



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA NIÑA CON ENURESIS NOCTURNA SECUNDARIA

Trabajo Académico para optar el Título de segunda Especialidad Profesional en Terapia
cognitivo Conductual

AUTOR

Correa Morocho, Lucila

ASESOR

Shimabukuro Kyam, Jorge Luis

JURADO

BUENO CUADRA, ROBERTO

HERVIAS GUERRA, EDMUNDO

GUERRA TURÍN, EVA LUZ

Lima- Perú

2020

DEDICATORIA

Dedico este nuevo reto, a mis hijos que son el motor de mis grandes emprendimientos y motivación constante para crecer, a quienes quiero dejar el legado de que nunca se cansen de aprender y que no los detenga ni el tiempo, ni la edad para este hermoso camino de ser un buen profesional.

A mis hermanos porque son mi mejor fuente de inspiración y que sin proponérselo, tan solo con su amor me sostienen en los momentos claves de mi vida.

Y porque no decirlo, me lo dedico a mí misma como reconocimiento de mi gran esfuerzo, de mi constancia y perseverancia, compitiendo conmigo misma para cada día ser mejor que ayer.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A los docentes de la universidad nacional Federico Villarreal porque me permiten seguir con ellos la línea académica trazada.

A mi asesor de trabajo académico Jorge Shimabukuro por clarificar y reorientar mis ideas.

A mis compañeros y compañeras con quienes hemos compartido horas, desvelos, experiencias personales y profesionales, nutriéndome con nuevos aprendizajes.

Y en especial agradezco a Noemí y su familia por la motivación que le inyectaron a las tareas para alcanzar nuestra meta.

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1.1 Datos de filiación	5
1.1.2 Motivo de consulta	6
1.1.3 Problema actual	6
1.1.3.1 Presentación actual del problema	6
1.1.3.2 Desarrollo Cronológico	8
1.1.3.3 Historia personal	10
1.1.3.4 Historia familiar	15
1.1.4 Análisis Funcional	18
1.1.5 Diagnóstico Funcional	20
1.2. ANTECEDENTES	22
1.2.1 Antecedentes Nacionales	22
1.2.2 Antecedentes Internacionales	23
1.2.3 Basamento Teórico de Variables	27
1.2.3.1 Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual	27
1.2.3.2 Variable Dependiente: Enuresis	37
1.3. OBJETIVOS	50
1.3.1 Objetivo General	50
1.3.2 Objetivos específicos	50
1.4. JUSTIFICACIÓN	50
1.5. IMPACTOS ESPERADOS DEL TRABAJO ACADÉMICO	51
II.- METODOLOGÍA	52
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	52

2.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	52
2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO CONDUCTUAL	62
III.- RESULTADOS	73
IV.- CONCLUSIONES	80
V.- RECOMENDACIONES	82
VI.- REFERENCIAS	83
VII.- ANEXOS	89
ANEXO 1: Semana 1, de registro de micciones – línea base	89
ANEXO 2: Semana 2, de registro de micciones – línea base	90
ANEXO 3: Antecedente y consecuente de conductas registradas	91
ANEXO 4: Semana 1 y 2 de registro de evitación para ir al baño en la noche	92
ANEXO 5: Criterios diagnósticos para enuresis -CIE 10	93
ANEXO 6: Contrato conductual	95

Resumen

Este estudio trata de un caso de enuresis secundaria nocturna. La niña llamada Noemí recibió una intervención cognitiva conductual, que consta de: Entrenamiento en Cama Seca (Azrin, Seed y Fox, 1974) mediante la práctica positiva, despertar escalonado, entrenamiento en retención y en limpieza (sobrecorrección). Además, se aplicó la técnica de exposición (Agras, Leitenberg y Barlow, 1968), combinada con estrategias de afrontamiento como la relajación abdominal y reestructuración cognitiva. Con anterioridad los padres habían recurrido a muchos métodos inadecuados para corregir el problema, pero sin ningún resultado positivo; incluso llegaron a la agresión física, a limitar líquidos, haciéndola orinar antes de ir a dormir por las noches y otros, sintiendo que todos esos esfuerzos no solucionaron nada. No obstante, al aplicarle este programa ha sido el tratamiento más adecuado para evitar que Noemí continúe con las emisiones de orina durante la noche.

Palabras clave: niña, enuresis, entrenamiento en cama seca.

Abstract

This study is about a case of secondary nocturnal enuresis. The girl named Naomi received cognitive behavioral intervention, consisting of: Dry Bed Training (Azrin, Seed and Fox, 1974) through positive practice, staggered awakening, retention training and cleaning (overcorrection). In addition, the exposure technique (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968) was applied, combined with coping strategies such as abdominal relaxation and cognitive restructuring. Previously, parents had resorted to many inadequate methods to correct the problem, but without any positive results; they even came to physical aggression, to limit fluids, making her urinate before going to sleep at night and others, feeling that all those efforts did not solve anything. However, by applying this program has been the most appropriate treatment to prevent Naomi from continuing with urine emissions overnight.

Keywords: girl, enuresis, dry bed training.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente en la práctica clínica, la enuresis es un trastorno infantil común, aunque es natural que hasta el segundo año de vida los niños carezcan de control vesical, ya no lo es cuando esto continua hasta mayores de 5 años, convirtiéndose en un problema serio a tratar.

Para Glazener, Evans y Peto (2008, citado por Gonzálvez, 2014) sostiene que: aunque la enuresis en sí es una patología benigna con una alta tasa de remisión espontánea, puede ocasionar estigmas emocionales y sociales, tanto a los menores que la padecen como a sus familiares. Los niños con enuresis pueden sufrir burlas de sus hermanos y desaprobación por parte de los padres, así como presentar alto riesgo de abuso emocional y físico. (p. 46)

“Descartar las causas orgánicas es una parte esencial del diagnóstico de la enuresis” (Bragado, 2009, citada por Caballo, Salazar y Carrobles, 2011, p. 777) y coherentemente, las patologías orgánicas deberían excluirse cuando se intenta explicar la causa de este trastorno. No obstante, se ha relacionado la enuresis no orgánica con una predisposición genética, alteraciones en el sueño, escasa capacidad funcional de la vejiga y problemas de maduración. También han propuesto explicaciones basadas en dificultades o problemas en el proceso de aprendizaje de las habilidades de control de la eliminación de la orina.

Martínez declaró para acta pediátrica, (23 de enero, 2018) desde Madrid que “en nuestro país hay algo más de 4 millones de niños entre 5 y 13 años, de ellos más de 200.000 son enuréticos, pero esta cifra supera por mucho el número de niños que se están atendiendo actualmente en las consultas”

Orta (14 de febrero, 2019) dice que determinar si se trata de una enuresis primaria o secundaria. Se considera primaria si el niño no ha estado nunca seco y secundaria cuando el niño/a ya ha estado seco durante un período de seis o más meses. En el caso de la enuresis secundaria, se investigan los posibles eventos estresantes o factores relacionados con el inicio del problema: la separación de los padres, la muerte de un familiar, el inicio o cambio de colegio (sobre todo en el comienzo de preescolar), nacimiento de hermanos/as, hospitalización, entre otros. La presencia de trastornos afectivos y del comportamiento, así como la vivencia de situaciones estresantes está relacionada significativamente con la aparición de enuresis secundaria. Así mismo, la exposición a eventos estresantes antes de los 4 años está relacionado con enuresis frecuente y persistente.

Para Bragado (2009, citado por Orta, 12 de enero del 2019) dice que la enuresis es multicausal, resultado de la interacción de diferentes factores que actúan de forma combinada y diferente en cada niño, pero ninguno de ellos de manera individual puede explicar completamente el fenómeno. Entre ellos, destacan los factores fisiológicos (capacidad funcional, alteración de la respuesta de despertarse y déficit inhibitorio), hereditarios, madurativos, de aprendizaje o sociales.

En el Perú, son escasas las referencias estadísticas sobre enuresis, incluso las investigaciones científicas al respecto. Pero según el diario CORREO de Perú (del 22 de octubre del 2014), publicó que según estadísticas del hospital Víctor Larco Herrera, citados por la Directora Cristina Eguiguren Li "En la mayoría de casos de abuso sexual a niños y

niñas se observa la presencia de enuresis, uno de los síntomas psiquiátricos que acompañan a la existencia de ansiedad y miedo. (...) explicó que la enuresis es un trastorno psiquiátrico que tiene causas psicológicas en niños y niñas que también presencian violencia en su entorno familiar o son afectados por el estrés. Para los niños y niñas existen situaciones muy estresantes que para los adultos pasan desapercibidas; refirió que, según estadísticas del hospital Víctor Larco Herrera, el 20% de las atenciones que realiza el Departamento de Niños y Adolescentes cada año tienen que ver con casos de enuresis. Sostuvo que muchos padres de familia creen, por razones culturales, que la emisión de orina ocurre porque su hijo e hija está pasado de frío. Por ese motivo, agregó, les pasan paños calientes, los sientan sobre ladrillos calientes o los castigan, comentó. Señaló que la enuresis se diagnostica entre los 5 y 6 años de edad, y dijo que este problema puede producirse también por causas orgánicas, como la demora en la maduración del sistema nervioso central o la presencia de una vejiga pequeña, así como la mala educación en el control de esfínteres, acotó que el 99% se curan con un adecuado tratamiento.

En el presente estudio, se describe el caso de Noemí, una niña de 8 años y 8 meses, la menor de dos hermanos; quien ha tenido un desarrollo evolutivo dentro de la normalidad; cursa el 3er grado del nivel primario y no tiene problemas en su rendimiento escolar, ni socialización; se ha vuelto temerosa o evitativa para ir al baño, en especial por las noches, ya que recuerda las películas de terror o conversaciones sobre éstas. Su problema según su madre es que aproximadamente hace un año reinició la emisión de orina nocturna, mojando la cama a diario; ocasionándole problemas en las relaciones con sus padres, ya que ellos se molestan y la riñen severamente cuando ésta situación se da. Como la evidencia sostiene que la

intervención cognitivo conductual resulta útil para el tratamiento de pacientes que padece enuresis secundaria nocturna a partir de la aplicación de sus múltiples técnicas; se ha considerado pertinente que para lograr los objetivos y la recuperación de Noemí, estructurar el presente trabajo de la siguiente manera:

El primer capítulo presenta la Introducción, donde se encuentra como primer punto, la descripción del problema, la historia psicológica con los datos de filiación, problema actual, historia personal y familiar. También ésta el análisis funcional, el análisis cognitivo y el diagnóstico funcional. Como segundo punto se encuentra los antecedentes tanto nacionales como internacionales y el basamento teorico científico, donde como marco teórico sostiene y fundamenta la propuesta. Además se realiza una revisión conceptual de las variables de estudio como es Enuresis y cognitivo conductual. Como tercer punto de este capítulo están los objetivos generales y específicos. Como cuarto punto esta la justificación, resaltando la importancia del trabajo académico y como quinto punto el impacto esperado de éste estudio.

En el segundo capítulo, se aprecia la Metodología, donde esta la evaluación realizada con el informe de cada prueba, un informe psicológico integrado y el programa de intervención.

En el capítulo tres, se encuentran los resultados, iniciando con el gráfico de la línea base y graficando la evolución conforme al avance del tratamiento.

En el cuarto capítulo se hacen las conclusiones, de la evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento y los resultados de dicha intervención.

En el quinto capítulo se arriba finalmente a las recomendaciones. Y

En el sexto capítulo ira las referencias utilizadas para este trabajo académico.

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombre y Apellidos** : Noemí R. S.
- **Sexo** : Femenino
- **Lugar y fecha de Nac** : Piura.
- **Edad** : 8 años 8 meses.
- **N° Hermanos** : 2/2.
- **Persona responsable** : La madre.
- **Grado de Instrucción** : 3er Grado de primaria.
- **Dirección Actual** : Piura.
- **Fecha de Evaluación** : 29/10/18.
- **Examinador** : Lucila Correa Morocho.
- **Observaciones:**

La paciente llega a consulta acompañada por su madre, con actitud temerosa, evitando el contacto ocular y agachando su cabeza cuando la madre narraba su problema.

- **Descripción del Examinado:**

Noemí es de contextura gruesa, pesando aproximadamente 38 kilos, cara ovalada, tez trigueña, ojos, nariz y boca pequeños, cabello negro, largo y lacio. Presenta arreglo y aseo personal conservados, físicamente aparenta una edad acorde a la que le corresponde cronológicamente. Lenguaje con prosodia adecuada, con ideas coherentes y de pronunciación correcta. Durante el examen, evidenció inicialmente inseguridad frotando sus manos o

presionando sus dedos, hablando con voz baja y agachando la cabeza; en el desarrollo de la evaluación se fue mostrando cada vez más segura, iniciando conversación, haciendo preguntas o aportando más datos que aún no se le preguntaba y al hablar movía las manos coherentemente con lo que decía. Fue colaboradora ya que daba más información de la solicitada y mostró disposición para la evaluación.

1.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Llega Noemí a consulta con su madre, la que refiere “Mi hija ya va a cumplir nueve años y todavía se orina en la cama por las noches; ya tiene un año así, a pesar de que la lleve al doctor, nada mejora”.

1.1.3. PROBLEMA ACTUAL

1.1.3.1 PRESENTACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA:

Noemí, de ocho años ocho meses, padece de emisión de orina durante el sueño nocturno. Ella acostumbraba acostarse a dormir a las 12 de la noche aproximadamente; después de ver una película de terror o cualquier otra, con su hermano de 10 años de edad. Actualmente ya no ven por sus miedos, pero se quedan viendo otros programas, en éste período ella consume agua hasta en tres oportunidades; sintiendo luego ganas de miccionar, pero tiene miedo ir sola al baño, ya que recuerda las conversaciones o películas de terror, en especial recuerda a Chucky y piensa “Chucky se me aparecerá en el baño”; le pide a su hermano que la acompañe al baño, pero éste se niega, ocasionando que Noemí se acueste a dormir con las ganas de orinar. Al llegar a la cama donde duerme con su madre, ésta se encuentra profundamente dormida ya que ella se acuesta desde la nueve de la noche; entonces Noemí se siente sola a su lado,

pensando de nuevo en Chucky, se cubre de pies a cabeza, hasta quedarse dormida; en pocas ocasiones entre dormida siente angustia porque reconoce que se orinó en la cama y piensa que le van a pegar, pero continua durmiendo hasta que la madre la despierta a gritos diciéndole “levántate cochina”, “estás vieja y te sigues orinando” y dándole manazos, le dice “anda cámbiate cochina” y la amenaza diciendo “Te haré dormir en el corral, por cochina”. Ella confundida, sin entender bien lo que pasa, de prisa salta de la cama, con mucho miedo, creyendo que le van a pegar con la correa y siente latidos fuertes en su corazón, temblores y sudoración. Pero luego ve que la madre recoge las sábanas y la frazada que ella mojó, para ponerse a lavar y se siente culpable, ya que ve a su madre muy recargada de trabajo. También refiere que siente vergüenza seguirse orinando en la cama a su edad.

En el colegio, algunas veces siente miedo, cuando escucha conversar a sus amigas sobre la monja sin cabeza que sale por las noches, dice sentirse angustiada e irse a su carpeta para no escucharlas como antes lo hacía; pero siempre teme ir al baño del colegio, porque piensa que ahí le aparecerá Chucky o la monja sin cabeza. Esos mismos pensamientos aparecen cuando es de noche y está en casa, recuerda no solo las conversaciones de terror que antes escuchó, sino que recuerda las películas que vieron con su hermano por las noches; por eso ahora cuando éste se va a su cama, ella va a acostarse con su mamá e intenta despertarla, pero ésta se molesta, riñéndola por no dejarla dormir. Aunque en casa siempre duermen con una luz bajita, ella se cubre con la frazada, pero no deja de pensar. Cuando ladra su perro, piensa ella “seguro que mi perro ha visto a la monja sin cabeza en la casa” y siente miedo, sudoración y preocupación hasta quedarse dormida. En pocas ocasiones, al darse vueltas en la cama sintió que se había orinado, pensaba “mi mamá me va a pegar” y se preocupaba y

angustiaba, pero el sueño la ganaba y se dormía, olvidando que se había orinado. A la mañana siguiente, como de costumbre, como se había orinado en la cama, la madre la despierta con gritos y amenazas “ya me tienes harta”, “no mereces un colchón nuevo”, “Esta vez sí que te haré dormir en el corral” y a jalones y manazos, le saca la sabana y frazada para remojarlas y posteriormente lavarlas; por su parte Noemí está temblorosa y avergonzada.

En el mes de noviembre, el padre de Noemí salió de vacaciones y permaneció en casa la mayoría de los días, excepto en el día del cumpleaños de su abuelo paterno que vive al lado de su casa, donde la abuela realizó un almuerzo familiar, que duró desde la mañana, hasta altas horas de la noche; habían llegado además sus tíos con las esposas e hijos y compartieron junto a ellos almuerzo y cerveza; cuando Noemí y sus padres retornaron a casa, éstos quisieron iniciar una discusión, causando en ella una preocupación y pensaba; “Otra vez mi papá romperá las lunas”; cuando el padre la noto angustiada, optó por calmar a la niña, diciéndole “no te preocupes, no vamos a pelear”, palabras que logran calmarla.

