



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO A TRAVES DE LOS GRUPOS
DE ENCUENTRO, COMO UNA ALTERNATIVA EN EL
MANEJO DEL NIÑO ENURETICO Y SUS PADRES, EN
UNA INSTITUCION DEL SECTOR SALUD.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

IRMA SOLIS GARCIA



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

DIRECTORA DE LA TESINA: MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ ARCE

MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTE LIBRO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INDICE

NOMBRE: SOLIS GARZA
DEUA
FECHA: 20-02-04
FIRMA: [Firma] 3

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I LA ENURESIS Y EL SECTOR SALUD

1.1	CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD	7
1.2	NIVELES DE ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD	11
1.2.1	LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y SUS INCONVENIENTES EN EL SECTOR PUBLICO	15
1.3	ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENURESIS	18
1.3.1	DEFINICION ACTUAL	20
1.4	ETIOLOGIA	21
1.4.1	DISFUNCIONES ANATOMOFISIOLOGICAS	22
1.4.2	DISFUNCIONES NEUROLÓGICAS	24
1.4.3	DISFUNCIONES ENDOCRINOLOGICAS	25
1.5	ALTERACIONES PSICOLOGICAS	26
1.5.1	TRANSTORNOS FAMILIARES Y SOCIALES	28
1.6	CLASIFICACION DE LA ENURESIS	30
1.7	SEMIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	32
1.8	ENFOQUES Y TRATAMIENTOS DE LA ENURESIS	33
1.8.1	ENFOQUE BIOLOGISTA Y TRATAMIENTO MEDICO	33
1.8.2	ENFOQUE CONDUCTISTA	34
1.8.3	ENFOQUE PSICODINAMICO	35
1.9	PANORAMA ACTUAL DE LA ENURESIS	36

CAPITULO II HUMANISMO Y CARL ROGERS

2.	ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HUMANISMO	38
2.1	FENOMENOLOGIA , HUMANISMO Y PSICOLOGIA	38
2.2	CARLS ROGERS Y LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE	40
2.3	PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA ROGERIANA	42
2.4	EL CONSEJERO ROGERIANO	45
2.4.1	EL PROCESO TERAPÉUTICO	47
2.5	LA PSICOTERAPIA DE GRUPO	49

2.6	TEORIA Y TÉCNICA DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE APLICADA AL GRUPO	52
2.6.1	CONCEPTOS BÁSICOS	52
2.6.2	GRUPOS DE ENCUENTRO	54
2.6.3	TERAPIA DE JUEGO (NO DIRECTIVA)	59

CAPITULO III EL NIÑO ENURETICO Y LA PSICOTERAPIA DE GRUPO A TRAVÉS DE LOS GRUPOS DE ENCUENTRO, COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

3.	PROPUESTA	62
3.1	JUSTIFICACION	62
3.2	LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UNA INSTITUCIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	63
3.3	LA PSICOTERAPIA ROGERIANA APLICADA AL GRUPO	63
3.4	ESTRATEGIAS DE TRABAJO	67
3.4.1	OBJETIVOS	67
3.4.2	DESCRIPCION Y CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS	71
3.4.3	GRUPO DE NIÑOS	72
3.4.4	GRUPO DE PADRES	74
3.5	COSTOS DE LOS GRUPOS DE ENCUENTRO	74
3.6	ABORDAJE TERAPÉUTICO	76
3.6.1	CON EL GRUPO DE PADRES	76
3.6.2	ABORDAJE TERAPÉUTICO CON EL GRUPO DE NIÑOS	78
	CONCLUSIONES	80
	LIMITACIONES	83
	ANEXOS	84
	BIBLIOGRAFÍA	93

INTRODUCCIÓN

El servicio de psicología en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, surge como producto de la necesidad de brindar la atención médica integral requerida por los usuarios que en su mayoría son personas no asalariadas y que carecen del apoyo de alguna institución de salud. El paciente al asistir a una unidad hospitalaria, solicita la atención a alguna enfermedad que le aqueja en forma súbita o crónica, motivo por el cual como trabajadores de la salud tenemos la obligación de no contemplar al paciente como una entidad aislada, sino que debemos de ubicarlo y entenderlo dentro de su contexto social, biológico y emocional, así como en el aspecto fenomenológico de su enfermedad, lo que nos lleva obligadamente a reflexionar sobre los conceptos de enfermedad y del enfermo.

La enfermedad implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulen el medio interno, incluso cuando la causa se desconozca. Casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que lo alteren: (Diccionario de la Lengua Española; 1995). Sin embargo para fines prácticos, la enfermedad se traduce en algún órgano o sistema alterado, en tanto que el enfermo, es aquel individuo que padece alguna de estas disfunciones que además se encuentra inmerso en una gran cantidad de factores sociales, económicos, emocionales etc. que le son característicos a su individualidad personal y familiar, por lo tanto, la reacción a la enfermedad va a ser diferente en cada individuo.

Una de las intenciones al realizar el presente trabajo, es el acercarse al entendimiento integral de aquellos niños que por alguna razón han sido etiquetados como “ATÍPICOS”, y es justamente bajo esta premisa que al hacer una prospección de la morbilidad del Servicio de Psicología, encontramos que uno de los problemas que más afectan la estabilidad emocional del niño y de su familia, son los que comprometen al NO control de esfínteres, como lo es la enuresis.

Como se sabe, el control de esfínteres depende de un sistema anatomofisiológico, que tras un proceso de maduración podrá funcionar a voluntad del individuo que por supuesto, estará a merced de las pautas culturales aprendidas por cada grupo social.

Dentro de la evolución neurológica de la micción se estima que en un niño recién nacido la distensión da paso a la expulsión, para que paulatinamente el esfínter estriado responda al adiestramiento, que inicialmente permitirá la retención diurna y posteriormente la nocturna, sin embargo este adiestramiento debe contar con cierto grado de maduración nerviosa indispensable para que a partir de asociaciones simples como es el sentarse al orinal se asocie a la micción y cuando llegue a la madurez cortical ya sabrá dónde y cuando orinar. R. Calderón (2001).

M. Thiourrissier (1952), cit. Ajuariaguerra (1983); considera que a los 15 meses de vida un niño ya está capacitado para regular su micción diurna; a los 18 meses inicia un control discontinuo por la noche, para que a los 36 meses, logre una total autonomía en el control de sus esfínteres.

Las pautas neurológicas ya descritas no pueden dissociarse del contexto social de cada niño, toda vez que en cada grupo social varían sus rituales, hábitos y actitudes frente al control de los esfínteres, imponiendo también en forma particular sus incentivos y/o castigos, que en la mayoría son los propios padres los juzgadores de sus hijos.

Como consecuencia, en el momento en que un niño transgrede los parámetros de “normalidad social” o a las respuestas neurológicas características a su cronología, cae dentro de la atipicidad que mencionamos en el inicio de nuestra introducción. Ahora bien, la parte vertebral de nuestro alegato es¿Cuál es la reacción y cual es el manejo que la familia da a este signo de anormalidad?.

Se considera que el no control de esfínteres y en especial la enuresis entrelaza las manifestaciones más sensibles de la vida emocional de los niños siendo el miedo, la angustia y en ocasiones el terror, la característica que domina la personalidad incipiente de estos pequeños; además de que se empiezan a gestar en el niño sentimientos de culpa por orinarse cuando “no debe y dónde no debe”, sin embargo, su realidad es el “amanecer mojado”, situación que por sí misma va a ir condicionado una actitud aversiva al acto de dormir.

Como hasta el momento no se cuenta con un registro oficial de niños enuréticos y tampoco se ha llevado un seguimiento de su tratamiento y evolución, es por lo que proponemos una alternativa de manejo, ya que en esta manifestación patológica confluyen factores biológicos, culturales y psicológicos, que si no encuentran un equilibrio adecuado, tardarán más tiempo del requerido para la adquisición e higiene del control urinario.

J. de Ajuriaguerra (1983), considera que”la enuresis es la falta de control en la emisión de la orina tanto diurna como nocturna, aparentemente de orden involuntario que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en la que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente esperada a los tres años de edad”.

Para Ajuriaguerra la enuresis puede ser PRIMARIA y SECUNDARIA: en el primer caso, será el retraso al logro del control esfinteriano: en el segundo caso es la aparición o reaparición de la enuresis tras un intervalo más o menos largo de “limpieza”.

Algunos estudiosos del tema, como Hallgren, M. Shater y Scotte, citados por Ajuriaguerra (1983), consideran que la enuresis primaria es la más frecuente, ya que se registran entre un 85% a un 93% de enuresis primaria y el resto pertenece solamente a los enuréticos discontinuos.

La Enuresis secundaria o Enuresis tardía, también es considerada como un signo de alarma para la salud integral del niño; Este tipo de enuresis predomina en los medios socioeconómicos modestos, con el inherente descuido de los padres, y en algunos casos incluye a la debilidad mental.

Bajo este panorama realizamos este trabajo como una propuesta de manejo al niño enurético, el cual lo dividimos en tres grandes capítulos.

En el primer capítulo hacemos una revisión sobre los conceptos de salud-enfermedad poniendo un especial interés en los enfoques que nos brinda la doctrina de la medicina social, como la relación que existe entre la medicina y la sociedad, que pretende determinar la etiología social de la enfermedad y el impulsar el desarrollo de las instituciones para proveer la asistencia médica y cuidados complementarios a grandes sectores de la población. La medicina social en su cuádruple misión de medicina preventiva, medicina curativa, medicina rehabilitadora y medicina promocional, exige un cambio en el ejercicio profesional como es la especialización, el trabajo en equipo, y por supuesto la sensibilidad para entender al enfermo dentro un fenómeno social, de tal manera que la práctica médica no debe ocuparse exclusivamente del hombre enfermo, sino de tratar de evitar la enfermedad y proteger la salud de las poblaciones humanas a través de la prevención; P. Laing Entralgo, (1970).

Dado que nuestra propuesta de trabajo intenta ser aplicada en una institución pública considerada del segundo nivel, hicimos una revisión de la pirámide estructural y de las políticas económicas y sociales que caracteriza a cada uno, así como también de los inconvenientes a los que se enfrenta la psicoterapia individual como alternativa de tratamiento en una institución pública.

Por supuesto si nuestra preocupación es el niño enurético, nos dimos a la tarea de realizar una revisión de la enuresis a través del tiempo hasta nuestros días, haciendo mención de sus clasificaciones y los diferentes enfoques con las que ha sido contemplada, así como de la multiplicidad de tratamientos.

En el capítulo II se hizo una revisión del modelo teórico en el que nos apoyamos para desarrollar el marco conceptual de la propuesta. Arrancamos desde los antecedentes históricos del humanismo, la influencia que tuvo el existencialismo como corriente filosófica en la psicología, así como la fenomenología, representada por Ludwing Binswanger (1881-1966)

En éste capítulo hacemos un énfasis muy especial en la vida de Carl Rogers, su llegada a la psicología y como nacen sus conceptos de la terapia centrada en el cliente, así como también el ser reconocido como el iniciador de la escuela de la Terapia No directiva centrada en el Cliente.

Antes de aterrizar en la psicoterapia centrada en el cliente aplicada al grupo, revisamos algunos conceptos de la psicoterapia de grupo, que es sobre la cual se crean los grupos de encuentro que se enfocan básicamente al desarrollo personal, con un incremento y mejoramiento de las relaciones interpersonales y del inicio de la comunicación. Estos grupos no tienen temporalidad, su naturaleza es perentoria, lo que permite que sus miembros tengan el tiempo requerido para que cada quien manifieste sus afectos y actitudes de cordialidad, simpatía, ternura e incluso actitudes de seducción. González N. (2000). La característica principal de los grupos de encuentro, es que se encuentran abiertos al ejercicio del deseo y a la voluntad de cada uno de sus integrantes.

En forma especial hablamos de la Terapia de juego, con el objeto de aplicarla al grupo de niños. La terapia de juego no directiva se encuentra representada por V. Axline (1951);

discípula de Rogers. Como en el consejo centrado en el cliente, la terapia lúdica está basada en la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse. De tal manera, la terapia lúdica puede ayudar al niño a aceptar emocionalmente cualquier hecho doloroso y buscar satisfactores en otras partes.

Los postulados Rogerianos en relación a la Ludoterapia, se basan en el supuesto de que el individuo de cualquier edad, tiene no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de manera satisfactoria, sino la posibilidad de crecimiento dentro de él, lo que hace que la conducta madura sea más satisfactoria que la inmadura.

Ya ubicado nuestro escenario y universo de trabajo, en el capítulo III ponderamos sobre los inconvenientes de la psicoterapia individual en el sector público, por lo cual, proponemos la utilización de la psicoterapia de grupo como una alternativa, por supuesto apoyados en los principios de la psicoterapia Rogeriana aplicada al grupo. Rogers (1960); afirma que “la terapia grupal puede ser más eficaz y no precisamente por motivos económicos o porque las listas de espera de ayuda psicológica sean muy largas, sino porque en el descuidado campo de la terapia para la persona normal que atraviesa por situaciones de conflicto que debilitan, la terapia grupal parece ser más ventajosa que la terapia individual”, así mismo, señala que uno de los principales objetivos de la psicoterapia grupal es el de descubrir maneras más eficaces de trabajar con un mayor número de personas esencialmente normales, que encuentran que la vida ha perdido aliciente, luchan con sus problemas, que gastan gran cantidad de energía extra para sus actividades y que tienen un potencial enorme para responder al tratamiento.

Ya en la propuesta de trabajo se hizo una descripción metodológica del cómo llevaremos a cabo la formación de los grupos de trabajo, costos y sobre todo, se hizo hincapié en los beneficios que ésta propuesta terapéutica traería al niño enurético, a su familia y por que no decirlo a la institución hospitalaria dónde se lleve a cabo.

1.1 CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

Junto con el desarrollo humano y la evolución de la ciencia y la tecnología, los conceptos de salud y enfermedad han cambiado a la par. Tradicionalmente se ha entendido por salud “El estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”; “Condiciones físicas en las que se encuentra un organismo en un momento dado”; “Libertad o bien público o particular de cada uno”. Diccionario de la Real Academia Española (1995). Sin embargo en la actualidad se considera que los estados de salud o enfermedad están condicionados por vigencias culturales y por la configuración socio-económica del medio en que se desenvuelven los individuos y las colectividades humanas.

Con el desarrollo de éstos conceptos y con el crecimiento de la preocupación por la salud humana, comienza a percibirse a la salud y a la enfermedad como un fenómeno inherente no solo al individuo, sino como un fenómeno social. El acto de la asistencia médica es un acto social, en el que se implican el médico, el paciente y en general la sociedad en su conjunto, en tanto que la enfermedad es un condicionante para el individuo y para la sociedad. Quintana (1971).

Por enfermedad entendemos: “ cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano”; “Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno, incluso cuando la causa se desconoce. Casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteren”. Diccionario Actual de la Lengua Española (1995).

La O.M.S. (1978), define a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o afección”; sin embargo la práctica médica concibe a la salud en dos perspectivas distintas, por una parte el concepto tradicional y por otra, lo relativo a la investigación y a la resolución de problemas que es preciso abordar en el intento de conservar, restablecer o promover este estado, utilizando los conocimientos científicos, técnicos, organizaciones y recursos humanos o económicos. Apoyada en esta definición la medicina amplía su campo de lucha a la supervivencia del hombre y al desarrollo de todas las posibilidades humanas.

El concepto de SALUD desde la óptica sociológica trata de definir lo normal y lo patológico con un sentido estadístico. “Lo normal”, “lo general” y lo “relativista”, se transforma con el tiempo y con la evaluación antropológica y cultural dependiendo también del desarrollo de las ciencias de la salud y de las instituciones sanitarias. En síntesis, la evolución del proceso salud-enfermedad va a depender de las vigencias culturales y de las situaciones vitales de la población de que se trate.

La salud misma es un proceso complejo que tiene al menos tres fuentes de evaluación: La PERSONA MISMA, los OBSERVADORES que la rodean (amigos y parientes) y el PROFESIONAL de la SALUD.

Diferentes sociedades y diferentes grupos subculturales de una misma sociedad, pueden tener ideas dispares acerca de lo que constituye la salud y la enfermedad. Por ello

actualmente se tiende a examinar en su conjunto al proceso de salud-enfermedad como un foco de observación y de acción para las actividades médicas, en la que la vertiente científico-técnica de la medicina clásica debe unirse a la vertiente sociológica en la que se analiza la intervención de los valores culturales.

Laing Entralgo (1971), en su concepto de salud, afirma; “La salud posee una configuración y un contenido que de alguna manera dependen del punto de vista del considerador y es por consiguiente social e históricamente variable”. Establece la objetividad de la salud desde cuatro puntos de vista: la morfología, la actividad funcional, el rendimiento vital y la conducta. Admitiendo que en la compleja realidad de la salud se integran un momento subjetivo y otro objetivo. Laing Entralgo (1971) concluye que la salud es “un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona: consiste por tanto, en la capacidad física para realizar con la misma molestia y si fuese posible con gozo los proyectos vitales del sujeto en cuestión”. De tal manera que la enfermedad es una desviación o un estado desviado a la normalidad social establecida.

La enfermedad puede tener repercusiones en las estructuras sociales como resultado de la cantidad de enfermedad y de la selectividad con la que afecta a determinados grupos o personas. E. Freidson, citado por P. Quintana (1971), considera que: “La enfermedad en la sociedad humana tiene consecuencias independientes al estado biológico del organismo”. En la noción de enfermedad se configuran dos desviaciones, una biológica y otra social.

La desviación biológica, es el cometido de la historia natural de la enfermedad, en tanto que para el análisis de la desviación social se requieren técnicas sociológicas. En el primer caso, la enfermedad adopta una apariencia objetiva y universalista. En el segundo, se implican comportamientos sociales modelados por los procesos de diagnóstico y tratamiento. En algunos casos las enfermedades pueden no ser biológicamente reales, pero el papel del enfermo si es real socialmente.

La persona que se cree enferma se convierte en un problema para si y para los demás, independientemente de la opinión del médico. Laing Entralgo (1971), afirma que “la enfermedad está sometida a un proceso de control social a través de instituciones profesionales, que dependen de los que no están enfermos”. Así en un intento de clasificación de la enfermedad se establecen etiquetas tales como “**aguda**”y “**crónica**”.

En cuanto al rol o papel del enfermo, se afirma que éste debe desligarse de los deberes sociales, ya que el enfermo no puede salir de éste estado por un acto de decisión personal y por lo tanto no se le puede responsabilizar de su incapacidad, sin embargo al ser considerada la enfermedad como algo indeseable, se crea la obligación en el enfermo de aplicar su voluntad para convertirse en SANO.

Por otro lado el enfermo tiene la obligación de buscar ayuda competente que normalmente será un médico con quien debe cooperar o cualquier personal paramédico encargado de cuidarle. En este punto se unen el papel del enfermo como paciente y la del médico como una estructura complementaria . P. Quintana (1971).

La doctrina de la “Medicina Social” despierta el interés por los fenómenos sociales como factores patógenos y la práctica establece los fundamentos científicos sobre la conveniencia de determinados tipos de instituciones y su correcta utilización, de tal manera que la integración de la medicina clínica, la medicina preventiva y la política social dan como resultado el concepto de SOCIOLOGÍA DE LA SALUD.

El concepto de salud pública surge como una consecuencia de los fenómenos sociales sustentados en las bases doctrinales que anteceden a la segunda guerra mundial. Winslow cit. L. Entralgo (1971), define a la salud pública como “La organización de los servicios médicos y de asistencia para el diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de las enfermedades; promoción y desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado”.

A partir de estos conceptos las medidas asistenciales se encaminan a grupos especiales de personas que no se definen exclusivamente por su situación económica, sino en relación con el problema de la salud, tal es el caso de los ancianos, niños, adolescentes, inválidos, retrasados mentales, en general llamados grupos vulnerables. Es así como el concepto de salud pública comienza a ser sustituido por el de “Salud de la Población” y “Medicina de la Comunidad”.

En el año de 1942, el parlamento inglés consideró que la salud es de tal importancia, tanto para la familia como para la nación que no se puede dejar al cuidado individual, y se recomienda la organización de un servicio total para que el país le asegure a todo ciudadano cualquier tratamiento médico que pudiera necesitar.

La medicina promocional pretende conseguir la salud positiva, o sea una elevación del nivel de las características psicobiológicas del hombre, que implican una serie de medidas y normas en el medio sociocultural donde se desarrollan los grupos humanos, de tal manera que la relación entre los problemas médicos y los que atañen a las sociedades humanas es cada vez más estrecha.

La relación entre medicina y sociedad, pretende determinar la etiología social de la enfermedad y de impulsar el desarrollo de las instituciones para proveer de asistencia médica y cuidados complementarios a grandes sectores de la población. Consecuentemente a esta evolución conceptual los objetivos de la medicina actual son los correspondientes a su cuádruple misión: **prevenir, curar, rehabilitar y promocionar**, que da origen a la medicina preventiva, la medicina curativa, medicina rehabilitadora y medicina promocional. El cumplimiento de estos objetivos requiere un cambio en el ejercicio profesional, como lo es la especialización creciente, el trabajo en equipo etc. y por supuesto los grandes gastos económicos que dependen obviamente de las políticas socioeconómicas de cada país.

La doctrina de la “Medicina Social” despierta el interés por los fenómenos sociales como factores patógenos y la práctica establece los fundamentos científicos sobre la conveniencia de determinados tipos de instituciones

En la misma línea de la medicina social, ubica a la enfermedad como un peligro para la comunidad y en especial a las enfermedades epidémicas y transmisibles donde quedan

implicados el médico, el enfermo y su familia, de tal manera que la práctica médica actual no se ocupa exclusivamente de la asistencia del hombre enfermo, sino que trata de evitar la enfermedad y proteger la salud de las poblaciones humanas.

1.2 NIVELES DE ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

Tomando en consideración los objetivos, de este trabajo, que entre otros es el manejo del niño enútrico así como una propuesta de intervención dentro de las instituciones del sector salud; en forma obligada se revisaron diversas estructuras que conforman la Secretaría de Salud de nuestro país, y sobre todo el marco legal que las soporta.

Primeramente, se entiende por Servicio de Salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger y restaurar la salud de la persona y de la colectividad Art. 23 capítulo. I; título tercero de la Ley General de Salud.

El artículo 35 capítulo III; afirma que son servicios públicos a la población en general, los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por ciertos criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones sociales y económicas de los usuarios.

Los servicios de salud se encuentran clasificados en 3 grandes tipos.

- DE ATENCION MEDICA
- DE SALUD PUBLICA
- DE ASISTENCIA PUBLICA
-

El Art. 24 cap. II, de la Ley General de Salud nos dice:

“Por atención médica se entiende al conjunto de servicio que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, para lo cual las actividades se dividen en 3 grandes grupos”.

PREVENTIVOS: Que incluyen la promoción general y la protección específica de la salud.

CURATIVAS: Que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

DE REHABILITACION: Se incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas y mentales.

En relación a los usuarios de los servicios de salud, la participación de la comunidad y los programas de protección, el Art. 57, Capítulo. IV nos dice: “Se debe fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población”.

La comunidad podrá participar en los servicios de salud del Sector Público, Privado o Social con la promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas a través de la intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de la prevención de enfermedades y accidentes. Art. 58; Capítulo IV: Ley General de Salud.

Como es claro para todos nosotros, las condiciones sociales, económicas y políticas actuales que privan en el mundo, han obligado a nuestro país a avanzar en forma acelerada

para poder competir o por lo menos coexistir con los países desarrollados. Sin embargo para un país como México, donde según los reportes del último censo, ya alcanzamos los cien millones de habitantes, es inoperante cualquier acción gubernamental encaminada a satisfacer las necesidades primarias de la población, entre las que destacamos la vivienda, la alimentación, la seguridad, el desempleo y por supuesto las necesidades de educación y de salud.

En México mucho se ha hablado sobre la atención primaria a la salud, un ejemplo de ello es la “Conferencia Internacional para la Atención Primaria de la Salud”, celebrada en la ciudad de Alma-Ata U.R.S.S. en el año de 1978, la que influye en forma determinante en las políticas nacionales en cuanto a la prevención de la salud. En esta reunión, se destacó por parte de todos los gobiernos, la necesidad urgente de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, considerando a ésta como un derecho humano fundamental, así como un objetivo social urgente. Se hizo énfasis en la obligación que los países tienen de propugnar el bienestar de los pueblos y alcanzar un nivel de salud que les provea de una vida social y económicamente productiva; considerando como estrategia clave la Atención Primaria a la Salud (Memorias Jornadas medico-quirúrgicas 1998 Secretaría de salud D.D.F. pp 523, 524,525).

Los conceptos de “Niveles de Atención Médica”, o “Niveles de Atención a la Salud”, se utilizan para señalar el mayor o menor grado de especialización médica, disponible o requerida, para la prestación de un servicio, o bien, para señalar la ubicación de unidades operativas del sistema de salud. El concepto de Niveles, implica el reconocimiento de los elementos claramente definidos. En 1er. lugar, el de la necesidad en una identificación clara de los problemas de salud a través de un análisis epidemiológico y la delimitación de las funciones de la atención correspondiente según estratos o categorías.

En este proceso de especificación de las condiciones en el sector salud se obtienen diversas agrupaciones:

- Problemas comunes y simples que requieren elementos básicos de habilidad y tecnología.
- Otros menos frecuentes y más complejos que necesitan estos elementos de tipo medio
- Situaciones altamente complejas y menos frecuentes, para cuya atención se precisan habilidades especializadas y una tecnología avanzada.

Esta forma de agrupación ha dado lugar a la conformación clásica de atención a los problemas de salud en relación con las personas y a los grupos comunitarios, y por otro lado la existencia de mayor o menor grado de complejidad en el contenido tecnológico. De esta manera la programación y prestación de servicios en relación con la definición de niveles, debe estar basada en el análisis de las necesidades de atención, complementada con un conocimiento de la capacidad tecnológica, es decir de los recursos de que el sistema disponga.

DETERMINACION DE LOS NIVELES DE ATENCION

La determinación de niveles, se divide básicamente en tres niveles de atención:

PRIMER NIVEL

Se caracteriza por proporcionar medicina general al individuo y a la familia en forma integral, continuada, ambulatoria, preventiva y curativa; apoyada en estudios de laboratorios y gabinete, con una proyección a la comunidad. Promociona medidas de control ambiental e investigación, orientada principalmente a los problemas de la comunidad. En general las actividades del Primer Nivel de atención se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento de padecimientos que se presentan con mayor frecuencia y cuya resolución es factible mediante la combinación de recursos simples y poco complejos.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION DE SALUD

Este nivel es el responsable de dirigir las actividades extra e intrahospitalarias al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad. Los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel o a los que se presentan espontáneamente en las urgencias médico-quirúrgicas. Por otra parte involucra las acciones de control sanitario de la contaminación ambiental.

Cabe mencionar que en éste segundo nivel de atención, ya encontramos a los hospitales Generales y de Zona. En este nivel la atención es especializada, sin embargo, se destaca que aquí se visualiza un adelgazamiento en el número de pacientes atendidos. Con la existencia de un mayor presupuesto económico que permite una mejor calidad en la atención recibida.

TERCER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD

En este nivel se realizan actividades de restablecimiento de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad y cuyo tratamiento requiere de sistemas sofisticados de apoyo al diagnóstico, que ya fueron referidos por otros niveles de atención. Se ejercen acciones normativas y de investigación de padecimientos poco conocidos y que requieren de una tecnología altamente especializada.

En este nivel, considerado como la cúspide de la imagen piramidal de salud, aparte de contar con la medicina especializada, existen las subespecialidades con el sello distintivo que le da la existencia de la investigación, que es la que ha caracterizado a nuestros grandes institutos como el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), Instituto Nacional de Nutrición (INN), el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por solo mencionar algunos.

COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD.

La idea de cobertura implica la admisión de una relación dinámica en la que intervienen por una parte las necesidades aspiraciones, y actitudes acorde a los patrones culturales de la población expresada a través de la solicitud de servicios en correlación con los recursos disponibles. Las combinaciones tecnológicas y organizativas configuran la oferta para atender la demanda. Finalmente se considera que **cobertura** debe entenderse como “necesidades de salud”.

El problema al que el Sector Salud se enfrenta es que existen comunidades que no siempre tienen una organización bien identificada, como es la diferencia en tradiciones y costumbres, el bajo nivel de educación formal entre otros factores, que dan lugar a una amplia gama de situaciones y problemas. Cabrales Aguilar (1990).

Para concluir la revisión sobre la estructura del Sector Salud, se señala que cada uno de los niveles cumpliría con su función si estos no fueran rebasados por la demanda desproporcionada de un país sobrepoblado como el nuestro. Pero también es cierto que los errores en la educación para la salud favorece a que los niveles se imbrinquen y no sigan la línea de flujo prevista y se desvirtúen los objetivos previstos por el Art. 112, del Capítulo. II, Título 7°, sobre la promoción de la salud y la educación que a la letra dice;

- “La educación para la salud, tiene como objeto, el fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, así como protegerse de los riesgos que pongan en peligro la salud”.

- “Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar y en general la detección oportuna de enfermedades”.

12.1. LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y SUS INCONVENIENTES EN EL SECTOR PUBLICO

Como ya lo describimos anteriormente la Secretaria de salud en nuestro país se mueve en tres grandes niveles, cada uno con sus características demográficas, económicas, sociales y políticas propias, pero con un solo objetivo, el de FOMENTAR Y PRESERVAR LA SALUD. Sin embargo por un interés profesional nos enfocamos a lo que la salud mental se refiere. Cabe señalar que en la mayoría de las unidades medicas ya sea de 1er, 2do o 3er Nivel se cuenta con un servicio de salud mental, conformado por las dos grandes especialidades para tal fin, que es la psiquiatría, la psicología y en algunos casos el trabajo social, pero en honor a la realidad, estos servicios son insuficientes, dado la desproporción entre la oferta y la demanda del servicio, pese a que la legislación sanitaria contempla que la prevención de las enfermedades mentales tienen un carácter prioritario, que estará basado en el conocimiento de los factores que afectan a la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades, así como otros aspectos relacionados con la salud mental (Art. 72; Leg. Sanitaria).

A través de esta revisión documental y de nuestra experiencia laboral formulamos esta reflexión: ¿que pasa con los servicios de salud mental del 1° y 2° nivel de salud, en los que existe una gran demanda del servicio y poco apoyo económico que justifique un mínimo de psicólogos clínicos en cada unidad?.

A partir de la unificación de la Secretaria de Salud y Asistencia y los servicios médicos del DDF en el año de 1998, se crea la actual Secretaria de Salud del DDF, que fundamentalmente busca el optimizar recursos a través de la reorganización de los servicios de salud, y evitar en lo posible la duplicidad de funciones por parte de las instituciones médicas. De esta manera los servicios de 1ro y 2do nivel de salud en el Distrito Federal operan en forma coordinada, incluidos ya los centros de salud y los centros de medicina familiar, todos ellos con la política de impulsar un sistema nacional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud (Art. 14; Cap. II del Sistema de Salud para el DDF).

En esta línea de administrar en forma racional los recursos humanos, las plantillas de médicos y paramédicos de cada unidad hospitalaria se ve año con año más adelgazada, por situaciones económicas muy complejas que son responsabilidad de un también complejo aparato gubernamental.

Para fines de este trabajo se destaca que la actividad de cada servicio intrahospitalario, se mide en función de la productividad de éste y en especial con actividad que realiza cada uno de sus trabajadores por hora, día, semana, mes y año. Con la creación de los programas Operativos Anuales POA, se cuantifica la productividad, que será comparada y medida con las metas de productividad programada por cada unidad hospitalaria, por cada servicio y por cada profesional.

Los servicios de salud mental y en especial el de psicología, son programados a la par de los otros servicios de especialidades médicas como por ejemplo, Pedratria, en la que se espera que cada médico consulte a cuatro pacientes por hora, que en una jornada de 7 horas

se traduce en 28 pacientes diarios, en tanto que en el servicio de psicología se utilizan 50 minutos por paciente aproximadamente.

En la misma jornada de 7 horas un psicólogo, solo alcanza a consultar a 7 pacientes lo que representa el 75% menos de la productividad que en otros servicios. Actualmente la actividad del psicólogo clínico está bien definida dentro de una institución de salud, sin embargo las autoridades normativas no logran asimilar el por que tanto tiempo empleado para un solo paciente, si lo que define la eficiencia y operatividad de cada unidad hospitalaria es al final la productividad cuantificada.

Dentro de los quehaceres de la psicología clínica, el tratamiento a las alteraciones emocionales y conductuales previamente diagnosticadas, es la psicoterapia el manejo terapéutico por excelencia. Ya que, "La psicoterapia representa la oportunidad para el reaprendizaje y todo tipo de intervención o procedimiento específico, no importando el tipo de terapia de que se trate, descansa sobre la base de los sentimientos hacia otros, las actitudes, los valores, las habilidades, los hábitos y las incapacidades que componen la personalidad". "La psicoterapia provee las condiciones para el reaprendizaje que es la base en la que opera el terapeuta", Korchin (1976); citado en Valenzuela (1995).

La psicoterapia dependiendo del marco conceptual del terapeuta y las necesidades de manejo de cada paciente, requiere de elementos muy especiales, que el Sector Público no puede satisfacer, por ejemplo:

El paciente, cliente o persona o como se le llame según el modelo terapéutico, es finalmente un ser humano que busca apoyo con la esperanza de recibir la ayuda emocional que requiere. Las mas de las veces las personas llegan con miedo, con muchas expectativas o como lo ubican Senger (1979) y Korchin (1976). "Existe una mezcla de magia y poder, fe y confianza, respeto y castigo" (citado en A. Valenzuela 1995).

En la institución hospitalaria el paciente tras haber sido canalizado al servicio de psicología tuvo que invertir algunas sesiones en él diagnóstico para determinar su tratamiento. El proceso implica tiempos, citas frecuentes, y en este caso el enfrentarse con los procedimientos burocráticos administrativos de cada unidad, lo que propicia que las personas se cansen, inviertan una o dos horas extras antes de su cita, para que al final la sesión terapéutica se tenga que recortar en tiempos, porque ya hay mas pacientes en espera.

En cuanto al terapeuta, es quien proporciona las condiciones que facilitan el logro de los objetivos terapéuticos que son el bienestar del paciente, utilizando sus conocimientos, su experiencia y su empatía para tal fin. From-Reichman (1975), citado por A.Valenzuela (1995). Sin embargo cuando se labora en una institución pública se es un empleado mas, que está normado por un reglamento laboral y que en su calidad de trabajador también puede hacer uso de algunos beneficios, premios y descansos que ofrece el ser empleado federal, situación que definitivamente dificulta el poder hacer un contrato terapéutico medianamente cercano a la ortodoxia.

En cuanto al espacio físico, este es otro elemento de suma importancia, ya que los espacios dedicados al servicio de psicología están inciertos en la consulta externa donde no puede

haber control de variables, como lo es el ruido, interrupciones, aglomeraciones, demanda del paciente que espera etc., sin mencionar fichas de pago, manejo de expedientes, que son responsabilidad del archivo clínico de cada unidad, lo que propicia que la confidencialidad terapéutica sea un ejercicio muy limitado, ya que el psicólogo está obligado a hacer notas de evolución, obviamente con un manejo cauteloso la información escrita. En este rubro también, hacemos mención de los tiempos requeridos fuera de sesión para hacer las notas de evolución y los llenados estadísticos.

Finalmente uno de los inconvenientes más importantes, es el tiempo de duración de cada sesión, la cual deberá ser de una hora o 50 minutos aproximadamente. A. Valenzuela (1995); pero por todas las vicisitudes ya descritas, el tiempo real se reduce notablemente, sin embargo, aunque se inviertan muchas sesiones con un solo paciente y el logro de los objetivos terapéuticos se alcancen, esto representa un éxito para el paciente y terapeuta, pero no para la institución pública, quien lo traduce en una baja productividad laboral, ya que al invertir tanto tiempo en un paciente subsecuente no se le abre espacio a otros pacientes de primera vez que también demandan el servicio.

1.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENURESIS

Mucho se ha hablado y escrito sobre la enuresis infantil, sobre su eteología y consecuencias; largas discusiones se han realizado entre si es una enfermedad o solo un sintoma, pero como quiera que sea, el niño enurético existe y con él la carga emocional y social que genera el NO controlar el esfínter urinario, independientemente de la óptica profesional con la que se le mire.

A continuación haremos una revisión histórica muy breve sobre la enuresis y los diferentes enfoques con los que se le ha estudiado y manejado.

Los antecedentes de la enuresis datan desde el año 1550 a. c. Tiempo en el que a ésta descarga de orina involuntaria durante el día o la noche se le ubicaba como una perturbación que requería un tratamiento especial, según lo señalan los papiros de Ebnos. Consecuentemente el manejo que en este entonces se le daba a la enuresis era a través del pensamiento mágico.

Ya en el medievo y con la llegada del cristianismo, a la incontinencia urinaria se le ubica en un plano religioso, pero con el nacimiento de las ciencias naturales como la anatomía y la fisiología, permitió visualizar a la enuresis como un problema orgánico que debería ser manejado bajo el modelo médico.

A mediados del siglo XIX el conocimiento médico avanzó en forma importante, aparecen algunas especializaciones como es la cardiología y la pediatría que en especial visualiza a la incontinencia urinaria como una enfermedad de etiología orgánico-cerebral o bien una disfunción en el sistema genitourinario.

En cuanto a la terapéutica empleada esta deja de ser chamánica para dar paso al uso de drogas como la estrictina y la belladona, que modificaban directamente el tono muscular de la vejiga ya que se consideraba que la debilidad del cuello de la vejiga era la responsable de la incontinencia.

En este tiempo se contemplaban los antecedentes hedero-familiares que dicho de otra manera, ya se sospechaba la existencia de una “enuresis congénita”. Posteriormente surge la explicación neurogénica de la enuresis, la cual argumentaba que había una excesiva o deficiente irritación de los nervios aferentes de la vejiga, con la idea de que la enuresis podría deberse a una irritación neural, central o periférica.

Las terapéuticas empleadas fueron tan variadas que iban desde los ejercicios al aire libre, algunas infusiones, el no tomar líquidos antes de irse a la cama, vaciar la vejiga y los intestinos previo al acostarse, dormir en cama dura etc. Cebrian S. J. (2000).

Con los avances de la medicina y la tecnología que caracteriza al siglo XX, se abre paso a la investigación científica lo que permite el estudio de la enuresis infantil desde la perspectiva biológica, psicológica y social.

Médicamente la enuresis ha sido ubicada en el terreno de la neurología y de la endocrinología, al considerar que la enuresis obedece a una alteración de la hormona antidiurética, en tanto que la neurología y la psiquiatría ubican a la enuresis nocturna dentro de las parasomnias (trastornos del sueño).

Cabe mencionar que con la aparición del psicoanálisis en los inicios del siglo XX, la enuresis es considerada una alteración en el desarrollo de la personalidad como lo señala J. de Ajuriaguerra (1983) "El mecanismo de expulsión-retención, en el niño se convierte en un mecanismo de interrelación, de comunicación, rechazo o donación. El niño hace uso de su esfínter para su propio placer y dispone más o menos de su cuerpo con vistas a su placer, posteriormente frente a la impaciencia de los demás, procederá a expulsar como donación o como un desafío. Los psicoanalistas sostienen que frente a las reacciones del adulto, para el niño el producto expulsado es algo preciado y utiliza sus excrementos como regalo para mostrar afecto o como hostilidad a sus padres".

Por su parte O. Fenichel (1946), considera que "La enuresis infantil nocturna o diurna es una descarga sexual. La excreción urinaria originalmente sirve como actividad autoerótica que proporciona al niño una satisfacción erótica-uretral. En los varones, la incontinencia generalmente tiene significados de un rasgo femenino, dicho de otra manera el orinarse en la cama es frecuentemente una expresión de fantasías sexuales propias del sexo opuesto". Viguera Alvarez (1983)

Posterior a la década de los años 50 en el siglo pasado, los genetistas también ofrecieron su punto de vista sobre la enuresis, en la que plantean la hipótesis de que la causa de la enuresis es responsabilidad de un gene singular recesivo heredado. Esta afirmación fue posterior a una investigación acerca de la historia familiar de 320 niños enuréticos, de los cuales 152 niños tuvieron antecedentes positivos de enuresis Steven J. (1998).

Dentro del campo de la neurología Duché (1980) señala que un retardo en la maduración neurológica es reconocida como el origen de la enuresis.

De la misma manera en las últimas décadas del siglo pasado se ubicó a la enuresis como un trastorno del sueño, junto con el sonambulismo y los terrores nocturnos.

Así llegamos al año 2000 y la enuresis sigue siendo un problema en el niño que la padece y una carga para la familia, sin que hasta el momento exista una terapéutica definida que garantice la remisión total y absoluta de este padecimiento.

1.3.1 DEFINICION ACTUAL

La enuresis es definida por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1995) “Como la emisión repetida de orina (voluntaria o involuntaria) en un niño de más de cinco años de edad y cuya frecuencia sea de dos episodios semanales, al menos durante tres meses consecutivos, o bien que provoque un malestar clínico significativo o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”.

El concepto de enuresis se ha venido modificando en las diferentes ediciones del DSM, como ejemplo anotamos que en el DSM-III (1983) se hacía referencia a la emisión involuntaria de orina. El DSM-III-R(1988) incluye en el diagnóstico de enuresis las “Emisiones voluntarias de orina”; Posteriormente el DSM-IV, afirma que la emisión de orina debe ocurrir al menos dos veces por semana, cuando en las ediciones anteriores solo se requería dos veces por mes para los niños de cinco y seis años y de una vez al mes para los niños de siete años. En el CIE-10 se hace referencia a las micciones involuntarias y no se hace mención a la frecuencia mínima de noches mojadas.

Cabe resaltar que esta ausencia de estabilidad histórica en la definición del concepto de enuresis, así como la falta de precisión diagnóstica impide el reconocer que el trastorno enurético es un síntoma frecuente que va disminuyendo con la edad y que normalmente ocasiona un malestar en el niño y su familia Díaz- Atienza y Colbs (2000).

1.4 ETIOLOGIA

Tomando en consideración que la enuresis no es una enfermedad en si misma, sino un síntoma, recordemos que los síntomas tienen diferentes etiologías que no son mutuamente excluyentes, y éste hecho contribuye a la confusión en el tratamiento al intentar asignar un único mecanismo fisiopatológico a todos los niños con enuresis.

Las principales categorías etiológicas reconocidas son la genética, trastornos del sueño, factores urodinámicos, poliuria nocturna, retardo en el desarrollo neurológico y factores psicológicos. El interjuego entre estos factores ayuda a explicar lo heterogéneo en la etiología y la respuesta al tratamiento en los niños enuréticos.

Steven J. Skoog (1998), afirma que “existe claramente un componente genético en la enuresis primaria nocturna, aún cuando sus mecanismos no son claros aún”. “Si un progenitor fue enurético, existe una posibilidad del 44% de que sus hijos lo sean; y cuando ambos padres fueron enuréticos la probabilidad de que sus hijos mojan la cama se eleva al 77%.”.

“La enuresis de los hijos de padres enuréticos se resuelve a una edad similar que la de sus padres. Por lo que respecta a la respuesta al tratamiento farmacológico con acetato de desmopresina también se tiene una predisposición genética. Se registró una buena respuesta al tratamiento en un 91% de niños con una historia familiar positiva, en comparación con un 7% en aquellos con historia familiar negativa para la enuresis primaria nocturna”.

Estudios genéticos recientes sugieren que el gen ENUR-1 ubicado en el brazo largo del cromosoma 13 es responsable de la enuresis hereditaria autosómica dominante. Los genetistas especulan que 2 genes de neuroreceptores en el cromosoma 13 podrían ser relevantes en la enuresis, ya que tienen un rol en la contracción del músculo liso y en el sueño. Sin embargo, actualmente no se conoce ningún mecanismo específico relacionado con el ENUR1, y es dudoso que un gen pueda explicar la naturaleza multifactorial de la enuresis nocturna primaria. Steven Skoog: (1998).

En la actualidad la enuresis nocturna se le ha ubicado dentro los trastornos del sueño, en concreto, con las llamadas PARASOMNIAS (alteración en la calidad o en la conducta durante el sueño).

El niño enurético es difícil de despertar y no se despierta durante la micción involuntaria, sin embargo sofisticados análisis del sueño con monitores de electroencefalograma, los movimientos oculares rápidos (MOR), parámetros uro-dinámicos, pulso y tensión arterial, no han sido concluyentes para establecer diferencias significativas entre los niños enuréticos y los no enuréticos. Uno de los hallazgos importantes es el espectro del EEG y las respuestas somáticas al llenado vesical en niños enuréticos, taquicardia y movimientos musculares, sugiriendo cambios en el desarrollo de la respuesta del sistema nervioso central al reflejo miccional.

Watanabe y Azuma (citado por Steven J. Skoog 1998), realizaron observaciones cistométricas y electroencefalográficas, demostrando una evolución en el “reconocimiento” electroencefalográfico de los episodios enuréticos y sugirieron que el desarrollo del sistema nervioso central mejora la percepción del llenado vesical y el control sobre el reflejo miccional, lo que los llevo a afirmar que el “sueño desordenado no es una causa de la enuresis sino, en muchos casos el responsable sería un retraso del desarrollo del sistema nervioso central en la percepción del llenado vesical y en la regulación del reflejo miccional durante el sueño”.

1.4.1 DISFUNCIONES ANATOMOFISIOLOGICAS

Para hablar de una enuresis es indispensable hacer una semiología muy clara que autorice a ubicar a la enuresis como tal, para lo cual es necesario que revisar la fisiología de la micción normal y poder hacer un diagnóstico diferencial.

El control urinario radica en gran parte en la acción refleja simple entre la vejiga y la médula espinal sacra ya que a su vez se encuentra bajo el control del mesencéfalo y de los centros corticales. La vejiga normal es capaz de distenderse gradualmente hasta alcanzar su capacidad normal de 400 ml., sin que haya un aumento apreciable en la presión intravesical. En este momento se transmiten a la médula sacra sensaciones de llenura y a partir de ella, si falta el control (cortical) voluntario, como sucede en los lactantes, se producen descargas de estímulos a través de la porción motora del arco reflejo, las cuales ocasionan una contracción poderosa y sostenida del músculo vesical sobreviniendo la micción espontánea involuntaria. Conforme la mielinización y el entrenamiento del niño evoluciona, las funciones inhibitorias cerebrales suprimen el reflejo sacro y el individuo orina en forma conciente y a voluntad.

La vejiga, es la única parte del sistema urinario que depende por completo de la innervación intacta para que se realice su función. Esta integrada por tres unidades principales, que tienen por función servir como un receptáculo, un mecanismo del esfínter y una función uretrovesical para prevenir el reflujo de la orina.

Las características principales de la vejiga como receptáculo son:

Presenta una capacidad normal de 400ml a 500ml.; genera una sensación de distensión que es notoria cuando se alcanza este nivel.

- capacidad para acomodar diversos volúmenes dentro de la luz vesical sin un cambio en la presión intraluminal.
- capacidad para contraerse y una vez contraída, sostener la contracción hasta que esté completamente vacía.

En el control urinario existen dos tipos de esfínteres, el esfínter involuntario del músculo liso comúnmente llamado esfínter interno, que es una continuación directa de la musculatura del constrictor de la vejiga al interior de la uretra. El otro es un esfínter voluntario del músculo esquelético derivado de la musculatura del diafragma genitourinario (este esfínter voluntario está envuelto alrededor del segmento medio de la uretra en la mujer y en la uretra membranosa en el hombre). Los dos mecanismos controlan la función de la actividad constrictora vesical.

Con la actividad vesical y la micción se comparte la contracción del esfínter del músculo liso y durante esta fase el esfínter se abre, permitiendo el flujo libre de la orina.

El esfínter voluntario mantiene un tono constante que añade eficiencia al elemento esfintérico. El tono puede aumentarse o elevarse cada vez que se necesite disminuir o abolirse durante la micción, para disminuir la resistencia uretral lo que permite el flujo libre de orina. Las eficacias de las unidades esfintéricas combinadas están indirectamente aumentadas por la integridad de todo el peso pélvico. La debilidad del piso pélvico podría disminuir la eficacia del cierre de estas dos unidades por lo demás normales.

La función intravesical previene del reflujo de orina de la vejiga a la parte alta del sistema urinario. La unión adecuadamente funcional permitirá que la orina fluya libremente del ureter a la vejiga, pero nunca en dirección opuesta. La estructura anatómica de la unión uretrovesical y la morfología de su musculatura, constituye un mecanismo adaptable que evitará el reflujo de orina de la vejiga al uréter independientemente de la distensión vesical o de la actividad constrictora de la vejiga. La resistencia al flujo de orina es mínima en ausencia de estiramiento del trigono(asociado con distensión de la vejiga o con orina residual) o hipertrofia del trigono. La combinación de hipertrofia del trigono y estiramiento debido a la orina residual, puede obstruir significativamente el flujo de orina en el segmento inferior del ureter hacia la vejiga.

La función de la micción se encuentra por completo bajo el control de la voluntad, la respuesta del constrictor vesical ante el estiramiento puede ser inhibido, permitiendo que la vejiga acomode grandes volúmenes del líquido; la contracción vesical habitualmente va precedida por el relajamiento de la musculatura del piso pélvico, incluyendo el esfínter voluntario alrededor de la uretra. Esto reduce en forma apreciable la eficiencia del cierre uretral y conduce también a un descenso en la base de la vejiga, minimizando de manera adicional la resistencia uretral posteriormente, el trigono se contrae y ejerce tracción creciente sobre la unión uretrovesical, aumentando así la oclusión uretral. Esto previene el reflujó vesicouretral durante la elevada presión intravesical que se desarrolla en la micción. También jala la porción posterior del cuello vesical lo que provoca la formación de un embudo, solo hasta entonces las fibras del constrictor de la vejiga, se contraen y la presión intravesical comienza a elevarse. La contracción de la vejiga de las dos capas musculares longitudinales y del trigono, se insertan en la uretra tiende a traccionar y abrir el esfínter vesical interno, contribuyendo así, aún más a la formación del embudo del orificio vesical. La presión hidrostática aumentada que ejerce el músculo vesical, se dirige a lo largo de la uretra. De manera recíproca la resistencia uretral cae y sobreviene la micción. El músculo vesical mantiene su contracción hasta que el vaciado completo ha ocurrido. Cuando la vejiga se vacía, el músculo constrictor se relaja, lo que permite al cuello cerrarse; el tono uretral y el músculo perineal se normalizan. Finalmente el trigono regresa a su tono normal. Si la persona decide interrumpir el chorro urinario, el esfínter externo se contrae voluntariamente. Se relaja entonces el músculo vesical espástico mediante una acción refleja recíproca y se cierra el cuello de la vejiga.

El diagnóstico diferencial de la enuresis se establece ante la incontinencia urinaria, que hace suponer una lesión orgánica concreta, mecánico nerviosa o por una inflamación en el aparato genito-urinario.

Es importante recordar que la enuresis es una micción involuntaria e inconsciente, en tanto que la incontinencia es la emisión de orina involuntaria pero conciente, o sea cuando todos los intentos del paciente por retener la orina resultan inútiles.

La mayoría de los urólogos pediatras consideran que cuando se presenta una incontinencia urinaria en un niño después de los 5 años, antes de pensar en una enuresis siempre se deberá descartar una anomalía orgánica o funcional en vías urinarias o del riñón.

Otro padecimiento que debe de descartarse en la incontinencia urinaria son los TRASTORNOS NEUROMUSCULARES relacionados con lesiones adquiridas de la medula espinal o por afecciones congénitas como por ejemplo espina bífida real, aplasia sacra etc. Kempe H. (1978).

1. 4. 2 DISFUNCIONES NEUROLÓGICAS

El desarrollo cortical de la respuesta miccional, consiste en desarrollar la capacidad de inhibir la actividad detrusora con volúmenes y presiones de orina cada vez mayores; hasta el punto en que es improbable que ocurra la eliminación refleja aún cuando la vejiga está llena y la necesidad de orinar sea muy grande.

Duche (1972) señala, que un retardo en la maduración neurológica ha sido reconocida durante largo tiempo como el origen de la enuresis. Posiblemente el retardo en la adquisición del control esfinteriano, se asocie a un problema neuromotor; de hecho para algunos autores el problema de la micción va estrechamente ligado a la maduración del sistema vesical y por supuesto del sistema nervioso, ya que afirman que existe una relación entre la enuresis y una distonía del sistema nervioso vegetativo cuya sintomatología pudiera ir ligada a una hipervagotonia pelviana. J. AJURIAGUERRA, (1983)

Otros autores afirman que la desorganización en las señales cerebrales son producto de una disfunción o de un retraso mental. A. Trousseau (1980) citado por Ajuriaguerra (1988), refiere “todo aquel que, sin tener una lesión vesicouretral, orina la cama sin darse cuenta, es un epiléptico. Una epilepsia nocturna puede manifestarse por pérdida de orina, y algunas incontinencias de orina diurnas pueden ser también manifestaciones del petitmal”, pero en realidad es muy raro que una epilepsia sea el origen de la enuresis.

Como lo cita J. Ajuriaguerra (1983); E. C. Turton y A. B. Spear descubren que un 14% de los niños enuréticos presentarían un trazo de E. E. G. epileptiforme, lo mismo que C.I. Valet quien describe los trazos electroencefalográficos de aspecto epileptico en un 51.5% de los casos. C. Banatti admite que los trazos anormales pudieran obedecer a una simple inmadurez funcional del sistema nervioso. Al respecto el propio Ajuriaguerra nos recuerda que los frecuentes cambios en los trazos del E. E. G. en los niños puede obedecer a otros factores como lo son los emocionales, cambios de carácter, etc. y no necesariamente obedecen a manifestaciones epileptógenas.

Para concluir lo referente a las disfunciones neurológicas, habrá que tener en cuenta que un retardo en la maduración neurológica, no explica por si misma a la enuresis, como tampoco podemos afirmar que todo niño enurético debe presentar obligadamente una disfunción cerebral. Calderón G.R. (2001).

1. 4. 3 DISFUNCIONES ENDOCRINOLOGICAS

Se le conoce como sistema endocrino, al conjunto de glándulas situadas en distintas partes del cuerpo que secretan diferentes sustancias químicas llamadas hormonas, que van directamente al torrente sanguíneo. Existen seis glándulas reconocidas como endocrinas por su naturaleza. Estas glándulas secretan hormonas que cuando son suprimidas afectan diversas funciones del cuerpo de una manera claramente definida. El reemplazo de estas hormonas restaura las funciones perturbadas tal como existían antes de que la glándula fuera dañada.

La glándula HIPOFISIS, llamada algunas veces “glándula maestra” por secretar hormonas que ejercen una acción reguladora sobre otras tres glándulas como lo son, las SUPRARRENALES, LA TIROIDES Y LAS GONADAS SEXUALES.

La glándula HIPOFISIS se divide en dos partes o lóbulos: el anterior y el posterior, esta última parte de la glándula se le conoce también como NEUROHIPOFISIS que libera hormonas secretadas por las células nerviosas del hipotálamo. Estas hormonas afectan entre otras funciones, la retención de líquidos en los tejidos del cuerpo, y en especial la hormona

antidiurética. Bajo ésta premisa es que algunos médicos pediatras y endocrinólogos afirman que en el niño enurético existe una disfunción en la secreción de esta hormona: Whittaker (1977).

