

ELEMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DE LA ENURESIS

Tomás Pujol Sansó

INTRODUCCION

Desde todos los puntos de vista, el control de esfínteres y concretamente, el control de la micción, juega un papel fundamental en el desarrollo psicológico del niño.

Los ajustes biológicos y ambientales que exige, le convierten en un mecanismo de gran complejidad, y por lo tanto, muy vulnerable. Su alteración más común, la enuresis, supone por su frecuencia y sus secuelas uno de los principales motivos de consulta psicológica, en donde su diagnóstico preciso es de capital importancia para la elección terapéutica.

EL TRASTORNO ENURETICO

Antes de acercarnos a su definición es preciso establecer que no existe "la enuresis", sino "el niño enurético". Cada caso exige un estudio amplio que nos aproxime a sus coordenadas particulares. Por este motivo no consideramos de interés los distintos estudios que describen la tipología del niño enurético. Además, no se sabe si es este posible carácter el que predispone a la enuresis, o es la enuresis la que conlleva dicha tipología. De todas maneras, bueno es recordar que en multitud de casos se encuentra una profunda introversión.

Definición

Hay que reconocer que este trastorno está todavía poco delimitado y que no existe un acuerdo común con respecto a su clínica. La enuresis ha sido definida de distintas maneras según el momento o la perspectiva de estudio. En un principio se empleaba para significar "incontinencia de orina", sin embargo, en la actualidad se supone que la enuresis es una emisión involuntaria e inconsciente, mientras que la incontinencia describe la emisión involuntaria pero consciente. La incontinencia, como veremos más adelante, tiene una causa local reconocida. El problema con que ahora nos encontramos es según indica **Pichon** (citado por Duché, 1972), que la enuresis así delimitada es únicamente psicógena.

La variable edad.

Se considera que el niño es enurético a partir de los 3 años de edad. En este sentido **M. Soulé, N. Soulé** y otros (1966) definen la enuresis como una micción normal, involuntaria e inconsciente, sin lesión del aparato urinario, que persiste o reaparece en el niño después de los 3 años de edad. De la misma manera opina **Smith** (1965). De todas formas algunos autores son más flexibles con respecto a la edad, y así retrasan el momento patológico a la edad de 4, 5 o incluso 6 años.

La mayoría de casos suelen recuperarse en los comienzos de la adolescencia, si bien en algunas ocasiones puede llegar hasta la edad adulta.

Según **Soifer** (1974), el aprendizaje del control esfinteriano ocurre aproximadamente de la siguiente manera:

—A los 15 meses comienza el control esfinteriano como función mental, siendo evidente a los 18, a esta edad y en cuanto a la orina muchos aceptan la bacillina y les gusta, incluso la pueden pedir.

—A los 24 meses los músculos esfinterianos empiezan a estar bajo control voluntario y el niño se enorgullece cuando evacua en su debido lugar, y llora cuando se moja.

—A los 30 meses ya no moja la cama.

—A los 36 meses ya ha adquirido el control esfinteriano, en algunas ocasiones y sin carácter patológico alterna el control con la incontinencia.

Según **Gessell y Amatruda** (1971) habrá que esperar a los 6-7 años para que el control esté definitivamente asegurado, puesto que antes pueden sobrevenir accidentes.

La variable sexo.

En general los autores coinciden en atribuir una incidencia mayor de la enuresis en los niños que en las niñas, cerca del doble. Para explicar esta diferencia estadísticamente significativa, muchos investigadores han recurrido a distintas explicaciones, ya fueran orgánicas, pedagógicas o psicológicas, si bien hay que reconocer que las auténticas causas de este desequilibrio están por descubrir o por lo menos demostrar con seguridad.

Formas clínicas.