1.1.3.2 DESARROLLO CRONOLÓGICO DEL PROBLEMA

A la edad de 3 años, Noemí ya tenía establecido un horario para defecar en un bacín; pero todavía no lograba el control vesical diurno y nocturno, desde ya, su madre le daba manazos por no avisar y orinarse en su ropa durante el día. En esta etapa la niña era mimada por sus padres y abuelos que cumplían todos sus deseos, comprándole las golosinas que ella pedía. No obstante, los padres tenían muchos problemas como pareja; discutían seguido por celos delante de la niña, donde el padre reclamaba mediante gritos a su esposa por llamadas que veía en su celular; poniéndose la niña nerviosa, sentía miedo, taquicardias con esos

eventos; incluso la madre denotaba mucho enojo que se expresaba mediante los gritos y forcejeos con el padre. Además, como vivían en casa de los abuelos, veía las constantes discusiones suscitadas por el abuelo que llegaba ebrio y se enfrentaba hasta dos veces por semana en discusiones con la abuela. En dichas situaciones Noemí llamaba a su madre y juntas miraban, sintiendo preocupación por la abuela, pero no se metían a calmarlos.

A los 4 años, continuaba sin control vesical y usaba pañal en el día y en la noche. Los problemas en casa seguían, tanto los abuelos que discutían y el padre con la madre insultándose por celos. A esta edad recuerda que un día su padre llegó a casa muy ebrio y muy enojado con su mamá, dando gritos y rompiendo las lunas de la ventana de la casa; mientras la abuela vino a calmarlo, Noemí y su madre se escondían temblando por el miedo y pensando que también las golpearía.

A los 5 años y medio de edad, Noemí dejó de orinarse en casa y en el colegio durante el día, pero continuaba orinándose en la cama por las noches y a esta edad la madre le exigía que ya no se orine en la cama y le gritaba que era una “cochina”. En casa seguían las discusiones de padres y de abuelos que vivían al costado de ellos y todo se escuchaba.

A los 6 años un mes de edad, Noemí consiguió el control vesical nocturno, donde la madre estaba muy contenta felicitando cada día que no se orinaba en la cama por las noches; para ese entonces, desde su sexto cumpleaños de Noemí, cambiaron las cosas en casa, bajando la violencia familiar; éste descenso se debió a que el abuelo se jubiló y ya no llegaba ebrio, por lo tanto ya no había discusiones entre los abuelos y el padre ya no reclamaba porque le

salió un trabajo lejos de casa, regresando cada 3 semanas o al mes de permiso. Logrando Noemí estar sin enuresis por un período de 8 meses.

Ya para los 7 años 10 meses de edad, Noemí reincide en orinarse por las noches en la cama y ahora la madre no solo la grita y riñe, también le da manazos y la jala de los brazos; para entonces Noemí empieza a ver películas de terror con su hermano de 10 años de edad, quedándose hasta las 12 de la noche y consume líquidos en todo ese horario de televisión; por recordar las películas y las conversaciones de terror que tenía en el aula con sus compañeras empezó a evitar ir al baño por las noches, pues temía que Chucky se le apareciera en él.

1.1.3.3 HISTORIA PERSONAL

1.1.3.3.1 Desarrollo Inicial:

El embarazo no fue planificado, ya que pasaban por una depresión económica, pero al enterarse se alegraron los dos y decidieron no decirles a los suegros por temor a ser juzgados ya que los apoyaban económicamente y vivían en su casa. Fue una gestación normal de 9 meses, siendo un parto natural en un hospital de la zona. Nace sana y pesando 3.600 kg. Sin ninguna complicación tanto para la bebé como para la madre. Noemí tuvo un desarrollo psicomotor de acuerdo con lo esperado, gateó a los 7 meses, caminó al año y un mes y empezó a hablar sus primeras palabras cuando cumplió un año de edad. A partir de los 3 años la madre, la acostumbró al uso del bacín diario fijándole un horario durante el día para que se habitúe a defecar; pero no lograba controlar sus micciones tanto diurnas como nocturnas. Manteniendo su enuresis diurna hasta los 5 años y medio de edad y la nocturna hasta los 6 años un mes, permaneciendo un período de 1 año 9 meses sin enuresis nocturna y reincidir en

esta conducta a los 7 años 10 meses aproximadamente, alcanzando en la actualidad 8 meses con emisiones nocturnas nuevamente.

1.1.3.3.2 Conductas Inadecuadas más resaltantes de la infancia:

Desde que nace hasta los cuatro años de edad, Noemí fue una niña muy querida y consentida por los abuelos y padres, quienes accedían a darle lo que pedía como: golosinas, juguetes o ver la televisión, acostumbrándose a ser exigente, es decir cuando no se le cumplían sus deseos, lloraba y se mostraba molesta, sin escuchar razones. Sus padres le daban más ayuda de la necesaria, como darle la comida en la boca, bañarla y vestirla hasta los siete años de edad y ella pedía que la apapachen abrazándola como a una bebe; no se le permitía que ayude en casa, con la excusa del diagnóstico de inicios de asma, por lo tanto, los padres le decían que le hace mal mojarse, le hace mal barrer, por el polvo que sale al barrer o al sacudir los muebles en casa; acostumbrándola de ésta manera a que no ayude en casa y se resista cuando se le pide que realice un mandado, diciendo “ay, manda a Piero”, siendo por lo tanto, desobediente para cumplir con los mandados. En cuanto al control de esfínteres, a esta edad, todavía usaba pañal tanto en el día como en la noche para dormir.

A los 5 y 6 años de edad se mostraba un poco tímida, evitaba saludar o conversar con las visitas en casa. A pesar que a los 5 años no se orinaba en el día, si lo hacía en las noches hasta los 6 años un mes, donde dejó de orinarse en la cama por las noches, por un período de 1 año 9 meses.

Ya a los 7 años de edad, empezó a socializar con más amigas y a conversar con los familiares o visitantes en casa de manera fluida. Para esta época, empezaron sus amigas a contar sus experiencias sobre películas de terror, ella solo escuchaba a cada compañera, ya que nunca había visto una; pero le comentó a su hermano y juntos en casa empezaron a verlas. Después de eso, Noemí comenzó a sentir mucho miedo al recordar las películas y conversaciones de terror que tenía con sus compañeras de aula; empezó el miedo para ir al baño, en el día en su colegio y en las noches en su casa porque se imagina que le saldrá Chucky en el baño. Además, teme dormir sola, por eso duerme con su mamá; es costumbre dormir con luz baja, reza por las noches para no orinarse en la cama, ya que teme ser castigada por la madre. Reincidiendo en la enuresis nocturna a los 7 años 10 meses.

En la actualidad ella ve mucha televisión con su hermano, desde las siete de la noche, apenas llega del colegio ve “esto es guerra”, luego “de vuelta al Barrio”, sigue la novela “Mi Esperanza” y luego ponen películas o dibujos animados de YouTube “Clarence”, “Escandalosos” y otros, hasta que se van a dormir cerca de las 12 de la noche. Mientras ven la televisión, toma agua o jugos envasados hasta en tres oportunidades y no hace uso del baño porque nadie la quiere acompañar. La cena también incluye una taza de café de cebada a las 8 de la noche.

A esta edad ya es autónoma, en su aseo y cuidado personal, bañándose, vistiéndose sola, pero hasta hoy se le continúa peinando debido al tamaño largo de su cabello. En cuanto a su enuresis, desde los 7 años 10 meses reinició nuevamente, llevando ya un año orinándose en la cama.

1.1.3.3 Actitudes de la Familia frente a la Niña:

A.- Actitudes del Padre: La evaluada ve a su padre como afectuoso, complaciente en comprarle lo que le pida, como golosinas o juguetes; se siente querida por él; pero cuando lo ve molesto o levantando la voz, le teme; ya en otra ocasión le pegó con una correa por no obedecerle. Le teme no solo cuando lo ve ebrio, cuando discute con su mamá, ya que en una ocasión se puso agresivo y rompió las lunas de su ventana. No obstante, lo extraña cuando se va a su trabajo, sintiendo que mucho se demora para regresar; se alegra con su llegada por que los lleva a comer a la calle, a los juegos y a realizar muchas compras. En cuanto a la enuresis, el padre no siente que sea un problema grave, pero igual por insistencia de la esposa la llevaron a un médico para ver su problema, donde en los exámenes concluyeron no haber causa orgánica y no hubo ningún cambio en el problema. Actualmente por motivos laborales es poco participativo para la terapia psicológica pues el trabajo lo mantiene fuera de la ciudad por varias semanas.

B.- Actitudes de la Madre: Noemí comenta que su madre es buena, le compra lo que pide, ya sea golosinas, ganchos, juguetes, pero la percibe renegona cuando la desobedecen; le teme cuando la ve molesta y con la correa en la mano, ya que algunas veces aplicó correctivos físicos con un látigo o correa, pero los castigos más usados son los gritos y manazos. A pesar de sentirla afectuosa, que la abraza y la apapacha, teme cuando se orina en la cama y la levanta dándole manazos, gritos y amenazas de que “dormirá sola en el corral por cochina”. Noemí siente culpa porque le recarga el trabajo a su madre, ya que a diario lava la cama que ella orina, además de atender su pequeña bodega que tiene en casa. Ve a su madre preocupada y comprometida con el tratamiento psicológico para su conducta enurética.

C.- Actitud del Hermano: Refiere que su hermano es bueno, a veces colérico, hace renegar a sus padres ya que presenta un bajo rendimiento escolar, dependiente para las tareas escolares de un profesor particular o que le ayude su mamá. Abusa del uso del celular, tiene juegos que a cada momento quiere jugar. Comenta que su hermano es miedoso y se cohíbe para hablar con las personas o participar en su aula; además se deja pegar por sus compañeros del colegio. Pero en casa por las noches juntos ven televisión y se acuestan pasadas las 12 de la noche. Él usa la conducta enurética de Noemí, como motivo para molestarla y decirle “meona”.

1.1.3.3.4 Historia Escolar: Fue a inicial a los 5 años, donde lloraba a diario las primeras semanas, la profesora la hacía entrar a la fuerza al aula y para calmarla le mostraba juguetes, después de varias semanas aprendió algunas canciones y juegos que ayudaron a su adaptación al entorno; no hubo quejas de conducta, ni de su desempeño en las tareas.

A los 6 años fue a la primaria, en un colegio parroquial llamado “Nuestra Señora del Rosario” donde continúa estudiando su tercer grado de primaria; recuerda haber llorado los primeros días, en el primer grado, luego se hizo amiga de una niña que conversaba y jugaba en los recreos con ella; ahora está tranquila, tiene más amigas, aunque algunas niñas le niegan su participación en los juegos. Ella participa en el aula, cumple con sus tareas y saca a veces notas de B en los cursos difíciles como matemáticas y ciencias, pero es de alto rendimiento en arte, danzas y comunicación. Nunca repitió de grado escolar, ni fue a recuperación, tampoco requiere profesor particular que le ayude con las tareas. Se muestra ansiosa y miedosa para ir

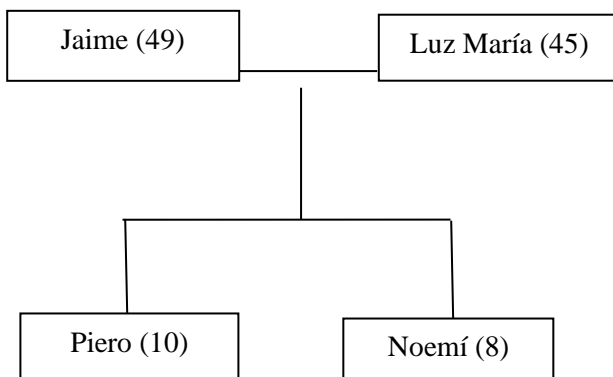
a los baños del colegio porque en la puerta han escrito “aquí esta Chucky” y otras cosas. No hay quejas de conducta ni de incumplimiento de tareas.

1.1.3.3.5 Actitudes Religiosas: Noemí es de religión católica, acostumbran ir a misa todos los domingos con su madre y hermano; actualmente se está preparando para la primera comunión, asistiendo a sus charlas los días domingos por las tardes, con la mayoría de niños de su aula. Refiere que a veces esas reuniones las hacen en casa de cada niño, donde en una ocasión un compañero les mostró películas de terror en la tablet; sintió miedo y al dormir recordaba lo que había visto con sus compañeros.

1.1.3.3.6 Enfermedades y accidentes: La madre refiere que desde pequeña sufrió de bronquitis, a los 3 años de edad le dio bronconeumonía, con una tos que la ahogaba, con fuertes fiebres y en períodos posteriores le diagnostican inicio de asma y siempre fue sensible al hielo, al polvo, a mojarse porque le retornaba la tos y en algunas ocasiones la han llegado a nebulizar.

1.1.3.4 HISTORIA FAMILIAR

Estructura familiar



1.1.3.4.1 Datos familiares:

Noemí, proviene de un hogar estructurado, vive con padres y hermano. Entre sus actividades preferidas está el baile, patinar, manejar bicicleta, ir a la piscina o al cine con su tía. Se siente amada por los padres, pero les teme cuando los ve molestos.

Su padre: Jaime de 49 años de edad, de profesión Ingeniero de sistemas, nacido en Piura y trabaja en Lima como ingeniero de mantenimiento, regresando a casa al mes o a las tres semanas.

Su madre: Luz María, de 45 años de edad, ama de casa, con estudios secundarios, atiende una bodega de abarrotes en su domicilio.

Su hermano: Piero de 10 años de edad, cursa el 5to grado de primaria, es vergonzoso y muy temeroso a los compañeros violentos. No se atreve a participar en conversaciones familiares, ni asistir a reuniones sociales, como cumpleaños.

1.1.3.4.2 Relaciones familiares:

La relación entre Noemí y su padre es de amor y miedo, lo siente jovial y cariñoso, gusta sacarlos a pasear y consentirlos, pero fácilmente se molesta si no le obedecen. Teme verlo tomar cerveza porque discute con la mamá. No obstante, lo extraña cuando se va a trabajar.

Por otro lado, Noemí con su madre se siente temerosa, cuando se molesta porque le desobedecen, cuando se orina en la cama o cuando su hermano saca mala notas. Refiere miedo cuando la ve con la correa en la mano y molesta, porque ya le ha pegado por orinarse en la cama; no obstante, la siente afectuosa y buena porque le compra lo que ella le pide, como golosinas, ganchos y otras cosas. Comenta que cada cierto tiempo su madre viaja a Lima a verse con su esposo y se demora una semana, recuerda que se siente triste y llora a escondidas porque la extraña. Ella se queda con el hermano donde su tía o donde sus abuelos paternos, con quienes se lleva muy bien.

Noemí tiene buena relación con su hermano, se hacen favores mutuos, como acompañarse, ayudarse en las tareas o invitarse golosinas. Si tiene peleas a veces porque su hermano le gusta hacerle bromas o le dice “meona”.

1.1.3.4.3 Antecedentes familiares

- Alcoholismo del abuelo paterno.
- Violencia familiar de abuelos.
- Violencia familiar de padres, originado por los celos del esposo.
- Estilo de crianza con castigos físicos.
- Pobre supervisión de los programas televisivos.

1.1.4 Análisis Funcional

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta de enuresis

Estímulo Antecedente	Conducta	Consecuente
<p>Externo: -Toma agua, más de 3 veces antes de acostarse a dormir.</p> <p>Interno: -Ansiedad asociada al hecho de entrar al baño en la oscuridad por las noches,</p>	<p>Fisiológica: - Se relaja el esfínter al quedarse dormida y micciona en su cama por la noche.</p>	<p>Externo: Al despertar, la madre grita a la niña y lava las sábanas y el pijama que la niña mojó.</p>

Cabe señalar que los eventos considerados como antecedentes (Tabla 1), si bien preceden temporalmente a la conducta de mojar la cama, no se les puede identificar estrictamente como estímulos antecedentes que ocasionan la respuesta desde una aproximación explicativa basada en el modelo operante; se ajustarían más bien a una categoría de factores llamados “disposicionales” en la medida que son eventos que determinan la probabilidad de ocurrencia de la conducta (Ribes, 2018), en este caso la conducta enurética. Sin embargo, en el presente estudio, se procura seguir el modelo del análisis funcional operante dado que se realizará una intervención basada en el Entrenamiento en cama seca (ECS) o técnica de Azrin en el que se manejan técnicas conductuales y también la regulación de factores disposicionales.

Dentro del estímulo consecuente se ha considerado relevante colocar el hecho que la madre lave las sábanas mojadas por la niña dado que esa conducta se cambiará y será la propia niña quien lave su pijama, cambie sábanas y deje su cama arreglada.

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta de evitar ir al baño por las noches

Estímulo Antecedente	Conducta	Consecuente
<p>Externo: -Hermano se niega a acompañarla al baño ante el pedido de ella.</p> <p>Interno: -Temor al escuchar a su perro ladrar por la noche. -Ansiedad asociada a recuerdos de conversaciones y de películas de terror; taquicardia y sudoración.</p>	<p>Motora: -Se va a la cama evitando ir al baño antes de dormir.</p>	<p>Interno: -Siente alivio temporal de la ansiedad.</p>

En la Tabla 2 observamos los estímulos antecedentes y consecuentes a la conducta evitativa de ir a orinar por las noches antes de irse a dormir y resulta pertinente señalar que esta conducta evitativa no necesariamente es la que determina que la niña se orine en la cama pues como se verá en el proceso de intervención, ocurre que hay noches en las que, a pesar que la niña orina antes de acostarse, moja la cama. Y es necesario corregir esta conducta de evitación pues en el ejercicio de práctica positiva de la técnica de Entrenamiento en cama seca, la niña debe sentarse en el inodoro, contando hasta 50, antes de acostarse a dormir.

1.1.5 Diagnóstico Funcional

Listado de conductas funcionales

- Asiste a la escuela.
- Buen rendimiento académico.
- Buenas relaciones sociales.
- Reconoce su problema y está motivada al cambio.
- Cumple normas.

