



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA NIÑA CON ENURESIS

SECUNDARIA MIXTA

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Cashpa Carrasco, Lucerito Yael

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Vallejos Flores, Miguel Ángel

Aliaga Ponce, Carmen Rosa

Talledo Sánchez, Karim

Lima - Perú

2024

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA NIÑA CON ENURESIS SECUNDARIA MIXTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%	29%	1%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	qdoc.tips Fuente de Internet	2%
2	www.psicoterapeutas.com Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	psikipedia.com Fuente de Internet	2%
5	kipdf.com Fuente de Internet	2%
6	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	1%
8	edoc.pub Fuente de Internet	1%
9	www.ms.gba.gov.ar Fuente de Internet	



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UNA NIÑA CON ENURESIS SECUNDARIA
MIXTA

Línea de investigación:
Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad profesional en Terapia Cognitivo
Conductual

Autora:
Cashpa Carrasco, Lucerito Yael

Asesor:
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:
Vallejos Flores, Miguel Ángel
Aliaga Ponce, Carmen Rosa
Talledo Sánchez, Karim

Lima – Perú
2024

Pensamiento

“Ten claro que a la cima no llegarás superando a los demás, sino superándote a ti misma. Toda persona deja una enseñanza, toda enseñanza deja una experiencia y toda experiencia deja un aprendizaje”.

Robert Louis Stevenson

Dedicatoria

Dedico este nuevo reto a Dios por guiar cada una de mis acciones y llevarme a lograr lo que me propongo, también dedico este trabajo a mi madre y padre putativo quienes son mi gran apoyo y ayuda para que cada una de mis metas se cumplan, son el motor de mis grandes emprendimientos, motivación y quienes confían en mí y en seguir superándome sintiéndose orgullosos lo cual me genera una gran satisfacción verlos felices por mis logros. 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 los docentes de la universidad nacional Federico Villarreal porque me permitieron ampliar conocimientos sobre la especialidad que deseaba ejercer la cual hoy en día es mi herramienta principal para guiar a mis usuarios. También un agradecimiento especial a mi asesor Vicente Mendoza quien pudo aclarar mi camino para lograr culminar con éxito mi estudio de caso. A mis compañeros y compañeras con quienes hemos compartido horas, desvelos, experiencias personales y profesionales, nutriéndome con nuevos aprendizajes. Y en especial agradezco a la familia de la usuaria quienes estuvieron motivadas en todo momento de poder realizar las tareas asignadas y así lograr los resultados obtenidos.

Índice

Resumen.....	IX
ABSTRACT.....	XI
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes nacionales	15
1.2.2 Antecedentes del estudio internacionales	17
1.2.3 Fundamentación teórica	22
1.3 Objetivos	36
1.3.1 Objetivo general.....	36
1.3.2 Objetivos específicos.....	36
1.4 Justificación.....	37
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	38
II. METODOLOGÍA	39
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	39
2.2 Ámbito temporal y especial del estudio del caso	40
2.3 Variables de investigación	40
2.3.1 Variable independiente:	40

2.3.2	Variable dependiente	41
2.4	Participante.....	42
2.5	Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso.....	43
2.5.1	<i>Técnicas de evaluación</i>	43
2.5.2	<i>Instrumentos evaluación</i>	43
2.5.3	<i>Evaluación psicológica</i>	49
2.5.4	<i>Evaluación psicométrica</i>	58
2.5.5	<i>Informe psicológico integrador</i>	62
2.6	Intervención.....	72
2.6.1	<i>Plan de intervención y calendarización</i>	72
2.6.2	<i>Programa de intervención</i>	72
2.6.3	<i>Objetivos</i>	72
2.7	Procedimiento.....	73
2.8	Consideraciones éticas	90
III.	RESULTADOS.....	91
3.1	Resultados pre y post intervención.....	91
3.2	Discusión de resultados.....	95
3.3	Seguimiento.....	99
IV.	CONCLUSIONES.....	100
V.	RECOMENDACIONES.....	101

VI. REFERENCIAS	102
VII. ANEXOS.....	10

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados de cuestionario de personalidad para niños (CPQ).....	67
Tabla 2. Diagnostico tradicional.....	71
Tabla 3. Diagnostico funcional.....	73
Tabla 4. Analisis funcional.....	74
Tabla 5. Diagnostico cognitivo.....	76
Tabla 6. Linea base de conducta enurética.....	78
Tabla 7. Procedimiento.....	80
Tabla 8. Conducta enurética pre y pos tes.....	99
Tabla 9. Pensamientos línea base pre y post tes.....	100
Tabla 10. Emociones línea base pre y post test.....	102

Índice de figuras

Figura 1. Grafico de resultados cuestionario de personalidad para niños (CPQ).....	67
Figura 2. Grafico de conducta enurética línea base.....	78
Figura 3. Grafica de conducta problema orinarse.....	100
Figura 4. Grafica de pensamientos.....	101
Figura 5. Grafica de emociones.....	102

Resumen

La enuresis es la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día, la noche o ambos momentos, después de una edad en el que niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (regularmente entre los cuatro o cinco años) y no existen indicios de patología orgánica. Bragado (2009). El presente trabajo tuvo como objetivo eliminar la conducta enurética en una niña de 8 años con enuresis secundaria mixta aplicando un modelo de tratamiento cognitivo conductual. En el contexto de pandemia COVID-19 es donde menor comienza a presentar micción durante la noche y posteriormente en el día, producto del temor de ingresar al baño sola, así como la ansiedad que presentaba sobre el contagio hacia ella y su familia lo cual repercutía en retraerse en sus actividades y llegar a olvidar que tenía que ir a miccionar. El caso fue tratado con técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, estrategias para controlar respuestas disfuncionales y promover conductas adaptativas en eliminación de enuresis y habilidades blandas a través de técnicas conductuales. El diseño experimental del caso fue A-B-A. los resultados mostraron que menor logro eliminar la conducta enurética diurna y nocturna, como también mejorar en sus habilidades blandas lo cual se vio reflejado en sus relaciones interpersonales.

Palabras clave: Enuresis, ansiedad, covid-19, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

Enuresis is the involuntary and persistent emission of urine during the day, night or both, after an age at which the child should have already learned to control urination (usually between four or five years) and there are no signs of organic pathology. Bragado (2009). The objective of this work was to eliminate enuretic behavior in an 8-year-old girl with mixed secondary enuresis by applying a cognitive behavioral treatment model. In the context of the COVID-19 pandemic, the minor begins to urinate during the night and later in the day, as a result of the fear of entering the bathroom alone, as well as the anxiety she had about contagion towards herself and her family, which had repercussions. in withdrawing from his activities and forgetting that he had to go urinate. The case was treated with cognitive techniques such as cognitive restructuring, strategies to control dysfunctional responses and promote adaptive behaviors to eliminate enuresis and soft skills through behavioral techniques. The experimental design of the case was A-B-A. The results showed that they were less successful in eliminating daytime and nighttime enuretic behavior, as well as improving their soft skills, which was reflected in their interpersonal relationships.

Keywords: Enuresis, anxiety, covid 19, cognitive behavioral therapy

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.

Martínez (2018) declaro 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 (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.

En el Perú, son escasas las referencias estadísticas sobre enuresis, incluso las investigaciones científicas al respecto. Pero según el diario el correo de Perú (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 una niña de 8 años, hija única; quien ha tenido un desarrollo evolutivo dentro de la normalidad; cursa el 3er grado del nivel primario siendo su rendimiento académico promedio bajo, así como tímida aislándose de su entorno social, desde los 3 años aproximadamente se tornó temerosa, presentando temor a los ruidos fuertes, payasos y gritos del entorno familiar. Su problema según su mamá se aproxima a inicios de la pandemia tornándose temerosa ante el contagio cuidándose mucho en casa, cuando inician las clases virtuales comienza a orinarse sustentando que se olvidaba y distraía haciendo otras cosas donde resultaba

mojada esto pasaba durante el día. Posterior a ello empezó a tornarse temerosa de ir al baño en las noches pensando que podría a ver algo en la oscuridad estos pensamientos se dan porque veía películas de terror, es cuando comienza a orinarse durante las noches lo cual se daba todos los días.

Como la evidencia sostiene que la intervención cognitivo conductual resulta útil para el tratamiento de pacientes que padece enuresis secundaria mixta a partir de la aplicación de sus múltiples técnicas; se ha considerado pertinente que para lograr los objetivos y la recuperación de la niña, estructurar el presente trabajo de la siguiente manera: como primer apartado se encuentra la introducción del trabajo, descripción del problema, antecedentes nacionales e internacionales, marco retorico de la enuresis como etiología, clasificación, definición, causas, consecuencias y modelo teórico. Como segundo apartado se encuentra el objetivo general, objetivos específicos, justificación, metodología y descripción de las técnicas utilizadas. Como tercer apartado se encuentra historia psicológica con los datos de filiación, problema actual, historia personal y familiar. La evaluación psicométrica con los informes individuales de las pruebas aplicadas como el informe integrador, análisis funcional, diagnostico cognitivo y diagnostico psicológico. Como cuarto apartado se encuentra la intervención, programa de intervención con sus objetivos y procedimientos. Y como quinto apartado se encuentra las consideraciones éticas, resultados de pre y post test, discusión, seguimiento, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

1.1 Descripción del problema

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2013) señala que esta patología está incluida dentro de su clasificación internacional de enfermedades mentales y del Comportamiento (CIE 10) como un trastorno de las emociones y del comportamiento, de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. (p. 313)

Sin embargo y tal como lo clasifica la OMS, la enuresis también puede ser el resultado de emociones y tensiones en el niño que requieran atención, por ello algunos especialistas consideran que es pertinente el acompañamiento terapéutico de un psicólogo o psiquiatra infantil.

La enuresis puede afectar significativamente el bienestar emocional del niño, manifestándose mediante sentimientos de vergüenza, baja autoestima, timidez y aislamiento social. Asimismo, la participación activa de los padres, basada en la comprensión, el apoyo y el refuerzo positivo, constituye un elemento fundamental para el adecuado manejo de este trastorno y para disminuir sus repercusiones emocionales (Martínez et al., 2020).

Al respecto Ruiz (2013), jefe del departamento de cirugía pediátrica del hospital italiano de buenos aires, agrega que la enuresis afecta la calidad de vida de muchos niños, niñas y adolescentes, pues les genera problemas de comportamiento, además de exhibir una menor capacidad de relacionamiento social.

A partir de los 12 años, el 90% de los niños controlan la orina durante la noche, la enuresis nocturna es más frecuente en varones, pero la diurna tiende a ser más corriente en niñas.

Para Martínez et al. (2020), pediatra del centro de salud autora oeste de Zaragoza menciona que es una enfermedad, muy frecuente que afecta al 16% de los niños mayores de 5 años, el 10% de los de 6 años y el 7.5% de los de 10 años de edad, pero insuficientemente atendida, de hecho, asegura según encuesta realizada entre 430 pediatras el 50% cree que menos de una cuarta parte de los casos están diagnosticados. En esa misma encuesta el 79.5% considera que el impacto emocional de la enuresis en el niño es muy importante.

Ocampo (2023), médico psiquiátrico del departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara de Essalud, Lima, explicó que la enuresis nocturna es la micción en lugares inapropiados, cuyo patrón ocurre en la noche, en forma repetitiva por un periodo de tiempo que ocasiona angustia y dificultades emocionales en los niños desde los 5 años en edad escolar e incluso afecta a algunos adolescentes. El especialista manifestó que es importante que los padres sepan que un cuadro de enuresis, puede provocar en el niño sufrimiento y malestar, los cuales pueden afectar su rendimiento académico, porque se perciben como “incompetentes” o con “menos cualidades” que el resto, e incluso ocasionan que se complique con cuadros de ansiedad o depresión que afecta su autoestima.

También nos menciona “hay que observar a un niño con miedo a la oscuridad, a la presencia de algún monstruo o esas figuras llamadas cuco o demonios, y evitar el castigo, la represión o el grito puesto que complicaría su situación de sentirse más angustiado y contribuiría a que los episodios de enuresis se incrementen”, dijo.

Por lo tanto, conociendo los antecedentes y la realidad en base a la problemática de enuresis a nivel internacional y nacional, da pie a presentar el caso de una niña de 8 años con problemas de enuresis secundaria mixta se plantea el siguiente problema, ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual en una niña con enuresis secundaria mixta?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Huete (2022), realizó la investigación de Enuresis Nocturna en un adolescente con trastorno de ansiedad durante la pandemia COVID-19, paciente varón de 17 años atendido en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, natural de comas, Lima vive con mamá y hermana, padres separados, referido de cardiología por palpitaciones y dolor de pecho con cuadro de ansiedad de dos años de evolución, inicialmente con preocupación excesiva a la separación de los padres, miedo a quedarse solo, porque piensa que su madre o el pueden morir de COVID-19. Además, presenta dificultades para el control de orina durante la noche desde los 5 años, donde en la actualidad usa pañales, la madre minimiza la sintomatología, no ve la necesidad de evaluación por psiquiatría, por lo que ella también sufrió de enuresis hasta la adolescencia. Durante la pandemia se exacerba la sintomatología ansiosa acerca de su salud, alarmándose con facilidad ante alguna presencia de molestia física y preocupación, perdiendo a uno de sus tíos. Se evalúa con escala de Hamilton para la ansiedad con un puntaje de 31 puntos indicando ansiedad moderada/grave y escala de autoestima de Rosenberg con 29 puntos lo que se interpreta como autoestima media. El cual diagnosticaron con trastorno de ansiedad generalizada, enuresis nocturna primaria, problemas relacionado por la ruptura familiar por separación o divorcio, maltrato intrafamiliar, problemas relacionado con el ambiente social, historia familiar de abuso de alcohol. Se inició tratamiento en

psiquiatría, psicoterapia individual, psicoterapia familiar una sesión por semana, donde el paciente expresa emociones de temor y tristeza por la pérdida de su familiar y miedo a tener una enfermedad grave, en terapia familiares aborda la dinámica familiar, la simbiosis madre e hijo, el incremento de la sobreprotección de parte de la madre con el hijo. Al mes del tratamiento se observa parcial mejoría clínica, menor intensidad y frecuencia de síntomas ansiosos asociado al temor intenso de morir, mejora el sueño, buena adherencia terapéutica. Con respecto a la enuresis, el familiar identifica disminución de frecuencia, solo presentándose una vez al mes, en las siguientes citas usuario refiere que no utiliza pañal durante la noche, así mismo se realizaron exámenes clínicos, donde descarto organicidad por el diagnóstico de enuresis nocturna primaria, monosintomático.

Correa (2020), realizó la investigación de Terapia cognitivo conductual en una niña con enuresis nocturna secundaria, presentaba temores para ir al baño, ya que vivía tensionada con los recuerdos de la película Chucky es donde empieza a mojar a la cama. Aplico una investigación experimental, con diseño de caso único A-B-A, donde se aplicó pruebas de autorregistro de la conducta enurética, registro de conducta enurética, desarrollando 8 sesiones con una duración de 2 meses de intervención. Donde concluye que el programa cognitivo conductual es este caso fue eficaz aplicando entrenamiento en cama seca con sus componentes terapéuticos que constan de: el despertar escalonado, la ingestión de líquidos, el entrenamiento en retención, el entrenamiento en limpieza y la práctica positiva, además de la técnica de extinción para sus miedos.