Debe diferenciarse en primer lugar la enuresis primaria de la secundaria. La enuresis

primaria es la más frecuente y se refiere a aquellos casos en que no se ha establecido el aprendizaje, se trata de un retraso del control esfinteriano. Este tipo de dolencia, tal como recuerdan M. Soulé, N. Soulé y otros (1966), no debe ser confundida con la congénita. La primaria debe entenderse como debida a un fallo educativo, este tipo se diferencia de la congénita porque el lactante se despierta.

La enuresis secundaria engloba los casos en que después de un control previo aparece de nuevo el trastorno, en general se entiende que el control haya sido superior a 6 meses. No siempre es posible averiguar si es o no primaria, puesto que el período comprendido entre el control y la recaída suele ser difícil de precisar en la entrevista a los padres.

Por último hay que señalar la enuresis primaria prolongada o de Schauter, que suele tener antecedentes familiares, es nocturna, y, en general, de buen pronóstico.

Según el ritmo nictemeral hay que diferenciar la enuresis diurna, la enuresis nocturna y la enuresis diurna-nocturna, la más frecuente es la que ocurre por las noches.

En cuanto a la frecuencia podemos distinguir la enuresis periódica o cotidiana que se da cada día incluso más de una vez, y la enuresis mixta o intermitente que puede presentarse a intervalos de incluso varios meses. También vale la pena señalar la enuresis episódica que se caracteriza por ser un brote de incontinencia que puede durar algunos días y que no vuelve a presentarse.

ETIOLOGIA DE LA ENURESIS

Ya nos hemos referido antes a la falta de unanimidad que existe en la descripción de la enuresis y esto quedará más explícito en el repaso que haremos a continuación. De alguna manera las corrientes organicistas, psicogenéticas y conductistas siguen enfrentadas o por lo menos mínimamente coordinadas. Una vez más es el psicólogo clínico el que debe armonizar los distintos presupuestos. Y de acuerdo con Ajuriaguerra (1976, pág. 277): *“No creemos que teorías excesivamente unívocas, mecanicistas o psicogenéticas puedan explicar la suma de casos descritos como enuresis”*.

Para la mejor comprensión de la etiología creemos necesario conocer las bases anatómo-fisiológicas de la mecánica esfinteriana, y para ello aconsejamos la obra de Testud y Lattarjet (1975).

Explicaciones organicistas

Este grupo de explicaciones es variado y lo que para algunos autores son presupuestos etiológicos, para otros son entidades bien diferenciadas que no responden al concepto de enuresis. De todas maneras las explicaciones organicistas tienen bastantes limitaciones, en este sentido Ajuriaguerra (1976, pág. 272) señala: *“No creemos que pueda abordarse el problema de la enuresis sin comprender la evolución de la función esfinteriana en la evolución total de la personalidad y dentro de un medio cultural concreto”*. Este autor destaca que el control de la micción implica:

- a) Un aprendizaje a partir de cierta maduración funcional.

- b) El acoplamiento de un sistema fisiológico a unas normas culturales.
- c) El valor consciente o inconsciente atribuido al acto de orinar (expulsión—retención).

Perturbaciones en el sueño.

Resulta fácil para muchos estudiosos buscar la génesis de la enfermedad en el sueño (Duché, 1972), teniendo en cuenta que la hipertensión vesical constituye un estímulo que tiende a aligerar el sueño que pasa a la fase intermedia, la micción no aparece en el sueño profundo. De todas maneras esta explicación es incierta. En este apartado puede señalarse también lo que algunos autores denominan “sueño miccional”, en donde la enuresis sería el resultado de fenómenos oníricos. En nuestra práctica clínica hemos reconocido algunos casos de este tipo, pero en todos ellos la enuresis era del tipo episódico.

Causas congénitas.

Parece evidente que existe algún tipo de relación familiar, los resultados giran alrededor del 40 0/o, aunque podrían verse aumentados si no fuera por las posibles ocultaciones o desconocimiento de enuresis sufridas por alguno de los padres.

