



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

ENURESIS RELACIONADA A ESTRESORES FAMILIARES: CASO CLÍNICO

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PRESENTA:

ANNELIESE MARTÍNEZ GARCÍA

DIRECTORA:

DRA. FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. LAURA A. SOMARRIBA ROCHA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

Noviembre 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

“En nuestro paso por la vida nuestro camino se cruza con el de muchas personas, todas ellas aportan algo a nuestro andar, pero sólo algunas dejarán su huella y harán de esta travesía algo maravilloso...”

A.M.G

A mi madre Ana Gabriela, por amarme incluso antes de conocerme y guiarme a lo largo de los años, apoyarme incondicionalmente e impulsarme para alcanzar mis sueños.

A mi padre Juan Javier, por apoyarme en cada paso, por creer en mí, en mis sueños y proyectos. Por el amor que me das día a día y que me da la fuerza para lograr lo que me propongo.

A XavO que ha crecido a mi lado, no sólo eres mi hermano, eres mi compañero de vida. Gracias por escucharme, aconsejarme, apoyarme y motivarme en todo momento.

A mi abuela Ana María porque tus enseñanzas son mis raíces y gracias a ellas he podido cumplir mis sueños y alcanzar mis metas.

A la Dra. Fayne Esquivel por ser una excelente profesora, gracias por sus conocimientos, su entrega y paciencia que hicieron que este proyecto se convirtiera en realidad.

A la Mtra. Guadalupe Santaella, la Mtra. Susana Eguía, la Mtra. Laura Somarriba, y la Mtra. Verónica Ruiz, por el interés y tiempo que le dedicaron a este trabajo y por cada comentario y observación que hoy son parte de mi formación profesional.

Gracias a Audio Amigo I., A., P., por abrirme las puertas y creer en mí; por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente. A Vero, Óscar, Nalle y Lili ya que además de ser mis compañeros de trabajo son mis maestros y amigos, de los cuales he aprendido mucho. ¡Gracias por ayudarme a crecer en lo profesional y en lo personal ¡Los quiero!

A Ale por estar presente en los momentos más importantes de mi vida, has crecido junto a mí. Gracias por los momentos compartidos, por creer en mí y por tu apoyo infinito.

A mis amigas incondicionales: Pao, Claudia y Vane. Gracias por tantos años de amistad. Por las aventuras, las enseñanzas, las risas, las lágrimas, los consejos y las pláticas interminables. Ustedes hacen que mis días sean especiales ¡Las amo babis!

A Michelle, gracias mamita por apoyarme a lo largo de los años, por tu cariño y amistad que son muy importantes para mí.

A Montse, Anita, Sandra, Talia y Let porque compartimos clases y aventuras juntas y aunque tomamos diferentes direcciones siempre nos unirá el amor por la psicología.

A mis compañeros de especialidad: Fer, Mariana, Adri, Pepe e Ivonne; por cada momento compartido y hacer de esta etapa de mi vida algo inolvidable. Y a Montse por ser una amiga muy especial, por apoyarme en cada momento y por tu cariño ¡te quiero mucho amiga!

A ustedes ¡muchas gracias!

ÍNDICE

Resumen.	1
Abstract.	2
Introducción.	3
CAPÍTULO 1. ANSIEDAD	
1.1. Definición.	6
1.2 Epidemiología.	8
1.3 Etiología.	8
1.4 Manifestaciones conductuales, somáticas y psicosociales de la ansiedad. . . .	12
1.5 Clasificación.	16
1.6 Trastorno de ansiedad generalizada.	17
1.7 Miedos y Fobias.	20
1.8 Tratamiento de la ansiedad.	22
CAPÍTULO 2. ENURESIS	
2.1 Definición.	24
2.2. Subtipos.	24
2.3 Criterios diagnósticos.	25
2.4 Prevalencia.	26
2.5 Curso.	26
2.6 Adquisición del control vesical.	27
2.7 Etiología.	28
2.8 Consecuencias psicológicas de la enuresis.	30
2.9 Tratamiento de la enuresis.	30
CAPÍTULO 3. TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA	
3.1 Introducción.	34
3.2 Terapia de Juego Integrativa.	35
3.3. Rol del terapeuta.	37

3.4 Conceptos básicos, metas y técnicas.	38
3.5 Modelos terapéuticos empleados.	39
CAPÍTULO 4. MÉTODO.	50
CAPÍTULO 5. CASO CLINICO –MALO”	52
DISCUSIÓN.	84
CONCLUSIONES.	88
REFERENCIAS.	91
ANEXOS	

Resumen

El presente trabajo, describe el caso de Carlos, un niño de 10 años que presentaba enuresis nocturna relacionada con la ansiedad que le provocaba el estrés familiar. La enuresis se clasifica dentro de los Trastornos de la eliminación, y su etiología puede ser multifactorial.

Con Carlos se trabajaron 33 sesiones de 50 minutos cada una, con un enfoque de psicoterapia de juego integrativa. Se utilizó el modelo integrativo con el fin de conjuntar técnicas y procedimientos de los enfoques terapéuticos que funcionan con más eficacia en el tratamiento de la ansiedad relacionada con el síntoma de enuresis que presentaba el niño. Se trabajó la expresión y el manejo de emociones, así como el establecimiento de límites y normas en casa. El uso de este modelo permitió incluir a la madre en el proceso.

Los avances más notorios de Carlos se observaron en la disminución de la conducta ansiosa, por lo que logró espaciar la frecuencia con la que se presentaba la enuresis, además de poder expresar mejor sus emociones, y manejar su enojo. Con el tratamiento el niño pudo responsabilizarse de su conducta y mejorar la relación con su madre. Por otro lado la madre fue capaz de establecer límites sin ser sobreprotectora, lo que le proporcionó mayor seguridad a Carlos.

Finalmente, se logró que él identificara cuáles eran las situaciones que le generaban ansiedad.

Durante la intervención la asistencia de Carlos se vio afectada debido a diferentes factores familiares como la enfermedad y muerte de su abuela, así como problemas económicos.

Palabras clave: *enuresis, ansiedad, estresores familiares, terapia integrativa*

Abstract

The current study describes the case of Carlos, a 10 year old child with nocturnal enuresis related to anxiety, caused by family stress. The nocturnal enuresis is classified within the Elimination Disorders, and its etiology may be multifactorial.

The case was approached with an integrative model, working with Carlos for 30 sessions of 50 minutes each. The integrative model was used in order to combine techniques and procedures of therapeutic approaches that work more effectively in the treatment of anxiety-related symptoms of enuresis as presented by the child.

Consequently, expression and emotion management were treated, while limits and rules were applied at home. The use of the integrative model also allowed the mother to participate in the process.

The most notorious progress in Carlos was observed in his anxious behavior, being able to space the frequency in which the enuresis was presented in addition to improving his capacity to express his emotions, and manage his anger. With treatment, the child was able to take responsibility of his behavior and improve the relationship with his mother. On the other hand, the mother was able to set limits without being overbearing, which provided more security to Carlos.

Finally, he managed to identify those situations that generate his anxiety.

During the intervention, Carlos' attendance was affected due to various factors such as family illness, the death of his grandmother and economic problems.

Keywords: enuresis, anxiety, family stressors, integrative the

Introducción

La enuresis se define como una repetida emisión de orina durante el día o la noche de manera involuntaria, que ocurre después de la edad en la que debe quedar establecido el control de esfínteres (DSM-V, A.P.A, 2013). Los padres de los niños que presentan este trastorno, tienen una actitud negativa que los lleva a descalificarlos. Generalmente es vista como un suceso vergonzoso, se convierte en un secreto familiar que debe ser ocultado ante los demás. Dentro de las familias este problema implica un costo monetario y temporal (KanaheSwari y cols., 2012; Egemen y cols., 2007). Aunado a lo anterior, la presencia de este trastorno tiene consecuencias dentro de la esfera social y personal del niño, (Chong, 2002; KanaheSwari, 2012) por lo que tanto el diagnóstico como la intervención deben ser oportunas.

La enuresis puede estar relacionada a diferentes padecimientos o sucesos de vida estresantes como la depresión, el déficit de atención, ansiedad, miedos, angustia de separación, padres ausentes o madres ansiosas, problemas familiares, entre otros.

La estructura familiar, así como la interacción entre sus miembros juegan un papel fundamental en el desarrollo físico, psicológico y emocional de un individuo. Por lo que aquellos factores o estresores que afecten el ciclo vital de una familia, también tendrán un impacto en la vida del niño.

Dentro de la familia, se consideran como estresores: los trastornos psicológicos en alguno de los miembros, la relación de pareja, la carencia de apego seguro entre padres e hijos, los estilos de crianza autoritarios o permisivos, la enfermedad y la muerte de algún miembro (Douglas cit. en Toro, 2000).

La psicología contemporánea propone que los trastornos no son producto de un suceso aislado, sino que se van desarrollando en la medida en la que la persona se expone a nuevos eventos en su vida y la manera en la que los afronta.

Cuando la presencia de enuresis en un niño se encuentra relacionada con problemas emocionales se recomienda como tratamiento la psicoterapia.

El presente trabajo muestra el caso de Carlos, un niño de 10 años de edad, que presentaba enuresis nocturna relacionada con la ansiedad que le generaban los problemas familiares, principalmente el divorcio de sus padres y la situación legal que lo rodea, así como la relación con su papá, el miedo a ser abandonado por su mamá, la enfermedad y muerte de su abuela, con quien mantenía una relación estrecha.

Considerando que los trastornos en los niños y adolescentes son multifactoriales, éstos deben ser abordados desde un enfoque eco-sistémico que considera las necesidades del menor en diferentes áreas y ambientes. Por lo tanto se propone una intervención psicológica basada en el modelo de terapia de juego integrativa eco-sistémica para la enuresis, tomando en cuenta las características personales, sociales y familiares del niño logrando una intervención eficiente. Este modelo sugiere tomar elementos de dos o más enfoques terapéuticos con el objetivo de lograr un mejor resultado en la intervención.

A lo largo del trabajo terapéutico con Carlos se utilizaron distintos materiales como títeres, dibujos, cuentos, barro, juegos de mesa así como libros de ejercicios. Se obtuvieron resultados positivos entre los que se encuentran: la disminución de la frecuencia con la que se presentaba la enuresis, la identificación de las situaciones que le generan ansiedad, así como la identificación y expresión de las emociones.

Se presenta un trabajo de investigación teórica actualizada sobre la enuresis, la ansiedad infantil, sus manifestaciones y sus implicaciones clínicas. Así mismo aquí se encuentran los modelos teóricos que se integraron y fueron la base para la intervención psicológica, además del caso clínico de Carlos, los resultados obtenidos y las observaciones finales.

Dicha intervención se llevó a cabo en Audio Amigo I. A. P., una institución fundada en 1984. Actualmente cuenta con un Centro de Atención en audición, lenguaje y aprendizaje y de apoyo psicológico, en el que se brinda atención a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos.

Audio Amigo I.A.P busca ser una institución sólida, competitiva y reconocida por su impacto en los tratamientos integrales que ofrece.

Capítulo 1

Ansiedad

1.1 Definición

El interés por explicar los problemas de ansiedad en la infancia se pueden remontar a los escritos de Hipócrates en la antigua Grecia (Silverman y Field, 2011 en Weems y Silverman, 2013).

La ansiedad es vista como una sensación de orden superior, producida por mecanismos cerebrales específicos responsables de las emociones básicas (Damasio en Weems y Silverman, 2013). Puede ser definida como *–El producto de un sistema complejo de respuesta que involucra componentes: emocionales, conductuales, físicos y cognitivos”* (Weems y Silverman, 2013).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (D.S.M- V, A.P.A, 2013), menciona que los trastornos de ansiedad comparten la característica de miedo excesivo y ansiedad, así como manifestaciones conductuales.

Los conceptos de ansiedad y miedo han estado ligados a lo largo de la historia, ya que ambos indican peligro y una actitud de expectación (Solloa, 2010). Son fenómenos que experimentan todos los seres humanos y que forman parte de su desarrollo.

El miedo es un fenómeno psicológico considerado como normal (Solloa, 2010). Se trata de un sentimiento producido por un peligro real, presente e inminente, por lo que está estrechamente relacionado con los estímulos que lo generan. El miedo es considerado como la ansiedad ante un estímulo determinado (Barrón, 2000). Desde esta perspectiva, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo, que tienen por objetivo proteger a las

personas de diferentes peligros (Echeburúa, 1998). Mientras que la ansiedad se refiere a la anticipación de un peligro venidero e impredecible (Marks en Barrón, 2000).

El origen de la palabra ansiedad proviene del antiguo latín *anxietas* que significa congoja o aflicción, ésta se refiere a un fenómeno afectivo intenso pero difuso (Solloa, 2010) que consiste en un estado de malestar psicofísico (Cía, 2002) asociado con tensión muscular y un estado de vigilancia que prepara al organismo para tomar precauciones necesarias realizando conductas anticipatorias (DSM-V, A.P.A., 2013).

De acuerdo a lo anterior, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales ya que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburúa, 1998). Sin embargo, cuando ésta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración o parece asociada a estímulos no reales, produce alteraciones en el funcionamiento del individuo y por lo tanto se considera patológica.

Cuando una persona presenta ansiedad, ocurre un desequilibrio en el sistema de respuesta, generando una preocupación excesiva e incapacitante, que no permite que el individuo que la experimenta sea capaz de anticiparse a un peligro real, generando una reacción de miedo intenso aun sin existir una verdadera amenaza (Weems y Silverman , 2013).

Weems (en Weems y Silverman, 2013) propuso dividir las características de la ansiedad en *primaria* y *secundaria*. Las características primarias, son aquellas que se expresan cognitiva, psicológica, conductual e interpersonalmente; éstas se encuentran como elemento en común dentro de cada categoría. Mientras que las características secundarias son los aspectos que diferenciarán a cada uno de los trastornos de la ansiedad; es decir los elementos específicos de cada categoría.

1.2 Epidemiología

Los trastornos de la ansiedad son uno de los problemas emocionales más comunes durante la infancia y la adolescencia (Essau, Conradt, y Petermann, 2000; Lundkvist – Houndoumadi y Thastum, 2010). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) la prevalencia de ansiedad en adultos en la población mundial, es del 12%. (OMS, 2005 cit. IMSS, 2010). Se estima que el 12.3% de los niños entre 6 y 12 años de edad presenta alguno de estos trastornos (Costello, Egger, Copeland y Angold, en Weeds y Silverman, 2013).

En México existen estudios que demuestran que existe una mayor prevalencia de ansiedad entre los 15 y los 45 años de edad, siendo las mujeres quienes lo presentan con mayor frecuencia (2 a 1 respectivamente) (Virgen et al, 2005).

1.3 Etiología

- Teoría Psicodinámica: S. Freud, (1895) planteó que el origen de la ansiedad surge a partir de la transformación fisiológica directa de la energía libidinosa en síntomas somáticos, sin la mediación de mecanismos psíquicos. Para 1926 cuando Freud postuló la teoría estructural de la mente, la ansiedad se había convertido en un afecto del *yo* actuando como una “señal” que advertía al *yo* del peligro interno. Este peligro se origina en un conflicto intrapsíquico: entre los impulsos instintivos del *ello*, las prohibiciones del *superyó* y las exigencias de la realidad externa. En su artículo *Inhibición, síntoma y angustia* Freud (1925 cit. en Solloa 2010) replanteó a la angustia como una señal de alarma ante un peligro, donde ya no era considerada como un resultado de la represión, si no como una causa que ponía en marcha este mecanismo defensivo. Es por esto que los síntomas tienen como

función solucionar la tensión interna y evitar la angustia. Se puede considerar que la función que desempeña la angustia es primero de descarga y después de señal de alarma (Solloa, 2010). En este enfoque se puede considerar la ansiedad como una señal para que el ego haga uso de la represión y otras defensas con el objetivo de contrarrestar la amenaza que afecta al equilibrio intrapsíquico. Las inhibiciones y los síntomas neuróticos surgen como medidas destinadas a evitar la situación de peligro y permitir sólo una gratificación parcial de los deseos intelectuales.

- Teoría conductual: Este modelo, ha explicado la ansiedad desde el punto de vista del condicionamiento clásico y operante (Solloa, 2010), así como el aprendizaje vicario (Weeds y Silverman, 2010). Propone que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales, por lo que la evitación exitosa (alivio) del estímulo refuerza la conducta de evitación (Solloa, 2010), que reduce el nivel de ansiedad (Hollander, 2004). Con el surgimiento del modelo de aprendizaje social de Bandura, se añade a esta propuesta que la ansiedad puede ser adquirida al observar a un modelo que es expuesto a un acontecimiento traumático, lo anterior ayuda a explicar porqué algunos niños adoptan miedos de sus padres. A pesar de que este modelo posee una base sólida en las investigaciones experimentales para la explicación de la presencia de ansiedad en humanos, requiere siempre de la presencia de un estímulo perturbador por lo que resulta ineficiente para explicar las ansiedades que poseen una base subjetiva (Solloa, 2010; Bouton et al. en Weeds y Silverman, 2013).

Rachman (en Weeds y Silverman, 2013) propone tres vías a través de las cuales se puede desarrollar y mantener la ansiedad

1. Condicionamiento clásico aversivo: La exposición a eventos traumáticos se asocia con el incremento de riesgo, de presentar desórdenes de ansiedad, particularmente el Trastorno de Estrés Post traumático.
2. Aprendizaje vicario: La adquisición de los miedos en los niños puede darse a través de la observación de sus padres, cuidadores, hermanos o amigos. (Bandura en Weeds y Silverman, 2013)
3. Transmisión verbal de la información: Los niños pueden adquirir temores al hablar sobre los temores de sus padres, cuidadores, hermanos o amigos.

Ollendick, Vasey y King (en Weeds y Silverman, 2013) proponen una cuarta ruta:

4. Reforzamiento negativo: Considera que el niño aprende a vivir con la ansiedad y el miedo a través de la evitación del estímulo que provoca estas sensaciones. Esta ansiedad se mantendrá en niveles altos y se convertirá con el paso del tiempo en una ansiedad patológica.
 - Teoría cognitiva: Propone que diferentes procesos cognitivos como la codificación, la interpretación, recuerdos pueden contribuir al mantenimiento de los desórdenes de la ansiedad (Field, Hadwin y Lester, 2011; Vasey, Dalgleish y Silverman, 2003 en Weeds y Silverman, 2013). De acuerdo a este modelo, los niños ansiosos presentan interpretaciones y juicios sesgados, así como recuerdos selectivos. Weems y Watts (en Weeds y Silverman, 2013) desarrollaron un modelo cognitivo que propone que la codificación selectiva de la información que se percibe como amenazante, aunado a la atención selectiva, incrementa negativamente las memorias sesgadas, las cuales se convierten en esquemas cognitivos que fomentan errores o sesgos en el criterio de los individuos.

La ansiedad se visualiza como un constructo tripartita, con manifestaciones a nivel conductual, cognitivo y fisiológico (Solloa, 2010; Lundkvist y Thastum, 2010).

Los sesgos cognitivos presentes en la ansiedad, pueden exacerbar las emociones negativas, dando como resultado las sensaciones físicas negativas características de los trastornos de ansiedad (Weems y Silverman, 2013).

Por lo tanto las distorsiones cognitivas características de este trastorno, tienen dos componentes principales: La primera, es la interpretación de las sensaciones físicas de incomodidad asociadas a la crisis de las sensaciones de angustia como peligrosas o catastróficas. Y la segunda de estas características son los pensamientos irracionales de catástrofe ante las consecuencias de cara a la situación de experimentar una crisis de angustia (Hollander, 2004).