Leyva (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 conclusiones: Que en el periodo de atención terapéutico al niño de 7 años (Sebastián) y sus padres; encontrando mejoría en la conducta con su madre y la docente, mejorando también sus notas, Sebastián por los reportes de la profesora ya permanece en aula, participa con sus compañeros y no bajo su rendimiento escolar. Sebastián ha dejado de orinarse en la cama mientras duerme, ahora el padre ayuda en casa e interactúa con sus hijos. Los padres ya comparten el 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 de 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.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Núñez (2020), realizó una investigación transversal, Estilos de crianza, depresión y ansiedad como precursores de la enuresis en niños, Ciudad de México, donde colaboraron 200 niños y niñas con edades de siete a diez años, se trabajó a partir de dos muestras: 100 niños con síntomas enuréticos referidos de algún centro médico infantil y 100 niños sin síntomas enuréticos, pero con características similares a los niños con síntomas de enuresis. Donde se aplicó instrumentos de Escala de Estilos de Crianza para padres, Escala de Percepción de Prácticas Parentales de crianza para niños (EPPCN), Cuestionario de Depresión para niños (CDS) y Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS). Donde se concluyó lo siguiente presentar relación de las variables ya mencionadas con la enuresis y como a partir de dicha relación pueden resultar ser una de las causas principales de la enuresis. Por ende, un niño con enuresis que presenta estilos de crianza mal empleados, depresión y ansiedad mayor que un niño sano depende de factores como el contexto familiar, la atención y la calidad de crianza que reciben por parte de sus padres. Es

decir, la familia es el punto fundamental de las herramientas donde el niño llega a desarrollarse y con lo cual logra adaptarse a su situación de vida.

Romero (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.

Martínez (2019) realizó una investigación, Respuesta al tratamiento Conductual en pacientes con enuresis monosintomático, realizado en el hospital infantil de México, Ciudad de México. Donde realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por pacientes de 6 a 15 años de edad entre hombres y mujeres que contaban con el diagnóstico de enuresis monosintomático. Se estudiaron un total de 13 pacientes los cuales el 53% fueron del sexo masculino y 46% sexo femenino. Donde se calculó la frecuencia, proporciones y medidas de tendencia central. Con terapia en modificación de conducta; entrenamiento vesical, refuerzo de la

responsabilidad del niño, diario miccional la alarma. Se registraron los eventos de enuresis semanales en la primera consulta y 6 meses posteriores a la aplicación de la terapia cognitivo conductual en donde se encontró una disminución clínicamente significativa de los eventos de enuresis. Con respecto al tiempo de seguimiento que tuvieron los pacientes en la consulta externa, se encontró que un 53% tuvieron un seguimiento de 6 a 18 meses y 46% de 19 a 24 meses, dentro del incumplimiento a las recomendaciones dadas por el medico se encontraron el mal apego a la cantidad de líquidos, así como la mala realización del calendario miccional.

Romero (2017), realizo un estudio de caso clínico, el dinosaurio de porcelana y su volcán: la historia de un reino y el asesinato de su rey, Ciudad de México, el complejo de Edipo en un niño de 6 años, manifestado a través del erotismo anal y uretral. Universidad del norte, Colombia. Tipo de investigación estudio cualitativo-interpretativo de caso clínico se trata principalmente en lo acontecido con el paciente en las sesiones de psicoterapia a través del juego con un enfoque de psicoterapia psicodinámica. Arturo no controla esfínteres, se hace pipi y popo básicamente todos los días es algo que ha tenido siempre, nunca hemos podido que entre al baño de manera regular, hay veces que, si controla, pero no ha sido más de dos días seguidos.

Como conclusión denota que Arturo presenta complejo de Edipo ya que la relación con la madre es distante, debido que no muestra ninguna cercanía física con su madre cuando esta con ella, sin embargo, si hay cercanía con la niñera quien lleva a terapia. La madre evidencia un fuerte sufrimiento por una dificultad personal lo cual la limita acercarse a su hijo, ya que si pasa tiempo con su hijo no logra conectarse y disfrutarlo, recalando que Arturo tiene una mejor relación con su padre que con ella. Frente al tema de hacerse pipi y popo la madre demuestra todo el tiempo gran ansiedad y su trato es dominante y con cierta agresividad de fondo. Por lo cual a través del

juego se evidencia una gran batalla por derrotar al rey, donde se evidencia una lucha por el amor de su madre y por ello debe quitarle el trono a su padre el rey. Así mismo también ha surgido la pregunta si realmente Arturo actúa conscientemente ya que varias veces va al baño sin problemas lo cual si tiene conciencia de su vejiga lo cual surge la hipótesis del deseo de controlar a los demás.

Martinez (2020), un estudio de caso clínico, Enuresis relacionada a estresores familiares, México DF. Carlos de 10 años presentaba enuresis nocturna resultado de la ansiedad que le generaba su ambiente y dinámica familiar. Se trabajó 33 sesiones con un modelo de terapia integrativo, obteniendo resultados positivos. Se realizó la siguiente evaluación, Historia clínica psicológica, test gestáltico visomotor, Bender, dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, Frases incompletas de Sacks. En la evaluación psicológica se encontró que la enuresis nocturna que presentaba Carlos era una manifestación de la ansiedad que le generaba su dinámica familiar. La separación de sus padres, la relación con ellos y los eventos familiares estresantes como la muerte de su abuela y la relación de su madre con su nueva pareja. Mediante las técnicas propias de terapia de juego Cognitivo Conductual como: la reestructuración cognitiva y técnicas de relajación se abordaron las preocupaciones e ideas inadecuadas que presenta Carlos respecto a su dinámica familiar, así como al miedo de ser abandonado por su madre. Este abordaje terapéutico, permitió que la ansiedad disminuyera considerablemente, en el consultorio se mostró menos ansioso, más participativo y le era más fácil expresarse. La enuresis casi había desaparecido y la madre lo notaba más independiente y tranquilo, principalmente en aquellas ocasiones en las que ella salía de la casa. También mejoro sus relaciones interpersonales, identificar y expresar mejor sus emociones, superar el divorcio de sus padres. La madre logro establecer límites y reglas dándole responsabilidad en algunas actividades.

González (2014), realizó un estudio de caso de, intervención conductual en un caso enuresis secundaria mixta, a una niña de 6 años (para una revista de psicología clínica con niños y adolescentes), Universidad Miguel Hernández de Elche, España. El diseño experimental del estudio de caso fue A-B. Se aplicó hojas de registro de episodios enuréticos diurnos y registro de despertar, noches mojas y episodios de enuresis. Con un tratamiento de 12 semanas, donde se aplicó un tratamiento de psicoeducación, incluyendo información acerca de la enuresis, la importancia de las pautas de higiene y en que consiste el método de alarma. Con la mamá se otorgó el rol de cooterapeuta, recalcándole el manejo de contingencias, formándola en la aplicación de la extinción para los casos en que la niña presenta enuresis y el reforzamiento ante la ausencia de conductas enuréticos. (trabajando con economía de fichas). Para la enuresis diurna tuvo eficacia en un periodo de seis semanas desapareciendo por completo los escapes. Donde se procedió a iniciar el tratamiento de enuresis nocturna realizando psicoeducación del método de alarma (Pipi-Stop), practica positiva, entrenamiento en limpieza y manejo de contingencia presentándose una mejoría hacia la cuarta semana, el tratamiento se llevó hasta la doceava semana reduciendo considerablemente la enuresis nocturna.

1.2.3 Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Terapia cognitivo conductual. La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos. Esta se ha extendido por casi todo el territorio en donde se practica psicoterapia, siendo una de las psicoterapias más aceptadas y aplicadas en el mundo. (Vernon y Doyle, 2018).

Por otro lado, Zaldivar (2013, como se cita en Diaz et al., 2016) menciona que los autores de mayor reconocimiento de este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron T. Beck. Así también, Acuña (2018) indica que el modelo cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo.

Con relación a las técnicas de intervención en este modelo, Caballero y Galvez (2019) refieren que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, de cambio de pensamientos, conductas y de activación fisiológica. Por otro lado, dentro de las técnicas que contribuyen a la adherencia al tratamiento y que buscan generar un impacto de mayor relevancia, se encuentran las técnicas psicoeducativas y conductuales.

Por otra parte, (Mera 2015; Vernos y Doyle 2017) sostiene que la terapia cognitiva conductiva es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Esto es por tres motivos, la primera por ser la más investigada dentro del campo de la psicoterapia, como segundo punto, porque en sus estudios demuestran la eficacia en su intervención en comparación con otros modelos y como tercer punto, los modelos que hay en TCC han sido bastante estudiados.

La terapia cognitivo conductual es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. Por ejemplo, puede ayudarte en lo siguiente:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción
- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida.
- Identificar formas de controlar las emociones
- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Superar traumas emocionales relacionadas con el maltrato a la violencia
- Controlar los síntomas físicos crónicos

A. *La duración de la terapia.* La TCC generalmente se considera una terapia a corto plazo, que puede llevar de cinco a veinte sesiones. Junto con un terapeuta, podrán acordar cuantas sesiones necesitan. Alguno de los factores a tener en cuenta es:

- El tipo de trastorno o situación
- Gravedad de los síntomas
- Cuanto hace que tienes los síntomas o convives con esa situación

- Cuanto estrés estas padeciendo
- Que tanta ayuda recibes de tus familiares y de otras personas

B. Técnicas de terapia cognitivo conductual

- Cuestionar las creencias negativas y remplazarlas con alternativas
- Técnicas para la resolución de problemas
- Desarrollar capacidades para sobrellevar situaciones difíciles
- Técnicas de exposición
- Técnicas desensibilización sistemática
- Técnicas del modelado
- Entrenamiento en auto instrucciones
- Técnicas operantes para la modificación de la conducta
- Técnicas de autocontrol
- Técnicas de relajación y respiración

Para dar respuesta a tal interrogante, se requiere de una modelo o teoría que ayude a explicar este trastorno. El presente trabajo se enfoca en los factores cognitivos-conductuales, que destacan el papel del proceso de aprendizaje sin negar la existencia de factores fisiológicos, genéticos y madurativos.

El enfoque conductual explica la causalidad de la enuresis en los procedimientos de aprendizaje o condicionamiento experimentados por el enurético, pues considera el desarrollo humano en función de la experiencia, es decir, de una cadena de aprendizajes. De manera que el

control vesical y la enuresis son adquisiciones consecuencia de un proceso de aprendizaje. Sin embargo, en el trastorno enurético hay un fallo o interferencia de aprendizaje. (Toro 1992; Caballo y Simón 2002).

Bragado (1999; como se cita en Caballo y Simón, 2002) explica que en el aprendizaje de la continencia intervienen principios derivados del condicionamiento clásico y del operante, y, quizá, también del aprendizaje por observación de modelos en la adquisición de algunas conductas concretas, además de factores fisiológicos y madurativos del infante. Debido a que el aprendizaje de la continencia ocurre en el curso del desarrollo iniciando con la adquisición del control intestinal durante el sueño, seguido del control mientras el niño está despierto; casi de inmediato emerge el control diurno de orina y, cierto tiempo después, el nocturno. El dominio de esta habilidad depende del desarrollo neuromuscular y del entrenamiento en hábitos de evacuación apropiados, dado que el niño tiene que aprender un conjunto de destrezas específicas, que incluyen:

a) Tomar conciencia de la necesidad de orinar, lo que implicar saber reconocer las señales fisiológicas.

b) Inhibir y posponer la orina hasta llegar al lugar apropiado para vaciar la vejiga, actividad que requiere, por un lado, de contraer los músculos (esfínter externo y músculos pélvicos) y, por otro, saber discriminar el ambiente.

c) Iniciar la micción voluntariamente, lo que significar ser capaz de relajar el complejo esfintérico para permitir la salida de la orina.

d) Y repetir los pasos anteriores para que el proceso se automatice y se transfiera al horario nocturno.

El aprendizaje de la secuencia anterior implica, además, el dominio de ciertas conductas de autonomía, tales, como: saber quitarse la ropa, colocarse en el retrete, limpiarse y vestirse de nuevo.

La teoría conductual establece que las condiciones ambientales en las que el niño aprende tienen mucho que ver con el éxito final. Bakwin (citado por Toro, 1992) encontró que ciertas condiciones ambientales como: disponibilidad del WC o similar son capaces de facilitar el aprendizaje del control vesical. También indicó 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 culpabilizarían del niño y una escasa tolerancia a sus manifestaciones podría 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. Además, varios autores (citados por Caballo y Simón, 2002) han señalado una prevalencia elevada en los grupos de menor nivel socioeconómico, entre los hijos de madres muy jóvenes, en ambientes institucionales, y en los hijos de padres divorciados o separados durante los primeros años de vida. Señalando así que las circunstancias adversas ejercen una influencia negativa sobre el proceso de adquisición del control de la micción.

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. Toro (1992) coincide con ello, manifestando que “en el caso de enuresis secundaria, los acontecimientos vitales estresantes parecen jugar en muchos casos un importante papel como factores precipitantes de la recaída enurética”. Asimismo, Bragado (1999, como se cita en Caballo y Simón, 2002) coincide al establecer una relación existente entre los estados de estrés situacional y las funciones de eliminación a nivel individual.

Respecto a los hogares rotos y separación de la madre, Douglas (1973, citado por Toro, 1992) mostró que el 55% de los niños que sufrieron el fallecimiento de la madre, separación o divorcio de los padres tuvieron una intensa potencialidad estresante, debido a la ruptura en las relaciones interpersonales y a la existencia de conflictos y complejas reorganizaciones de toda la estructura y dinámica familiar. También concluyó que la separación o ausencia de la madre aumentaba las tasas de enuresis tres veces superiores a las obtenidas en niños sin experiencia de separación materna. Por tanto, se puede manifestar que la separación de los padres y específicamente la ausencia de la madre representan situaciones precipitantes y/o facilitadoras de enuresis.

Estos hechos sirven para comprender que el control de esfínteres es una conducta aprendida y como tal puede modificarse. De esta manera se observa que el modelo de intervención más adecuado para la enuresis secundaria nocturna es el cognitivo-conductual pues “se concentra en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del paciente reduciendo o eliminando las conductas problemas e incrementando la frecuencia de las conductas adaptadas”. Además, se considera este modelo como el más pertinente para el caso que exponemos, pues “asume que la conducta inadaptada es consecuencia de

antecedentes y consecuencias específicos en el ambiente natural del paciente”. Por tanto, aprueba el hecho de que el proceso de aprendizaje del control de esfínteres se produce a través del entrenamiento, reforzamiento, y factores ambientales.

Dentro de este modelo de intervención, las técnicas más utilizadas para el tratamiento de la enuresis han sido la técnica de Mowrer, que utiliza el aparato despertador que suena cuando el niño orina, la técnica de retención de Kimmel, cuyo objetivo es ampliar la capacidad de la vejiga y que el sujeto aprenda a inhibir las contracciones del detrusor posponiendo la micción, y la técnica de Azrin en la que se refuerza por el uso de inodoro y la cama seca Alcázar et al. (1999).

Aunque se ha podido comprobar que las tres intervenciones son eficaces en el tratamiento de la enuresis, nos centraremos en la técnica de Azrin pues, Alcázar et al. (1999). Afirman que hay mayor eficacia en esta técnica, aun sin la utilización del aparato despertador, llegando a concluir que es el método más efectivo de los tres.

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).

1.2.3.1 Enuresis. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) esta patología está incluida dentro de su clasificación internacional de enfermedades mentales y del comportamiento (CIE 10), como un “trastorno de las emociones y del comportamiento, de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia”.

Según el Ministerio de Salud de Perú (2011), la enuresis es por definición, la pérdida involuntaria de la orina por las noches y aunque algunos especialistas lo prefieren llamar episodios que suelen ocurrir durante el día como durante el sueño, la mayoría de los casos se dan de forma nocturna.

Según el DSM – IV Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) podemos hablar de enuresis cuando el niño cumple los siguientes criterios diagnósticos; emisión reiterada de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencional), la conducta es clínicamente significativa cuando se presenta dos veces por semana durante por lo menos tres veces consecutivos o por las manifestaciones de un malestar clínicamente significativo o por el deterioro del área social, académico y otras áreas de funcionamiento relevantes. La edad cronológica es de por lo menos 5 años. La conducta no puede asociarse a un efecto fisiológico o a una infección médica, cuando hablamos de enuresis nos referimos a un aspecto funcional y no orgánico.