Kolvin, Mackeith y otros (1973, pág. 98) señalan los siguientes resultados de un estudio genético:

—Para ambos sexos se encuentra que un 68 0/o de gemelos monocigóticos presentan ambos enuresis, frente al 36 0/o de casos en los gemelos dicigóticos. La comparación de estas proporciones es estadísticamente significativa ($P < 0,01$).

—Para los chicos se encuentra en un 70 0/o en los gemelos monocigóticos y un 31 0/o en los dicigóticos. La diferencia es también significativa ($P < 0,01$).

—Para las chicas se encuentra un 65 0/o en los gemelos monocigóticos y un 44 0/o en los dicigóticos. La diferencia no es significativa.

En definitiva, la perspectiva hereditaria es sugestiva pero por ahora no podemos discriminar entre una verdadera herencia congénita o una contaminación psíquica. No se puede olvidar que un niño limpio puede convertirse en enurético, aunque sea de manera transitoria, si es llevado a un dormitorio de niños que padecen enuresis. Por otra parte, se han encontrado casos en que la curación de un hermano inducía a la curación del otro.

Trastornos orgánicos no neurológicos.

En general no se admiten en la actualidad estos factores como desencadenantes de la enuresis, y cuando alguno de ellos conlleva al acto de orinarse se aplica mejor el término de incontinencia. Desde luego hay que suprimir explicaciones antiguas como la sífilis por herencia, modificaciones en los componentes de la orina o explicaciones endocrinas poco sistematizadas.

Trastornos neurológicos.

En este apartado se encuentran causas de bastante fiabilidad, si bien debemos comenzar

por descartar las clásicas hipótesis de la hipogénesis piramidal, la espina bífida y casi con seguridad la epilepsia.

a) Deficiencias mentales: en realidad no hay relación alguna entre la inteligencia y la enuresis, si bien, entre los enuréticos hay una proporción mayor de retrasados.

b) Lesiones cerebrales: de carácter congénito o traumático.

c) Retardos en la maduración neurológica: referidos sobre todo a la esfera motora.

d) Disonía del sistema nervioso vegetativo.

e) Inhibición cortical: que origina la liberación de los centros subcorticales que regulan los reflejos de la micción.

f) Hiperexcitabilidad mesodiencefálica o centroencefálica: Toro Trallero (1969) afirma que el 41 % de sujetos enuréticos presenta a través del E.E.G. esta anomalía.

Explicaciones conductistas

Las explicaciones conductistas o mejor, las fundamentadas en las teorías del aprendizaje son sugestivas, aunque no se ha llegado a estructurar una formulación definitiva.

Desde esta perspectiva **Toro Trallero** (1969, pág. 120) dice: *“La enuresis debe ser considerada como un trastorno de la conducta consistente en la falta de aprendizaje de un hábito. Este hábito podemos considerarlo reflejo en el sentido de que, una vez establecido, se automatiza totalmente, hasta el punto que, siendo el control de esfínteres un acto voluntario se mantiene durante el sueño, es decir, cuando no hay voluntad. El hábito aprendido consiste, según Lovibond, en que los estímulos originados en la relajación del esfínter vesical se transforman en estímulos condicionados de una respuesta de evitación consistente en la contracción del propio esfínter”*.

Lo que faltaría precisar mejor es si la deficiencia del hábito más que a una ausencia de condicionamiento obedece, como algunos autores han afirmado, a un condicionamiento inadecuado.

Yates (1977) explica una interesante hipótesis sugerida por Young, que se fundamenta en la ley Yerkes–Dobson. Si el logro del control de la micción requiere una habilidad compleja, se sigue que altos niveles de pulsión interferirán con la adquisición inicial de la habilidad; o incluso, si se ha alcanzado en parte dicha habilidad la introducción posterior de altos niveles de pulsión tenderá a quebrantarla. Se deduce que el entrenamiento coercitivo por parte de los padres y educadores hace más difícil la adquisición del control, o puede producir la reaparición del problema.

