



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICODIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO EN UN  
NIÑO DE NUEVE AÑOS CON ENURESIS

BLACIO BURIE VERONICA DEL ROCIO  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICODIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO  
EN UN NIÑO DE NUEVE AÑOS CON ENURESIS

BLACIO BURIE VERONICA DEL ROCIO  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

PSICODIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO EN UN NIÑO DE  
NUEVE AÑOS CON ENURESIS

BLACIO BURIE VERONICA DEL ROCIO  
PSICÓLOGA CLÍNICA

BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA

MACHALA, 06 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA  
06 de febrero de 2019

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Psicodiagnóstico y propuesta de plan terapéutico en un niño de nueve años con enuresis, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA  
0704638055  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA  
0701684755  
ESPECIALISTA 2



---

CUEVA REY ANDREA STEFFANIE  
0703801332  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 13 de febrero de 2019 - 11:25

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TITULACION.docx (D46985392)  
**Submitted:** 1/18/2019 5:24:00 PM  
**Submitted By:** vblacio\_est@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, BLACIO BURIE VERONICA DEL ROCIO, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Psicodiagnóstico y propuesta de plan terapéutico en un niño de nueve años con enuresis, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.


La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de febrero de 2019

  
BLACIO BURIE VERONICA DEL ROCIO  
0704450816

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de manera especial a mi hermana Mirian Janeth Blacio Burie, por ser mi guía e inspiración a pesar de no estar físicamente conmigo gran parte de quien soy hoy en día es gracia a ella; a mis padres, César Blacio y Rosita Burie por su amor incondicional, confianza y apoyo siendo un ejemplo en cada paso de mi vida; a mis hermanos, Geovanny, Karen, Julio, David y Kristel, a quienes amo de manera profunda; a mis sobrinos, Paulo, Maite, Mathias y Axel, por ser motor y motivación en mi vida. A mi compañera de vida, Mónica Robles, quien con su amor y comprensión ha sido un pilar fundamental en toda esta etapa.

## RESUMEN

*Verónica del Rocío Blacio Burie*  
*C.I.: 0704450816*  
*vblacio\_est@utmachala.edu.ec*

La enuresis es la liberación de orina repetida que sucede de forma espontánea y suele ocurrir durante el sueño, es frecuente durante la noche y ocurre en la infancia. Existen dos tipos de enuresis: enuresis primaria si el menor nunca logró el control de micción y enuresis secundaria cuando controló esfínteres y repentinamente vuelve a ocurrir. Este trastorno está asociado a múltiples factores psicológicos, ambientales, conductuales y patológicos. Para el psicodiagnóstico de este problema se debe realizar un proceso riguroso que consiste en una evaluación que emplea diversos instrumentos y técnicas psicológicas, donde es importante la colaboración de sus cuidadores. El presente ensayo: Psicodiagnóstico y propuesta de plan terapéutico en un niño de nueve años con enuresis, tiene como objetivo proponer un plan de intervención psicológica en un caso de enuresis a través de una revisión bibliográfica descriptiva. Mediante los análisis de diferentes test y técnicas empleados se evidenció que el infante presenta problemas emocionales, baja autoestima, aislamiento, agresividad, conducta inadecuada, baja satisfacción y cohesión familiar. Se diagnosticó indicar que, según el manual DSM-V con F98.0 Enuresis (307.6) asociado a problemas emocionales, por lo que se propone un plan intervención desde el enfoque cognitivo-conductual que incluyen técnicas dirigidas tanto a los cuidadores como al niño.

**Palabras clave:** enuresis; psicodiagnóstico; técnicas proyectivas; indicadores-emocionales; cognitivo-conductual.

## ABSTRACT

Enuresis is the release of repeated urine that happens spontaneously and usually occurs during sleep, it is frequent during the night and happens in childhood. There are two types of enuresis: primary enuresis, if the child never achieved the control of urination and secondary enuresis when he controlled sphincters and suddenly reoccurs. This disorder is associated with multiple psychological, environmental, behavioral, and pathological factors. For the psychodiagnosis of this problem, it is necessary to carry out a rigorous process that consists of an evaluation that employs various psychological tools and techniques, where the collaboration of its carers is important. The present essay: Psychodiagnosis and therapeutic plan proposal in a nine-year-old child with enuresis, aims to propose a plan of psychological intervention in a case of enuresis through a descriptive bibliographic review. Through the analysis of different tests and techniques used it was evident that the infant presents emotional problems, low self-esteem, isolation, aggression, inadequate behavior, low satisfaction and family cohesion. It was diagnosed to indicate that, according to the manual DSM-V with F 98.0 Enuresis (307.6) associated with emotional problems, so it proposes a plan intervention from the cognitive-behavioral approach that include techniques aimed at both caregivers and the child.