Listado de conductas disfuncionales:

- Enuresis: Exceso
- Evita ir al baño por las noches: Exceso

Análisis de las conductas disfuncionales:

a. Condiciones ambientales históricas:

- Sobreprotección parental y de los abuelos
- Alcoholismo del abuelo paterno.
- Discusiones de los padres.
- Estilo de crianza con castigos físicos.
- Reglas inciertas en cuanto a los horarios de dormir.
- Pobre supervisión de los programas televisivos.
- Ver películas de terror.

b. Condiciones biológicas históricas:

- Neumonía

- Padecer de problemas bronquiales y principio de asma

c. Condiciones psicológicas disfuncionales:

De la madre:

- Etiquetaje: “levántate cochina”, “estás vieja y te sigues orinando”.
- Etiquetaje: “cochina de nuevo mojaste la cama”.
- Etiquetaje: “sinvergüenza, grandota y cochina”

De la evaluada:

Pensamientos distorsionados

- Visión catastrófica: “Chucky se me aparecerá en el baño”, “Me van a pegar”, “Mi papá otra vez romperá las lunas”, “seguro que mi perro ladra porque vio a la monja sin cabeza”.

d. Condiciones biológicas actuales:

- Principio de asma

e. Conductas objeto de estudio:

- Enuresis nocturna
- Miedo para ir al baño por las noches.

Actitudes que mantienen el problema en la actualidad:

- Poca supervisión en los horarios de dormir ya que se acuesta a las 12 de la noche y no supervisan los programas televisivos que ve la menor.

- Se permiten hábitos inadecuados de consumo de líquidos a altas horas de la noche.
- Padres ajenos al problema de evitación de ir al baño de parte de la evaluada.
- Niña expuesta a películas y conversaciones de terror
- Ambiente familiar con discusiones entre los padres, que fomenta sus miedos de la niña.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Estudios Nacionales

Leyva Ayma (2015), realizó la investigación: *“Problemas de conducta y enuresis secundaria en niño por deterioro de parentalidad por problemas primarios de conyugalidad”* (Tesis para el grado de segunda especialidad en psicoterapia familiar sistémica). Universidad nacional Federico Villarreal - Perú.

La investigación llegó a las siguientes principales conclusiones:

1. Que en el período de atención terapéutica al niño de 7 años (Sebastian) y sus padres; encontrando mejoría en la conducta con su madre y la docente, mejorando también sus notas.
2. Sebastian por los reportes de la profesora, ya permanece en aula, participa con sus compañeros y no bajó su rendimiento escolar.
3. Sebastian ha dejado de orinarse en la cama mientras duerme.
4. Ahora el padre ayuda en casa e interactúa con sus hijos.

5. Sebastian cumple con las tareas del colegio en casa y sale a hacer compras con su padre y hermano.
6. Respeta los horarios de sueño y alimentos cuando están en fin de semana juntos.
7. Los padres ya comparte el mismo sueño de la casa propia y se hablan con modales y afecto frente a sus hijos.

Muy parecido el compromiso compartido desde la dimensión parental y modificación del estilo de crianza, con tareas familiares para manejar la enuresis, factor de gran utilidad ya que la familia da el soporte familiar y la contención emocional a la niña de mi estudio.

1.2.2. Estudios internacionales

Investigación internacional: 01

Romero Severino, (2019), realizó la investigación “Evaluación diagnóstica y plan terapéutico de niño escolar con enuresis nocturna”. Tesis de pregrado de Psicología.

Universidad Técnica de Machala – Ecuador.

Se trabajó en conjunto con la familia y el menor, se propuso el siguiente plan terapéutico, bajo el enfoque cognitivo conductual, dirigido al niño y a la familia, consta de 10 sesiones con una duración de una 1 hora y 30 minutos aproximadamente el cual tiene como objetivo contrarrestar la enuresis fomentando la comunicación asertiva entre padres e hijo para así mejorar conductas, hábitos familiares y estilos de crianza en la familia.

Este estudio muestra la eficiencia de la intervención cognitiva conductual para tratar la enuresis nocturna, además consideró diversas técnicas y trabajó el factor familiar; ya que, al

conocer información detallada del caso, concibe la disfunción familiar como el principal factor en el origen de la enuresis debido a los problemas en la cohesión, comunicación y afectividad en el medio familiar; resultando ser de excelente ayuda conocer la manera que aplicó el tratamiento conductual y la intervención al estilo familiar inadecuado que mi estudio también requiere.

Investigacion internacional: 02

Amador, J. González, V. Jiménez, I. (2010) *Modelo cognitivo-conductual en un caso de enuresis secundaria nocturna*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

La investigación llevo a las siguientes conclusiones:

Se concluye que la combinación de procedimientos cognitivos y conductuales es altamente efectiva. El tratamiento sugerido fue el entrenamiento de la cama seca (ECS) sin la alarma, sin embargo, no se siguió el procedimiento de manera rigurosa, solo se retomó el despertar escalonado, sobreaprendizaje, entrenamiento en retención y el reforzamiento positivo, incorporando además autoinstrucciones, juegos para la oscuridad.

El programa de modificación de conducta obtuvo cambios positivos significativos pues logro ir al baño solo, durmió con la luz apagada, extinguiendo así el miedo a la oscuridad y reduciendo a tasa cero las emisiones de orina en la cama. Por último, se le aplicó al final de la intervención, el test del dibujo de una familia, en el cual se observaron grandes cambios en la dinámica familiar, mostrando una interacción más cercana en los integrantes.

Este estudio comprueba lo afirmado por Douglas en 1973 de que situaciones estresantes vividas durante los primeros años, son susceptibles de ser asociadas a enuresis. Ya sea el desmoronamiento de la familia por fallecimiento, divorcio o separación, la separación temporal de la madre y otros. Factor que me sirvió de guía para mi caso y reconocer los conflictos familiares y temores diversos que estaban asociados a la enuresis de Noemí.

Investigacion internacional: 03

López Vásquez, J. (2011), realizó la investigación: “*Sociabilidad en niños de edad escolar con problemas de enuresis*”, (Tesis para el grado académico en Psicología), Universidad Rafael Landívar – Guatemala.

La investigación llegó a las siguientes principales conclusiones:

- Se determina que los niños y niñas de edad escolar con problemas de enuresis de las escuelas del área rural y urbana del municipio de Cabricán presentan problemas de socialización.
- El instrumento usado demostró que los niños y niñas son incapaces de afrontar y resolver las relaciones sociales en las que se ve afectado debido a la inseguridad y vergüenza que manifiesta.
- El niño en edad escolar es retraído y presenta una autoestima baja debido a las burlas que recibe.

- Debido a la falta de información los maestros del área rural del municipio de Cabricán, desconocen el término enuresis, por ello no ayudan a los niños que la padecen y contribuyen a estigmatizarlo.
- Los padres de familia del niño enurético no hablan del problema por desconocimiento y vergüenza.
- Los compañeros de aula de los niños enuréticos contribuyen a que este se aíse y limite sus amistades a uno o dos compañeros de clase y en ocasiones no ser parte de los grupos de juego.
- La enuresis no solamente se debe a problemas emocionales, puede deberse a padecimiento físicos, pero de igual manera el niño enurético tiene problemas en su interacción social.

Tomándose como base los resultados de este estudio administrado a 78 niños de las edades de 7 a 13 años de ambos sexos. Se logró establecer que el niño de edad escolar se ve afectado en sus relaciones sociales, obteniéndose como resultado, baja autoestima, aislamiento, inseguridad y vergüenza, por lo que es necesario implementar terapias de apoyo que lleven el fin de elevar la autoestima y mejorar la capacidad de socialización en el niño. Se presenta la propuesta Terapia individual acompañada con juego socializado en el salón de clases, donde se quiere fortalecer las emociones, relaciones sociales y el espíritu de los niños con padecimiento de enuresis.

Este estudio me dio una mirada holística hacia otros factores que podían intervenir como causa de la enuresis, llevándome a un descarte de muchos factores como causa y /o como consecuencia del problema.

1.2.3. Basamento teórico científico de las variables:

1.2.3.1 Variable Independiente: Terapia cognitiva conductual

La Terapia cognitivo conductual es un tipo de tratamiento psicoterapéutico muy eficaz que permite abordar problemáticas muy diversas aplicando técnicas que cuentan con aval científico. Tal es así que Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) refieren que:

La terapia cognitivo conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. La diversidad que atiende este conjunto de estrategias terapéuticas permite el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con la presentación clínica más complicada. Es evidente, que la materialización de todo el potencial terapéutico de la terapia cognitivo conductual requiere un profundo conocimiento de sus desarrollos tecnológicos y una amplia experiencia en sus aplicaciones, para lograr establecer qué tipo de terapeuta, con qué tipo de problema y con qué tipo de procedimiento y entrenamiento concreto, puede conseguir determinados resultados terapéuticos. (p. 24)

A su vez, Puerta y Padilla (2011) en su estudio afirman que la Terapia Cognitiva-Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. Y que como su nombre lo indica, surgió por la unión de dos grandes teorías de la psicología. (p.253).

Donde la teoría conductual considera el desarrollo humano en función de una cadena de aprendizajes y la teoría cognitiva reclama que el hombre necesita procesar adecuadamente la información ya sea del medio externo e interno y así dar sentido a las experiencias y relación con nuestro medio.

Por ello Ruiz et al. (2012) concluye que la TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia. Y el objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.

La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales. (p. 82-83)

Rodríguez y Vetere (2011) en su manual de terapia cognitiva conductual nos remonta a la historia de la terapia cognitiva diciendo que:

Cabe resaltar entonces, que, si bien la terapia cognitiva surge a principios de los años 60 con los desarrollos realizados en forma independiente por los Dres. Aaron T. Beck y Albert Ellis, sus bases filosóficas se remontan al nacimiento mismo de algunas de las escuelas de pensamiento más antiguas. (p.27).

Y se sostenía que, para su supervivencia el hombre necesita procesar adecuadamente la información proveniente del medio externo e interno, de manera de organizarla y construir una visión coherente de sí mismo y del mundo. Esta sería una de las funciones básicas de nuestro psiquismo: dar sentido a nuestras experiencias y las relaciones con nuestro medio (Robertson, 2010).

Por ello de lo anterior se desprende que importante es tener en cuenta la forma en que pensamos, ya que éstos afectan nuestras reacciones.

Mientras que, en modificación conductual, Martin y Pear (2007) dicen que:
“La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas

de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable” (p.7).

Al igual que Barraca (2014) afirma que: “La modificación de conducta puede definirse como la aplicación sistemática de principios de aprendizaje y de la psicología experimental con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que no son adaptativas” (p. 21).

Martin y Pear (2008) resaltan que: “La característica más importante de la modificación de conducta es su énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado” (p. 6).

Y cuando definen la conducta esencialmente, como algo que una persona hace o dice; recomiendan tener en cuenta las conductas manifiestas y los procesos encubiertos, que no pueden observarse directamente; ellos hablan de las actividades que tienen lugar «bajo la piel» y que por tanto precisan de la aplicación de instrumentos especiales de evaluación. Dicen que pensar y sentir son conductas privadas y tanto las conductas manifiestas como las encubiertas pueden alterarse mediante las técnicas de modificación de conducta (Martin y Pear, 2008, p. 31).

Barraca (2014) entiende que, la conducta es la unidad de análisis del modificador de conducta, el elemento al que dirige su interés y sobre el que concentra su intervención. Por

eso comprender que es la conducta es fundamental. Se entiende por conducta, a la conexión que se establece entre un tipo de acción o respuesta del organismo y una situación ambiental concreta. La conducta, así vista, incluye los componentes de una interacción: la acción, reacción o respuesta del organismo y los elementos estímulares del campo en que esta acaece. (p. 23)

Por eso el objeto de análisis, no es tanto ver la acción del organismo, sino más bien la conexión entre esa acción y la situación ambiental, para así poder determinar contingencias presentes y los estímulos del entorno inmediato que mantienen o perpetúan la conducta.

En cuanto a la evaluación hay que “concebir los problemas de las personas de forma operativa; es decir formuládonos en términos que se puedan observar, medir, establecer hipótesis sobre su origen y mantenimiento” (Barraca, 2014, p.22)

Las bases teóricas y experimentales de la modificación de conducta surgen fundamentalmente tras los estudios de Thorndike (1898) y de Skinner (1938). A partir de las “cajas-problema” de Thorndike, Skinner desarrolló “la caja de Skinner” utilizando el término de condicionamiento operante. Su principio básico era que las conductas se aprenden y se mantienen como resultado de sus consecuencias, sentando así la importancia del ambiente. Skinner llama conductas operantes a aquellas que pueden ser controladas mediante la alteración de sus consecuencias; así, el sujeto realiza una conducta operante cuando ésta produce unas consecuencias en el medio, que a su vez pueden controlar dicha conducta. Pero además, para que podamos cambiar la conducta mediante la alteración de sus consecuencias,

éstas deben ser contingentes a la conducta. Es decir, las consecuencias deben producirse justo después de la aparición de la conducta. (Yaocihuatl, 2012, p.1)

Los procedimientos en los que se basan las técnicas de modificación de conducta del condicionamiento operante expuestos por Yaocihuatl (2012, p. 1-15) en la revista ClubEnsayos son: el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos.

Definición de Técnicas:

Reforzamiento positivo

El reforzamiento positivo es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta (presentación contingente). Con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir. El estímulo o situación apetitiva que se pone en juego en este proceso se conoce como reforzador positivo (Méndez et al. 2001). Cuando se descubre un reforzador positivo para un individuo (por ejemplo, un caramelo para un niño), podemos utilizarlo en otras situaciones. A pesar de ello, no deberíamos abusar de un solo reforzador positivo ya que podríamos caer en la saciedad.

Un reforzador positivo es un estímulo que se añade al entorno y que trae consigo una respuesta precedente. Si se otorga alimento, agua, dinero o elogios después de una respuesta, es más probable que ésta se repita en el futuro.

Reforzamiento negativo

El reforzamiento negativo hace referencia al aumento de la probabilidad de que se repita la conducta al retirar el estímulo aversivo inmediatamente después que se ha realizado la

conducta, esto es la respuesta emitida por el individuo elimina un estímulo aversivo que hasta entonces estaba presente, con lo cual la ocurrencia futura de esta respuesta se incrementa (Ruíz et al. 2012, p. 161)

Sobrecorrección

El objetivo principal es compensar las consecuencias de la conducta desadaptativa. Se puede aplicar de dos maneras (Cruzado y Labrador, 2002, pp. 523-528, citado por Yaocihuatl, 2012):

- Sobrecorrección restitutiva: el sujeto debe restaurar el daño que ha hecho.
- Sobrecorrección de práctica positiva: consiste en repetir una conducta positiva.

Al observar que el sujeto realiza la conducta indeseable debemos dar un aviso verbal. Si esto no funciona tenemos que aplicar la sobrecorrección de forma insistente e inmediata.

Contratos de contingencias o contrato conductual

“Puede definirse como un acuerdo o negociado (y normalmente escrito) en el que los implicados explicitan que conductas llevarán a cabo a partir de un momento dado, en qué circunstancias las realizarán y que consecuencias tendrá su cumplimiento o incumplimiento” (Barraca, 2014, p. 115-116)

Los autores Olivares y Méndez (2014, pp.180-181) creen importante seguir una serie de orientaciones a la hora de diseñar un contrato de contingencias efectivo:

- Las partes implicadas deben llegar a un consenso a la hora de marcar el objetivo del contrato.

- Deben especificarse los privilegios que se logran tras la ejecución de la conducta y las penalizaciones por no llevar a cabo los cambios correspondientes.
- El contrato debe contener una cláusula adicional de bonificaciones por si la persona excede las demandas mínimas del contrato. Los contratos de contingencia se pueden usar en gran cantidad de problemas y tanto con adultos como con niños. Por ejemplo en toxicomanías, tratamiento de la obesidad, problemas de pareja, tabaquismo, etc.

Técnicas de Exposición

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012, p.194, 202) señala que “el origen de las técnicas de exposición se da en el contexto de la primera generación de la terapia de conducta, y tiene que ver, en gran medida, con el desarrollo y aplicación de la técnica de desensibilización sistemática (DS)” (p.194).

“Este enfoque demostró que la confrontación directa con el estímulo temido o señales de éste, era tan eficaz como la DS unida a la relajación” (Emmelkamp y Wessels, 1975, citado por Ruiz et al. 2012).

Fundamento teórico de exposición:

El uso de la exposición no supone más que poner al individuo en contacto con el estímulo temido, con el objetivo de producir la habituación al estímulo, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, es decir, de facilitar un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido. La evidencia empírica ha mostrado que la exposición sistemática y continuada al estímulo temido, permite la reducción más o menos

gradual de la respuesta de miedo o ansiedad, facilitando la disipación de la conducta de evitación o escape que conlleva la aparición de la respuesta de miedo o ansiedad ante la aparición real o simbólica del estímulo temido (o alguna señal de éste) (Ruiz et al. 2012).

Exposición en vivo:

La exposición en vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, bien entrando en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación. La indicación básica en estas sesiones es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 2 en una escala subjetiva de ansiedad de 0 a 8.