Investigaciones modernas han demostrado que los niños enuréticos, producen durante la noche mayor cantidad de orina de la que es capaz de contener la vejiga urinaria. S. Skoog (1998).

Por diuresis se entiende, la cantidad de orina producida por los riñones, de tal manera que la hormona antidiurética es la que se encarga de regular la producción de orina por parte de los riñones, así que en los niños enuréticos se supone que esta hormona es insuficiente para regular la cantidad de orina filtrada por los riñones, y la vejiga se ve superada en su capacidad produciéndose una micción involuntaria e inconsciente.

En la actualidad hay fármacos que administrados por vía oral o como spray nasal actúan sobre el riñón simulando la acción de la hormona antidiurética. El fármaco permite que al disminuir la cantidad de orina producida por los riñones, el niño enurético no se orine por la noche. La probabilidad de que el fármaco sea eficaz es del 60%; existen respuestas parciales en un 15%, y un 25% las respuestas son nulas. Centro de Enuresis, Universidad del Salvador (2002).

Un estudio reportado por P. O. Soria en la Revista Mexicana de Urología (1999), afirma que el efecto de la desmopresina oral en el tratamiento de la enuresis es clínicamente significativo y seguro, siendo necesarios estudios a largo plazo, para evaluar la tolerabilidad y efectos negativos.

1.5 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Durante mucho tiempo se consideró que la enuresis tenía una etiología psicógena y que era causada por algún problema en el grupo familiar o en el desarrollo de la personalidad del niño. Como lo mencionamos en el inciso relativo a los antecedentes históricos de la enuresis y en especial sobre las aportaciones de la corriente psicoanalítica con relación al control de los esfínteres, donde el valor del síntoma es trascendente; en el caso de la enuresis está considerada como una regresión a la humidificación genital, o como una reacción al miedo a perderla; o bien es una forma de diálogo entre el niño y el medio, obviamente en forma de agresión y dependencia: J. de Ajuriaguerra: (1983).

El mismo autor afirma “que la enuresis es la expresión de un conflicto profundo que dificulta la organización afectiva y de relación”.

Otros autores aceptan que los traumatismos psíquicos y discordancias del medio pueden tener una importancia como factor agravante o desencadenante de la enuresis, como por ejemplo una separación, una decepción, el despertar de intereses sexuales o por experiencias sexuales invariables y por supuesto dificultades en el ámbito familiar.

H. Bakwin (1966) considera que no hay una clara y definida diferencia de conducta entre niños enuréticos y los no enuréticos, resaltando la importancia del desarrollo afectivo del niño.

F. U. Anderson (1930), en su tratado de los aspectos psiquiátricos de la enuresis afirma “que los factores emocionales son con mucho la principal raíz de la enuresis, siendo insignificantes los factores físicos en cuanto a causabilidad y sin importancia”. Cit: por Vallejo (1986).

En una cita que hace Ajurioguerra (1983), refiere en el año de 1957, B. Hallgren, en un intento de hacer un estudio estadístico de la enuresis señala que un 41% de los casos presentaba problemas afectivos personales, en tanto que un 26% tenía problemas de relación con sus hermanos.

Dado que el control de micción es un mecanismo que se desarrolla sobre la base de aceptación activa o pasiva impuesta de los padres en función de unas normas culturales y sociales, la organización de este control no es únicamente madurativo. La maduración aporta al niño la posibilidad de adquirir hábitos pero no le ayuda a comprender la “ritualización esfinteriana”.

De ahí que sea necesario que tengamos que pensar que existe una psicogénesis de la enuresis que ha sido admitida por la mayoría de los especialistas, que coinciden en que hay una relación entre la iniciación de este síntoma con la aparición de problemas afectivos, trastornos de conducta ó alteración más o menos grave de la personalidad.

De tal manera que al estudiar las causas psicológicas que determinan la enuresis hay que separar aquéllas inicialmente productoras del síntoma, y las que lo mantienen una vez producido, así como aquéllas que pueden ser causa de una enuresis primaria, en la que nunca se ha establecido el control vesical, y las que, desde el punto de vista etiológico produce la enuresis secundaria, en la que el síntoma se presenta tras un período de tiempo variable en el que el control urinario ha sido normal.

Las causas iniciales y desencadenantes del síntoma habrá que buscarlas en la etapa del desarrollo madurativo del niño en la que se establece el control vesical y que al rebasar la edad límite para el control del esfínter urinario, el niño comienza a enfrentar el conflicto del “porque yo no”, generándole una reacción emocional como tristeza, irritabilidad persistente o cambios en los hábitos de alimentación o del sueño Pozo G.F. (1990).

La enuresis puede tener un sin número de causas emocionales, como por ejemplo cuando un niño comienza a orinarse después de meses o años de no hacerlo, se sospecha que esta situación puede causarle algunos temores o inseguridades, pero generalmente sucede después de algún evento que le genere inseguridad como por ejemplo el cambio de casa, la pérdida o muerte de un ser querido o la llegada de un nuevo hermanito. En ocasiones la enuresis vuelve a comenzar después de un periodo en el que el niño ha estado seco ya que el proceso original de aprendizaje de ir al baño le fue muy estresante.

Telma Reca, cit. Por Vígueras (1983) nos dice que, “La enuresis no es una enfermedad, desde un punto de vista psiquiátrico, es un síntoma, como bien lo ha hecho notar Pearson, que puede integrar el cuadro de diversos complejos sintomáticos, algunos de los cuales son entidades nosológicas definidas y otras no como lo son la epilepsia, errores culturales y ambientales, reacciones agresivas etc”.

Didier Duche (1972), afirma que no es posible establecer un perfil psicológico de los enuréticos ya que no hay enuresis, sino enuréticos. Por otra parte cree imposible distinguir entre aquello que puede estar en el terreno afectivo como el origen de una enuresis, y ser responsable de ese hecho y aquello que es consecuencia de esa dolencia.

En cuanto a la autoestima, Vázquez H. y Lara Tapia (1995), realizaron un estudio con 22 enuréticos comparados con 22 niños no enuréticos a través del cuestionario de autoestima de Cooper Smith. Encontraron que no hay diferencias significativas entre ambos grupos, considerando que esto significa una diferencia respecto a poblaciones anglosajonas determinado por las características de la sociocultura mexicana y la aceptación del niño a pesar del problema del sueño. Existe además un carácter familiar en estas alteraciones del sueño.

Actualmente existen una serie de asociaciones internacionales que se han dedicado a la investigación sobre la etiopatogenia de la enuresis, como por ejemplo la American Enuresis Foundation, quienes desde 1972 realizan trabajos para desmitificar a la enuresis y en una de sus publicaciones afirman que aproximadamente el 10% de niños enuréticos presentan alguna afección en vías urinarias y solo el 10% obedece a problemas psicológicos, en tanto que el 80% de niños que mojan la cama presentan desordenes en el sueño (The home of the only authentic bedwetting. Revolution; EUA 2000).

1. 5. 1 TRANSTORNOS FAMILIARES Y SOCIALES

La manera como se relaciona el niño con sus padres es un factor muy importante en el desarrollo emocional del niño, y de gran relevancia en la formación de la personalidad, elemento que incide en su conducta personal, familiar y extra familiar. El papel que tienen los padres en el origen de la enuresis puede visualizarse como un comportamiento erróneo en cuanto al adiestramiento del esfínter infantil o como algo más general en el plano del desarrollo afectivo.

J. de Ajuriaguerra (1983), afirma que una conducta irracional o neurótica por parte de los padres dificulta la formación del control del esfínter en su momento normal, tanto por coaccionar excesivamente al niño con rebeldía o autodefensa por parte de este, o contrariamente si actúan blandamente, con lo que no se llega a formar el control de la micción. Unos padres enureticos mostrarán un comportamiento temeroso o de excesiva sobreprotección al recordar su propia experiencia.

Algunas veces los padres al no saber ejercer el control adecuado del esfínter pueden caer en conductas obsesivas y fóbicas hacia el hijo enurético y en ocasiones la intervención de los padres es provocada por el comportamiento entre hermanos cuando hay celos hacia el hermano menor y sobre todo si este naciera en el periodo en el que se está aprendiendo a controlar el esfínter, lo que hace que la regresión sea más frecuente en niños sobreprotegidos. En otras ocasiones por rivalidad con el hermano mayor, la enuresis obliga a la madre a ocuparse del pequeño y abandonar al otro, Telma Reca; (1958) citado por Ajuriaguerra (1983).

Desde que el niño nace se crea una diada-simbiótica con la madre, quien juega un papel muy importante en el desarrollo emocional del niño y en su maduración, además de ser la madre de quien aprende las normas sociales, entre otras, el control de los esfínteres.

T. Reca; (1958), señala la actitud de los padres como: “rechazo, ansiedad o crueldad, en especial de la madre, en esta etapa de la vida en que su influencia se hace manifiesta”.

El rechazo o crueldad de la madre puede dar origen a graves trastornos de la personalidad, como psicosis infantil, personalidades neuróticas, de las cuales la enuresis sería un síntoma.

La inseguridad o ansiedad de la madre, un manejo inadecuado del niño pueden transferir al menor una situación de ansiedad que, a su vez puede ser causa de enuresis, terrores nocturnos, tics, etc. Una actitud opuesta a la anterior sería la de los padres protectores. El niño en este ambiente familiar se encuentra excesivamente protegido y mimado, lo que determina retraso en su proceso de maduración y por lo tanto en el establecimiento de los hábitos urinarios y del control de esfínteres. El padre y sobre todo la madre, tratan y miman al niño como si se tratara de un niño de maduración inferior a su edad cronológica, y entonces él actúa y se comporta como tal, orinándose en la cama.

Como quiera que sea la enuresis es un trastorno que se vuelve un problema sobre todo si tomamos en cuenta que éste afecta los hábitos de vida de casi toda la familia. Los padres viven preocupados porque el chico no moje la ropa de cama y tienen que tomar una serie de precauciones al respecto. Por su parte al niño le resulta vergonzoso ante sus compañeros o amigos, sobre todo cuando tiene que pernoctar en otro lado que no sea su casa, lo que lo lleva a aislarse y vivirse diferente. Algunos autores afirman que la autoestima tanto de los padres como de los niños se ve comprometida en forma importante. La Enuresis (<http://77www.seocities.com/heartland> (23-03-02).

Algunos estudiosos de la enuresis afirman que los conflictos familiares que se presentan con un niño enurético, son producto de la poca tolerancia de los padres, pero sobre todo por la incapacidad de estos para observar objetivamente el síntoma y darle una canalización adecuada, ya que normalmente los padres se instalan en el efecto y es cuando comienzan a aparecer los conflictos psicológicos en el niño y la familia.

Otro de los conflictos que se presentan en la familia del enurético son los castigos, que finalmente son los que si afectan emocionalmente al niño, entendiéndose por castigo a la estrategia absolutamente ineficaz de disciplinar a los hijos. J. Cáceres C. (1998); quien se refiere al castigo en sus efectos secundarios como lo es el resentimiento del niño castigado y como el niño también se va acostumbrando a los castigos, lo que repercute en una conducta rebelde o indiferente por parte del pequeño.

En la actualidad los niños de las grandes ciudades viven una época muy agitada donde su inserción en las actividades sociales son cotidianas a muy temprana edad, como los son los campamentos escolares, invitaciones de fines de semana etc, situaciones que en un niño enurético despiertan sentimientos contradictorios, por un lado, le genera alegría y por otro la gran angustia de su enuresis, lo que lo lleva a rechazar éste tipo de eventos. Según datos aportados por el departamento de cirugía pediátrica del Hospital Alemán de la Universidad del Salvador (2001), las madres de los niños enuréticos eran las que frecuentemente

demandaban la solución a éste conflicto, sin embargo ahora son los niños los que buscan una solución a su sintomatología y poder realizar una vida normal.

1.6 CLASIFICACION DE LA ENURESIS

Como ya lo mencionamos previamente la enuresis no es un escape de orina, sino una verdadera micción involuntaria e inconsciente que se produce durante el sueño, o durante el día a una edad en la que se espera que ya haya continencia.

Tradicionalmente se ha agrupado a la enuresis dependiendo de su aparición, de su ritmo nictameral y según el ritmo enurético; sin embargo actualmente solo se manejan dos grandes grupos:

- Enuresis primaria
- Enuresis secundaria

Antes de hablar de cada uno de estos grupos mencionaremos la división hecha por B. Hallgren (1957) dependiendo del ritmo nictameral:

- Enuresis nocturna independiente

La cual estadísticamente es la más frecuente en una proporción de 65% en relación a un 32% de la enuresis diurna-nocturna y en un 3% de la enuresis mixta.

- Enuresis diurna independiente

Es la incontinencia urinaria que se presenta durante el día.

- Enuresis diurna nocturna

Es la falta del control esfinteriano del tipo mixto.

División de la enuresis según el ritmo enurético

- Enuresis irregular

Es la que aparece después de los 8 años

- Enuresis intermitente

Es la que aparece y desaparece sin registrar frecuencia; se considera que en ésta manifestación se encuentran implícitos conflictos familiares o presiones escolares

- Enuresis episódica

Es la que se presenta en episodios cortos y muy eventuales que según Ajuriaguerra (1983) pueden ocurrir ante la presencia de una epilepsia infantil, por conflictos familiares, por estar internado, ante la presión de un examen o por el inicio de una psicoterapia.

ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

Como ya lo mencionamos anteriormente, el criterio de clasificación actual es más sencillo el **DSM IV (1995)** solo contempla el tipo primario y el secundario. Se le denomina enuresis primaria cuando no ha sido precedida por un periodo de continencia de por lo menos un año, cuando luego de este tiempo el niño vuelve a orinarse, recibe el nombre de **enuresis secundaria**.

LA ENURESIS SEGÚN SU RITMO NICTAMERAL

También bajo los criterios del DSM IV, existen tres subtipos de enuresis:

- Solo nocturna
- Solo diurna
- Nocturna y diurna

A los 5 años de edad la prevalencia de enuresis es el 7% en varones y el 3% en mujeres; a los 10 años del 3% en varones y del 2% en mujeres; a los 18 años, el 1% en varones y en menor proporción en mujeres.

La enuresis solo nocturna, es la que se presenta exclusivamente en el transcurso de la noche. A través de una serie de análisis del sueño del niño enurético con monitoreo del E. G. el evento enurético se presenta en la fase de los movimientos oculares rápidos (MOR). Un hallazgo importante es el espectro del E. E. G. y respuestas somáticas al llenado vesical en niños enuréticos. La respuesta somática y electroencefalográfica puede variar desde ninguna parasomnia hasta la aparición de taquipnea, taquicardia y movimientos musculares, sugiriendo cambios en el desarrollo de la respuesta del sistema nervioso al reflejo miccional.

Watanabe y Azuma citados por Steven J. Skoog (1998) en su artículo denominado "Enuresis nocturna primaria" publicado en la sección de urología pediátrica de la Universidad de Oregon, USA, demuestran una evolución en el reconocimiento de electroencefalográfico de los episodios enuréticos y sugirieron que el desarrollo del sistema nervioso central mejora la percepción del llenado vesical y el control sobre el reflejo miccional. En consecuencia parecería que el sueño desordenado no es una causa de enuresis, sino que en muchos casos, el culpable sería un retraso del desarrollo del sistema nervioso central en la percepción del llenado vesical y en la regulación del reflejo miccional durante el sueño.

La enuresis solo diurna, es la micción conciente pero no voluntaria que se presenta exclusivamente durante el día. Este tipo de enuresis es la menos frecuente (alrededor del

5% de todos los casos) y por obvias razones el diagnóstico diferencial tendría que ser mucho más juicioso apoyado en los estudios clínicos y paraclínicos.

El DSM IV define otros criterios de la enuresis como es la frecuencia que marca por lo menos dos episodios al mes en niños entre 5 y 6 años, o un episodio al mes en niños mayores.

1.7 SEMIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando en la práctica clínica nos encontramos con un niño que moja la cama, en forma ocasional o repetida, obligadamente tenemos que echar mano de los apoyos clínicos y paraclínicos que faciliten al médico y a los equipos de salud la elaboración de un diagnóstico preciso. Para lo cual es indispensable el apoyo multidisciplinario que nos permita clasificar la situación real de un niño incontinente.

A través del método clínico se valoran los signos y síntomas que presenta el paciente, que en el caso específico de la enuresis, es primordial el ubicar cronológicamente al niño, ya que si la incontinencia urinaria se presenta antes de los 5 años no puede ser considerado como enuresis, o bien si la presencia del síntoma es eventual en lapsos mayores de 3 meses tampoco puede ubicarse como enuresis DSM-IV: (1995).

- Habrá que hacer una diferenciación entre la micción involuntaria consciente y la micción involuntaria inconsciente, toda vez que esta diferenciación nos dará la pauta a seguir en cuánto al manejo médico, lo que por obvias razones obliga al facultativo a hacer una revisión de la estructura anatómica y fisiológica de los esfínteres vesicales y de la capacidad de volumen intravesical.

Un elemento indispensable en el método clínico, es la **historia clínica** misma que facilitará el visualizar las determinantes genéticas que puedan estar implicadas, así como los eventos externos peri y postnatales que de alguna manera hubiesen influido en un desarrollo neurológico tardío. El correcto historial clínico, permitirá descartar una genopatía o algunas disfunciones hormonales que en el diagnóstico de la enuresis es indispensable sobre todo para descartar una diabetes infantil, sin perder de vista que la polidipsia puede confundirse con la potomanía.

Como un quehacer específico para el psicólogo que maneja a éste tipo de niños, es el de investigar el estado emocional del niño y el impacto psicológico para su familia y sus grupos extrafamiliares a través de las técnicas propias de la psicología.

Los métodos paraclínicos son los estudios de gabinete y laboratorio que apoyan al clínico a confirmar o a desechar el diagnóstico presuncional.

Dentro de los estudios de gabinete se encuentran las técnicas de imagenología, como son las placas radiológicas, los ultrasonidos (U;S), la tomografía computarizada (TAC) etc. que permiten al profesional en medicina visualizar alguna alteración anatomofuncional del sistema genito-urinario. Por lo que respecta al electroencefalograma (E.E.G) así como el (TAC) son los tamices gráficos del neurodesarrollo, como también es importante visualizar cuando la enuresis es una manifestación más de una disfunción cerebral o de una epilepsia.

Cabe señalar que estos estudios son los que con mayor frecuencia se solicitan ante la sospecha de alguna disfunción orgánico-cerebral.

Los estudios de laboratorio son muy importantes ya que en forma cuantificada se visualiza el estado nutricional del niño, así como el funcionamiento de algunos órganos y sistemas. Los estudios que generalmente se utilizan son: la biometría hemática (H.B.), la química sanguínea (Q.S.) que entre muchos otros elementos permite descartar la existencia de una diabetes infantil por la determinación de glucosa en sangre.

La enuresis debe diferenciarse de una infección en vías urinarias, en la que la incontinenia urinaria es común. Para tal efecto los estudios bacteriológicos son indispensables en el diagnóstico diferencial. Nelson, V. M. (1998)

En síntesis, para diagnosticar a la enuresis se tendrá que utilizar juicios claros, sin perder de vista que su etiología no es uniforme para todos los casos y que la terapéutica tampoco puede ser única.

1.8 ENFOQUES Y TRATAMIENTOS DE LA ENURESIS

Como lo hemos venido señalando en los incisos anteriores, la enuresis o el mojar la cama en forma involuntaria después de los cinco años es un problema que ha acompañado al hombre en su evolución y como ya lo comentamos también los manejos o tratamientos han sido muy variados que van a depender del marco teórico en el que se le ubique.

En esta revisión solo vamos a hablar de tres enfoques que a nuestro juicio son los que han prevalecido en el tiempo y que justamente a través de ellos se han desencadenado los múltiples manejos:

- ENFOQUE BIOLOGISTA Y TRATAMIENTO MEDICO
- ENFOQUE CONDUCTISTA O TÉCNICAS DE MODIFICACION CONDUCTUAL
- ENFOQUE PSICODINAMICO

1.8.1 ENFOQUE BIOLOGISTA Y TRATAMIENTO MEDICO

En el marco biologista se incluyen todos los aspectos anatómicos y fisiológicos que interactúan en la función de la micción. En los que por supuesto quedan incluidas los posibles compromisos genéticos, endocrinológicos y neurológicos.

Tradicionalmente cuando el médico familiar o el medico pediatra se enfrentan a un niño enurético que cuenta con unos padres preocupados por esta situación y que demandan resultados a corto plazo, optan por el manejo farmacológico que casi siempre es la IMIPRAMINA, que está considerada como una droga anticolinérgica que es utilizada en los estados depresivos, pero que en el niño enurético incide en el músculo detrusor de la vejiga urinaria e incrementa la tonicidad de los esfínteres.

Los beneficios del medicamento son reales, ya que el número de noches en que el niño se orina disminuyen e incluso pueden desaparecer, pero cuando el medicamento se suspende en muchas ocasiones la enuresis vuelve a aparecer.

Tomando en consideración que el NORPRAMIN O TOFRANIL (nombres comerciales), son antidepresivos pertenecientes al grupo de los tricíclicos deben de ser utilizados y administrados con mucha cautela, ya que la administración no adecuada o por tiempos prolongados puede traer consigo reacciones secundarias adversas como serian los trastornos del sueño, irritabilidad, intranquilidad, irritación gástrica, atención dispersa etc. Cabe señalar que la sensibilidad al medicamento en cada niño es diferente y fácilmente se puede caer en intoxicaciones iatrogénicas que casi siempre son de pronóstico reservado Nelson y Colbs (1971).

Por su parte los fisiólogos y endocrinólogos a través de la urodinamia afirman que el aumento del flujo urinario con volúmenes que exceden la capacidad funcional de la vejiga dan como resultado la micción involuntaria, sin perder de vista que la hormona antidiurética tiene un compromiso importante, de tal manera que la DESMOPRESINA o Acetato de desmopresina es utilizada con mucha frecuencia ya que se le ubica como una forma artificial de la hormona antidiurética lo que permite que el niño produzca menos orina, y el riesgo de mojar la cama disminuye.

Actualmente la desmopresina puede ser inhalada por vía nasal, sin que genere mayor problema su administración, sin embargo se han reportado casos de cefaleas frecuentes, ardor en las mucosas de las narinas, o insensibilidad de control del flujo nasal.

Los resultados reportados hasta el momento son favorables en tanto que la droga este presente, pero sucede igual que con la imipramina, cuando el fármaco se suspende, la enuresis aparece de nueva cuenta, con el inconveniente de que los hábitos higiénicos que rodean a la micción involuntaria habrán desaparecido. Pozo G. F. (1999).

1.8.2 ENFOQUE CONDUCTISTA

Basado en el análisis y control de la conducta, el enfoque conductista, ubica a la enuresis como una deficiencia en los hábitos, en experiencias pobres de aprendizaje y la carencia de contingencias apropiadas en los reforzadores en todas las conductas relacionadas al control de las esfínteres y su condicionamiento social, J. Caceres (1998).

El reflejo de la micción en un niño lactante se ubica dentro del ámbito del condicionamiento respondiente que a través del crecimiento y desarrollo neurológico le permitirá la adquisición de habilidades y el aprendizaje de conductas nuevas, de tal manera que el niño va aprendiendo que la "pipi", "debe hacerse" en un lugar definido es entonces cuando el condicionamiento operante es el que permite el aprendizaje de conductas socialmente aceptadas.

Será a través del ensayo y el error, así como del tipo de reforzadores (positivos o negativos) que se utilicen en el acto de orinar, los que condicionen las conductas adecuadas o no adecuadas en lo que al control de la micción se refiere.

El sano desarrollo neurológico es muy importante en el aprendizaje del control de los esfínteres que se da aproximadamente a los 3 años, permitiendo que a esta edad el niño pueda aprender la habilidad de inducir una micción voluntaria o bien de inhibirla aun cuando existan bajos o altos volúmenes de orina en la vejiga. Este control obviamente nos habla de que el niño ya rebasa las respuestas reflejas y por lo tanto la probabilidad de que se orine durante el sueño es muy baja.

Crosby (1950); citado por Viguera (1983); afirma que en la mayor parte de los casos de enuresis, existe un condicionamiento inadecuado, más que una ausencia de éste. Enfatiza que el desarrollo cortical permitirá exhibir la actividad inhibitoria del músculo detrusor, logrando con esto demorar la respuesta de micción y adquirir el control total que le permita mantener durante la noche la continencia urinaria. Esto implica un aprendizaje total de discriminación que debe ligar señales interoceptivas con toda la secuencia de la compleja respuesta de la micción.

Dentro del enfoque conductista se han utilizado una serie de dispositivos de alarma que no son más que un "aparato" colocado junto a la ropa del niño o en su cama, que al sentir las primeras gotas de orina cierra un circuito eléctrico que pone en funcionamiento una alarma que a su vez despierta inmediatamente al niño. Fisiológicamente se sabe que al despertarse, en forma tan abrupta se cierran los esfínteres que cortan automáticamente el flujo de orina. Se supone que el niño ya despierto debe ir inmediatamente al cuarto de baño.

La cantidad de tiempo que el niño ha de utilizar tal aparato varía según el caso, sin embargo existen reportes en los cuales se dice que la mayoría de los niños consiguen en control nocturno entre una semana y tres meses J. Cásares; (1998)

Uno de los inconvenientes de éste aparato es su alto costo, de difícil limpieza y cuidado, además de que en los niños que tienen un sueño intranquilo el sensor al ser movido puede hacer contacto con el simple sudor, activándose equivocadamente.

Por último señalaremos que los reforzamientos utilizados por los padres es de suma importancia, ya que al orinarse el niño en la cama, pese a todos los inconvenientes que le ofrece, le acarrea una gran cantidad de ventajas que le complacen, tales inconvenientes como es la atención de los padres.

De tal manera que la familia tendrá que operar un cambio radical en sus respuestas, como es el prestar más atención a las noches secas o el como graficar y estimular al niño cada vez que de un paso por pequeño que sea en dirección adecuada.

En este proceso de aprendizaje existen algunos inconvenientes como por ejemplo, el que los papás no saben en que momento reforzar al niño, como tampoco saben cuales son las conductas precurrentes al control de la orina.

1.8.3 ENFOQUE PSICODINAMICO

De nueva cuenta hacemos referencia que para los psicólogos con orientación psicoanalítica ubican a la enuresis como una perturbación emocional ya que el mojar la cama es la señal de un conflicto subyacente o bien como una reacción inconsciente pasivo-agresiva hacia los padres, o un cierto miedo a la castración relacionado con el complejo de Edipo, siendo también un síntoma de regresión.

Glincklich; (1951), citado por Viguera (1983), describe que la enuresis en el niño, es una forma de identificación con el padre, ya que el orinarse simboliza la eyaculación y llena el deseo subconsciente de potencia, es un sustituto de la masturbación. La sensación de la micción en algunos niños, en los comienzos de la pubertad puede ser debido al inicio de la masturbación y así removerlo de las necesidades de la sustitución del síntoma. Afirma que la enuresis, es llenar un deseo de regresión a los estadios tempranos de la infancia, considerando que la enuresis es una regresión al erotismo uretral.

Fenichel (1946), citado por Ajuriaguerra (1983), planteó que la enuresis infantil nocturna o diurna "es una descarga sexual, la excreción urinaria originalmente sirve como actividad autoerótica, que proporciona al niño una satisfacción erótico-uretral. En los varones, la incontinencia generalmente tiene significado de un rasgo femenino, estos muchachos esperan tener placer femenino, orinándose pasivamente. Entre la orina infantil autocrítica y el síntoma posterior de la enuresis representa un sustituto y un equivalente, de la masturbación suprimida. El orinarse en la cama es frecuentemente una expresión de fantasías sexuales, propias del sexo opuesto".