**Key words:** enuresis, psychodiagnosis, projective techniques, family, emotional-indicators, cognitive-behavioral.



## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>RESUMEN</b> .....	II
<b>ABSTRACT</b> .....	II
<b>PSICODIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO EN UN NIÑO DE NUEVE AÑOS CON ENURESIS</b> .....	5
<b>CONCLUSIONES</b> .....	13
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	14
<b>ANEXOS</b> .....	19

## INTRODUCCIÓN

La enuresis es un problema a nivel mundial que afecta a millones de niños, debido a esta situación se producen en el infante problemas emocionales, como sentimientos de inferioridad, rechazo, culpa, baja autoestima entre otros (Rivilla, 2017). Esto genera en los padres y en especial en los niños, diversos síntomas de ansiedad por no saber cómo actuar ante tal situación.

En algunos casos la enuresis sigue siendo un tema tabú para los padres, ellos no acuden a consulta a solicitar ayuda por vergüenza, lo castigan o maltratan por el acto; en otros casos los padres han disminuido las actitudes de rechazo hacia este problema o lo minimizan debido a la falta de tiempo y a la tecnología como lavadoras, secadoras, pañales o protectores de cama (Martínez-García, 2009).

Debido a este tipo de problemas de gran interés el psicólogo cumple un papel importante en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías en niños, con sus conocimientos sobre el psicodiagnóstico puede llegar a establecer los métodos de evaluación más efectivos y proponer intervenciones con técnicas psicológicas específicas para lograr el bienestar del niño (Gómez, 2017). Fernández-Ballesteros (2013), afirma que la importancia radica en describir y explicar las diferentes situaciones psicológicas que permita la predicción y establecer componentes para trabajar sobre el problema.

El presente ensayo tiene por objetivo elaborar un plan de intervención psicológica en un caso de enuresis a través de una revisión bibliográfica descriptiva. Para ello se explicará qué es la enuresis, cuáles son las causas y los efectos emocionales que pueden provocar en el niño, además, se detallarán características importantes del psicodiagnóstico infantil, y la aplicación de test como el test H-T-P, Persona bajo la lluvia, Test de Figura Humana de Corman, Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar, Escala de Satisfacción Familiar, Escala de Comunicación Familiar y finalmente se realizará una propuesta de intervención a los padres y el menor para reducir la enuresis y los problemas asociados a la patología.

## **PSICODIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO EN UN NIÑO DE NUEVE AÑOS CON ENURESIS**

Según el DSM 5, la enuresis corresponde a la descarga de orina repetida en la cama o en la ropa de forma voluntaria o involuntaria que se manifiesta con una frecuencia de al menos 2 veces por semana durante mínimo 3 meses, además causa deterioro significativo en varias áreas de funcionamiento, se diagnostica cuando el niño debió haber alcanzado una edad en la que esté previsto que es capaz de contener la orina (5 años), este problema no puede atribuirse a una afección médica o a algún efecto fisiológico de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La enuresis es primaria si el control de orina no se logró nunca o enuresis secundaria si tras un funcionamiento normal del control de orina este se ha perdido, ocurre en el día, en la noche o en ambos periodos, este problema está asociado a trastornos emocionales, pero sí de esto depende, la enuresis entonces no debe ser el diagnóstico principal (García, 2011), además de esto según el CIE 10, se deberá tomar en cuenta que la enuresis secundaria suele iniciarse entre los cinco y los siete años de edad (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Esta patología es más común en niños que en niñas, se produce en los niños de 5 años con una prevalencia del 5 al 10% y de 10 años de 3 al 5 %. Hay diferentes factores predisponentes: factores del entorno en el que no hubo adecuado aprendizaje de ir al baño; factores genéticos que están asociados al retraso del desarrollo de los ritmos circadianos, aspectos relacionados con la cultura y casos en los que se ha demostrado la existencia de heredabilidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según Ibars y Samper (2018), influyen factores conductuales como la ingesta de líquidos, factores psicológicos como trastornos de lenguaje, terrores nocturnos, comportamientos agresivos, abuso sexual, maltrato, miedo a la oscuridad entre otros aspectos, también factores ambientales como problemas de separación de padres, duelo, nacimiento de un hermano, factores patológicos como estreñimiento, encopresis; además el factor madurativo también está asociado, ya que con el retraso los niños tardan en controlar esfínteres.