La ansiedad normal, se puede diferenciar de la ansiedad patológica debido a la subjetividad de la respuesta ante la experiencia, y al pensamiento de que esta situación es incontrolable.

- Modelos sociales e interpersonales: Las teorías interpersonales hacen énfasis en la relación de los niños con las personas que los rodean. Las investigaciones sugieren que la relación con sus pares y con sus padres influyen en la presencia de la ansiedad infantil (Bell- Dolan, Foster y Christopher, 1995; Berg, 1976; Bogels y Phares, 2008; Creveling, Varela, Weems y Corey, 2010; Weems y Silverman, 2013). Entre los factores sociales que favorecen la presencia de la ansiedad en niños se ha encontrado que la pobreza y la exposición a la violencia exacerban los síntomas de la ansiedad (Weems y Silverman, 2013). En los factores familiares que favorecen la presencia de este trastorno en los niños se han encontrado: la

psicopatología parental (Weems y Silverman, 2013), las discusiones parentales, la separación de los padres, e incluso las discusiones posteriores a la separación, la violencia dentro de la familia, así como los estilos parentales críticos y un ambiente familiar poco cálido. Se cree que la expresión de la ansiedad de los adultos con los que convive el niño, pueden incrementar la ansiedad de este último; sin embargo este factor no ha sido demostrado (Rapee, 2011).

1.4 Manifestaciones conductuales, somáticas y psicosociales de la ansiedad

Manifestaciones conductuales:

- **Cólera:** J. Bowlby remarcó que en inglés *anxiety* (angustia) y *anger* (cólera) provienen de una misma raíz, haciendo énfasis en el vínculo observado entre estas dos emociones. Donde las separaciones, las amenazas reiteradas de separación u otras manifestaciones de rechazo pueden provocar en el niño un comportamiento de ansiedad y a la vez de cólera que se alternan o se mezclan (Puyuelo, 1988). Así mismo este autor aseguró que de manera frecuente la cólera es la expresión comportamental de la angustia y el niño que sufre una fuerte ansiedad presentará una labilidad emocional extrema, será susceptible a los mínimos reproches u observaciones y se enojará de manera repetida.
- **Inestabilidad psicomotriz:** El comportamiento del niño ansioso regularmente es confuso y desordenado, es probable que pase de una actividad a otra sin sentirse interesado verdaderamente o estar motivado. A menudo se observan gestos impulsivos respecto a los objetos, así como algunas conductas de evitación que explican el aspecto desorganizado del comportamiento (Puyuelo, 1988). Se

pueden observar preguntas incongruentes, que revelan una inquietud extrema, presentan un contacto demasiado fácil, con dificultades para encontrar sus límites por lo que se le dificulta establecer una verdadera relación con los otros niños (Puyuelo, 1988).

Manifestaciones psicomotoras

Entre las manifestaciones psicomotoras de la ansiedad, podemos encontrar: descontrol afectivo-motor con movimientos desordenados que puede ir acompañado en ocasiones de risas, o llantos. En el marco de los hábitos motores, se atribuyen a la ansiedad, onicofagia, tricotilomanía, y balanceo de cabeza. El problema de los tics es algo más complejo, ya que estos movimientos involuntarios están frecuentemente relacionados en principio con un trastorno ansioso del que serían la expresión motriz (Puyuelo, 1988).

Manifestaciones cognitivas

Existe una repercusión de la ansiedad en la esfera cognitiva, principalmente en la inhibición o bien en la aceleración del pensamiento (Puyuelo, 1988). Existen mecanismos de pensamiento que son considerados formas de aliviar la angustia y racionalizarla, como las fobias, las obsesiones los mecanismos de aislamiento y el pensamiento mágico (Solloa, 2010).

Silver (en Puyuelo 1988) considera que ente los síntomas ansiosos más frecuentes se encuentran: las dificultades en aceptar cambios, rigidez de pensamiento, inmadurez respecto a sus demandas o demandas regresivas, dificultades para dormir, así como sentimientos de culpabilidad.

El modelo cognitivo – conductual propone que la ansiedad es el resultado de pensamientos inadecuados que se han aprendido o adquirido a lo largo de la historia de la persona. Estas disfunciones cognitivas que modifican la percepción de la realidad mantiene la ansiedad. Según el modelo A B C de la ansiedad propuesto por Albert Ellis: (Mogoase, C., R. Podina, I., Sucala, M., Dobrean, A., 2013)

- A) Las personas filtran la realidad a través de los pensamientos o creencias disfuncionales e irracionales.
- B) Estos pensamientos generan consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas distorsionadas.
- C) Los factores cognitivos están involucrados en la creación y mantenimiento de la ansiedad.

Debido a lo anterior resulta importante para la intervención psicológica de la ansiedad no sólo modificar las interpretaciones negativas de la persona, también es necesario reemplazar las creencias irracionales para que los resultados de dicha intervención sean a largo plazo.

Manifestaciones somáticas

La ansiedad puede enmascarse tras una variedad de síntomas somáticos, cuya intensidad varía en relación con el entorno, ya que su presencia coincide con eventos potencialmente ansiógenos (Solloa, 2010).

Los parámetros que se presentan durante la ansiedad en adultos, serán los mismos para los niños: taquicardia, aumento de la presión arterial, la boca seca y la cara pálida; debido a la vasoconstricción, espasmos esofágicos que inducen una sensación de “nudo” en la garganta, disfagia, y en ocasiones vómitos. Así como la hipertonia vesical que se traducen en el niño en

micciones frecuentes consideradas por el adulto como –escapadas”. La relajación esfinteriana explica que pueda existir una defecación o una micción involuntarias cuando la ansiedad es importante. La tensión muscular se traducirá en los síntomas psicomotores ya descritos (Puyuelo, 1988).

De acuerdo con Solloa (2010) entre las manifestaciones psicósomáticas más frecuentes se encuentran:

- Trastorno del sueño: pesadillas , terrores nocturnos e insomnio
- ***Enuresis y encopresis***
- Síntomas hipocondriacos: algunos niños expresan temores sobre su cuerpo, sobre su integridad física, y su funcionamiento corporal.

Manifestaciones psicosociales

La manifestación de la ansiedad dentro de este ámbito, puede ser observada la manera en la que el niño se relaciona con los demás. Para esto se describen tres tipos de conducta que permiten observar el contacto del niño con su entorno: la inhibición, la evitación y la dependencia (Solloa, 2010).

En la *inhibición* se pueden observar desde síntomas menores como timidez ante ciertas personas o situaciones hasta síntomas tales como el mutismo. Esta se explica debido a que una situación dada provoca en el niño la evocación de situaciones desagradables, lo que hace que la angustia se manifieste y ésta inhiba la conducta del niño impidiendo que la relación se desarrolle y culmine de manera exitosa creando un ciclo (Solloa, 2010).

En el nivel de comunicación, donde el lenguaje resulta alterado, el tono de voz es bajo y pueden presentarse periodos de mutismo, la expresión gestual es pobre, la mímica facial es rígida y discordante con la vivencia emocional. Los niños pueden presentar dificultades para liberar sus emociones, lo que puede hacerlos parecer fríos o poco sociables, o por el contrario liberan sus emociones de manera explosiva. (Solloa, 2010).

Por otro lado las conductas de *evitación* son recursos empleados por el niño para evitar el enfrentamiento con situaciones y objetos ansiógenos. A menudo se traducen en trastornos del comportamiento como el negativismo. (Solloa, 2010).

Finalmente, la *dependencia ansiosa* es otra manera en la que el niño evita situaciones angustiantes, en la cual desarrollará un lazo excesivo de insatisfacción permanente de tipo regresivo hacia el adulto, que lo satisface e irrita. Esta dependencia patológica, tiene su origen en un desamparo vivido en el curso de separaciones reales o amenazas de separación o abandono por parte del adulto. Correspondiendo al cuadro descrito por Bowlby de “apego ansioso - ambivalente” (Solloa, 2010) donde la angustia es exacerbada ante la separación del cuidador y la dificultad para alcanzar un estado de calma cuando este vuelve. En el estilo ansioso existe una fuerte necesidad de cercanía, así como el miedo a ser rechazado (Mikulincer, 2003) y baja tolerancia al dolor (Váldez, 2002).

1.5 Clasificación

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (APA, 2013) los trastornos por ansiedad se clasifican en:

- Trastorno por ansiedad de separación
- Mutismo selectivo

- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Ataque de pánico específico.
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancia.
- Otros trastornos de ansiedad
- Trastorno de ansiedad no especificado.

En el caso que aquí se presenta y de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación realizada antes de la intervención clínica, Carlos de 10 años presentaba signos y síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada, por lo que será descrito brevemente.

1.6 Trastorno de Ansiedad Generalizada. 300.02 (F41.1.)

Este desorden se caracteriza principalmente por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva. La frecuencia, intensidad y duración experimentadas por las personas deberán ser anormales o bien anticipatorias a los eventos. Además de presentar dificultad para mantener el control, los niños con ansiedad generalizada tienden a preocuparse de manera excesiva sobre sus competencias y actuaciones. (D.S.M.-V, A.P.A., 2013)

Existen algunos criterios que permiten diferenciar la ansiedad generalizada de la ansiedad normal o no patológica (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

Primero, las preocupaciones asociadas con la ansiedad generalizada son excesivas e interfieren significativamente con el funcionamiento social de la persona, mientras que las preocupaciones de la vida diaria pueden ser controladas e incluso postergadas. (D.S.M.- V, A.P.A., 2013)

En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con este trastorno tienen la característica de ser intrusivas y de mayor duración, generalmente sin un suceso que lo desencadene (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

Finalmente la preocupación normal rara vez se encuentra acompañada por síntomas físicos, mientras que las personas que presentan este trastorno reportan malestar subjetivo relacionado con la preocupación excesiva y el deterioro en las diferentes áreas de su vida (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

Desarrollo y Curso

La mayoría de los individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, reportan haberse sentido ansiosos o “nerviosos” toda su vida. Los niños y adolescentes tienden a preocuparse sobre su desempeño escolar, deportivo y social, aun cuando éste no es evaluado por otros. Tienden a ser perfeccionistas e inseguros de ellos mismos, así que repiten las tareas debido a la excesiva insatisfacción (D.S.M.-V, APA. 2013).

La presencia de este trastorno en los niños se encuentra asociado a contextos psicosociales adversos, donde se incluye la psicopatología de los padres, la sobreprotección parental, las presiones parentales, técnicas disciplinarias deficientes, problemas maritales, así como la inadecuada supervisión o control de situaciones amenazantes (Nordahl, M., Hans, Wells A., Olsson A., C., Bjerkeset, O., 2010; Lundkvist - Houndoumadi y Thastum, 2010).

Se encontró que los niños que presentan dicho trastorno tienen historias de vida con factores psicosociales negativos (Nordahl, M., Hans, Wells A., Olsson A., C., Bjerkeset, O., 2010).

Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada establece los siguientes criterios diagnósticos F41.1 [300.2] (D.S.M.- V, A.P.A., 2013)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprehensiva), que ocurre por varios días, durante los últimos 6 meses, sobre diferentes actividades o eventos
- B. El individuo presenta dificultades para controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se encuentran asociadas con tres o más de los siguientes seis síntomas. Nota: En los niños sólo se requiere uno de los siguientes ítems.
 - 1. Inquietud o sensación de excitación
 - 2. Fatigarse con facilidad
 - 3. Dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Perturbaciones de sueño (dificultades para conciliar o mantener el sueño, inquietud, sueño insatisfactorio)
- D. La ansiedad, así como la preocupación y los síntomas físicos causan malestar significativo en las diferentes áreas de la vida de la persona.

- E. Los signos y síntomas no se encuentran asociados al efecto de alguna sustancia o alguna condición médica.
- F. La presencia de este trastorno no se debe a la presencia de algún otro desorden mental.

1.7 Miedos y Fobias.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, el miedo es una respuesta de activación normal, se trata de un estado emocional consciente con manifestaciones físicas y psicológicas, es provocado por estímulos reales y amenazantes, de esta manera los miedos se tratan de una respuesta adaptativa que permiten que los niños adquieran habilidades para enfrentarse a situaciones peligrosas.

Se trata de una respuesta adecuada, el contenido del miedo irá cambiando en la medida que el niño madura; se ha observado que los niños más pequeños manifiestan miedos globales, imaginarios, incontrolables y poderosos, mientras que en los mayores, los miedos son más realistas, específicos y diferenciados. Así mismo encontraremos diferencias respecto a la expresión del miedo en cada niño.

Según Gray (en Echeburúa, 1998), los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías:

- Miedo a los estímulos intensos como ruidos o dolores
- Miedo a los estímulos desconocidos, por ejemplo temor a las personas extrañas
- Miedo a la ausencia de estímulos como la obscuridad.
- Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana
- Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

El siguiente cuadro resume algunos de los miedos esperados durante la niñez

Tabla 1. Miedos normales en la niñez

EDAD	MIEDOS
0 a 6 meses	Ruidos fuertes, perder el soporte
7 a 12 meses	A los extraños, a estímulos repentinos, inesperados y a objetos amenazantes.
1 año	Separación de los padres, al baño, a las heridas y a los extraños.
2 años	Ruidos fuertes (alarmas, camiones, rayos) a animales (perros grandes), a cuartos oscuros, a la separación de los padres a máquinas u objetos grandes y a cambiar de ambiente.
3 años	Máscaras, oscuridad, animales y separación de los padres.
4 años	Separación de los padres, animales, oscuridad, ruidos (durante el día y la noche)
5 años	Animales, “gente mala”, oscuridad separación de los padres, y daño corporal.
6 años	Hechos sobre naturales (fantasmas, brujas, demonios) heridas sobrenaturales, rayos, oscuridad, dormir solos o estar solos y separación de los padres.
7 a 8 años	Hechos sobrenaturales, oscuridad, miedos basados en eventos (robos, secuestros), a estar solos y heridas corporales.
9 a 12 años	Exámenes en la escuela, rendimiento académico, imagen corporal, rayos, la muerte y a la oscuridad (menor porcentaje)

(Morris y Kratochwill, 1991 en Solloa, 2010).

Por otro lado, las fobias son miedos que adquirieron una dimensión patológica. Jiménez (en Solloa 2010) considera que un miedo se convierte en fobia cuando cumple con los siguientes criterios

- Desproporcionado respecto al peligro de la situación.
- Es aceptado como miedo irracional; sin embargo es rechazado como razonamiento lógico.

- Involuntario debido a que la persona no tiene el control de la situación.
- Lleva a la persona a evitar la situación, lo que conduce a una perturbación en la vida del niño.

El D.S.M.-V (APA, 2013) distingue 4 tipos de fobias, más una categoría residual denominada como “otros tipos”. Éstas comienzan generalmente en la infancia, aunque algunas pueden comenzar a edades más avanzadas.

Estos cuatro tipos son:

- Animal
- Ambiental
- Sangre – inyecciones – daño
- Situacional
- Otras

A diferencia de la ansiedad que es difusa, las fobias están delimitadas a objetos, seres o situaciones.

1.8 Tratamiento de la ansiedad

Psicoterapia

Las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia, son similares a aquellas utilizadas en adultos (Echeburúa, 1998). Para Bragado (cit. en Echeburúa, 1998) la diferencia radica en la adaptación del procedimiento a la edad y a las características del niño, así como en el papel más directivo del terapeuta.

Entre las técnicas terapéuticas se encuentra la relajación, que se trata de un medio adecuado para reducir la tensión crónica, así como para controlar las respuestas de activación del organismo. La relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad inespecífica, así como en el trastorno de ansiedad por separación; en estos casos la relajación constituye una estrategia de afrontamiento para hacer frente a los estímulos y situaciones que generan ansiedad. Este método, puede acompañarse de algunas técnicas de control cognitivo, como la imaginación guiada o por autoinstrucciones positivas (Echeburúa, 1998).

Por otro lado, las técnicas cognitivas utilizan la reestructuración cognitiva con el objetivo para modificar pensamientos y sustituirlos por otros más adaptativos (Ollendick y Francis, en Echeburúa, 1998; Lundkvist y Thastum, 2010). Las preocupaciones en el niño pueden derivar de un modo poco correcto de percibir la realidad y de los recursos que cree disponibles para afrontarla (Echeburúa, 1998). Los pensamientos generados pueden guiar la conducta e incluso las emociones del niño; si estos pensamientos están distorsionados, pueden dar lugar a pensamientos negativos presentes en los niños con trastornos de la ansiedad (Echeburúa, 1998). Por otro lado el entrenamiento en habilidades sociales resulta efectivo, con el objetivo de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales del individuo (Lundkvist - Houndoumadi y Thastum, 2010).

Capítulo 2

Enuresis

2.1 Definición

La enuresis al igual que la encopresis, se encuentra clasificada dentro de los Trastornos de la Eliminación; que se caracterizan por la eliminación inapropiada de la orina o las heces. Ambos se diagnostican principalmente en la niñez y la adolescencia (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M.- V, A.P.A., 2013) define la enuresis, como la eliminación de orina en la ropa o en la cama, que puede presentarse durante el día o la noche. Generalmente esta micción es involuntaria, aunque ocasionalmente puede ser intencional. Para llegar a un diagnóstico, la eliminación de orina debe presentarse al menos dos veces por semana durante tres meses consecutivos, o bien causar un malestar clínico significativo personal, social, académico u ocupacional, o en otras áreas importantes de la vida de la persona. Para su diagnóstico se tendrá que considerar la edad del individuo, ya que debe haber alcanzado la edad en la que se establece el control de esfínteres, es decir debe tener una edad cronológica o mental por arriba de los 5 años. Finalmente esta incontinencia no tendrá que estar asociada a problemas físicos o a efecto de una sustancia.

2.2 Subtipos

La enuresis puede clasificarse en los siguientes subtipos:

- Solo nocturna: También conocida como enuresis mono-sintomática, es el subtipo más común y se caracteriza por la aparición de la incontinencia solamente durante

las horas de sueño, principalmente durante el primer tercio de la noche (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

Para Yeung, et al.,(Kaneko, 2011) la enuresis nocturna también puede ser clasificada en:

- Infrecuente : Una o dos episodios por semana
 - Moderada : Tres a cinco veces por semana
 - Severa: Seis a siete veces a la semana
- Sólo diurna: Se define como la emisión de orina sólo durante las horas de vigilia. También se conoce como incontinencia urinaria. Este subtipo puede ser dividido en dos grupos: incontinencia urgente, donde las personas de manera repentina sienten la necesidad de orinar. El segundo es conocido como micción pospuesta, en el cual la persona pospone la micción hasta que esta resulta en incontinencia. Por lo que es común que se deba a una resistencia a utilizar el inodoro por ansiedad social o por una preocupación relacionada con la actividad escolar o lúdica (D.S.M.- V, A.P.A., 2013).

Nocturna y Diurna: Este subtipo se define como una combinación de los dos tipos mencionados anteriormente, y es conocida como enuresis no monosintomática.

2.3 Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para el diagnóstico de enuresis establece los siguientes criterios diagnósticos **F98.0 [307.6]** (D.S.M.- V, A.P.A., 2013)

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa sin importar si es voluntaria o intencionada.

- B. El comportamiento es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de dos episodios por semana, por lo menos durante 3 meses consecutivos. O bien, debe presentarse un malestar clínicamente significativo personal, social, académico/ocupacional o cualquier otra de las áreas importantes de la vida del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente)
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p.ej., un diurético) o a una condición médica

2.4 Prevalencia

La prevalencia de la enuresis es del 5 % al 10% alrededor de los 5 años, del 3% al 5% alrededor de los 10 años, y del 1% en personas de 15 años o mayores (D.S.M.-V, A.P.A., 2013). Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (Rodríguez, 1996; Kanaheswari et al., Semolic et al., 2009; Lemus, 2009; Brown, 2010; Feria et al., 2010 Paulsaeman, Chandran, 2012; Fockema, 2012; Norfolk, 2012; Kiddoo, 2012).

