

Casos clínicos

Enuresis primaria en una joven de 16 años

C. Serra Oliver, C. Martín Izard

Introducción

Es frecuente en psiquiatría encontrarse con enfermos cuyos síntomas no ceden con la misma facilidad con que lo hacen otros pacientes de análoga patología. Se trata de pacientes que no remiten de sus síntomas con los tratamientos biológicos habituales, ni con psicoterapias individuales, de grupo o institucionales.

Otros enfermos mejoran su cuadro clínico mientras están hospitalizados y vuelven a empeorar rápidamente en su medio. Se trata de personas poco individualizadas, muy dependientes y con escasa autonomía de su sistema familiar,¹ medio escolar, laboral, etc.

Fue la Escuela de Palo Alto (California)² la que puso en evidencia, en la década de los 50, un hecho fundamental. Los enfermos psicóticos tratados con neurolépticos remitían de sus cuadros clínicos con relativa facilidad, se les daba de alta y volvían a empeorar en su medio familiar, siendo de nuevo reingresados en el hospital.

Los psiquiatras estudiaron lo que pasaba en estas familias y se percataron que había familias en las que se producían unas crisis con gran tensión que hacían difícil la vida familiar.

Una vez ingresado un miembro de la familia, ésta se compensaba de nuevo, reestableciéndose la homeostasis. Es decir, como si en la familia el paciente designado constituyera el síntoma familiar, siendo el «enfermo» un chivo expiatorio que permitía, una vez hospitalizado, la supervivencia psíquica de la familia.

Selvini y cols.³ llevan años en Milán tratando con éxito casos graves de anorexia mental utilizando la terapia familiar.

Estas experiencias y otras que no desarrollamos por su exhaustividad, estuvieron centradas en casos psiquiátricos graves.

En la actualidad se trabaja en la prevención de las enfermedades mentales con actuaciones puntuales sobre el sistema familiar o incidiendo en la relación madre/hijo en edades más precoces.³ En efecto, existen interacciones circulares entre padres e hijos. En función de nuestras observaciones clínicas, podremos definir la estrategia de nuestras intervenciones a nivel de las interacciones recíprocas entre padres e hijos durante el desarrollo.⁴ El fin de nuestra acción psicoterapéutica consistirá en reducir las *proyecciones*,⁵ *introyecciones* e *identificaciones* regresivas que interfieren con el proceso de individualización de los hijos, parasitando la autonomía de los selfs respectivos.

Método

Podemos enfocar al enfermo utilizando diferentes aparatos conceptuales que podemos clasificar (tabla I).

En nuestra exposición utilizaremos una comprensión global del problema para, a continuación, organizar una estrategia y trabajar al nivel que consideramos más eficaz o rentable.

El caso clínico con el que vamos a ilustrar nuestra exposición fue, en

Especialistas en psiquiatría y psicoterapia infantil y de adultos.

TABLA I
ENFOQUE DEL ENFERMO: ALGUNOS MODELOS

<i>MODELOS</i>	<i>OBJETO DE ESTUDIO</i>
MEDICINA SOMÁTICA	<i>Organismo biológico humano:</i> (cuerpo entero y órganos aislados). La enfermedad es considerada como el resultado de una alteración somática. La medicina consiste en prevenir y frenar estas enfermedades. La psiquiatría puede ser concebida como una especialidad de la medicina biológica.
PSICOANÁLISIS PURO ^{5,7}	<i>Psiquismo humano:</i> (investigación de los procesos psíquicos, independientemente de su base orgánica). Admite la existencia de factores somáticos, constitucionales o congénitos, pero estos últimos escapan a la investigación psicoanalítica.
PSICOLOGÍA MÉDICA ⁸	<i>Relación médico-enfermo:</i> a) Balint (referencia psicoanalítica), actitudes del paciente, contenido latente de la demanda, contraactitud del médico. b) Modelos tipo de relación: apoyo, reparación, entrevista psicoterapéutica, etc.
SISTÉMICO ^{1,2,3}	<i>Conjuntos:</i> conjunto médico-enfermo considerado como una unidad, familia del enfermo considerada como un todo.

primer lugar, abordado desde el punto de vista clínico-biológico. En un segundo tiempo se trabajó con un modelo de comprensión psicodinámica.