Se derivan otros problemas concomitantes a la enuresis, como la baja autoestima, soportar burlas de compañeros, sentir vergüenza y como consecuencia aislarse y no participar en actividades lo que genera que se vea afectada la relación con compañeros, además aparecen

sentimientos de castigo o de culpa y rechazo por parte de los padres (González y Montoya, 2015; Rivilla, 2017).

Gutiérrez y otros (2015), concluyen en un estudio de enuresis, que gran parte de los niños presentan baja autoestima, inseguridad, limitaciones de su vida social, un número de niños representativos presentaron dificultades de comportamiento y bajo rendimiento escolar, asimismo los padres mostraron problemas de vergüenza y falta de asistencia a solicitar ayuda.

Un niño es vulnerable ante cualquier situación familiar, los problemas que se producen dentro del sistema familiar pueden causar reacciones emocionales y conductuales en el menor, hay casos en que la familia atraviesa por agresión física y psicológica, abusos, que conlleva a que el niño sienta ansiedad, aumente el conflicto entre hermanos y afecte su rendimiento académico (Barrio y Carrasco, 2016). Es importante el clima familiar ya que es donde se generan los lazos afectivos y se desarrollan relaciones positivas, un lugar donde el infante se siente seguro (Ibabe, 2015).

La psicología dinámica entiende que el origen de la enuresis es algo inconsciente que genera en el niño, este síntoma, como algún reclamo, miedo, angustia, por lo que, si anteriormente se descartó una causa orgánica, se necesita de una investigación adecuada acerca del desarrollo emocional, personal y ambiental del menor (Gola, 1973). La enuresis parece asociarse principalmente a otros trastornos dependientes como la ansiedad y situaciones estresantes, se trata de un lenguaje, como respuesta regresiva de una amenaza percibida (Lluís, 1993).

Olvera y Gómez-Maqueo (2014), mencionan que se asocia a situaciones estresantes o ansiedad generadas por el entorno familiar, que a su vez provocan inseguridad en el niño. El mismo autor menciona que el menor al realizar este acto de micción encuentra en algunos casos beneficios primarios o secundarios, los primarios son derivados de sensaciones directas de origen masturbatorio, fijación uretral, sensaciones de llenar y vaciar el cuerpo y, por otra parte, los beneficios secundarios ligados a provocar en el entorno del niño cambios como regresiones.

El psicodiagnóstico trata de llegar a una identificación de diferentes manifestaciones psíquicas, tales como, rasgos, capacidades, intereses y conflictos de un mismo individuo; para tener un diagnóstico adecuado y objetivo debe contar con bases teóricas que fundamenten las pruebas utilizadas durante el proceso (Macías y González, 2017). En el psicodiagnóstico se utilizan diferentes técnicas como las entrevistas a padres, observación, pruebas proyectivas, pruebas psicométricas, hora de juego (Montouto, 2015).

Las fases del proceso psicodiagnóstico están divididas en tres partes, la primera comprende la entrevista inicial, que incluye rapport, hipótesis presuntivas y realización de contacto; en la segunda fase se continúa con la entrevista y administración de las técnicas y finalmente se efectúa la entrevista de devolución de resultados a los padres junto con el informe psicológico (Galeno, 2009). La finalidad del proceso será tener una descripción general del problema para posteriormente elegir técnicas efectivas para generar actitudes y pautas de desarrollo que fueron instauradas de manera inadecuada (Vives, 2011).

Se debe utilizar la observación sistemática que según Casas (2014), es una técnica necesaria para evaluar la expresión y el comportamiento, esta se debe utilizar durante todo el proceso debido a que da pautas para el diagnóstico. Los primeros encuentros deben ser semidirigidos (Siquier De Ocampo y García, 2003), se analizan diferentes aspectos del problema relacionados con la familia y expectativas sobre la intervención (Montouto, 2015).