En la cultura occidental, más del 95% de los niños adquiere el control aproximadamente a los 4 años, y el 99% a los 5 años de edad. La mayoría de los niños con este trastorno se hacen continentes durante la adolescencia, pero aproximadamente 1% de los casos puede prolongarse hasta la edad adulta (Feria et al., 2010).

2.5 Curso

Se han descrito dos tipos de enuresis. Un tipo *primario*, en la que el niño nunca ha establecido un periodo de continencia urinaria y un tipo *secundario* en la que el trastorno se

desarrolla después de un periodo de continencia urinaria establecida. Por definición la enuresis primaria se inicia a los 5 años de edad, mientras que la enuresis secundaria se inicia entre los 5 y 8 años de edad, pero ésta puede ocurrir en cualquier momento de la vida de una persona (D.S.M.-V, A.P.A., 2013).

2.6 Adquisición del control vesical

Todo aprendizaje a lo largo del desarrollo del ser humano, requiere de dos condiciones: un sustrato biológico u orgánico que permita tal adquisición y las experiencias o interacciones con el medio susceptibles de propiciar el aprendizaje. Por lo que el desarrollo individual, será resultado en cada momento biográfico de la interacción entre los factores biológicos madurativos y los ambientales (Toro, 2000).

Para comprender las pautas esperadas dentro del control de esfínteres, debemos considerar que en el recién nacido existe un reflejo de evacuación, el cual no puede ser controlado en esta etapa, pero con el desarrollo del sistema nervioso central (SNC) aumenta la capacidad el individuo de inhibirlo (Matorell y Gómez, 2000).

Al nacer, la micción se produce de manera refleja: cuando se filtra la sangre en los riñones, la orina pasa a través de los uréteres a la vejiga, está se va llenando y al alcanzar determinado nivel el músculo que la envuelve se contrae, aumentando la presión intravesical. El aumento de esta presión inicia la relajación de esfínteres (interno y externo) de la vejiga, lo que permite la salida de la orina por la uretra. El reflejo de la micción permite que cuando la vejiga está llena, de manera automática se expulse la orina sin necesidad de control. Con el desarrollo biológico y psicológico se alcanza el control de la micción (Sancreu, 2012).

Para controlar la micción se debe tener conciencia del deseo de orinar, percibiendo las contracciones del músculo de la vejiga cuando ésta está llena. Lo que implica aprender a controlar el esfínter externo de la vejiga para mantenerlo cerrado y postergar la micción (Sancreu, 2012).

Debido a lo anterior no se puede hablar de la presencia de enuresis antes de los tres años, ya que el niño es incapaz de inhibirse antes de esta edad, aunque los criterios de diagnóstico establecen los cinco años (Matorell y Gómez, 2000).

Desde el punto de vista conductual, el aprendizaje se realiza a través de una serie de pasos necesarios para el control de la evacuación: en primer lugar, el niño deberá ser capaz de percibir que su vejiga está llena para aprender a retener cuando ésta esté llena durante el día. Él debe aprender a inducir voluntariamente la micción con la vejiga llena y semi-llena, para finalmente realizar el control durante el sueño (Martorell y Gómez, 2000).

2.7 Etiología

Como en muchos trastornos, la etiología de la enuresis puede ser multi-factorial.

Dentro de los factores biológicos que pueden estar asociados a la presencia de enuresis podemos encontrar: Alteraciones o lesiones neurológicas, factores genéticos (Fernández, 2006) o bien alteraciones de la madurez (Toro, 2000), así como problemas perinatales y retraso en el desarrollo (Lemus, 2006).

Por otro lado, La *International Children's Continence Society* (en Fockema2012) asegura que mojar la cama se trata de un problema psicológico clínico. Como en la mayoría de los

síntomas que se presentan en la infancia, en la enuresis existe una estrecha relación entre distintos factores psicológicos.

Dentro de estos factores se debe observar la frecuencia con la que aparece o desaparece la enuresis y su coincidencia con algún episodio de la vida del niño, tales como separación familiar, el nacimiento de un hermano, el ingreso a la escuela (Marcelli y Ajuriaguerra, 2005)

El tipo de psicopatología experimentada por los niños que presentan enuresis es poco definida por la literatura, aunque en general se asocia con la presencia de síntomas de ansiedad y de labilidad emocional (Toro, 2000). Lemus (2009) aseguró que la enuresis se encontraba relacionada con el trastorno depresivo mayor en un 37.2%, con el trastorno adaptativo depresivo y la distimia un 2.3%, con el trastorno de ansiedad por separación 55.8%, fobia específica 60.46%, trastorno de ansiedad generalizada 16.27%, con agorafobia 4.6%; y en general con trastornos externalizados, la enuresis secundaria tiene una relación del 85.7%, al igual que con los trastornos internalizados. (Lemus, 2009; Pérez en Ibarra 2010).

Toro (2000) describió que las situaciones estresantes también pueden generar la aparición de la enuresis, ya que el estrés es un fenómeno complejo, capaz de alterar el funcionamiento del organismo. En el caso de la enuresis secundaria, estos acontecimientos juegan un papel importante como factores precipitantes Douglas (en Toro, 2000) delimitó siete situaciones estresantes que cuando eran vividas durante los primeros años de vida estaban asociadas a la enuresis: La desintegración de la familia, ya sea por muerte, separación o divorcio, la separación temporal de la madre, el nacimiento de un hermano, cambio de residencia o cambio de hábitos, el ingreso a un hospital o enfermedad, los accidentes y finalmente las intervenciones quirúrgicas.

Para Norfolk (2012) la enuresis en pocas ocasiones se presenta como un trastorno único, generalmente es resultado de la inmadurez cerebral, aunado a los factores estresantes y la ansiedad de la persona.

2.8 Consecuencias psicológicas de la enuresis

Se ha observado que los niños con enuresis nocturna, presentan dificultades en el área social principalmente dentro del ambiente escolar, ya que tienden a alejarse de sus compañeros o evitan situaciones sociales como: invitar a sus amigos a casa, o asistir a campamentos. Además presentan problemas para mantener su atención en alguna actividad así como conductas agresivas en comparación con aquellos niños que no presentan dicho trastorno (Chang, 2007).

Por otro lado Kanaheswari et al., (2012) encontraron que la autoestima de los niños pequeños no se ve afectada debido a la presencia de este trastorno, sin embargo conforme los niños se aproximan a la adolescencia tanto su autoestima como su autoconcepto se ven afectados de manera significativa; siendo las mujeres quienes que presentan mayores dificultades.

2.9 Tratamiento de la enuresis

La enuresis tiene un costo económico y emocional para el niño y su familia, por lo cual debe recibir un tratamiento oportuno (Kanaheswari et al., 2012; Egemen et al., 2007). A causa de la múltiple etiología de este trastorno, también se pueden encontrar diferentes enfoques para ser abordado. En su mayoría este trastorno aparece en la segunda infancia, así que los enfoques van dirigidos a niños mayores de cuatro años y medio (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

- Medidas generales. Modificación de métodos educativos, tales como aprendizaje precoz o rígido y el exceso de precaución (pañales, hules etc.), así como la

moderación en la ingesta de líquidos horas antes de la hora de dormir. El uso de esta medida requiere la participación activa de la familia, ya que en ocasiones implica abandonar algunas posturas respecto a la educación de los niños.

- Motivación del niño. La información que el niño reciba acerca del funcionamiento urinario es importante, desmitificar el síntoma va a permitir que él no se sienta culpable. La participación del niño en los resultados realizando anotaciones en un cuaderno o calendario, favorecerá la motivación. Se debe procurar que esto no se convierta en una práctica obsesiva.
- Despertar nocturno. Implica que los padres despierten al niño en un horario fijo durante la noche, lo que se debe llevar a cabo de tres semanas a un mes. O bien se ha utilizado el despertar mediante alarmas sonoras, que se activan cuando se da la emisión de las primeras gotas de orina, se espera que al paso del tiempo se dé el despertar espontáneo.
- Tratamiento farmacológico. Los textos médicos describen “tratamientos extraños” para combatir el problema, que eran usados tiempo atrás. Los cuales incluían atar listones alrededor del pene, escaldar los nervios sacros con el objetivo de estimular la sensibilidad y shock en los genitales del niño (Fritz, 2001). Sin embargo en la actualidad el tratamiento farmacológico hace uso de la imipramina y la Desmopresina. (Garay, 2005; Brown, 2010; Fockema, 2012; Kiddoo, 2012)
 - Imipramina: El mecanismo de los beneficios de este fármaco, para el tratamiento de la enuresis no es bien conocido. Una de las teorías que existen explica que este fármaco tiene un efecto anticolinérgico, por lo que disminuye la contractilidad de la vejiga que principalmente incrementa el

llenado de la vejiga y mejora la capacidad funcional. Este fármaco provee beneficios en el 50% de los niños con enuresis.

- Desmopresina: Se trata de un análogo sintético de la arginina- vasopresina, trabaja disminuyendo el volumen urinario durante la noche, por lo tanto disminuye la presión intravesical.
- Psicoterapia. Ésta está indicada en los casos donde prevalecen factores emocionales sobre la aparición del síntoma, existen diferentes enfoques para atender los problemas emocionales que presenta la población infantil. Cada una de las corrientes teóricas abordará el tratamiento para la enuresis de diferente manera. Por ejemplo, dado que la corriente psicodinámica percibe la enuresis como un síntoma de un conflicto subyacente, el tratamiento deberá ir dirigido a la solución de este. Sin embargo, los tratamientos psicoterapéuticos de orientación psicodinámica no han demostrado su eficacia en el tratamiento de la enuresis nocturna. Por otro lado los tratamientos conductuales consisten en poner en marcha una técnica que permita al niño “aprender” el control vesical. (Toro, 2000) Por ejemplo el uso de las alarmas, que se activan cuando reconoce las primeras gotas de orina del niño durante la noche (Brown, 2010; Kiddoo, 2012).

Entre otros tratamientos podemos encontrar: dietas, restricción de líquidos así como la restricción vesical.

Bravo (cit. en Ibarra 2010) comentó que como terapeutas es necesario mostrar empatía hacia el niño, para comunicarle que lo comprendemos, que lo aceptamos y valoramos como persona y asegurarnos que el niño comprenda que algo no funciona adecuadamente. Las sesiones en psicoterapia infantil suelen ser una vez a la semana y su duración es de 40 minutos

aproximadamente. Su objetivo será ayudar al niño a expresar sus emociones y sus dificultades. Algunos materiales como la plastilina, los dibujos, los juegos (Ibarra, 2010), los cuentos y los títeres son los medios de expresión preferidos por los niños.

Capítulo 3.

Terapia de juego integrativa

3.1 Introducción

El juego es una expresión universal de la niñez, capaz de superar diferencias étnicas, lingüísticas y otros aspectos culturales (Drewes en Schaefer, 2011).

Sin importar la edad, el juego trae beneficios para la vida de las personas, se trata de una actividad divertida, creativa, alivia el estrés, fomenta la interacción y la comunicación social positiva (Schaefer, 2011). Cuando los niños juegan adquieren herramientas que les serán útiles a lo largo de su vida; pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del “mundo real” o la necesidad de usar un lenguaje. Los niños utilizan el juego para comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperan que los adultos entiendan su lenguaje (Schaefer, 2011).

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) define la terapia de juego como: *“El uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos de juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimo”* (Association for Play Therapy en Schaefer, 2011).

El juego no sólo es esencial para el desarrollo de los niños, sino que también posee poderes terapéuticos, Schaefer (1999) identificó 25 factores terapéuticos del juego. Los cuales se clasifican en ocho categorías: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio

moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y auto-realización (Schaefer, 2011).

3.2 Terapia de juego integrativa

En la década de 1990, cobró importancia la integración de la teoría, la técnica y factores comunes en psicoterapia (Schaefer, 2011). La convicción de que cada sistema terapéutico proporciona sólo respuestas parciales a los problemas de la clínica, llevó a buscar formas de integración de los procedimientos terapéuticos provenientes de las distintas escuelas (Mucci, 2005). Lo que anteriormente se conocía como eclecticismo, actualmente se conoce como integración (Schaefer, 2012). Este término, hace referencia a la integración de la teoría, desarrollo afectivo, cognitivo y fisiológico y comportamiento (Esquivel, 2010).

Las teorías integradoras, asumen que diversos aspectos de la experiencia personal de la persona están entrelazados, lo que lleva a concebir la psicopatología desde un punto de vista multi-causal, asignándole el mismo peso a varios aspectos del funcionamiento personal; como resultado, se les ve como un todo combinado y unificado (Coonerty, en Drewes, 2012)

Los modelos integrativos son aquellos que partiendo de una perspectiva ecléctica sistemática proponen un modelo teórico, a partir del cual cada uno de sus elementos conceptuales adquieren un nuevo significado. Los modelos integrativos en psicoterapia representan una nueva estructura conceptual, se puede pensar en el proceso terapéutico desde una visión compleja derivada de la articulación de elementos que al pertenecer a esa nueva estructura cobran nuevos significados (Mucci, 2005).

La psicoterapia integrativa intenta tener en cuenta la amplia gama de determinantes que operan sobre situaciones humanas y trabajar con recursos que sean lo suficientemente flexibles

como para actuar sobre las diferentes dimensiones del problema: cognitiva, conductual, intrapsíquica e interaccional. Así como en los contextos en los que participa el paciente (microcontexto, y macrocontexto), en las dimensiones temporales (pasado, presente, futuro) (Mucci, 2005). Por lo tanto se puede considerar dentro de un modelo ecosistémico, ya que se integran aspectos afectivos, biológicos, cognitivos y conductuales, que se desarrollan en un ambiente familiar y sociocultural dentro de un determinado tiempo histórico (Esquivel, 2010).

La teoría de juego ecosistémica se apoya más en la teoría que en la técnica, ya que la primera es utilizada como base para combinar una gran variedad de técnicas, actividades, e intervenciones con el objetivo de utilizarlas en clientes específicos (Drewes, 2012). Este modelo de terapia de juego, fue descrito por O'Connor y su objetivo es ayudar a la persona a obtener un funcionamiento óptimo dentro de cada una de las dimensiones de su vida (O'Connor, en Drewes, 2012). Su principal característica es su flexibilidad, se trata de un modelo abierto que se encuentra en la búsqueda constante de nuevos conocimientos (Esquivel, 2010).

O'Connor (2001, en Drewes, 2012) afirma que

“La terapia de juego ecosistémica es un modelo integrativo que incorpora elementos centrales de diferentes modelos de la terapia de juego como el analítico (Freud, 1928; Klein, 1932), centrado en el niño (Axline, 1947; Landreth, 1991) cognitivo conductual (Knell, 1993) del Terajuego (Jernberg, 1979; Jernberg y Booth, 2010) y de la terapia de realidad (Glaser, 1975)”

En este enfoque se combinan conceptos de personalidad, psicopatología de los ambientes en los que se encuentra la persona, las metas del tratamiento y del papel del juego y las técnicas (O'Connor en Drewes 2012)

Los trastornos en niños y adolescentes son multifactoriales, es necesario abordarlos desde un enfoque multifacético (Schaefer en Drewes, 2012). Debido a esta característica multidimensional, la terapia de juego integrativa, exige que el terapeuta posea la capacidad de cambiar de posturas teóricas con el objetivo de satisfacer las necesidades del niño (Connerty en Drewes, 2012).

3.3 Rol del Terapeuta.

El papel del terapeuta de juego integrativo puede cambiar en función de las variaciones de cada modelo de tratamiento. En ocasiones él deberá comportarse de manera no directiva y permitirá que el niño o el adolescente sea quien inicie el proceso. En otras ocasiones deberá adoptar una postura más directiva, ofrecerá asesoría a los padres o los introducirá a comprometerse con el tratamiento mediante diversas tareas. (Drewes, 2012)

El terapeuta adoptará un método integrador que amplíe su idea de lo que es adecuado desde las distintas perspectivas teóricas y le ofrezca un conjunto más amplio de herramientas con las cuales trabajar (Drewes, 2012). Deberá asumir que desconoce acerca de la experiencia del paciente y por lo tanto deberá comprender continuamente el significado del comportamiento del niño (Esquivel, 2010). Como resultado el terapeuta, deberá caracterizarse por la flexibilidad y la creatividad, pero dotado de coherencia interna respecto de la estructura conceptual (Mucci, 2005).

Dentro de este enfoque la relación terapeuta-paciente deberá ser empática con la experiencia del niño, el terapeuta comprenderá la necesidad única del niño con el que trabaja (Esquivel, 2010).

3.4 Conceptos básicos, metas y técnicas

Existen diferentes rutas para la creación de un método de tratamiento integrador. Norcross (en Drewes, 2012) los identifica como: eclecticismo técnico, integración teórica, factores comunes e integración asimilativa.

El **eclecticismo técnico** es un método normativo que selecciona el mejor tratamiento para la persona y el problema. Esta decisión se tomará de acuerdo a la investigación, es decir de lo que en el pasado funcionó mejor para otra persona con problemáticas y características similares (Norcross, 1992 Cit., en Drewes, 2012).

La **integración teórica** toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos combinándolos con la expectativa de que el resultado será mayor que la suma de dos terapias separadas. Se enfatiza la integración de las teorías subyacentes junto con la integración de las técnicas terapéuticas (Norcross, 1992 en Drewes, 2012).

El enfoque de los **factores comunes** identifica las ideas centrales subyacentes que comparten las distintas terapias, con el objetivo de encontrar un tratamiento sencillo y eficaz basado en esos aspectos comunes (Drewes, 2012).

Para lograr la integración asimilativa es necesario que el terapeuta posea una base sólida en un sistema teórico, pero que a su vez éste cuente con la disposición para incorporar a su práctica otros puntos de vista de otros sistemas (Messer, 1992; Norcross, 2005 en Drewes, 2012). Este enfoque –combina las ventajas de un único sistema teórico coherente con la flexibilidad de una gama mayor de intervenciones técnicas provenientes de múltiples sistemas” (Norcross, 2005 en Drewes, 2012).

Debido a la flexibilidad de este modelo, en el presente caso se trabajó con un enfoque de integración teórica, ya que se concluyó que el modelo integrativo permitiría contar con recursos psicoterapéuticos para alcanzar los objetivos planteados y así obtener mejores resultados.

3.5 Modelos y técnicas utilizados en el caso.

A continuación se mencionarán los modelos, y se describirán las técnicas que se utilizaron durante el proceso terapéutico de Carlos.

Terapia de Juego Narrativa

La terapia narrativa fue creada por White y Epston en los años noventa. Ambos autores sugieren que las personas son capaces de desarrollar conocimientos acerca de sus habilidades mediante la revisión y reedición de su propia historia (Campillo, 2010). White (en Campillo, 2010) propone que *“la historia personal o auto narrativa es la que determina la forma de la expresión de aspectos particulares de la experiencia vivida”*.

Para este autor, la terapia narrativa es un proceso en el cual se da otro significado a las ideas prevalecientes para encontrar otras concepciones. Este proceso implica *“desarmar”* la manera en la que interpretamos o pensamos con el objetivo de tomar una decisión (Campillo, 2010). La creación de nuevos significados permitirá a la persona formar una historia alternativa (Campillo, 2010).