Según Kanfer y Phillips (1977), las teorías dinámicas de la personalidad, han considerado la falta de control de la función urinaria como una manifestación de comportamientos pasivo-agresivos hacia los padres como conflictos emocionales profundos o como formas sustitutivas de gratificar la sexualidad reprimida. Cit. Viguera S. (1983).

Para estos teóricos de la personalidad y para la psicología clínica será la psicoterapia el abordaje predilecto para el manejo de la enuresis. Sin embargo este tipo de enfoque se reduce al campo del conflicto emocional, pero la limitante es que la enuresis no es unicausal. Por otro lado la psicoterapia individual es un tratamiento costoso, sobre todo por los tiempos tan prolongados que se requieren, sin que se garantice el éxito de la remisión de la enuresis.

1.9 PANORAMA ACTUAL DE LA ENURESIS

Hasta el momento se cuenta con una bastísima información sobre la enuresis, matizada por los diferentes enfoques y escuelas que si bien son reiteraciones sobre el mismo tema, la realidad marca que la enuresis se ha venido desmitificando y con ello la multiplicidad de tratamientos se han reducido, incluso actualmente se afirma que el trastorno enurético va disminuyendo con la edad. Díaz-Atienza y Colbs; (2000).

Estudios actuales afirman que la mayor prevalencia de la enuresis se registra en niños varones, cualquiera que sea el intervalo de edad. Los trabajos transculturales muestran que la enuresis es un trastorno que afecta en porcentajes similares a todas las sociedades y culturas.

Investigaciones recientes afirman que la enuresis más frecuente es la enuresis nocturna primaria que representa el 70% del total de los diferentes tipos de enuresis, D. Pozo (1999). Otros autores afirman que la incidencia de trastornos psicológicos es más frecuente en la forma mixta de enuresis (diurna y nocturna) que en la enuresis simple y menor en las formas primarias que en las secundarias.

En la actualidad se sabe que un porcentaje elevado de familias de niños enuréticos no buscan ayuda profesional, quizás porque consideran que estos trastornos no son importantes, que no tienen tratamiento o bien que desaparecerán con la edad.

Otras veces son los mismos profesionales de la salud los que se muestran reacios a instaurar un tratamiento, al considerar que el síntoma no es lo suficientemente grave para que se justifique un manejo farmacológico y que al final pudieran presentar efectos adversos.

En un estudio realizado por Díaz-Atienza E. y Colbs.: (2000) concluyen que:

“Los niños y niñas con enuresis atendidos en un Servicio de Salud Mental Infantil, presentan unas características clínico-epidemiológicas similares a las descritas para los enuréticos de la población general”.

- Los niveles de psicopatología de los niños enuréticos atendidos en un servicio de salud mental infantil no son mas elevados que los encontrados en la población general.
- El riesgo de morbilidad psiquiátrica es mayor en los varones, en los niños menores de nueve años y en los subtipos de enuresis secundarias y mixtas.
- Por lo tanto, probablemente los criterios por los que los niños con enuresis son remitidos a los servicios de salud mental infantil no se rigen por la presencia de síntomas psicopatológicos. El tratamiento podría ser instaurado por los servicios de pediatría y sólo aquellos casos en los que se sospeche la implicación de factores emocionales deberían ser remitidos a las unidades de psiquiatría infantil.

En un estudio realizado por la División de Investigaciones Epidemiológicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría; Caraveo Anduga J. (Mex. 1999), afirma que de la demanda en los servicios de salud mental en la ciudad de México, la tercera parte de su totalidad corresponde a niños, siendo los trastornos de conducta y los problemas de aprendizaje, las causas más frecuentes de atención, en tanto que la enuresis es solo un síntoma asociada a otras patologías

CAPITULO II HUMANISMO Y CARL ROGERS

2. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HUMANISMO

En los años que siguieron a la segunda guerra mundial, alcanza su apogeo un movimiento intelectual, conocido como Existencialismo, que no solo abarca a los intelectuales de la época, sino que también influye en el pensamiento de artistas, poetas, escritores, etc.. Este movimiento nace en Europa, específicamente en Alemania y Francia, posteriormente es adoptado en Estados Unidos, y rápidamente conforma una influencia en el pensamiento moderno, incluida la psicología y la psiquiatría.

Una de las figuras más importantes en el nacimiento del existencialismo es SÖREN KIERKERGARD (1833-1855), seguido posteriormente por MARTÍN BUBER y KAFKA, entre otros.

En forma especial mencionaremos a MARTÍN HEIDEGGER, quien constituye un puente de unión entre la filosofía, la psicología y la psiquiatría, al afirmar que “el hombre es un ser en el mundo, que no existe en un SI MISMO o como un sujeto en relación con el mundo exterior, que no es una cosa, objeto o un cuerpo que interactúa con otros para inventar el mundo, sino que el hombre tiene su existencia por **Ser en el mundo**, y que si el mundo existe es porque hay un ser para describirlo”. S. Hall y Lindzey, (1977).

Heidegger (1927) proclamó que la fenomenología debe poner de manifiesto lo que hay de oculto en la experiencia común cotidiana, donde describe la “estructura de cotidianidad”, “Ser-en-el-mundo”, dicho de otra manera, Haidegger afirma que “el ser humano es lo que hace en el mundo”.

2.1 FENOMENOLOGIA, HUMANISMO Y PSICOLOGÍA

La fenomenología es la descripción de los datos (lo dado) de la experiencia inmediata. La fenomenología aspira a comprender los fenómenos antes que explicarlos. Van Kam (1966), define a la fenomenología como un método de la psicología, que busca revelar y aclarar los fenómenos de la conducta tal como se manifiestan en su inmediatez percibida. Boring (1950), en su libro psicología para eclécticos, afirma que la fenomenología es un método auxiliar para cada una de las ciencias; ya que la ciencia comienza con la observación de la experiencia inmediata.

La influencia de la fenomenología ejercida en los psicólogos de la Gestalt, ayudaron al estudio de los fenómenos, como los procesos psicológicos de la percepción, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento y la sensación. En tanto que la psicología existencial le ha permitido aclarar aquellos fenómenos que se considera pertenecen a la esfera de la personalidad.

De esta manera, existencialismo y fenomenología ejercen una influencia muy importante en el pensamiento del siglo XX, y en especial en el campo de la psicología y la psiquiatría de Norteamérica.

Ludwing Binswanger (1881-1966), médico psiquiatría, que en la década de 1920 se convirtió en uno de los primeros exponentes en la aplicación de la fenomenología a la psiquiatría, llegó a ser un analista existencial. En 1943, definió al análisis existencial como "Un análisis fenomenológico de la existencia humana real"; cuyo objetivo es la reconstrucción del mundo interior de la experiencia; Hall y Lindzsay (1977).

Binswanger, juega un papel determinante en la psicología existencial al cuestionar el concepto CAUSALIDAD y negar la relación, causa-efecto en la existencia humana. En suma la psicología existencial rechaza la causalidad y también rechaza el determinismo. Sostiene que la psicología no es como alguna de las otras ciencias, sino que esta requiere de un método propio como es la fenomenología y sus propios conceptos estar-en-el-mundo, modos de existencia, libertad, responsabilidad, llegar a ser, trascender, temporalidad, etc. derivados todos estos conceptos de la ontología de Heideguer.

Con la influencia de Binswanger los psicólogos norteamericanos enfatizaron la objeción al dualismo, mente-cuerpo. Straus (1963), Cit; Hall S.C. (1977), en su tratado de psicología fenomenológica afirma "El hombre es quien piensa y no el cerebro: y quien destruye esta unidad falsifica y fragmenta la existencia humana".

Bajo este panorama conceptual donde se pondera al ser humano libre y único responsable de su existencia, se abre el camino para que en Estados Unidos de Norteamérica se gesticule el movimiento humanista de la psicología representado por Abraham H. Maslow, Gordon W. Allport y Carl Rogers principalmente.

La teoría humanista, postula que el hombre es algo más que un ser manipulado por la psicodinámica interna o por el medio externo. Considera al hombre como un ser libre, conciente, creativo e intrínsecamente bueno, que lucha por alcanzar la plenitud de su ser.

La meta principal del enfoque existencial-humanista, es el que la persona acepte su compromiso al construir SU PROPIO MODO DE VIVIR, no importando los obstáculos a los que se enfrente. El hombre puede vivir plenamente porque aun en las peores situaciones el individuo tiene libertad de elección. Esta meta se logra en la medida que la persona asuma sus responsabilidades y las lleve hasta sus últimas consecuencias.

Para los humanistas el tema central de la psicología debe ser el conocimiento del cómo apoyar las tendencias innatas de las personas hacia el bien, y como ayudarla en la búsqueda de su trascendencia. En esta línea, el propósito de la psicología es desarrollar formas de investigación por medio de las cuales la persona pueda lograr un mayor conocimiento y dominio de su propia experiencia, mejorar sus relaciones interpersonales y sobre todo darle un sentido pleno a su existencia.

2.1.1 CARL ROGERS Y LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

Carl Rogers, nació en 1902 en Oak Park, Illinois E.U.A., en una familia compuesta por 6 hijos y ambos padres, cuya atmósfera ética y religiosa era muy estricta e intransigente a donde solo cabía la veneración al trabajo.

A los 12 años de edad ya era ayudante de su padre en el cuidado de una granja, y a decir de Carl Rogers fue cuando se convirtió en un estudioso de la agricultura científica. En cuanto a su formación profesional en la Universidad de Wisconsin, ingresó primeramente el campo de la agricultura, carrera que no le satisfizo y comienza a estudiar historia. Como producto de su brillantez intelectual, es invitado a participar en la conferencia internacional de la Federación Cristiana Estudiantil mundial en 1922 realizada en China. En ésta experiencia C. Rogers afirma “ Me convertí en una persona independiente”.

En 1924 Rogers, decide prepararse para el trabajo religioso a través de la Unión Theological Seminary, y es en este tiempo cuando surgen sus cuestionamientos relacionados con el sentido de la vida y la posibilidad de lograr un mejoramiento constructivo de la vida individual.

Fuera ya del ámbito religioso se siente atraído por la psicología y la psiquiatría al dar inicio su practicas clinicas con niños y poco a poco se introduce en la psicología clínica. Durante su estancia como becario en el Institute for Child Guidance, su concepto y experiencia con la psicología infantil lo lleva a cuestionar los conceptos de la ortodoxia psicoanalítica.

Ya con la licenciatura en psicología inicia su doctorado y al mismo tiempo es empleado en el Child Study Departament (Departamen de estudios infantiles) en Rocherster. En el año de 1928 Rogers alcanza su doctorado en psicología.

Durante los primeros 8 años de su estancia en Rocherster, se dedica completamente a la prestación de servicios psicológicos con niños delincuentes, en este lapso es cuando maneja el binomio “El niño y sus padres”, con el fin primario de ser eficaz con sus clientes sin embargo, a través de la experiencia diaria modifica varios de sus conceptos, por ejemplo el cuestionar la historia clínica a la cual etiqueta de estéril. Decide utilizar el termino **cliente** que es el que sabe realmente lo que le afecta, hacia donde dirigirse, cuales son sus problemas fundamentales y cuales sus experiencias olvidadas, que junto con el terapeuta el cliente deberá confiar en la dirección que el mismo imprime al proceso terapéutico.

Rogers ingresó en la American Psychological Association (Asociación Norteamericana de Psicología), donde entra en contacto con la psicología experimental que aunque poco congruente con su formación, participa en la fundación de la American Association For Applied Psychology (Asociación Norteamericana de Psicología Aplicada).

Durante los 12 años que permaneció en Rochester se dedico al estudio y tratamiento de niños con problemas y posteriormente instaló un centro de orientación en la misma ciudad de Rochester. En 1940 fue contratado por la Universidad de Ohio, gracias a la participación de su libro *Clinical Treatment of The Problem child*. Cabe señalar que a través de sus cátedras sobre el tratamiento y asesoramiento Rogers, descubre que ya había desarrollado

su propio punto de vista sobre la psicoterapia a partir de su propia experiencia, mismos conceptos que expresa en su escrito *Counseling and psychotherapy* (1942).

En el año de 1945 ingresa a la Universidad de Chicago donde transcurren 12 años y encabeza un centro de asesoramiento, y al mismo tiempo imparte la materia de psicología. En este tiempo surge un compromiso mayor en las relaciones terapéuticas con sus clientes.

En su paso por la universidad de Chicago elabora algunos proyectos de suma importancia como son el desarrollo de una técnica para grabar las sesiones de consulta, así como la elaboración de métodos para el estudio de las respuestas de sus clientes.

En 1951 aparece su libro *Client Centered Therapy: Its Current Practice Implications and Therapy*. En el cual Rogers reflexiona sobre el asesoramiento terapéutico además de compartir esas experiencias subjetivas, “que son enseñanzas que han sido significativas para mi, entre las que destaca:

“En mi relación con las personas he aprendido que en definitiva no me resulta beneficioso comportarme como si yo fuera distinto a lo que soy: mostrándome tranquilo y satisfecho, cuando en realidad estoy enojado y descontento; manifestarme aplomado cuando en realidad siento temor e inseguridad” ...

- “Soy más eficaz cuando puedo escucharme con tolerancia y ser yo mismo; en otras palabras, creo que soy más capaz de permitirme ser lo que soy. Me resulta más fácil aceptarme como un individuo decididamente imperfecto, que no siempre actúa como yo quisiera; cuando me acepto como soy y puedo modificarme, soy más feliz”...
- “He descubierto el enorme valor de permitirme comprender a otra persona. Porque cuando oímos a otro nuestra primera reacción suele ser una evaluación inmediata o un juicio mas que un intento de comprensión. En cambio la comprensión es doblemente enriquecedora, porque la experiencia del otro y la mía, revelan que cuando un individuo comprende plenamente sus sentimientos puede aceptarlos con mayor facilidad en sí mismo” ...
- “He descubierto, que abrir canales por medio los cuales puedan comunicar sus sentimientos, su mundo perceptual privado me enriquece. Con mis propias aptitudes puedo crear una sensación de seguridad en la relación que posibilite tal comunicación” ...
- “Me ha gratificado enormemente el hecho de poder aceptar a otra persona y gozar al encontrar la armonía en la experiencia” ...
- “La vida en su optima expresión es un proceso dinámico y cambiante, en el que nada esta congelado. Solo se puede intentar vivir de acuerdo a mi interpretación del sentido de mi experiencia y tratar de conceder a otros el permiso y la libertad de desarrollar su propia libertad interna, y en consecuencia, su propia interpretación de su experiencia personal” ...

En cuanto a su concepto sobre la investigación en psicoterapia refiere:

- “La terapia es una experiencia en la que puedo abandonarme a mi propia subjetividad; la investigación en cambio me exige mantenerme a distancia y tratar de enfocar esta rica experiencia subjetiva con objetividad y aplicar los métodos científicos para determinar sino me he engañado” ...
- “La investigación es el esfuerzo persistente y disciplinado que tiende a descubrir el sentido y el orden existente en los fenómenos de la experiencia subjetiva”. C Rogers (1980).

Durante los años siguientes Rogers aplicó sus conceptos y métodos a la vida familiar, a la educación y al aprendizaje así como a la atención y conflictos en grupos. Estos conceptos se encuentran integrados en el trabajo denominado la Psicoterapia Centrada en el Cliente. (1969)

A partir de 1960 inicio su trabajo terapéutico con grupos de encuentro, lo que lo llevo a convertirse en el líder de esta área.

2.3 PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA ROGERIANA

A Carl Rogers se le ha relacionado con el método fenomenológico, ya que este se refiere al estudio de las experiencias subjetivas como las responsables del comportamiento, además de afirmar que el ser humano está motivado por la búsqueda continua de la satisfacción de los valores humanos fundamentales.

Rogers afirma que el hombre nace con una tendencia realizadora que, si no se desvirtúa ni se tuerce por las vicisitudes de la crianza, puede dar como resultado a una persona de pleno funcionamiento. El individuo de pleno funcionamiento se caracteriza por su autoconocimiento y estar abierto a toda nueva experiencia y por una amor propio inmovible.

La persona de pleno funcionamiento es permeable a nuevas experiencias reflexivas, aunque de relaciones espontáneas para si misma y para los demás. Es capaz de valorar a sus semejantes, así como de valorarse a si misma.

Carlos Rogers, es reconocido como el iniciador de la escuela de **terapia no directiva centrada en el cliente**. Es perfectamente explícito en cuando a la teoría de la personalidad en la que apoya su acción. Sobre el particular establece la proposiciones respecto de la naturaleza del hombre que según él, cuentan en diverso grado con el respaldo de observaciones válidas sobre la conducta humana. Estas proposiciones son las siguientes:

1. **Todo individuo es centro de un cuerpo de experiencia en continuo cambio.**

Rogers justifica esta afirmación señalando que la porción de experiencia que de ordinario está simbolizada en la conciencia es sólo una parte de la que se puede alcanzar si se realiza un esfuerzo de atención.

Hay innumerables pensamientos, sentimientos esporádicos, sensaciones y percepciones que están más o menos fuera del alcance de la plena experiencia consciente, los cuales pueden ser llevados a primer plano en caso necesario. Una de las cosas de la que se ocupa Rogers es que, comprendamos que a ciertas experiencias se les impide el que se graben como vivencias conscientes, aun cuando sean importantes para el bienestar del individuo. Otra de ellas es la que, por muy sagaces que seamos para apreciar un estímulo, no se puede, sin la colaboración del sujeto, saber de qué manera se ha experimentado en realidad ese estímulo. En tal sentido, no hay especialista que pueda decirle al cliente que es lo que experimenta y qué significa; todo cuanto se puede hacer, es invitarlo a que le transmita el sentido particular que para él tiene la experiencia.

2. La realidad no es un conjunto de hechos de validez externa al individuo, sino sólo lo que esa persona percibe y experimenta;

Rogers destaca que no hay dos individuos que consideren a una persona o situación desde el mismo punto de vista. Cuando el caso es extremo, se dice que el individuo es paranoide, porque interpreta como malevolentes las conductas ajenas que para la mayoría de los observadores son perfectamente inocuas. No obstante, casi todos hemos pasado por la experiencia de diferir mucho con alguna persona en cuanto al juicio respecto de alguien bien conocido de ambos, y nuestra conducta hacia tal individuo se rige por ese concepto y sólo cambia, por lo común, cuando se da una interpretación distinta a la conducta que condujo a la apreciación inicial.

3. El individuo como un todo organizado, responde a su mundo según él lo percibe.

Esta afirmación pone de relieve la coherencia de la experiencia humana y la consecuencia imposibilitada de alterar un aspecto de la vida de un individuo sin afectar todos los demás aspectos.

4. El ser humano tiene una propensión acuciante a la lucha por afirmarse y realizarse.

En este punto Rogers destaca que muchos de los motivos y necesidades que enumeran los psicólogos están subordinados al impulso fundamental hacia la autorrealización. Esta proposición ocupa un lugar importante en la teoría de la psicoterapia centrada en el cliente, porque si no hubiese ninguna lucha subyacente orientada hacia la autorrealización, sería difícil justificar técnicas dirigidas sólo a estimular la auto-revelación.

5. La conducta humana está orientada hacia el objetivo de satisfacer las necesidades según se les experimenta en el medio físico y social tal como se le percibe. Rogers deja sin resolver, por falta de pruebas aceptables, la cuestión de si ciertas necesidades, como las de afecto y realización, se basan originalmente o no en la herencia biológica. Si bien se siente inclinado a pensar, que si lo que destaca es la rapidez con la cultura en la cual vive produce y orienta esas necesidades. Por otra parte la circunstancia de que ciertas necesidades puede decirse que están determinadas genéticamente, no implica que la conducta este dictada por ellas.

Las motivaciones son las tensiones y necesidades corrientes según el individuo las percibe, y no las necesidades de base biológica con las cuales nace.

6. Si suponemos que la emoción se extiende en un continuo entre el despertar (excitación, ira, temor) y el reposo (satisfacción, placer, calma), el primero podemos decir que tiene relación con el explorar y superar las barreras para la satisfacción de la necesidad, en tanto que, el último la tiene con el logro de la experiencia deseada.

La intensidad de la emoción, según este criterio, depende de la importancia que se perciba en la conducta o secuencia de conductas para afirmar y realizar el yo.

En las proposiciones 7 y 8 la atención recae en el concepto Rogeriano del yo como región diferenciada del campo total de la percepción, y en ellas se destaca -como ocurre con una cantidad de principios básicos que el modo de comprender la conducta es a partir del sistema de referencia interno del individuo.

Para la terapia de orientación centrada en el cliente, es de gran importancia comunicar a quienes prestan su asesoramiento que no han de valorar, juzgar o asignar categorías. Antes bien, todo su esfuerzo estará dirigido a considerar al cliente desde su propio sistema de referencia. De estas proposiciones se deduce que contrariamente a lo que ocurre con la mayoría de los médicos en su función asistencial, el terapeuta de orientación centrada en el cliente no diagnóstica ninguna dolencia. El diagnóstico lleva siempre implícita una valoración: ¿hasta qué punto la conducta de tal persona es desviada con respecto a un precepto normativo?; lo que es un juicio impuesto con arreglo al sistema de referencia del especialista, Rogers insiste que por muy extraña que al observador le parezca la conducta del individuo, no se puede determinar su significación sino se la contempla con los ojos del observador.

Los pensamientos se traducen en actos guiados por el concepto que de sí tiene el individuo y con arreglo a él. No obstante, como el yo es sólo un aspecto de la suma total de experiencias, es muy posible que el individuo pueda actuar de un modo que considere que no es el suyo. Así, la persona moderada que estalla en un rato de ira cuando se le provoca mucho, o la persona impasible y no emotiva que de pronto rompe en lágrimas por la desgracia de un amigo, constituyen ejemplos de la introducción en la conciencia y en la conducta de un afecto y una ideación que se consideran ajenos a uno.

El concepto rogeriano de tratamiento abarca la ampliación del auto-concepto del cliente de modo que incluya la máxima serie posible de experiencias. Según la opinión de Rogers, ninguna conducta, idea o experiencia que en verdad tenga el individuo, debe ser considerada extraña.

En otro principio, Rogers ubica a la inadaptación, o a la propensión a ella, como una situación en la cual amplios campos de la experiencia del individuo han sido definidos, de manera arbitraria o inadmisibles para el sistema del yo. Al ocurrir lo mismo con otras cosas, el número de veces en que se experimenta un pensamiento o una conducta como extraña y ajena a sí mismo, está en relación directa con la cantidad total de experiencias excluidas del auto-concepto. El grado de tensión y ansiedad que se experimenta es más o menos

proporcional a la frecuencia con que el individuo experimenta como extraños sus propios pensamientos, sentimientos y conductas y en consecuencia, como algo que no forma parte de él ni está bajo su control.

En los principios finales Rogers amplía este concepto general observando que el yo bajo amenaza por causa de ideas y sentimientos extraños puede tratar de consolidar sus defensas, y que sólo cuando merman las circunstancias intimidatorias (o sea en compañía de un consejero comprensivo al que se pueda considerar como aliado) se refleja la defensa. Una vez que el proceso se invierte y el yo se amplía al admitir las experiencias excluidas con anterioridad, el proceso se mantiene por sí mismo. El cliente no sólo se dedica a un continuo proceso de autodescubrimiento, si no que, como consecuencia de su propia integración, está más abierto a los demás, es decir que es más capaz de compartir la experiencia de éstos sin ansiedad.

En las demás proposiciones, Rogers se expresa en deducciones que se siguen por lógica, al considerar al yo como una organización más o menos constante de conceptos, valores y percepciones de rasgos y relaciones que se identifican con **el si mismo o conmigo**. Observa, por ejemplo, que el yo está formado tanto por juicios de valor, reflejos de los demás, como por los resultados de la experiencia directa, es decir, que el yo pueda contener valores, juicios y percepciones ajenos cómo si hubieran sido confirmados por la experiencia, aun cuando en la realidad esto no haya ocurrido.

Rogers pregunta hasta qué punto, al comienzo de la vida, dependemos casi por completo de los familiares por lo que respecta a los elementos que entran en la formación del yo. Si los padres prodigan su afecto y su firme protección al hijo, sólo a condición de que éste modifique en determinados sentidos su conducta y la idea que tiene de sí mismo, es inevitable que el niño habrá de hacerlo. Tan solo las conductas como los pensamientos que se consideran malos, y desdeñables que no pueden permanecer en el sistema del yo. Si en un momento posterior de la vida, tales conductas son simbolizadas en la conciencia, se les percibe como extrañas, mientras que aquellos aspectos del yo que han sido aprobados con firmeza o vigor siguen siendo los principales. De esta manera, los valores y convicciones que nunca han sido puestos a prueba por alguna experiencia del niño, para él son de todos modos reales.

En consecuencia, a medida que se desarrolla la personalidad, se verifica un ininterrumpido proceso de modelación de nuevos aportes de modo que se acomoden al cuerpo organizado de experiencia del que ya se dispone. Es posible que se ignore alguna nueva experiencia en particular por estimarse que no tiene afinidad con el yo, que se le tome y asimile por entender que es apropiada, o que se le niegue expresión en lo conciente porque no se le puede armonizar con la estructura preexistente.

2.4 EL CONSEJERO ROGERIANO

El terapeuta rogeriano debe de haber alcanzado un grado importante de integración de sus experiencias en su sistema del yo, puesto que de lo contrario no estará abierto para aceptar y comprender las revelaciones del cliente. Esto significa que tiene que haber estado

expuesto, de diversas y amplias maneras a las vicisitudes de la vida a fin de contar con dilatadas esferas de experiencia en común con su cliente. No obstante, el abrirse sin estar a la defensiva es mucho más importante que la mera coincidencia en la circunstancia de la vida.

En segundo lugar, el consejero debe tratar de darse, más allá de ser tan solo neutral en el sentido de evitar emitir juicios. Como afirma Rogers, debe ser capaz de una "**positiva consideración incondicional**" hacia su cliente; o sea que valorar a otra persona sin recurrir a sistemas de valores personales, abstractos o normativos. Para que el consejero sea de utilidad, no debe valorar al cliente solo en razón de su inteligencia o belleza, de la duración de su dolencia, de sus éxitos convencionales, su riqueza o su elevada posición social, ni restarle valor al que no tiene ninguna particularidad notable. Lo importante es la "**positiva consideración incondicional**", actividad que por supuesto es difícil de alcanzar en un mundo en el cual la gente se ve impulsada a establecer diferencias.

El consejero debe tener la suficiente empatía para lograr coincidencia con el estado de sensibilidad del cliente, aun cuando el terapeuta supiese conservar una positiva consideración sería difícil avanzar si no hubiera coparticipación en la percepción del sentimiento. Es esencial reducir al mínimo la intimidación del cliente.

La empatía, por otra parte es condición indispensable para las reflexiones hechas por el terapeuta, en el método centrado en el cliente es virtualmente la única intervención que se le permite. La reflexión lejos de ser un mero parloteo ó repetición de las palabras del cliente como han dicho algunos críticos de la terapia Rogeriana, es una respuesta cuidadosamente escogida para arrojar luz sobre el sentimiento que se encuentra implícito en lo que el cliente comunica, pero que en realidad éste no expresa.

En la terapia, todo el adelanto depende de la capacidad del consejero para discernir las manifestaciones del cliente, sus referencias y experiencias, y en particular los sentimientos que están fuera de la conciencia de éste, así como hacer que éstas experiencias se articulen de tal manera que el YO pueda ampliarse y abarcarlas. La reflexión fuera del propósito que involucra una amplitud de sentimientos y un contenido mayor al que el cliente esté preparado para aceptar puede hacer que éste sea cauteloso para acceder a revelarse más. Del mismo modo, la reflexión superficial no tiene que causar daño a la relación, pero tampoco contribuye a que el cliente avance hacia una mayor autocomprensión.

