchatel: Delachaux y Niestlé.
- Yela, M. (1968). *Test Elemental de Inteligencia*. Madrid: TEA.