Se define como enuresis el trastorno que tiene lugar cuando, pasados los cinco años y no existiendo patología orgánica (en cuyo caso se habla de incontinencia urinaria), el niño no controla su esfínter vesical. Se denomina enuresis primaria al retraso en manifestarse el control vesical y secundario cuando el descontrol reaparece luego de un año o más de control sin interrupción.

La enuresis puede producirse también como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional en la vida del niño: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares más importantes (separación de los padres...). Parece como si el niño presentase síntomas regresivos en demanda de mayor atención

A. Clasificación de la enuresis. Si se consideran las clasificaciones propuestas actualmente por los textos médicos, se verá que hay una cierta modificación en las definiciones. Medel (2000) desde su perspectiva de Urólogo Infantil define los siguientes subtipos:

- **Enuresis primaria no complicada:** la presentan aquellos pacientes que nunca controlaron; mojan únicamente por la noche y no presentan otra patología capaz de producir o favorecer (escapes diurnos, infección urinaria, anomalías urológicas o neuroquirúrgicas, disfunción vesical o alteración psicológica evidente).
- **Enuresis primaria complicada:** la presentan pacientes que nunca controlaron, mojan la cama durante la noche y presentan, además, invariablemente, síntomas diurnos. Se asocia habitualmente con disfunción vesical, anomalías urinarias o neurocirugías, infección urinaria, etc.
- **Enuresis secundaria no complicada:** la presentan pacientes que controlaron durante un lapso de por lo menos 6 meses, mojan la cama durante la noche y no presentan otra patología capaz de producirla, ni síntomas diurnos de ningún tipo. Suele estar asociada en su inicio, con alguna forma de estrés psicosocial al que se atribuye su etiología (nacimiento de un hermano, mudanza, separación de los padres, etc.).
- **Enuresis secundaria complicada:** la presentan los pacientes que, luego de haber alcanzado un control efectivo (diurno y nocturno), comienzan a mojarse. La aparición de síntomas diurnos y nocturnos debe ser una alerta de probables alteraciones urológicas o neuroquirúrgicas

potencialmente graves. Por lo tanto, estos pacientes deben ser sometidos a una evaluación urológica y neuroquirúrgica completa.

Faltaría incluir aquí la enuresis diurna pura, que de hecho es menos frecuente -como se verá más adelante- y menos estudiada. A su vez podría ser primaria y secundaria, pero en ambos casos podría darse una etiología vinculada a disfunción del aparato urinario o trastornos del comportamiento. (García, 2006)

También la enuresis puede clasificarse en función del momento de aparición y de las afecciones a las que se asocia. Las clasificaciones más utilizadas para la clínica habitual son (Taborga, 2014):

- Enuresis nocturna primaria (ENP). No existe un periodo previo prolongado de sequedad.
- Enuresis nocturna secundaria (ENS). Aparece después de un periodo de continencia urinaria de, al menos, 6 meses consecutivos, sin ayuda. Según la terminología más reciente y de acuerdo a la presencia de otros síntomas acompañantes (2, 3, 7, 9)
- Enuresis nocturna monosintomática (ENM) o no complicada. No existe una sintomatología diurna que sugiera la existencia de una patología nefrourológica.
- Enuresis nocturna no monosintomática o complicada (EN No-M). Cuando, además, el niño presenta síntomas urinarios diurnos (urgencia miccional, aumento/disminución de la frecuencia urinaria, escapes, chorro urinario débil, dolor...) que sugieren patología nefrourológica,

como vejiga hiperactiva, micción no coordinada, etc. (10). En este caso se puede emplear también el término de síndrome enurético.

Algunos autores también incluyen en este apartado a la enuresis asociada a encopresis/estreñimiento u obstrucción de vías respiratorias altas.

B. *Características psicológicas de la enuresis.* 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.

La enuresis suele tener un desencadenante emocional (aunque pueda haber una causa primaria, como antecedentes familiares): un cambio de colegio, de casa o de ciudad; el nacimiento de un hermano, el divorcio de los padres, el fallecimiento de un familiar, repetir curso, sufrir acoso escolar, etc.; es decir, cualquier hecho que desestabilice emocionalmente al niño. Asimismo, puede darse el caso de que un niño que ya se había recuperado de la enuresis, vuelva a tenerla después de un episodio que le haya afectado emocionalmente (no hay una “recaída” del sistema motor: la causa es estrictamente emocional).

C. *Factores que intervienen en la enuresis.* Se han formulado diversas hipótesis para explicar las posibles causas y origen de la enuresis, pero ninguna de estas explica por sí solo este fenómeno. Es por ello que la hipótesis de etiología multicausal es la más aceptada, la existencia de factores biológicos, madurativos, genéticos y de aprendizaje que interactúan entre sí, contribuyen a explicar en mayor o menor medida, cada caso de Enuresis.

- **Factores fisiológicos.** Las investigaciones se han centrado en el estudio del funcionamiento vesical en los sujetos normales y en los enuréticos. Para adquirir el control urinario es necesario que el niño aprenda a identificar las contracciones del detrusor como un signo de que su vejiga está llena y en consecuencia acuda al lugar indicado para que sea evacuado (orinar), lo normal es que, en la fase de llenado, la vejiga esté relajada y el detrusor solo se contraiga cuando esté completamente llena. Sin embargo, en algunos enuréticos se ha comprobado una elevada hiperactividad del detrusor que provocan a su vez contracciones incontroladas antes de que la vejiga esté completamente llena, motivo por el cual el niño muestra frecuentemente una elevada urgencia de orinar que puede llevarle a la incontinencia diurna. (Neveus y Cols, 2000)

Butler y Holland (2000) proponen que la enuresis nocturna puede entenderse a partir de la interacción de tres sistemas: la hiperactividad del músculo detrusor o la reducción de la capacidad funcional de la vejiga, la producción excesiva de orina durante la noche y la dificultad para despertar ante la sensación de vejiga llena. Asimismo, algunos niños presentan una disminución de la secreción nocturna de vasopresina, lo que favorece la poliuria nocturna; sin embargo, este mecanismo no explica todos los casos de enuresis.

- **Factores genéticos.** Martorell y Gomez (1998) señalan la existencia de un patrón familiar... dado que existe aproximadamente un 75% de todos los casos de enuresis un familiar biológico de primer grado con antecedentes de enuresis.

- **Factores de aprendizaje.** Bragado (1999), señala que el control voluntario de la micción es un fenómeno complejo que requiere que el niño adquiera de forma secuencial una serie de habilidades específicas.

1. Reconocer las señales de distensión vesical (vejiga llena) y ser capaz de poder comunicarlo a otros, estas habilidades se adquieren a partir del segundo año de vida.
2. Despierto y con la vejiga llena, aprender a contraer los músculos de la pelvis y del esfínter externo para retener la orina hasta llegar al lugar adecuado a eliminarlo.
3. Relajar dichos músculos para iniciar voluntariamente la micción, estas habilidades se adquieren hacia los 3 años.
4. Controlar voluntariamente el vaciado de la orina con diferente nivel de llenado, siendo capaz de pararlo e reiniciarlo, habilidad que puede ser controlada a partir de los 3 a 4 años y medio.

Esta secuencia que el niño va aprendiendo a realizar voluntariamente durante el día con la práctica y que los padres y allegados van premiando, llegan a automatizarse de tal modo que las sensaciones de distensión vesical adquieren propiedades discriminativas que señalan la necesidad de contraer el esfínter, incluso cuando el niño está dormido logrando el despertar cuando la vejiga está llena. Es por ello que algunas pautas educativas inadecuadas como la permisividad, contingencia inadecuada o la existencia de alguna circunstancia adversa puede dificultar el aprendizaje del control vesical. Asimismo, se destaca la influencia que el padecimiento de problemas emocionales puede tener en el retraso del aprendizaje necesario para el control de la micción, aspecto importante para los casos de enuresis secundarias.

De esta manera se entiende que la enuresis es un problema bio-conductual, que implica la descarga involuntaria de orina y cuya consecuencia es el deterioro de la autoestima y capacidad de socialización, ya que genera alteraciones en las actividades sociales del niño y además reduce su autoconfianza debido a la exclusión y burla de sus compañeros.

- **Factores psicosociales,** La ubicación en la familia, separación madre-hijo, desórdenes psiquiátricos en los padres, conflictos entre hermanos, actitudes desfavorables por parte de los padres, conflictos entre los padres, son considerados factores que precipitan la aparición de Ya enuresis secundaria, al interferir el progreso normal del desarrollo. Toda la constelación resultante de la interacción niño-padres, y más particularmente la madre, se pone en juego en el aprendizaje del control. Intentos educativos prematuros, sobrevaloración materna del acto de micción, sobre estimulación sexual, amenazas, constituyen interferencias ansiosas que pueden condicionar su producción.

Así, los episodios de enuresis serían la manifestación somática de un trastorno psicológico o bien la expresión del resentimiento del niño hacia un medio represivo y hostil.

D. Evaluación y diagnóstico de la enuresis. Ante un problema de enuresis lo más común es que los padres empiecen consultando por el pediatra y cuando acudan a la consulta psicológica hayan descartado la existencia de algún trastorno orgánico responsable de este problema, siendo la enuresis orgánica un 5% de todos los casos. La correcta valoración del problema debe abarcar tanto la evaluación médica como la psicológica.

- **Evaluación Médica:** el objetivo inicial de la exploración médica es comprobar si la falta de control de la micción se debe a alguna anomalía de tipo urológico o neurológico. La exploración médica suele incluir, además de la historia clínica y el reconocimiento físico del niño, un análisis y cultivo de orina para comprobar la posible existencia de alguna infección del tracto urinario.

- **Evaluación Psicológica:** Para realizar un adecuado análisis conductual de la enuresis, el terapeuta debe conocer las características de la respuesta del problema, así como de

las situaciones estimulares, antecedentes y consecuentes, con las que esta puede estar funcionalmente relacionada. Asimismo, debe recoger información de todos aquellos aspectos que, aunque no presentan una relación funcional con el problema, van a influir en la intervención, como son la motivación de los agentes implicados, sus recursos, etc.

En la recogida de toda esta información la estrategia básica de evaluación es la entrevista clínica, tanto a los padres como al niño, que normalmente, se complementa con la información sobre la ocurrencia de episodios enuréticos recogida mediante registros conductuales.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el efecto del programa cognitivo conductual en una niña con enuresis secundaria mixta

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar antes de la aplicación de la intervención cognitivo conductual en una niña con enuresis secundaria mixta
- Aplicar el programa de intervención cognitiva conductual en una niña con enuresis secundaria mixta
- Evaluar a menor después de la aplicación de la intervención cognitiva conductual en un caso de enuresis
- Comparar y determinar la conducta enurética antes y después de la aplicación de la intervención cognitivo conductual

1.4 Justificación

A nivel teórico, este estudio de caso propone dar a conocer a los profesionales de la salud especialmente al ámbito de la psicología sobre la enuresis secundaria mixta, fundamento teórico sobre las causas de dicho diagnostico así como su relación con el déficit de habilidades intrapersonales de una menor de 8 años, también dar a conocer el tratamiento a través de la terapia cognitiva conductual, con técnicas como entrenamiento en cama seca, técnicas cognitivas y técnicas conductuales para disminuir la conducta de miccionar durante el día y la noche. Así mismo también se abordará técnicas para mejorar el área intrapersonal de la menor, con técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, autoestima y entrenamiento en relajación. Dicha investigación se da con el propósito de incrementar los estudios de caso sobre la enuresis debido que dicho diagnostico en los últimos años han ido en aumento debido a diversos problemas a nivel emocional, psicosocial, violencia familiar y la pandemia por COVID-19. También incrementar técnicas para el tratamiento de enuresis lo cual ayudará para la intervención de los profesionales de salud.

A nivel práctico, el estudio de caso busca que los profesionales de salud o interesados en conocer el tema reconozcan las causas de la enuresis y cuál sería la mejor intervención para los niños que la padecen, también busca que el lector al tener menores de edad a su cargo se interese en prevenir la enuresis ya que según estadísticas dicho diagnostico suele darse con mayor frecuencia en niños mayores de 5 años. Así mismo el propósito de este trabajo es demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual como una de las principales estrategias de intervención, donde también lo demuestran en los antecedentes nacionales e internacionales la efectividad en la aplicación de dichas técnicas.

A nivel metodológico, este estudio busca proponer un modelo de intervención en técnicas cognitivas y conductuales para la enuresis que sirva como base para el diseño de planes terapéuticos en profesionales de salud y centros de salud con servicio de psicología. El propósito es ofrecer herramientas efectivas a los profesionales de salud, para tratar casos de enuresis en menores de edad.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

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, mostrará el impacto de la intervención con técnicas del enfoque cognitivo conductual, donde 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 y diseño de Investigación

Ato y Vallejos (2012), En la investigación con diseño de caso único, se utiliza el enfoque idiográfico, en el que el interés del investigador se centra en las respuestas de cada individuo, estudiados cuidadosamente a lo largo de un periodo de tiempo.

Quintanilla (2020), Los diseños de caso único también reciben otras denominaciones como las de diseño de replicación intrasujeto o diseños de $N=1$, series temporales, etc. Su característica principal es el registro sucesivo a lo largo del tiempo (sesiones, días, semanas, etc) de la conducta de un caso único ($N=1$) o un grupo pequeño antes, durante y en algunos casos, tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas. Si embargo, comparten con los diseños experimentales de grupo la manipulación de la variable independiente y el control de las variables extrañas.

En cuanto al diseño utilizado en el estudio de caso es de clasificación, Diseño de reversión A-B-A, son aquellos que después de una fase de tratamiento, este se retira y se vuelve a una fase en la que se registra la variable dependiente en ausencia de este (fase de reversión). En el diseño A – B – A se añade una tercera fase en el que se retira el tratamiento y permite el control de las amenazas a la validez interna de los resultados. En este tipo de diseño, se puede llegar a la conclusión de que el tratamiento es el causante de los cambios producidos en la variable dependiente cuando después de medir la línea base (fase A) , se introduce el tratamiento (fase B) y se produce un cambio en la medida de la variable dependiente y al retirar posteriormente (fase A), se produce otro cambio en la variable dependiente. (Quintanilla, 2020)

2.2. **Ámbito temporal y especial del estudio del caso**

El presente estudio de caso nace en 15 de mayo del año 2023 con una duración en tratamiento hasta diciembre del 2023, en un colegio particular del distrito de Puente Piedra, Rosaluz, Lima.

2.3. **Variables de investigación**

2.3.1. *Variable independiente:*

Programa de intervención cognitivo conductual

2.3.1.1. Definición conceptual. De acuerdo a Vernon y Doyle (2018), la terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que busca resolver dificultades que se presentan en la actualidad, emociones y conductas disfuncionales; además, valora factores como el contexto, aprendizaje, pensamientos y las verbalizaciones. Con relación a las intervenciones en TCC, es ecléctica con respecto a las técnicas, pero sólidas en su teoría. Además, cabe resaltar que los modelos de TCC tienen firmes evidencias sobre su efectividad en los trastornos psiquiátricos y en las dificultades clínicas.