En definitiva, **Yates** (1977, pág. 103) dice: *“Llegamos a la conclusión general de que la adquisición del control diurno y nocturno de la micción es una habilidad de alto nivel, en la que intervienen secuencias corticales complejas de inhibición condicionada y liberación controlada, habilidad que puede dejar de adquirirse, ya sea debido a una inadecuada maduración fisiológica y neural, o debido al aprendizaje de patrones inadecuados de micción, o a causa de interferencia a través de la inducción de estados aversivos de pulsión, o quizás a través de la combinación de varios de estos factores”*.

Explicaciones psicoanalíticas

Dentro de esta corriente se encuentran múltiples formulaciones más o menos relacionadas que se caracterizan por su pobreza experimental, aunque su interés es incuestionable pues ofrecen una perspectiva sugerente para la comprensión de los aspectos subyacentes del trastorno. Se identifican por situar la enuresis dentro de la teoría sintomática, se la considera como el síntoma manifiesto de alguna perturbación latente.

Repasaremos estas explicaciones a partir de los puntos de referencia más utilizados por los principales investigadores.

Como síntoma de conversión.

La conversión entendida como alteración de las funciones fisiológicas, que inconscientemente y de forma desviada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos, sería según **Fenichel (1973)**, una forma de explicar la enuresis. La conversión es en realidad la expresión de sentimientos que surgen de forma primitiva, preverbal, y por lo tanto, puede ser traducida al lenguaje clínico y dinámico. La conversión determina el abandono de la realidad a cambio de la fantasía. Así pues, cuando la micción ya no se produce de forma activa debe ser considerada como síntoma de conversión. "*La enuresis como conducta sustitutiva*" (Fenichel, 1973, pág. 268).

Desarrollo libidinal.

La enuresis representa la existencia de un carácter uretral. La ambición uretral puede dar lugar a diversos conflictos secundarios, en relación sobre todo con el complejo de Edipo y con el de castración. En relación al primero, puede servir de descarga de los impulsos edípicos. En cuanto al de castración puede ser una defensa ante el miedo a la castración o una comprobación de la no-castración.

Psicodinamismos.

Anna Freud (1971) advierte que la enuresis tiene una finalidad autoerótica y puede ser considerada desde una perspectiva defensiva.

—Fijación: se trataría de una detención en el proceso evolutivo por un traumatismo importante. El niño mantiene unas pautas uretrales en momentos que deberían haber sido superadas.

—Regresión: el niño adoptaría la búsqueda de estados anteriores frente a ciertos traumas. Los acontecimientos más estudiados se refieren al nacimiento de un hermano, separación de los padres y el ingreso en la escuela.

Desde el punto de vista autoerótico **Spitz (1969)** marca una importante serie que se produce en el niño, erección—micción—detumescencia, con lo que se podría relacionar la masturbación con la enuresis.

Agresividad-Pasividad.

Desde estos rasgos de comportamiento también podría explicarse la enuresis. Se sabe que la noción de "bien" va pareja con la de limpieza, por lo tanto, los impulsos agresivos y en especial los dirigidos contra los padres tendrían así un cauce de expresión mediante la enuresis.

El estudio dinámico de la personalidad permite dar a este trastorno un significado distinto, el de pasividad, la expulsión pasiva de la orina sin participación del más mínimo control, y como una forma de obtener unos beneficios secundarios de afecto y atención.

Enuresis y nosología psiquiátrica

M. Soulé, N. Soulé y otros (1966) indican que en muchas ocasiones la enuresis va ligada a los trastornos neuróticos. En este sentido Ey (1969) opina que en las neurosis del adulto es rara la presencia de este síntoma, aunque a menudo ha persistido durante mucho tiempo en la infancia conjuntamente con la tendencia al sonambulismo y a las angustias nocturnas.

Ciertos autores también han relacionado la enuresis con la psicopatía, sobre todo por ciertos rasgos de personalidad que se descubrían en el enurético, como depresión combinada con largos períodos de excitabilidad. De todas maneras esta valoración es poco resistente pues estos rasgos suelen desaparecer al hacerlo la enuresis.