Para entender el concepto de la terapia centrada en el cliente, es fundamental aclarar la diferencia que existe entre **reflexión e interpretación**. La interpretación es el ánimo intelectual que lleva al terapeuta a tratar de demostrar la relación lógica que existe entre un número de comunicaciones distintas del paciente, verbales y no verbales. El hecho de que solo el terapeuta pueda discernir que es lo que en realidad dice o hace el cliente, lo coloca a este en una situación de dependencia en la cuál se reduce el control sobre su propio proceso terapéutico.

La reflexión, en cambio, no pretende decir mas ni menos que lo que el cliente revela de si mismo en el momento de hablar. No obstante, el terapeuta procura poner de relieve lo que para él constituye el aspecto más importante de lo que el paciente comunica. En este

sentido, el terapeuta no se muestra como un especialista, aunque sea una persona cuya habilidad normal esté agudizada por haber aprendido a escuchar.

2.4.1 EL PROCESO TERAPEUTICO

Rogers y sus colaboradores fueron los primeros en someter al proceso terapéutico, tanto en la Universidad de Chicago como en otros lugares a la investigación empírica, por tal razón, si bien la teoría de lo que debe suceder en la terapia centrada en el cliente no está todavía bien establecida, los testimonios de lo que en verdad sucede son abundantes. Si nos limitamos a la teoría Rogeriana de la personalidad, podríamos conjeturar que la terapia no directiva quizá no tenga etapas bien definidas, sino más bien cierta orientación previsible, aunque irregular hacia una mayor autoconciencia y conformidad consigo mismo. Esta deducción esta basada en el hecho de que es el cliente el único quien desempeña el papel principal en la búsqueda de su adaptación y quien determina el contenido de las sesiones de terapia y el ritmo según el cual irá descubriendo sus sentimientos, pensamientos y la información que considera de interés. Si bien el cliente puede alcanzar una súbita y trascendental comprensión con la terapia Rogeriana como con cualquier otra, la evidencia indica que el cambio de contenido y de actitudes es gradual a la largo de todo el período de duración del proceso.

Seeman (1949) cit. Núñez (1999), en un minuciosos análisis que realizó de varios pacientes incluidos en casos de terapia centrada en el cliente, llegó a conclusiones en esencia idénticas a las de Carl Rogers. Al comienzo los clientes se refieren sobre todo a los problemas y a los síntomas en un tono afectivo negativo. Al avanzar la terapia, se descubren conexiones entre las conductas anteriores y las actuales, y en las últimas sesiones hablan mucho más acerca de los hechos del presente y de lo que se proponen hacer en adelante. Entre tanto, el tono afectivo cambia, y en vez de predominar lo negativo predomina lo positivo.

Rogers considera que estas observaciones reflejan la progresión del cliente desde "**los síntomas del yo**"; "**los demás hacia sí mismo**" y "**el pasado hacia el presente**". Al principio, el consultante se preocupa de las cosas que parecen estar en pugna con él y sobre las cuales ejerce escaso control; pero después se siente mucho más en el centro del proceso de cómo debe vivir su vida y advierte que sus deseos, sus sentimientos y sus acciones son factores de importancia en los resultados.

En las conclusiones de la investigación, Rogers estima con ciertas reservas, las siguientes afirmaciones respecto al proceso de la terapia no directiva: Al comienzo de la terapia, el cliente está preocupado por el problema fundamental que lo ha obligado a iniciarla, de ahí que su afecto sea negativo y que sus alusiones, tanto de si mismo como de los demás, sean siempre críticas. Sus manifestaciones acerca de los hechos corrientes reflejan significativas deformaciones, omisiones o concepciones injustificadas de significación auto- referente a falta de pruebas que lo confirmen. Se tiene la impresión de que las soluciones posibles de los molestos problemas cotidianos son limitados y dependen del capricho de los demás o están condenadas al fracaso.

Este abrir el yo a la experiencia buena o mala constituye un prelude necesario para las etapas finales de la terapia, en las cuales el cliente comienza a considerarse dueño de su vida y no una eterna víctima. En la relación con el consejero, el individuo que se ha apartado de las experiencias plenas de que es capaz, en razón de que experiencia y riesgo eran sinónimos de ansiedad intensa, ahora se atreven a lo que no podían hacer por sí mismos.

Lo característico de la persona que padece infelicidad y tensión crónica y de una viva sensación de no haber alcanzado su plenitud, son las reacciones emocionales deformadas, y limitadas para interpretar los hechos con un enfoque muy evaluador de la experiencia, y una forma de relación condicional con los demás. Si bien una esporádica amistad íntima con una o más personas relativamente integradas y aplomadas puede surtir un efecto terapéutico en el sentido de liberar al individuo perturbado en ciertos aspectos de lo que experimenta, pero el resultado aunque satisfactorio es siempre incompleto.

Así por ejemplo, un individuo puede llegar a destacarse como integrante de un grupo social que no solo tolere sino que aliente un grado de libertad de expresión mucho mayor del que la familia de esa persona le permitía en la infancia y en la adolescencia. Al amparo de este grupo puede participar de la libertad con poca ansiedad y en consecuencia sentirse atraído con fuerza hacia sus integrantes. Al mismo tiempo la posibilidad de ser más franco depende de lo que el grupo permite como un cambio importante así mismo. Por tal razón, los cambios que se verifican en una persona son específicos y a menudo se alternan con otros aspectos del yo.

En la terapia centrada en el cliente, el paciente se abre camino hacia la libertad de sentir y actuar, no porque lo admita el terapeuta sino como consecuencia de haber puesto honesta y cuidadosamente en tela de juicio la necesidad de comportarse y sentir de una manera que le provoque satisfacción consigo mismo. Las nuevas formas de sentir y de conducirse que se alcanzan pertenecen con más autenticidad al cliente que las que éste hace suyas porque las admita el terapeuta, el amigo o el grupo social.

Cuando al individuo le aprovecha la terapia centrada en el cliente, tiene muchos más tipos y niveles de experiencia a su alcance, ejerce una evaluación mucho menos crítica de las personas que trata, puesto que siente menos culpa al trabar o romper relaciones por verdaderos motivos. Puede sentirse en verdad complacido con las experiencias y maneras de ser de los demás. Aun cuando estas difieran mucho de su propio estilo de vida, sobre todo tiene la sensación de disfrutar de sí mismo, de sentirse a gusto con sus pensamientos, sentimientos y acciones lo que mejora su criterio de elección.

Finalmente se estima que la terapia centrada en el cliente no es modificadora de la conducta; tampoco se le conceptúa como rastreadora de instintos, ni un interprete de la motivación inconsciente, antes bien, le permite al cliente la experiencia de ser valorado de manera incondicional, lo que lo libera de la necesidad de organizar su conducta en forma defensiva para mantener su ansiedad dentro de límites controlables.

2.5 LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

El ser humano por naturaleza es un ente social y gregario, esto es, tiende a unirse en grupos; de hecho su primera experiencia grupal es con la familia y dentro de ésta se encuentra la relación interpersonal más profunda que es la relación con la madre. En esta relación seguramente se troquelaran muchos de los comportamientos grupales futuros. Esta relación madre-hijo se expande al padre y hermanos, lo que permite que el humano incremente su repertorio de conductas sociales que paulatinamente irán definiendo su forma de interrelacionarse.

En sus inicios el grupo social grande está afuera del individuo en el mundo real, para luego ser incorporado a la personalidad y a todo el aparato mental que posteriormente definirá al individuo. De esta forma el primer grupo natural del individuo es su familia, o figuras sustitutas cuando falta alguno de los padres.

El ser humano tiene características biológicas y psicológicas que lo hacen único, sin embargo a través de su inserción a grupos sociales intra y extrafamiliares va desarrollando su personalidad y estructura social.

El proceso de socialización en el hombre no es un camino fácil, ya que al ir aumentando el número de relaciones interpersonales estas se van haciendo más complejas y conflictivas. El humano es verdaderamente humano en tanto su relación interpersonal con el otro. González N. (1999).

Históricamente el iniciador de la psicoterapia de grupo fue Pratt en 1905, al introducir el sistema de "Clases Colectivas" en una sala de pacientes tuberculosos, con el objeto de acelerar la recuperación física de los enfermos dentro de una clínica de cooperación y de medidas sugestivas. Las clases o sesiones consistían en una breve conferencia del terapeuta, quien hablaba sobre la higiene y los problemas del tratamiento. El método de Pratt consistía en sistematizar deliberadamente entre las emociones de los miembros del grupo y el manejarlas hacia la exacerbación de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo, en tanto que el terapeuta asumía el papel de una figura paternal idealizada.

Entre los años de 1940-50, posteriores a la segunda guerra mundial, surge la psicoterapia de grupo como una respuesta a las necesidades psicológicas que tenían los soldados que regresaban de combatir. Los primeros terapeutas de grupo incorporaban sus habilidades en terapia individual y las aplicaban a los grupos y cuyos resultados eran muy alagadores, sobre todo en aquellos pacientes que requerían afecto y mejorar su autoimagen.

Dentro del campo de la psicoterapia en sus diferentes estilos, el surgimiento de la psicoterapia de grupo representa un gran avance para el manejo compartido de los conflictos internos de un individuo en su interacción con otros individuos que conforman su grupo terapéutico. Su práctica cada vez más frecuente es el resultado de su reconocida eficacia en beneficio tanto del paciente como del terapeuta, Cuevas (1991).

Los principios teóricos en que se sustenta la terapia grupal son accesibles y las técnicas para su aplicación práctica se enseñan y se descubren en la clínica, además se puede

combinar con la psicoterapia individual con la ventaja que el mismo terapeuta puede atender un mayor número de pacientes.

La psicoterapia de grupo como vehículo para brindar ayuda a los pacientes, pretende la resolución de la conflictiva del individuo, su desarrollo interior en el aspecto individual y como consecuencia el incremento de sus recursos para que pueda adaptarse de una manera más sana a la sociedad en la que vive.

Actualmente se cuenta con un gran número de definiciones de psicoterapia de grupo, pero en esta revisión solo expondremos la de González Nuñez, Monroy y Kupferman.(1978), que nos dice; “El grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interinfluyen con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado”.

Para González N. (1999) las siguientes características son las que definen al grupo:

- **INTERACCION:** Implica una dimensión espacio-temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
- **PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO:** Cada uno es una parte del todo. Los miembros se dan cuenta que existe el grupo al cual pertenecen y que toda su conducta ejerce una influencia o una acción en el medio ambiente; y de igual manera el ambiente influye a esa unidad grupal como tal.
- **MOTIVACION Y NECESIDAD DE SATISFACCION:** En general los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder etc.
- **METAS DE GRUPO:** Están relacionadas con la motivación, ya que los miembros del grupo las consideran significativas. Estas pueden tratar de lograr metas de diferente índole: laborales, escolares, sociales, individuales, de pareja, familiares, de éxito, superación personal, terapéutica, de control interno y demás.
- **ORGANIZACIÓN DE GRUPO:** Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como roles, normas y estatus ya sean estos escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.
- **INTERDEPENDENCIA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO:** Los integrantes reconocen de manera consciente o inconsciente que poseen necesidades y que para satisfacerlas dependen de los demás miembros del grupo.

En conclusión, diremos que un grupo es una reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e influyen entre sí, con diferentes metas. Cada miembro

del grupo posee sus propias motivaciones y metas, estas tienen que verse satisfechas o realizadas en el grupo. González Nuñez (1992).

La psicoterapia de grupo ha evolucionado, pero señalamos que en los últimos años esta técnica psicoterapéutica es ampliamente utilizada en los medios hospitalarios, toda vez que resulta ser tan efectiva como la individual, con un costo más económico y que puede alcanzar un mayor número de pacientes.

2.6 TEORÍA Y TÉCNICA DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE APLICADA AL GRUPO

2.6.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Rogers (1951) consideró, que lo más importante para sus clientes era el hablar acerca de sus problemas y tener quien los escucharán pero sin ser cuestionados, juzgados o consolados, sino que el terapeuta solo percibiera su propia sensibilidad con la mayor exactitud.

De ésta manera el terapeuta grupal involucra y enseña a todos los miembros del grupo a saber escuchar, lo que implica oír aquello que se comunica de manera verbal y no verbal. Saber escuchar es superior a aquello que se comunica entre líneas.

Rogers en 1972, afirma que el escucharse a si mismo, es un aspecto integral de la apertura a la propia existencia que constituye una manera en la que se puede describir el yo real. Saber escuchar dentro del grupo es darse cuenta de aquello que no esta comunicado a si mismo, pero si a los demás, saber escucharse a si mismo es cobrar Insight y promover el cambio González N. (1999).

Rogers encontró otro procedimiento para entender a sus clientes, a la que llamó **Técnica de reflejo**, que incluye un reconocimiento de los pensamientos y sentimientos del cliente a través de la repetición verbal e intentos de llamar su atención y de hablar de él por parte de otras personas. Esta técnica genera un mayor sentimiento de comprensión durante el proceso terapéutico, con la finalidad de incrementar las relaciones intergrupales.

Cuando el individuo ya se integró a su grupo y el conductor le brinda la sensación de ser comprendido y respetado, Rogers denomina a esta etapa como reflejo de reiteración, la cual se maneja dentro del contexto de la comunicación manifiesta. Pasada esta etapa Rogers sugiere el reflejo de sentimiento, el cual induce a cada uno de los integrantes del grupo a sentir todo aquello que expresa como parte de su propia personalidad y no fuera de si mismo. González N. (1999).

- REFLEJO DE ACTITUD

Este tipo de reflejo de elucidación, Rogers lo define como la situación en la cual se ponen de manifiesto actitudes que derivan directamente de las palabras, actitudes y postura corporales del individuo y que puede deducirse razonablemente su significado por medio de la actitud.

- REFLEJO DE PENSAMIENTO

Esta técnica ayuda a los participantes del grupo a percibir mejor, no solo sus sentimientos y actitudes, sino también a conocer y analizar sus propios pensamientos y poderlos expresar como parte de si mismos, para ello el conductor del grupo permite a cada participante hablar de sus pensamientos en forma libre y sincera.

- REFLEJO DE EXPERIENCIA

Tiene como objetivo el ayudar al individuo a descubrir y a utilizar de manera directa la energía que consumió en las proyecciones de su postura, movimiento y voz. Aquí el conductor observa las actitudes y gestos de cada uno de los participantes del grupo.

Esta técnica se basa en la contradicción entre lo que los participantes dicen sentir y lo que el conductor ve u observa a diferencia del reflejo de actitud en que se hace alusión a experiencias pasadas y observadas por el terapeuta.

- COMPARTIR EXPERIENCIAS

En esta técnica el conductor se esfuerza por participar en las experiencias de los miembros de su grupo en el preciso momento del proceso grupal, en el cual el conductor se ve obligado a modelar entre los integrantes un tipo especial de conducta, es decir, ser una persona capaz de reflejarse más allá de las palabras del individuo.

- IDENTIFICACION DE SENTIMIENTOS

Esta técnica esta basada en la localización las verdades, que son sentimientos que se manejan en cada miembro del grupo, ya que al existir sentimientos mas o menos ambivalentes al mismo objeto, pueden provocar tensión y ansiedad entre los participantes.

- TACTICAS DE ACEPTACION

Aquí el conductor expresa actitudes de aceptación hacia los miembros del grupo, ya sea cuando estos produzcan mucho material narrativo o cuando este material resulte doloroso para los sujetos y se haga necesaria su intervención. En ésta táctica, se puede utilizar la expresión facial y los movimientos de cabeza afirmativos, como también el tono de voz del conductor ante el grupo.

- TACTICA DE ALENTAMIENTO

Es la recompensa que produce un efecto en el comportamiento y puede ser utilizada en la predicción de resultados y obtener un efecto tranquilizante en la entrevista. Esta técnica anima a expresar las nuevas ideas de los participantes, reducir la angustia y la inseguridad y al mismo tiempo reforzar nuevas formas de comportamiento.

- EXPLICAR

Al escuchar con atención y al utilizar la técnica del reflejo puede lograrse que la persona conciba una explicación a sus propias ideas y sentimientos. Las ideas específicas que se seleccionen para reflexionar pueden promover el proceso de explicación, la perspicacia es un factor importante en la explicación que puede promover cambios en la personalidad.

- RESPETO POSITIVO

Aquí Rogers, se refiere a la aceptación de la persona como es, sin establecer condiciones.

- CONOCIMIENTO DE SI MISMO

Para Rogers, el conocimiento del yo real es muy importante ya que implica la comprensión de los propios valores, metas y cosas que dan significado a la vida. Este conocimiento se adquiere mediante la observación del yo en acción, y en especial en las relaciones sociales, puesto que es cuando el yo se externa y puede observarse con claridad. En este sentido el objetivo del terapeuta y participantes es el que cada uno posee un mejor conocimiento de si mismo, y así lograr un mejor conocimiento del medio interno como son las ideas, sueños o buscar su realización como un ser total con una vida unificada.

- TACTICAS DE TERMINACION EN EL METODO

Es el método utilizado por el conductor y participantes para concluir una unidad de trabajo, una determinada reunión o la labor realizada por el grupo.

Se han establecido varias tácticas como por ejemplo las tácticas de reflejo Brammer y Shostrom (1978), en la cuales el conductor utiliza ideas expuestas de manera previa y elabora un breve resumen del material obtenido.

Las tácticas de obturación, que consisten en hacer cambios al tema que sin ser demasiados intensos hagan avanzar la labor del grupo.

- TACTICA DE INTERPRETACIÓN

Es la que permite entender al paciente que si el tema a hablar no se ha terminado, ya habrá otro momento para retomarlo.

El tiempo de duración de los grupos es relativo, ya que va a depender del momento en el que se logren los objetivos planteados. Pero de igual manera existen grupos indisolubles en el tiempo, como serian los grupos familiares, clubes o instituciones. En esta línea la terminación de los encuentros grupales parece venir de una manera natural y sin que los participantes o el conductor utilicen alguna táctica en especial.

Las actividades de estos grupos puede terminarse en tanto que el conductor considere que las metas de los participantes han sido alcanzadas y que cada participante es capaz de enfrentarse por si mismo a sus propios problemas.

2.6.2 GRUPOS DE ENCUENTRO

Posterior a la segunda guerra mundial y como consecuencia de sus efectos nocivos, no solo en el ámbito económico, político y social, la estructura psicológica de los sobrevivientes se afectó notablemente, y ante la imperiosa necesidad de brindar ayuda psicoterapéutica a un numero mayor de personas, Kurt Lewin (1940), psicólogo del Instituto Tecnológico de

Massachusetts, junto con sus colaboradores entre ellos Carl Rogers, propusieron capacitar a los veteranos de guerra a través de un curso intensivo y convertirlos en consejeros psicológicos que pudieran ayudar a los soldados que regresaban del campo de batalla. Este proyecto arranca en los años de 1946-1947 en la Universidad de Chicago.

Los psicólogos encargados de este proyecto consideraron que no solo la formación cognoscitiva bastaba para el entendimiento y ayuda a las diferentes problemáticas, sino que deberían soportarse en la experiencia grupal en la que cotidianamente los integrantes de estos grupos buscaban una mayor autocomprensión y una conciencia más clara de las actitudes sobre el asesoramiento psicológico y establecer entre ellos mismos un vínculo más productivo que pudiera fortalecer su labor como capacitadores.

El antecedente más cercano a la formación de los grupos de encuentro fueron los llamados grupos T (Training Capacitación) en el año de (1947). La formación de los grupos T fueron altamente conocidos, al grado que se llegan a fundar los laboratorios nacionales de capacitación National Training Laboratories en la Ciudad de Washington.

Estos grupos fueron rápidamente absorbidos por la industria con el objeto de fortalecer la capacitación de habilidades vinculadas con las relaciones humanas, donde los participantes aprendían como era su propia interacción con otras personas, de hecho se buscaba que ellos aprendieran un mayor autoconocimiento sobre su actitud frente a un grupo, al igual que la influencia que ofrecían ellos para el resto del mundo. De esta manera se lograba que los participantes obtuvieran una mayor competencia para enfrentar sus conflictos interpersonales.

Los grupos de encuentro se enfocan básicamente al desarrollo personal con un incremento y mejoramiento de las relaciones interpersonales y del inicio de la comunicación.

Actualmente los grupos de encuentro tienen aplicación en diversas áreas, que van desde la industria, iglesias, esferas gubernamentales y en especial destacamos su aplicación en la terapia familiar.

Es necesario aclarar que los grupos de encuentro pueden iniciarse sin una estructura específica, y es en el transcurso de su desarrollo que se da en el encuentro de sus miembros, lo que constituye una experiencia emocional para los integrantes. Estos grupos no tienen temporalidad, su naturaleza es perentoria, lo que permite que sus miembros tengan el tiempo requerido para que cada quien manifieste sus afectos y actitudes de cordialidad, simpatía, ternura e incluso actitudes de seducción. En estos grupos no se exige un compromiso definido para continuar por tiempo definido en él, sino que son abiertos al ejercicio del deseo y la voluntad. La satisfacción de los objetivos terapéuticos establecidos en los grupos de encuentro se utiliza la siguiente metodología técnica:

COMIENZO: CREACION DEL CLIMA

Los grupos comienzan a formarse de manera poco formal y estructurada, basados en la invitación y explicación que dé el terapeuta (Roger 1972); la confianza que existe entre los miembros es indispensable para inducirlos a la libertad y la tranquilidad con la disminución

de la ansiedad inherente a la experiencia grupal. Esta labor será facilitada por el terapeuta al momento de hablar cada participante a quien se le escucha con la atención, sensibilidad y respeto, sin importar el contenido de lo expresado aun cuando este material sea superficial o absurdo, se le debe atender por el simple hecho de atreverse a manifestar algo autentico de sí mismo.

ACEPTACION DEL GRUPO: Es importante que en el grupo exista un clima de aceptación, al igual que permitir que este sea quien decida el rumbo que debe tomar.

En esta técnica grupal no se presiona a sus integrantes para que alcancen determinado nivel, sino que los niveles terapéuticos se darán forma paulatina.

ACEPTACION DEL INDIVIDUO: El individuo o el participante deberá tener la libertad necesaria para exponer de manera completa, parcial, deformada o evitativa sus propias experiencias, y emociones. Invariablemente tendrá la razón aun cuando no siempre sea objetivo porque esa es su verdad. La verdad está en el contenido o en el proceso que utiliza para comunicarse, aunque se responde mas a los sentimientos actuales que a las declaraciones referentes del pasado. Se debe buscar que ambas estén presentes en la comunicación.

Como se dijo anteriormente, el compromiso que el individuo tenga ante el grupo no es determinante, sino que la simple experiencia grupal será lo edificante para él.

Es importante señalar que pese a que el individuo no participe activamente en el grupo éste será aceptado con sus silencios, siempre y cuando estos no sean signos de una resistencia no expresada.

COMPRENSIÓN EMPÁTICA

El papel más importante del facilitador es el comprender el significado, de lo que cada integrante comunica, es decir el sentido que tiene para la persona lo que se verbaliza y lo que calla.

El objetivo de los grupos de encuentro es crear un clima confortable que le brinde al individuo seguridad emocional, es decir, el facilitador tendrá la habilidad de hacer sentir seguridad en cada uno de sus miembros.

La actitud del facilitador siempre será atenta a los sentimientos de los participantes sobre todo al temor o al sufrimiento, para lo cual este le dará una señal preverbal o verbal para indicarle al participante que ha percibido su estado de ánimo y que lo acompaña en su dolor o miedo. Promueve que las personas que forman el grupo “se pongan los zapatos del otro” de tal manera que el pueda sentir lo mismo que los demás sienten.

ACTUACION ACORDE CON LOS SENTIMIENTOS

En este sentido el facilitador aprende a expresar de manera libre sus propios sentimientos, tal y como surgen en un momento dado. De hecho esta posibilidad no se da en los inicios sino que en la medida que el facilitador se va involucrando con el grupo hasta llegar a vivir

una auténtica preocupación por cada uno de los participantes. Esta empatía o preocupación no garantiza una relación permanente, sino que esta sustentada en el aquí y el ahora.

ENFRENTAMIENTO Y REALIMENTACION

En estos grupos la confrontación a los conflictos o de los participantes se debe dar de manera abierta pero con respeto. Para ésta labor será el facilitador quien a través de sus sentimientos, propias palabras e impulsos, de salida a éstas confrontaciones. Para esta confrontación será necesario utilizar material muy concreto, ofrecido antes por el propio paciente, y si llegado el momento se presenta una situación molesta se le ayudara al paciente a salir de este episodio.

EXPRESIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL FACILITADOR.

Cuando el facilitador se encuentra afectado por alguna situación de su vida personal es lícito manifestarlo ante el grupo, siempre y cuando lo permita la flexibilidad grupal. La falta de libertad de expresión de los problemas personales puede afectar a la dinámica interna del grupo por lo que se sugiere que si la problemática rebasa al facilitador este consulte a un terapeuta.

EVITACION DE LA PLANEACION PREVIA

Los grupos de encuentro se caracterizan por la espontaneidad. Todo procedimiento planeado de antemano resultaría ineficaz para propiciar un encuentro interpersonal genuino. Nada es truco si surge con verdadera espontaneidad y permite expresar lo que se siente en realidad en un momento determinado.

EVITACION DE INTERPRETACIONES O COMENTARIOS ACERCA DEL PROCESO.

Bajo el enfoque Rogeriano, las interpretaciones de la conducta de los individuos del grupo son innecesarias, ya que si no están sustentadas por la experiencia de alguien que goce de autoridad, éstas son meras conjeturas. Es preferible que los comentarios de esa índole surjan en forma espontánea por parte de alguno de los integrantes.

POTENCIALIDAD TERAPEUTICA DEL GRUPO

Esta potencialidad será el producto de la riqueza de las vivencias de cada uno de los integrantes del grupo, así como el nivel de empatía, llegando en ocasiones la fuerza del grupo a disminuir la trascendencia del facilitador. Al igual que en los rubros anteriores la espontaneidad es determinante tanto para el grupo como para el facilitador.

ETAPAS DEL GRUPO DE ENCUENTRO

Como parte del proceso grupal, los grupos de encuentro transitan también por varias etapas como es la etapa del RODEO, a donde hay confusión y silencios embarazosos, que finalmente permiten la expresión de las resistencias personales. Debe existir la descripción

del pasado y sentimientos que de alguna manera son actuales y corresponden al aquí y al ahora.

Otro paso que sigue el grupo es el de expresión de sentimientos, ya que la expresión de sentimientos negativos es más fácil que la expresión de los sentimientos positivos. En cuanto al surgimiento del material significativo para cada integrante del grupo se le dará hasta que se haya instalado un clima de confianza donde la persona se juega la seguridad afectiva al permitirse que el grupo conozca otras facetas de él. Al lograr esta seguridad afectiva, la expresión de los sentimientos será más fácil tanto para el individuo como para el resto del grupo.

A través de la vivencia grupal cada uno de sus integrantes debe despertar la facultad de percibir y comprender el sufrimiento de los otros.

Es importante señalar que existe un proceso fundamental en el comportamiento del grupo, y este es la aceptación de sí mismo, lo que representa el inicio del cambio. Como consecuencia de este auto-conocimiento se abrirá un clima de mayor autenticidad entre los miembros del grupo, que se traduce en un vínculo emocional más profundo. A esta etapa se le denomina coloquialmente como "FUERA MASCARA".

La retroalimentación y el enfrentamiento son otras etapas de suma importancia en los grupos de encuentro, toda vez que el individuo puede percatarse de como lo perciben los demás y al mismo tiempo aprende a asimilar las confrontaciones positivas y negativas.