En lo que se refiere a las posturas de los autores sobre la terapia cognitivo conductual, Aaron y Ellis (2003) fueron quienes tomaron en cuenta las creencias y otros aspectos cognitivos en las dificultades emocionales, además de la brevedad, efectividad y resultados empíricos en investigación sobre este modelo. También, existen tres principios básicos que relatan los autores. El primero consiste en que la cognición afecta al comportamiento y a la emoción; el segundo, en que a la cognición se le puede dar un seguimiento y lograr cambiarla; finalmente, el tercero, en que, cambiando las propias creencias, se puede generar modificaciones en la conducta y, así, lograr experiencias más adecuadas. (Garay y Keegan, 2016)

2.3.1.2. Definición operacional. Programa TCC en un caso de enuresis secundaria mixta en una niña de 8 años, el cual estará conformado de 25 sesiones de 45 minutos cada sesión, las cuales tendrá el siguiente plan terapéutico en la primera y segunda sesión se trabajará alianza terapéutica y psicoeducación a la menor y padres de familia sobre la enuresis. En la tercera y cuarta sesión se trabaja reconociendo mis pensamientos negativos, en la quinta, sexta, séptima y octava sesión se tratará técnicas cognitivas para reducir y formular nuevos pensamientos. De la novena a onceava sesión se busca reducir la carga emocional para controlar respuestas disfuncionales con técnicas conductuales. De la doceava hasta el diecinueveavo se trata técnicas conductuales para la conducta enurética con manejo de contingencias, entrenamiento en cama seca (ECS), entrenamiento en retención y exposición gradual. Del veinteavo a la veinticuatroavo sesión se trató con técnicas conductuales el promover conductas adaptativas para habilidades blandas. Y en la sesión veinticincoavo prevención de recaídas.

2.3.2. *Variable dependiente*

Enuresis Secundaria Mixta

2.3.2.1. Definición conceptual: El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V, APA, 2013) define la enuresis, como la eliminación de orina en la ropa o en la cama que puede presentarse durante el día o la noche. Generalmente esta micción es involuntaria, aunque ocasionalmente puede ser intencionalmente. Para llegar a un diagnóstico, la eliminación de orina debe presentarse al menos dos veces por semana durante tres meses consecutivos o bien causar un malestar clínico significativo personal, social, académico u ocupacional o en otras áreas importantes de la vida de la persona. Para su diagnóstico se tendrá que considerar la edad del individuo, ya que debe haber alcanzado la edad en la que se establece el control de esfínteres, es decir debe tener una edad cronológica o mental por arriba de los 5 años. Finalmente, esta incontinencia no tendrá que estar asociada a problemas físicos o a efectos de una sustancia.

2.3.2.2. Definición operacional. Menor de 8 años de edad presenta enuresis de manera diaria tanto en la noche como en el día repetidas veces tanto en casa como en el colegio con una permanencia de 6 meses, llegando a causarle problemas significativos a nivel familiar, académico y social. Así mismos se evidencia una ansiedad marcada ante dicha situación limitándola en su desenvolvimiento personal.

2.4. Participante

Usuaría niña de 8 años de edad, sexo femenino, nacimiento en la ciudad de Lima Puente Piedra, grado de instrucción segundo de primaria en una institución educativa particular asiste de manera presencial. Contextura delgada, cabello negro largo, ojos negros con mirada fija, manteniendo contacto visual, tono de voz adecuada, fluidez verbal con verborrea en su relato, utiliza movimientos con la mano al momento de expresarse. Por momentos se tornaba temerosa

expresando vergüenza en sus gestos cuando se tocaba el tema de misionarse en el aula y en casa durante las noches, donde utilizaba silencios para posteriormente continuar con su relato.

2.5. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso

2.5.1. Técnicas de evaluación

- **Entrevista;** La entrevista es una técnica de recogida de información y por tanto de evaluación, pero es mucho más que eso. Su versatilidad y flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad y adaptarla incluso a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que lo confiere gran ventaja respecto al resto de las técnicas de evaluación psicológica. (Perpiña, 2012, p. 23)

- **Observación;** Con esta técnica el psicólogo intenta evaluar el comportamiento para poder codificarlos, analizarlo y ser capaz de formular nuevas hipótesis o ratificar las ya planteadas. La observación también se ha de fijar en la vestimenta, la higiene y el discurso que mantiene el paciente.

- **Línea Base;** la línea base es el reconocimiento de las conductas con las que cuenta el sujeto al inicio del tratamiento. La programación de la línea base comienza con la evaluación de la conducta del sujeto previa al tratamiento como también conocido en otros ámbitos como pretest. Se otorga a madre de familia un registro de conducta enurética diurna y nocturna donde registrara como inicia la intervención y como ira mejorando con la aplicación de la intervención.

2.5.2. Instrumentos evaluación

2.5.2.1. Pruebas aplicadas psicométricas

- **Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad**

Ficha Técnica

- **Nombre:** Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños
- **Autor:** Ida Alarcón Bustinza
- **Año:** 1993
- **País de origen:** Perú
- **Objetivo:** Identificar los principales indicadores de la ansiedad en niños y especificar la frecuencia en la que se presentan dichos indicadores.
- **Aplicación:** Individual y colectiva
- **Tiempo de aplicación:** Aproximadamente 15 minutos.
- **Corrección:** Se califica con plantillas transparentes con la cual se obtendrá un puntaje directo desde, los factores "A" hasta 04, donde la puntuación máxima para cada escala es de 10. También se podría utilizar de manera computarizada a través del programa Excel.
- **Ambito de aplicación:** niños de 6 a 12 años
- **Materiales:** Manual de Instrucciones: cuadernillo de preguntas y respuestas.
- **Usos:** Se utiliza en clínica y Psicopedagogía.
- **Descripción general:** Este instrumento fue construido en el Perú a causa de la falta de una forma apropiada y confiable de medir la ansiedad en niños. La autora consideró los cuatro componentes de la ansiedad: El fisiológico y lo emocional, el cognitivo y el motor.

La versión inicial presentaba 31 ítems, de los cuales fueron eliminados 5 ítems, estando constituida la versión final por 26 ítems. el cual apropiadamente usado y completado con medición

directa es muy útil en la práctica clínica. Los ítems se presentan en una escala graduada de 0 a 2 de la siguiente manera: nunca (0), algunas veces (1) y Frecuentemente (2).

- **Calificación:** Antes de la calificación debe revisarse las columnas de respuesta de la prueba, para separar aquellas repuestas que han sido respondidas de manera incompleta o errónea, es decir, cuando un ítem, ha sido dejado en blanco o tiene dos o más marcas. La calificación es un procedimiento simple que consiste en identificar el valor de la respuesta de la persona, de la siguiente manera, 0 puntos si marcó *Nunca*, 1 punto si marcó *Algunas veces* y 2 puntos si marcó *Frecuentemente*. La puntuación máxima a obtener en un ítem es 2 puntos y la mínima es 0.

- **Interpretación:** Dentro de la interpretación debemos tener en cuenta que, a mayor puntaje, mayor será el nivel de ansiedad, y las categorías a obtenerse oscilan entre Normal (0 a 7 puntos) Leve (8 a 15 puntos) y Marcada (16 a 52 puntos).

- **Validez :** Validez de Contenido: Se estableció la validez de constructo, para lo cual se seleccionó a 5 psicólogos, los cuales tenían que analizar si los ítems median realmente la ansiedad, para lo cual a cada uno de los psicólogos se les entregó la Lista De Chequeo y una definición de la misma. De la versión inicial compuesta por 31 ítems, se encontró un 100% de aceptación con relación a 30 ítems y un 30% de aceptación (70% de discrepancia) con relación al ítem restante, por lo que el último fue eliminado. Validez de Constructo: Posteriormente, se seleccionó al azar a un grupo de 100 niños de ambos sexos, de 8 a 10 años, de clase socioeconómica baja, a quienes se les aplicó la Lista de Chequeo Conductual elaborada. En base a los resultados obtenidos, se sometió a los ítems a un proceso de análisis estadístico con el estadígrafo de Producto-Momento de Pearson, lo que permitió a la autora hallar correlaciones significativas al $p < ,05$. que iban desde 0,198 hasta 0,425, quedando finalmente 26 ítems válidos. Validez Concurrente:

Con la finalidad de establecer la validez concurrente se correlacionó este instrumento con el Inventario de Personalidad de Eysenck para niños, para lo cual se seleccionó al azar nuevamente a un grupo de 100 niños de ambos sexos, entre 8 y 10 años y de clase socioeconómica baja, obteniéndose una correlación de 0,8481, lo cual es altamente significativo ($p < ,001$), lo que indica que el instrumento es altamente válido.

- **Confiabilidad:** El mismo grupo que se utilizó para determinar la validez concurrente, fue utilizado para determinar la confiabilidad, es decir se trabajó con una muestra aleatoria conformada por 100 niños de ambos sexos, entre 8 y 10 años y de clase socioeconómica baja, a quienes se les aplicó la Lista de Chequeo Conductual conformada por 26 ítems. Se halló la confiabilidad Test-Retest y la confiabilidad por mitades, para lo cual se hizo uso de la técnica Producto-momento de Pearson y la fórmula corregida de Spearman – Brown. El nivel de confiabilidad Test-Retest fue de 0,9293, el cual fue altamente significativo ($p < ,001$) y el nivel de confiabilidad por mitades fue de $r = 0,96$.

- **Normalización:** Finalmente se evaluó a 336 niños con edades que fluctúan entre los 6 y 12 años de edad, de ambos sexos, los cuales pertenecen a los siguientes estratos socioeconómicos: 56 niños al nivel socioeconómico alto, 56 al nivel medio, 112 al nivel bajo y 112 al nivel muy bajo. Posteriormente se extrajeron las medidas de tendencia central y medidas de dispersión para cada grupo de edad. Se utilizó la técnica de Stanones, reagrupándose los datos en tres categorías: Normal, Leve y Marcada. La autora señala que el 35% de la muestra presentó ansiedad dentro de los límites normales, un 45% ansiedad leve y un 20% ansiedad marcada. Sin que haya diferencias significativas, se encontró que los que presentan mayores niveles de ansiedad son los que provenían de niveles socioeconómicos Bajo y Muy Bajo, en relación a los que provenían de los niveles Medio y Alto.

- **Cuestionario de personalidad para niños CPQ**

Ficha tecnica

- **Nombre:** Cuestionario de personalidad para niños Forma "A"
- **Autor:** Porter y Catell (1982)
- **Base científica:** Análisis Factorial
- **Investigacion realidad:** En el Instituto Calosanz de Ciencia de la Educación España (Madrid) con una muestra de 12,209 niños.
- **Aplicación:** Individual y colectiva
- **Tiempo de aplicación:** No hay tiempo límite. Cada parte fluctúa normalmente entre 30 y 40 minutos (puede aplicarse en dos sesiones).
- **Corrección:** Se califica con plantillas transparentes con la cual se obtendrá un puntaje directo desde, los factores "A" hasta 04, donde la puntuación máxima para cada escala es de 10. También se podría utilizar de manera computarizada a través del programa Excel.
- **Ambito de aplicación:** ESPQ = 6 a 8 años.
- **Significacion:** La prueba mide personalidad a través de 14 rasgos de personalidad.
- **Materiales:** Manual de Instrucciones: Cuadernillo con reactivos, Hoja de respuestas, Perfil con Decatipos, Plantillas de corrección o programa Excel.
- **Usos:** Se utiliza en clínica y Psicopedagogía.
- **Consigna:** Las instrucciones específicas se encuentran ejemplificadas en la primera hoja del cuadernillo de reactivos.

- **Confiability:** Se ha establecido correlaciones test retest de consistencia interna y de equivalencias calculados bajo la fórmula de K - R 20, donde los Índices fluctúan desde 0.82 hasta 0.96.

- **Validez:** La validez de concepto o de constructo se obtiene bajo los índices de análisis factorial y son más fuertes en los factores de primer orden. La validez de -contenido incluye estimaciones correlacionadas con estudios empíricos más importantes de los factores de primer orden.

- **Administración:** Se explican las instrucciones de la primera hoja, Normalmente no es necesario repetir con otras palabras los. Ítems (excepto algunos términos propios), es posible la repetición de todo el reactivo o parte de él, porque algunos niños pueden no asociar correctamente el sentido empírico del reactivo. El cuestionario se aplica sin tiempo límite y con los niños. más pequeños es posible dividir el examen en. dos sesiones. Sólo cuando el examinador se halla asegurado de que el niño ha comprendido los ejemplos, puede dar la orden de iniciar la prueba.

- **Calificación:** Se coloca las plantillas de modo que coincida los asteriscos existentes en los impresos; luego se procede a obtener los puntajes directos en los factores A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, N, O, Q3, Q4, que en la plantilla ocupa una franja horizontal. Se concede un punto por cada respuesta que aparece debajo de los cuadrados transparentes. La puntuación máxima en cada factor es de 10. También se puede utilizar el programa computarizado Excel para vaciado de puntuación donde se obtendrán los resultados de manera inmediata.

2.5.2.2. Pruebas aplicadas conductuales

- **Línea Base Pre test**, la línea base es el reconocimiento de las conductas con las que cuenta el sujeto al inicio del tratamiento. La programación de la línea base comienza con la evaluación de la conducta del sujeto previa al tratamiento como también conocido en otros ámbitos como pretest. Se otorga a madre de familia un registro de conducta enurética diurna y nocturna donde registrara como inicia la intervención y como ira mejorando con la aplicación de la intervención.

2.5.3. Evaluación psicológica

- **Datos de filiación**

- Nombres y Apellidos : Q.T.A
- Edad : 8 años
- Sexo : Femenino
- Lugar de nacimiento : Lima, Perú.
- Grado de instrucción : Segundo de Primaria
- Ocupación : Estudiante
- Con quien vive : Mamá, abuela
- Dirección : Puente Piedra – Rosaluz
- Informante : Mamá
- Lugar de entrevista : Institución Educativa Particular

- **Observacion General**

Menor orientada en tiempo, espacio y persona. De estatura aproximadamente 1.10 cm de contextura delgada, tez trigueña, cabello negro largo ordenado y ojos negros. En la primera sesión se muestra tímida, con tono de voz baja y poca fluidez verbal, se mantuvo sentada con poca movilidad en su asiento, mantenía contacto visual durante toda la sesión con mirada fija, por momentos se tornaba desconfiada referente a las preguntas que se le realizaba dando respuestas vacías, así mismo concreta en sus respuestas, se evidenciaba vergüenza a preguntas referente a las micciones que presentaba durante el día. Con forme fueron pasando las sesiones menor tomo confianza y su comunicación se tornó más fluida siendo ella quien contaba lo que le sucedía día a día, le costaba mantenerse en su lugar moviéndose de un lugar a otro, tendía a distraerse con estímulos de su alrededor queriendo jugar con ellos, lo cual solicitaba que se le repita las preguntas constantemente, referente a sus respuestas se percibía que las respondía con sinceridad, así mismo ya no se tornaba vergonzosa cuando se le preguntaba sobre la conducta enurético. Durante las sesiones, ya sea presencial o virtual pedía permiso para ir al baño con una frecuencia de una a dos veces.

- **Motivo de consulta**

Tutora de menor acude al servicio de psicología mostrando preocupación referente a su alumna de 8 años menciona “estoy preocupada por mi alumna, hace varios días atrás veo que se orina en clase, su pantalón estaba mojado, me acerque a su sitio y le pregunte porque no me había pedido permiso para ir al baño, donde ella no me respondía solo miraba su carpeta, luego la acompañe a los servicios higiénicos y le dije que tiene que pedir permiso”, ahora estoy preocupada porque no es normal que haga eso ella ya tiene 8 años y a esa edad los niños ya saben ir al baño. Así mismo menciona que durante este tiempo desde que empezaron las clases la observa tímida, no quiere moverse de su sitio, si yo le cambio de sitio como generalmente se estila ella no acepta, no me dice nada y solo se queda ahí, no participa en clase, veo que es muy vergonzosa, me preocupa porque no se si de repente pasa algo en casa o en el colegio, solicito que la evalúe.

- **Problema actual**

Profesora se muestra preocupada con menor de edad debido que durante la semana a observado que se micciona durante el horario de clase, así mismo menciona que observa a menor todo el tiempo sentada, cuando ocurre el episodio observa que se tapa con su chompa, es cuando docente se acerca a menor y le da permiso para que valla al baño, menor suele no pedir permiso al baño y mantenerse sentada en su sitio, la comunicación de la menor con sus compañeros es mínima, prefiere hacer las cosas sola, le cuesta participar en clase.