En el caso de la enuresis además, se debe recoger información acerca de su inicio, con qué frecuencia ha ocurrido (Reyes y Rodrigo, 2014), cómo los padres enseñaron a su hijo a ir al baño, si consume líquidos antes de ir a la cama, la actitud de los padres, soluciones que han probado utilizar y los problemas asociados en la vida del niño desde que empezó el problema (Feria, Cárdenas, Vásquez, Palacios, y De la Peña, 2010).

La historia clínica es otro elemento relevante, incluye datos sobre la historia vital del infante (Paín, 2012), asimismo, contiene el motivo de consulta, la historia del problema actual, datos de la familia, padecimientos de enfermedades, datos pre y post embarazo, nivel de maduración y de funcionamiento psico-fisiológico, hábitos higiénicos-excretorios, sueño-vigilia, alimentación, socialización, independencia, entre otros. Estos datos permitirán realizar las primeras hipótesis del caso (García, 2011).

Para la evaluación se emplean diferentes instrumentos, pueden ser proyectivos y psicométricos, se eligen dependiendo del caso y objetivos de evaluación. Las pruebas proyectivas surgen del modelo psicodinámico y permite proyectar hacia el exterior mecanismos de defensa, la realidad del niño y los vínculos con otras personas, además, según García (2011) son fuente de información indirecta relacionada con las emociones del niño. Las pruebas psicométricas evalúan a la persona de una forma numérica y valora constructos internos de una persona a través de variables (Gómez, 2017).

Los test proyectivos, en específico la interpretación de dibujos, ayudan en la recogida de diversos aspectos de análisis, se trata de una herramienta muy empleada en la evaluación infantil, utilizado desde principios de siglo en la psicología como un elemento de diagnóstico, los psicoanalistas lo consideran como una proyección que puede mostrar elementos conscientes e inconscientes (González-Martínez). Mediante esto se evalúa el psiquismo y las potencialidades del niño, restricciones por parte de la familia y cambios que han ocurrido en torno a él (Álvarez, 2016).

De acuerdo a los objetivos de evaluación, puede utilizarse para el psicodiagnóstico infantil los test proyectivos: test H-T-P, Persona bajo la lluvia y Test de Figura Humana de Corman, estos se detallan a continuación para entender las características que permiten analizar y la efectividad de los mismos.

El test de la figura humana es un instrumento proyectivo desarrollado por Karen Machover, este se utiliza para identificar rasgos significativos del individuo inconscientes (Portuondo, 2001). Proyecta indicadores emocionales del niño como el concepto que tiene de sí mismo, con quién se identifica más, asimismo refleja necesidades, conflictos y actitudes, también se encuentran indicadores de actitudes hacia la familia, acontecimientos importantes, enfermedades, conducta, separación de padres y rendimiento académico (Pozo, 2005).

El test de H-T-P (árbol, casa, persona) es otra técnica proyectiva y fue elaborada por John Buck en 1948, se aplica desde los 8 años en adelante y a partir de la interpretación de cada uno de los dibujos se puede evaluar diferentes aspectos como la familia, la parte afectiva, emocional, autoestima, entre otros. Los dibujos son representaciones de lo que el sujeto siente, la casa representa la familia, el árbol lo más profundo del inconsciente y la personas lo más cercano a la autoimagen (Buck 2002; Rocher, 2009).

El test Persona bajo la lluvia según Querol y Chávez (2006), se puede aplicar desde los 8 años, recoge datos sobre las condiciones ambientales, aspectos desagradables, tensos y de estrés para el sujeto, Ha sido utilizado en investigaciones con un número muestra amplio en el que han podido llegar a conclusiones acerca de vulnerabilidades somáticas como base para iniciar intervenciones psicológicas (Borelle, Maidá, y De Luca, 2013), asimismo, resultó efectivo para analizar pautas gráficas en niños de edad escolar con trastornos psicósomáticos (Borelle, Maidá, y De Luca, 2015).

Anzieu (como se cita en Vives, 2006), explica que las características más representativas de los test proyectivos es que tienen consignas, materiales; se presentan estímulos (ambiguos, dibujos, palabras), no hay respuestas correctas o incorrectas, permiten libertad de expresar lo que se desee ante un estímulo y aunque tiene una base psicodinámica tiene influencia de la Gestalt y de la psicología cognitiva.