La etapa crucial de estos grupos es el ENCUENTRO BASICO, que se da cuando cada uno de los miembros establece un contacto más intenso, íntimo y directo que en la vida diaria, permitiendo que la expresión del sentimiento negativo sea asimilado en forma cabal sin que despierte sentimientos de rechazo, bien por el contrario incrementa la simpatía y la autenticidad de sus integrantes.

Finalmente se darán los cambios de conducta que van a ser manifestados en las actitudes durante la experiencia grupal.

Como todo proceso terapéutico los grupos de encuentro también son falibles, y con algunas limitaciones como lo serían:

- Que los cambios de conducta no son perdurables.
- Que el individuo solo visualice su conflictiva en forma parcial y no elabore adecuadamente el material movilizado por el resto del grupo.
- Que cuando se trabaje con parejas, estos no evolucionen al mismo ritmo, lo que permitiría el aumento de tensión y conflicto en la pareja.
- Que en algunos grupos mixtos se presenten conductas que rebasen la calidez afectiva y se caiga en conductas seductoras o con algún comportamiento erótico, situación que seguramente sería amenazante para los cónyuges y en general para la estabilidad del grupo.

2.6.3 TERAPIA DE JUEGO (NO DIRECTIVA)

La terapia Lúdica surge de los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica a los niños, cuya iniciadora fue Ana Freud (1895-1982) al percatarse que los niños pequeños se negaban a asociar libremente.

En un primer informe Ana Freud afirma que se podía inducir ocasionalmente a un niño a asociar libremente y llegado el momento lo haría, pero como un intento de agradar al analista. Entonces decide hacer cambios en las técnicas y comienza por hacer algunas actividades manuales sencillas que la llevarán al juego, de esta manera esperaba lograr el acceso a los secretos del niño.

Melaine Klein (1880-1960) quien también deriva de la teoría Freudiana, suponía que las actividades lúdicas del niño incluidas las verbalizaciones concomitantes, estaban tan determinadas emocionalmente como las asociaciones libres de los adultos, que podrían ser interpretadas en el niño; en lugar de hacer interpretaciones basadas en el modelo adulto de asociación libre, a este enfoque Klein lo denominó Análisis Lúdico. (1919-1932)

Si consideramos los principios de la terapia centrada en el cliente, es evidente la influencia que presenta en la terapia Lúdica. De los freudianos se han conservado los conceptos de la significación de la conducta aparentemente inmotivada de permisividad y catarsis, de represión y del juego como el lenguaje del niño. De los Reinkianos proviene el enfoque relativamente histórico, la disminución de la posición de liderazgo del terapeuta, el énfasis de la respuesta a los sentimientos expresados mas que al contenido particular.

Virginia Axline, discípulo de Carl Rogers (1947) influenciada por esta ideología y con una inquietud marcada por la terapia infantil, afirma, "La terapia de juego puede ser directiva en cierta forma, es decir, el terapeuta puede tomar la responsabilidad de guiar e interpretar, o puede ser no directiva, en la que el terapeuta puede dejar la responsabilidad y dirección al niño". Schaefer (1988).

Como en el consejo centrado en el cliente, la terapia lúdica esta basada en la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse. De este modo se fue aplicando la terapia a niños que presentaban la más amplia variedad de problemas, síntomas y pautas de personalidad, sobre todo en aquellos niños que se encontraban en orfanatos, hospitales y escuelas donde no se contaba con la presencia de los padres que de alguna manera contribuyeran al manejo terapéutico.

Una pregunta que motivo los trabajos de Rogers y Axline (1951) fué: "Como es que los niños pueden enfrentar no solo sus conflictos internos, sino también la situación ambiental que muchas veces es traumatizante?"

Ellos afirmaron que el niño que ha sufrido algún cambio personal por ligera que sea su situación ambiental ya no ser a el mismo. Es decir, se ha modificado el "valor del estímulo" para otras personas. De esta manera la terapia Lúdica puede ayudar al niño a aceptar emocionalmente cualquier hecho doloroso y por lo tanto buscar satisfactores en otras partes C. Rogers (1951).

Más que cualquier otra terapia, la centrada en el cliente, le ofrece al individuo la libertad de ser él mismo, sin enfrentar la evaluación o presión para cambiar. Axline (1947) describe a este proceso Lúdico; “como la oportunidad que se le ofrece al niño para experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables”. Esto es, al jugar con sus sentimientos el niño los trae a la superficie y “empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo y pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente, y tomar conciencia de su individualidad

De hecho, el tomar conciencia de la individualidad es la meta de la terapia de juego no directiva.

La terapia de juego centrada en el cliente se atribuye a la teoría Rogeriana del desarrollo de la personalidad, que sustentan la terapia centrada en el cliente adulto con la diferencia solo en el método (Gendlin 1970, Rogers 1951).

Los postulados Rogerianos en relación a la Ludoterapia se basan en el supuesto de que el individuo de cualquier edad, tiene no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de manera satisfactoria, sino también la posibilidad de crecimiento dentro de él, lo que hace que la conducta madura sea más satisfactoria que la inmadura.

El método de la terapia centrada en el cliente, incorpora la mayor parte de sus principios y aplicación a los niños. Sin embargo, debido a que los niños no son adultos y el juego incluye acciones y palabras, el método implica aspectos diseñados para cubrir las necesidades de los niños. Cabe resaltar que la participación del terapeuta en el juego dirigido por el niño, y la expresión no verbal facilitan el juego para ambos.

En la terapia de juego el papel del terapeuta es importante, ya que será él quien le proyecte al niño una actitud de respeto y de confianza, manifestándole que las confidencias se mantendrán en secreto, exactamente igual que con el cliente adulto.

La relación del niño y el terapeuta deberá ser cálida para que el niño pueda sentirse lo suficientemente seguro y relajar sus defensas.

A diferencia de otras situaciones en la vida del niño, la hora terapéutica le pertenece exclusivamente a él.

El terapeuta también deberá respetar el contenido del material que el niño quiera trabajar, ya que el respeto al factor disposición es muy importante, para que el niño no viva como “amenazadora” la experiencia terapéutica. En esta línea se incluyen episodios silenciosos, esto es cuando el niño no quiere hablar, el terapeuta deberá respetar el principio de libertad del niño y del significado de la “HORA TERAPEUTICA DEL NIÑO”.

En la hora terapéutica que le pertenece al niño, éste encuentra a un adulto que no se molesta por nada de lo que el hace, que le permite expresar sus sentimientos y que considera sus afirmaciones con un respeto que ningún otro adulto le ofrece.

El reflejo y aclaración de los sentimientos le ayudan al niño a manifestarlos más claramente. Si el niño en terapia se siente comprendido, tiende a traer material más profundo con la implícita sensación de que el terapeuta no lo va a juzgar, no lo va a medir y que definitivamente el terapeuta es una persona DIFERENTE a la sociedad que rodea al niño.

Rogers afirma, que el niño que se siente aceptado como persona a pesar de sus deficiencias, es un aspecto fundamental de la terapia. Por lo tanto, es determinante que el niño exprese sus verdaderos sentimientos en forma abierta sin importar lo antisociales que resulten.

Dentro del proceso terapéutico es importante señalar el problema de los límites, ya que aun cuando la hora terapéutica es del niño, ésta no dispensa una libertad ilimitada. En este sentido el terapeuta no establece límites a la expresión verbal de los sentimientos del niño, sin embargo no se permite que algunos sentimientos sean expresados directamente en la acción, sobre todo si éstas manifestaciones destruyen el mobiliario. Otra de las manifestaciones que no se le permiten al niño, son los impulsos destructivos hacia el terapeuta, o sea ataques físicos a la persona del terapeuta. En algunas ocasiones se permitirá que el niño destruya objetos del cuarto de juego con la aceptación implícita del sentimiento de rabia del niño. Este acto de destrucción simbólica, puede ser una parte benéfica de la terapia, evitando que en el niño aparezcan sentimientos de culpa.

En resumen, la terapia centrada en el paciente, ofrece algunas ventajas, como por ejemplo que su enfoque no requiere de métodos diferentes para los distintos problemas que presenten los niños. Inclusive esta terapia puede ser utilizada con propósitos preventivos, para maximizar el desarrollo adecuado Baruch (1949), cita Shaefer (1988); ya que se tiene el concepto de que el proceso terapéutico optimiza el crecimiento hacia la madurez.

Dicho de otra manera este enfoque se ve como promotor del proceso de crecimiento y normalización.

Dentro de los resultados obtenidos de la Ludoterapia se han encontrado modificaciones de conducta con los padres, mejoría en las tareas escolares, cambio en el diagnóstico previo de déficit mental, reducción de la incapacidad de la lectura, desaparición de tics, cese de robos y otras conductas socialmente inaceptadas.

3. PROPUESTA

3.1 JUSTIFICACION

A lo largo de este trabajo, hemos hablado sobre la enuresis y de los diferentes enfoques conceptuales que la han abordado, pero específicamente nuestro interés y nuestra propuesta va enfocada simplemente al niño enurético que es quien padece los efectos nocivos en su sano desarrollo emocional y social independientemente de cual sea su etiología y el manejo terapéutico instaurado.

Dado que en nuestra población existe un incipiente cultura de prevención y fomento a la salud mental, nos preocupa que la familia y en especial los papás del niño enurético que por desconocimiento generen un mal manejo que retarde la desaparición de la enuresis.

Como ya lo mencionamos previamente, la psicoterapia es una herramienta de la psicología clínica, técnica que finalmente también está sometida a los lineamientos del marco teórico-conceptual de quien la ejerza.

Si bien la terapia es una técnica de tratamiento psicológico, también es real que los costos y tiempos requeridos, no son funcionales para todos los individuos y menos aún en las circunstancias físicas y ambientales en la que se brinda.

Esta propuesta busca que a través de la psicoterapia de grupo, se pueda ampliar al número de niños enuréticos atendidos en el servicio de psicología de una unidad hospitalaria del 2º nivel de la Secretaria de Salud. Como ya los analizamos previamente el manejo grupal tanto de niños enuréticos como de los papás de estos, reduce notablemente los tiempos requeridos para el tratamiento y al mismo tiempo se cumple con las políticas que marcan la productividad laboral de la propia Secretaria de Salud que finalmente se traduce en la frialdad de cifras estadísticas.

A título personal, estimo que el quehacer del psicólogo en una institución pública no puede ni debe ser el cumplir exclusivamente con las políticas de eficiencia y productividad, sino que debemos de caracterizar nuestro trabajo con la calidad y calidez humana que la situación institucional nos permita, motivo por el cual considero que el enfoque humanista de Carl Rogers es el idóneo a ese acercamiento fenomenológico que se requiere para entender el “sentir” de un niño que sin “su querer” amanece orinado, con la consecuente incertidumbre de la respuesta que sus papás van a tener ante esté hecho.

Finalmente nuestra propuesta de intervención es la utilización de la terapia centrada en el cliente aplicada a un grupo de niños enuréticos, así como al grupo de papás de estos niños.

3.2. LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UNA INSTITUCIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Como quedo asentado en el capítulo I, la psicoterapia individual aplicada en una institución pública de salud, representa una serie de limitantes que la hacen poco funcional como alternativa terapéutica, motivo por el que en un intento de equilibrar los requerimientos en materia de salud mental en una institución pública de salud, proponemos la utilización de la psicoterapia de grupo y en especial para el manejo del niño enurético y su familia que son nuestro principal foco de interés en este trabajo.

A. Cuevas S. (1991), considera que la psicoterapia de grupo es el método terapéutico que representa uno de los más grandes adelantos en el campo de las psicoterapias. Su práctica cada vez más frecuente es el resultado de su eficacia, sobre todo porque un solo terapeuta puede atender a un número mayor de pacientes en el mismo tiempo que se invierte en la psicoterapia individual.

La psicoterapia de grupo satisface la necesidad gregaria y el instinto social humano. Además de las ventajas que ofrece al ser considerado como un pequeño laboratorio social, en el que los conflictos psicológicos de sus integrantes pronto se hacen evidentes para su oportuna intervención y análisis con la ayuda del grupo.

La propuesta para utilizar la psicoterapia grupal en una institución de salud está basada en los principios teóricos de Carl Rogers, que ya fueron mencionados en el Cap II y que en un intento de adaptarlos a una unidad del 2do nivel de Sector Salud, nos apoyamos en el Art. 113 de la Legislación Sanitaria que establece: “A la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades, formularán, propondrán y desarrollarán programas de educación para la salud procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total a la población”.

En el capítulo II del Sistema de Salud en el D.D.F. se postula: “el establecer programas para la prevención temprana, atención especializada y rehabilitación de las diferentes discapacidades, así como programas especializados de capacitación, orientación y rehabilitación”.

En esta línea consideramos que la psicoterapia de grupo es un medio ideal para multiplicar a través de sus integrantes los conceptos de prevención e intervención en lo que a la salud mental se refiere, además de ser un método que permite optimizar los recursos y alcanzar una mayor cobertura en el número de pacientes atendidos por sesión, lo que inevitablemente aumentarán los índices de productividad laboral.

3.2 LA PSICOTERAPIA ROGERIANA APLICADA AL GRUPO

En cuanto a los beneficios y limitaciones de la psicoterapia individual en relación a la de grupo, abundamos al respecto: Las similitudes emergen de un propósito común y de la misma concepción en la naturaleza de la personalidad humana y de las maneras en que esta cambia.

Las diferencias surgen de un hecho importante; en la terapia individual solamente dos personas están inmediatamente comprendidas, en tanto que en la terapia grupal, cinco, seis o siete personas interactúan en el proceso terapéutico. Esta multiplicación del número de los participantes implica una mayor extensión de la terapia individual a varias personas simultáneamente; además de proporcionar una experiencia cualitativamente diferente con potencialidades terapéuticas únicas

Para C. Rogers la terapia grupal puede ser más eficaz, y no precisamente por motivos económicos o porque las listas de espera de ayuda psicológica sean muy largas, sino porque en el descuidado campo de la terapia para la persona normal que atraviesa por situaciones de conflicto que la debilitan, la terapia grupal parece ser más ventajosa que la terapia individual

Así mismo, señala que uno de los principales objetivos de la psicoterapia grupal es el de descubrir maneras más eficaces de trabajar con un mayor número de personas esencialmente normales que encuentran que la vida ha perdido aliciente, luchan calladamente con sus problemas, que gastan una gran cantidad de energía extra para sus actividades, y que tienen un potencial enorme para responder al tratamiento. C. Rogers (1951).

Para entender el sutil y complejo proceso de la terapia grupal, Rogers, establece comparaciones con el proceso más conocido que es el de la terapia centrada en el cliente individual.

Tal como en la terapia centrada en el cliente individual, los miembros de un grupo deben percibir la situación en la que se encuentran como resultado de sus propias personalidades, que traen a la situación terapéutica una carga de ansiedad, producto de sus fracasados esfuerzos por relacionarse afectivamente con otras personas, y ésta ansiedad generalmente se incrementa por la naturaleza indeterminada de la experiencia terapéutica. Rogers afirma, que cada miembro del grupo si se desea que aproveche la terapia, debe encontrar en el terapeuta y en los otros miembros del grupo un genuino sentimiento de aceptación. Así como una necesidad cada vez menor de defenderse contra la ansiedad que lo hace tan infeliz en la vida consigo mismo.

Como en la terapia individual debe sentirse cada vez más libre para examinarse a sí mismo, con la seguridad de que encontrará una comprensión en su vida tal como él la ve y que se le respetará como persona en todo momento del proceso. Es también deseable y necesario que el individuo encuentre en el grupo una confianza tácita en su capacidad para ser responsable de su propia vida, y un deseo de hacer sus propias elecciones, independientemente de la dirección de las personas, con la confianza última en que tomará las decisiones esenciales para su plena autorrealización.

En relación a las actitudes de confianza y respeto en la terapia de grupo, es una experiencia difícil pero valiosa, ya que cada miembro del grupo se encuentra inmerso en su propia problemática y en un inicio probablemente le cueste trabajo hablar de sus sentimientos con poca conciencia de encontrar alivio a su propia tensión, sin embargo la sensibilidad del terapeuta permitirá que los participantes vivan la experiencia de sentirse aceptados y

comprendidos por otras personas, siendo esta situación ese “algo” que para Rogers, hace que la experiencia grupal sea cualitativamente diferente a la terapia individual.

A través de las sesiones se espera que el grupo progrese hacia una cohesión no solo entre participante y terapeuta sino entre todos los miembros del grupo, con la inherente sensación de dirección y seguridad del proyecto terapéutico.

Para Rogers, tanto en la terapia individual como en la de grupo, el terapeuta intenta reconstruir el campo conceptual del individuo en el momento en que se expresa y comunica ésta comprensión con habilidad y sensibilidad basados en los conceptos de clasificación de los sentimientos, reflejo de los sentimientos, reformulación de los contenidos etc.

Cabe mencionar como punto importante que para Rogers, la preocupación por el diagnóstico es mínima, a dónde la interpretación como instrumento terapéutico no es importante, como tampoco el Insight es un agente de cambio esencial en el proceso de aprendizaje. Las actitudes transferenciales se manejan exactamente igual que todas las demás expresiones cargadas de afecto, y se considera que el pronóstico eficaz de los logros de la terapia grupal es LA EXPERIENCIA MISMA.

La terapia grupal aplicada al cliente tiene características particulares, que no se encuentran en la relación de consejo cuando se encuentran comprometidas solo dos personas.

Otra de las características distintivas, es que la situación grupal enfoca la adecuación de las relaciones interpersonales y proporciona la oportunidad inmediata para describir modos nuevos y más satisfactorios de relacionarse con la gente, aunado a que normalmente los individuos difícilmente comentan con otras personas los conflictos que genera el malestar de no estar contentos consigo mismos.

Muchas cuestiones de la teoría de la personalidad y del proceso terapéutico se centran en torno al problema de los valores. Uno de los principios cardinales en la terapia centrada en el cliente, es el que se debe ayudar al individuo a elaborar su propio código de valores, con una imposición mínima del sistema valorativo del terapeuta.

Esta afirmación que en sí misma ya es una expresión de valores se le comunica al cliente, sin embargo es importante que el terapeuta no exprese simplemente un valor por lo que éste significa, sino que su expresión tendrá una clara dirección con la inherente significación para el cliente.

En la terapia grupal la situación referente a los valores es muy interesante y sus consecuencias son importantes, ya que los juicios de valor que se expresan durante las sesiones son relevantes para el individuo que los habla y los oyentes son libres de aceptarlos o rechazarlos, pudiendo utilizar estos conceptos de la manera más significativa para ellos mismos. Además los tipos de valores expresados en un grupo representan en cierta medida un corte transversal de los valores de la cultura en la que vive el individuo. La diversidad misma de los valores que se expresan, son un factor importante para crear un clima en el que se le deja al individuo la elección final.

Por último Rogers afirma que la terapia grupal ofrece la gran oportunidad de que el participante no solo sea él quien recibe la ayuda, sino que al mismo tiempo la brinda a sus compañeros y este acto de ayudar en sí mismo es una experiencia terapéutica.

EL TERAPEUTA DE GRUPO

La experiencia con la terapia centrada en el cliente individual, parece ser la mejor preparación para llevar a cabo la terapia centrada en el grupo. Las diferencias entre ambas prácticas se dan en gran medida en el nivel de la técnica. En ambas situaciones los sentimientos que el terapeuta tiene hacia la gente, la confianza en su capacidad para ser responsables de sí mismos, la destreza con que limita toda tendencia a intervenir con el supuesto de que su visión de la situación es superior, la coherencia con que traduce una filosofía en acción, es fundamental para el trabajo eficaz con individuos o con grupos.

La situación grupal impone otras demandas al terapeuta, dado que en la terapia grupal, se debe responder sensiblemente a seis personas en lugar de una, debe ser capaz de reconocer y manejar objetivamente las corrientes cruzadas de sentimientos que se desarrollan dentro del grupo; debe esclarecer sus propios sentimientos hacia los diferentes miembros del grupo, de manera tal que pueda responder a cada miembro con una comprensión congruente.

El elemento más desafiante de la situación grupal es la posibilidad de liberar el potencial terapéutico del grupo mismo, sin olvidar que la meta es LA TERAPIA DEL GRUPO, y no la terapia individual en un grupo.

La habilidad del terapeuta permitirá que el grupo mismo se convierta en un agente terapéutico y adquiera un ímpetu propio, con resultados terapéuticos claramente mayores a los que resultarían de los esfuerzos del terapeuta solo, gracias a que cada uno de los miembros del grupo asumen el papel de terapeuta, sin olvidar que el terapeuta no es un miembro pasivo del grupo sino parte de él.

En la terapia de grupo existe un importante interjuego de roles, que son de gran riqueza terapéutica con el objetivo de descubrir maneras más eficaces de trabajar con un grupo de personas en esencia normales.

El terapeuta intenta comprender el sentir de cada uno de los miembros, para así hacerlo sentir a cada uno de los integrantes sin que el terapeuta proyecte una situación de superioridad (C. Rogers) 1951.

3.3 ESTRATEGIAS DE TRABAJO

3.3.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Ofrecer la oportunidad a un grupo de niños enuréticos así como a sus padres, el acceder a un modelo de intervención apoyada en la psicoterapia centrada en el cliente aplicada al grupo, tendiente a desarrollar las estrategias y habilidades que eviten al máximo la aparición de sentimientos y conductas adversas en relación al fenómeno de la enuresis.
- Crear un clima adecuado que logre beneficiar la comunicación entre los padres e hijos, y que favorecer no solo el abordaje de la enuresis sino de la vida cotidiana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS CON LOS PADRES

- Sensibilizar y orientar sobre las causas y efectos de la enuresis
- Disminuir la carga emocional que genera un niño enurético en la familia, por ejemplo la angustia, el enojo y los sentimientos de culpa
- Lograr un mayor control sobre la agresión contenida o manifiesta ante los eventos enuréticos

OBJETIVOS ESPECIFICOS EN LOS NIÑOS

- Tomar conciencia de su individualidad
- Afrontar de una manera sana su condición de niños enuréticos a través de:
- Favorecer la expresión libre de sus emociones por negativas que éstas resulten
- Aprender a manejar los sentimientos de culpa, el enojo y la angustia que le genera el ser un niño con enuresis
- Mejorar su conducción social
- Mejorar su desempeño escolar

Cuando en el objetivo general de nuestra propuesta hablamos de “sentimientos y conductas adversas” nos referimos a los episodios de angustia, de miedo y sentimientos de culpa que aparecen tanto en el niño enurético como en sus papás.

La angustia es una respuesta emocional muy compleja que surge cuando la persona tiene la percepción de una amenaza interna o externa. Generalmente no se logra ubicar la procedencia de ésta amenaza lo cual la hace diferente al miedo, la ansiedad es normal en el humano pero también puede ser el síntoma de diferentes trastornos médicos o psiquiátricos.

Conforme el ser humano crece presenta manifestaciones diferentes en cada etapa, ya que la angustia es una respuesta al despliegue de conflictos centrales y tareas críticas de ciertos momentos del crecimiento, por lo tanto, la respuesta emocional en el niño va cambiando

con su edad así como también la manera de comunicarla y resolverla conforme se va teniendo más elementos psicológicos y ambientales; Romano Vázquez. (1999).

La angustia, ya sea que se presente dentro del desarrollo normal o como un trastorno de ansiedad, es una emoción con claras manifestaciones fisiológicas y psicológicas, como lo es una sensación de malestar, inquietud, temor, irritabilidad, etc.. Acompañadas de respuestas fisiológicas, como taquicardia, disnea, cefalea, dolor abdominal etc.

En el ámbito social la angustia en el niño también lo puede predisponer al aislamiento, timidez, incomodidad o malestar con la gente extraña.

Cabe señalar que casi todas las manifestaciones de ansiedad o angustia son fácilmente diagnosticadas en los adultos no así en los niños, ya que en estos, los síntomas no siempre aparecen puros y pueden ser fácilmente confundidos con estados “normales,” de tal manera que para medir la ansiedad en los niños hay que recurrir a la información de los padres y maestros, quienes precizarán el inicio y desarrollo de las manifestaciones sintomáticas que pueden reflejarse en el desempeño académico, en el proceso de aprendizaje, la interrelación con su grupo par, la calidad de su socialización y la tranquilidad o no al separarse de sus padres. En síntesis lo importante es saber como el niño siente la angustia y como la expresa. Como es el estilo de vida de su familia, como enfrentan las situaciones estresantes de la vida diaria, y como han sido sus maniobras psicológicas defensivas sanas o enfermas que han utilizado, sin perder de vista que la angustia es una manifestación dinámica que evoluciona y se modifica en su expresión e intensidad, que obedece a cambios internos y externos en el niño, de su familia y de su medio ambiente.

El miedo es una respuesta emocional muy compleja que surge cuando la persona tiene la sensación de ser amenazado en su integridad personal o social.

La característica del miedo es que el agente o evento “amenazante” es concreto y objetivo no originado por un conflicto interno.

Obviamente en los estados de miedo también existe una serie de reacciones fisiológicas a un nivel de sistema nervioso autónomo.

En el niño que presenta enuresis, el miedo está representado por las respuestas punitivas de sus padres, que pueden ir desde las agresiones verbales hasta las agresiones físicas y sociales como lo son el ser exhibido en su condición de niño incontinente.

Los sentimientos de culpa, como lo señala Murphy; cit: J. Vallejo . (2000); son producto del momento cultural en el que se vive, de tal manera que en el pequeño escolar éstos son originados por la severidad y rigor con los que está siendo educado y con el tamiz de su propia conciencia recién formada, que frecuentemente le hace sentirse culpable o inadecuado si no cumple con las expectativas previstas por su grupo familiar, situación que va a favorecer un auto-concepto devaluado.

Una autoestima devaluada poco va a ayudar al sano desarrollo de cualquier niño y en especial en el enurético la auto-devaluación será un factor que impida el que asuma objetivamente su condición personal y social.

Por lo que respecta al grupo de padres vamos a manejar los indicadores semejantes que en el grupo de niños como lo son; la angustia, la culpa y a diferencia del miedo, manejamos la agresión.

Los sentimientos de ansiedad o de angustia, desde siempre han acompañado a la vida de todo ser humano, en mayor o menor medida los episodios de angustia le permiten al hombre el estar alerta ante cualquier amenaza interna o externa que altere su equilibrio físico, social o emocional, sin embargo la ansiedad que es un padecimiento que puede provocar sufrimiento tanto en la persona que la padece como en su familia, representa hoy en día un reto en su manejo.

Si bien es cierto que las reacciones biológicas de la angustia nos hermanan con los mamíferos inferiores, también es cierto que en el ser humano tanto la ansiedad como la angustia adoptan un tinte muy especial, como lo es la interpretación de la emoción, es decir una experiencia humana que tiene componentes mentales (ideas, significaciones concientes e inconscientes etc.)

En el adulto la angustia surge de adentro de la propia intimidad que pone en peligro el almacén de su ser, lo que a diferencia de la angustia de los niños, en el adulto las manifestaciones de ésta son más visibles, como la inquietud motora y las molestias corporales.

Tomando en consideración el marco teórico de nuestra propuesta de trabajo, mencionaremos a la angustia existencial, que si bien no cae dentro del terreno de lo patológico, si es un factor que perturba al individuo cuando debe tomar alguna decisión importante que finalmente es el ser capaz de ejercer su libertad, como lo afirma Kierkegaard (1833-1855). "La angustia es el precio de la libertad", y en el terreno de la Psicopatología sabemos que la angustia constituye el sintoma axial de todas las neurosis.

Aunque tradicionalmente los conceptos de ansiedad y angustia se utilizan de manera indistinta o como sinónimos, C. Vallejo (1986); afirma que "...Cuando ese desazón interior, mezcla de miedo que surge en circunstancias amenazantes para el individuo que aparece en forma abrupta y pasajera se le denomina angustia, en tanto que la ansiedad se acompaña de hiperactividad motora, molestias corporales y sin una temporalidad definida".

