



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

ENURESIS Y RELAJACIÓN: RESULTADOS CLÍNICOS

ENURESIS AND RELAXATION. CLINICAL RESULTS

por

AQUILINO M. POLAINO-LORENTE *

En este trabajo presento, lo más brevemente posible, los resultados obtenidos a través de las técnicas de relajación de CAYCEDO como tratamiento de veinte niños enuréticos. Entiendo por sofrología (lo mismo que su fundador (1)) palabra derivada de la sofrosine platónica, el estado de tranquilidad y suprema concentración del espíritu producido por bellas palabras (2). Etimológicamente, *sos* es una raíz griega que significa equilibrio, armonía; *fren*, espíritu y *logos*, estudio.

Sin embargo, más que del espíritu tranquilo, la sofrología se ocupa de las modificaciones y fenómenos de la conciencia humana obtenidos a través de métodos psicológicos, físicos y clínicos.

CAYCEDO, hace tiempo ya, hizo una clara distinción entre relajación e hipnosis. Exactamente en 1961 en Viena, ciudad histórica para la psiquiatría, con motivo de una ponencia presentada en el V Congreso Internacional de Psicoterapia. Decía entonces: "Ayudémonos para abolir de la terminología médica la palabra hipnosis, no solamente porque la creemos impropia, sino porque la palabra en sí misma es propensa a reacciones emocionales (conflictos emotivos) contradictorios, que hacen difícil la terapia, incluso su método y la forma de

tratar al médico, que ha tratado de luchar contra la dosis de misterio y magia que esta denominación encierra (3) y (4).

MATERIAL

El material en el que hemos obtenido estas conclusiones consiste en un grupo de veinte niños enuréticos, cuya distribución por edad y sexo es la que sigue (tabla I).

TABLA I

Distribución de los niños enuréticos tratados según edad y sexo

	3	4	5	6	Más de 6 años
Niños	5	3	—	1	1
Niñas	3	3	1	2	1
Total	8	6	1	3	2 = 20

TABLA 2

Enuresis Primaria y Secundaria

	Primaria	Secundaria
Niños	7	3
Niñas	4	6
Total	11	9 = 20

* Profesor de Psicopatología de la Universidad Complutense. Jefe del Departamento de Psicología Clínica del Instituto Nacional de Psicología Clínica y Orientación Profesional. Madrid.

TABLA 3

Síntomas asociados en relación con su posible etiología

	Dislexias	Inmadurez Neurofisiológica	Infecciones urinarias	(1)	(2)
Niños	4	1	—	1	3
Niñas	3	3	2	1	1
Total	7	4	2	2	4

(1) Ausencia de aprendizaje.
(2) Trastornos de la conducta.

TABLA 4

Factores socioculturales y enuresis

	Clase Social		
	Alta	Media	Baja
Niños	2	5	3
Niñas	1	3	6
Total	3	8	9 = 20

TABLA 5

Factores afectivos y enuresis

	Sentimientos de Vergüenza	Inferioridad	Culpabilidad	Desesperanza
Niños	7	6	7	2
Niñas	4	4	5	4
Total	11	10	12	6

A continuación comento algunos de los resultados expuestos en las tablas anteriores.

I. El número de niños y niñas estudiado es igual, aunque de ordinario sea mucho más frecuente la enuresis en los niños que en las niñas (5).

II. Hemos agrupado los síndromes enuréticos según su carácter primario o secundario. Primario es el que se produce en el niño desde su nacimiento y moja la cama regularmente. Por secundario entiendo aquellos casos en que después de un período de continencia, el niño vuelve a su anterior estado de incontinencia esfinteriana. De todas formas estamos de acuerdo con KOLVIN, MAC KEITH y MEADOW (6), en que esta división es insuficiente aunque sea conveniente tenerla presente.

III. Es muy significativo que de todos estos casos solamente un 2 % sea una enuresis simple. En esta tabla aparecen los síntomas asociados más frecuentes. El más importante es la dislexia que constituye un 35 % de los casos.