Además, pueden ser de gran ayuda otros test, como el de Evaluación de la Adaptabilidad y de la Cohesión Familiar FACES II cuyo objetivo es evaluar el funcionamiento familiar a través de dos dimensiones la cohesión y adaptabilidad, este test brinda información acerca de los lazos y vínculos emocionales en la familia (Martínez, 2008). La Escala de Satisfacción Familiar que evalúa la satisfacción que experimenta la familia sobre la cohesión y adaptabilidad (Sanz, 2008) y la Escala de Comunicación Familiar que evalúa la apertura o libertad de intercambio de ideas, de información u preocupaciones en el entorno familiar (Sanz, 2008).

El psicodiagnóstico fue realizado a N.N. (ver anexo 1), que aproximadamente hace un año empezó a orinar la cama mientras dormía por las noches. Presenta problemas de comportamiento en el hogar y en la escuela. Vive en la casa de su abuela materna, proviene de una familia extensa (madre, abuela, tía y prima). Durante el desarrollo del niño no hubo aspectos relevantes en cuanto a lenguaje, sueño, marcha, alimentación y control de esfínteres (5 años). En el juego a veces presenta conflictos con otros compañeros de la escuela.

NN no tiene vínculo con el padre ya que dejó el hogar cuando el niño tenía tres años de edad. La mamá no comparte tiempo con el niño debido a su carga laboral y siempre tiene quejas de la escuela por el comportamiento inadecuado de su hijo, optando por el castigo físico y verbal. La abuela materna refiere que N.N. es maltratado por la mamá, hace berrinches, no colabora y no sigue normas.

La abuela materna está pendiente de sus cuidados y N.N. duerme con ella. A los cinco años N.N. controló sus esfínteres y desde hace un año (8 años de edad aproximadamente) empezó un retroceso, pues N.N. volvió a orinarse en la cama cada día acompañado de un bajo rendimiento y mal comportamiento en el hogar y en la escuela. En la actualidad N.N., con 9 años de edad, no logra controlar adecuadamente la micción y los cuidadores no han evidenciado mejoría.

Durante la intervención de N.N. se procedió a evaluar recabando la información necesaria para realizar un respectivo plan de intervención, para esto se utilizaron test proyectivos y escalas de

comunicación, satisfacción y adaptabilidad familiar. Los resultados que se obtuvieron de las pruebas aplicadas fueron los siguientes:

En el test H-T-P (ver anexo 2) se encontraron indicadores de agresividad, sentimientos de inferioridad, carencia de apego materno, retraimiento, inseguridad, existe una comunicación inadecuada. En el test Persona bajo la lluvia (ver anexo 3), se evidenció regresión, introversión, pesimismo, falta de afecto, siente amenaza de su entorno, poca adaptación, tiene ansiedad por querer tener control de la parte inferior del cuerpo, lo que se relaciona con la enuresis y otros aspectos que se corrobora con el H-T-P como la soledad, inseguridad, necesidad de protección.

En el test de la figura humana (ver anexo 4) se reflejan indicadores de tensión en el niño, intento rígido de controlar sus impulsos sexuales. Se evidencia en N.N. inmadurez emocional, impulsividad, controles internos pobres sobre sus acciones, inseguridad y necesidad de cariño corroborando todos estos aspectos en la entrevista con sus cuidadores.

En la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y de la Cohesión Familiar (ver anexo 5) se evidenció que la cohesión de la familia se caracteriza por una sobreidentificación en su fusión psicológica y emocional. Existen exigencias que frenan la independencia e individualización entre los miembros. Y en la adaptabilidad la familia se muestra caótica, liderazgo limitado e ineficaz con frecuencia en cambio de reglas. Según el Modelo Circunplejo de Olson, la familia es de tipo caótica-unida, que se caracteriza por la dificultad para resolver problemas.

La Escala de Satisfacción Familiar (ver anexo 6) indican que los miembros se sienten satisfechos en relación a los aspectos de su familia y en la Escala de Comunicación Familiar (ver anexo 7) se evidenció positivismo a cerca de la calidad y cantidad de su comunicación.