La idea central planteada por White (en Campillo, 2010) establece que para dar significado a la experiencia, es necesario relatarla y organizarla en historias, de esta manera *“la auto- narrativa de la vida de cada persona es el marco primario que hace posible darle significado*

a la experiencia”. Este proceso se convierte en la creación de significados, que implica la imaginación, fantasía, simbolismo y metáfora (Campillo, 2010).

Al igual que los adultos, los niños poseen la capacidad de crear relatos para facilitar la comprensión de aquellas situaciones que puedan ser estresantes (Taylor, 2012).

En la terapia de juego narrativa se incluyen conversaciones externalizantes, cuyo objetivo es separar la identidad de la persona del problema y así recuperar “el saber hacer” de los niños para resolverlo (Campillo, 2010).

En este proceso se incluye el juego que crea el efecto de libertad, ya que al separar al niño del problema se cambia su posición y le permite “observarlo” totalmente, de tal manera que a través del juego ensayará diferentes formas de abordarlo (Campillo, 2010).

En el caso de Carlos, la terapia de juego narrativa tuvo un papel fundamental. Ya que fue a través de este modelo que se abordó el motivo de consulta: la enuresis.

Los niños que presentan enuresis y llegan a consulta, han sido etiquetados, regañados y castigados, por lo que se encuentran inmersos en el problema, el cual forma parte de su identidad, limitándolo a activar sus recursos para resolverlo. Por otro lado como se mencionó en el segundo capítulo, la enuresis se encuentra relacionada con la necesidad excesiva de la persona de mantener el control de las situaciones que suceden a su alrededor.

Con la terapia de juego narrativa Carlos logró externalizar su problema mediante la creación de un muñeco al que llamó “MALO”, quien representó su motivo de consulta y la historia saturada del problema, donde el niño habló de sí mismo como afectado por la enuresis, de esta manera él fue capaz de observarlo, analizarlo y buscar soluciones.

Terapia de Juego de Liberación (TJL)

Se trata de una extensión del trabajo de David Levy, quien aprovechó los métodos de los niños para curarse a sí mismos, propuso llevar a la práctica este tipo de terapia. (Gerard Kaduson, 2012) Menciona que existen diferentes tipos de liberación:

Este tipo de terapia utiliza el juego como medio de curación o cambio.

1. La liberación simple, donde se le permite al niño que libere sentimientos agresivos, o placeres infantiles. Permite al niño liberar todas las conductas destructivas (Levy en Gerard, 2012).
2. Liberación de sentimientos en situaciones cotidianas como interacciones familiares y sociales. Se trata de un escenario más estructurado por el terapeuta (Gerard, 2012).
3. Liberación de sentimientos en situaciones específicas donde el terapeuta facilitará la creación de situaciones por medio de métodos lúdicos (Gerard, 2012).

La terapia de liberación implica el uso de actividades y técnicas de juego que permiten al niño libere la agresión, el miedo y otros problemas que no hayan podido resolver por sí mismos (Gerard, 2012). La ansiedad es un componente subyacente en los problemas psicológicos de los niños, por esto la liberación catártica ofrece alivio, ya que los motiva a liberar esta ansiedad de cualquier manera (Gerard, 2012).

En el caso de Carlos, se utilizó la Terapia de Juego de Liberación; donde el niño, con la ayuda de títeres externalizó sentimientos agresivos, principalmente el enojo que sentía hacia la pareja de su mamá.

Después de comentar que el novio de su mamá ~~no~~ le caía bien y que no lo quería, porque le caía gordo” se le pidió al niño que sacara de la caja de títeres aquél que representara a Juan. Una vez que lo eligió, se le pidió que le dijera todo lo que no le agradaba de él y dijo *“No me gusta que me digas Quico, ni que te burles de mi”*. Posteriormente el niño comenzó a golpear el títere contra la mesa, de esta manera Carlos logró liberar sentimientos agresivos y expresar qué era lo que le molestaba. A partir de este momento se observaron mejorías en la relación con Juan, además de que logró establecer límites dentro de esta relación.

Otra técnica que se utilizó basada en este modelo, fue el uso de los globos para la expresión de las emociones. Se le pidió a Carlos que pensara en aquello que le hacía sentir la relación de su mamá con Juan. Una vez identificadas estas emociones, debería inflar un globo del color que pudiera representar su tristeza, y su enojo. Al finalizar reventó los globos, de esta manera él logró *“liberarse”* de esos sentimientos de tristeza y enojo.

El papel de los padres en la Terapia de Juego de Liberación, se basa principalmente en las muestras de apoyo, así como una actitud abierta y comprensiva de la situación (Gerard, 2012). Esto fue importante en el proceso terapéutico, se trabajó con la mamá del niño, para que ella fuera comprensiva ante las emociones que experimentaba Carlos, principalmente aquellas relacionadas con la relación con su pareja. De esta manera, ella logró hablar con Juan y establecer límites en la relación, por lo que ésta mejoró, ya que Carlos y él comenzaron a respetarse.

Terapia de Juego Centrada en el Niño.

El concepto básico de este modelo, es que la terapia gira alrededor de los niños, por lo tanto el terapeuta será un facilitador que lo acompañará en una misión de autodescubrimiento (Sweeney y Landreth, 2012).

Los objetivos generales de la terapia de juego centrada en el niño, buscan llevarlo hacia la autorrealización y darle al niño una experiencia de crecimiento positivo. Entre estos objetivos se encuentran: (Landrethcit en Sweeney y Landreth, 2012).

- Desarrollar un autoconcepto más positivo
- Asumir mayor responsabilidad consigo mismo
- Volverse más autodirigido
- Lograr ser más independiente
- Experimentar un sentimiento de control

Los que se mencionaron anteriormente fueron objetivos que se plantearon y alcanzaron a lo largo del proceso terapéutico con Carlos, gracias al trabajo con “MALO” y al adecuado establecimiento de límites en casa. Durante el proceso él logró asumir mayor responsabilidad de sus acciones, así como ser más independiente dentro y fuera de casa, por lo que pudo sentirse capaz de hacer las cosas y de vencer al monstruo, experimentado así sentimientos de control.

Terapia Filial

La terapia filial (TF), se trata de una forma de terapia familiar creada a finales de la década de 1950. Este modelo implica una participación activa de los padres en el proceso, ya que favorece cambios duraderos (VanFleet, 2012). En la terapia filial, el terapeuta hace participar a los padres como agentes principales de cambio de su propia familia, involucrándolos en el proceso; ya que logran comprender el contexto en el que viven ellos y sus hijos (VanFleet, 2012).

La meta de la terapia filial es contribuir al fortalecimiento de la familia, a través del empoderamiento de sus miembros, la formación de un apego sano, el fortalecimiento de las relaciones, así como la solución de problemas individuales y familiares (VanFleet, 2012).

En el caso de Carlos, la participación de la mamá fue muy importante. Desde que se realizó la evaluación se observó que en casa no se establecían límites y reglas de manera adecuada; por lo que fue necesario que se tomara tiempo de algunas sesiones para asesorarla y brindarle información que le permitió establecerlos.

En sesiones posteriores a través de los títeres se les pidió que representaran un problema en específico con la solución que ellos le habían dado y posteriormente buscaran soluciones alternativas, con esto mejoró la comunicación entre ambos, ya que aprendieron a solucionar problemas en casa, así como desarrollar una escucha empática. A lo largo del caso, se le brindó la orientación inmediata sobre el proceso, por lo que la mamá del niño mantuvo una comunicación constante con la terapeuta.

Terapia de Juego Gestalt

Se trata de un modelo teórico interesado en el funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo (Oaklander, 2012).

La meta central de este modelo es ayudar a los niños a descubrir y expresar las emociones bloqueadas, definiendo el *self* y sintiendo mayor independencia, con el fin de ayudar a los niños a desenterrar estas emociones y a aprender maneras adecuadas de expresarlas. De esta manera el niño experimenta una sensación de bienestar y un sentimiento positivo acerca de sí mismo (Oaklander, 2008). Dentro de este modelo, se utilizan técnicas creativas, expresivas y proyectivas, tales como los dibujos, la plastilina, imaginaria, cuentos y títeres (Oaklander, 2012).

A lo largo del proceso con Carlos se utilizaron distintas técnicas, como los dibujos, las historias, los cuentos, el barro, y los títeres. A través de éstas el niño logró identificar,

comprender y expresar adecuadamente sus emociones como: el enojo, el miedo, la angustia y la tristeza.

Una técnica utilizada en el presente caso que parte de este modelo, fue de imaginación, donde se le pidió a Carlos que imaginara que la palabra *DIVORCIO* tomaba una forma, al terminar el niño debía hacer un dibujo de aquello que había imaginado. El resultado fue una *“Pelota” roja, muy enojada, porque sus papás se habían separado*”

Terapia de Juego ecosistémica.

La teoría ecosistémica comparte algunas características con el modelo ecológico, de las cuales dos son las más importantes: La primera es la importancia de los efectos de los sistemas a los que pertenece una persona en su vida y la segunda son los términos empleados para nombrar a dichos agrupamientos conceptuales (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema, y cronosistemas) (O’ Connor, 2012).

Por lo tanto, la terapia de juego ecosistémica reconoce la dependencia de los niños a los muchos sistemas en que están insertados y lo poco que puede influir en ellos (O’Connor, 2012). Este modelo integra diferentes teorías y técnicas con el objetivo de crear un modelo que permita *“abordar al niño dentro de su ecosistema”* (O’ Connor en Boyer, 2010).

De acuerdo con O’Connor (2002, en Boyer, 2010) un buen modelo de terapia de juego es aquél donde el terapeuta utiliza las herramientas necesarias para ayudar al niño a aprender a vivir con su situación actual, considerando su contexto.

Para dar una solución a los problemas, este modelo propone que se debe involucrar a los cuidadores y al niño en la solución activa del mismo con el objetivo de asegurar un cambio

cuantitativo. Para lograrlo se parte de dos estrategias terapéuticas: primero el terapeuta deberá ayudar al niño a identificar y expresar emociones de manera adecuada y el segundo es el establecimiento de límites, que el autor considera que ellos deben experimentar consecuencias negativas por conductas inadecuadas, de lo contrario tendrán poca motivación para cambiar (O'Connor, 2012).

En el trabajo terapéutico con Carlos, se utilizó este modelo para ayudar a la familia a solucionar los problemas, principalmente aquellos relacionados con la falta de reglas en la casa y el establecimiento de los roles familiares. Para lograrlo se invitó a la mamá de Carlos a participar en las sesiones y con el uso de títeres, se plantearon situaciones cotidianas que generaban problemas en casa, así como las emociones que se presentaban, planeando la manera en la que juntos pudieran encontrar la solución más adecuada.

El juego con títeres le brinda al cliente una dirección constructiva para su interacción con otros miembros de la familia y la solución adecuada de los problemas (Boyer, 2010).

Terajuego ®/ Theraplay: Terapia de juego para fortalecer el vínculo.

Este modelo, es una forma estructurada de terapia de juego cuyo objetivo es fortalecer el vínculo entre los cuidadores y el niño, así como la autoestima y la confianza (Munns, 2012), a través de actividades atractivas, lúdicas e interactivas guiadas por el terapeuta (Jenber y Booth en Robison, Lindaman, Clemmons, Doyle- Buckwalter y Ryan, 2009).

El Terajuego® hace hincapié en hacer notar los aspectos positivos del niño y de sus cuidadores (Munns, 2012). Enfatiza la importancia de la orientación a los adultos, ya que son ellos quienes desarrollarán un modelo de crianza asertiva (Baumrindcit en Robison y et al., 2009)

y le brinden herramientas que le permitirán relacionarse con otras personas (Robison y cols. 2009).

La interacción entre los padres y el niño, le brinda al niño experiencias emocionales reparadoras que generan un apego seguro (Jernberg y Boot en Robison et al., 2009).

Las técnicas pertenecientes a este modelo pueden ser clasificadas en cuatro dimensiones: estructura, compromiso, crianza y desafío (Munns, 2012).

- Estructura: En esta dimensión los padres dan instrucciones y establecen reglas claras que contribuyen a que el mundo del niño resulte seguro y predecible. Esta sensación creada inicialmente por los cuidadores ayuda al niño a desarrollar la capacidad de autorregularse en el futuro. Dentro de este modelo la estructura se crea cuando el terapeuta o el padre dirigen las actividades dentro del cuarto de juego.
- Compromiso: Por medio de éste, el niño aprende a conectarse con la persona de manera íntima, creando una sensación de empatía.
- Crianza: Se trata de la dimensión más importante dentro de este modelo; cada niño necesita ser cuidado, recibir afecto y que sus necesidades básicas sean cubiertas de manera satisfactoria. En las sesiones, los niños recibirán cuidados del terapeuta o de sus padres.
- Desafío. En esta dimensión se ayuda al niño a asumir nuevos retos apropiados para su edad y a dominar nuevas habilidades que dan lugar a una mayor confianza. Estas actividades son divertidas y ayudan a liberar la tensión y a que el niño conozca sus fortalezas y debilidades.

En el trabajo con Carlos las técnicas pertenecientes a la dimensión *crianza* jugaron un papel importante dentro de las sesiones en las que participó la mamá del niño, pues al finalizar; en cada una de ellas se le pidió que ella pusiera talco o crema en las manos del niño mientras decía características positivas de su hijo, o cuánto lo amaba, lo orgullosa que estaba de él, etc., se les pidió que repitieran estos ejercicios en casa.

Terapia de Juego Cognitivo Conductual

La adaptación de la terapia cognitiva fue desarrollada para usarse con niños de dos y medio a seis años, e incorpora las terapias conductuales y el juego. La Terapia de Juego Cognitivo-Conductual (TJCC) toma en cuenta el desarrollo normal y patológico de los niños. Éste modelo es de naturaleza breve, de tiempo limitado, estructurado, directivo y psicoeducativo (Knell, 2012).

Las intervenciones que se realizan con niños incluyen el moldeamiento, que se trata de una manera eficaz de aprender, fortalecer o debilitar conductas, a través de la imitación involucrando el afrontamiento, a través de modelos (Bandura en Knell, 2012). En el trabajo con niños se utiliza el moldeamiento para enseñarle al niño habilidades de afrontamiento adaptadas, el modelo puede ser un títere, un peluche o bien pueden utilizarse libros, películas o programas de televisión (Knell, 2012).

Otro método importante es el juego de roles, mediante el cual el niño practica diferentes habilidades y recibe retroalimentación continua del terapeuta.

En el caso de Carlos, el uso de cuentos fue importante para comprender y hablar de distintas situaciones: El cuento *El divorcio de mamá y papá oso* (Maude, 2002) ayudó a trabajar el tema del divorcio de sus padres y las emociones que le generaban. Y por otro lado con el

cuento *Lección de vuelo*, de mi propia autoría, Carlos logró identificar aquellas situaciones que le generaban ansiedad.

Para que Carlos comprendiera y aceptara el divorcio de sus padres, se utilizó el juego de mesa *“Mi familia ha cambiado”*, donde a través de los principios de este modelo de terapia se ayudó al niño a identificar los pensamientos inadecuados y reestructurarlos.

Para lograr una integración teórica se seleccionaron técnicas y estrategias de intervención de los distintos modelos, tomando en cuenta las características sociales y psicológicas del niño, así como sus necesidades y los objetivos de la intervención.

Los modelos teóricos descritos permitieron enriquecer el proceso terapéutico de Carlos, por lo que se obtuvieron resultados positivos que se describirán más adelante.

Capítulo 4

Método

Esquivel (2010) propone el siguiente formato para la presentación de casos clínicos.

1. **Título del caso**
2. **Resumen:** se deberá presentar de forma resumida, el caso clínico con los datos de la evaluación, selección del tratamiento, número de sesiones, resultados obtenidos seguimiento etc. Es necesario hacer explícito que se trata de un estudio de caso.
3. **Identificación del paciente:** en este apartado se deberá indicar la edad, el sexo nivel de estudios, nivel socioeconómico y cultural, procedencia geográfica, así como cualquier aspecto de interés que ayude a entender las características del niño(a). Además se puede incluir un genograma de la familia en el que se mencione con quién vive el menor, ya que el contexto en el que ocurre el problema es relevante para el estudio.
4. **Motivo de consulta:** donde se describe el problema que plantean tanto los padres como el niño, así como lo que el terapeuta percibe. En esta fase se recoge información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita por el paciente a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional. También resulta importante analizar la demanda de los padres o tutores.
5. **Historia del desarrollo:** En este apartado se deberán mencionar los aspectos más importantes del crecimiento del niño que se relacionen con el motivo de consulta.

6. **Análisis y descripción del comportamiento:** definir de forma operativa las conductas problema y las variables relacionadas como: actitudes, variables biológicas, ambientales.
7. **Selección del tratamiento más adecuado:** Especificar y justificar el tipo de tratamiento que se considera más adecuado para el caso en concreto y en función de por qué se ha seleccionado.
8. **Objetivos y metas:** Mencionar cuáles fueron las metas que se alcanzaron al finalizar el tratamiento propuesto en el apartado anterior.
9. **Aplicación de técnicas y resultados obtenidos:** En esta fase se debe especificar el número de sesiones totales y en cada una de las fases del tratamiento indicar las técnicas utilizadas, dependiendo del momento del proceso terapéutico (inicial, intermedio, final) y cuáles fueron los resultados obtenidos en cada uno de los momentos del proceso. Se deberá documentar el proceso en sus diferentes momentos, con justificación de las técnicas y la teoría que sustenta la intervención.
10. **Evaluación de la eficacia del tratamiento:** Indicar cómo se evaluó la eficiencia del tratamiento y cuáles fueron los resultados obtenidos a largo plazo.
11. **Seguimiento:** Especificar si se ha realizado y en qué periodos.
12. **Referencias.**

Capítulo 5

Caso Clínico: “MALO”

Resumen

Carlos de 10 años presentaba enuresis nocturna resultado de la ansiedad que le generaba su ambiente y su dinámica familiar. En total se trabajó con él 33 sesiones de 50 minutos cada una, con un modelo de Terapia de juego integrativa obteniendo resultados positivos entre los que se encuentran: disminución de la frecuencia con la que se presentaba la enuresis, disminución de la ansiedad, identificación y expresión de sus emociones, así mismo el niño comprendió y aceptó el divorcio de sus padres. Sin embargo debido a que la madre perdió su empleo, el niño dejó de asistir por lo que no existió un cierre formal del proceso terapéutico.

Identificación del paciente

- Nombre: Carlos
- Sexo: Masculino
- Edad: 10 años 3 meses
- Escolaridad: 4to – 5to primaria
- Nacionalidad: Mexicana

Carlos es un niño de estatura media, delgado, tez blanca, de cabello negro. El menor aparentaba menos edad según su edad cronológica (1 año aproximadamente). Durante las sesiones de evaluación y las de tratamiento asistió puntual a la institución, él menor se presentaba en buenas condiciones de aliño e higiene, así como ubicado en tiempo, y lugar. Generalmente, vestía el pants o el pantalón del uniforme escolar, una playera y una gorra. Asistió siempre

acompañado por su madre. Durante todo el proceso, participó en lo que se le solicitaba y pareció sentirse en confianza dentro del espacio terapéutico.

Él disfrutaba de dibujar, leer y hacer uso de su imaginación. Antes de asistir a la institución a consulta, el niño y su madre tuvieron sesiones de terapia familiar siete años atrás cuando ocurrió la separación de sus padres. Al inicio del tratamiento la mamá del niño asistía a un proceso terapéutico de manera individual, por lo que Carlos se encontraba familiarizado con el proceso de psicoterapia.