El individuo debe mantenerse en contacto con la situación o estímulo ansiógeno aun cuando se produzca una elevación de la ansiedad, si resultase imposible mantenerse en ella, es posible abandonar temporalmente el contexto de exposición, tratando de permanecer cerca y reanudando la exposición en cuanto sea posible. Se pueden utilizar alguna estrategia moduladora de la ansiedad, como relajación, respiración diafragmática; autoinstrucciones, un proceso cognitivo breve de retribución de sensaciones, o incluso la distracción. (Ruiz et al.2012, p. 203)

Entrenamiento en cama seca

El entrenamiento en cama seca (ECS) o técnica de Azrin, es un procedimiento acorde con un paradigma operante, y más concretamente de reforzamiento. Sin embargo, entienden que el

hecho enurético constituye un comportamiento complejo en el que intervienen fenómenos como la despertabilidad, la habilidad para inhibir la micción, la motivación social para conseguir el control y la consolidación de respuestas alternativas a la incontinencia (Toro, 1992, citado por Amador, González y Jiménez, 2010, p. 88).

El E.C.S. es un programa multifacético integrado por varias técnicas: entrenamiento en retención, despertar escalonado, práctica positiva y entrenamiento en limpieza (sobrecorrección), aprobación o desaprobación social en función de estar seco o mojado, y el aparato de alarma. Se inserta dentro de un paradigma de condicionamiento operante donde las consecuencias sociales (positivas o aversivas) contingentes a la conducta correcta o incorrecta, juegan un papel determinante en la consecución del éxito final. (Bragado, 2009, p. 371)

Resumiendo, el ESC es el método de mayor eficacia en el tratamiento de la enuresis, aun sin la alarma, pues la combinación de técnicas es su principal ventaja. Sin embargo, se trata de una terapéutica compleja, bastante estresante para el niño y padres, requiriendo de todos ellos un alto grado de motivación. Por ello, además las técnicas conductuales ya mencionadas es importante incluir como parte del tratamiento algunas otras como el modelado, autoinstrucciones, y terapia de motivación positiva, con el objetivo crear y fortalecer las expectativas de eficacia, es decir, los juicios que el niño tiene de sus capacidades, y en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que la permitan alcanzar el rendimiento deseado (Compas y Gotlib, 2002).

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) el entrenamiento en autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum en (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el diálogo interno cuando lo que el individuo (niño o adulto) se dice a sí mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación. Inicialmente el EA se utilizó como procedimiento para incrementar las habilidades de autocontrol y atención en niños hiperactivos, cuya impulsividad les lleva a presentar déficit de ejecución (Meichenbaum y Goodman 1971). El objetivo del entrenamiento fue enseñarles a pensar y planificar antes de actuar. (p. 414-415)

1.2.3.2 Variable Dependiente: Enuresis:

Desde el punto de vista etiológico el Diccionario de Psicología, (1998), afirma que la palabra enuresis proviene del griego enourein, que significa vaciar orina. Se entiende por la incontinencia urinaria después de la edad en la cual el control urinario (uroneurológico) debería haber sido logrado. Pero en la vida diaria se refiere específicamente a la incontinencia urinaria durante el sueño.

El DSM-IV-TR (2002) indica que la enuresis puede ser voluntaria e involuntaria. Se podría entonces afirmar que, en el primer caso, el niño no padece un problema de eliminación, ya que puede orinar cuando y donde quiera, mientras que en el segundo caso no puede controlar la micción. En general, se aceptan tres formas básicas de enuresis: enuresis nocturna, enuresis diurna y enuresis mixta (coexistencia de las dos anteriores). A su vez, la enuresis nocturna y la diurna pueden ser de tipo primario, si el problema persiste desde el nacimiento, o secundario,

si aparece después de un período de continencia urinaria establecida o tras un período de control vesical adecuado.

El DSM-5 (APA, 2014, p. 355) dice que podemos hablar de enuresis cuando el niño cumple los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa ya sea involuntaria o intencional.
- B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta dos veces a la semana durante por lo menos tres meses consecutivos o por la manifestación de un malestar clínicamente significativo o por el deterioro en el área social, académico (ocupacional) u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un nivel de desarrollo equivalente)
- D. El comportamiento no puede asociarse a un efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético, un antipsicótico) o a una afección médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, epilepsia).

Por lo tanto, cuando hablamos de enuresis nocturna, en este caso nos referimos a la enuresis no orgánica. Algunos autores han utilizado definiciones y criterios diagnósticos propios para definir este proceso.

El Manual Merck, (1994, citado por López, 2011), refiere a la enuresis nocturna como la emisión involuntaria y repetida de orina durante el sueño a una edad en la que cabría esperar el control voluntario. La enuresis nocturna se halla presente en el 30% de los niños de 4 años de edad, en el 10% de los niños de 6 años, en el 3% de los niños de 12 años y en el 1% de los

de 18 años. Es más frecuente en los niños que las niñas, parece ser familiar y a veces se asocia a trastornos del sueño como el sonambulismo y terrores nocturnos. En sólo el 1-2% de los casos se encuentra una etiología orgánica.

De Souza Conte, Ingberman y Brandao, (2005 citados por Caballo, 2011) explicaron que: en la enuresis, una vez descartadas las variables orgánicas, la evaluación debe centrarse en las habilidades de control de la micción, las habilidades prerrequisitas, conductas emocionales o perturbadoras incompatibles con el aprendizaje, prácticas de control ejercidas por los padres y contingencias de refuerzo aplicadas. (p.777)

Respecto al tratamiento de la enuresis, Brown et al, 2008; Mellon y MacGrath, 2000, citados por Caballo, (2011, p. 778), dicen que la investigación se ha centrado sobre todo en la de tipo nocturno, demostrándose que la técnica de la alarma sola y tratamientos más complejos, como el entrenamiento en cama seca o el entrenamiento en el hogar de amplio espectro, son intervenciones psicosociales eficaces.

Tipos de Enuresis

Bragado (en Pérez A. M. y cols. 2003) identifica **3 tipos** de enuresis según el momento de ocurrencia:

1. Enuresis diurna, que puede estar más asociada a problemas médicos, y por lo tanto su etiología es diferente y se pueden identificar 3 tipos:

a) Incontinencia de urgencias (episodios súbitos de urgencia miccional).

b) Vaciado disfuncional (vaciado vesical incompleto, micción fraccionada por acciones retentivas), por lo que algunos autores la llaman: incontinencia diurna o incontinencia urinaria funcional.

c) Otro grupo de niños puede presentar aplazamiento del vaciado (retraso voluntario de la evacuación hasta mojar la ropa)

2. Enuresis nocturna

3. Enuresis mixta (combinación de la enuresis diurna y nocturna).

Algunas teorías de la enuresis.

Según el Protocolo de actuación en la Enuresis de Santacreu (2015), aunque la enuresis es un problema evolutivo de la infancia y, por tanto, un problema que se resuelve con el tiempo, se han formulado algunas teorías que tratan de explicar por qué en algunos casos se retrasa el control de esfínteres y la adquisición del control voluntario de la micción.

Según Santacreu, hay otras teorías:

Una de ellas es, que el **sueño especialmente profundo** de los niños que mojan la cama impide que las contracciones de los músculos de la vejiga despierten al niño antes de iniciar la micción. Sin embargo, los estudios electroencefalográficos, los escáneres y termografías cerebrales no han podido constatar diferencias que pudieran justificar la enuresis de algunos casos aunque algunos resultados de investigación apuntan a que los enuréticos presentan un **umbral para despertar** más elevado que los no enuréticos. Con respecto a las fases del sueño, la investigación pone de manifiesto que los episodios de enuresis ocurren aleatoriamente en las fases de sueño profundo y ligero, y el único estímulo que desencadena el episodio enurético es el llenado vesical hasta su límite

funcional. También asociado al sueño se ha señalado la posibilidad de que las contracciones vesicales fueran demasiado débiles para provocar el despertar, al mismo tiempo que se ha propuesto que durante el sueño profundo el nivel de contracción de los esfínteres era deficiente. Lo cierto es que en la mayoría de los casos de enuresis no se ha podido confirmar deficiencias en el tono o la tensión muscular con respecto a niños que controlaban, aunque, de todos modos, algunos autores han propuesto tratamientos farmacológicos de relativa eficacia dirigidos a aumentar la potencia de los esfínteres.

Se ha sugerido también que los casos de enuresis presentan una **capacidad funcional de vejiga disminuida** y, por tanto, no pueden aguantar toda la noche sin evacuar la orina. Sin embargo, la mayoría de los niños enuréticos tienen una capacidad media de la vejiga (CMV) similar a la los no enuréticos. (CMV = 150ml) aunque en algunos casos la capacidad de la vejiga está claramente reducida y asociada a retenciones de día inferiores a 2 horas. En relación a la alta frecuencia de micciones (poliuria) se ha planteado como hipótesis la **deficiencia de hormona antidiurética** (vasopresina) en el caso de descartar, en primera instancia, la capacidad funcional de vejiga disminuida. Sin embargo, parece cada vez más claro que el tratamiento farmacológico derivado de esta explicación (Minourin) no cura la enuresis. La sugerencia de que este tratamiento se combine con el método de la alarma difícilmente puede ser exitosa por cuanto que los supuestos de ambos procedimientos resultan incompatibles.

La teoría comúnmente mantenida respecto a la enuresis desde una perspectiva psicológica es que ésta es debida a un **déficit de aprendizaje**. El control de la micción diurno y, especialmente, nocturno es una habilidad compleja que comporta muchos pasos y requiere un correcto entrenamiento, lo que no quiere decir que haya que ocuparse activamente de que el niño aprenda, sino que hay que permitir que se den las condiciones para el aprendizaje que ya hemos reseñado. Esta teoría en la que se basa el tratamiento conductual, parte del supuesto de la naturaleza **involuntaria** de la enuresis, es decir de que el niño no se moja adrede y señala como elementos importantes del proceso de aprendizaje:

A) que los niños tienen que aprender a discriminar la sensación de llenado de la vejiga y cualquier acción que lo impida dificulta el aprendizaje como, por ejemplo, poner a los niños en el orinal cada poco tiempo para que no se lo hagan encima,

B) que los niños tienen que conocer las consecuencias del comportamiento adecuado (cama seca) y no adecuado (cama mojada) y que el entrenamiento laxo debido a diferencias de actuación entre los padres, mimos excesivos o la flexibilidad de padres que hayan sufrido enuresis, no facilita el aprendizaje,

C) que el entrenamiento prematuro de los niños, cuando su nivel madurativo es insuficiente para este aprendizaje, puede inducir fobia al inodoro y rechazo de todo lo relacionado con este aprendizaje,

D) que los niños que tienen alta deprivación de la atención de los padres tratan de llamar la atención de muchas maneras mostrando dificultades y problemas de diversa índole y también dificultades del control de la micción.

La teoría del déficit de aprendizaje plantea analizar cuál es el actual nivel de adquisición respecto del control de la micción, identificar los elementos, específicos de cada caso, que pueden dificultar el aprendizaje y el control estable de la micción y plantear un procedimiento que permita el aprendizaje de la manera más rápida y estable, utilizando cuales quiera de las técnicas de aprendizaje, especialmente las basadas en el condicionamiento de la conducta de despertar e ir al inodoro.

Causas de la Enuresis

Según López, (2011), la causa de la enuresis nocturna no está totalmente aclarada hasta la fecha, sin embargo, se considera que es un problema multifactorial y considera en su estudio:

Problemas fisiológicos. Actualmente se sabe que la hormona antidiurética, una sustancia generada en la base del cerebro, es la responsable, si la cantidad y calidad de secreción son constantes e iguales, de que el riñón filtre la misma cantidad de orina tanto en la vigilia como durante el sueño.

Se ha probado también que, después de los tres años, la secreción de esta hormona se ajusta a un ciclo circadiano reduciendo sus valores durante la vigilia y aumentándolos durante el sueño. Si la hormona antidiurética mantiene durante el sueño los mismos valores de la vigilia, la vejiga se llena al mismo ritmo que lo hace durante el día. Cuando se llena lo suficiente, tiende a contraerse y si se está dormido, el escape de orina es difícil de ser

controlado a tiempo. En muy pocos casos la enuresis está asociada a enfermedades físicas como:

Una vejiga con capacidad funcional disminuida o musculatura débil. Asimismo, se puede deber a falta de maduración del sistema nervioso central. También puede relacionarse a la hormona antidiurética, la que controla la eliminación de agua de los riñones durante la noche. El mal funcionamiento de ésta, provoca que se sobrepase la capacidad de la vejiga del niño cuando está durmiendo. El niño puede padecer un ciclo de sueño muy profundo, el que impide percibir el deseo de orinar.

Problemas psicológicos y emocionales. La enuresis puede tener un sin número de causas emocionales. Sin embargo se relaciona con sucesos que provocan tensión en distintas situaciones. Cuando un niño pequeño comienza otra vez a orinarse en la cama después de meses o años de no hacerlo, se sospecha que estos síntomas están causados por nuevos temores o inseguridades. Por lo general sucede después de algún evento que lo haga sentirse inseguro como: El advenimiento de un nuevo hermano, conflictos entre los padres, una madre demasiado protectora o autoritaria, presión escolar, o una relación demasiado estrecha entre madre e hijo. (p. 33-34)

Por su parte, Salazar y col, (2017), presentado por la revista Mex. de Urología, dice: La causa de enuresis nocturna puede resultar de uno o varios factores combinados en el niño. A continuación se analizan los de mayor trascendencia:

Retraso en la maduración. En la mayoría de los casos la enuresis nocturna desaparece de forma espontánea, por lo que el retraso en la maduración puede influir en su evolución. Algunos estudios han demostrado aumento en la incidencia de retraso en el lenguaje y desarrollo motor en niños con enuresis. Los episodios de enuresis se relacionan con características en el electroencefalograma (EEG) y estudios urodinámicos como: reconocimiento del llenado vesical y maduración progresiva de la estabilidad vesical, respectivamente; sin embargo, los pacientes no tienen la capacidad de suprimir la contracción vesical. Estos hallazgos demuestran que el retraso en la maduración interviene en el control vesical para la micción por las noches.

Poliuria nocturna función de la vasopresina (ADH). La sobreproducción de orina durante la noche, debido al desequilibrio homeostático, es bien establecida como causa de enuresis, pues existe liberación circadiana inadecuada de vasopresina en la hipófisis posterior al iniciar el ciclo del sueño y disminución en su secreción o respuesta. Actualmente se ha observado que en los pacientes con enuresis disminuye el ritmo circadiano de la nocturna, excreción de sodio y filtración glomerular; sin embargo este hallazgo carece de evidencia para soportar que la ADH es el único factor implicado. Hasta el momento se desconocen las razones del inadecuado ciclo circadiano y los factores que lo producen, el aumento en la reacción de tratamiento y por qué el niño es incapaz de despertarse o levantarse para la micción al manifestar estas alteraciones.

Alteraciones del sueño. Aún se discute la relación entre enuresis y anormalidades del sueño. Los padres del paciente con enuresis lo describen como un sueño excesivamente

profundo. Un estudio efectuado en un laboratorio del sueño, con 33 niños de 7 a 12 años de edad, mostró que los intentos de despertarse fueron más exitosos en el grupo de control.

Además, el sueño profundo puede influir en la enuresis de adolescentes adultos.

Factores adicionales. El antecedente familiar de enuresis representa otro factor asociado, lo que sugiere una causa genética. Estudios adicionales demuestran que el estrés y los problemas de conducta y emocionales se relacionan con enuresis.

Amador, González y Jiménez (2010, cito a Toro, 1992) indicando que el grado de preocupación, atribuciones causales y nivel de tolerancia de los padres pueden formar parte de un contexto bio-psico-social que se asocia con el trastorno de la enuresis. Así como la culpabilización del niño y una escasa tolerancia a sus manifestaciones podía significar la existencia de unas relaciones personales conflictivas o estresantes. Y al mismo tiempo expuso que dado que en la adquisición del control esfinteriano se implican fenómenos de aprendizaje, resulta lógico que el reforzamiento positivo y el castigo, contingentes a un comportamiento dado suelen facilitar el incremento o la disminución de su frecuencia. (p. 6)

Por otro lado, el influjo de un mal aprendizaje también se deja notar en la presencia de estresores. Valdés y De Flores (citado por Toro, 1992) explican que el estrés es un fenómeno que altera todo el funcionamiento del organismo. Pudiendo predisponer, precipitar y/o mantener diversas patologías. Asimismo, Bragado (citado por Caballo y Simón, 2002) coincide al establecer una relación existente entre los estados de estrés situacional y las funciones de eliminación a nivel individual.

Efectos de la Enuresis

Collins, (2000, citado por López, 2011) indica que un deficiente manejo del problema puede provocar en el niño consecuencias de autoestima y adaptación social a futuro. Si es bien tratada, no tendría que tener una influencia negativa. Son:

Timidez. Rodríguez, (2001), establece que la timidez es, la limitación o defecto del carácter que impide el desarrollo armónico del yo y que en las personas que la padecen se manifiesta por una inseguridad ante los demás, una torpeza o incapacidad para afrontar y resolver las relaciones sociales.

Se menciona la timidez como la perturbación afectiva que se refleja a la presencia de los demás como un mecanismo de defensa del yo. Sus orígenes son complejos; puede provenir de una actitud hereditaria, pero en la mayor parte de los casos es la consecuencia de un defecto de socialización debido a un medio insuficiente o excesivamente protector. Pese a que la timidez y el complejo o sentimiento de inferioridad suelen aparecer asociados, se trata de fenómenos independientes, aunque ambos surgen por las mismas causas. La timidez se manifiesta en todos los campos de la actividad: física, intelectual y sentimental.