Si previamente destacamos que la angustia es un acompañante frecuente en el niño enurético, en los padres de estos, la angustia que les genera el que su hijo se orine en la cama es el común denominador.

Por lo que respecta a la frustración, se considera que es ese sentimiento de malestar que aparece cuando un individuo no logra sus metas o expectativas, haciéndose evidente a través del enojo y de la agresión.

Este sentimiento de frustración aparece a muy temprana edad en el humano y conforme va creciendo y aumenta su capacidad intelectual aprende a manejar o a hacerse mas tolerante a situaciones frustrantes.

La frustración puede enfrentarse en forma extrapunitiva o intrapunitiva. En la primera el malestar es focalizado en el agente frustrante que siempre va a estar fuera del individuo, en tanto que en la segunda, el agente frustrante surge de sí mismo y el enojo se va hacia adentro.

En los padres de un niño enurético la frustración es el detonador del enojo y de la agresión verbal o física que es volcada hacia el hijo, sobre todo porque al niño le otorgan responsabilidades que no puede asumir, como es el no levantarse al baño, o por tomar más líquidos de lo debido etc.

Las manifestaciones agresivas pueden aumentar en intensidad, que en muchos de los casos no solo alteran la dinámica de la familia sino que precipitan el maltrato infantil o la violencia intrafamiliar.

Por lo que respecta a los sentimientos de culpa, estos son el resultado de un manejo intrapunitivo de la frustración. Es el vaciar hacia adentro los sentimientos de malestar que le siguen a un brote de agresión o de violencia no contenida, obviamente nos estamos refiriendo a los sentimientos culpígenos de los padres, en tanto que en el niño enurético como ya lo mencionamos, la culpa se origina ante la incapacidad de cumplir con las expectativas de los adultos.

3.4.2 DESCRIPCIÓN Y CONFORMACIÓN DE GRUPOS TERAPÉUTICOS

Si retomamos los conceptos vertidos en los incisos anteriores sobre la psicoterapia y sus vicisitudes en una institución pública de salud y sobre las reflexiones hechas sobre los grupos de encuentro, es claro que la nuestra intención de esta propuesta es la formación de estos grupos en una unidad hospitalaria considerado dentro del 2do. Nivel de atención a la salud.

Bajo el enfoque Rogeriano, buscamos un acercamiento fenomenológico al niño enurético y de su impacto en la familia, ya que dentro de los postulados básicos de Rogers, esta el afirmar que, “las experiencias subjetivas son determinantes en el conocimiento, así como el aprender a expresar los sentimientos y no ocultarlos a los demás y a sí mismos” Rogers (1951).

En cuanto a los objetivos terapéuticos Rogers afirma lo siguiente: “Cuando una persona vive escondida tras un disfraz, sus sentimientos reprimidos se acumulan hasta un punto crítico, que cualquier incidente puede hacerlos estallar; cuando esto sucede y los sentimientos arrasan a la persona a una tormenta temperamental, una depresión profunda, una inundación de autocompasión o estados semejantes; sus efectos son negativos, puesto que la intensidad de las emociones no concuerdan con la situación concreta y la reacción adquiere visos irracionales. La explosión desencadenada por un inconveniente en la relación puede liberar sentimientos ocultos o negados en docenas de situaciones análogas, pero en el contexto en que se manifiestan en conjunto resultan ilógicos y por consiguiente no se le comprende. Es precisamente donde la psicoterapia rompe el círculo vicioso, ya que el cliente o paciente puede expresar sus emociones con todo su cúmulo de angustias, furor o desesperación y puesto que aprende a aceptar estos sentimientos como propios, estos pierden su carácter. De esta manera el paciente se vuelve capaz de manifestar en cualquier relación familiar, los sentimientos que este le inspira, y así paulatinamente el individuo comienza a expresar sus sentimientos en cuanto surgen, sin darles tiempo de que se fermenten y lo envenenen “.

Se persigue que el paciente a través de un trabajo grupal descubra los beneficios de una relación vivida sobre la base de sentimientos auténticos sin tener que escudarse en simulaciones defensivas, además de reconocer y expresar sus sentimientos **COMO PROPIOS** y no como algo que se refiere a otra persona, C. Rogers (1988).

Como ejemplo figurado tenemos al papá o mamá del niño enurético que dice: “¡Eres un flojo que por no levantarte de la cama te orinas, todo lo haces mal!”.

Esta afirmación solo va a generar angustia y sentimientos de culpa en el niño. En tanto que si los papás aceptan el “Me siento muy disgustado por lo que estas haciendo”. Ya no es una acusación al otro, sino un sentimiento que existe en uno mismo, lo que permitirá vivir relaciones familiares más reales, sin el factor reclamo.

Finalmente se espera que en el proceso terapéutico, los papás y los niños enuréticos aprendan a expresar sus emociones intensas, en el momento en que éstas surgen.

Esto es más útil que negar su existencia y permitir que se acumulen hasta el punto en que puedan resultar explosivos y proyectados hacia una situación ajena a la que dio origen.

Se espera que los participantes descubran que en última instancia es mejor vivir una relación familiar sobre la base de verdaderos sentimientos y no en función de una farsa..

C. Rogers, sostiene que cuando los clientes o integrantes de una familia pueden expresarse con mayor libertad, pueden despejarse de alguna de sus defensas y prestar verdadera atención a la otra persona; también logran comprender como se siente el otro y captar las razones por las cuales se siente así, de tal manera que la interacción entre el grupo se impregna de una comprensión mutua.

Bajo los criterios establecidos por C. Rogers en la terapia centrada en el grupo se considera que éstos serán integrados por seis o siete personas más el terapeuta. Cabe mencionar que este número de participantes es empírico toda vez que no hay investigaciones que establezcan el número óptimo, ya que existen múltiples factores que pueden determinar un mayor o menor número de participantes. Entre otros de los factores se destacan las características personales de cada uno de los integrantes.

Sin embargo Rogers afirma que cuando un grupo lo conforma más de ocho personas el proceso terapéutico se lentifica.

3.4.3 GRUPO DE NIÑOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños ambos sexos, mayores de 5 años sin un padecimiento médico que determine que el menor moje la cama.
- Que tanto su capacidad intelectual como su desempeño escolar se encuentren dentro de los límites normales.
- Que cuente con un grupo familiar que participe en el proceso terapéutico.

Para cubrir los criterios de inclusión es indispensable la valoración médica, misma que antecede a la evaluación psicológica de tal manera que ya con un expediente integrado podamos conformar los grupos de trabajo terapéutico.

Cuando el niño llega al servicio de psicología previamente citado ya deberá contar con un expediente que contenga la historia clínica, así como los estudios de gabinete y laboratorio requeridos, además de contar con un diagnóstico médico.

Posteriormente se realizará un psicodiagnóstico, mismo que es definido "Como el proceso mediante el cual se integra la información relevante acerca del paciente, cuya interpretación siempre debe realizarse dentro del contexto de vida del niño; Es decir, considerando los

procesos de desarrollo físico y psicológico, la dinámica familiar y el contexto educativo y social en el que se encuentre inmerso el niño". F. Esquivel y Colbs (2000).

Dado que la población hospitalaria es de infantes, estos son siempre llevados por los adultos quienes realizan el primer contacto con el psicólogo y son la fuente de información directa sobre las alteraciones que presentó el niño.

El primer paso del psicodiagnóstico es la entrevista psicológica, la cual se realiza inicialmente con los padres del menor, quienes serán los que proporcionaran todos los datos en cuanto a la dinámica familiar, el desarrollo psicológico del niño, del proceso y desempeño educativo, de su interacción social y por supuesto de las experiencias médicas y psicológicas.

Así se inicia la valoración clínica del contexto general del niño a través de una entrevista dirigida con los adultos que acompañen al niño.

Posteriormente en forma individual y a través de una entrevista no dirigida con el niño se buscará lograr el report necesario para realizar una valoración psicométrica y proyectiva que nos permita una evaluación objetiva del caso y poder definir el proyecto terapéutico a seguir.

En la evaluación psicológica además de la historia clínica se deben utilizar pruebas psicométricas y proyectivas que permitan parámetros de medición intelectual y de madurez visomotora, así como datos cualitativos sobre la personalidad y manejo de conflictos. F. Esquivel y Colbs (2000).

Tomando en consideración que el universo de trabajo son niños enuréticos, que forman parte de la población de la consulta externa de un hospital de 2º nivel del Sector Salud, la batería de pruebas psicológicas con las que se cuentan son muy limitadas por las condiciones inherentes a estas instituciones públicas, motivo por el cual y para efecto de esta propuesta, nos vamos a circunscribir a la aplicación del protocolo de Laureta Bender y a la prueba del Dibujo de la Figura Humana. Ambas pruebas no requieren de un costo adicional a los recursos materiales proporcionados por la institución, y se satisfacen los requerimientos psicométricos y proyectivos de la presente propuesta.

ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICODIAGNOSTICO DEL NIÑO ENURETICO

El informe psicológico es un procedimiento en el cual se integran y estructuran los datos obtenidos de un paciente a través de las entrevistas, historia clínica y el resultado de las pruebas aplicadas. El objetivo de la evaluación psicológica es el de obtener una visión amplia de la manera en la que el niño funciona y como se enfrenta al medio que lo rodea, de tal manera que la información recabada permitirá ofrecer el manejo terapéutico a seguir.

El informe psicológico deberá contener:

- Ficha de identificación
- Motivo de consulta
- Persona que refiere al paciente
- Antecedentes de importancia con relación al problema (historia clínica, estudios médicos realizados u otros estudios psicológicos)
- Observaciones de la conducta del niño y los familiares durante las sesiones de evaluación
- Resultado de las pruebas aplicadas
- Interpretación clínica de los resultados en el contexto familiar, escolar y social del niño
- Impresión diagnóstica
- Recomendaciones

3.4.4 GRUPO DE PADRES

Cuando el niño ya fue diagnosticado como enurético en cualquiera de sus manifestaciones, se hablará con los papás para que en forma detallada se les brinde la información inherente a los niños enuréticos, así como al estado emocional que guarda su hijo. Se les propondrán las alternativas terapéuticas, incluidas obviamente el manejo grupal a través de grupos de encuentro. Con la ayuda del psicólogo los papás resolverán dudas y expectativas en cuanto a las bondades de la psicoterapia de grupo, para que finalmente sean ellos quienes decidan ingresar o no a estos grupos, así como el hecho de que su hijo también forme parte de los grupos de encuentro de niños.

En cuanto al grupo de padres, solamente hablaremos de los criterios de inclusión que son:

- Ser papás de uno o más niños enuréticos
- Que estén en condiciones de disponer de dos horas a la semana para asistir a las sesiones terapéuticas
- Que en forma voluntaria deseen formar parte de un grupo de psicoterapia

3.5 COSTOS DE LOS GRUPOS DE ENCUENTRO

Cabe señalar que en cada cita tanto el niño como los papás tienen que cumplir con la reglamentación administrativa que compete al usuario. Por su parte el psicólogo deberá hacer sus notas de evaluación y llenar los formatos estadísticos que diariamente requiere la coordinación de archivo clínico y estadística.

Como ya fue señalado previamente, el universo de trabajo serán los usuarios de una unidad hospitalaria de la Secretaría de Salud, y en especial aquellos niños en edad escolar que presenten trastornos en el control del esfínter vesical ya sea en el día o en la noche. Para lo cual es necesario que sigan los trámites administrativos obligatorios en cada unidad, de tal manera que antes de llegar al servicio de psicología y visualizar como serán conformados

nuestros grupos de encuentro, es necesario presentar el flujo administrativo y como son captados los pacientes. (ver anexo 1)

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

Se sugiere un espacio físico amplio, a dónde puedan deambular y permanecer sentados de seis a ocho personas. En un ambiente tranquilo, con luz y ventilación necesaria como para poder estar cómodamente noventa minutos aproximadamente.

De preferencia se buscarán sillas o bancos que cuenten con respaldos para evitar el cansancio postural.

Se requiere de formatos de envío al servicio, pero en especial se propone la de un pequeño cuestionario que será aplicado por cualquiera de las instancias médicas previas a la llegada al servicio de psicología. (anexo 2)

La papelería solicitada será la de rutina como son lápices, papel bond blanco, clips y folders, además de un pizarrón y plumones de colores.

Para las sesiones de los niños además de lo ya mencionado se requiere de juguetes de plástico, plastilina y juegos de mesa.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

Como consecuencia de las limitaciones económicas que privan en los hospitales públicos, el material para las evaluaciones psicológicas también son muy limitados, motivo por el nos apoyaremos en las pruebas de lápiz y papel, especialmente en el protocolo gestáltico visomotor de L. Bender y del Dibujo de la Figura Humana de E. Koopitz.

La prueba de L. Bender además de ser fácil de aplicar nos permite determinar el nivel de maduración en los niños, en cuanto a su coordinación visomotriz. Cabe mencionar que el protocolo de Bender por su validez y confiabilidad ocupa un lugar preponderante en el grupo de los Test Gestálticos, incluso se le ubica dentro de la gama de pruebas psicométricas.

En cuanto a la escala de Koopitz, encuentra sus bases en la técnica del dibujo de la figura humana, que finalmente es una de las más utilizadas en la psicología infantil.

El dibujo de la figura humana, permite visualizar el como un niño se va adaptando a su medio ambiente. Una de las ventajas que presenta la prueba del D.F.H. es que puede ser utilizada como una técnica meramente proyectiva pero también puede ser utilizada como una prueba de desarrollo intelectual o cognoscitivo.

Elegimos los fundamentos de la escala de Koopitz, en cuanto al dibujo de la figura humana, ya que esta escala permite evaluar aspectos emocionales del niño, así como la maduración perceptomotora y cognoscitiva, además de que la aplicación y calificación son sencillas y rápidas.

La prueba puede aplicarse en forma individual o colectiva, sin embargo es preferible aplicarla individualmente ya que a través de un contacto más directo se puede observar la conducta del niño con la inherente relación interpersonal al que le permitirá al niño realizar dibujos más ricos.

La aplicación es muy sencilla, solo basta sentar al niño frente a una mesa o escritorio vacío y se le pide dibuje a una persona completa en una hoja de papel blanco, proporcionándole un lápiz y una goma de borrar.

En cuanto a la calificación del D.F.H., se realizará de acuerdo a los criterios establecidos con anterioridad.

3.6 ABORDAJE TERAPÉUTICO CON EL GRUPO DE PADRES

3.6.1 CON EL GRUPO DE PADRES

Ya conformados los grupos de trabajo y como lo mencionamos en el objetivo general, nos daremos a la tarea de crear un clima de confianza entre cada uno de los participantes como con el terapeuta, para que a través de una sensación de libertad y de tranquilidad, se disminuya la ansiedad inherente a la experiencia grupal, y así poder iniciar el proceso de sensibilización apoyados obviamente en cada uno de los pasos marcados por C. Rogers en los grupos de encuentro.

Ya creado un clima de confianza entre cada uno de los integrantes del grupo, se hablará de diversos tópicos sin que hasta este momento se tenga otro fin que no sea el de conocerse y crear un ambiente cálido.

Posteriormente comenzaremos a abordar temas sobre el desarrollo infantil y sus alternativas, en especial el de la enuresis. Para tal efecto nos apoyaremos con diapositivas y rotafolios que faciliten el conocimiento anatómico y fisiológico de la micción: Al final de cada sesión se destinará un tiempo (30 minutos) a los comentarios libres.

A través de una tribuna libre se invitará a cada uno de los integrantes a participar activamente con sus comentarios haciendo énfasis en el clima de libertad y de tranquilidad. Aquí el terapeuta ayudará hablando o estimulando verbalmente a cada participante. De hecho al crear un clima confortable que brinde seguridad emocional permitirá que los participantes logren exponer sus emociones sin el temor de ser cuestionados. Paulatinamente se les inducirá a la confrontación con sus miedos, ansiedades y sentimientos de culpa. Dicho de otra manera se les irá introduciendo a su problemática.

Ya en sesiones posteriores abordaremos otro de los objetivos planteados como es el de lograr una actuación acorde a los sentimientos, lo que se logrará a través de la expresión libre de sentimientos, favoreciendo el ser espontáneo en los comentarios, ubicados en el aquí y el ahora, de tal manera que a través de la retroalimentación entre el grupo, se espera que los participantes lleguen a la aceptación de ellos mismos, o como lo llamó Rogers

“FUERA MASCARA”. Cuando se llegue a éste punto es cuando podremos afirmar que se inició el cambio interno.

Con la retroalimentación del grupo también esperamos lograr un ENCUENTRO BASICO que no es otra cosa que el contacto más directo con la vida diaria.

Como consecuencia del cambio interno que se pretende obtener de cada uno de los participantes, se estima que al visualizar mas claramente sus fuentes de ansiedad, de enojo y de culpa se logre un cambio de actitudes ante el hijo que moja la cama, pero éste cambio de actitud obedece primariamente al cambio que se espera se opere en el interior de cada uno de los padres.

Al ya no registrarse agresiones físicas o verbales por parte de los adultos se espera que las relaciones intrafamiliares se modifiquen positivamente, existiendo mejores canales de comunicación que serán el producto de la autenticidad y de la capacidad de entender los eventos de la vida cotidiana incluyendo por supuesto al hijo que moja la cama.

Por lo que respecta a los aspectos técnicos de las sesiones, proponemos llevar un control anecdótico de cada sesión, por supuesto se incluye una lista de asistencia y de los cambios registrados. A cada participante se le abrirá un expediente que será incluido junto con el de sus hijos y así poder cruzar los datos con relación a los cambios que se van registrando tanto en los niños como en los adultos.

A través de éste registro anecdótico haremos un seguimiento a dónde anotaremos las reacciones más frecuentes, divididas en reacciones positivas y negativas. Dependiendo de la incidencia de ésta, visualizaremos en forma más objetiva no solo los cambios operados, sino también el pronóstico de cada participante.

En cuanto a los tiempos empleados, se propone el sesionar 2 veces por semana, lo que se traduce en 8 sesiones al mes, por lo que consideramos que si hacemos una evaluación trimestral tendremos 24 sesiones que podrán ser valoradas por cada uno de los participantes al realizar una autoevaluación de si mismos, del grupo, pero sobre todo de los cambios de actitudes que van presentado ante los episodios de ansiedad o angustia, como van respondiendo a situaciones frustrantes y como enfrentaran sus sentimientos de culpa.

Otro elemento de evaluación que nos permitirá visualizar los cambios que los padres han registrado ante sus hijos enuréticos será la información cruzada que cada niño proporcione de sus papás.

Como dato significativo de la funcionalidad del grupo será las asistencia, los retardos o bien las deserciones.

3.6.2 ABORDAJE TERAPÉUTICO CON EL GRUPO DE NIÑOS

En cuanto al grupo de niños, estos serán conformados exclusivamente por niños enuréticos cuyos padres ya formen parte del grupo terapéutico de adultos. También proponemos que este grupo lo integren de 8 a 10 niños con la misma formalidad que en el grupo de adultos. Basados en la terapia de juego no directiva comenzaremos en la sesión inicial por inducir a los niños a que tomen conciencia de su individualidad y de que el trabajo desarrollado en el grupo no será cuestionado por nadie, y que los 90 minutos de la sesión pertenecen a él para hablar y jugar a lo que desee.

Dentro del proceso terapéutico es importante señalar el problema de los límites ya que aún cuando la hora terapéutica es del niño esto no justifica que algunos sentimientos sean expresados con la acción sobre todo si estas manifestaciones dañan el mobiliario. Otra de las manifestaciones que no se le permitirá al niño serán los impulsos destructivos hacia el terapeuta. En algunas ocasiones se le permitirá al niño destruir algunos objetos del cuarto de juego con la aceptación implícita del sentimiento de enojo del niño. Este acto de destrucción simbólica, puede ser una parte benéfica de la terapia, al evitar que en el pequeño aparezcan los sentimientos de culpa.

Paulatinamente se inducirá al niño a la terapia de juego a dónde el terapeuta proyectará en el niño una actitud de respeto y de confianza que le permitan al niño sacar material del inconsciente pero siempre con la sensación de NO ser censurado.

Cuando el niño ha tomado conciencia de su individualidad, procederemos a inducirlo a la aceptación de su condición de niño enurético.

A través del juego representaremos al niño enfermo y al niño sano que no contiene la orina y en un clima de tranquilidad cada uno de los niños irá manifestando sus emociones ante su propia enuresis.

Al entender el niño que la enuresis no es una enfermedad, que es solo un síntoma de retardo en su desarrollo, y que él NO tiene la culpa de orinarse, automáticamente bajarán sus niveles de ansiedad y de miedo al acto de despertarse mojado.

El papel del terapeuta es muy importante, ya que será él quien a través del reflejo y la aclaración de los sentimientos ayudará al niño a manifestarlo más claramente sin la sensación de que el terapeuta lo va a juzgar, lo va a medir y que definitivamente el terapeuta es un agente diferente a la sociedad que le rodea.

Es de suma importancia que el niño exprese sus verdaderos sentimientos en forma abierta sin importar cuan inadecuados sean.

Se espera que a través de las sesiones y de la retroalimentación que se ejerza al interior del grupo, el niño no solo obtenga conciencia de sí mismo, sino el de pertenecer a un grupo que espera que mejore su conducta con los padres. Y que la comunicación con ellos ya no esté barnizada por el miedo, la culpa o simplemente por ansiedad.

Esta toma de conciencia de sí mismo y de su compromiso social permitirá que su desarrollo escolar mejore al entender que las tareas escolares no son realizadas para dar gusto a sus padres, sino que deberán ser realizadas como parte de la aceptación de sí mismo y de su participación en su propio desarrollo.

De la misma manera que con el grupo de adultos, se llevarán los registros anecdóticos por sesión, que serán confrontados con la auto evaluación que cada niño realice en forma trimestral. Como ya lo mencionamos anteriormente se cruzará la información que proporcionen los padres de los hijos y viceversa, así la información que cada grupo nos brinde será comparada con los datos de la auto evaluación realizada por cada participante de los grupos.

Otra forma de medir los cambios registrados en la vida emocional de los niños, será a través de una nueva aplicación de los test que se realizarán no antes de seis meses a partir de la primera evaluación.

En relación a las noches mojadas esperamos que éstas disminuyan, pero básicamente buscamos que el niño modifique su actitud de culpa, de ansiedad y de miedo ante éste hecho que es parte de su realidad.

Como cualquier otra técnica terapéutica, los grupos de encuentro también son falibles, sin embargo consideramos que las aportaciones que estos grupos proporcionan en una unidad hospitalaria del 2º nivel son importantes, en tanto que permite el manejo terapéutico de un mayor número de personas en un menor tiempo con costos muy bajos para la institución y que finalmente permite que se cumpla con las políticas actuales de productividad laboral.

En cuanto a la experiencia de la terapia grupal con el enfoque Rogeriano, permite por un lado que el terapeuta aprenda a trabajar no solo con calidad en la atención, sino con la calidez humana que su propia área le demanda, en tanto que los participantes del grupo aprenderán una nueva forma de enfrentar la vida cotidiana incluyendo todo lo referente a la enuresis.

Por último añadiremos que el tiempo de duración de los grupos de encuentro es muy relativo ya que va a depender del momento en que se logren los objetivos planteados, pero de igual manera existen grupos indisolubles en el tiempo, de tal suerte que la terminación de los encuentros grupales puede darse de manera natural y sin que los participantes o el conductor utilicen alguna técnica en especial.

Las actividades de estos grupos de encuentro puede terminarse en tanto que el terapeuta considere que las metas de los participantes se han alcanzado y que cada participante es capaz de enfrentarse por sí mismo a su propia problemática.

CONCLUSIONES

Como lo hemos venido señalando desde el inicio de este trabajo, el objetivo ha sido el proponer un modelo de intervención terapéutica en un hospital del Sector Salud para los niños con enuresis. Con éste acercamiento intentamos cambiar la concepción que tradicionalmente se ha tenido de la enuresis y que apoyados en un marco teórico humanista poder lograr un cambio de actitud que si bien no busca la remisión de la incontinencia si busca una mejor forma de enfrentarla sin que se generen emociones adversas tanto en el niño como en sus padres.

En este sentido la intervención se desarrolla a través de la psicoterapia de grupo con una muestra bien definida; el grupo de padres y el grupo de niños, lo que nos permitirá visualizar de forma más clara el mismo problema desde la perspectiva de los niños, de los padres y del terapeuta.

De tal forma, después de haber realizado el presente trabajo, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La enuresis en cualquiera de sus manifestaciones representa un problema en el sano desarrollo del niño y que de alguna manera va a afectar a la dinámica interna del grupo familiar.
- La enuresis es un síntoma que puede o no presentarse con alguna otra patología. Actualmente a un nivel institucional, el registro de niños enuréticos se ha incrementado notablemente. Este incremento obedece a que los padres ya cuentan con la cultura de visitar al médico no solo ante la presencia del hijo enfermo, sino que gracias a las políticas de la medicina preventiva se ha manejado el modelo de "consulta del niño sano", que obviamente permite que ante cualquier manifestación anómala en el crecimiento y desarrollo del niño sea canalizado a la especialidad requerida; Bertolote (2000).

En lo que a la enuresis se refiere, sabemos que en las instituciones públicas de salud mental difícilmente llega un niño por ser enurético, sino que la causa inicial por la que ingresa es cualquier otra, en tanto que la enuresis puede ser un síntoma extra y justamente como la enuresis en sí misma no es una enfermedad, se convierte en solo un síntoma que puede o no ser importante para el médico tratante, en tanto que para el niño que la presenta es una realidad que le genera conflictos ante él mismo y con su grupo familiar,

- La enuresis es un problema que pertenece a la historia del niño y que generalmente el significado que él y sus padres le dan es determinado por el contexto social y económico al que pertenecen, con la consecuente afectación no solamente del niño sino que repercute en otras áreas como lo es su desempeño escolar, sus relaciones familiares y sociales que pueden matizarse con conductas agresivas.
- En la revisión histórica de la enuresis encontramos que ésta, desde la antigüedad ha sido un foco de alerta, pero que a través de los siglos no se la ha podido ubicar totalmente dentro de un contexto teórico definido, sino que todas las especialidades

médicas han tenido algo que decir al respecto, incluyendo los conceptos empíricos del conocimiento popular. De tal manera que la enuresis es manejada desde la óptica del especialista que la trate. Como lo hemos visto, tanto la genética como la endocrinología son las especialidades médicas que en las últimas décadas más conocimiento han aportado sobre la génesis de la enuresis, en tanto que los tratamientos siguen siendo múltiples con una prevalencia mayor en la utilización de los fármacos (imipramina, desmopresina) pero la práctica diaria determina que no es la primera opción de manejo, además de existir cierta resistencia por parte de los padres ante la utilización de éstos fármacos.

- Dada la multiplicidad de orientaciones y de manejo de la enuresis, el propósito en éste trabajo no fue el buscar otro enfoque en su etiopatogenia, sino el proponer un modelo terapéutico que permita el captar y manejar los efectos emocionales y sociales que se gestan en el niño enurético y en sus padres

Tomando en consideración que esta propuesta intenta ser aplicada en una institución hospitalaria de la Secretaria de Salud, consideramos 2 factores muy importantes que determinaron la elección de la psicoterapia de grupo con un enfoque Rogeriano.

- Uno de los factores a los que nos referimos, es el de la productividad laboral, la que cada psicólogo debe registrar, la que es medida por él número de pacientes atendidos por día, semana y mes.

Sin embargo en la realidad administrativa de las instituciones de salud existe una buena cantidad de tiempos que se pierden en la complejidad burocrática, que reducen notablemente los tiempos destinados a cada paciente. O si se brinda el tiempo terapéutico requerido, el número de pacientes atendidos disminuye. De tal manera que si utilizamos la psicoterapia grupal, la productividad laboral aumenta y permite que un número mayor de usuarios puedan ser favorecidos en sus demandas.