En la entrevista con la menor, menciona “no sé porque me pasa eso, me pasa en el salón y en mi casa no puedo controlarlo” mi mamá me manda con ropa de cambio cuando me pasa eso voy al baño y me cambio, mis compañeros en clase no se han dado cuenta, me da miedo que me vean y se burlen de mí, muchas veces sudo demasiado en mi sitio, late fuerte mi corazón, siento como si me fuera a desmayar porque no quiero pedir permiso para ir al baño, recuerdo que una vez fui al baño y mi compañero agarro mi cartera “poppy” y la rompió y no quiero que vuelvan agarrar mis cosas y otras veces hablo despacio y la profesora no me hace caso.

En mi casa pasa lo mismo, pero en las noches, “siempre amanezco mojada”, mi mamá me cambia y me dice que ya me pasará que tengo que aprender a aguantar la “pichi” e ir al baño antes de ir a la cama, “siempre lo hago, voy al baño antes de dormir, pero igual pasa” manifestando tristeza en su relato, pienso “como no quisiera orinarme hoy”. Pero igual me orino. En ocasiones mi mamá se molesta conmigo gritándome fuerte, no me entiende, me dice que deje de hacer eso, pero es algo que no puedo controlar. Muchas veces no quiero que llegue las noches porque se que me pasara lo mismo y mi mamá y abuelitos están pendientes a que no me orine, cuando me levanto van a mi cuarto a verificar si me orine.

En la entrevista con la mamá menciona que el problema que tiene su hija comenzó hace 8 meses aproximadamente, yo empecé a trabajar puse un negocio de ropa y me ausento de casa durante todo el día, regreso en la noche, no tengo el tiempo suficiente con mi hija, siento que la he descuidado, cuando llego a casa ha pasado que por el problema que tiene he empezado a renegar con ella porque ya está grande y no debiera orinarse. Mi hija se queda a cuidado de mi mamá y ella es quien la consiente, cuando le pasa eso ella la cambia, la asea y le da ropa limpia para que se cambie, cuando yo quiero corregirla ella se mete y no me deja.

Esto también se incrementó debido que inicio a ver películas de terror, en las noches no quería dormir sola, durante el día hablaba sobre lo que había visto y cuando tenía que ir a un lugar sola dentro de la casa tenía miedo. En las noches no quería ir al baño sola pensando que podría ver sombras, lo cual solo se quedaba echada en la cama, yo le reclamaba que esta así con temor por ver películas de terror es cuando incremento el orinarse en las noches en la cama.

- **Desarrollo cronológico del problema**

A los 3 años logra tener control de esfínteres usando el baño de manera adecuada

A los 4 años sufre de infección urinaria donde la llevan al pediatra y realizan los exámenes necesarios. A esa edad también le sucede que inicia a tener miedo a sonidos fuertes de alrededor, esto se incrementaba en navidad y año nuevo por los cohetones, menor corría a esconderse en el baño o debajo de la cama es donde mamá la acompañaba. Así mismo inicia el temor a los payasos donde evitaba asistir a fiestas infantiles cuando veía que llegaban payasos a las fiestas se corría y salía de la fiesta hasta que ellos se vallan.

A los 6 años en tiempo de pandemia COVID-19 empieza a orinarse en las noches frecuentemente, mamá menciona que esto se dio por el temor que sentía por todo lo que escuchaba en las noticias, así mismo le daba miedo levantarse en las noches. Esto también sucedía cuando estaba entretenida mirando televisión, manifestando que no se daba cuenta y solo se orinaba.

A los 7 años con las clases virtuales mamá menciona que menor empezó a misionarse durante el día sustentando menor que lo hacía porque se olvidaba debido que estaba haciendo tareas o en clases, mamá trataba de corregir, pero abuelitos la defendían mencionando que es pequeña y que es normal que le pase eso.

A los 8 años a inicios de clases menor presento la conducta de misionarse en aula, mencionando que le sucedía ello porque se le olvidaba, vergüenza de pedir permiso al baño y recordar el suceso que sus compañeros rompieron su mochila de tipo “poppy” y pensar que volverían agarrar sus cosas por lo cual prefería no salir de aula ni ir al baño. Durante las noches el misionarse sucede todos los días, menor menciona “no entiendo porque sucede eso, todas las noches pasa”, mamá menciona que ha optado por levantar a la menor a las 3 am para llevarla al baño y que misione lo cual ha hecho que en algunas ocasiones no se orine en la cama.

- **Historia Personal**

Educación

Menor inició la escolaridad a los 4 años con educación inicial, donde su desenvolvimiento y relaciones sociales eran escasas, siendo tímida prefiriendo realizar sola sus actividades, sin embargo, con algunos compañeros se tornaba desenvuelta compartiendo momentos de juegos. A nivel de su rendimiento académico no presento dificultades, siendo una niña con adecuado desenvolvimiento a nivel intelectual propio de su edad.

A los 5 años cursa nivel inicial, es donde tuvo que estudiar de manera virtual debido que se presentó un estado de emergencia a nivel mundial COVID-19 donde todos tuvimos que pasar un confinamiento permaneciendo en nuestros hogares. Es donde presento dificultades para adaptarse a las nuevas clases y mantener la atención de manera adecuada. Tendía a distraerse rápidamente con sonidos de su alrededor y rechazaba las clases. Le costó el aprendizaje presentando dificultades en algunos cursos.

Cuando inicia la educación primaria, realizó sus clases de manera virtual debido que se mantenía el estado de emergencia por la COVID-19, al inicio del año escolar presentaba dificultades con la comprensión de los trabajos y tareas. Así mismo presentaba temores a contagiarse donde se cuidaba en todo momento, lavándose constantemente las manos y siendo precavida con todas las medidas de seguridad.

Actualmente cursa segundo de primaria con clases de manera presencial, profesora menciona que es poco sociable, prefiriendo hacer sus actividades de manera individual no congeniando mucho con sus compañeros, tiende a ser desconfiada y precavida de su entorno cuidando mucho sus cosas y manteniéndose todo el tiempo en su mismo lugar, le cuesta cambiarse de lugar en el salón, mencionando que donde se sienta se siente segura, “en otro lugar me empujarían”. Comenzó a presentar la conducta de misionarse en clase debido que tiene vergüenza a expresarse y dejar sus cosas solas. A nivel intelectual su rendimiento académico es positivo, respondiendo adecuadamente las actividades de clase.

Desarrollo psicosexual

Menor se identifica con su sexo, no presenta preferencia de apego ni por mamá ni papá. Tiende a ser más independiente, le cuesta manifestar expresiones de afecto como abrazos y besos a nivel familiar. En las últimas semanas menor a empezado a mencionar a su mamá que hay un niño que la molesta y que a ella le gusta, mostrándose con sentimientos de pudor y vergüenza. Siendo sus relaciones sociales más comfortable para ella con niñas, evita tener contacto con los niños debido que juegan tosco. Por otro lado, menor a empezado a preguntar a su mamá sobre palabras y gestos de connotación sexual debido que en su aula los niños han empezado a tener dichas expresiones.

Actitudes y preferencias religiosas

De religión católica, no practicante

Interacción Social

Menor se torna cohibida, tímida, de poca comunicación verbal, se comunica con tono de voz baja, en aula suele permanecer en su sitio, gustándole sentarse en la última fila, cuando un compañero se acerca a ella suele ser cortante y distante evitando la comunicación y juego. En ocasiones le cuesta controlar sus impulsos siendo parca al momento de expresar su opinión o emociones a su entorno. En casa con sus primos al ser un ambiente de confianza para ella y de agrado suele ser más comunicativa y disfrutar de los juegos.

Hábitos e intereses

Menor disfruta de los juegos con muñecas, manualidades, pintar y de imaginación sobre los videos que visualiza.

Enfermedades y accidentes

Niega enfermedades y accidentes

- **Historia familiar**

- **Padre:**

Nombre: G. T. L

Edad: 44 años

Ocupación: Conductor

Estado civil: Separado

Grado de instrucción: Secundaria completa

Características de personalidad: Introverso, poco comunicativo, gusta más de su trabajo que compartir tiempo con hijos.

Relación con menor: distante, con comunicación con su hija una vez al mes, hace seis meses que no ve a menor, poco afectivo y no participa en la educación, crianza y afecto hacia menor. Usuario no pregunta sobre su papá prefiriendo estar en casa con mamá y abuelos.

- **Madre**

Nombre: P. A. J

Edad: 38 años

Ocupación: Trabajo independiente

Estado civil: Separada hace 8 años

Grado de instrucción: Secundaria completa

Características de personalidad: Reservada al exponer temas relacionados a su familia, minimizando la conducta enurética de menor, tiende a tener mayor control hacia menor levantando la voz en ocasiones, menciona que no desea ser permisiva con hija para que así menor tenga claro sus roles.

Relación con menor: comparte poco tiempo durante el día con hija sin embargo está pendiente de sus tareas y actividades diarias, así mismo suele corregir a menor alzando la voz y en ocasiones perdiendo la paciencia. Reconoce que le falta ser más afectiva con hija abrazándola muy poco.

- **Abuela**

Nombre: P. J.

Edad: 60 años

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

Grado de instrucción: Secundaria completa

Relación con menor: Es de sobreprotección realizándole la mayoría de actividades de autocuidado de menor, cuando sucede la conducta enurética la consuela y cambia lo cual no comparte mamá de usuaria.

- **Abuelo**

Nombre: G. A.

Edad: 63 años

Ocupación: Conductor

Estado civil: Casado

Grado de instrucción: Superior completo

Relación con menor: Es afectivo demostrándole cariño en todo momento, así como de cuidado, no le gusta que llamen la atención resonando a las personas que lo hacen. Ante la conducta enurética menciona “ya hijita, cámbiate nada mas no te preocupes”.

2.5.4. Evaluación psicométrica

2.5.4.1. Informe de la lista de chequeo conductual de la ansiedad de niños

- **Datos de filiación**

Apellidos y Nombre : Q.T.A

Edad : 8 años

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : 2do de primaria

Ocupación : Estudiante

Lugar de Procedencia : Lima – Puente Piedra

Psicóloga : Lucerito Cashpa Carrasco

Fecha de evolución : 22/07/22

- **Instrumentos aplicados**

- Entrevista psicológica
- Observación conductual
- Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en niños

- **Resultados**

Puntaje: 35 puntos

Nivel de Ansiedad Marcada

- **Interpretación de los resultados**

En la evaluación se obtiene una ansiedad marcada presentando indicadores altos en los cuatros componentes de la ansiedad a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y motor. Tales como ganas de llorar, presentar pesadillas referentes a muerte de sus familiares y temor a quedarse sola, sentirse débil y cansarse fácilmente, temblor de manos, pies cuando está nerviosa, sentimiento de ahogo, morderse las uñas, sentir más apetito de lo normal, pensamientos que los niños se burlan de ella y olvidos de lo que estudia cuando rinde un examen.

- **Recomendaciones**

- Técnicas de relajación
- Terapia cognitivo conductual
- Intervención familiar

2.5.4.2. Informe de cuestionario de personalidad para niños (CPQ)

- **Datos de filiación**

Apellidos y Nombre : Q.T.A

Edad : 8 años

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : 2do de primaria

Ocupación : Estudiante

Lugar de Procedencia : Lima – Puente Piedra

Psicóloga : Lucero Cashpa Carrasco

- **Instrumentos aplicados**

- Entrevista psicológica
- Observación Conductual
- Cuestionario de personalidad para niños (C.P.Q.)

- **Resultados**

Tabla 1

Percentiles de personalidad según factores

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q3	Q4
PD	3	6	1	1	2	1	3	1	5	2	0	3	2	2

Figura 1

Grafico de resultados



- Interpretación de los resultados**

La prueba mide 14 rasgos de personalidad:

Factor A: Menor tiende a ser reservada, alejada, fría y crítica.

Factor B: Inteligencia promedio donde su pensamiento tiende a ser concreto.

Factor C: Tiende a tener menos tolerancia a la frustración, inestable socialmente inmaduro, siendo más propensa a perder el control emocional.

Factor D: Tiende a la calma, poco expresiva, poca activa, tranquila o cautelosa.

Factor E: Tiende a ser más obediente, sumiso, dócil, tiende acomodarse fácilmente a los demás cediendo.

Factor F: Tiende a ser más seria y se auto despreocupa con tendencia a ser prudente consigo misma.

Factor G: Con tendencia a ser despreocupada, desatenta a las reglas actuando por conveniencia propia con fuerza del super ego.

Factor H: tiende a ser cohibida, tímida, sensible se amedrentar fácilmente y mediante el alejamiento, intenta evitar la amenaza excesiva de la estimulación social.

Factor I: Con tendencia a la sensibilidad dura, realista con confianza solo en sí misma.

Factor J: Con tendencia a ser indecisa, reservada, individualista donde no le gusta actuar en grupo.

Factor N: Sencilla, sincera, natural, sentimental y poco sociable.

Factor O: Tendencia a ser más tranquila, apacible y confiada de sí misma.

Factor Q3: Menos integrada al entorno, relajada siguiendo sus propias necesidades descuidando las reglas sociales.

Factor Q4: Relajada, tranquila.

- **Recomendaciones**

- Entrenamiento en autoestima
- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Entrenamiento en control de emociones
- Terapia cognitiva conductual

2.5.5. Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLOGICO

Datos de filiación

Apellidos y Nombre	:	Q.T.A
Edad	:	8 años
Estado Civil	:	Soltera
Grado de instrucción	:	2do de primaria
Ocupación	:	Estudiante
Lugar de Procedencia	:	Lima – Puente Piedra
Psicóloga	:	Lucerito Cashpa Carrasco

Fecha de informe : 25/07/22

Motivo de consulta

Tutora de menor acude al servicio de psicología mostrando preocupación referente a su alumna de 8 años menciona “estoy preocupada por mi alumna, hace varios días atrás veo que se orinado en clase, su pantalón estaba mojado, me acerque a su sitio y le pregunte porque no me había pedido permiso para ir al baño, donde ella no me respondía solo miraba su carpeta, luego la acompañe a los servicios higiénicos y le dije que tiene que pedir permiso”, ahora estoy preocupada porque no es normal que haga eso ella ya tiene 8 años y a esa edad los niños ya saben ir al baño. Así mismo menciona que durante este tiempo desde que empezaron las clases la observa tímida, no quiere moverse de su sitio, si yo le cambio de sitio como generalmente se estila ella no acepta, no me dice nada y solo se queda ahí, no participa en clase, veo que es muy vergonzosa, me preocupa porque no se si de repente pasa algo en casa o en el colegio, solicito que la evalúe.

Pruebas psicologicas administradas

- Lista de chequeo conductual de la ansiedad de niños
- Cuestionario de personalidad para niños (CPQ)

Analisis e interpretacion de resultados

En la lista de chequeo de ansiedad obtiene un puntaje de 35 con niveles de ansiedad marcada presentando indicadores altos en los cuatros componentes de la ansiedad a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y motor. Tales como ganas de llorar, presentar pesadillas referentes a muerte de sus familiares y temor a quedarse sola, sentirse débil y cansarse fácilmente, temblor de manos, pies cuando está nerviosa, sentimiento de ahogo, morderse las uñas, sentir más

apetito de lo normal, pensamientos que los niños se burlan de ella y olvidos de lo que estudia cuando rinde un examen.

En el cuestionario de personalidad menor tiende a ser reservada, tranquila, cautelosa y crítica. Poca expresiva, siendo cohibida, tímida, sensible a las críticas lo cual la hace inestable socialmente, alejándose de las amenazas excesivas de la estimulación social siendo más propensa a perder el control emocional. Con tendencia a ser indecisa, individualista donde no le gusta actuar en grupo, siguiendo sus propias necesidades descuidando las reglas sociales. Suele tener menos tolerancia a la frustración.