Sentimiento de inferioridad. La enciclopedia encarta, (2004), enfatiza que el sentimiento de inferioridad, es una vivencia profunda de una insuficiencia psíquica o física en el individuo frente a los demás. El sentimiento de inferioridad nace en la infancia debido a las condiciones de dependencia en las que se desarrolla el niño. Su dependencia material y afectiva le crea una situación de inferioridad en relación con los padres, que a veces puede llegar a anularlo. Este

sentimiento se confirma cuando los padres exigen al niño actuaciones más allá de sus posibilidades.

Sentimiento de culpa y vergüenza. En muchas ocasiones, los sentimientos de culpa tienen que ver con la historia de la familia y de la relación que se da en el seno de la familia. Sentimientos, actitudes y comportamientos ocurridos en el pasado con la persona que actualmente está pasando hacen hacer surgir sentimientos de remordimiento y culpa.

Aceptar los sentimientos de culpa como normales y pensar que son comprensibles. Los cuidadores que reconocen que es normal tener pensamientos o emociones negativas hacia la situación en la que se encuentran y hacia su familiar son, precisamente, los que no se sienten culpables por ello. Al reconocer y aceptar estos sentimientos negativos les resulta más fácil expresarlos. De esta forma, no contienen o reprimen las emociones por sistema, sino que, saludablemente, las expresan y las comparten con amigos y familiares.

Disminución de la autoestima. Aguirrezabal, (1995), define a la autoestima como; aceptación incondicional de sí mismo, sin juicio destructivo alguno.

Es una forma de pensar, sentir y actuar, la reputación que se tiene de sí mismo, es importante que en el niño se cultive esta capacidad pues es la base del desarrollo humano, clave del éxito personal. Cuando existe deficiencia de ella o baja autoestima se dice que en la persona no se está supliendo necesidades de afecto, estas se suplen de manera verbal y no verbal.

Problemas de adaptación. Wille, (1996), indica que la salida involuntaria y repetida de orina en la noche todos los días o con cierta regularidad le origina un problema importante de relación con la familia que piensa que moja a propósito la ropa de cama y frecuentemente, que es rebelde y desobediente, creando entonces muchas veces problemas de adaptación en los niños que la padecen.

La adaptación de un niño de 2 a 3 años a una escuela dependerá más de la actitud del personal docente y de los cuidadores que del niño. El niño no sabe a que va a la escuela, pero el personal de la escuela debe estar preparado para recibir al niño. Además, este trabajo de preparación deberá ser compartido con los padres del niño. (p.35-37)

Actitudes de padres y maestros ante los problemas de enuresis

Wille, (1996, citado por López, 2011), indica que se hacen algunas consideraciones básicas a la presencia de enuresis y las actitudes que padres de familia y maestros de escuela presentan ante un caso. La mayoría de los padres de familia no lo comentan, independientemente de lo común que sea esta, muchos no están dispuestos a hablar de ello. Algunos se culpan y piensan que han fallado en su función de padres, mientras que otros culpan al hijo o hija por lo que creen es un problema de conducta y muchas familias tratan el problema de la enuresis como un problema privado, un secreto que debe ser mantenido dentro de la familia. (p.37)

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Al final del programa, en la última semana de tratamiento, la niña habrá disminuido la conducta enurética nocturna en un 90%.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Ofrecer psicoeducación a la madre y a la niña sobre la enuresis, causas y consecuencias e informar sobre el tratamiento y los registros.
- b. Motivar e instruir para aliviar la culpa y disminuir situaciones estresantes promoviendo hábitos y horarios adecuados para dormir.
- c. Aplicar la técnica de entrenamiento en cama seca con el uso del despertar escalonado, el entrenamiento en retención, en limpieza y la práctica positiva para eliminar la enuresis.
- d. Conseguir que la niña haga uso del baño sola, por las noches, aplicando la técnica de exposición gradual, entrenamiento en autoinstrucciones, ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Partiendo de la experiencia acumulada en la práctica clínica es muy frecuente encontrar el trastorno de enuresis tanto primaria como secundaria, generadora de otros problemas ya de compromiso emocional en el paciente que lo padece como es la ansiedad, la timidez, la baja autoestima y problemas en sus relaciones familiares. No obstante, muchos casos pueden tener sus raíces en la propia familia, donde viven un ambiente tenso e incluso hostil o también una

deficiente comunicación entre sus miembros. Por eso ya habiéndose descartado un compromiso orgánico son múltiples los factores psicológicos y emocionales que pueden ser la causa de este problema. De ahí que integrando los avances científicos de la psicología y las demandas procedentes de nuestra comunidad es justificable nuestro interés de abordar a profundidad el tema de enuresis, no solo por las consecuencias que genera este problema y la importancia que tiene debido a la frecuencia de casos, sino también porque en nuestro medio, es un tema poco estudiado, son escasas las investigaciones al respecto; más difícil fue encontrar un antecedente de este tema con abordaje cognitivo conductual o de modificación de conducta realizado en nuestro país. Por lo tanto, vista la necesidad y nuevos retos que nos plantea la actualidad para este problema, se considera pertinente realizar este estudio que permita aportar información y soluciones basados en el enfoque cognitivo conductual.

1.5. IMPACTOS ESPERADOS DEL PROYECTO

El estudio de este caso, será un referente de trabajo terapéutico, con abordaje cognitivo conductual que aportará el análisis de un caso de enuresis a profundidad, donde se conocerá las causas, características personales de la evaluada y el ambiente familiar en el que se desarrolla; pero sobre todo, al mostrará el impacto de la intervención con técnicas del enfoque cognitivo conductual, se convierte en una contribución de estudio para la psicología, para la persona, para la familia y la comunidad en general.

II. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es el tipo de investigación aplicada (Kerlinger, 1975), Diseño, según Hernández, Fernández y Baptista, (2015) es un diseño de estudio de caso único; ellos subrayan la profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En efecto la muestra no probabilística, muy utilizadas en las investigaciones en psicología, no apunta a generalizar sus resultados a una población mayor, tampoco a extrapolarlos (transferencia de resultados). Lo que interesa es conocer a profundidad un caso. También apunta a describir lo típico de un caso (caso tipo) a quienes no están familiarizados con el caso o con el tema en cuestión.

2.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

PRUEBAS APLICADAS

• Técnicas utilizadas:

- Entrevista.
- Observación.
- Evaluación psicológica.

• Pruebas aplicadas:

- Autorregistro de la conducta enurética: Frecuencia de episodios durante la noche.
- Registro de conducta enurética (antecedente – consecuencia).
- Formato de Criterios diagnósticos del trastorno Enuresis no orgánica, según el CIE 10.

Informe de cada uno de los instrumentos aplicados

Evaluación del caso

La evaluación se inició con una entrevista a la madre, para indagar diferentes aspectos: análisis de la conducta enurética y otras conductas implicadas en la adquisición del control de esfínteres, historia familiar de enuresis, frecuencia y momento de ocurrencia, entorno familiar y actitudes frente a la enuresis, tratamientos anteriores y métodos empleados para manejar el problema, condiciones de hábitat y factores motivacionales. A la madre se le solicitó información sobre el desarrollo evolutivo de Noemí donde no se encontró datos de interés o antecedentes que condujeran a sospechar acerca de la presencia de problemas de orden físico; además estuvo en tratamiento médico por su enuresis y después de exámenes correspondiente le derivó al área de psicología. También presentó evaluación psicológica del colegio con CI de nivel Promedio.

Por su parte, la entrevista con Noemí se centró en averiguar su actitud, preocupación y conocimiento acerca de su problema, así como el grado de motivación para afrontar el tratamiento. También se solicitó a la madre que durante dos semanas anotase en los registros, la conducta enurética nocturna, la frecuencia de episodios en una noche, la hora aproximada de mojar la cama, si se despertó la niña al miccionar y tamaño de la mancha a fin de obtener la línea base (véase tabla 3 y 4).

Tabla 3

Autorregistro de la conducta enurética: Frecuencia de episodios durante la noche- Semana 1

DÍA	HORA de micción	DESPERTÓ al orinarse	TAMAÑO de mancha	Nº de veces por noche
LUNES	3 am.	No	M	01
MARTES	4 am.	No	M	01
MIERCOLES	4 am.	No	M	01
JUEVES	3 am.	No	M	02
	5 am.	Si	P	
VIERNES	4 am.	No	M	01
SABADO	4 am.	No	M	01
DOMINGO	4 AM.	No	M	01

Tabla 4

Autorregistro de la conducta enurética: Frecuencia de episodios durante la noche- Semana 2

DÍA	HORA de micción	DESPERTÓ al orinarse	TAMAÑO de mancha	N° de veces por noche
LUNES	4 am.	No	M	01
MARTES	4 am.	No	M	01
MIERCOLES	4 am.	No	M	01
JUEVES	3 am.	No	M	01
VIERNES	4 am.	No	M	01
SABADO	4 am.	No	M	01
DOMINGO	4 AM.	No	M	01

Tabla 5

Criterios diagnósticos del trastorno Enuresis no orgánica, según el CIE 10.

Criterios diagnósticos	Conducta del niño	CUMPLE:
1. Emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o durante la noche.	Noemí tiene emisiones involuntarias durante la noche.	Si
2. No es consecuencia de una falta de control vesical debido a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario.	Noemí fue evaluada y se le realizó exámenes médicos que descartaban algún compromiso orgánico en su enuresis, incluso el urólogo, aconsejo se le lleve a consulta psicológica.	Si
3. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado.	Noemí tuvo control vesical por un período de 1 año, 9 meses. Sin embargo, reincide en orinarse por las noches en la cama antes de cumplir los 8 años.	Si
4. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio.	Noemí muestra una conducta evitativa y de miedos para ingresar al baño sola por las Noches, piensa que Chucky aparecerá.	Si
5. No debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o con una edad mental inferior a cuatro años.	Noemí tiene 8 años de edad y un CI de Normal Promedio.	Si
6. La conducta es clínicamente significativa manifestada por su frecuencia de 2 veces a la semana durante por lo menos tres meses consecutivos.	Noemí tiene emisiones involuntarias nocturnas todas las noches (todos los días de la semana). Y hace más de 8 meses.	Si

Tabla 6

Registro de eventos antecedentes y consecuentes a la conducta enurética.

Fecha	Que sucede antes (Ed)	Conductas del niño (C)	Consecuencia (Er)
29/10/18	-Se va a dormir después de tomar 3 veces agua. -Se acuesta a dormir pasadas las 12 de la noche. -Evita ir al baño por miedo. -Se acuesta a dormir con ganas de miccionar.	-Se orina dormida en la cama por la noche. -Se orina dormida en la cama por la noche.	-Madre le da manazos. -Jaloneos y gritos. -Amenazas de pegarle, o de hacerla dormir en el corral. -Madre le lava la ropa que orinó.
03/11/18	-Se va a dormir recordando películas y conversaciones de terror. -Evita ir al baño por miedo. -Taquicardias -Temblores -Sudoración.	-Miedo (8).	Madre le da manazos y gritos. -Madre le lava la ropa que orinó.
05/11/18	Escucho en aula conversaciones de terror. -Pensó “Me saldrá Chucky en el baño”.	-Evito ir al baño del colegio. -Miedo (8).	-Alivio por no escuchar la conversación. -Alivio temporal por no ir al baño.
09/11/18	-Padres discuten. -Piensa “otra vez mi papá romperá las lunas”	-Miedo (7). -Angustia. -Se orina en la cama por la noche.	Padre la tranquilizó, diciéndole “no te preocupes hijita, no vamos a pelear”. -Madre la grita y le pega.
10/11/18	-Ladra su perro en la noche.	-Se orina en la cama por la noche.	-Madre la levanta a gritos, amenazas y le da manazos

-Miedo.	- Miedo (9).	-Madre le lava la ropa que orinó.
- Piensa: “Creo que mi perro ha visto a la monja sin cabeza en mi casa”	-	

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADO

I.- DATOS GENERALES:

- **Nombre y Apellidos** : Noemí R. S.
- **Sexo** : Femenino
- **Lugar y fecha de Nac** : Piura - 07/02/10.
- **Edad** : 8 años 10 meses.
- **N° Hermanos** : 2/2.
- **Persona responsable:** La madre.
- **Grado de Instrucción** : 3er Grado de primaria.
- **Dirección Actual** : Piura.
- **Fecha de Evaluación** : 26/11/18.
- **Examinador** : Lucila Correa Morocho.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Noemí llega a consulta con su madre, la que refiere “Mi hija ya va a cumplir nueve años y todavía se orina en la cama por las noches; ya tiene un año así, a pesar de que la lleve al doctor, nada mejora”.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Formato de Criterios diagnósticos del trastorno Enuresis no orgánica, según el CIE 10.
- Autorregistro de la conducta enurética: Frecuencia de episodios durante la noche.
- Registro de conducta enurética (antecedente y consecuente).

IV. OBSERVACIONES

La evaluada es de contextura gruesa con un peso de 38 kilos, cara ovalada, tez trigueña, ojos, nariz y boca pequeños, cabello negro y largo. Presenta arreglo y aseo personal conservados, físicamente aparenta una edad acorde a la que le corresponde cronológicamente. Lenguaje con prosodia adecuada, con ideas coherentes y de pronunciación correcta. Durante el examen, evidenció inicialmente inseguridad, vergüenza frotando sus manos o presionando sus dedos; en el desarrollo de la evaluación se fue mostrando cada vez más segura, iniciando conversación, hablando con elocuencia, moviendo las manos coherentemente con lo que decía. Fue colaboradora, aportando más datos incluso no solicitados y estuvo asequible y motivada a las tareas de la sesión. Muestra adecuado nivel de conciencia y percibe objetivamente su entorno, encontrándose orientada en tiempo, espacio y persona.

V. RESUMEN

Noemí con un desempeño intelectual promedio, según informe psicológico de su institución educativa, con ocho años de edad y habiendo descartado, mediante exámenes

médicos una enuresis orgánica; sí, confirma los criterios diagnósticos del CIE 10 para el trastorno de enuresis no orgánica; tal es así que presenta emisiones involuntarias durante la noche, a pesar de que ya ha tenido control vesical por un período de un año nueve meses, lo que confirma una enuresis secundaria; que sobrepasa la frecuencia de 2 veces a la semana durante por lo menos tres meses consecutivos, ya que la evaluada tiene emisiones nocturnas diarias y hace un año de manera consecutiva. Como lo indica su línea base, que registró no solo episodios enuréticos diarios, sino que en su mayoría era una vez por noche; además determinó que la mancha fue mediana, a excepción del primer jueves de registro, que se orinó 2 veces y la mancha fue más grande.

Realizando un análisis de la conducta problema, se encontró que antecede a la enuresis hábitos inadecuados antes de irse a dormir, como acostarse a las 12 de la noche después de tomar agua más de tres veces, internamente siente ansiedad por los pensamientos en que “Chucky estará en el baño”; lo que explica que evite ir al baño sola por las noches e irse a dormir con la vejiga llena y ya dormida se relaje el esfínter vesical y miccione en la cama por la noche; sintiendo emocionalmente ansiedad. Teniendo como consecuente los gritos, manazos y amenazas de la madre, que le hacen sentir más miedo.

Los miedo y evitación para ir al baño se dan por los recuerdos constantes de las películas y conversaciones de terror, cree que Chucky estará en el baño ya sea del colegio o de casa; además cuando por las noches ladra su perro, piensa que éste ha visto a la monja sin cabeza; todo esto origina en ella, miedos, taquicardias, sudoración, preocupación y miedo,

evitando ingresar al baño sola por las noches. Y como consecuencia siente alivio temporal de la ansiedad.

Tras la evaluación del caso de Noemí, no se observa ninguna consecuencia que afecte al ámbito escolar ya que reporta buenas notas y participación en el aula; tampoco le afecta en lo social, relacionándose adecuadamente con sus amigas del barrio, no obstante, en el entorno familiar se ve afectada, sintiendo miedo por las agresiones verbales y físicas de la madre que no comprende el problema y la vergüenza que le produce la enuresis.

V. CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico clínico (CIE 10): (F98.0) Enuresis no orgánica.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda un programa cognitivo conductual para la enuresis nocturna secundaria en la niña.
- Establecer y supervisar nuevos hábitos y horarios para dormir.

2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento que se eligió para tratar la enuresis nocturna de Noemí fue la terapia cognitivo conductual.

2.3.1. Fase de Línea Base:

Después de dos semanas de registro, la línea base estableció una frecuencia diaria de episodios enuréticos, que en su mayoría era una vez por noche y tampoco despierta cuando se está orinando; siempre la mancha fue mediana a excepción del primer jueves que se orinó 2 veces y la mancha fue grande; llegándose a establecer la hora aproximada de micción a las 3 am.

2.3.2. Procedimiento:

Para el objetivo específico **a**: Ofrecer psicoeducación a la madre y a la niña sobre la enuresis, causas y consecuencias e informar sobre el tratamiento y los registros.

Sesión 1: 10/12/18

Se informa acerca de la enuresis, sus causas, los diferentes motivos que pueden desencadenarla y/o mantenerla, así como las consecuencias que puede tener la misma sobre la niña, en su autoestima, la culpa, etc. Explicándole a la niña y a su madre, el funcionamiento del riñón y la vejiga, así como los mecanismos básicos por los que se produce la enuresis nocturna; hablar sobre las principales características psicofisiológicas de la micción y el motivo de su trastorno utilizando el apoyo visual de un dibujo de la vejiga y con un lenguaje sencillo y adecuado para la madre y para la niña de 8 años de edad. Además, se explica el tipo

de tratamiento que iba a recibir, así como las ventajas e inconvenientes que podía tener, luego de la explicación se firma el contrato donde reconoce estar informada, aceptar y trabajar las tareas propuestas. Se resolvió todas las preguntas y dudas manifiestas, diciéndole a la madre que ella será la coterapeuta, pieza fundamental en el trabajo de las contingencias y el proceso del tratamiento; que sus registros diarios serán muy importantes para notar el grado de avance del tratamiento. Así mismo se motivó a la niña a adoptar un papel activo en la intervención, haciendo especial hincapié en la importancia de cumplir sus responsabilidades pactadas.