Este caso se diagnosticó según el CIE-10 como F98.0 Enuresis (307.6) y cabe recalcar que a este diagnóstico se le suman otros aspectos emocionales y familiares que están asociados a la enuresis secundaria que también se evidenciaron en las diferentes pruebas psicológicas.

Para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos la terapia cognitiva-conductual, es una de las terapias más efectivas y de corta duración. Se la utiliza en intervención de salud, en casos emocionales, cognitivos, conductas desadaptadas y cuenta con técnicas y programas específicos para problemas y trastornos diversos (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).



Además, la terapia cognitiva- conductual es eficaz para tratar casos de enuresis secundaria nocturna, ya que concibe que su origen es la interrupción del aprendizaje del control de esfínteres por parte de estímulos externos y que se trata de una conducta aprendida que se puede modificar (Amador, González, y Jiménez, 2010).

Por tanto, se propone un plan de intervención para el caso de enuresis secundaria nocturna utilizando algunas técnicas cognitivo-conductuales (ver anexo 8). El objetivo de la intervención es mejorar el funcionamiento familiar y disminuir la micción nocturna mediante técnicas conductuales, entrenamiento en habilidades sociales y psicoeducación; para esto se realizarán 12 sesiones 2 veces por semana a establecer en consulta y estará dirigida tanto al niño como al entrenamiento de sus cuidadores.

En la primera semana (1ra y 2da sesión) la intervención puede partir de la psicoeducación hacia los cuidadores, donde se les ofrecerá información acerca de la enuresis; se les informará de la intervención y se motivará tanto al niño como a los cuidadores a que participen responsablemente en el tratamiento (Gonzálvez, 2014).

Durante estas sesiones se tratará de motivar al niño con comentarios positivos, esto ayudará a que el niño elimine culpas y vergüenza, se debe tratar que la familia entienda que NN no se orina conscientemente, de manera que hay que actuar de forma tranquila, instruir en evitar castigos o humillaciones de familiares y elogiar por cada avance (Amador, González, y Jiménez, 2010).

En la segunda, semana (3ra y 4ta sesión) para mejorar la comunicación familiar se utilizará el aprendizaje de comunicación asertiva, el cual parte del entrenamiento en habilidades sociales, esta es una habilidad que permitirá que se responda adecuadamente ante momentos de estrés y frustración; con este entrenamiento aprenderán a identificar y describir las situaciones problemáticas (agresividad o pasividad) en la comunicación y desarrollar un plan para modificarla (Del Tío, 2005).

En la tercera semana (5ta y 6ta sesión) se enseñará a los cuidadores sobre la efectividad de los reforzamientos positivos, los cuales son acertados para modificar conductas, aquí se debe instruir a los cuidadores a realizar cualquier tipo de actividad sociales o materiales ante las conductas adecuadas de su hijo y que los refuerzos deben ser inmediatos; una técnica a utilizar puede ser la economía de fichas previa la explicación de en qué consisten; se deberá se pueden incluir hasta 4 conductas en la economía de fichas (Morales y otros, 2015).

En la cuarta semana (7ma y 8va sesión) se trabajará en la reducción de la micción nocturna, aquí se utilizará la técnica de alarma, esta fue desarrollada para niños a partir de los 8 años y este consiste en utilizar una alarma que despierte al niño por las noches para que acuda al baño, para esto, la primera noche el niño debe tomar en exceso líquidos antes de dormir, si moja la cama deberá realizar actividades de ejercicio de limpieza, como cambiarse de ropa, cambiar sábanas y llevarlas a cesto de ropa; finalmente se deben utilizar reforzadores positivos, para premiar la cama seca, en esta técnica deberán participar los cuidadores (Amador, González, y Jiménez, 2010).

En esta semana, además, se les instruirá a los cuidadores sobre establecer reglas, normas, negociar y reducir las reprimendas, también se explicará cómo funcionan y cómo se utilizan los refuerzos positivos, y determinar cuándo utilizar refuerzos negativos como el castigo cuando el niño tenga conductas inadecuadas (Alda y otros, 2009).