En orden de frecuencia decreciente, le siguen la inmadurez neurofisiológica, y los trastornos de conducta más variados (el 20 % respectivamente). Estos criterios confirman una vez más las tesis de KOLVIN y TAUNCH (7), BAKWIN (8) y JONGE (9).

Finalmente hemos encontrado en el 10 % de los casos antecedentes de infecciones urinarias (asociadas a enuresis primaria) a las que STANFELD (10) dio tanta importancia.

Lo mismo acontece con el llamado factor "ausencia de aprendizaje" de algunos conductistas como DOUGLAS, BLONFIELD y YOUNG (11), término que en nuestra opinión es demasiado ambiguo e impreciso.

IV. La distribución de la prueba según su pertenencia a los diversos sectores socioculturales no nos permite llegar a ninguna conclusión.

Sin embargo, a través de este pequeño trabajo sí que hemos podido observar cómo los niños adscritos a la clase social media y baja se comportan de idéntica forma en sus manifestaciones, lo que está en desacuerdo con los resultados encontrados por MILLER, KOLVIN, STEIN y SUSSER (12).

Los factores afectivos que entretengan las

neurosis infantiles tienen aquí una gran importancia.

Es obvio que los sentimientos de estos niños no son espontáneos, sino reactivos; que se acunan casi siempre en el nacimiento mismo de su enfermedad, motivados probablemente por la respuesta de sus padres en relación con la enuresis.

El denominador común que atañe a todos ellos es la angustia. De ahí la justificación, según nuestra hipótesis, de los resultados logrados a través de la aplicación del método de CAYCEDO (relajación simple y dinámica) que intervendrían modificando estos sentimientos (vergüenza, inferioridad, culpabilidad y desesperanza). Estos sentimientos amplifican los estados de tensión haciendo aún más difícil el control del esquema corporal y especialmente, de los esfínteres.

A ellos hay que añadir otros factores negativos, como el de la infravaloración, que pueden alterar profundamente el desarrollo de la personalidad infantil.

MÉTODO

Hemos seguido en todos los casos el método de relajación progresiva de CAYCEDO. El punto de partida ha sido idéntico en todos los niños.

Las pequeñas modificaciones introducidas tenían la pretensión de adaptar el método, de una manera personal, a cada enfermo y fueron las siguientes:

a) Combatir sistemáticamente cada uno de los síntomas asociados, haciendo de esta forma un tratamiento sistemático y polisintomático.

b) Incitar a los niños afectados por un sentimiento de inferioridad o de vergüenza a través de refuerzos positivos, procurándoles una gran autoconfianza de modo que se potenciara el poder de autocontrol de sus esfínteres.

c) Librar a los niños del sentimiento de culpabilidad, al mismo tiempo que se

ensanchaba el horizonte de sus posibilidades y la esperanza de superar sus dificultades.

d) En todos los casos se siguió, paralelamente, una psicoterapia de apoyo a los padres, muchos de los cuales participaban en los métodos de relajación, simultáneamente que sus hijos.

La duración del tratamiento ha sido de tres meses, a razón de una sesión por semana, y la grabación de un programa específico de relajación para cada uno de los enfermos, de una duración aproximada de 15 minutos.

Los ejercicios de relajación grabados en las cintas magnetofónicas se practicaban dos veces al día.

RESULTADOS OBTENIDOS

En la siguiente tabla aparecen los resultados logrados con el método de CAYCEDO.

	Desaparición de la actividad enurética (N.º de casos)	Disminución de la actividad enurética	
		30 %	60 %
A los 15 días del tratamiento	3	5	2
Al mes	4	6	4
A los 2 meses	8	5	1
A los 3 meses	14	3	—

Como puede observarse, a los tres meses de comenzar el tratamiento un 70 % de los niños no mojan ya la cama, un 20 % han disminuido las frecuencias de sus micciones nocturnas, y un 10 % permanece rebelde al tratamiento.

En consecuencia, el método se ha mostrado eficaz en un 90 % de los casos. De todas formas, todavía es prematuro sacar conclusiones, pues estos resultados se redactan en

el momento de finalizar nuestras experiencias, y no conocemos aún si se producirán o no recidivas. Por eso creemos oportuno continuar estas observaciones, por lo menos durante un período de seis meses para evaluar, de una manera más definitiva, los resultados obtenidos.