Para el objetivo específico **b**: Motivar e instruir para aliviar la culpa y disminuir situaciones estresantes promoviendo hábitos y horarios adecuados para dormir.

Sesión 2: 17/12/18

Se trabajó la motivación para aliviar la culpa y vergüenza, haciéndole saber que ella no tiene ninguna culpa de la situación, sino que existen estresores que interfieren en el aprendizaje del control vesical o provocan problemas emocionales como la ansiedad que afectan un desempeño eficaz en la eliminación; por ello, se acordó con la madre, disminuir las situaciones estresantes evitando comentarios de carácter negativo y eliminando los gritos, amenazas, jalones y manazos que refuerzan sus temores y mantienen la enuresis; Se le entrenó en el manejo de contingencias, respecto a la actitud de adultos frente a la enuresis. También se analizó la poca supervisión que tenían los menores cuando mamá se iba a dormir temprano y se acordó, que cenarían a las 8 pm. que a partir de ahí Noemí ya no tomaría líquidos, excepto cuando se haga entrenamiento de retención. Además, que se acostarían a dormir todos, a las 10 de la noche,

supervisando así la madre los programas televisivos que veían sus menores hijos. Fue necesario reforzar la idea de que esto, se solucionará.

Para el objetivo específico c: Explicar y aplicar la técnica de entrenamiento en cama seca con el uso del despertar escalonado, el entrenamiento en retención, en limpieza y la práctica positiva para eliminar la enuresis.

Sesión 3: 01/01/19

Se explica la técnica de entrenamiento en cama seca (ECS), se le dice que según Amador, González y Jiménez (2010, P. 10) los componentes del entrenamiento en cama seca son los siguientes:

1. Uso del aparato de alarma (no usado en este caso)
2. Despertar escalonado (mediante el uso de un despertador)
3. Ingesta de líquidos la 1ª noche del entrenamiento para que la práctica sea intensiva (*sobre aprendizaje*).
4. *Entrenamiento en retención*: a diferencia del método de Kimmel, se realiza durante 1 noche completa (la 1ª noche: Noemí y su madre)
5. Ejercicios de limpieza (*entrenamiento en limpieza*) que consiste en que en este caso la niña debe cambiar las sábanas que orinó y dejar la cama arreglada; que lave su pijama y deposite las sábanas en el cesto de ropa sucia, ya con otro pijama, se acueste nuevamente. Y la *práctica positiva*: que la niña se dirija al baño, contando en voz baja hasta 50, se siente en la taza para orinar (puede que no orine) y se vuelva a la cama (ambas se aplican cuando la niña se ha orinado y como ensayo).

6. Consecuencias positivas por tener la cama seca: *atención social* (“¡Qué bien hija!, lo has logrado, me siento orgullosa de ti; abrazos y besos).

Fase 1: Entrenamiento intensivo:

- Se le motiva a la niña antes de ir a dormir de no mojar la cama y como ya se le explicó en este caso no se usará el método de alarma pipi stop, pero sí un despertador del que se encargará su progenitora para despertarla en los momentos que requiere la técnica. La niña bebe 1 vasos de su bebida favorita y se acuesta. Se le hace 10 ensayos de la práctica positiva, que repita las instrucciones (del punto 5) dirá 10 veces “si me orino en la cama, me levanto, voy al baño contando en voz baja hasta 50, me siento en el wáter y termino de orinar; vuelvo a la cama, para sacar las sábanas mojadas y ponerla en el cesto de ropa sucia y tiendo una seca en la cama; luego me cambio de pijama, con guantes lavo la pijama orinada, la tiendo y me acuesto a dormir” (le lleva 2 minutos y medio, las 10 repeticiones). Ambas tareas tanto las de limpieza como las de ir al baño, tiene que recordarla porque debe realizarlas cada vez que orine la cama.
- La madre por su parte ha programada su despertador para una hora después que la niña se acostó, para ir y suavemente despertarla; decirle que debe ir al baño, si no quiere mojar la cama, motivarla. Ya en el baño se le pregunta si es capaz de aguantar una hora más. Si contesta sí, se le alaba y se permite que regrese a la cama. Si dice no, se le intenta convencer de que aguante unos minutos más, alabándole por ello. Cuando la niña no quiere esperar y orina, se le alaba por hacerlo en el lugar adecuado que es el baño y se le vuelve a la cama, que la toque y compruebe si la cama está seca; pero antes toma otro vaso de líquido y se acuesta.

- Si la niña a pesar de todo se orinó en la cama, la madre la despierta verbalmente, la envía al baño para que termine de orinar, contando en voz baja hasta 50, se sienta en la taza para orinar (puede que no orine) y se vuelva a la cama; para realizar el entrenamiento en limpieza: la niña debe cambiar las sábanas que orinó y dejar la cama arreglada; que use guantes y lave su pijama; además deposite las sábanas en el cesto de ropa sucia y se vuelva a la cama.
- Luego que repita verbalmente lo que hará en la *práctica positiva*: que irá al baño, contando en voz baja hasta 50, se sienta en la taza para orinar y decir el entrenamiento en limpieza, que cambia sábana y deja la cama arreglada; que use guantes y lave su pijama; además deposite las sábanas en el cesto de ropa sucia y se vuelva a la cama. Repetir 10 ensayos de práctica positiva (ambas se aplican cuando la niña se ha orinado y como ensayo). Desde ahora en adelante en lugar de castigarla se le pide las respuestas correctas inmediatamente después de mojar la cama. Que repita las instrucciones y que recuerde lo que tiene que hacer en la práctica positiva.

Fase 2: Supervisión post- entrenamiento, esta fase se mantiene hasta que se consiga 7 noches consecutivas secas. Acá:

Se despierta a la niña escalonadamente: Primero se le despierta 3 horas después de que se haya acostado para que vaya al baño a orinar (pero ahora ya no se le hace retener). Si esa noche no se moja, al día siguiente se le despertará media hora antes, y si al día siguiente tampoco se orina, otra media hora antes, y así sucesivamente. Si la cama no está seca por la mañana, se mantiene la hora del despertar de la noche previa. Este procedimiento se continúa hasta que el tiempo de despertar coincida con una hora posterior al tiempo de acostarse la niña, y así se suspende el despertar escalonado.

Fase 3: Rutina normal, una vez superada la fase anterior, ya no se le despierta a la niña. Si moja la cama debe realizar el entrenamiento de limpieza y los ensayos de práctica positiva y antes de acostarse la noche siguiente repetirlos verbalmente 10 veces. Si la niña moja la cama dos veces en una semana, se vuelve a la fase 2 y cuando se consiguen 7 días secos se retira el tratamiento. En este caso se hizo dos semanas. Se le explicó y se le anotó para que la madre lo aplique en la noche. También se recordó las tareas anteriores ya que faltó dos semanas.

Sesión 4: 14/01/19

Para conseguir que la niña haga uso del baño sola, por las noches, aplicando la técnica de Reestructuración cognitiva de sus temores y entrenamiento en autoinstrucciones (EA). Además, se continuo con la segunda semana de entrenamiento en cama seca.

Encontrándose en el análisis funcional el pensamiento anticipatorio de que en el baño aparecerá Chucky, se le analizó las ideas de miedo con el video “el detrás de cámaras de Chucky” para desmontar una historia de terror y desde ahí cambiar ese guion que hasta ahora ha mantenido el problema, de evitar ir al baño por las noches; que distinga la fantasías de la realidad y sepa que el miedo se vence tocándolo; tal es así que se le pide que dibuje a Chucky para que pierda poder sobre ella. Toda esta reestructuración cognitiva se hizo como parte de la exposición porque en las primeras exposiciones tenía muy marcado el temor hacia Chucky.

También se trabajó la técnica cognitiva de (EA) Entrenamiento en Autoinstrucciones: para modificar el dialogo interno y afrontar el pensamiento interferente de Noemí “en el baño

me aparecerá Chucky”, como dicho pensamiento le impide ingresar al baño por las noches.

Para ello seguimos el procedimiento:

1. Definición del problema: ¿Qué tengo que hacer?, ingresar al baño a miccionar por la noche.
2. Aproximación al problema: Noemí repetirá, “Soy valiente, camino al baño sola, abro la puerta, prendo la luz, ingreso cerrando la puerta, orinó y salgo”.
3. Focalización de la atención:” Tengo que prestar atención únicamente a lo que estoy haciendo”.
4. Auto refuerzo: “Me siento satisfecha por lograrlo”, “me felicito por ser eficiente en mis metas”, “mis padres están orgullosos de mí”, “yo estoy orgullosa de mí misma”, “¡lo he logrado!”

Para el objetivo específico **d**: Conseguir que la niña haga uso del baño sola, por las noches, aplicando la técnica de exposición gradual con estrategias de afrontamiento.

Sesión 5: 21/01/19

Se explica la técnica de Exposición gradual: a la madre y a la niña: Diciéndole que es el tratamiento conductual más eficaz para hacer frente a los comportamientos de evitación característicos de la ansiedad, que en su caso es evitar ir al baño en las noches. Y que se basa en la exposición de la persona con el estímulo temido, hasta conseguir que ingrese sola al baño y hacer uso de él sin temores. Acompañaremos esta técnica con autoinstrucciones que lleva escritas a detalle. Se le dice también que, la exposición será gradual (es decir, procederá de lo más fácil a lo más difícil), que la velocidad con que se progresa se decidirá conjuntamente en función de sus circunstancias y progresos; que no se verá obligada a hacer cosas que no desee y

que las situaciones que ahora le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que vaya dominando otras situaciones menos difíciles. Asimismo, decirle que esto ayudará para salir de la enuresis. Se revisó tareas.

Tabla 7

Jerarquía de miedos para ir al baño por las noches

Situación	Ansiedad
	<i>Nivel 0-10</i>
• Acercarse y mirar desde fuera el baño.	2
• Abrir la puerta del baño.	4
• Mirara hacia adentro del baño.	5
• Pasar el umbral de la puerta del baño.	7
• Ingresar al baño con la puerta abierta.	8
• Cerrar la puerta estando dentro del baño	10

En la técnica de Exposición la madre es quien aplicó y registró el desarrollo de las tareas y los niveles de ansiedad. La práctica programada implica la exposición diaria y graduada a las situaciones temidas, iniciando por situaciones que produzcan un nivel de ansiedad bajo e ir avanzando hacia situaciones muy ansiógenas y totalmente evitadas. Siempre que sea posible, la niña debe permanecer en la situación hasta que la ansiedad decline; si en algún caso escapa de la situación, debe volver a ella tan pronto pueda, si es intensa la ansiedad, hacer 3 respiraciones abdominales, para luego retomar. Cada ítem de la jerarquía debe repetirse varias veces hasta que

esté dominado. Si resiste los miedos de 8, 9 y 10, se le va motivando y felicitando, pero se le acompaña a ingresar al baño. La niña en este caso se esforzaba más cuando la mamá le grababa las exposiciones para enviárselas a su padre. Los registros se analizaban una vez por semana en la consulta, algunas orientaciones por teléfono y se trabajó diario por tres semanas, para evitar recaídas; una semana supervisada por la madre, las otras dos sola. El autorregistro para anotar las situaciones, tenía fecha y actividad de exposición; duración; compañía (sí/no); ansiedad experimentada (0-10) (y ansiedad al final de la exposición si se sigue la perspectiva de la habituación); acciones realizadas para manejar la ansiedad (incluyendo posibles conductas defensivas) y satisfacción con la propia actuación (0-10), concluyó, que en la semana que estuvo la madre de guía, los dos primeros días, le fue imposible entrar al baño, se detuvo a realizar las 3 respiraciones abdominales y se retomaba apenas se calmaba; motivo por el que se le trabajo las ideas irracionales con un video; pero el resto de días de la semana fue resistiendo más esa situación y las semanas posteriores se le hizo más fácil miccionar y salir del baño con nivel 2 de ansiedad. Se continuó hasta completar tres semanas, hasta que adquiriera más seguridad.

Sesión 6: 28/01/19

Respiración profunda y abdominal: Junto a la técnica de exposición.

Se le dijo, esta técnica es muy fácil de aplicar y es útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas. En este caso se practicó 3 respiraciones en la mañana y 3 en la tarde, luego en la noche la usará solo si el miedo es intenso en la técnica de exposición.

- Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4, llevando el aire hacia la zona del ombligo, inflando esa área.

- Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4
- Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8
- Repite el proceso anterior

De lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que haces la respiración correctamente puedes poner la mano en el abdomen. Estarás haciendo correctamente la respiración cuando sólo se te mueva la mano del abdomen al respirar.

Sesión 7: 04/02/19

En esta sesión se ajustó la técnica de exposición con ejercicios de respiración y repetición de autoinstrucciones; además se revisó las tareas y los registros.

Sesión 8: 11/02/19

Se realizó la revisión de registros, de tareas e informar los cambios logrados. Es necesario saber que la madre en esta sesión no trajo ningún registro, señalando que ya no tenía que registrar, porque Noemí ya no se orinaba en la cama, cuando quería orinar por las noches, se levantaba sola e iba al baño. Se acostaba a las 10 de la noche y a veces antes; ya no ingería agua después de la cena. Reportó cero micciones. Se procedió a darle de alta, explicando que se le hará seguimiento para evitar recaídas.

2.3.3 Fase de Seguimiento:

Fechas de seguimiento:

El 18/02/19 se hizo una llamada a las 7 pm. habiendo pasado una semana más, donde la madre informa que toda la semana logro amanecer con la cama seca. Cero micciones y va al baño sola por las noches.

El 25/02/19 se hizo una segunda llamada a las 7.30, habiendo pasado otra semana más, donde nuevamente informa que no presento enuresis. Cero micciones. Se acordó llamar al mes.

El 25/03/19 se le hizo nuevamente una llamada a las 8 pm. informándome, que ya no se orina en la cama; que aprendió a acostarse a las 9 pm, ingiere líquidos hasta la cena; también logró ingresar por las noches sola al baño y refirió que el padre apoya mucho en su recuperación, ya no discute frente a sus hijos.

6. Mediador terapéutico

- A la madre se le otorgó el rol de coterapeuta, recalcándole la importancia en el manejo de contingencias y en el registro diario de las conductas.

III. RESULTADOS

En los siguientes cuadros se representan los resultados obtenidos en el trabajo con la niña de 8 años que padece enuresis nocturna secundaria; donde se muestran los resultados de la frecuencia tanto de línea base de 2 semanas, como los resultados semanales al aplicarle el programa de intervención cognitiva conductual, realizado en 8 sesiones de tratamiento y un mes de seguimiento.

3.1. Fase de la Línea Base

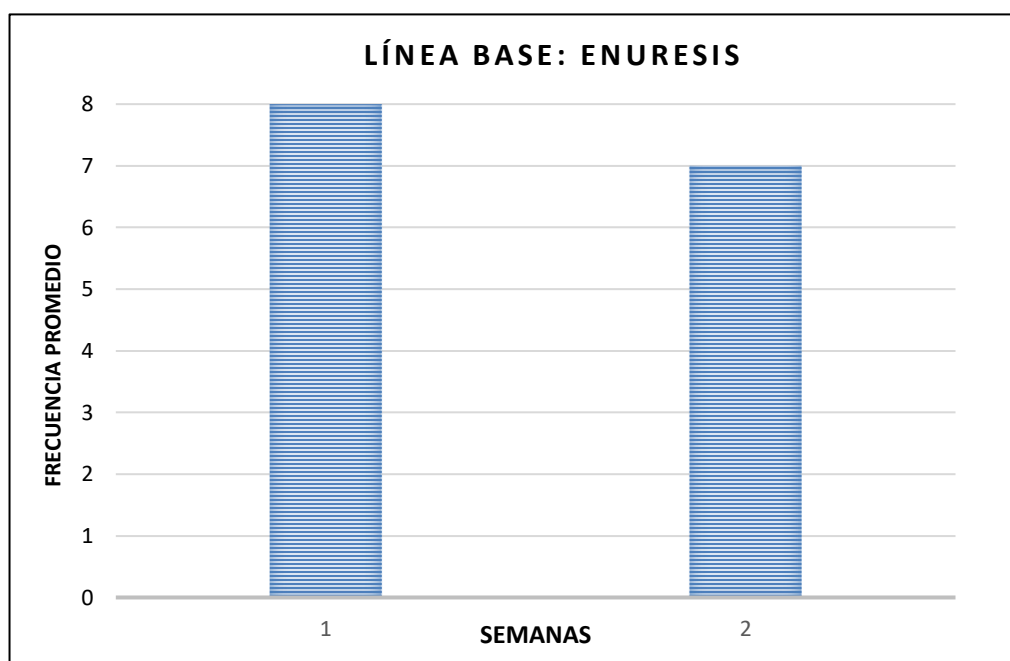


Figura 1. Frecuencia de mojar la cama durante la fase de Línea Base.

En la Figura 1 se observa que en la primera semana de registro se presentaron ocho micciones, ya que una noche el niño orinó dos veces. En la 2da semana se registró siete micciones. Es decir, la conducta enurética es diaria y en su mayoría una vez por noche.