Caso clínico

Se trata de una chica de 16 años del medio rural que nos ha sido remitida por un neurólogo que, después de un examen neurológico completo, descarta toda organicidad.

En la primera consulta se presenta con su madre que coge el mando de la entrevista hablando del síntoma «enuresis», por el que viene consultando de forma intermitente desde que su hija tenía 3 años. A esta edad consultó los urólogos más prestigiosos de la capital de su provincia y más tarde los de Barcelona. Todos ellos le aseguraron que su hija era normal. Seguidamente, nos habla espontáneamente de la bondad de su hija, que no quiere salir ni casarse, ni frecuentar discotecas. A continuación nos describe sus proyectos para el futuro. Su hija dispondrá de un piso construido en la parte superior del de su madre para que puedan estar cerca la una de la otra. Preguntada sobre la infancia y la escolaridad

de su hija, nos dice que todo fue bien menos la escuela con la que tuvo problemas, hasta el extremo que la madre la sacó del colegio y le puso un profesor particular. En la actualidad, ayuda a su madre en atender un negocio de comestibles. En la época de los problemas escolares, consultó de nuevo a los médicos que siguen las vivencias de la madre, la tranquilizan sobre la «normalidad» de su hija. Se le practicaron EEG y se le pasaron tests psicológicos.

En la segunda consulta la madre empieza de nuevo con la «bondad» de la «niña», en contraste con el hermano, al que describe de forma totalmente negativa.

Al parecer, los conflictos de la madre con el hijo varón alcanzaron tal envergadura que la madre requirió los servicios de la Guardia Civil para echarle de casa...; tras un silencio, asocia y dice que tiene un hermano subnormal al que quiere mucho, «lo quiero tanto que desde el día de mi boda me lo llevé a casa y desde entonces sigue viviendo con nosotros». Preguntada por su marido, dice que éste hace su vida fuera de casa, trabaja y viene a dormir y comer.

En la tercera visita decidimos entre-

vistar a la hija sin la presencia de la madre, que queda sorprendida de nuestra actitud.

La joven se anima, abandona su actitud pasiva y su rostro de «tontina», pendiente siempre de confirmar lo que dice o quiere su madre. Me cuenta con cierto rubor que ha dejado de ser enurética desde la última visita (hace 15 días), «se acabaron los problemas de este tipo». A continuación, empieza a hablar muy animada de sus amigas que salen con chicos, frecuentan discotecas y se divierten...

Cuarta consulta: no se presentan ni dan señales de vida, aunque habían concertado la visita.

Discusión

Se trata de un caso en el cual la fantasía constante de la madre es el miedo de la posible anormalidad de la hija. Esto la culpabiliza y surge la necesidad de consultar a los médicos. A los 3 años consulta por una enuresis (sin significación patológica a esta edad).

El fracaso escolar provocó una nueva «crisis» en esta madre angustiada de nuevo por la lucha que se establece entre sus necesidades de una relación fusional con una gran dependencia de su hija respecto a ella, como si fuera un bebé o un subnormal como su hermano. Así, una subnormalidad de su hija sería un castigo a los deseos posesivos de la madre.

Una nueva crisis se produce con el desarrollo y la autonomía de su hijo varón, al que no puede soportar como hombre adulto.

Por último, la aparición de fantasías de posibles relaciones sexuales de las amigas de su hija que frecuentan discotecas, desencadenan en la madre nuevas inquietudes. Se quiere convencer de que su hija no desea frecuentar discotecas, no quiere ca-

sarse... Este es el deseo de la madre, que su hija dependiente ha captado y hecho suyo.

El deseo de la madre que impide el desarrollo de la autonomía, culpabiliza a la madre, que tiene miedo de que su hija tenga problemas. Busca la ayuda de los médicos y repara su culpabilidad ofreciendo a su hija los que considera mejores profesionales de la medicina.