- El otro factor que determinó que a la psicoterapia de grupo la aplicáramos a la terapia centrada en el cliente, basada en el modelo de Carl Rogers, fue el hecho de poder brindar una atención no solo de calidad, sino que tuviera la **calidez humana** necesaria para lograr la confianza y empatía por parte del paciente.

Es sabido que los avances médicos y tecnológicos ya no ubican a un ser humano enfermo, sino simplemente visualizan a la enfermedad como tal, lo que trajo como consecuencia una relación médico o terapeuta-paciente caracterizada por la frialdad y la distancia emocional, motivo por el cual buscamos un acercamiento más humano con el paciente a través del marco conceptual de Carl Rogers, quien propone un modelo de psicoterapia centrada en el cliente. Consideramos que dentro de la corriente humanista de la psicología, es C. Rogers quien cumple nuestras expectativas de calidad y calidez en el manejo terapéutico del niño enurético y de sus padres, si bien los principios de la terapia centrada en el cliente satisfacen la búsqueda de un acercamiento cálido y humano con el paciente, es una realidad que al ser aplicada con los requerimientos administrativos de los que ya hemos hablado, se cumplen los objetivos planteados en nuestra propuesta.

En síntesis consideramos que la formación de grupos de encuentro como una alternativa de manejo al niño enurético, le permite a éste y a sus padres, el conocer, aceptar y manejar su condición real, con los efectos emocionales y sociales que de ésta situación se desprenden. Cabe añadir que con esta alternativa de manejo no solo se permite un cambio de actitud ante el padecimiento, sino ANTE LA VIDA MISMA.

LIMITACIONES

Desde nuestra perspectiva consideramos que la formación de grupos de encuentro como una alternativa terapéutica presenta algunas limitaciones, la principal sería que el terapeuta, en éste caso el psicólogo, no cuente con el entrenamiento necesario en la psicoterapia de grupo y que carezca de la información sobre la teoría de Carl Rogers.

Sabemos que la terapia centrada en el cliente busca un acercamiento a la sensibilidad y emotividad del individuo dentro de un clima de confianza y autenticidad, el riesgo surge cuando en aras de la espontaneidad entre todos los participantes se transgreden los límites del respeto y se confunda la libertad de expresión con la agresión verbal.

El psicólogo deberá contar con la habilidad necesaria para controlar y equilibrar toda la gama de emociones que surjan en la dinámica intergrupala, pero ésta habilidad no podrá obtenerse, si no se conoce la teoría Rogeriana, sobre todo las etapas por las que debe transitar el proceso terapéutico.

Otro de los riesgos, es el hecho de que los asistentes no logren asimilar los objetivos terapéuticos y consideren que el trabajo de grupo es sinónimo de un “Club Social”.

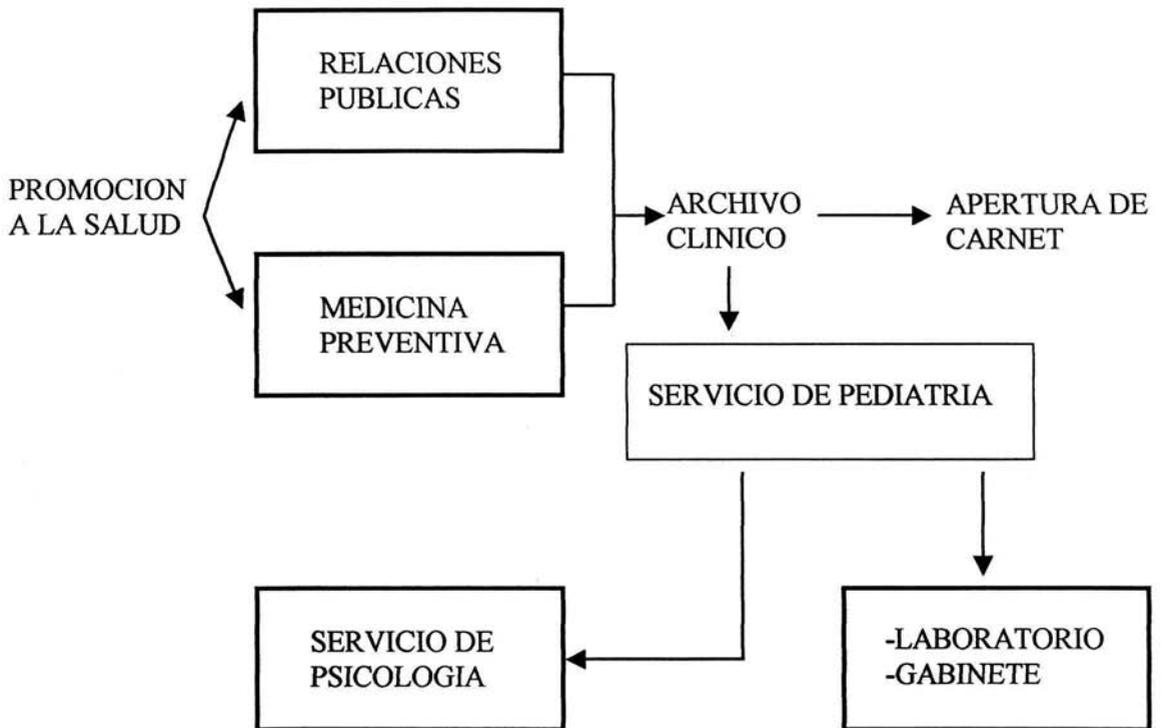
En cuánto al grupo de niños también se visualizan algunos riesgos, como lo sería el hecho de que algún niño no respetara los límites de la ludoterapia y lejos de llevarlo a un proceso de autoconocimiento lo llevará a seguirse poniendo etiquetas de “niño malo”.

De tal suerte que la habilidad terapéutica y la formación humanista del psicólogo serán las determinantes para lograr buenos éxitos terapéuticos.

La otra limitante a la que haremos referencia, corresponde a la posibilidad de un “cansancio” por parte de los participantes, que puede darse por las incomodidades burocrático-administrativas inherentes a la institución pública o bien por la pérdida del interés al no encontrar una respuesta a sus propias expectativas, que finalmente pueden no corresponder a los objetivos terapéuticos planteados en ésta propuesta.

ANEXO 1

FLUJOGRAMA ADMINISTRATIVO DE UNA UNIDAD HOSPITALARIA



ANEXO 2

FORMATO DE ENVIO AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

NOMBRE DEL MENOR _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____
DIRECCIÓN: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____
GRADO ESCOLAR: _____

Marque con una X la respuesta formulada.

- 1.- El niño moja la cama todas las noches
si () no ()
- 2.- El se orina en forma discontinua, esto es, un día si y otro no, o en forma irregular.
si () no ()
- 3.- Usted cree que se orina solamente una vez o son varios chorros por la noche.
si () no ()
- 4.- El niño moja la cama, después de haber presentado un control total de su micción nocturna.
si () no ()
- 5.- Son más los días que amanece seco que mojado.
si () no ()
- 6.- En el día le puede ganar la "pipi" en los calzones.
si () no ()
- 7.- Al cambio de ropa encuentra que los calzones presentan materia fecal expuesta.
si () no ()
- 8.- Su niño se come las uñas.
si () no ()
- 9.- Su niño presenta problemas para aprender a leer y escribir.
si () no ()
- 10.- En la familia hay otros miembros que mojen la cama por la noche
si () no ()
- 11.- Quienes? _____
- 12.- Su hijo se ha convulsionado alguna vez.

ANEXO 3

CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre_ J. G. F.
- Fecha de nacimiento_ 15 Mayo 1995
- Edad_ 6 años
- Escolaridad_ Primaria
- Motivo de consulta- Enuresis nocturna del tipo primario
- Referido por el servicio de pediatría

IMPRESIÓN INICIAL; Se trata de un menor del sexo masculino, íntegro bien conformado que se presenta a la consulta en buenas condiciones de aseo y aliño personal. A las citas de interconsulta siempre fue acompañado por ambos padres y sus hermanos.

Se encuentra bien orientado, se comunica con un discurso claro, coherente y los elementos que utiliza son compatibles a su edad.

Su actitud siempre fue de cooperación aunque en un inicio se le observó temeroso y reservado.

-METODOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

- HISTORIA CLINICA
- ENTREVISTAS DIRIGIDAS
- REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO
- TEST DE LA FIGURA HUMANA
- REPORTE ESCOLAR

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

C. J. Es el segundo hijo de un total de tres hermanos. El hermano mayor tiene 10 años y cursa el 4to. Año de primaria, sin que hasta el momento haya registrado ningún problema en su desarrollo personal o social.

El hermano menor es un niño de 2 años quien tampoco presenta ninguna alteración en su desarrollo. Cabe mencionar que su fenotipo es notablemente diferente al de los dos hermanos mayores que son de tez apiñonada y ojos oscuros, en tanto que el pequeño es rubio y de ojos azules. De hecho el niño llama la atención donde quiera que se encuentre. Estos tres hermanos forman parte de una familia integrada por ambos padres. La organización interna es congruente a las normas y valores sociales.

El papá es un hombre de 38 años con una escolaridad de secundaria y su ocupación es la de un comerciante (vende ropa en un tianguis). Por su parte la Sra. Es una mujer de 33 años con estudios de secundaria inconclusa y se dedica a las labores del hogar.

La Sra. Niega alteraciones en el embarazo de C. J., como también niega antecedentes patológicos peri y postnatales. Su desarrollo neuromotor fue adecuado siempre supervisado por médico pediatra, sin que tampoco registrara alteraciones en la talla y peso. Las enfermedades que ha presentado son las comunes en la infancia, C.J., es descrito por la mamá como un niño que siempre fue tranquilo, sin que hasta el momento haya registrado algún evento quirúrgico.

ANTECEDENTES ESCOLARES

Ingresa al jardín de niños a los 4, cursa los dos años básicos de preescolar para ingresar a la preprimaria a los 5 años 4 meses, y hasta el momento su desarrollo escolar es adecuado aunque la mamá nos refiere que su desempeño social “es como penoso y tímido”.

En su desarrollo escolar no ha presentado reportes de agresión o mala conducta como tampoco en el área de aprovechamiento.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Hasta el momento el problema real de C. J., es que no ha logrado el control de la micción nocturna, lo que ha motivado un sin número de tratamientos caseros que van desde ponerle crema caliente en el abdomen hasta el tomar cualquier cantidad de infusiones de hierbas, sin embargo los papás nunca consideraron que éste “orinarse por la noche” fuera un problema de salud, bien por el contrario solo era producto de la flojera del niño.

Médicamente se le realizaron los estudios de rutina incluyendo un urocultivo, sin que se encontraran datos significativos o sugerentes de una infección en vías urinarias o cualquier otro compromiso orgánico-funcional.

PADECIMIENTO ACTUAL.

C. J., es un pequeño que todas las noches moja la cama con variaciones en la cantidad de orina eliminada, ya que a decir de la mamá hay días que el niño amanece húmedo pero otras amanece “empapado” (sic).

Emocionalmente C. J. Vive mal ésta situación ya que al orinarse no le permite tener una cama limpia y confortable, ya que siempre se tiene que dormir “sobre plásticos y cobijas mal olientes” (sic). El menor refiere que “siente miedo” cada vez que se va a dormir y sobre todo cuando se tiene que quedar en otra cama.

Refiere no saber que le pasa pero no le gusta que le digan el “cochino o flojo”, y aunque se bañe el siente que huele mal y esto lo hace diferente a sus hermanos.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

-Prueba gestáltica visomotora de Bender

Total de errores = 8

Edad de madurez perceptual 6 años a 6 años con 5 meses

Perceptual= De acuerdo con las normas establecidas por Koppits C. J. Presenta un diagnóstico de madurez perceptual que corresponde al término medio.

Como indicadores emocionales mencionamos el como el niño constriñe las figuras al lado izquierdo con una falta total de planeación y distribución del espacio gestáltico.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

RESULTADOS:

Indicadores del desarrollo

-Esperados = Todos los elementos

-Excepcionales = 1

-Puntuación total 6

-Nivel de desarrollo = término medio

INTERPRETACIÓN

Pese a que el dibujo realizado corresponde al nivel medio de desarrollo nos encontramos con una figura humana pequeña constreñida a la izquierda y sin ninguna expresión facial, lo cual nos esta hablando de un niño que tiene una autoimagen muy devaluada y que le cuesta trabajo el adaptarse al medio ambiente.

INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

Al hacer un análisis integrado al de niño C. J. Encontramos que es niño menor que cuenta con un grupo familiar integrado y organizado, en el cual el papá es la figura que ejerce la autoridad en tanto que la mamá es una figura concesiva y protectora quien incluso lo protege de los regañones del papá. Dentro de la dinámica interna de la familia encontramos que el hijo mayor es el orgullo del papá, porque a decir del Sr. “Salió igual de chambeador que él” (sic) en tanto de que a C. J. Le disgusta de sobremano el tener que ir a vender al

tianguis. Por lo que respecta al hermano pequeño éste nace después de 4 años de C. J. Situación que el mismo C. J. vive como amenazante porque desde que el hermanito nació el se sintió desplazado y conforme el hermano crece ya nadie repara en la presencia de C.J. porque el pequeñito es muy bonito y automáticamente llama la atención de dónde se encuentre, situación que obviamente agudiza mas el sentimiento de devaluación de C. J..

Socialmente C. J. es un niño poco dispuesto a la socialización sin que muestre dificultades en la adaptación al medio. No es un niño famoso o líder en su grupo bien por el contrario tiende a ser retraído pero que puede comunicarse sin muchos problemas.

En la revisión de su biografía C. J. no muestra episodios de impulsividad no controlada o agresiones manifiestas, bien por el contrario tiende al sometimiento de los demás.

CONCLUSIONES.- Se trata de un menor diagnosticado como enurético del tipo primario, quien médicamente no presenta alteraciones orgánico-funcionales que determinen dicha enuresis, como tampoco presenta signos sugerentes a un compromiso orgánico cerebral que de alguna manera frenan el desarrollo físico y mental de C. J.

Hasta el nacimiento se considera que el desarrollo integral del niño ha sido adecuado en sus diferentes etapas, sin embargo el hecho de que aún moje la cama por las noches, está frenando su desarrollo emocional, situación que también se ve favorecida por la dinámica interna de la familia.

RECOMENDACIONES- Se sugiere que tanto el niño como los papás reciban apoyo psicoterapéutico del tipo grupal, para que a través de este proceso logren clasificar una serie de conceptos relacionados con la enuresis, que aprendan a entenderla y manejarla de la mejor manera y evitar el seguir dañando tanto la dinámica familiar como la estructura emocional del niño.

PRONOSTICO- Favorable

CASO 2

NOMBRE- J. E. G. M.

-FECHA DE NACIMIENTO- 9 de enero de 1992

-EDAD- 9 años

-ESCOLARIDAD- 3er año de primaria

-MOTIVO DE CONSULTA- Enuresis secundaria del tipo diurno

-REFERIDO POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

IMPRESIÓN INICIAL.- Se trata de un menor del sexo masculino, íntegro, armónico y bien conformado, quien se presenta en adecuadas condiciones de aseo y aliño personal. Su talla y peso corresponden a su cronología. Se le percibe bien orientado con una conciencia clara y la comunicación la realiza a través de un discurso coherente y de elementos adecuados a su edad y escolaridad. Cabe señalar que desde los inicios de la valoración siempre fue acompañado por ambos padres, quienes también se les vio dispuestos e interesados en su único hijo. La actitud del niño también fue siempre de disponibilidad.

MÉTODOS UTILIZADOS

-HISTORIA CLINICA

-ENTREVISTAS DIRIGIDAS

-REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO

-TEST GESTALTICO VISOMOTOR

-TEST DE LA FIGURA HUMANA

-REPORTE ESCOLAR

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.- J. E. Es el hijo único de un matrimonio joven, conformado por la mamá que es una mujer de 25 años con estudios de secundaria y actualmente se desempeña como secretaria. Hace un año se casa con el actual esposo que es un hombre de 31 años de edad cuya escolaridad es una carrera técnica y en la actualidad es empleado de una empresa que se dedica a la compra y venta de equipos de cómputo. Cabe aclarar que J. E. fue concebido cuando la mamá contaba con 16 años de edad producto de una relación que no trasciende en la vida social y emocional de la Sra.

Dada la juventud de la Sra., cuando J. E. nace automáticamente es tutelado por los abuelos; así al paso del tiempo J. E. y su mamá fueron tratados como hermanos y sometidos al mismo régimen de autoridad intrafamiliar. De hecho la Sra. Se desprende de responsabilidades y se dedica a trabajar, salvo en episodios de conflictos intrafamiliares ella toma conciencia de su responsabilidad como madre y se rebela a éste sometimiento. Es hasta hace un año que la Sra. Se casa e independiza de los papás, situación que ha traído como consecuencia la fricción constante y aguda entre los abuelos, el nuevo esposo, la mamá y por supuesto J. E.

En cuanto a la evaluación del crecimiento y desarrollo de J. E., no se reportan antecedentes patológicos peri y postnatales. El desarrollo neuromotor del menor estuvo

dentro de los límites de normalidad, además que siempre ha contado con la evaluación y cuidados pediátricos.

Como dato de importancia se señala que el niño aprende a controlar esfínteres a los 3 años en forma diurna y en forma nocturna a los 5 años.

ANTECEDENTES ESCOLARES.- J. E. inicia su vida escolar a los 4 años, cuando ingresa al jardín de niños. En este periodo no registro conflictos con sus compañeros o maestra, bien por el contrario siempre se la ha considerado como un niño bien adaptado. Ya en primaria no registra problemas en el proceso de lecto-escritura y su conducta también ha sido adecuada hasta este último año escolar en que lo han reportado como un niño agresivo con sus compañeros.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.- En su desarrollo presenta las enfermedades características de la infancia sin complicaciones a excepción de las infecciones frecuentes en la garganta que lo llevaron a ser amigdalectomizado a los 6 años. Por lo demás puede ser considerado como un niño sano.

PADECIMIENTO ACTUAL.- J. E. , siempre fue considerado por la mamá, abuelos y maestra como un niño “normal”, sin embargo a raíz de que la mamá se casa y se separan de la familia de ésta, el niño registra conductas de agresión y hostilidad hacia la mamá y el padrastro, hasta que hace tres meses comienza a mojar los pantalones durante el día sobre todo en la tarde poco antes de que llegue el tutor.

En un inicio los papás adoptaron una actitud de enojo seguida por un castigo hasta que llegan al servicio de pediatría donde se le realizan los estudios de laboratorio y gabinete, sin que se encontrara una causa orgánica a dicha incontinencia.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS

- PRUEBA GESTALTICA VISOMOTORA DE BENDER
- TOTAL DE ERRORES
- EDAD DE MADUREZ PERCEPTUAL DE 9 AÑOS

De acuerdo con las normas establecidas por Koppitz, J. E., presenta un diagnóstico de madurez perceptual que corresponde al término medio, como indicadores emocionales señalamos que la figura A, 1 y 2, fueron realizadas en la parte superior de la hoja y de tamaño pequeño, a partir de la figura 3 las fue agrandando, hasta que en la figura 8 y 9 necesito de otra hoja.

- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
- RESULTADOS:

INDICADORES DEL DESARROLLO

- ESPERADOS = Todos los elementos
- EXCEPCIONALES
- PUNTUACION TOTAL
- NIVEL DE DESARROLLO = Término medio

INTERPRETACIÓN

Cabe señalar que cuando el niño realiza su dibujo se le percibe muy ansioso y en forma reiterada pregunta, así esta bien? (sic); es notable el número de borrones que realiza para finalmente entregar un dibujo que aunque está completo presenta muchos borrones y enmendaduras, situación que nos refleja el nivel de ansiedad que le generaba el estudio, pero también fue evidente la necesidad de aprobación de lo que hace que de alguna manera nos habla de su propia inseguridad.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

J. E. es un niño que hasta hace unos meses fue considerado como “normal”, pero a raíz del matrimonio de su mamá se desprenden toda una gama de actitudes que hacen que los papás lo regañen con frecuencia y en forma reiterada le marquen sus torpezas. Cabe señalar que J. E. es hijo único y que durante 8 años estuvo bajo la tutela de los abuelos quienes fungieron como figuras de autoridad, a donde la mamá como el niño se encontraban totalmente sometidos.

Al cambiar de casa y de grupo familiar primario, el pequeño también cambia de hábitos y costumbres lo que le genera un cúmulo de conflictos con las figuras de autoridad incluyendo a las maestras de la escuela y por supuesto con un nuevo papá que no es concesivo, bien por el contrario es dominante y demandante de la atención de la mamá. Ante esta crisis situacional J. E. disminuye su seguridad personal entra en periodos frecuentes de angustia y finalmente registra una enuresis diurna del tipo secundario que finalmente es el pretexto para que llegue al servicio de psicología y se valore integralmente su situación personal y familiar.

RECOMENDACIONES.- Se sugiere que tanto el niño como los papás reciban un apoyo psicoterapéutico para poder clasificar sus conflictos actuales, dimensionarlos y darles una solución favorable que les permita como grupo familiar “nuevo” un proyecto de vida saludable.

PRONOSTICO FAVORABLE.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Actualidad Psiquiátrica. Trastornos de la eliminación. Bajado de Internet Marzo 2002
<http://www.geocities.com/Athens/crete/8225/enuresis.htm>
- 2.- American Enuresis Foundation. The home of the only authentic bedwetting revolution. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. No. 18 (Revisado 4/98)
<http://www.aacap.org/web/aacap/publications/apntstam/bedwet.thm>
- 3.- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, Editorial Masson, 4ta edición.
- 4.- Ajuriaguerra, J., D. Marcelli (1982). Manual de Psicopatología del niño. España, Editorial Masson, 4ta edición.
- 5.- Bender, L. (1981). Test Gestaltico Visomotor; Usos y aplicaciones clínicas. Buenos aires: Paidós.
- 6.- Bertolote J. M. (2000). Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. México: Temas de salud mental en la comunidad. Serie Paltex.
- 7.- Bleger J. (1980). Temas de Psicología, entrevista y grupos. México: Nueva Visión.
- 8.- Cabrales A. (1998). Jornadas Medicas (1998). Modelo de atención en el proceso de descentralización de los servicios de salud. México: Secretaria de Salud del Gobierno del D.F.
- 9.- Calderón G.R. (2001) Bases del neurodesarrollo y fenomenología clínica. México. Psicofarma
- 10.- Caceres J. (1998). Como ayudar a su hijo si se hace pis en la cama. Madrid: Siglo XXI.
- 11.- Caraveo, A. J. J. (1998). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana, estado actual y perspectivas. México: salud mental, Vol. 19.
- 12.- Cuevas S. A. A. (1991). Psicoterapia Individual, Familiar y de Grupo. México: Paidós.
- 13.- Cebrian, S. J. Euresis mojar la cama. No. Coleg M-11492. Bajado de Internet Marzo 2002
<http://www.cop.es/colegiados/m-03258/enuresis.htm>
- 14.- Departamento de cirugía pediátrica. ¿Que es la Enuresis? Universidad del Salvador. Bajado de Internet Abril 2002
<http://www.cirpedal.com.ar/enuresis.htm>

- 15.- Díaz A. E.; Santiago J.; Navarro E. M. (2001). Morbilidad Psiquiátrica asociada a enuresis infantil. México: Salud Mental
- 16.- Enuresis and encopresis. Bajado de Internet Marzo 2002.
<http://www.discoveryhealt.com.dht>
- 17.- Eraña , G. L. (1995). Nuestro hijo moja la cama. Mi pediatra. Bajado de Internet Febrero 2002
<http://www.mipediatra.com.mx/orina>
- 18.- Duche D. J. (1972). La enuresis. Buenos Aires. Paidós
- 19.- Dupont M. A. (2001). Manual Clínico de la Ansiedad. México: J G H Editores.
- 20.- Fayne E.; Cristina H; Emilia L. (2000). Psicodiagnostico Clínico. México: Manual moderno. Gonzalez N.J.J.
- 21.- González N.J.J. (1999). Psicoterapia de Grupos: México; Manual Moderno
- 22.- Hall S.C. (1977). Teoría existencialista de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- 23.- Hasta que edad un niño puede mojar la cama. Bajado de Internet Febrero 2002
<http://www.laindustria.com/medik/2759813.htm>
- 24.- Heine R. W. (1975). Técnicas psicoterapéuticas contemporáneas. México: Paidós.
- 25.- Heartland. La enuresis: dificultades para los niños, dolores de cabeza para los padres. Bajado de Internet Febrero 2002.
<http://www.geocities.com/Heartland/Fields/5186/Enuresis.htm>
- 26.- Judson, B. R. (1995). Sociedad nacional de enuresis. Bajado de Internet Febrero 2002
<http://babelfish.altavista.com/cgr/blm>
- 27.- Kempe, H. Y Silver, H. (1978). Diagnostico y tratamiento pediátrico. México: editorial Manual Moderno
- 28.- Kempe, W (1980). La Enuresis. Barcelona: Herder. Editorial Manual Moderno
- 29.- La enuresis nocturna, orientación para la familia. Bajado de Internet Febrero 2002
<http://www.pypweb.com/enuresis.htm>
- 30.- Laing E. (1971). Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat;.
- 31.- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. D.S.M. IV (1995).
- 32.- Nelson, V. M (1971). Tratado de pediatría. 6ta. Edición Interamericana.

- 33.- Pérez, O. R., Soria, M. P. Y Duran, O. S. Respuesta al tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática. Revista Mexicana de Urología (1999). Núm. 59 (2)
- 34.- Pozo, G. F. (1999). El niño que se orina en la cama. Bajado de Internet Febrero 2002 <http://www.saludonline.com>
- 35.- Quintana P. (1971). Medicina Social, Sociología Médica y Sociología de la salud. Barcelona, Sivat, tomo VII
- 36.- Rogers C. R. (1990). El Poder de la Persona. México: Trillas
- 37.- Rogers C. R. (1986). El proceso de convertirse en Persona. México: Paidós
- 38.- Rogers C. R. (1988). Grupos de encuentro. Barcelona: Alfaguara
- 39.- Rogers C. R., Kinget G. M. (1971). Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva. Barcelona: Alfaguara; Tomo I
- 40.- Romano V. P. (1991). Trastorno de ansiedad en niños. México: Manuales Clínicos.
- 41.- Shaefer Ch. E., O. CONNOR K. J. (1988). Manual de terapia del juego. México: Manual Moderno
- 42.- Shaffer D. (1990). Enuresis. E. M. A. Center to Study Youth Depression, anxiety and suicide. Chapter 29
- 43.- Steven, J. S. (1998). Enuresis nocturna primaria, un análisis de los factores relacionados con su etiología. Bajado de Internet Febrero 2002 <http://www.sap.org.ar/cor702.htm>
- 44.- Steven Skoog (1998). Urología pediátrica. E. U. A., Oregon Health Sciences University
- 45.- Unda, U. J. M. (1996) Enuresis en pediatría. Revista Mexicana de Pediatría 1996, No. 63 (3)
- 46.- Vallejo R. J. (1986). Introducción a la psiquiatría y a la psicopatología. Barcelona: Masson
- 47.- Vázquez, H. M. Y Lara. T. H. (1998). La autoestima en niños enuréticos y no enuréticos. Archivo de Neurociencias. <http://www.lbromed.com.mx/neuroCv3n1-espanol/wnc81-5>
- 48.- Vidal A. (1986). Psiquiatría. Buenos Aires: Panamericana
- 49.- Viguera A. E. (1983). Enuresis, revisión Histórico-Teórica. México: UNAM
- 50.- Wittaker J. O. (1977). Psicología. México: Interamericana