La enuresis se ha ligado otras veces a la posibilidad de una fuerte potomanía.

La dinámica familiar

La enuresis, así como cualquier otro trastorno de carácter psicológico, no puede ser estudiada fuera del contexto familiar. Recurriendo a las dos grandes perspectivas etiológicas que hemos desarrollado desde la ciencia psicológica diremos, de acuerdo con Ajuria-guerra (1976), que el papel que tienen los padres en el origen de la enuresis se puede contemplar de dos formas: como un comportamiento erróneo en cuanto al adiestramiento del esfínter o como algo más general en el plano de su desarrollo afectivo.

La mayoría de autores se refieren a la importancia del rol materno (Aberastury, 1974), en especial a las actitudes de la madre frente a la limpieza y a su personalidad en general. Así Sullivan (1974) destaca que los padres o uno de ellos suele ser impulsivo y obsesivo.

Algunos estudios apuntan a los factores socioeconómicos, de manera que suelen encontrarse más casos en las familias humildes.

Por otro lado Kolvin, Mackeith y otros (1973) se refieren a la incidencia del trastorno en hijos de padres separados, en niños huérfanos, o en niños que viven en una institución.

Por último conviene recordar que algunos estudios realizados en los kibboutz demuestran la misma incidencia de enuréticos que en las familias normales, cosa que cuestiona algunas puntualizaciones anteriores.

DIAGNOSTICO DE LA ENURESIS

Antes de decidir la adecuada elección terapéutica, que no es objeto de nuestro estudio,

es preciso establecer un correcto diagnóstico que se fundamentará en un amplio examen médico y psicológico.

Exámen médico y diagnóstico diferencial

En nuestra opinión el primer paso a seguir es el examen médico, que a juicio del especialista (Smith, 1965) podría abarcar una amnesia, una exploración física general, análisis de laboratorio, electroencefalograma y estudio radiológico. Dicho examen tiene por objeto el establecer una posible lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o inflamatoria. De esta manera se establece un diagnóstico diferencial entre los casos de anomalías orgánicas y los que no tienen una alteración orgánica demostrable. En general los primeros no sobrepasan el 10 % de casos; y como ya se ha indicado es más correcto describirlos como incontinencia urinaria. Según Ajuriaguerra (1976) las principales causas de incontinencia son las poliurias de afecciones del metabolismo, afecciones urológicas o renales y los trastornos neuromusculares. En la mayoría de casos sólo se plantea seriamente el diagnóstico diferencial en la enuresis diurna adquirida o nocturno-diurna.

El exámen psicológico

Descartada la etiología orgánica o incluso también en estos casos, comenzaría la verdadera labor diagnóstica del psicólogo, que a grandes rasgos debe incluir varias entrevistas y una amplia batería de tests, que permitan el estudio intelectual, madurativo y afectivo del sujeto. En realidad el esbozo de este examen mantendrá las pautas habituales de cualquier diagnóstico infantil, eso sí, atendiendo con mayor interés ciertos aspectos que ahora describiremos.

La entrevista psicológica.

Como práctica común en el caso de los niños son necesarias un mínimo de tres sesiones. La primera dirigida a los padres y que podríamos llamar de "recepción", en donde se establece el encuadre general del diagnóstico; esta entrevista debe ser libre o no-dirigida con el fin de poder establecer un mejor conocimiento de los motivos manifiestos y latentes de consulta. Hay que tener en cuenta que podemos encontrarnos con tres posibilidades: la enuresis como motivo único de consulta, la enuresis acompañada de otros motivos, y por último el caso de los niños enuréticos cuyo trastorno no es reconocido o aceptado por los padres y que acuden al psicólogo esgrimiendo otra problemática.