El síntoma se ha organizado después que se establece la marcha⁶ y en los momentos de la fase de control de esfínteres. La madre no pudo elaborar el luto⁷ de su bebé complaciente y prácticamente dependiente.

En cuanto a la hija, hay una clara ambivalencia, deseo de crecer, de autonomía, de hacer lo que hacen sus amigas. Por otro lado, seguir siendo dependiente y sentirse segura bajo la protección de la madre (se le hizo esta interpretación).

A través de estas entrevistas, la joven puede desear la autonomía, abandonar el síntoma, la enuresis, que le impide ser adulta. También puede hablar con un hombre, el terapeuta, de sus deseos. Cree encontrar un aliado que le permita afirmarse frente a los deseos surmoicos⁷ de la madre.

La madre capta también que la enuresis y la dependencia de su hija van juntas y su inquietud no le permite asumir que sigan las entrevistas, que teme hagan cambiar la relación con su hija. Evita al médico, al que teme no poder neutralizar como a su marido.

Conclusiones y resumen

1) En las primeras consultas se aplicó, fundamentalmente, el método clínico-somático. La madre presentó el síntoma, la enuresis a los 3 años. Con esta metodología no detectaron ninguna patología. Respondieron de

esta forma a la demanda manifiesta de la madre.

2) En la edad escolar, de nuevo la madre repite la consulta sobre la salud de la «enferma». Se le hicieron tests de inteligencia, EEG, etc. Con estos métodos no encuentran nada de especial significación patológica.

3) Por último, la adolescencia provoca una nueva «crisis» y de nuevo consultan al neurólogo por el síntoma de enuresis primaria (síntoma permanente durante toda su existencia...). El neurólogo descarta organicidad y nos la remite.

Con nuestro aparato conceptual psicodinámico, observamos que detrás de la demanda manifestada hay otra demanda latente.⁸ ¿Es normal mi hija? Hay otra demanda latente y preconsciente,⁷ nos pide que le aseguremos que ella es una buena madre y que sus ansias protectoras sobre su hija no afectan a la joven. Todo ello es fundamental para esta madre que está dispuesta a pagar cualquier precio para la salud de su hija, excepto el único precio que no puede permitirse, que es que la hija alcance una autonomía que la distancie de ella.

Nuestra intervención ha permitido

movilizar el síntoma enuresis, la madre no puede asumir, de momento, el miedo a una posible independencia de su hija. El «síntoma» es un compromiso entre las necesidades protectoras de la madre y la expresión de alarma del sufrimiento defensivo de la hija frente a la intrusión materna.

Este caso ilustra las dificultades que se presentan cuando tenemos que tratar a niños o enfermos adultos con escasa autonomía. En estas situaciones no basta tener en cuenta el factor intrapsíquico causante del síntoma. También hay que tener en cuenta que madre e hija constituyen, en este caso, un «área de mutualidad psíquica».⁴ Un cambio de uno de sus miembros, la hija, produce una reacción del otro miembro, la madre, que vive este hecho de forma amenazante para su equilibrio psíquico que no puede dejar proseguir el proceso.

El pronóstico vendrá condicionado por la capacidad que tengan esta madre y esta hija después de una experiencia en la que ambas han descubierto algo de lo que no eran conscientes en el pasado. Su relación en el futuro tendrá que ser necesariamente diferente.

Bibliografía

1. Bateson G. Vers une ecologie de l'esprit. Ed Du Seuil. París, 1977.
2. Minuchin S. Families and family therapy. Harvard Univ Press. USA, 1974.
3. Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoxe et contrapadoxe. ESF. París, 1980.
4. Cramer B. Interventions thérapeutiques brevés avec parents et enfants. Psychiatrie de l'enfant. XVIII, 53-117, 1974.

5. Freud, S. Análisis fragmentario de una histeria (el caso de Dora). Obras completas en español. Tomo III. Madrid, 1972.
6. Mahler M. The psychological birth of the human infant. Basic Books. Nueva York, 1971.
7. Freud, S. Duelo y melancolía. Obras completas en español. Tomo VI. Biblioteca nueva. Madrid, 1971.
8. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Londres, Pitman, 1957.