2.5.5.1.Diagnostico

Tabla 2

Diagnostico tradicional

SINTOMATOLOGIA DSMV	SINTOMAS EN LA USUARIA
- Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea de manera involuntaria o voluntaria	- Micción en la cama y ropa involuntaria durante el día y la noche
- El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico u otras áreas importantes del funcionamiento.	- Micción de manera diaria por lo menos un año perjudicando su entorno personal, familiar, social y académico - Inicio de enuresis 6 años - Se descarta afección medica

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - La edad cronológica es de por lo menos 5 años. - El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (diabetes, espina bífida, epilepsia). - Puede estar asociada a las exigencias de una madre sobreprotectora, así como al rechazo de la disciplina impuesta por el adulto. - En base a los conflictos emocionales que rodean la enuresis secundaria, suelen detectarse causas psicológicas, como dificultades familiares. | <ul style="list-style-type: none"> - Menor presenta una dinámica familiar sobreprotectora, así como el rechazo a la disciplina dada por los adultos. - Menor presenta una dinámica familiar con dificultades y tensión familiar. |
|--|--|
-

Presuncion diagnóstica

- Enuresis no orgánica F98

Tabla 3*Diagnostico funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
- Orinarse	- Duerme poco	- No duerme sola
- Vergüenza para pedir permiso para ir al baño	- Habilidades sociales	
- Quedarse sentada	- Distracción	
- Temor a la oscuridad	- Poca comunicación	
- Entretenerse jugando	- Ir pocas veces al baño	
- Sudor		
- Palpitaciones del corazón		
- Sensación de desmayo		
- Vergüenza		
- Ansiedad		
- “miedo a ir sola al baño”		
- Tristeza		
- Miedo		
- Enojo		
- “no sé porque me pasa eso no puedo controlarlo”		

-
- “Me da miedo que mis
compañeros se den
cuenta”
 - “se burlarán de mi”
 - “no quiero orinarme
hoy día”
 - “tengo miedo que haya
algo en el baño”
 - “tengo miedo de ir sola
al baño”
 - “si salgo mis
compañeros agarran mis
cosas”
-

Tabla 4*Análisis funcional*

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
Externos:	Fisiológico:	Externo:
Vergüenza de pedir	Sudor (7)	Permisividad de
permiso para ir al baño	Palpitación del	abuelitos (R+)
Entretenerse jugando	corazón (8)	Abuelitos la engríen
Llamada de atención de	Sensación de	(R+)
mamá	desmayo (6)	Abuelita asea y lava su
Compañeros agarren sus		ropa (R+)
cosas	Emocional:	Llevar ropa de cambio
		al colegio (R+)
		Profesora está atenta a
		menor para que pida

Cuando llega la hora de dormir	Tristeza (7)	permiso para ir al baño (R+)
Evitar ir al baño por miedo	Miedo (9)	Familiares preguntan constantemente si quiere ir al baño (R+)
Entrenarse en actividades	Vergüenza (9)	Gritos de mamá (R-)
	Enojo (7)	
	Ansiedad (9)	
Internos:	Cognitivo:	Interno:
“no entiendo porque pasa eso”	“no sé porque me pasa, no puedo controlarlo”	“no quiero que mis compañeros se den cuenta que me orino” (R-)
“voy al baño antes de dormir, pero igual pasa”	“me da miedo que mis compañeros se den cuenta.	“no quiero orinarme en mi ropa” (R-)
“no salgo al baño porque mis compañeros pueden agarrar mis cosas y romperlas”	“se burlarán de mi”	
“mis compañeros se pueden dar cuenta que me orino”	“no quiero orinarme hoy día”	
“pienso que puede a ver algo en el baño”	“si salgo mis compañeros agarraran mis cosas”	
“tengo miedo salir sola al baño”	“tengo miedo que haya algo en el baño”	
	“tengo miedo de ir sola al baño”	
	Motor:	
	Orinarse	
	Quedarse sentada	
	Poca comunicación	
	Distracción	
	No salir al baño	
	Duerme con mamá	

Tabla 5*Diagnóstico cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
No querer salir del salón para ir al baño	“me da miedo que mis compañeros se den cuenta”	Temor – quedarse sentada y orinarse
Entretenerse jugando	“no sé porque me pasa, no puedo controlarlo”	Tranquilidad – Orinarse
No hablar para pedir permiso para ir al baño	“la profesora no quiere que pidamos permiso para ir al baño”	Vergüenza – No hablar y orinarse
Cuando llega la hora de dormir	“no quiero orinarme hoy día”	Tristeza – Orinarse en la cama
Temor de ir al baño sola	“tengo miedo que haya algo en el baño”	Miedo – quedarse echada en la cama y orinarse
Orinarme en el pantalón	“se burlarán de mi”	Vergüenza – quedarse sentada y orinarse
Salir del aula	Si salgo mis compañeros agarran mis cosas	Miedo – quedarse sentada y orinarse

Recomendaciones

- Terapia cognitiva conductual para la enuresis secundaria mixta
- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Entrenamiento en control de emociones
- Establecer y supervisar nuevos hábitos y horarios para dormir
- Establecer y supervisar nuevos horarios durante el día.

2.5.5.2. Informe de evaluación conductual

Datos de filiación

Apellidos y Nombre : Q.T.A
 Edad : 8 años
 Estado Civil : Soltera
 Grado de instrucción : 2do de primaria
 Ocupación : Estudiante
 Lugar de Procedencia : Lima – Puente Piedra
 Psicóloga : Lucero Cashpa Carrasco

Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Observación Conductual
- Línea Base Frecuencia

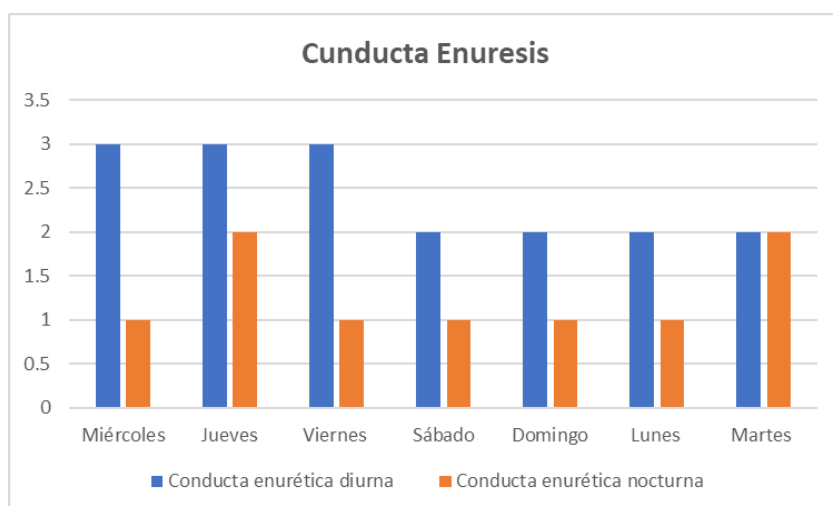
Resultados

Tabla 6

Tabla de linea base

	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes
Conducta	3	3	3	2	2	2	2
enurética							
diurna							

Conducta	1	2	1	1	1	1	2
enurética							
nocturna							

Figura 2*Línea base***Interpretación de los resultados**

En la aplicación de línea base de frecuencia de la conducta enurética se registró tanto enuresis diurna y enuresis nocturna con una duración de una semana donde se puede observar que los días miércoles, jueves y viernes se mantuvo con más frecuencia las veces de micción durante el día, así mismo las veces de micción durante la noche es con menos frecuencia sin embargo al menos una vez por noche se presenta, los fines de semana se presenta menos veces de micción, debido que se encuentra mamá en casa quien es quien supervisa durante el día y noche.

Recomendaciones

- Terapia cognitiva conductual en enuresis

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Se presentan las sesiones terapéuticas para el cuadro clínico de enuresis secundaria mixta, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con las técnicas aplicadas como; psicoeducación, línea base, reestructuración cognitiva para aliviar la ansiedad, culpa y vergüenza, entrenamiento en auto instrucciones, técnicas de entrenamiento en cama seca, técnica de exposición gradual, técnica de respiración abdominal y técnica de exposición. El tratamiento fue de 25 sesiones con una duración de 60 minutos con una duración de 7 meses desde el 15 de mayo del 2023 hasta diciembre del 2023 las sesiones fueron de manera presencial al inicio se recogió datos tanto de la madre de familia, tutora y niña, posteriormente la intervención se realizó con la menor, siempre con acompañamiento de la mamá.

2.6.2. Programa de intervención

2.6.3. Objetivos

2.6.3.1. Objetivo general. Eliminar la conducta enurética secundaria a través de un programa de intervención cognitivo conductual

2.6.3.2. Objetivos específicos

- Concientizar a la madre y niña sobre la enuresis, causas y consecuencias e informar sobre el tratamiento cognitivo conductual.
- Reducir los pensamientos distorsionados a través de la reestructuración cognitiva.
- Generar estrategias para el control de las emociones a través de técnicas de regulación emocional.

- Instaurar conductas adaptativas en eliminación de enuresis a través de técnicas conductuales.

2.7. Procedimiento

Tabla 7

Plan terapeutico

OBJETIVO	SESIÓN	TÉCNICA
O.E.1. Psicoeducación a la terapéutica madre y niña sobre la enuresis, causas y consecuencias e informar sobre el tratamiento cognitivo conductual	Sesión 1: Alianza	- Se realiza la explicación del procedimiento de la intervención terapéutica, beneficios y alcances recalcando que la participación continua de la madre será de suma importancia. - Firma del contrato terapéutico
	Sesión 2: Psicoeducación	- Se informa acerca de la enuresis, causas y consecuencias a través de

		imágenes, videos, infografías y cuentos a la niña y madre.
		- Se informa sobre la TCC y la importancia del tratamiento cognitivo, emocional y conductual.
O.E.2	Sesión 3 y 4:	-A través de un video
Reconocer y promover el cambio de los pensamientos distorsionados a través de la restructuración cognitiva	Reconociendo mis pensamientos negativos	se expondrá diversas formas de pensar de niños ante diversas situaciones y como ello repercute en su conducta
		- Zaping mental: se identifican los pensamientos negativos y positivos y se le menciona a la menor que tendrá un control remoto con diversos botones para alternar su forma de pensar, canal 1 de las malas noticias, canal 2 de las buenas noticias (pensamientos alternativos)

- Técnica ABC

donde se trabaja con la menor que aprenda a identificar las situaciones que activa la conducta enurética donde nos apoyaremos a través de imágenes.

- Aserción

Sesión 5 – 6 – 7 -
8: Reducir y formular
pensamientos más
adaptativos

encubierta; elegir un pensamiento de los que se han identificados e imaginarlo, sentirlo y visualizarlo. Cuando ya haya imaginado dicho pensamiento y lo tengo en la realidad (esto se observa cuando el paciente comienza a ponerse intranquilo, síntomas somáticos) dejar que permanezca así durante 2 minutos y después gritar “STOP”. Una vez que se ha realizado la detención del

pensamiento el paciente debe levantarse y caminar para relajarse y visualizar y concentrarse en imágenes positivas.

- Refutación o debate, donde se le enseñara a la menor que dichos pensamientos son hipótesis y habrá que determinar si son validad o no a través de un cuestionamiento.

- Detective de pensamientos; ¿Qué pistas tengo de que mis compañeros se burlan de mí?, se ensaya el razonamiento hipotético-deductivo en la búsqueda de pruebas y pistas para los pensamientos y creencias disfuncionales que afecta a la menor.

- Periodista de encuestas; ¿Cuántos de mis compañeros piensan lo mismo? Es una técnica para cotejar las creencias irracionales con respuestas adaptativas a partir de saludables reportajes.

- Técnica de imaginación racional emotiva; se le dará a leer un cuento en sesión en base a situaciones y pensamientos positivos, para ello la menor deberá relajarse e imaginar un suceso cualquiera donde presenta pensamientos negativos los cuales tendrá que sustituir por las escenas positivas del cuento y así generar pensamientos más adaptativos.

		- Modelamiento cognitivo; El terapeuta verbaliza en voz alta sus pensamientos al confrontar un problema en la cual presenta pensamientos relevantes y eficaces para la resolución de la misma. El objetivo es que la niña pueda poner en práctica lo aprendido cuando se exponga situaciones similares.
O.E.3.	Sesión 9 – 10 - 11:	- Zumbo como una
Promover estrategias para el control de las respuestas disfuncionales.	Reducir la carga emocional para el control de respuestas disfuncionales (Ansiedad)	abeja y mis pensamientos se alejan; taparse las orejas con los dedos, cerrar los ojos, respira y luego pronuncia “mmmmmmm”, repite la actividad cuantas veces desees.
		- Técnica del cubo de hielo: visualiza una serie de imágenes donde

entiende y aprende la metáfora del cubo de hielo y como imaginariamente debe derretirse y soltarse dejando los sentimientos negativos irse de ella.

- Frezer del enojo; una vez que la usuaria reconoce las señales de activación emocional disfuncionales (ansiedad), podemos entrenarla en la producción de autoinstrucciones y otras estrategias que “enfrien la calentura”.

- Técnica del semáforo: se le da una hoja y colores donde dibujara un semáforo posteriormente se le explica el significado de cada color y como utilizarlos para llegar a calmarse ante

situaciones de estrés, se pone en práctica lo enseñado a través de casuísticas.

-Técnica de la tortuga:
se le muestra el video de la técnica de la tortuga y se practica en la sesión hasta que logre realizarlo satisfactoriamente llegando a controlar sus impulsos haciendo como la tortuga.

-El refugio; resulta útil que la niña ubique una situación y lugares reales o imaginarios que los ayuden a regular sus emociones. Refugios ideales de algunos chicos: la playa, de vacaciones, solo en mi cuarto, mirando las estrellas.

adaptativas	en	- Registros
eliminación	de	diarios: se le otorgará las
enuresis y habilidades		fichas de registro donde
blandas a través de		anotará la frecuencia en la
técnicas conductuales		que se da la enuresis
		durante el día y la noche que
		será pieza fundamental para
		evaluar el grado de avance
		del tratamiento.
		- Disminuir
		situaciones estresantes:
		evitar comentarios de
		carácter negativos,
		eliminando los gritos,
		amenazas, jalones y
		manazos que refuerzan sus
		temores y mantienen la
		enuresis.
		- Conductuales
		simples: vaciado de la
		vejiga antes de acostarse,
		accesibilidad al servicio
		higiénico, poner cubiertas

impermeables para el colchón y edredón.

- Conductas complejas; responsabilizar al niño de su higiene personal y de la ropa después de cada episodio enurético.

- Economía de fichas: se adicionará a la técnica refuerzos agradables para la menor los cuales se obtendrán en un tiempo determinado y si cumple lo asignado. Motivación y recompensa.

- Entrenamiento en cama seca; se realizará la técnica con un despertador el cual lo tendrá la mamá donde realizara el despertar escalonado, en la primera noche se realizará la ingesta

	de líquido para que la práctica sea más intensiva
Sesión 13 – 14 – 15 – 16 –	(sobre aprendizaje).
17 – 18 – 19: Promover	- Entrenamiento
conductas adaptativas en	en retención; se realizará
la eliminación de enuresis	durante una noche completa
	(la niña y su madre)
	- Exposición
	gradual: Se basa en la
	exposición de la persona con
	el estímulo temido, hasta
	conseguir ingresar sola al
	baño y hacer uso de el sin
	temores.
	✓ Acercarse y
	mirar desde afuera el baño
	✓ Abrir la puerta
	del baño
	✓ Mirar hacia
	dentro del baño
	✓ Pasar al baño

✓ Ingresar al
baño dejando la puerta
abierta

✓ Cerrar la
puerta estando dentro del
baño

La práctica
programada implica la
exposición diaria y graduada
a las situaciones temidas,
iniciando por situaciones que
produzcan un nivel bajo de
ansiedad e ir avanzando hacia
situaciones más ansió genas.