La segunda entrevista se realizará también a los padres sin el niño, esta entrevista tendrá por objeto el recoger el máximo de información general sobre el niño y el ambiente familiar, en este sentido nos inclinamos por el tipo de entrevista "operacional", que intenta conjugar las ventajas de la clásica historia clínica y de la entrevista no-dirigida.

Está claro que a medida que se va desarrollando la entrevista iremos profundizando más o menos en las distintas áreas según la problemática que vayamos descubriendo. De esta manera para cualquier trastorno o cualquier aspecto de interés, en nuestro caso para la

enuresis, deberemos disponer de una estrategia de investigación que nos permita clarificar su dinámica.

La estrategia de investigación que deberá aplicarse en las distintas sesiones, pero sobre todo en la segunda entrevista, descansará en una doble orientación analítica:

a) El análisis psicodinámico de todos los aspectos que van surgiendo con respecto a la enuresis, esto es, la interpretación de rasgos subyacentes que aparecen en la comunicación establecida con el psicólogo. Se trata de utilizar la entrevista como una técnica proyectiva.

b) El análisis basado en el modelo conductual que persigue la objetivación y descripción completa de la unidad conductual patológica, que a grandes rasgos y simplificando la ecuación de Kanfer y Phillips (1976) abarca el estudio de las causas antecedentes, la respuesta o conducta de estudio, y las consecuencias.

Esta última orientación exige pues que ante el trastorno enurético, la historia clínica se detenga y se amplie con una serie de preguntas de las que destacaríamos las siguientes:

—Antecedentes familiares.

—Exploración de la forma clínica de la enuresis: primaria o secundaria, ritmo, horario, duración de los períodos secos, etc.

—Circunstancias de aparición o recaída.

—Hábitos alimenticios y estudio diurético.

—Actitudes de los padres frente a la limpieza y en concreto frente a la educación esfinteriana.

—Reacciones de la familia, escuela, etc. ante el niño enurético.

—Reacciones del niño ante su trastorno.

—Medios caseros de protección utilizados.

—Posibles tratamientos anteriores.

Se trata en definitiva de establecer con exactitud la semiología del síntoma y las modalidades de la educación esfinteriana.

Deberemos prestar especial atención a los padres que restan importancia a la alteración del hijo, en muchos casos han sido enuréticos en su infancia, y prefieren no reconocerlo o en todo caso desvalorizarlo.

Precisamente hace poco tiempo tuvimos la oportunidad de observar un caso de una chica adolescente de 12 años que presentaba enuresis, aunque el motivo de consulta por parte de los padres había sido falta de rendimiento escolar, introversión acusada y reacciones agresivas. Durante la entrevista a los padres se descubrió el síntoma enurético de la niña, al tiempo que iban apareciendo conductas ansiosas en la pareja. La madre expresó una gran preocupación por el hecho de que la niña todavía orinase en la cama, al tiempo que parecía haber estado limitada para expresarse sobre ello, por otro lado el padre intentaba restar importancia a la situación mediante distintos razonamientos, el último fue que él lo había padecido y no pasaba nada, "era normal".

La tercera entrevista se realizará con el niño a solas y deberá consistir en una cierta combinación de las pautas de diálogo semidirigido y no-dirigido. Aquí no interesará precisar en exceso la dinámica del síntoma, sino más bien interpretar y valorar las actitudes emocionales del niño con respecto a las vivencias internas y externas de su trastorno. Hay que tener presente que en muchos casos y debido a ciertas reacciones defensivas (ex-

ceso de sensibilidad al síntoma o negación del mismo), no podremos afrontar ni siquiera indirectamente la problemática, si bien esta posibilidad es también un índice diagnóstico.

Puede ser necesario en muchas ocasiones otra entrevista más con los padres para la ampliación de datos.

La batería de tests.