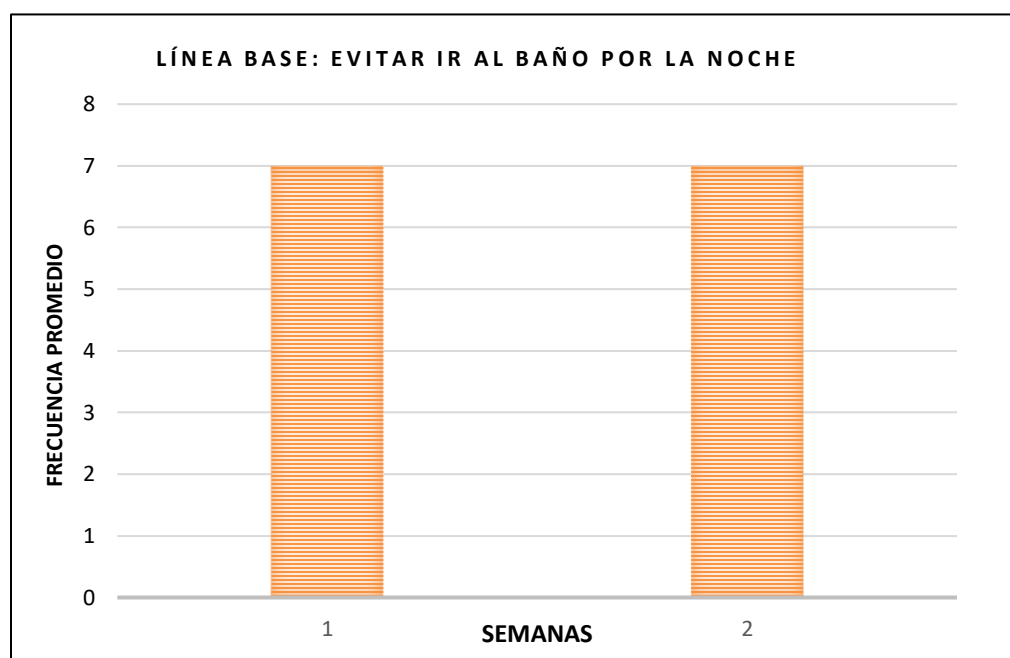


Figura 2. Frecuencia de la conducta de evitar ir al baño por la noche durante la fase de Línea Base.

La conducta de evitar ir al baño sola por las noches se presentó, durante la fase de Línea Base, de manera diaria. Por esta razón la frecuencia de esta conducta mostrada en la Figura 2 coincide con el número de días de la semana registrada.

3.2. Fase de tratamiento:

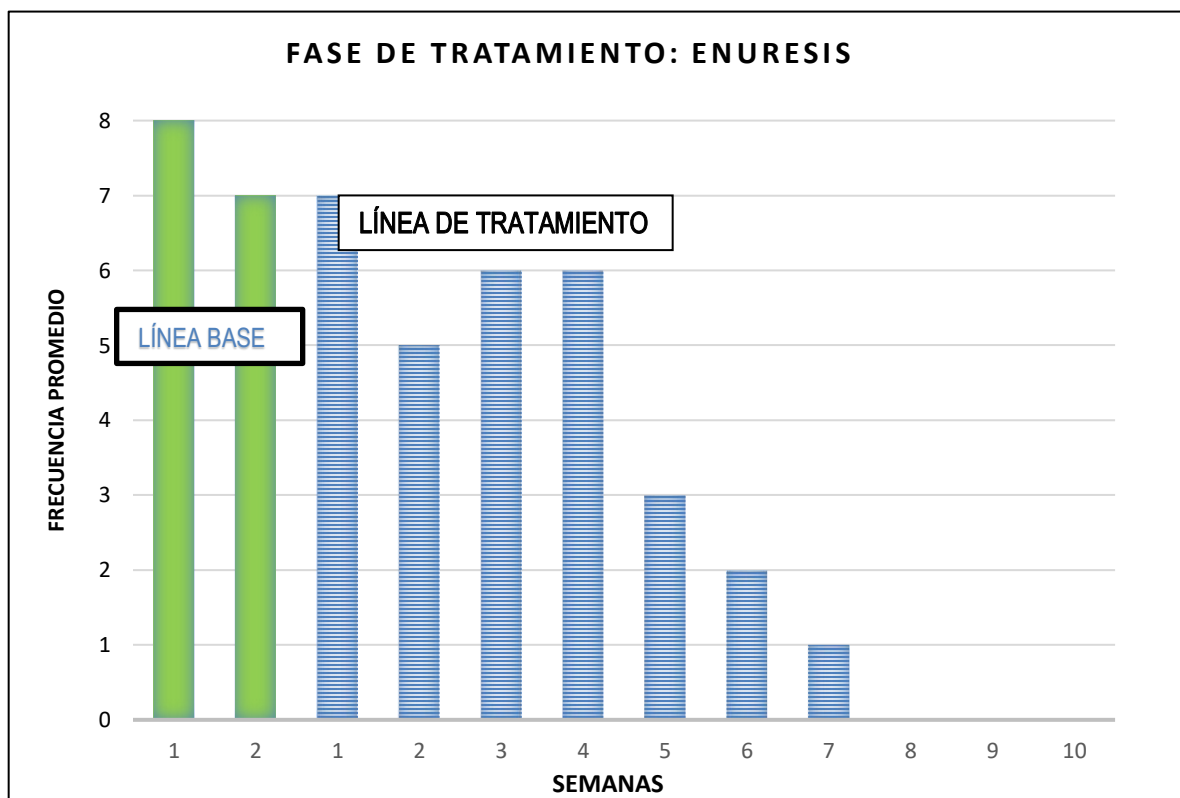


Figura 3. Frecuencia de la conducta de enuresis durante la fase de Tratamiento.

Durante la fase de tratamiento (Figura 3) se observa una disminución de la frecuencia de la conducta enurética en la segunda semana a una frecuencia de 5, para luego aumentar a 6 durante la tercera y cuarta semanas. Es a partir de la quinta y hasta la octava semana de

tratamiento que la frecuencia de dicha conducta disminuye sostenidamente hasta una frecuencia de cero, lo cual nos estaría demostrando la efectividad del tratamiento aplicado.

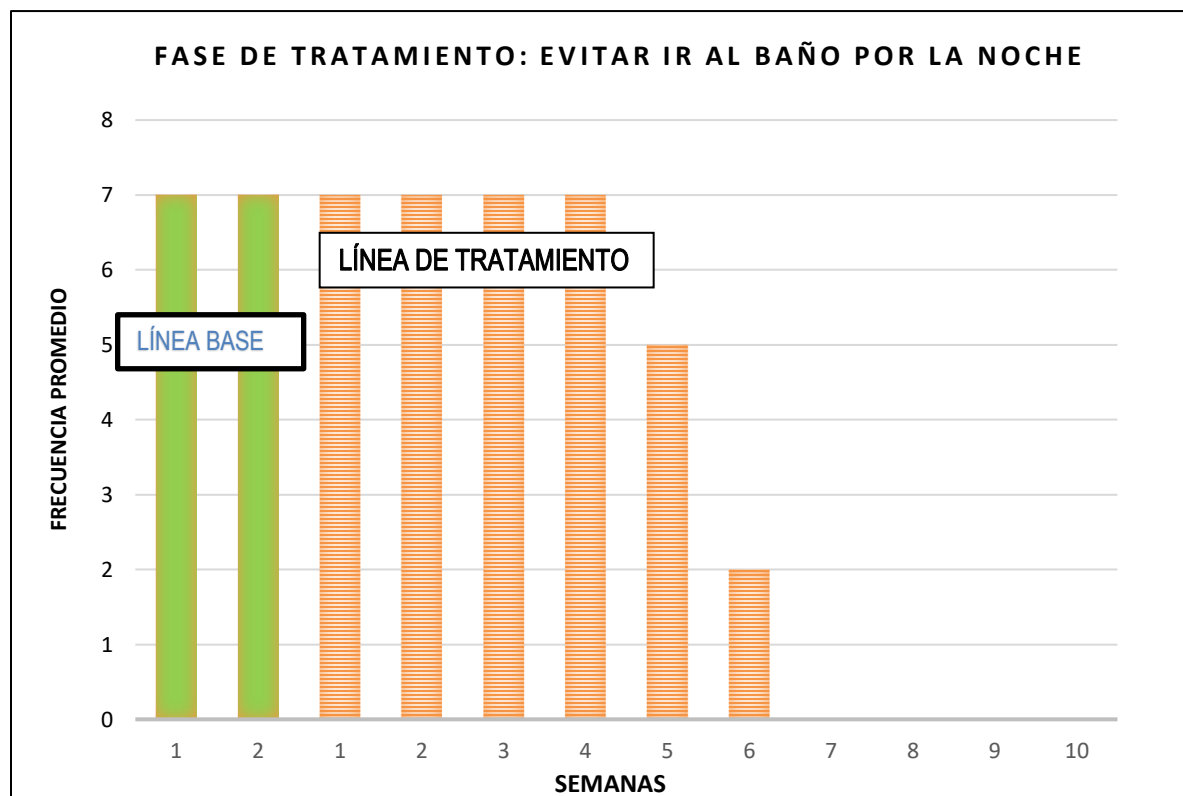


Figura 4. Frecuencia de la conducta de evitar ir al baño por la noche durante la fase de tratamiento.

Es la frecuencia semanal de las noches que evita ir al baño sola, primero se muestra su línea base (verde) de como inició su problema, es decir todas las noches evitaba ir al baño por miedo. Luego el registro por semana recibiendo el tratamiento, se reportó en la 1era, 2da, 3era, 4ta semana de tratamiento (anaranjado) 7 noches de evitar ir al baño; en la 5ta 5 noches; en la 6ta 2 noches evitó ir al baño; en la semana 7, 8, 9 y 10 reportó cero evitaciones para ingresar al baño sola por las noches. Es decir, la niña ya ingresa sola al baño por las noches.

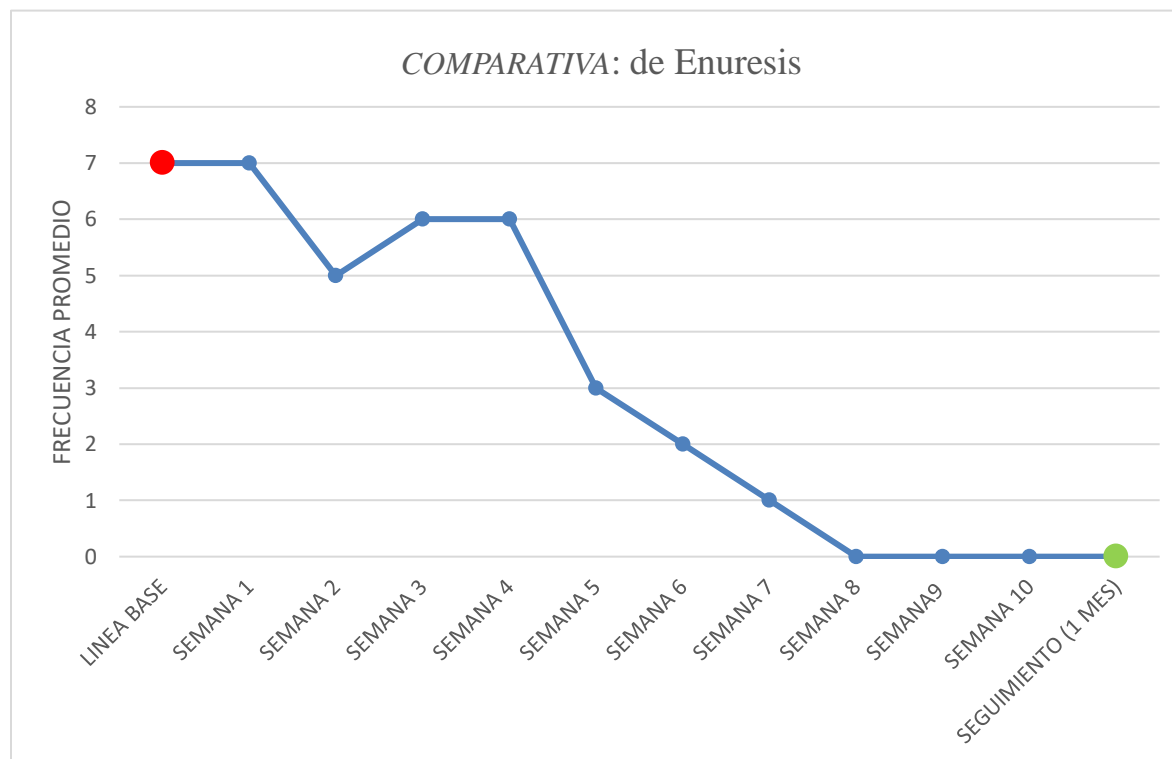


Figura 5, Registro de frecuencias promedio en fases de Línea base, Tratamiento y Seguimiento de la conducta enurética.

Observamos la línea base con 7 micciones en la semana; 1era semana de tratamiento 7 micciones; 2da semana bajo a 5 micciones; 3era y 4ta semana inasistencia a consulta por fiestas navideñas e informó 6 micciones cada semana. En la semana 5 con la técnica ECS, bajo a 3 micciones; en la semana 6 se le trabajó reestructuración cognitiva, más Autoinstrucciones y ECS, bajo a dos micciones en la semana; en la semana 7 se le trabajó exposición, más autoinstrucciones para los temores de ingresar al baño por las noches y bajo a una. Ya en la semana 8, que se continuó con la técnica de exposición, más técnicas de respiración abdominal y autoinstrucciones, no hubo micción en la cama, la semana 9 y 10 se les reviso las técnicas, no hubo micciones y se dio por terminado el tratamiento. Ha

tenido en total 8 sesiones de tratamiento, se hizo un mes de seguimiento manteniéndose la conducta libre de enuresis.

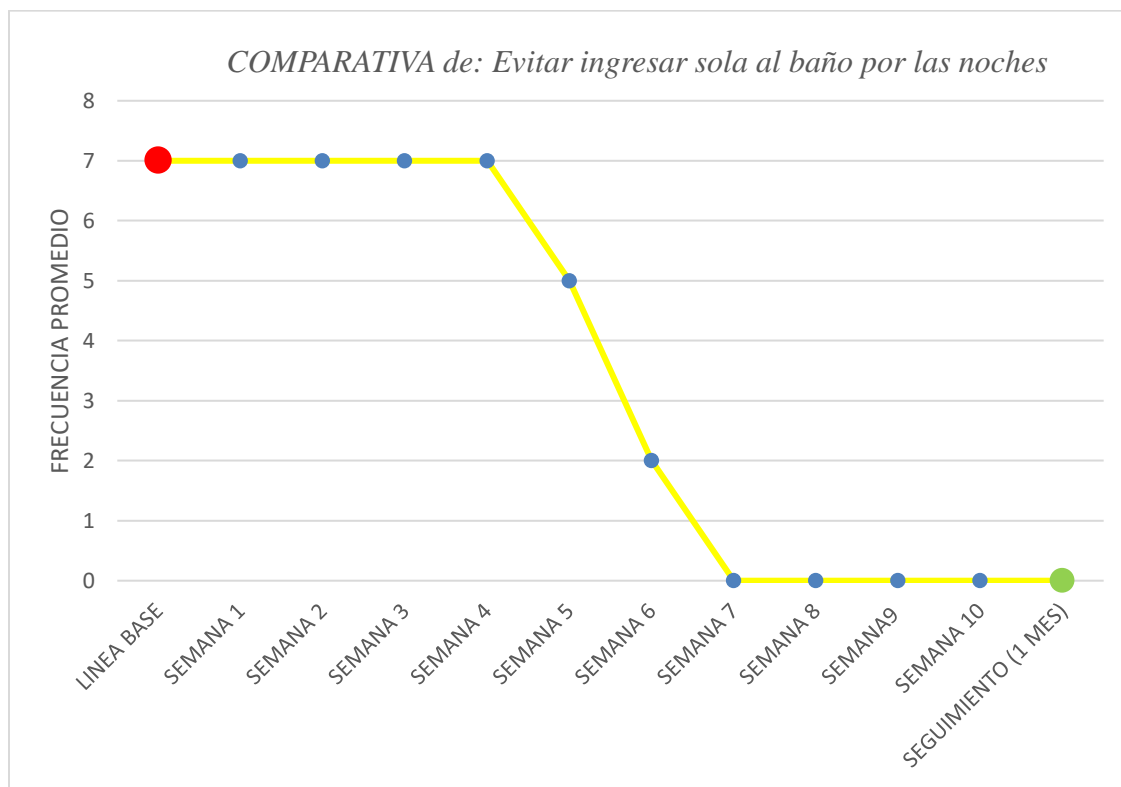


Figura 6, Registro de frecuencias promedio en fases de Línea base, Tratamiento y Seguimiento de la conducta de evitar ir al baño por las noches.

Observamos la línea base con 7 noches de evitación para ingresar al baño sola por las noches; La semana 1, 2, 3, 4, continuaba evitando ir al baño sola. En la semana 5, evitó ir al baño 5 noches. En la semana 6, se trabajó para este problema reestructuración cognitiva y autoinstrucciones e hizo 2 noches de evitación. En la semana 7, bajo a cero evitaciones con la técnica de exposición gradual, con las instrucciones de la madre. En la semana 8 se le agregó a la exposición técnicas de respiración abdominal y autoinstrucciones y continuaba en cero evitaciones, pero algo

insegura todavía, con instrucciones de la madre. En la semana 9, se revisó tareas y la conducta continuaba en cero y más segura de ingresar al baño sola, sin instrucciones de la madre. En la semana 10 ingreso al baño sola por las noches sin ningún problema, dándose por terminado el tratamiento. También registró cero evitaciones para ir al baño sola por las noches en el mes de seguimiento.