- Entrenamiento
intensivo: se le motiva a la
niña antes de ir a dormir de
no mojar la cama, donde se le
explica que se usará un
despertador del que se
encargará su madre para
despertarla en los momentos
que requiera la técnica. La

niña bebe un vaso de su bebida favorita y se acuesta. Se le hace 10 ensayos de la práctica positiva, que repita las instrucciones “si me orino en la cama, me levanto, voy al baño contando en voz baja hasta 50, me siento en el wáter y al termino de orinar, vuelvo a la cama, para sacar las sábanas mojadas y ponerlas en cesto de ropa sucia y tiendo una seca en la cama, luego me cambio de pijama, lavo el pijama orinado, la tiendo y me acuesto a dormir (le llevara 2 minutos, las 10 repeticiones). Ambas tareas tanto las de limpieza como las de ir al baño, tiene que recordarlas cada vez que orine la cama.

- Supervisión

post-entrenamiento: hasta que consiga 7 noches consecutivas seca. Acá se despierta a la niña escalonadamente, primero se le despierta 3 horas después que se haya acostado para que valla al baño a orinar (pero ya no se le hace retener). Si esa noche no se moja, al día siguiente se le despertara 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 continua hasta que el tiempo de despertar coincida con una hora posterior al tiempo de

acostarse la niña y así se suspende el despertar escalonado.

- 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 practica 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 consigue 7 días seca se retira el entrenamiento.

- Consecuencias

positivas: por tener la cama seca, atención social (que bien hija, lo has logrado, me

siento orgullosa de ti, abrazos y besos).

- Trabajar la autoestima por medio del auto concepto con el objetivo de fomentar habilidades de autoconocimiento y generar una visión positiva de sí misma.

- Modelado encubierto: la niña imaginara una serie de situaciones en la cual interactúa de manera positiva con su entorno y que está viviendo una situación que disfruta para después enfrentar dicha situación.

Sesión 20 – 21 –
22 – 23 - 24: Promover conductas adaptativas para habilidades blandas.

- Estilos de comunicación: a través de videos, imágenes y situaciones se le explica la diferencia entre los estilos de comunicación para

			posteriormente realizar
			casuísticas donde identifique
			los estilos de comunicación y
			lo practique.
			- Rol playing:
			Se realiza un juego de roles
			entre el psicólogo y niña
			donde interactúa de manera
			positiva con su entorno,
			mostrándose comunicativa y
			disfrutando de la interacción
			social sin temor y vergüenza.

O.E.5	Sesión	25:	-Control de manera
Prevención	de seguimiento de caso		quincenal, después de dos
recaídas			meses, luego cada seis meses.
			-El control se realizará
			con mamá quien dará
			información sobre usuaria.

2.8. Consideraciones éticas

Para el presente trabajo de análisis de caso se obtuvo el permiso de la mamá de menor quien aprobó que se pueda realizar el caso de su menor hija como trabajo académico, así mismo se obtuvo la colaboración de la tutora de aula quien apoyo con la observación de conducta enurética. Como la disposición de la menor a las sesiones bridadas en cada sesión.

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 1 semana, como los resultados semanales al aplicarle el programa de intervención cognitiva conductual, realizado en 25 sesiones de tratamiento y un mes de seguimiento

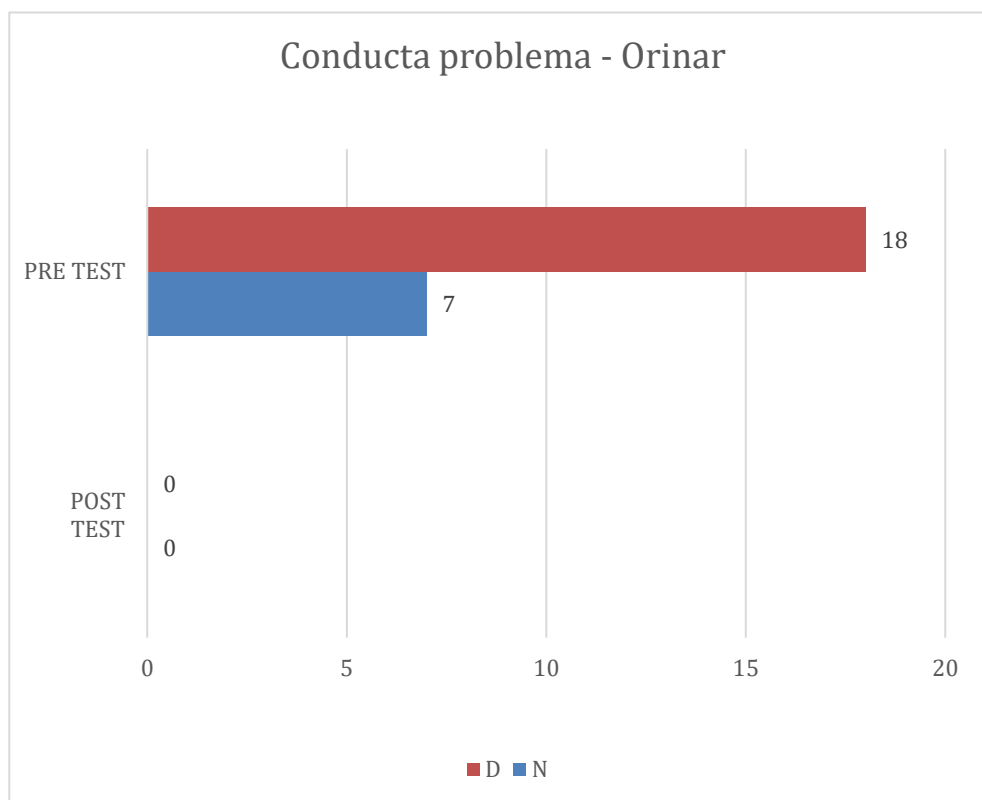
3.1. Resultados pre y post intervención

Tabla 8

Resultados pre y post test de conducta enuretica

Conductas Problemas	Fase	Tipo	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Lun	Mar	Total
Orinar	pre	D	3	3	3	2	2	2	3	18
		N	1	2	1	1	0	1	1	7
	Post	D	0	0	0	0	0	0	0	0
		N	0	0	0	0	0	0	0	0

En la tabla 8 se puede evidenciar la disminución de la conducta problema “Orinarse” donde en la enuresis diurna tuvo una puntuación de 18 y la enuresis nocturna una puntuación de 7 micciones en el pre tes, posteriormente en el post test se obtuvo 0 micciones tanto diurna como nocturna

Figura 3*Conducta problema – orinar***Tabla 9***Intensidad de pensamientos irracionales sobre enuresis*

Conductas Problemas	Fase	Intensidad	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
“No sé por qué me pasa, no puedo controlarlo”	pre	I	8	8	8	8	8	6	6	52
	post	I	0	0	0	0	0	0	0	0
“Me da miedo que mis compañeros se den cuenta”	pre	I	10	10	10	10	10	5	5	60
	post	I	0	1	0	1	0	0	0	2
“Se burlaran de mi”	pre	I	10	10	10	10	10	8	8	66
	post	I	1	0	0	0	0	0	0	1

“No quiero orinarme hoy día”	pre	I	10	10	10	10	10	8	8	66
	post	I	0	0	0	1	0	0	0	1
“Tengo miedo que haya algo en el baño”	pre	I	8	8	10	8	8	10	10	62
	post	I	0	0	1	0	0	1	1	3
“Tengo miedo de ir sola al baño”	pre	I	8	8	10	8	8	10	10	62
	post	I	0	0	0	0	0	0	0	0

En la tabla 9 se puede evidenciar los pensamientos que tenía menor al inicio de la intervención, siendo uno de ellos “nos sé porque me pasa, no puedo controlarlo” con 52 de intensidad y en post disminuye considerablemente, “se burlaran de mi” con 66 de intensidad sin intervención y ahora post test 1 disminuyendo considerablemente la carga cognitiva.

Figura 4

Pre y post tes de pensamientos

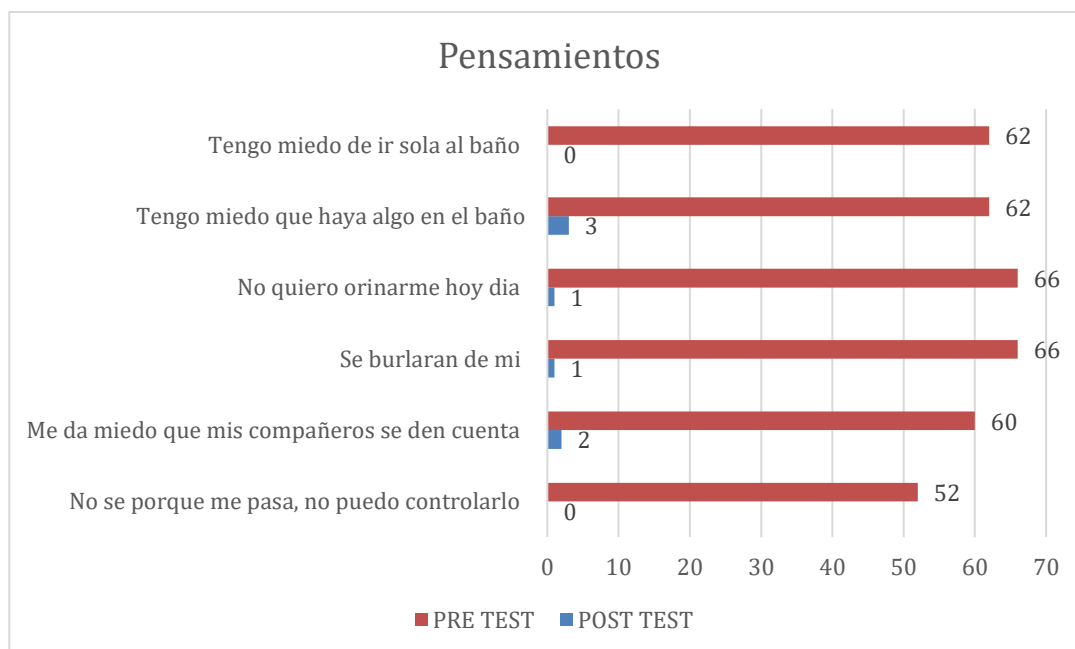
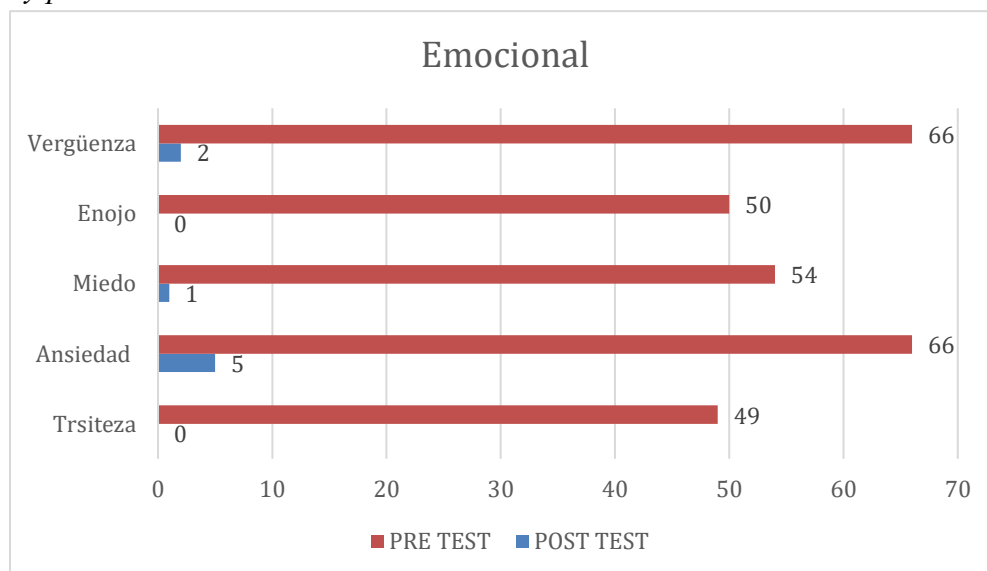


Tabla 10*Intensidad de emociones sobre conducta enuretica*

Conductas Problemas	Fase	Intensidad	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Tristeza	pre	I	7	7	7	8	8	6	6	49
	post	I	0	0	0	0	0	0	0	0
Ansiedad	pre	I	10	10	10	10	10	8	8	66
	post	I	1	1	1	1	1	0	0	5
Miedo	pre	I	7	8	7	7	7	9	9	54
	post	I	0	0	0	0	0	1	0	1
Enojo	pre	I	8	7	7	7	7	7	7	50
	post	I	0	0	0	0	0	0	0	0
Vergüenza	pre	I	10	10	10	10	10	8	8	66
	post	I	1	1	0	0	0	0	0	2

En la tabla 10 se puede evidenciar la carga de emociones que venían afectando a la usuaria las cuales fueron tristeza, ansiedad, miedo, enojo y vergüenza donde ansiedad, miedo y vergüenza presentaban más intensidad en el pre test, en el post test se evidencia una disminución considerablemente la intensidad de las emociones.

Figura 5*Pre y post tes de emociones*

3.2. Discusión de resultados

El presente caso de enuresis secundaria mixta en una niña de ocho años, fue tratado con éxito en un período de 7 meses con 25 sesiones de intervención cognitivo conductual; eliminando la conducta enurética modificando pensamientos, control de emociones y generando conductas adaptativas, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Romero (2019) donde también coincide que con la terapia cognitivo conductual llegó a tratar la enuresis nocturna con diversas técnicas y trabajo con el factor familiar debido a los problemas en la cohesión, comunicación y afectividad en el medio familiar. Lo que queda sustentado a partir de lo manifestado por Vernon y Doyle (2018) que la terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que busca resolver dificultades que presentan en la actualidad como emociones, pensamientos y conductas disfuncionales.

La usuaria del caso presenta enuresis secundaria mixta que incrementa cuando tiene 6 años de edad producto de la pandemia COVID-19, antes de los seis años presentaba algunas ocasiones donde no controlaba esfínteres durante la noche, en el transcurso del día no se presentaba. Producto de la pandemia la carga emocional de ansiedad y temor en la usuaria fue aumentando, presentando sintomatología fisiológica como tristeza, palpitaciones constantes del corazón, sudoración, lo cual la llevaba a encerrarse en su cuarto y olvidar que quería ir al baño, en algunas ocasiones se entretenía viendo tele lo cual también hacía que se olvidara lo cual terminaba orinándose esto podía ocurrir durante el día. Al igual que Huete (2022) en su análisis de caso “enuresis nocturna en una adolescente con trastorno de ansiedad durante la pandemia COVID - 19” donde se analiza que producto de la pandemia aumenta la ansiedad lo cual repercute en problemas de salud mental una de ellas la enuresis, en su caso analiza como los problemas

familiares como el temor a perder a sus padres incrementa la conducta enurética donde también enfatiza la importancia de la psicoterapia como reductor de la sintomatología y enuresis en adolescente. Lo que da sustento Gonzales (2022) que la pandemia COVID-19 motiva como herramienta de control al aislamiento social, una cuarenta que afecta los hábitos generales de los niños y niñas, produciendo un descontrol del ciclo circadiano, a partir de la desregulación horaria y la ansiedad secundaria. Esto aumenta la enuresis y a medida que la cuarentena se prolonga, es peor.