No nos detendremos mucho aquí, solamente reseñaremos los elementos que creemos más indispensables para cada una de las áreas de diagnóstico.

a) La exploración del rendimiento intelectual es importante, tanto en lo que se refiere al establecimiento del C.I., como las formas de razonamiento, nivel de conocimientos y aspectos afectivos ligados a estas funciones.

b) El examen madurativo deberá abarcar por lo menos el estudio del conocimiento del esquema corporal, del desarrollo motor, de la organización espacio-temporal, de la estructuración rítmica y del empleo del lenguaje.

c) Para el estudio del desarrollo afectivo, punto de interés crucial, nos inclinamos por las pruebas proyectivas de las que consideramos imprescindibles el Test de Apercepción Infantil (L. Bellak y S.S. Bellak, 1972), el Test de la Familia (Corman, 1967) y la hora de juego diagnóstica (Siquier de Ocampo, García Arzeno y otros, 1975).

El diagnóstico de la enuresis en el adolescente y el adulto

Aunque nos hemos centrado en la infancia queremos señalar que los pacientes adolescentes y en especial los adultos, que padecen o han padecido enuresis, presentarán mayores problemas para las estrategias de investigación puesto que como señala Sullivan (1964), resulta que el paciente o incluso los padres si es que acuden a la consulta, no recuerdan o sólo recuerdan parcialmente los hábitos esfinterianos infantiles.

Conclusión

Por último y como ya hemos señalado, sólo a partir de un amplio diagnóstico médico-psicológico podremos establecer los criterios de pronóstico que en todo caso están siempre condicionados a la elección terapéutica, a la cooperación de los padres y ambiente general y a las limitaciones científicas de una alteración todavía poco conocida que por su interés debería despertar mayores iniciativas de investigación; al tiempo que es necesario terminar de una vez por todas con las innumerables creencias no sujetas al más mínimo rigor científico y que todavía persisten.

Para la enuresis igual que en muchos otros trastornos la prevención es el mejor remedio. Se puede asegurar sucintamente que la profilaxis reside en un modo liberal de comprender las posibilidades motrices y afectivas del niño.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Toray-Masson, Barcelona 1976.
- BELLAK L. y BELLAK S.S.: *Test de Apercepción infantil*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1972.
- CORMAN L.: *Test de la Familia*. Ed. Kapelusz, Buenos Aires 1967.
- DUCHE D.J.: *La enuresis*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1972.
- EY H. BERNARD P. y BRISSET CH.: *Tratado de psiquiatría*. Ed. Toray-Masson, Barcelona 1969.
- FENICHEL O.: *Teoría psiconalítica de las neurosis*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1973.
- FREUD A.: *El yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1971.
- GESSELL A. y AMATRUDA C.: *Psicología evolutiva de 1 a 16 años*. Ed. Paidós, Buenos Aires
- KANFER F.H. y PHILIPS J.S.: *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Ed. Trillas México 1976.
- KOLVIN I.; MCKEITH R.C. y otros: *Bladder control and enuresis*. London: William Heinemann, Medical Books Ltd., 1973.
- SIQUIER DE OCAMPO M.L., GARCIA ARZANO M.E. y otros: *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Tomo I. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1975.
- SMITH D.R.: *Urología general*. México: El manual moderno, 1965.
- SOIFER R.: *Psiquiatría infantil operativa*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1974.
- SOULE M.; SOULE N. y otros: *L'enurésie chez l'enfant*. Tomo III de Encyclopedic Médicochirurgicale. Paris, 1966.
- SPITZ R.: *Hacia una revaluación del autoretoicismo*. Ed. Proteo, Buenos Aires 1969.
- SULLIVAN H.S.: *La entrevista psiquiátrica*. Ed. Psique, Buenos Aires 1964.
- TESTUD L. y LATARJET A.: *Anatomía humana*. Tomo IV Ed. Salvat, Barcelona 1975.
- TORO TRALLERO J.: *Psicofisiología de la enuresis*. Anuario de Psicología, 1969, a, 119-125.
- YATES A.J.: *Terapia del comportamiento*. Ed. Trillas, México 1977.