Aunque el método de Caycedo no se identifique con el *Training autogène* de SCHULTZ (13), sí que participa de la efectividad de las técnicas de relajación aplicadas en psiquiatría infantil, tal como AJURIA-GUERRA (14), BERGER (15), DURAND DE BOUSINGEN (16), MICHAUX (17), etc., lo vienen demostrando.

Después de estos resultados no nos atrevemos asegurar que la enuresis nocturna sea una enfermedad específica, a no ser en aquellos casos en que concurren otras circunstancias como las expuestas por el profesor ZAPP (18), LAGRUE (19).

En la gran mayoría, la enuresis infantil es sólo un síntoma asociado a una neurosis infantil; tal vez puede interpretarse como una alteración emotiva o simplemente como un trastorno de la conducta. Por todo ello creemos que es un trastorno polietiológico, y no una enfermedad concreta y categorizable.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAYCEDO, A.: *Sofrología Médica Oriente-Occidente*, Ed. Aura, Barcelona, 1973, tomo I. La india de los yoguis, Ed. Scientia, Barcelona, 1971.
2. PLATÓN: *Cármides*, 157, B).
3. CAYCEDO, A.: *Hacia una fenomenología de la hipnosis clínica, de las técnicas de relajación y estados vecinos*. Comunicación al V Congreso Internacional de Psicoterapia Médica, Viena, 1961.
4. RAGER, G. R.: *Hipnosis, Sofrología y Medicina*. Ed. Scientia, Barcelona, 1973, pág. 141.
5. La numeración empleada en estos comentarios se corresponde con la de las tablas.
6. DE JONGE, G. A.: *Kinderen mit Enuresie*, Assen: van Gorcum, 1959.
7. KOLVIN, I. y col.: *En Bladder Control and Enuresis*, William Heinemann Medical Books, Ltd., London, for Spastics International Medical Publications, pág. 258, 1973.
8. MILLER, F. J. D. W.: *Ibid.*, pág. 47.
9. MEADOW, S. R.: *Ibid.*, pág. 181.
10. TAUNCH, J.: *Ibid.*, pág. 258.
11. BAKWIN, H.: *J. Paediat.*, 58, 806, 1961.
12. DE JONGE: *Ob. cit.*
13. STANFELD, J. M.: *Ob. cit.*, pág. 102.
14. YOUNG, G. C.: *J. Roy. Inst. publ. Hlth*, 27, 23, 1964.
15. STEIN, Z. A., y col.: *Brit. J. prev. soc. Med.*, 19, 174, 1965.
16. SCHULTZ, J. H.: *Le training Autogène*, París, Presses, U. F., 1965.
17. AJURIA-GUERRA, J., y col.: *Indications et techniques de rééducations psycho-motrice*, *Psychiat. Enf.*, 1959, 2, 1, 423-494.
18. BERGES, J.: *Les indications de la relaxation chez l'enfant*, *Rev. Neuro-psychiatrie infantile*, 1964, 12, 7-8, 483-487.
19. DURAND DE BOUSINGEN, R.: *Indications de la relaxation en neuropsychiatrie infantile*, *Rev. Neur. Infant.*, 1962, 10, 5-6, 321-328.
20. MICHAUX, L., y col.: *La relaxation chez l'enfant par la méthode du mouvement passif. Étude Clinique et E.E.G.*, *Rev. Neur. Inf.*, 1964, 12, 7-8, 435-450.
21. ZAPP, E.: *Diagnostische und therapeutische Erfahrungen bei der Enuresis im Kindersalter*, *Med. Mschr.* 24 Jahr., Heft, 9, 1970, 386-394.
22. LAGRUE, G.: *La signification de l'enuresis, sa valeur semiologique en uro-nephrologie*, *La clinique*, tomo LXV, n.º 669, 1970, 537-541.

Dirección del autor:

Prof. AQUILINO M. POLAINO LORENTE
Blasco de Garay, 100, 2.º, izqda.
MADRID-3 (España)