En el plan terapéutico se borda técnicas de restructuración cognitiva y estrategias para el control de respuestas disfuncionales debido que en el caso de enuresis secundaria mixta de una niña de 8 años se evidencia sobre carga de pensamientos distorsionados lo cual activa la sintomatología de malestar físico, repercutiendo en su desenvolvimiento tanto familiar como social, donde se aplicaron técnicas como Zaping mental, técnicas ABC, Aserción encubierta, refutación o debate, detective de pensamientos, periodista de encuestas y técnicas de imaginación racional emotiva, así como técnicas de respiración, frezer de enojo, técnica del semáforo, técnica de la tortuga y el refugio para disminuir carga emocional, abordando estas dos áreas se logró grandes resultados en las primeras sesiones, evidenciándose disminución en la frecuencia de la conducta enurética durante una semana.. Garay y Keegan, (2016) refiere la postura de los autores Aaron Beck y Albert Ellis quienes tomaron en cuenta las creencias y otros aspectos cognitivos en las dificultades emocionales, además de la brevedad, efectividad y resultados empíricos en investigación sobre este modelo. También, existen tres principios básicos que relatan los autores. El primero consiste en que la cognición afecta al comportamiento y a la emoción; el segundo, en que a la cognición se le puede dar un seguimiento y lograr cambiarla; finalmente, el tercero, en

que, cambiando las propias creencias, se puede generar modificaciones en la conducta y, así, lograr experiencias más adecuadas

En cuanto a la aplicación de 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 la menor 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 et al. (1999). En el caso de Noemí, se confirmó lo que dice la investigación de González y Jiménez (2010) que: “El entrenamiento en cama seca (ECS) es el método de mayor eficacia en el tratamiento de la enuresis, pues la combinación de técnicas es su principal ventaja”. Quedando comprobado en nuestro caso que al trabajar el ECS usando el despertar escalonado, el entrenamiento en retención y en limpieza, junto a la práctica positiva se obtuvo también eficacia en el resultado.

Por otro lado, se decidió abordar habilidades blandas en el caso enuresis secundaria mixta en una niña de 8 años debido que como consecuencia de la enuresis se vio quebrantada las habilidades interpersonales como intrapersonales lo cual repercutía en su desenvolvimiento con su entorno familiar y social, abordándola con técnicas de autoconocimiento, modelado encubierto, estilos de comunicación y rol playing para entrenarla en la misma. Martinez et al. (2020) menciona que los niños con trastorno enuréticos pueden presentar afectación significativa en el bienestar emocional del niño, manifestándose mediante sentimientos de vergüenza, baja autoestima, timidez y aislamiento social. Asimismo, la participación activa de los padres, basada en la comprensión, el apoyo y el refuerzo positivo, constituye un elemento fundamental para el adecuado manejo de este trastorno y para disminuir sus repercusiones emocionales

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. Entendiendo esto, la menor presentaba temores para ir al baño, ya que vivía tensionada con la pandemia COVID-19, temor de ir al baño sola, justo en esas fechas 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.

3.3. Seguimiento

Una vez concluida la intervención cognitiva conductual se procedió a realizar las sesiones de seguimiento que consistirán en 5 sesiones, distribuidas de la siguiente manera cada 15 días, luego las 2 siguientes sesiones una vez al mes, posterior a ello un seguimiento después de 6 meses.

Durante el proceso de seguimiento se trabajará registros de frecuencia en cuanto a la conducta enurética si se sigue manteniendo seca durante el día y la noche, así mismo se evaluarán los nuevos sentimientos y niveles de ansiedad ante sus temores. Se reforzará a la familia con el seguimiento permanente para mantener eliminada la conducta enurética.

IV. CONCLUSIONES

- Se aplicó la intervención cognitivo conductual a una niña de 8 años del distrito de Puente Piedra, Lima, que presentaba enuresis secundaria mixta a partir del confinamiento por COVID-19, después de la aplicación de la intervención con técnicas cognitivas y conductuales, se pudo evidenciar la eficacia del plan terapéutico eliminando la conducta enurética.
- La duración de la intervención cognitivo conductual fueron de 25 sesiones con una duración de 7 meses, donde se abordó con técnicas cognitivas para regular pensamientos distorsionados, técnicas para el control de respuestas disfuncionales y técnicas conductuales para la eliminación de enuresis y reforzar sus habilidades blandas las cuales estaban debilitadas producto de la enuresis.
- Se logró que mamá y menor comprendan la sintomatología enurética y el tratamiento cognitivo conductual que se aplicó en el caso.
- La terapia cognitiva ayudó en la mejoría de la menor percibiendo más tranquilidad en sus pensamientos de temor y ansiedad, presentando así mejor desenvolvimiento con su entorno.
- Se logró que menor a través de técnicas de respiración e imaginación logre controlar las respuestas fisiológicas donde se evidenciaba menos días de enuresis durante el día.
- En cuanto a las técnicas conductuales se obtuvieron resultados significativos eliminando la conducta enurética y desarrollando sus habilidades blandas.

V. RECOMENDACIONES

- Aplicar la intervención cognitivo conductual en casos de enuresis el cual se evidencia eficacia en sus resultados
- A nivel cognitivo se aplicaron diversas técnicas de restructuración cognitiva evidenciándose su eficacia en el tratamiento
- A nivel sintomológico se aplicaron diversas técnicas de regulación emocional evidenciándose su eficacia en el tratamiento
- Se ofrece una serie de estrategias de intervención tanto cognitivas como conductuales para el tratamiento de enuresis secundaria mixta
- Una intervención donde solo se tenga la disposición de la menor no es eficaz, en la intervención se obtuvo el seguimiento constante de la madre el cual fue una pieza fundamental para la mejoría de menor
- Reevaluar en 6 meses a fin de hacer el seguimiento de la evolución del problema tratado.

VI. REFERENCIAS

- Amador, J., Gonzales, V. , & , Jimenez, I. (2010). *Modelo cognitivo conductual en un caso de enuresis secundaria nocturna*. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 13(4), 80-105.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num4/Vol13No4Art5.pdf>
- American Psychological Association (2014). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bragado, C. (1999). *Tratamiento de un caso de enuresis nocturna monosintomatico con el metodo de alarma, sobreaprendizaje y practica positiva..* (Estudio de caso del departamento de personalidad, evaluacion y psicologia clinica). Universidad complutense de Madrid.
 tratamiento de alarma enuresis.pdf
- Butler, R. J., & Holland, P. (2000). Los tres sistemas: una forma conceptual de comprender la enuresis nocturna. *Revista Escandinava de Urología y Nefrología*, 34(4), 270-277.
<https://doi.org/10.1080/003655900750042022>
- Caballero, N, Galvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo conductual aplicadas a enfermedades cronicas*. <https://biblioteca.ucatolica.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=79146>
- Correa, L. (2020). *Intervencion cognitivo conductual en una niña con enuresis nocturna secundaria*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Ferderico Villarreal. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5044>
- Diaz, A. (2022). *Enuresis en la infancia*. Centro de salud Villava, España. Enuresis infantil.pdf
- Gomez, S. , Ortiz, S. , Villamor, E.M. (2017). *Abordaje de la enuresis en la infancia*. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 9(3), 529-544. <https://fb39c223->

56a9-4ed3-91f4-

073579bde094.filesusr.com/ugd/fa6be1_fa8d0901ad4840139f5fc81f5bbedd03.pdf

Gonzales, M. T. (1 de enero 2014). *Intervención conductual en un caso de enuresis secundaria mixta. (Estudio de caso)* Universidad Miguel Hernández de Elche, España. 477147183005.pdf

Gola, C. (1973). *Enuresis: un estudio psicológico. Revista de Psicología*, 6, 51-70. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3188/pr.3188.pdfEnuresis

Huete, M. A. , Sanchez, R. , Ocampo, J.C. (2022). *Enuresis Nocturna en u adolescente con trastorno de ansiedad durante la pandemia COVID – 19*. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Leyva, A. (2015). *Problemas de conducta y enuresis secundaria en niño por deterioro de parentalidad por problemas primarios de conyugalidad*. [Trabajo de segunda especialidad]. Universidad Nacional Ferderico Villarreal.

Lobo, D. , Vargas, M. J. (2013). *Enuresis en la infancia*. Hospital nacional psiquiatrico. tratamiento a la enuresis.pdf

Martínez, A. (noviembre 2015). *Enuresis relacionada a estresores familiares*. (caso clínico para especialista en intervención clínica en niños y adolescentes). Universidad Nacional Autónoma de México. caso enuresis con prolemas familiares.pdf

Martínez, V., Lostal Gracia, M. I., Sastre, M. J., Sánchez, A., Quintero, J., Ferreira, C., Matos, P., & Ruiz de la Roja, J. C. (2020). Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo. *Acta Pediátrica Española*, 78(3–4), 33–38

- Mendoza, I., M. (2020) *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>
- Ministerio de Salud del Perú. (4 de marzo de 2011). *Si su hijo aún se orina en la cama puede deberse a un factor hereditario*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36336-si-su-hijo-aun-se-orina-en-la-cama-puede-deberse-a-un-factor-hereditario>
- Núñez, K. D. (enero 2020). *Estilos de crianza, depresión y ansiedad como precursores de la enuresis del niño*. (título de licenciada en psicología). Ciudad de México. enuresis y estilos de crianza antecedentes.pdf
- Ocampo, C. (23 de junio de 2021). Essalud advierte que 2 de cada 10 niños miccionan en la cama durante pandemia. *Agencia Andina*. <https://andina.pe/agencia/noticia-essalud-advierte-2-cada-10-ninos-miccionan-la-cama-durante-pandemia-850385.aspx>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.
- Quintanilla, C. (2020). *Fundamentos de investigación en psicología*. (2ª ed.). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Romero, S. (octubre 2017). *EL dinosaurio de porcelana y su volcán: la historia de un reino y el asesinato de su rey*. El complejo de Edipo en un niño de 6 años, manifestado a través del erotismo. (análisis de caso de maestría). Universidad del norte. caso enuresis complejo de edipo.pdf
- Sarti, N.M. (febrero 2015). *Estudio de caso de la enuresis en una niña de 9 años del colegio experimental "las margaritas"*. (tesis de licenciatura). Universidad Panamericana, Guatemala. estudio de caso enuresis años.pdf

- Taborga, E., Garcia, V. M. (2014). *Manejo y diagnostico terapéutico de la enuresis infantil*. (sociedad Española de pediatría). ENURESIS-INFANTIL.pdf
- Tamayo, C.A. (diciembre 2014). *El divorcio y la enuresis secundaria en niños de 6 a 12 años de edad en la escuela fiscal doctor Alonso Castillo de la ciudad de Ambato*. (título de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. marco teorico de enuresis.pdf
- Tobia, S. G. , (julio 2022). *Enuresis y cuarentena en el contexto de la pandemia de covid-19 en Argentina*. (Vol. 25). Universidad Nacional La Plata. enuresis covid 19 argentina.pdf
- Toro, J. (1992). *Enuresis: causas y tratamiento*. Ediciones Martinez Roca. Barcelona.
- Vida, A. , Ruiz, L.M. (2019). *Enuresis Nocturna el niño que moja la cama*. enuresis nocturna info.pdf
- Vernon, A., & Doyle, K. A. (Eds.). (2018). *Terapias cognitivo-conductuales: una guía para profesionales*. American Counseling Association. <https://doi.org/10.1002/9781119375395>

VII. ANEXOS

Anexo A

Consentimiento informado

Modelo de Consentimiento informado

Yo - [redacted] ¿qu? he sido informada con claridad y veracidad respecto a la utilización de mi caso para fines educativos por la psicóloga(o)-----

Lucendo Joel Coshpa Camacho

Actuó voluntariamente como colaboradora contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la terapia en el momento que yo a si lo decida.

Se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.



Psicólogo (a)



Paciente

Anexo B

Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños

PROTOCOLO DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera como te sientes, piensas y te comportas. Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa (X) una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o te comportas.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder cada pregunta.

	Nunca	Algunas veces	Frecuen - temente
1 Estoy intranquilo, preocupado por cualquier motivo.		X	
2 Mi corazón late muy rápido.		X	
3 Tengo cólera por cualquier motivo.		X	
4 Me desmayo o siento que me voy a desmayar.		X	
5 Tengo ganas de llorar.			X
6 Tengo dolores o sensaciones de opresión en el pecho.		X	
7 Tengo pesadillas.			X
8 Siento miedo a varias cosas.		X	
9 Me siento débil y me canso fácilmente.			X

10	Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso.			X
11	Siento que me ahogo.			X
12	Me altero o me angustio fácilmente.		X	
13	Orino con mucha frecuencia.		X	
14	Frecuentemente tengo dolor de estomago.		X	
15	Tengo náuseas continuamente.		X	
16	Me rechinan los dientes.	X		
17	La cara se me pone roja y caliente.	X		
18	Me muerdo las uñas.			X
19	Me transpiran las manos y los pies.		X	
20	Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.		X	
21	Tengo frecuentemente más apetito que lo normal.			X
22	Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.		X	
23	Pierdo el apetito cuando estoy nervioso.			X
24	Me duele la cabeza constantemente.			X
25	Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.			X
26	Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.			X

Anexo C

Cuestionario de personalidad para niños (CPQ)

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN



Nombres y Apellidos: Qorianca Edad: 8
 Centro: Inmaculada Sexo(M) (F) Fecha: 27 / 7 / 22

PRIMERA PARTE								SEGUNDA PARTE							
No	A	B	C	No	A	B	C	No	A	B	C	No	A	B	C
1	x			36		x		1		x		36		x	
2		x		37		x		2		x		37	x		
3		x		38		x		3		x		38		x	
4	x			39	x			4	x			39	x		
5	x			40		x		5		x		40		x	
6		x		41	x			6		x		41		x	
7	x			42		x		7		x		42		x	
8	x			43	x			8		x		43		x	
9	x			44	x			9		x		44		x	
10	x			45		x		10		x		45		x	
11		x		46		x		11	x			46	x		
12	x			47		x		12		x		47	x		
13		x		48		x		13		x		48	x		
14		x		49		x		14	x			49	x		
15	x			50		x		15		x		50		x	
16	x			51	x			16			x	51		x	
17	x			52		x		17		x		52	x		
18	x			53	x			18		x		53		x	
19		x		54	x			19		x		54		x	
20	x			55	x			20		x		55	x		
21	x			56		x		21		x		56		x	
22	x			57	x			22	x			57	x		
23		x		58		x		23		x		58		x	
24	x			59		x		24		x		59		x	
25	x			60	x			25	x			60		x	
26	x			61	x			26		x		61	x		
27	x			62		x		27	x			62		x	
28		x		63	x			28	x			63	x		
29	x			64	x			29	x			64	x		
30		x		65	x			30	x			65		x	
31		x		66		x		31	x			66		x	
32	x			67		x		32		x		67		x	
33	x			68		x		33	x			68		x	
34		x		69		x		34	x			69	x		
35		x		70		x		35	x			70		x	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	O	Q3	Q4
PD	3	6	1	1	2	1	3	1	5	2	0	3	2	2

Firma del Evaluador

Anexo D

Autorregistro de la conducta enurética diurna

Fecha	Hora y lugar	CANTIDAD <i>Un poco</i> <i>Normal</i> <i>Excesivo</i>	¿QUÉ HACEN O DICEN? <i>Papás</i> <i>Hermanos</i> <i>Otros</i>	¿QUÉ HACE O DICE LA NIÑA?

Anexo E

Registro de despertar noches mojadas

Fecha	¿Se despertó para ir al baño a orinar? SI-NO ¿A qué hora?	¿Se despertó des- pués de hacerse pis, al notarse mojado? SI-NO ¿A qué hora?	¿Se despertó por otra razón? ¿Qué razón? HORA	¿Se ha hecho pis? SÍ- NO	¿Cuándo se ha hecho la inspección? 1-3h después de acostarse 3-6h después de acostarse 6-9h después de acostarse	Tamaño de la mancha P: pequeña M: mediana G: grande