Familiograma

Durante el proceso terapéutico la dinámica familiar cambió y por lo tanto el familiograma. Al iniciar el proceso éste era el familiograma de Carlos:

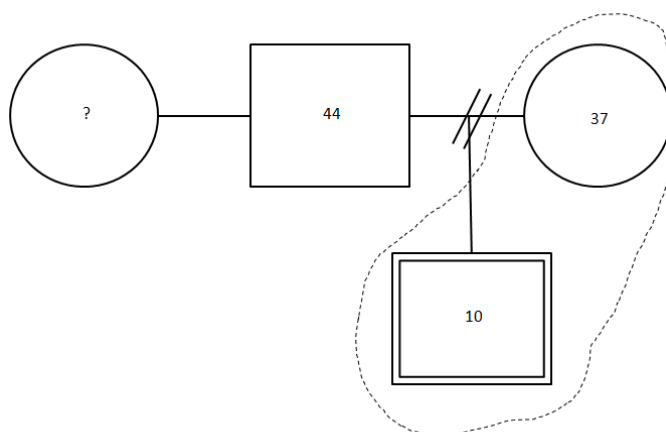


Fig. 1. Familiograma inicial

Los papás del niño se encontraban en un proceso de divorcio, Carlos vivía con su mamá, pero ambos pasan mucho tiempo con su abuela materna, pues la visitaban continuamente y en ocasiones se quedaban a dormir en su casa.

Posteriormente la abuela del niño enfermó y se mudaron con ella. En ese momento compartían la casa con sus tíos y sus primos. De modo que su familiograma se modificó, quedando de la siguiente manera:

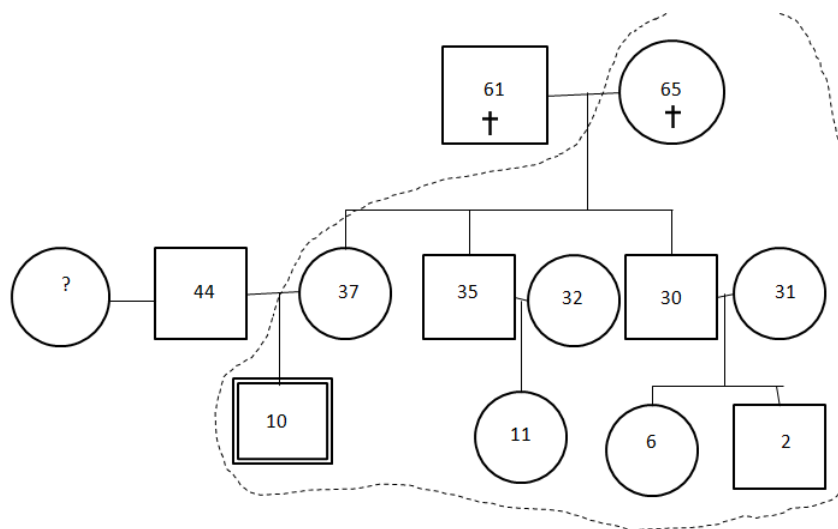


Fig. 2 Familiograma final

Dinámica familiar

Por las mañanas Carlos se preparaba para ir a la escuela con la ayuda de su mamá, quien lo llevaba al colegio y después se iba a trabajar como profesora en una escuela primaria. Por las tardes, la señora recogía al niño e iban a comer a su casa o a la de su abuela, hacían la tarea y algunas labores domésticas. Los fines de semana salían al parque, al cine, o a visitar a su familia. Cabe mencionar que cuando Carlos y su mamá estaban en casa, ellos compartían la cama a pesar de que él tenía la propia.

Tanto Carlos como su mamá reportaron que él “casi no veía a su papá” ya que el niño le llamaba por teléfono y el señor no le respondía la llamada, en otras ocasiones le prometía al niño que saldría con él y cuando llegaba el día llamaba por teléfono un par de horas antes para

cancelar, lo cual entristecía al niño. Al inicio del proceso Carlos había decidido dejar de llamarle a su papá o ignorar los mensajes de texto.

En general la comunicación entre el niño y su madre era buena; sin embargo ella tenía dificultades para establecer límites y reglas adecuados en casa. Carlos estaba sobreprotegido.

Durante el tiempo que duró la intervención terapéutica, la mamá del niño mantuvo una relación de noviazgo con Juan de 37 años de edad, quien era divorciado y tenía dos hijas gemelas, un año menores que Carlos. La mamá del niño, le ocultó esta relación, ya que temía que él se molestará, comentando que ~~no~~ quería complicar más las cosas”. Después del deceso de su mamá (la abuela de Carlos) y debido al apoyo que la señora recibió de Juan durante este tiempo, ella decidió platicarle al niño sobre esta relación.

Motivo de Consulta

La mamá de Carlos es quien solicitó la atención psicológica, debido a que el *“moja la cama por las noches desde hace tres meses”*. El inicio de la enuresis coincidió con la asistencia del niño al juzgado, debido al proceso legal en el que se encontraban: divorcio y pensión alimenticia.

Así mismo la mamá reportó que el niño era inseguro, se preocupaba en exceso por diferentes razones, principalmente cuando su ella salía de casa. También comentó que a Carlos se le dificultaba expresar sus emociones.

Por otro lado, Carlos comentaba que la razón por la cual él asistía a la institución era para que se le ayudara, ya que se hacía pipí por las noches.

Historia de Desarrollo

Carlos no fue un niño planeado, la madre comentó que ella y su pareja no estaban casados y ~~no~~ se encontraban preparados para tener un bebé”, ella ~~tenía~~ un plan de vida distinto”.

Tanto el embarazo, como el nacimiento transcurrieron sin ninguna dificultad. La mamá comentó que cuando su hijo nació ella se ~~enamorado~~” de él. Después del parto presentó depresión debido a que la llegada de un hijo ~~no~~ era lo que ella esperaba”, así como al cambio de actitud de su pareja, ya que él comenzó a ignorarla y rechazarla; debido a esto ella acudió a terapia psicológica durante un año y medio.

En general Carlos no presentó ninguna dificultad respecto a su desarrollo físico; sin embargo, desde muy pequeño se enfermó constantemente de las vías respiratorias por lo que regularmente se encontraba bajo tratamiento médico y por lo tanto bajo los constantes cuidados de su mamá. Cabe mencionar que en ocasiones estos síntomas eran reales, pero en otras ocasiones, Carlos presentaba algunas quejas somáticas, así como dificultades para tomar el medicamento o seguir el tratamiento médico, ya que se mostraba renuente a hacerlo, lo que generaba discusiones familiares.

Los papás se separaron cuando Carlos tenía tres años de edad. Al inicio el papá del niño fue quien pidió cuidar de él, su mamá lo veía cada fin de semana esta dinámica duro un mes; posteriormente el papá comentó que él no podía hacerse responsable del niño y lo dejó a cargo de su mamá. A partir de este momento ella cuidó de Carlos quién continuó viendo a su papá; sin embargo este último dejó de aportar el dinero necesario para su manutención, por lo que durante un tiempo ella no permitió que se vieran. Aunado a esto el papá del niño se casó lo que los distanció más. Después de un año de no ver a su papá, la mamá del menor decidió acudir a

instancias legales para acordar la pensión alimenticia del niño y la custodia del menor. Comenzaron un proceso legal donde el juez pidió que Carlos se presentara al juzgado.

Durante el tiempo que duró el proceso terapéutico, los padres del niño intentaron llegar a un acuerdo legal, sin conseguirlo; por lo que la relación entre ambos era negativa. A pesar de haber firmado ya un acuerdo, el padre no depositaba el dinero de la pensión alimenticia, situación que hacía enfadar a la madre y en ocasiones la llevaba a hacer comentarios negativos del padre frente al niño. Sobre esta situación Carlos tenía conocimiento, por lo que la relación padre-hijo se afectaba aun más.

En cuanto al ambiente escolar, la mamá reportaba que el niño no presentaba dificultades, era un buen estudiante, incluso obtenía lugares en el cuadro de honor de la escuela a la que asistía; él comentó que el año escolar que iniciaba iba a “echarle más ganas” para poder obtener el primer lugar de su salón. Sin embargo al inicio del tratamiento la mamá notó que Carlos estaba distraído y se negaba a hacer la tarea.

Evaluación

Para la evaluación se utilizaron las siguientes pruebas:

- Historia Clínica Psicológica
- Test Gestáltico Visomotor: Bender
- Técnicas proyectivas
 - Dibujo de la Figura Humana
 - Dibujo Imaginario de la Familia
 - Dibujo de la familia
- Test Frases incompletas : Sacks

- Juego Semi- estructurado
- Lista de Verificación Social y Conductual.
- Entrevista

El objetivo del uso de estas pruebas, fue conocer a fondo el área emocional del niño, la percepción que Carlos tenía sobre su familia y lo que ocurría alrededor de esta. No se aplicaron pruebas psicológicas pertenecientes al área intelectual debido a que en la entrevista psicológica, la historia clínica o en alguna de las pruebas mencionadas anteriormente el niño no mostró dificultades o signos que refirieran un problema dentro de esta área.

Resultados de la Evaluación

Carlos asistió puntual a las sesiones de evaluación acompañado de su mamá, el menor se encontraba en buenas condiciones de aliño y ubicado en tiempo y lugar. Durante el proceso el menor fue cooperativo, mostró confianza y realizó las actividades que le fueron solicitadas.

De acuerdo con las pruebas mencionadas anteriormente se obtuvieron los siguientes resultados.

Área Perceptomotora

Dentro de esta área, el niño fue capaz de realizar la copia de figuras simples sin ninguna dificultad, lo que indica que posee un adecuado desarrollo visomotriz. A pesar de lo anterior, los dibujos que Carlos realizaba eran sencillos, la mayoría de ellos se caracterizaba por estar hechos con trazos sencillos y figuras básicas, carecer de volumen o profundidad. Por lo tanto sus dibujos mostraban un nivel de desarrollo por debajo de lo esperado para su edad.

Área Emocional

Se observó que Carlos poseía un adecuado autoconcepto, sin embargo presentaba algunas dificultades para expresar sus emociones, por lo tanto el niño podría llegar a expresarlas a través de su cuerpo. La mayoría de las veces él podría mostrarse preocupado por diferentes situaciones que lo llevaban a experimentar signos de ansiedad, lo que explicaba la presencia de la enuresis nocturna.

En cuanto a las relaciones interpersonales, Carlos inicialmente era un niño tímido y presentaba algunas dificultades para relacionarse adecuadamente con sus otras personas.

Dentro del área familiar, se encontró que él parecía haber comprendido los motivos de la separación de sus padres, sin embargo no aceptaba la situación, así mismo las visitas al juzgado generaban en él ansiedad y confusión respecto al tema. Lo que aunado a las dificultades que presentaba para expresar sus emociones, afectaban la manera en la que se relacionaba con sus padres y con las personas que lo rodeaban. Él percibía que el medio que lo rodeaba, no le brindaba la estabilidad adecuada para su desarrollo.

Carlos contaba con el apoyo de su mamá y con los recursos necesarios tales como la creatividad y la inteligencia necesarias para solucionar algunos de los problemas que se pudieran presentar.

Análisis y descripción del comportamiento

Al inicio del proceso, Carlos mostró curiosidad y entusiasmo por las actividades que se realizarían en las sesiones siguientes. Durante todo el proceso él tuvo una actitud positiva hacia el tratamiento, mostrándose atento a las cosas que se trabajaban en terapia. Carlos era un niño

cooperativo, capaz de hablar de las cosas que le sucedían día a día, regularmente su tono de voz era adecuado. Es importante señalar que él obedecía las reglas de la institución y del cuarto de juego con facilidad.

A partir de la información obtenida en la evaluación psicológica y la entrevista con su mamá, se encontró que el niño poseía un adecuado auto concepto pero tenía dificultades para expresar de manera adecuada sus emociones, experimentaba preocupaciones excesivas relacionadas principalmente con el divorcio de sus padres, las salidas de su mamá con sus amigos; indicando la presencia de ansiedad y explicando la presencia de enuresis nocturna.

Así mismo se observó que Carlos tenía dificultades para relacionarse con otras personas, principalmente de su edad. En la escuela le hablaba a sus compañeros, sin embargo no tenía una relación significativa con alguno de ellos.

Por otro lado, en casa no se habían establecido los límites y las normas de manera adecuada, ya que su mamá llevaba a cabo todo lo que el niño deseaba, atendía a sus peticiones y necesidades: Un ejemplo de ello era que a pesar de tener 10 años no se servía agua por él mismo, o no preparaba cereal para desayunar cuando tenía hambre, e incluso dormía en la misma cama con su mamá ya que ambos comentaban ~~no~~ "querer dormir solos".

Por lo tanto Carlos obtenía las cosas que él quería en el momento que lo deseaba, así como toda la atención por parte de su mamá. Debido a esto aparentaba un desarrollo psicológico y emocional menor a lo esperado para su edad.

La ansiedad, se traduce ante todo, en un malestar que afecta a la vez al cuerpo y al espíritu del niño. Por lo que resulta importante distinguir las formas de expresión de ésta, a continuación se describen las manifestaciones que se observaron en Carlos: (Solloa, 2010)

- Manifestaciones conductuales

Ansiedad y cólera: Se ha observado que la separación u otras manifestaciones de rechazo pueden provocar en los niños ansiedad y cólera. El enojo del niño estaba acompañado por periodos de culpa y búsqueda de aceptación del adulto.

- Manifestaciones somáticas

Enuresis: En cierto número de casos los trastornos esfinterianos aparecen en un contexto de ansiedad crónica, asociados a síntomas de angustia de separación, fobias y trastornos del sueño.

Síntomas hipocondriacos: Algunos niños manifiestan su ansiedad mediante quejas hipocondriacas, expresan temores sobre su cuerpo, sobre su integridad física y funcionamiento corporal.

- Manifestaciones psicosociales:

Algunas de estas manifestaciones que se observaron en Carlos fueron:

Inhibición: Timidez hacia ciertas personas o situaciones.

Dependencia ansiosa: Se trata de una dependencia patológica que se instala sobre el fondo de un desamparo vivido en el curso de separaciones reales, amenazas de separación o de abandono por parte de los padres y que corresponde al cuadro de "apego ansioso" descrito por Bowlby.

Selección del tratamiento más adecuado

Se consideró que la mejor opción para trabajar con Carlos era la Psicoterapia de Juego Integrativa. La integración teórica toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos que se combinan con la expectativa de que el resultado será mayor que la suma de dos terapias separadas. Se enfatiza la integración de las teóricas subyacentes junto con la integración de las técnicas terapéuticas. Por lo tanto el modelo integrativo permitiría contar con más recursos psicoterapéuticos para alcanzar los objetivos y obtener mejores resultados (Esquivel, 2010).

Objetivos y Metas

El objetivo principal del proceso terapéutico fue buscar el bienestar emocional del niño, a través de la selección del tratamiento adecuado.

Las metas fueron:

- Eliminar la enuresis nocturna
- Identificación, expresión y manejo de sus emociones
- Disminución de la ansiedad
- Aprendizaje de comunicación asertiva.
- Establecimiento asertivo de límites y reglas en el hogar

Aplicación de técnicas y resultados obtenidos

FASE INICIAL: Esta fase abarcó de la sesión 1 a la 8 en las cuáles se abordó el motivo de consulta. A lo largo de estas sesiones prevaleció el uso de técnicas de la terapia de juego narrativa.

Sesión inicial

Durante esta sesión, para establecer el encuadre con el niño, se trabajó con el libro: *Mi primer libro de terapia* (Nemiroff y Annuziata, 2010) con el fin de explicar a Carlos qué tipo de trabajo se realizaría a lo largo de las sesiones, así como establecer las reglas del cuarto de juego.

En esta sesión, Carlos realizó el dibujo de lo que él percibía como su problema, y cuál era su expectativa al finalizar el proceso.

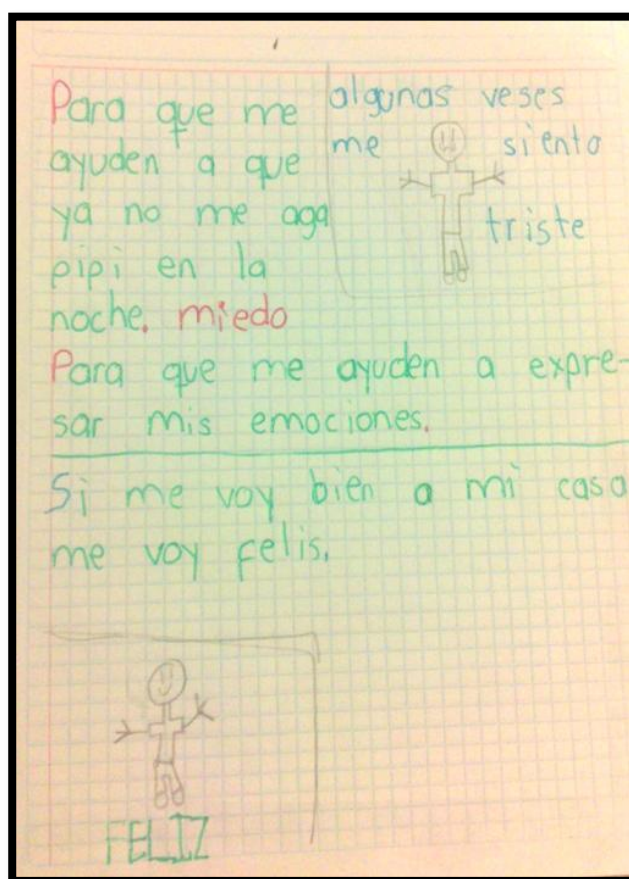


Fig. 3. ¿Tú por qué piensas que tú y yo estamos trabajando juntos?

¿Cómo te imaginas al finalizar este proceso?

Con la mamá de Carlos se platicó sobre la necesidad de establecer límites y reglas en casa, así como sus beneficios. Esta sesión fue importante para ella, ya que comprendió que al sobreproteger y acceder a todas las peticiones del niño, daba pie a que se presentaran problemas de conducta, así como en el desarrollo social y emocional del niño, ya que él no realizaba actividades ni tenía responsabilidades propias de su edad. En este momento Carlos dependía completamente de ella. La señora aceptó que dormir con el niño le permitía sentirse segura, por lo que trabajaría este aspecto en terapia individual.

Sesiones 2 a 8

El problema de la enuresis nocturna que Carlos presentaba generaba en él tristeza, vergüenza, inseguridad y culpa. Él se sentía incapaz de dejar de “hacerse pipí en la cama”. Debido a esto se decidió emplear técnicas de la terapia de juego narrativa. Durante estas sesiones se le pidió a Carlos que imaginara que su problema tomaba una forma, de este ejercicio de imagería nació: “MALO”



Fig. 4 “MALO” Representa el problema de Carlos: Enuresis Nocturna

Una vez que Carlos creó a ~~MALO~~ se le invitó a ser parte de “*La liga de domadores de monstruos*” se le explicó que MALO no sólo ~~lo~~ atacaba a él” sino que a otros niños también, por lo tanto era importante su participación para que él pudiera ayudar a otros niños a ~~des~~hacerse” de MALO. Carlos aceptó y escribió la historia de ~~MALO~~”.

La historia de ~~MALO~~”

Este monstruo se llama “MALO”, porque yo siento que él me hace que me haga pipí en la noche.

MALO, viene de una ciudad llamada “Mounstridad” Tiene una amiga, esa amiga se llama: “Mala”, yo siento que ella asusta a la gente y MALO siento que hace que los niños se hagan pipí.

No tiene familia, yo siento que no conoció a sus padres, siento que lo abandonaron porque en la ciudad donde él vive va a estar mejor. Antes vivía en un planeta muy extraño. Ese planeta, donde estaba MALO, se fue a un hoyo oscuro y por eso se lo llevaron.