3.3. Fase de seguimiento:

Tabla 8

Reporte telefónico de la conducta enurética en la fase de seguimiento.

FECHA	HORA	MEDIO	REPORTE
18/02/19	7 pm.	Telefónico	Cero micciones
25/02/19	7.30 pm.	Telefónico	Cero micciones
25/03/19	8 pm.	Telefónico	Cero micciones

IV. CONCLUSIONES

El presente caso de enuresis secundaria nocturna en una niña de ocho años, fue tratado con éxito en un período de 8 semanas de intervención cognitivo conductual; aplicando Entrenamiento en cama seca (ECS) con sus componentes terapéuticos que consta de: el despertar escalonado, el entrenamiento en retención, en limpieza y la práctica positiva; desapareciendo completamente la conducta enurética que era diaria antes del tratamiento; se logró que Noemí y su madre conocieran y comprendieran el trastorno de enuresis y conozcan las consecuencias, la manera de reforzarla, manteniendo el problema. Aparte se consiguió aliviar la culpa de la evaluada, disminuyendo las situaciones estresantes, eliminando el castigo y se adoptaron nuevos hábitos para dormir. Fue necesario y efectivo eliminar la conducta evitativa para ingresar al baño sola por las noches a miccionar trabajando exposiciones graduales, con estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva.

Aunque en la mayoría de estudios pone énfasis en la intervención con el dispositivo de alarma; como dice Bragado en su estudio (1999): “En cuanto al tratamiento, los datos acumulados hasta el momento no dejan lugar a dudas de que el método de la alarma o ciertas variaciones del mismo es el tratamiento de elección para corregir la EN monosintomática” (Bragado, 1999; Houts et al., 1994; Moff a t, 1997; Rosa, Sánchez, Olivares y Marín, 1998). En el caso de Noemí, se confirmó lo que dice la investigación de Amador, González y Jiménez (2010) que: “El entrenamiento en cama seca (ECS) es el método de mayor eficacia en el tratamiento de la enuresis, aun sin la alarma, pues la combinación de técnicas es su principal ventaja”. Quedando comprobado en nuestro caso

que al no disponer de la alarma; optamos trabajar el ECS usando en el despertar escalonado un despertador, el entrenamiento en retención y en limpieza, junto a la práctica positiva. Y se obtuvo también eficacia en el resultado.

También se confirma, lo que dice López (2011) que la enuresis puede tener un sin número de causas emocionales. Sin embargo, se relaciona con sucesos que provocan tensión en distintas situaciones. Cuando un niño pequeño comienza otra vez a orinarse en la cama después de meses o años de no hacerlo, se sospecha que estos síntomas están causados por nuevos temores o inseguridades. (p 45)

Entendiendo esto, Noemí presentaba temores para ir al baño, ya que vivía tensionada con los recuerdos de la película de Chucky, que había visto justo en la época que empieza a mojar la cama; siendo motivo para trabajar la técnica de exposición gradual, para que pueda hacer uso del baño por las noches; incluso fue necesario usar estrategias de afrontamiento como la respiración abdominal, entrenamiento en autoinstrucciones y reestructuración cognitiva, mediante un video ya que en los primeros días de exposición le era imposible entrar al baño por las noches sola.

Amador, Gonzales y Jiménez (2010, cita a Colmenares) quien refiere en cuanto a los padres es relevante aclarar que el niño no se orina porque quiere y que, por tanto, deben actuar de forma serena y tranquila. (...). Por tal motivo, entre las primeras orientaciones que se les da a los padres se encuentra la de no desesperarse o hacer un drama de esta situación. (p. 15)

Confirmando que Colmenares tiene razón, ya que es un factor primordial la respuesta de los padres frente a la enuresis; que en el caso de Noemí al encontrarse agresiones psicológicas y físicas por su conducta enurética fue determinante el trabajo de un contrato de contingencias, motivando a los padres, a reconocer cómo sus conductas reforzaban y mantenían el problema.

Resumiendo, el programa cognitivo conductual en este caso fue eficaz aplicando ECS (Azrin, Sneed y Foxx, 1974) con sus componentes terapéuticos que consta de: el despertar escalonado, la ingestión de líquido, el entrenamiento en retención, el entrenamiento en limpieza y la práctica positiva. Además de la técnica de extinción para sus miedos.

V. RECOMENDACIONES:

Se recomienda:

- Para mantener la efectividad del tratamiento cuidar el entorno familiar de estresores que originan temores y supervisar horarios de dormir e ingesta de líquidos. En caso de recaída se recomienda reiniciar el tratamiento de ECS aplicado por el período de un mes.
- Ofrecer actividades extracurriculares como danzas y natación para reforzar su seguridad y autoestima.
- Reevaluar en 6 meses a fin de hacer el seguimiento de la evolución del problema tratado.

VI. REFERENCIAS

Amador J, Gonzales V, Jiménez I (2010, diciembre). *Modelo Cognitivo-Conductual en un caso de enuresis secundaria nocturna*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México. Consultado el 25 de octubre del 2018, en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num4/Vol13No4Art5.pdf>

Alcázar A, Olivares J y Sánchez J. (1999). *Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España*. Vol. 15, (2), 157-167. Murcia (España). Consultado el 25 de octubre del 2018, en: https://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/03v98_10enur.PDF

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado*" (DSM 5 TR). Ed. Medicina panamericana. España.

Asociación Española de psiquiatría del niño y el adolescente AEPNYA (2008). *Protocolo de Enuresis* <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/enuresis.pdf>

Bados A, G, E. (2011). *Técnicas operantes*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Consultado el 25 de noviembre del 2018 en:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

Barraca M. (2014) *Técnicas de Modificación de Conducta _ Una Guía para su puesta en práctica*. Madrid. Editorial SINTESIS.

Bragado, C. (1999) *Tratamiento de un caso de enuresis nocturna monosintomática con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva*. Clínica y Salud, volumen 10 (2), Pp 211-229. Consultado el 25 de octubre del 2018, de journals.copmadrid.org/clysa/archivos/47559.pdf.

Bragado, C. (1984, setiembre). *Modificación de conducta en la enuresis*, Revista Española de Pedagogía. Consultado en setiembre del 2019, en: https://www.researchgate.net/publication/236341211_Modificacion_de_conducta_en_la_enuresis

Caballo V. (reimpreso 2008) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España editores.

Caballo V, Salazar I, Carroble J. (2011) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Madrid. Editorial Pirámide.

Caballo, V. y Simón, M. (2007). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Editorial Pirámide.

Castro, A. Entrevista con José Antonio Castro Anguita, Psicólogo Infantil Col. n°: S-2020.

Disponible:

http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS_DE_ARTICULOS/sevilla_jose_antonio_castro_anguita_pueris_enuresis_nocturna.htm.

González, M. (2014, enero) *Intervención conductual en un caso de enuresis secundaria mixta*.

Consultado el 13 de marzo del 2019, en:

https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_05.pdf

Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.

Leyva Ayma (2015), realizó la investigación: “*Problemas de conducta y enuresis secundaria en niño por deterioro de parentalidad por problemas primarios de conyugalidad*” (Tesis para el grado de segunda especialidad en psicoterapia familiar sistémica). Universidad nacional Federico Villarreal - Perú.

López, J. (2011) “*Sociabilidad en niños de edad escolar con problemas de Enuresis*”. Tesis para el grado académico en Psicología. Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Consultado el 18 de diciembre del 2018, de:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/22/Lopez-Jessica.pdf>

Martín, G y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Pearson.

<https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Martin-G.-Pear-J.-Modificaci%C3%B3n-de-conducta-ebook.pdf>

Morales C. García M. Álvarez C. Gervás M. Pardo R. Pérez O. De la Torre M. y Santacreu M (2015) *Guía De Intervención Clínica Infantil*. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma. Madrid. Consultado en setiembre del 2019 en: [guia_infantil%20\(10\).pdf](#)

OMS, Estadísticas de España en enuresis. Consultado en noviembre del 2019, en:
<http://www.actapediátrica.com/index.php/secciones/originales/1441-la-enuresis-es-una-enfermedad-que-afecta-al-5-1-de-los-ninos-entre-6-y-14-anos-de-ellos-150-000-se-quedan-sin-diagnostico-y-tratamiento>

Olivares, J, Méndez, F., (2014). *Técnicas de Modificación de Conducta*, Madrid, España: Biblioteca Nueva

Puerta, Padilla (2011), *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. (Recibido Julio 2011 Aprobado agosto 2011). Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Consultado octubre del 2019 en:
[https://www.google.com/search?sxsrf=ACYBGNS6brV9s9QLkyxutWg6uyhpubITNg:1574044905835&q=Terapia+Cognitiva+Conductual+TCC+ComoTratamientoParaLa-3903329%2520\(3\).pdf&spell](https://www.google.com/search?sxsrf=ACYBGNS6brV9s9QLkyxutWg6uyhpubITNg:1574044905835&q=Terapia+Cognitiva+Conductual+TCC+ComoTratamientoParaLa-3903329%2520(3).pdf&spell)

Ribes, Emilio. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.

Rodríguez y Vetere. *Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad*.

(2011). 1° edición -Buenos Aires – Palermo. P. 464. Consultado el 5 de noviembre del 2019 en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>

Romero S. (2019) *Evaluación diagnóstica y plan terapéutico de niño escolar con enuresis nocturna*. Machala – Ecuador. Consultado en octubre del 2019, en:

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14549/1/ECFCS-2019-PSC-DE00030.pdf>

Ruiz, Díaz y Villalobos. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. 3° edición. Editorial Desclée

Santacreu, J. (2010). *Protocolo de actuación en la Enuresis de la UAM universidad autónoma de Madrid*. Consultado el 5 de diciembre del 2018, en:

<https://docplayer.es/1206899-Protocolo-de-actuacion-en-la-enuresis.html>

Simón, B (14 de enero – Febrero, 2019) *Evaluación y tratamiento de la enuresis nocturna*. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia García Higuera. C/ Hermosilla, 114. 1°C Madrid 28009.

<http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/Bea/Enuresis.html>

Simón, B (12 de enero – Febrero, 2019) *Diagnóstico y generalidades*. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia García Higuera. C/ Hermosilla, 114. 1ºC Madrid 28009.

Consultado en octubre del 2019 en:

<http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/Bea/Enuresis.html>

Yaocihuatl, M. (2012). *Bases Teóricas Análisis Conductual Aplicado*. ClubEnsayos. Consultado el 10/19 en: https://es.wikipedia.org/wiki/Modificaci%C3%B3n_de_conducta

VII. ANEXOS:

ANEXO 01

ENURESIS NOCTURNA

Registro para la frecuencia de micciones

Nombre: Noemí

Semana: 1 inicia Lunes 29/10 hasta el domingo 4/11/18.

DÍA	HORA APROXIMADA de la micción en la noche. (Por hora de inspección y por temperatura de orina).	SE DESPERTÓ cuando se orinaba: -SI -NO	TAMAÑO de la mancha: P-pequeña M-mediana G-grande.	Nº DE VECES que orinó en la noche.
LUNES	3 am.	NO	M	1
MARTES	4 am.	NO.	M	1
MIÉRCOLES	4 am	NO	M	1
JUEVES	3, 5 am.	NO, si	G.	2
VIERNES	4 am.	NO	M	1
SÁBADO	4 am.	NO.	M	1
DOMINGO	4 am.	NO.	M.	1.

ANEXO 02

ENURESIS NOCTURNA

Registro para la frecuencia de micciones

Nombre: Noemí

Semana: 2 inicia Lunes 5 hasta el domingo 11 de noviembre del 2018.

DÍA	HORA APROXIMADA de la micción en la noche. (Por hora de inspección y por temperatura de orina).	SE DESPERTÓ Cuando se orinaba: -SI -NO	TAMAÑO de la mancha: P-pequeña M-mediana G-grande.	Nº DE VECES que orinó en la noche.
LUNES	4 am.	NO	M	1
MARTES	4 am.	NO	M	1
MIÉRCOLES	4 am.	NO	M	1
JUEVES	3 am.	NO	M	1
VIERNES	4 am.	NO	M	1
SÁBADO	4 am.	NO	M	1
DOMINGO	4 am.	NO	M	1

ANEXO 03

Registro de conducta: antecedente y consecuente

Fecha	Que sucede antes (Ed)	Conductas del niño (C)	Que hacen los adultos (Er)
29/10/18	- Se va a dormir después de tomar 3 veces agua. - Evita ir al baño por miedo. - Sin orinar.	- Se orina dormida en la cama por la noche.	- madre le da manazos - jalameos y gritos - Amamegos de pegar le o de hu cara dormir en el Corral - madre lava ropa que orinó
03/11/18	- Se va a dormir recordando películas de terror. - Evita ir al baño por miedo. - Taqui cardiaco, temblor sudoración	- Se orina dormida en la cama por la noche. - Miedo (8).	- madre le da manazos y gritos. - madre le lava la ropa que orinó.
05/11/18	- Escucha en aula conversaciones de terror. - Pone "Me saldrá chucky en el baño"	- Se retiró a su carpeta - Evita ir al baño del colegio - Miedo (8)	- Alivio por no escuchar la conversación - Alivio temporal por no ir al baño
09/11/18	- Padres discuten. - Piensa "otra vez mi papa rompió las lunas"	- Miedo (7) - angustia	- Padre la tranquiliza diciéndole "no te preocupes hijito, no vamos a pelear"
10/11/18	- ladra por perro en la noche - Miedo - Piensa: "Oro que mi perro ha visto a la monja sin cabeza en mi casa"	- Se orina en la cama por la noche - Miedo (9) - "me van a pegar"	- madre la levanta a gritos, amamegos y le da manazos. - madre le lava la ropa que orinó

ANEXO 04

Registro para Línea base de su evitación para ingresar al baño

Semana: 1 inicia el lunes 29/10 hasta el domingo 04/11 del 2018.

DÍA	EVITÓ ingresar al baño sola	Ingresó al baño acompañada
LUNES	si	No
MARTES	Si	No
MIERCOLES	Si	Si
JUEVES	Si	No
VIERNES	Si	No
SABADO	Si	Si
DOMINGO	si	No

Semana: 2 inicia el lunes 05 hasta el domingo 11 de noviembre del 2018.

DÍA	EVITÓ ingresar al baño sola por la noche	Ingresó al baño acompañada por la noche
LUNES	si	No
MARTES	Si	No
MIERCOLES	Si	Si
JUEVES	Si	No
VIERNES	Si	No
SABADO	Si	No
DOMINGO	si	No

ANEXO 05

Criterios diagnósticos del trastorno Enuresis no orgánica, según el CIE 10.

Criterios diagnósticos	Conducta del niño	Cumple: Sí / No
1. Emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o durante la noche,	Noemí tiene emisiones involuntarias durante las noches en cama.	Sí
2. No es consecuencia de una falta de control vesical debido a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario.	Ya tuvo evaluación y exámenes médicos x la enuresis; pero. no se le encontró nada; descartando algún compromiso orgánico. Incluso el urólogo le derivó a Psicología.	Sí
3. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento o bien aparecer después de un periodo de control vesical adecuado.	Noemí. tuvo control vesical nocturno por un periodo de tiempo y nos a Record. a orinarse x las noches en la cama. antes de los 8 años (7.10)	Sí
4. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio	Noemí muestra una conducta ansiosa y miedos. para ingresar al baño por las noches. sola; ya qe recuerda a Chucky. (Películas qe vio)	

<p>5. No debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o con una edad mental inferior a cuatro años.</p>	<p>Noemí ya tiene 8 años 8 meses de edad. y. según un informe ps. del colegio. mostrado. tiene un CI. Normal. Promedio.</p>	
<p>6. La conducta es clínicamente significativa manifestada por su frecuencia de 2 veces a la semana durante por lo menos tres meses consecutivos.</p>	<p>Noemí tiene cursiones nocturnas. todas las noches (toda la semana). y hace ya más de 8 meses.</p>	

ANEXO 06

CONTRATO

Contrato de autorización y de responsabilidades compartidas para la ejecución del tratamiento de enuresis, firmado entre la Sra. LUZ MARIA (madre) y su menor hija NOEMÍ (paciente), que empezará su tratamiento a partir del día 17/12/18 por un periodo de dos meses y que podrá ser revisado, renovado o renegociado con acuerdo de ambas partes.

- NOEMÍ (niña) se compromete a:

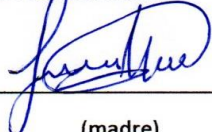
- Seguir el tratamiento, trabajando lo establecido con su madre y la Psicóloga.
- A respetar el nuevo horario de acostarse: 9 pm.
- A no tomar líquidos después de la cena, a menos que sea por el tratamiento.
- A lavar el pijama y cambiar las sábanas en caso de orinarse.
- A trabajar las técnicas ECS, EA, Exposición y ejercicios de respiración abdominal, acordadas con la madre y la psicóloga
- A trabajar las técnicas para poder ingresar al baño sola por las noches.
- A no ver películas de terror, ni tener conversaciones al respecto.

- LUZ MARIA (madre) se compromete a:

- Suspender todo tipo de castigos ya sean verbales o físico a la evaluada cuando ésta se orina en la cama.
- Evitar los estresores como discusiones de pareja frente a la niña.
- A supervisar los horarios de dormir de sus hijos y los programas de tv que ven.
- A trabajar las técnicas que involucra el tratamiento, respetando lo establecido.
- A registrar todos los sucesos y avances del tratamiento.
- A llevarla a su cita psicológica semanal y si tiene alguna duda en la semana llamar a la psicóloga.

Piura, 17 de diciembre de 2018.

Firman este contrato



(madre)



(niña)