MALO, ataca por la espalda, porque algunas veces estoy soñando y quiero ir al baño y mis sueños no me dejan despertar o tengo miedo a salir.

¿Cómo ataca?

- *MALO, no me deja parar al baño.*
- *Hace que me de miedo ir de mi cama al baño.*
- *Hace que se me olvide ir al baño en la noche.*
- *Hace que tome leche en la noche.*
- *Hace que me sienta nervioso*

Con eso MALO, logra su objetivo: hacer que yo me haga pipí.

¿Qué cosas hacen que MALO se enoje?

- *Se enoja, cuando yo no me hago pipí, y desaparece.*
- *Cuando no logra que me dé miedo ir de mi cama al baño*
- *Se enoja MALO, cuando no se me olvida ir al baño*
- *Se enoja cuando tomo mi leche más temprano, y me da tiempo de ir al baño antes de irme a acostar.*

MALO necesita aprender a que ya no debe atacar a los niños por las noches para hacerse pipí. Le tenemos que enseñar a ser bueno.

Cuando MALO, deje de asustar a los niños, va a ser grande y bueno. MALO ataca a los niños grandes para que los niños se hagan pipí.

Cuando Carlos escribió la Historia de “MALO”, se dio cuenta de las cosas que tenía que hacer para “derrotarlo”. Por lo que decidió llevar a cabo lo necesario para no “darle ventaja” a MALO. A lo largo de estas sesiones disminuyó la angustia que le generaba orinarse por las noches.

En estas sesiones se trabajó: el miedo a pararse al baño por las noches, Carlos sugirió que su mamá lo acompañara al baño cuando él se lo pidiera, así como técnicas de relajación que el niño debía practicar todas las noches antes de dormir.

Cabe mencionar que en este periodo, la escuela a la cual asistía Carlos organizó un campamento y él tenía muchas ganas de ir, pero se encontraba preocupado ya que creía que “MALO” podría aparecerse la noche del campamento; sin embargo no ocurrió. Esto empoderó al niño, aumentó su seguridad y se sintió capaz de derrotar a “MALO”. En la séptima sesión, la mamá del niño comentó que lo veía más feliz y menos pensativo durante el día.

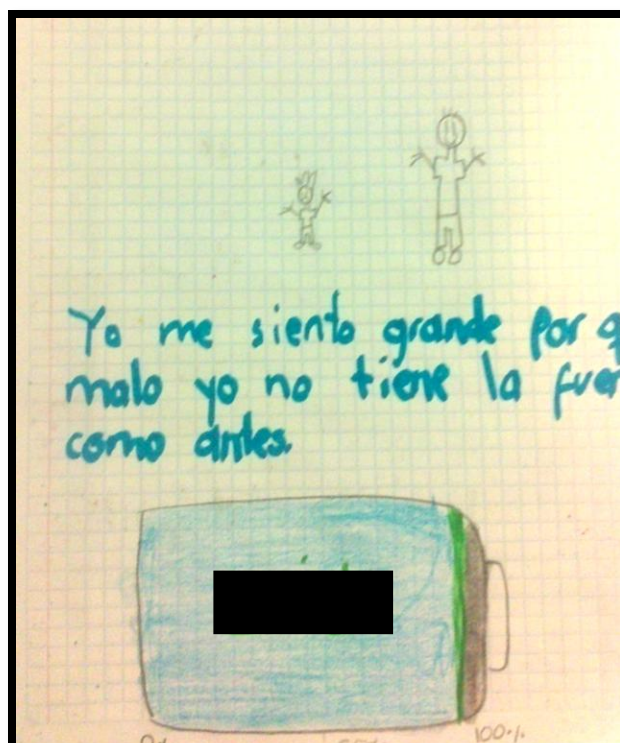


Fig. 5 “Yo me siento grande, porque MALO ya no tiene la fuerza como antes” El lado azul de la pila representa la fuerza de Carlos, mientras que el lado negro la fuerza de MALO. El muñeco pequeño representa a MALO, mientras que el más grande representa a Carlos

A la par de las sesiones impartidas, Carlos ingresó al taller de Habilidades Sociales que se llevo a cabo en la institución. Aunque a éste no asistió de manera constante como lo hacía durante las sesiones individuales, logró vencer la timidez inicial, y mejorar sus habilidades sociales, se observó una mejoría en las relaciones que establecía principalmente con otros niños.

FASE INTERMEDIA: En esta fase se abordó principalmente la identificación y expresión de las emociones: enojo, ansiedad, miedo, y tristeza. La asistencia de Carlos fue irregular debido a la enfermedad y muerte de su abuela.

Sesiones 9 a 12

En estas sesiones se trabajó con el libro: *¿Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado? Un libro para niños con ansiedad* (Huebner, 2008). Basado en la terapia de juego cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad. En este, el niño debe realizar diferentes actividades lúdicas y artísticas para facilitar la expresión de aquellas situaciones que le preocupan. Así mismo propone algunas estrategias para evitar que el niño se preocupe y se mantenga relajado.

En la décima sesión, se hizo una pausa en el trabajo del libro, ya que la abuela materna del niño fue diagnosticada con cáncer de mama; por lo cual la mamá de Carlos estaba dedicando más tiempo al cuidado y vistas médicas de la abuela y menos tiempo a Carlos. Como consecuencia el niño estaba enojado y se comportaba de manera agresiva con ella.

Fue necesario platicar con la mamá sobre la importancia de hablar con la verdad a Carlos y de explicarle cuál era la razón por la que ella debía estar cuidando a su abuela ya que la señora no quería decirle al niño lo que sucedía en casa.

En esta sesión se trabajó la expresión del enojo: A Carlos se le preguntó si conocía al puercoespín. Su respuesta fue afirmativa, y se le comentó lo siguiente: *“Las espinas del puercoespín son como nuestro enojo, ellos con sus espinas se defienden y nosotros con nuestro enojo nos podemos dar cuenta de que algo no nos gusta. Pero ¿Qué pasaría si tú tocaras a un puercoespín? ¿Te lastimarías no? Bueno cuando nosotros nos enojamos sacamos las espinas para defendernos de aquello que no nos gusta, pero si las personas que están cerca de nosotros se nos acercan las lastimamos porque nuestras espinas están afuera ¿Qué podemos hacer para no lastimar a las personas?”*

De esta manera Carlos comprendió que sentirse enojado no era malo, pero que era importante expresar de manera adecuada esta emoción. Se le pidió que buscara soluciones a aquellas cosas que lo hacían enojar y por lo tanto *“sacar las espinas”*.

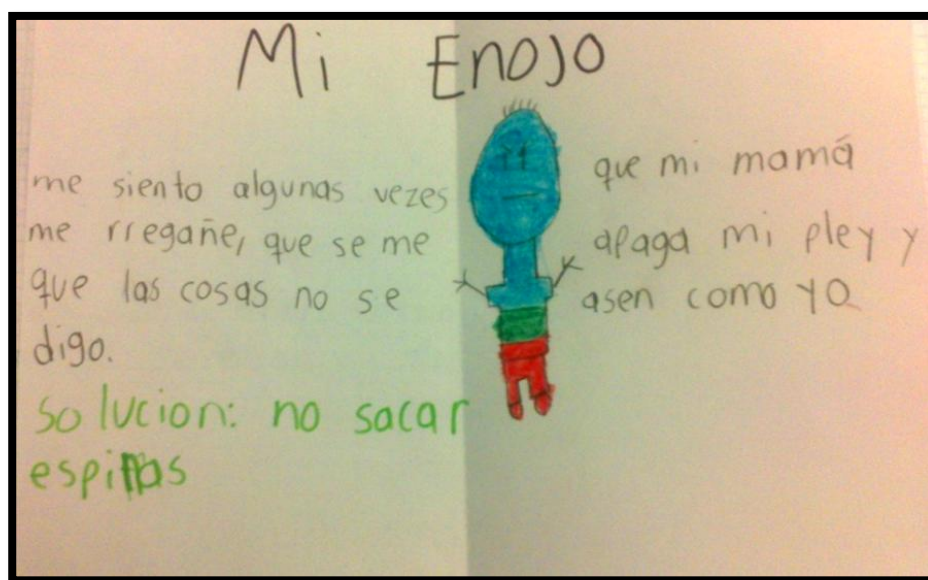


Fig. 6 Representación del enojo de Carlos. El color azul representa el enojo que siente cuando su mamá lo regaña, el verde cuando se apaga su playstation, mientras que el rojo representa su enojo cuando las cosas no se hacen como él dice

Se pidió el apoyo de su mamá, para modelar la expresión del enojo de Carlos durante la semana.

En la onceava sesión se trabajó principalmente con la mamá de Carlos, debido a la enfermedad de su madre, comentó que la situación la “sobrepasaba”, e incluso estaba afectando al niño pues consideraba que se enojaba con mayor facilidad y decía no sentirse apoyada por sus hermanos. La sesión se enfocó en brindar contención a la mamá del niño. Durante la semana ella habló con el niño sobre la importancia de apoyar a su abuela, además comentó que el niño a pesar de haberse enojado en algunas ocasiones había logrado “no sacar las espigas”.

Sesión 12 y 13

Estas sesiones fueron importantes para el proceso de Carlos ya que se abordó el tema de la relación con su papá. Con la ayuda de títeres el niño logró expresar aquellas cosas que no le gustaban de su papá y de la relación entre ambos. Al finalizar con la ayuda de un títere que representó a su papá, Carlos logró perdonar a su papá, principalmente en aquellas ocasiones donde le había prometido que lo vería y no lo había cumplido.



Fig. 7 Títere que representó al papá de Carlos.

Sesión 14

En esta semana se presentó un retroceso significativo en el proceso terapéutico, ya que la mamá de Carlos comentó que el menor había presentado enuresis a lo largo de la semana. En el calendario que Carlos llevaba como registro se observó que el síntoma aparecía el día viernes o sábado, regularmente en estos días su mamá salía con sus amigos o su pareja por las noches.

Debido a esto se le contó a Carlos un cuento de mi autoría para que él lograra identificar las situaciones que le preocupaban.

Lección de vuelo es un cuento infantil que relata la historia de Rocky un pájaro muy valiente, pero una noche de tormenta comienza a sentir miedo, y Búho le da una “Lección de vuelo” (Ver anexos)

Al finalizar el relato del cuento se le pidió a Carlos que en unos papeles escribiera cuáles eran las cosas que le preocupaban y que “no le permitían volar”. El niño escribió lo siguiente

- “*Que mi papá no deposite el dinero*”
- “*La enfermedad de mi abuela*”
- “*Que me haga pipi en la noche*”

Después de que Carlos las escribió se le propuso destruirlas para que esas preocupaciones no le “pesaran” y “pudiera volar”. Carlos aceptó y propuso quemarlas.

Sesión 15

Al retomar el tema de “MALO” el niño respondió que le daba miedo pararse por las noches: “*Tengo miedo de que Chucky se aparezca cuando me paro al baño*” Durante esta sesión se trabajó con barro, se le pidió que hiciera en barro la figura de Chucky, al terminar se le

pregunto ¿Quién hizo esta figura? ¿Crees que puedes tu mismo puedas transformarla en otra cosa? ¿Algo que te guste? A lo que contesto afirmativamente y se le invitó a realizar con el mismo barro otra cosa. Carlos decidió hacer un muñeco de *Bob Esponja*, al finalizar el ejercicio se le comentó al niño que nuestra imaginación es poderosa y que con ella él podía crear personajes que lo atemorizaran como Chucky pero que también podía crear cosas tan agradables como el muñeco de *Bob Esponja* que había hecho.



Fig. 8 Muñeco de Barro de Bob Esponja

En este punto hubo una interrupción del proceso terapéutico debido al periodo vacacional y a problemas económicos de la madre derivados de la enfermedad de la abuela, Carlos dejo de asistir a la institución durante cinco semanas consecutivas.

Sesión 16

La mamá del menor comentó que durante las vacaciones ella y el niño habían estado en su casa y no en casa de su abuela materna como acostumbraban. Durante el mes que estuvieron ahí el niño había mojado la cama sólo en dos ocasiones. Sin embargo al regresar a la escuela y a casa

de la abuela, las ocasiones en las que Carlos había mojado la cama fue más frecuente (3 veces a la semana aproximadamente). Así mismo comentó sentirse preocupada por la situación.

En esta sesión se realizaron actividades de juego libre que permitieron retomar la relación terapeuta – paciente.

Sesión 17

Con anterioridad se le pidió a la mamá del niño que observara el patrón de sueño que Carlos presentaba por las noches, con el objetivo encontrar si es que había un horario en el que fuera común que el niño se orinara. Ella comentó que a las 3:00 am (aproximadamente) antes de que el niño mojara su ropa comenzaba a moverse como –si estuviera aguantándose del baño”, así que se tomó la decisión de programar el despertador a esa hora con el fin de que ella acompañara al niño al baño.

En esta sesión la madre reportó que esta técnica había funcionado y que sólo en dos ocasiones en un lapso de 15 días Carlos había despertado mojado, también reportó que los primeros días el niño le pedía que lo acompañara al baño, pero con el paso del tiempo ella sólo debía despertarlo y él iba sólo y regresaba a su cama. La tarea asignada en esta sesión fue que Carlos se despertara sin la ayuda de su madre cuando escuchara la alarma.

Esta misma sesión, la señora comentó que el papá del niño estaba interesado en una cita con la terapeuta, para conocer sobre el proceso de Carlos. Sin embargo esto no lo sabía el niño, por lo cual fue necesario comentarlo con él así como pedirle su autorización. Ambos madre e hijo aceptaron; sin embargo el niño pidió que no se hablara con él sobre –MALO”.

Al finalizar esta sesión Carlos comentó que la enfermedad de su abuela aún mantenía con vida a ~~MALO~~”.

Sesión18

En esta sesión se trabajó con Carlos y su mamá, él decidió jugar con los títeres. La historia se desarrolló en su casa, Carlos jugaba con su *playstation*, hasta que su mamá le pidió que le ayudara a preparar la cena; durante la cena ambos se sentaron a platicar sobre las cosas más relevantes de su día y al finalizar, la mamá se enojó ya que Carlos no había hecho la tarea y era tarde. Cuando finalizó el juego y se le preguntó a cada uno de los personajes cómo se habían sentido, a lo que ambos respondieron que estaban enojados: Carlos no quería hacer la tarea, quería seguir jugando sin importar que tuviera que dormirse tarde; y por otro lado su madre se sentía así porque el niño no ayudaba en las labores del hogar, pero tampoco se responsabilizaba de su tarea.

Como conclusión de esta sesión, ambos coincidieron que debían cambiar algunas cosas en casa para evitar problemas y discusiones. Carlos debía responsabilizarse de su tarea y establecer horarios apropiados para jugar con su consola, mientras que su madre debía evitar sentirse preocupada por actividades que le correspondían a Carlos como alimentar a la mascota de la familia.

Sesión 19

Esta sesión estuvo dedicada a la mamá de Carlos, ya que comentó que el padre no había depositado el dinero de la pensión alimenticia y debido a la enfermedad de su mamá su situación económica era difícil. Ella se sentía enojada y triste como consecuencia le gritaba y en ocasiones prefería ignorar al niño. Fue necesario brindarle contención.

Después de esta sesión Carlos y su mamá dejaron de asistir a la institución, aproximadamente durante dos meses y medio, debido a que la abuela necesitaba más cuidados y sus visitas al hospital eran más frecuentes. Al finalizar este periodo de tiempo ella falleció y Carlos y su mamá retomaron el proceso.

Sesión 20

Debido al tiempo que transcurrió desde la última visita de Carlos a la institución, esta sesión tuvo el objetivo de platicar con él y con su mamá para conocer su situación familiar, emocional y económica y de esta manera retomar el proceso terapéutico.

Sesión 21 a 23 —Delo”

Al inicio de la primer sesión, la mamá del niño comentó que desde la muerte de su abuela, Carlos había dejado de ~~hacerse pipí~~ con la frecuencia con la que ocurría (en este punto del proceso, el niño mojaba la cama una vez por semana o incluso no ocurría); sin embargo en ocasiones lo veía triste y constantemente hablaba del temor a ~~quedarse solo~~. También comentó que su pareja había estado conviviendo frecuentemente con el niño pero Carlos era ~~muy grosero~~ con él, evitaba que ella le llamara por teléfono o que saliera con otras personas, además de ~~controlar~~ la ropa que ella usaba. Debido a estas reacciones, ella decidió decirle a Carlos que sólo se trataba de un amigo. Fue necesario explicarle la importancia de hablar con la verdad a Carlos, de lo contrario esta situación generaría desconfianza y aumentaría la ansiedad del niño.

A lo largo de estas sesiones Carlos prefirió hablar sobre la muerte de su abuela, el velorio y el viaje a la ciudad donde fue enterrada. A través de un dibujo que el niño realizó de su abuela, el niño logró identificar que se sentía triste, solo y que además tenía miedo de ~~quedarse solo~~. En este punto del proceso fue muy importante orientar a Carlos sobre la enfermedad que tenía su

abuela y el proceso natural de la muerte. Para trabajar el temor por “quedarse sólo” se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva. Al finalizar estas sesiones él decidió hacerle una carta a su abuela que dejaría en su tumba.

FASE FINAL: En la última fase del tratamiento se abordó el tema de la separación y divorcio de sus padres, así como la relación que Carlos tenía con su papá. Los avances en este periodo de tiempo fueron importantes, ya que el niño hablaba muy poco sobre el tema. Finalmente debido a problemas económicos y laborales de la mamá, él dejó de asistir a la institución, por lo que no existió un cierre formal del proceso terapéutico.

Sesión 24 a 27

Durante estas sesiones Carlos presentó avances significativos ya que por un periodo de dos semanas consecutivas no presentó enuresis y comenzó a expresar sus emociones principalmente cuando hablaba con su papá. Sin embargo en la relación con su mamá se presentaron algunas dificultades debido a que el niño no aceptaba a su pareja. Comentó que estaba triste y enojado, ya que su mamá “dejaría de quererlo” y él “se quedaría solo”.

El trabajo durante estas sesiones tuvo como objetivo que Carlos lograra expresar aquello que pensaba y sentía sobre esta situación, para que él pudiera comprender que su mamá no dejaría de amarlo.

Primero, se trabajó con globos, dándole la siguiente instrucción: *“Carlos cierra tus ojos, no los abras hasta que yo te lo pida, no se vale hacer trampa. Ahora quiero que respires por tu nariz y saques el aire por tu boca, me gustaría que te pensaras en la situación que estás viviendo en este momento, quiero que pienses en la relación de tu mamá con Juan, y en cómo te hace sentir, cuando estés listo respira profundo de nuevo y abre tus ojos”*

Cuando él abrió los ojos, se le preguntó cómo se sentía a lo que respondió –enojado y triste”, por lo que se le dio la siguiente indicación: *“Bien, enfrente de ti hay una bolsa con globos de colores, escoge un color que represente tu tristeza y otro color que represente tu enojo. Ahora que ya los tienes quiero que cada vez que inflas el globo lo llenes con tu tristeza, o bien con tu enojo. Puedes usar todos los globos que necesites”*

Carlos comenzó a inflar los globos, asignó el color amarillo a su tristeza y el color naranja para su enojo. Cuando él consideró que había terminado y que ya no quedaba nada de esos sentimientos en él, se le invitó a reflexionar sobre cuánto enojo y cuánta tristeza llevaba consigo y lo importante que es expresar nuestras emociones, y no guardarlas. Después él sugirió deshacerse de ellos y reventarlos.



Fig. 9 Los globos amarillos representan la tristeza, mientras que los globos naranja representan el enojo que le provoca que su mamá tuviera novio. En total Carlos infló 17 globos.

La siguiente sesión se le pidió que buscara en la caja de títeres, aquél que representará a Juan, el novio de su mamá. Una vez que encontró el indicado se le pidió que lo observara y –le

dijera” aquellas cosas que no podía o no quería decirle. Carlos habló con el títere, comentándole lo siguiente: “No me caes bien, me caes gordo”, “No me gusta que me molestes”, “No me gusta que me digas Quico, cuando te acuso con mi mamá”. Una vez dicho esto, se le preguntó si le gustaría decirle algo más y él comentó que se sentía tan molesto con él que quería golpearlo, así que lo hizo: tomó el títere y comenzó a golpearlo contra la mesa.

Al terminar se le comentó al niño que era importante que él hablara con su mamá, para que pudiera decirle cómo se sentía con respecto a la relación con Juan. Al finalizar Carlos aceptó que en ocasiones él también “se llevaba pesado con Juan”, por lo que se le comentó que debía evitar “jugar pesado”, si es que él quería que Juan lo respetara.

Antes de cerrar la sesión, se realizó un ejercicio de relajación, para que el niño pudiera salir tranquilo.



Fig. 10 Títere que escogió Carlos para representar a Juan, el novio de su mamá.

Sesión 28 a 33

En estas sesiones se trabajó con el juego de mesa “*Mi familia ha cambiado*” (Berg, B., 2007) el cual presenta a los jugadores casos ficticios de niños que pertenecen a familias de padres separados o divorciados. Su objetivo es ayudar a los niños y adolescentes a reconocer y corregir actitudes problemáticas y buscar soluciones a los problemas específicos que puedan surgir ante estas situaciones. El juego consta de 6 grupos de tarjetas diferentes que corresponden a seis fases del divorcio: problemas dentro de la familia, anuncio de la separación, cambio de hogar de uno de los padres, vida con el padre que tiene la custodia y vida en una familia diferente (TEA Ediciones, 2007).

Carlos disfrutaba jugar con este juego de mesa. Al inicio se observó que se le dificultaba responder a las preguntas era necesario comentarlas y reflexionarlas para que él pudiera corregir pensamientos inadecuados. Pero al avanzar las sesiones sus ideas respecto al divorcio eran más claras y sus pensamientos más adecuados.



Fig. 11 “Mi familia ha cambiado” Juego de mesa.

En la sesión 31 después de jugar el juego de mesa se realizó con el niño la siguiente actividad:

–*Cierra tus ojos, e imagina que la palabra DIVORCIO toma vida, pero no sólo eso, también comienza a tomar una forma ¿Cómo se ve? ¿Qué color tiene? Imagina todas sus características*” Cuando él indicó estar listo, se le proporcionaron lápices de colores, pinturas, crayolas, plumones, gises de colores, papel, lápiz y tijeras. Y se le pidió que utilizando el material que él deseara realizara lo que había visto con su imaginación.

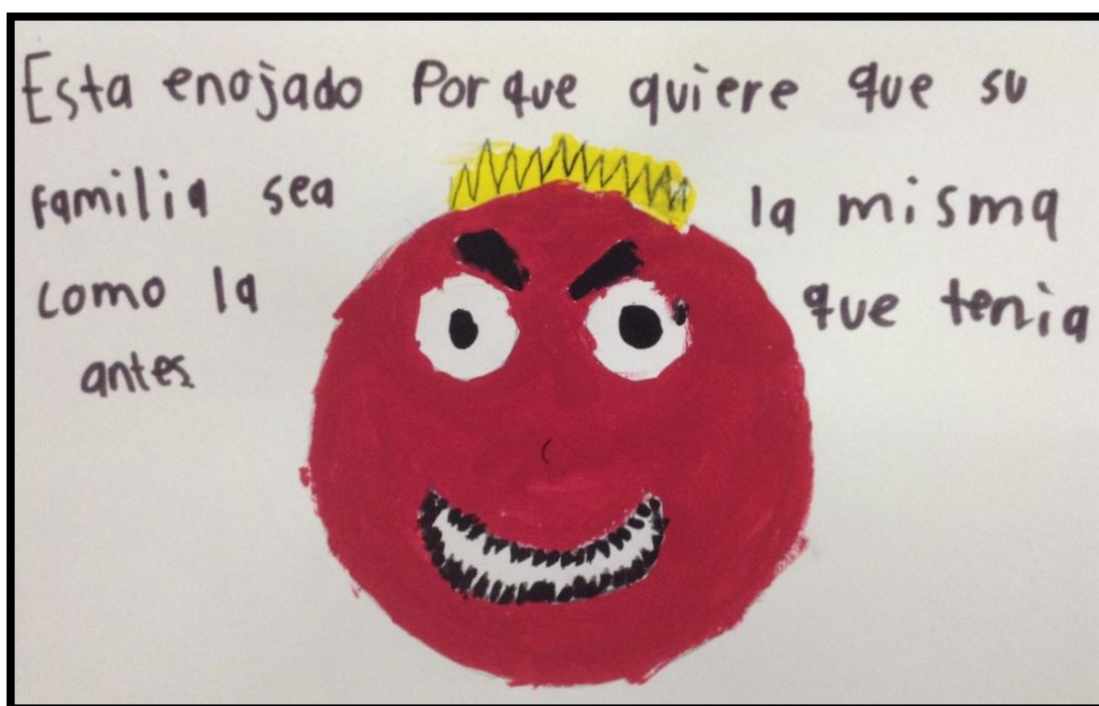


Fig. 12 “Pelota” Representa el divorcio, y cómo se siente Carlos

A través de este dibujo, Carlos logró expresar como se sentía respecto a la separación de sus padres. –Pelota” estaba muy molesto, ya que sus padres se habían separado y que él deseaba tener una familia como los demás.

Cuando Carlos comentó lo que le pasaba a “Pelota” se habló con él sobre la familia, y los diferentes tipos de familia que existen. De esta manera se explicó que una familia, no deja de serlo sólo porque los papás están separados; se comentó que cuando los papás se separan es una decisión que ellos toman y que “Pelota” debería saber que no es su culpa que sus papás no vivan juntos.

Carlos reflexionó e hizo el siguiente comentario: “Entonces, ya no debería ser así, quiero ponerle otro color”, y realizó el siguiente dibujo.

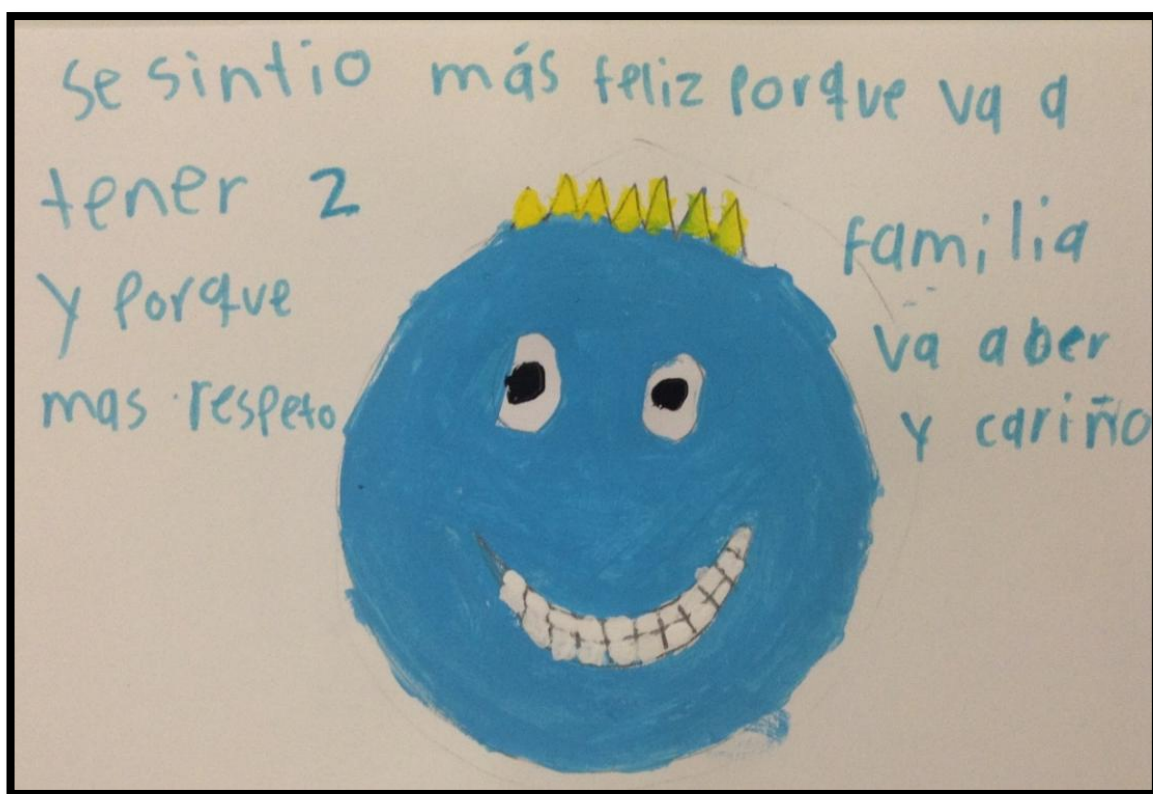


Fig. 13 “Pelota se sintió más feliz, por qué va a tener dos familias y porque va a haber más respeto y cariño”

Al finalizar estas sesiones se le invitó a Carlos a realizar una carta al divorcio.

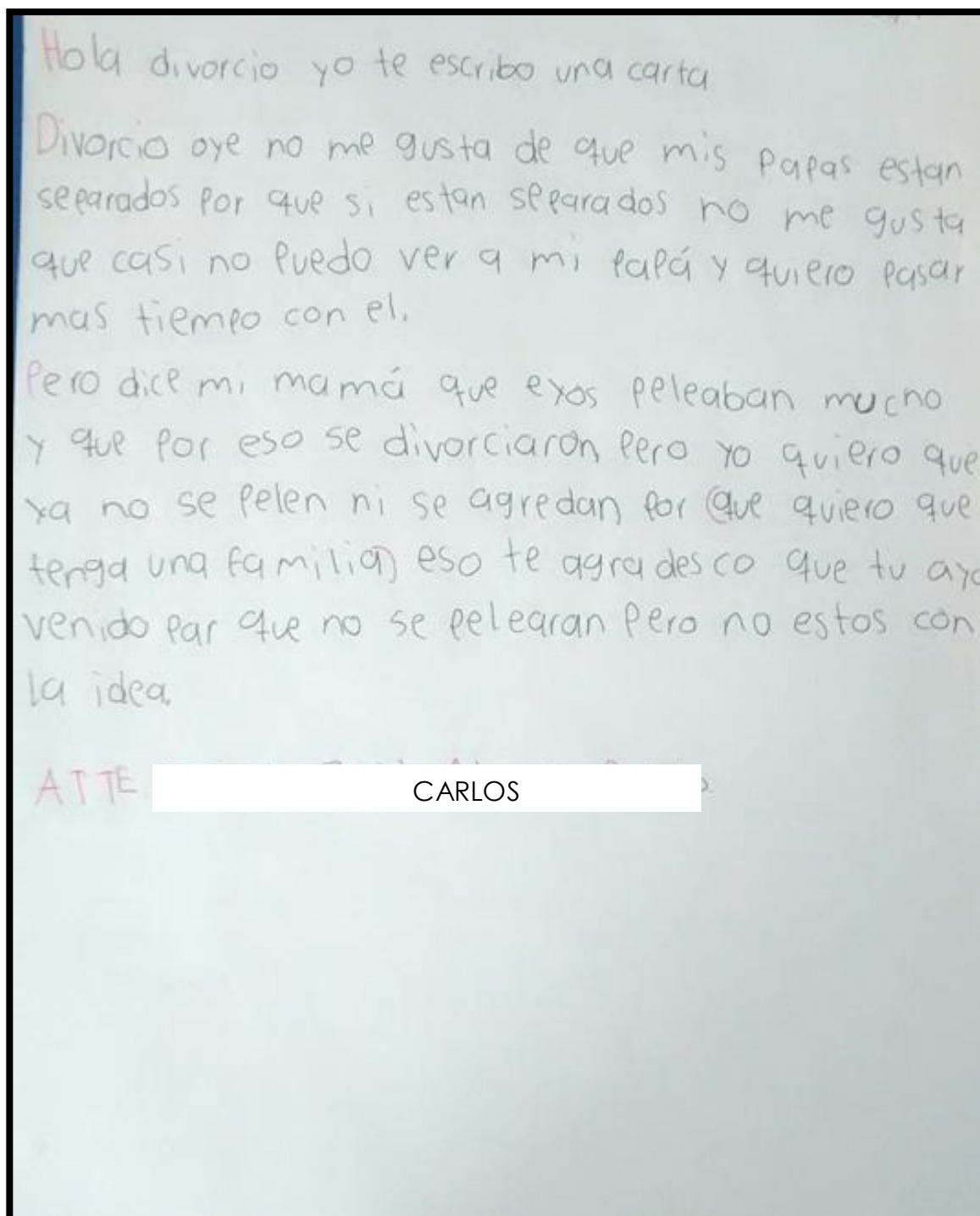


Fig. 15 Carta al Divorcio

Cierre del proceso

La sesión 33 fue la última sesión a la que asistió Carlos a terapia, se contactó a la mamá vía telefónica, en dos ocasiones. La primera de ellas comentó que su horario laboral había cambiado, pero que ya había solicitado permiso para continuar con el proceso de Carlos; sin embargo no asistió. Y la segunda ocasión comentó que se había quedado sin empleo, por lo tanto le era imposible asistir a la institución.

Así mismo ella comentó que Carlos se encontraba bien y que había semanas completas en las que ~~“MALO”~~ no aparecía, pero en otras ocasiones la enuresis aparecía, sin embargo sólo ocurría una vez por semana.

Debido a esta situación no fue posible realizar un cierre formal del proceso terapéutico con Carlos.

Seguimiento

Para dar seguimiento al caso de Carlos se realizó una llamada telefónica 9 meses después de la última visita del niño, donde la madre comentó que al inicio de haber dejado el tratamiento el niño presentaba la enuresis con poca frecuencia, ya que esta ocurría una vez por semana o bien una vez cada quince días. Pero aproximadamente un mes y medio después de la última visita de Carlos a la institución, ésta desapareció. Ella comentó que había reforzado los límites, que el niño había adquirido más responsabilidades por lo que ayudaba más en casa y que ella había dejado de ~~“controlar”~~ todos los aspectos de la vida del niño, es decir le daba más libertad para hacer elecciones o para tomar decisiones. Así mismo había dejado de forzar una relación entre Carlos y su papá. Comentó que observaba que Carlos aceptaba su situación familiar así como su relación

con Juan. En esta llamada telefónica dijo que observaba que el niño estaba ~~tranquilo~~ y que en general la comunicación con el niño había mejorado.

DISCUSIÓN

Desde el inicio del proceso terapéutico con Carlos, fue posible establecer una buena relación con él y su madre ya que ambos mostraron confianza por lo que se mostraron participativos facilitando la obtención de avances y resultados positivos.

En la evaluación psicológica se encontró que la enuresis nocturna que presentaba Carlos era una manifestación de la ansiedad que le generaba su dinámica familiar. La separación de sus padres, la relación con cada uno de ellos y los eventos familiares estresantes como: la enfermedad y muerte de su abuela y la relación de su madre con una nueva pareja. Dichas situaciones estresantes dentro de la dinámica familiar se platicaron con la madre cuando se realizó la entrega de los resultados de la evaluación, lo cual fue importante para que ella pudiera comprender cómo el síntoma se relacionaba con la ansiedad de Carlos. De esta manera fue posible que la madre se involucrara en el tratamiento, apoyando el proceso terapéutico en el hogar.

Cuando Carlos ingresó a la institución, el problema de la enuresis nocturna ya había afectado diferentes áreas de su vida: personal y familiar principalmente. El niño estaba etiquetado por los miembros de su familia, recibía regaños constantes e incluso había sido castigado, lo que aumentaba la ansiedad y por lo tanto que el problema se mantuviera.

Desde la separación de sus padres, la madre de Carlos intentó “protegerlo” y darle todo lo que él pidiera, lo que la llevó a la sobreprotección. Eso impactó de manera negativa en el desarrollo emocional del niño, contribuyendo a que presentara dificultades para desarrollar herramientas adecuadas para afrontar las diferentes situaciones que se presentaban dentro de su núcleo familiar, tenía poca tolerancia a la frustración y mucho miedo de ser abandonado por su

madre. Aunado a esto se observó que Carlos era incapaz de expresar sus emociones adecuadamente, principalmente el enojo y la tristeza.

A lo largo de las 33 sesiones que duró el proceso se le brindó a Carlos un espacio terapéutico que le permitió sentirse cómodo y seguro para expresarse, como propone Esquivel (2010) y Benedict (2006) esta relación fue empática con la situación del niño, y como menciona V. Oaklander (2008) es la base del proceso y puede ser por sí misma poderosamente terapéutica.

Por otro lado resultó importante la buena comunicación que se tenía con la madre del niño, ya que esto permitió que ella se involucrara activamente en el proceso y realizara en casa las modificaciones pertinentes, así como las tareas que facilitaron la obtención de resultados positivos.

El tratamiento se dividió en tres fases. En la fase inicial utilizando técnicas propias de la Terapia de Juego Narrativa se trabajó con la enuresis nocturna y la ansiedad que generaba la dinámica familiar. De esta manera Carlos fue capaz de externalizar el problema y con él, las emociones y pensamientos que le rodeaban, además el niño se empoderó al darse cuenta de que él era capaz de derrotar a “MALO” que representaba el motivo de consulta. Al inicio del proceso la madre comentó que la enuresis se presentaba por lo menos tres veces por semana y al finalizar sólo ocurría una vez a la semana, o bien no se presentaba.

Por otro lado, mediante las técnicas propias de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual como: la reestructuración cognitiva y técnicas de relajación se abordaron las preocupaciones e ideas inadecuadas que presentaba Carlos respecto a su dinámica familiar así como al miedo de ser abandonado por su madre. Este abordaje terapéutico, permitió que la ansiedad disminuyera considerablemente, en el consultorio se mostró menos ansioso, más participativo y le era más

fácil expresarse. La enuresis casi había desaparecido y la madre lo notaba más independiente y tranquilo, principalmente en aquellas ocasiones en las que ella salía de casa.

Durante la fase intermedia del tratamiento se abordó la identificación y expresión de las emociones mediante técnicas pertenecientes a la Terapia de Juego de Liberación y el modelo de Terapia de Juego Centrada en el Niño principalmente, así como la Terapia de Juego Gestalt. Durante esta fase se utilizaron diferentes herramientas como los dibujos, los cuentos y títeres. Al finalizar el niño fue capaz de identificar y expresar sus emociones así como sus pensamientos.

En la fase final del proceso se abordó el tema del divorcio de sus padres y la relación de Carlos con su papá. Fue en esta fase del tratamiento en la cual el niño logró comprender, aceptar la estructura y la dinámica de su familia.

A lo largo del tratamiento se observó que para el niño resultaba cada vez más sencillo identificar y expresar sus emociones, logrando comunicar aquellas cosas que no le gustaban de otras personas, principalmente de su papá y el novio de su mamá. Identificó las situaciones que le generaban miedo y ansiedad, logrando disminuir la intensidad de sus miedos. Otro avance significativo fue que Carlos comprendiera y aceptara el divorcio de sus padres.

Con el tratamiento fue posible que mejorara sus relaciones interpersonales, tanto con sus pares, como con sus familiares, por lo que se incrementaron sus habilidades sociales. Al finalizar el proceso Carlos fue capaz de iniciar una conversación con otras personas y expresar sus dudas e inquietudes a conocidos y extraños.

En casa también se obtuvieron avances, pues la madre logró establecer límites y reglas de acuerdo con la edad del niño, dándole la responsabilidad de algunas actividades dentro del hogar

y estableciendo consecuencias cuando no cumplía con las normas que habían sido establecidas. Lo que favoreció su desarrollo personal y emocional, así como la convivencia dentro del hogar.

Como se mencionó anteriormente el síntoma que presentaba el niño se encontraba estrechamente relacionado con los estresores familiares. A lo largo del proceso se le brindaron las herramientas para afrontar estas situaciones, sin embargo había muchas cosas que estaban fuera de su control por lo que le resultaba imposible intervenir, pero mediante el proceso terapéutico Carlos pudo darse cuenta de cuando podía intervenir y cuando las situaciones de los adultos y dentro del hogar tienen que seguir un curso natural y él tuvo que comprenderlo y aceptarlo.

La madre al principio de la terapia fue muy constante, pero debido a la enfermedad y la muerte de la abuela, cambiaron de domicilio y escuela por lo que dejaron de asistir alrededor de mes y medio, aunque retomaron el tratamiento por dos meses más. Posteriormente la madre pierde el empleo por lo que se suspende el proceso terapéutico.

Este trabajo comprende las 33 sesiones que se tuvieron, sin que se considere que el niño fue dado de alta.

CONCLUSIONES

Se aplicó la intervención psicológica a Carlos, un niño de 10 años que presentaba enuresis nocturna relacionada con estresores familiares. La madre del niño, fue quien solicitó la ayuda para darle una solución al problema. La duración de esta intervención fue de 33 sesiones con un modelo de Terapia de Juego Integrativa, que permitió abordar el problema del niño de manera integral.

En el trabajo con niños la participación de los padres es importante y en el caso de Carlos, tanto él como su mamá mostraron interés en la intervención desde el inicio, lo que contribuyó a obtener resultados positivos. En casa mejoró la convivencia entre madre e hijo ya que ella logró establecer adecuadamente los límites y normas.

Recordemos que el juego es la expresión natural de los niños, es a través de éste que ellos son capaces de conocer, representar y comprender el medio que los rodea. Durante la intervención terapéutica con Carlos, además del juego, se utilizó otro componente importante: el dibujo. El niño disfrutaba realizar esta actividad ocupando diferentes materiales principalmente plumones y pinturas. Mediante este recurso Carlos fue capaz de identificar emociones y representar situaciones cotidianas e incluso sus avances.

Además del dibujo dentro del proceso terapéutico se utilizaron diferentes técnicas y materiales como: títeres, libros, barro, globos y cuentos, los cuales facilitaron la identificación y expresión de sus emociones, así como las situaciones que generaban ansiedad.

La terapia de juego integrativa incorpora los principios y técnicas de los distintos modelos terapéuticos para abordar de manera global la problemática de la persona, ya que considera que la psicopatología es multi-causal. El uso de este modelo permitió intervenir en las distintas

problemáticas que presentaba Carlos, desde una posición integral. Con este modelo, se tomó en cuenta el contexto y se adaptó a las características y necesidades del niño, logrando así resultados positivos.

Cada niño o niña que llega al consultorio posee características diferentes, ya que su contexto, su historia individual y familiar así como las herramientas con las que cuenta para afrontar las situaciones que lo rodean dan como resultado que cada uno de ellos tengan necesidades únicas, que no podrían ser abordadas de la misma manera para todos los casos.

La terapia de juego narrativa fue uno de los modelos centrales en la intervención; a través de estas técnicas Carlos externalizó el problema, por lo que pudo encontrar soluciones y utilizar sus recursos para disminuir sus miedos y ansiedad dando como resultado la disminución en la frecuencia con la que se presentaba la enuresis. Empoderando a Carlos para enfrentar diversas situaciones.

En total la intervención realizada se llevó a cabo en 33 sesiones, sin embargo debido a los periodos vacacionales y a la asistencia irregular del niño a la institución este proceso tuvo una duración de 11 meses aproximadamente.

A lo largo del proceso terapéutico existieron algunas limitaciones que no permitieron que la intervención fuera breve o que existiera un cierre formal de ésta. Como se mencionó anteriormente, la asistencia del niño a terapia no fue regular, ya que dejaba de asistir por varias semanas y por tanto se perdía la continuidad del trabajo que se realizaba en ese momento. Por otro lado, se encontraban la situación familiar, la relación personal con su papá y la situación legal entre sus padres quienes discutían constantemente por lo que la ansiedad que el niño presentaba se mantenía. Aunado a lo anterior la familia atravesó por diferentes situaciones

estresantes como la enfermedad y muerte de la abuela del niño, problemas económicos y finalmente el desempleo de la madre. A pesar de esto, en casa la mamá logró establecer límites y normas con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y crear hábitos sanos en Carlos.

De manera personal el proceso con Carlos, fue enriquecedor para mi formación como terapeuta, ya que a lo largo de éste adquirí habilidades de evaluación, de diagnóstico, de trabajo de investigación, de intervención y de trabajo con padres. Mediante este proceso logre comprender e integrar conceptos de la psicoterapia de juego. Así mismo significó un reto profesional debido a las características del niño y su familia. En algunas ocasiones a lo largo de los 11 meses que trabaje con Carlos, sentí frustración pues a pesar del trabajo realizado dentro del cuarto de juego, los factores familiares dificultaban los avances en periodos breves, o bien desvincularme del proceso me resultaba difícil. Finalmente comprendí que como terapeutas existen áreas en las que resulta imposible intervenir.

Por otro lado, me sentí satisfecha con los resultados obtenidos, ya que a pesar de no existir un cierre formal al finalizar el proceso, la frecuencia con la que se presentaba la enuresis había disminuido, además Carlos y su mamá contaban con las herramientas necesarias para afrontar su situación familiar.

Como se observó a lo largo del presente trabajo, el uso de la Terapia de Juego Integrativa resultó eficaz, ya que al integrar los diferentes principios y técnicas de los diferentes modelos psicoterapéuticos, la intervención se enriqueció, permitiendo que esta se adaptara y cubriera las necesidades de Carlos e incluso las de su familia.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*(5ta edición) Washington, DC

Berg., B. (2007) *Juego de mesa: Mi familia ha cambiado*. España: TEA Ediciones.

Boyer, W. (2010) Getting to know O'Connor: Experiencing the ecosystemic play therapy model with urban first nations people. *The Family Journal* (18) pp. 202 - 207

Brown, M., L., Pope, A., W., Brown, E., J., (2010) Treatment of primary nocturnal enuresis in children : A review. *Child: care, health and development*. 37 (2) 153-156. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01146.x

Chang, S., Ng, C., Wong, S and Hong Kong Childhood Enuresis Study Group (2002), Behavioural problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *ActaPediatrica*.91:475-479. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2002tb01673.x

Cía H.A (2002). *La ansiedad y sus Trastornos*. Buenos Aires: Polemos

Corliss, B., Lawrence, E., Nelson, M.,(2008). Families of children with serious emotional disturbances: Parents perception of family resources and stressors. *Child adolescent social work*. 25. DOI 10.1007/s10560-008-0126-0

Darcie, A., K. (2012). Nocturnal Enuresis. *Canadian Medical Association*..184(8) 908-911. DOI: 10.1503/cmaj.111652

Drewes, A. (2012). Terapia de juego integrativa. Capitulo 19. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (349-364). México: Manual Moderno.

- DSM-IV-TR (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona, España: Ed. Masson
- Egemen, A. Akil, I., Canda, E., Ozyurt, B., Eser, E., (2008) An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. *PediatrNephrol* 23: 93-98. DOI 10.1007/s00467-007-0605-0
- Esquivel, F. (2010) *Psicoterapia Infantil con juegos. Casos Clínicos*. México: Ed. Manual Moderno
- Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E. (1999) *Psicodiagnóstico clínico del niño. 2da. Edición*. México: Ed. Manual Moderno.
- Flook,L., y Fuligini, A. (2008)Family and Scholl Spillover in Adolescentes' daily lives. *Childhood Development*. 79 (3)
- Fockema, M.W., Candy G.P.,Kruger, D., Haffejee, M., (2012) Enuresis en South African children: prevalence, associated factors and parental perception of treatment. *BJU International*.(110) E1114-E1120. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11416.x
- Fritz (2001). *Childhood enuresis: Little progress for a common problem*.
- Garay, S. (2005) *Dinámica familiar en niños con enuresis de 5 a 10 años de edad en el HGZ/UMF. 8 "San Ángel" IMSS*. Tesis de Especialidad. México: Facultad de Medicina. UNAM.
- Gerard Kaduson H., (2012). Terapia de juego de liberación. Capítulo 7. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (105-126). México: Manual Moderno
- González, R. (2000) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ed. Pirámide.

Heinze, M., G., y Camacho, S., P (2010) *Guía Clínica para el manejo de la ansiedad*. Instituto Nacional de Psiquiatría –Ramón de la Fuente Muñiz”. México

Hollander, E., Simeon, D. (2004) *Guía de Trastornos de Ansiedad*. Madrid: Elsevier

Huato, F., (2011) *Factores de riesgo familiares para la depresión en niños*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología. Universidad Americana de Acapulco.

Huebner, D., *¿Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado? Un libro para niños con ansiedad* (2008) España: TEA Ediciones

Ibarra, M. (2010) *Manejo de la Enuresis secundaria en niños de etapa preescolar*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología. UNAM

Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) (2010) *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. México. IMSS- 392-10

Kanaheswari, Y., Poulsaeman, V., Chandran, V. (2012) Self- esteem in 6 to 16-year-olds with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Journal of Pediatrics and Child Health*.48: E178-E182. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2012.02577.x

Kaneko., K. (2012) Treatment for nocturnal enuresis: The current state in Japan. Review Article. *Pediatrics International*.54

Kiddoo, D., A. (2012) Nocturnal Enuresis. *Canadian Medical Association* (184)8: 908-911. DOI: 10.1503/cmaj.111652

Lemus R., R. (2009) *Enuresis y comorbilidad psiquiátrica: Estudio realizado en niños y adolescentes enuréticos de 5 a 16 años de edad que acuden a Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*. Informe final de investigación. México: Facultad de Medicina. U.N.A.M.

Lundkvist- Houndoumadi,I., y Thastum M., (2010) A –Cool Kids” Cognitive- Behavioral Therapy Group for Young with Anxiety Disorders: Part 1, The Case of Erik. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. (9) pp. 122-178

Marcelli, D., De Ajuriaguerra, J. (2005) *Psicopatología del Niño*. Barcelona: Ed. Masson.

Martínez, F., (2013) *Vivencias de una familia mexicana ante el diagnósticos de cáncer de mamá*. Tesis de Maestría. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

Martínez, G., A. (2013) *Lección de Vuelo*. No. De registro: 03-2013-100411472600-01

Mogoase,C., Podina, I., Sucala, M., Dobrean A., (2013) Evaluating the unique contribution of irrational beliefs and negative bias interpretations in predicting child anxiety, implications for cognitive bias modification interventions. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*.13. 2 (pp.465-475)

Munns, E. (2012). Terajuego: Terapia de juego para fortalecer el apego. Capitulo 15. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (275-296). México: Manual Moderno

Nemiroff, A. y Annunziata J. (2010) *Mi primer libro de terapia*. España: TEA Ediciones

Nordahl, M., Hans, Wells A., Olsson A., C., Bjerkeset, O. (2010) Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. (44) pp. 852-858

Norfolk,S., Wootton,J.(2012) Nocturnal enuresis in children. *Nursing Standard*.(27) 10 : 49-56

Norton C., C. y Norton E. B.,(2012). Terapia de juego experiencial. Capitulo 11. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (187- 204). México: Manual Moderno

O'Connor K., (2012). Terapia de juego ecosistémica. Capitulo 14. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (253- 272). México: Manual Moderno

Oaklander, V., (2012). Terapia de juego Gestalt .Capitulo 10. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego*. (171- 186). México: Manual Moderno

Oaklander, V., (2008). *El tesoro escondido: La vida interior de niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos Editorial

Puyuelo, R. (1984) *La ansiedad infantil: Un difícil bienestar*. Barcelona: Heder.

Rapee, R., M., (2012) Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Children Family Psychology Review*. 15. 69- 80

Ray, J. (2011) A US National Library of Medicine enlisted journal. *Enuresis* 4(2):104-112

Rodríguez, L.M., Marugán, J.M, Lapeña, S., Benavides, E., Naveira, C., de la Fuede, L. F., Menau, C. (1996) Estudio epidemiológico sobre enuresis nocturna en escolares: Análisis de factores asociados. *Anales Españoles de Pediatría*. (46) 3

Rueda, F., (2007) *Estado de salud en estudiantes de bachillerato y su relación con la funcionalidad familiar*. Tesis de Especialidad. México: Facultad de Medicina. UNAM.

Semolič, N., Ravnikar, A., Meglič, A., Japelj- Pavešic, B., Kenda, R.B., (2009). The occurrence of primary nocturnal enuresis and associated factors in 5- year-old outpatients in Slovenia. *Acta Pædiatrica. (98)1994-1998. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01489.x*

Solloa, G. L.M., (2010) *Los trastornos psicológicos en el Niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento.* México: Ed. Trillas

Sweeney S., D. y Landreth L. G. (2012). Terapia de juego centrada en el niño. Capítulo 8. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego.* (129- 152). México: Manual Moderno

Taylor, A., (2012). Terapia de juego Narrativa. Capítulo 18. En Shafer, A., *Fundamentos de Terapia de Juego.* (329- 348). México: Manual Moderno

Virgen, M., R., Lara, Z., A., C., Morales, B., G., y Villaseñor, B., S. (2005) Los Trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria.* 6 (11), 1- 11

Vogt. M., Lehnert, T., Till, H., Rolle, U. (2009) Evaluation of different modes of combined therapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *BJU International.* 105. 1456-1459. Doi: 10.1111/j.1464-410x.2009.08872.x

Weems, C., F. y Silver,am W., K. (2013) Anxiety Disorders. En Beauchaine T., P. y Hinshaw S., P. (Ed.) *Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 513- 541) E.U.A: Wiley

Maude, S.,C. (2002) *El divorcio de mamá y papá oso.* México: Ed. Norma

ANEXOS

LECCIÓN DE VUELO

Autor: Anneliese Martínez García

La historia de Rocky no comenzará con la frase “Érase una vez...” porque Rocky no vivió en el pasado. Es un pájaro como los que hoy conocemos, un pájaro de ciudad, un pájaro con espíritu aventurero y con alma de explorador.

Él creció en un nido en el campanario de la iglesia de la ciudad, pero realmente este ambiente no le gustaba nada a Rocky, pues cada hora las campanas repicaban y tomar una siesta era imposible. El campanario no era tan malo: los sábados Rocky y su familia eran los invitados de honor a las lujosas bodas y ¿qué decir de la visita de aquel sacerdote importante, cuando la iglesia se llenó de velas y flores? ¡Fue un espectáculo maravilloso!

Pero a Rocky eso no lo hacía feliz. A él no le gustaba estar encerrado en la iglesia; él quería vivir en algún lugar donde cada mañana pudiera ver árboles, respirar el perfume de las flores y bañarse en el lago lleno de agua fresca —y no en la fuente de la iglesia.

Así que, cuando se volvió un experto en vuelo, se despidió de su familia y emprendió el viaje. Una hora después, encontró un gran parque lleno de árboles, flores, otras aves y otros animales. Además, en el centro del parque había un gran lago, donde él podía bañarse con el agua que calentaba el sol.

Trabajó muy duro durante dos días seguidos para construir su nido, que hizo en uno de los árboles más altos del parque desde donde podía verlo todo.

Así transcurrieron algunas semanas, pero un día cayó unas de las tormentas eléctricas más fuertes que Rocky haya visto en su vida. Esa noche, entre rayos y centellas, Rocky tuvo que volar y esconderse en la ventana de un edificio. Ahí se quedó dormido.

Al día siguiente, el pájaro fue a donde estaba su nido y encontró que un rayo había caído en ese árbol y lo había partido por la mitad.

Rocky debía comenzar a construir otro nido, o de lo contrario no tendría dónde dormir esa noche. Pero algo más sucedió con Rocky ese día: el pajarito ya no tenía esa chispa de aventura, ahora sentía temor a vivir así, desprotegido.

Buscó un hueco en un árbol más pequeño y ahí comenzó a construir su nido. Ahora era un nido con más ramas, más fuerte y, por lo tanto, más pesado. Esa noche Rocky durmió tranquilo. Al día siguiente quería ir a bañarse al lago como cada mañana, pero varios pensamientos llegaron a su cabeza:

¿Y si cae otra tormenta como la de ayer? ¿Y si un gato trepa hasta mi árbol y se lleva mi nido? ¿Y si hace mucho aire y se cae el árbol? ¿Y si otro pájaro encuentra el nido y se adueña de él? ¿Y si este lugar ya era de otro animal y viene a reclamarlo?

Rocky nunca se había detenido a pensar que todas esas cosas podrían pasar, así que ese día decidió no salir y quedarse a proteger su nido. Al día siguiente ocurrió lo mismo, y al tercer día también. Pero al cuarto día Rocky ya sentía hambre y además necesitaba un baño, aunque estaba realmente preocupado por que las cosas que pensaba pudieran ocurrir. Estuvo toda la mañana tratando encontrar una solución.

¡Claro! ¿Cómo no lo pensó antes? ¡La solución era tan sencilla! ¡Sólo debía llevar su nido con él!

Así que Rocky amarró su nido a su espalda y decidió salir de su refugio. Se acercó a la orilla de la rama, retrocedió unos pasos para agarrar vuelo, agitó las alas y... cayó al suelo.

¿Qué pasó? Nunca he fallado, siempre he sido un experto en vuelo...

Lo intentó de nuevo y nada...

Algo pasaba, ese día no llevaba con él su "experiencia en vuelo". No había alternativa, tendría que caminar hasta el lago, así que comenzó a hacerlo.

Iba a la mitad del camino cuando encontró a un búho, quien lo había observado y comenzó a reír.

—¿De qué te ríes, Búho?—preguntó Rocky.

—Esa preocupación no te deja volar—dijo Búho.

—No se llama "preocupación", se llama "nido". Pensé que sabías mucho—contestó Rocky, enfadado, mientras seguía caminando.

—Es por eso que te lo digo: temes tanto que algo malo suceda con tu nido que no lo sueltas, y eso es lo que no te permite volar—dijo Búho sabiamente—. Como has estado encerrado en ese hoyito tantos días, no has visto que el clima ha mejorado y que el sol ha estado radiante. Te perdiste del arcoíris que se formó en la fuente ayer por la tarde, de la carrera que organizaron los caracoles; no estuviste cuando las orugas dejaron el capullo para ser unas hermosas mariposas y tampoco estuviste en el concierto nocturno de los grillos. Piénsalo, Rocky, tus preocupaciones no te han dejado ver lo que hay a tu alrededor y ahora tampoco te permiten disfrutar de tus actividades favoritas: volar y bañarte en el lago.

Rocky se detuvo y pensó en lo que Búho acababa de decir.

—¡Claro, si suelto el nido podré volar de nuevo!—gritó Rocky emocionado.

Así que lo hizo y comenzó a volar. ¡Oh, qué libre se sentía! Esa tarde Rocky voló y voló y disfrutó de las actividades que los demás organizaron en el parque.

Ese día el pajarito comprendió que nuestras preocupaciones o nuestros temores no nos permiten realizar las cosas que disfrutamos.

A ti, ¿qué te impide volar?