En la quinta semana (9na y 10ma sesión) se entrenará en habilidades sociales utilizando la técnica de modelado, que consiste en imitar el comportamiento del terapeuta en consulta; esta técnica es la más utilizada en programas de habilidades sociales, en consulta el terapeuta sirve de modelo para los cuidadores, en la forma de comunicación, para que estos lo practiquen y a su vez con su conducta servir de modelo para sus hijos (Dehab, Rivadeneira, y Minici, 2010). En esta semana el terapeuta va desvinculando a la familia de la terapia.

Para finalizar las dos sesiones se realizarán después de un mes con la finalidad de conocer avances, eliminar cualquier duda y conocer los resultados obtenidos con la terapia, si es necesario se puede acordar una sesión en lo posterior para hacer un seguimiento.

## CONCLUSIONES

La enuresis es una patología que se produce en niños y niñas, es un problema actual que muchos padres no toman en serio, está asociada a varios aspectos relacionados con factores psicológicos que provocan que el niño adopte este acto como una forma de “reclamo” acerca de acontecimientos que lo están afectando en su entorno familiar o escolar.

El psicodiagnóstico infantil debe ser exhaustivo, con recolección de información tanto a fuentes directas como indirectas que permitan realizar hipótesis del problema que tiene el infante; sus cuidadores serán los primeros en ser evaluados para conocer a cerca de su comportamiento y estilos de crianza con el niño, solo de esta forma junto con entrevistas, observación y test específicos para la evaluación infantil se puede determinar el diagnóstico más acertado.

El plan de intervención para enuresis debe ser específico para contrarrestar determinadas conductas del niño y especialmente de los padres que puedan ser la raíz del problema; es necesaria una reeducación a los cuidadores para que adquieran nuevas conductas, hábitos familiares y estilos de crianza más sanos para con sus hijos. Las técnicas cognitivo-conductuales son efectivas para abordar diferentes problemas infantiles, por tanto, se espera un buen resultado posterior a la terapia del menor que mejore su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alda, J. A. (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia*. Esplugues. Obtenido de [https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/341.1-Faros\\_3\\_cast.pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/341.1-Faros_3_cast.pdf)
- Álvarez, N. (2016). La Construcción del Psicodiagnóstico. En *Técnicas Gráficas en psicodiagnóstico*. Obtenido de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51338/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/51338/Documento_completo_.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Amador, G. S., González, V. R., y Jiménez, I. M. (2010). Modelo Cognitivo-Conductual en un caso de enuresis secundaria nocturna. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4),80-105. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num4/Vol13No4Art5.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta ed.). España: Panamericana.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámides.
- Barrio, V. d., y Carrasco, M. A. (marzo de 2016). Problemas conductuales y emocionales en la infancia y la adolescencia. *Padres y Maestros* 6(365), 56-81 doi:pym.i365.y2016.008
- Borelle, A., Maidá, M., y De Luca, M. (2013). El test persona bajo la lluvia en niños de edad escolar con trastornos psicósomáticos. *Psicología y Psicopedagogía*, 32, 36-55. ISSN 1515-1182. Obtenido de <http://racimo.usal.edu.ar/4628/1/1892-6982-1-PB.pdf>
- Borelle, A., Maidá, M., y De Luca, M. F. (2015). El test de persona bajo la lluvia en niños de edad escolar con trastornos somáticos. análisis de las pautas gráficas. comparación con grupo control. *Anuario de investigación USAL*(2),169-180. Obtenido de <https://p3.usal.edu.ar/index.php/anuarioinvestigacion/article/view/3607/4465>
- Buck, J. (2002). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*. México: Manual moderno.
- Casas, J. E. (2014). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. *Psiconex*, 6(9), 1-20. Obtenido de

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/22435/1857>

3

Siquier De Ocampo, M., y García Arceno, M. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina. Obtenido de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2013/04/las-tecnicas-proyectivas-y-el-proceso-psicodiganostico-siquier-de-ocampo.pdf>

Dehab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. (2010). Técnicas cognitivo conductuales para el abordaje de problemas de pareja y familia. *Revista de terapia cognitivo- conductual para el abordaje de problemas de pareja y familia* (19)1-7. Obtenido de [http://www.conductitlan.org.mx/15\\_conflictosdepareja/Materiales/tecnicas-cognitivo-conductuales-para-problemas-de-pareja-y-familia.pdf](http://www.conductitlan.org.mx/15_conflictosdepareja/Materiales/tecnicas-cognitivo-conductuales-para-problemas-de-pareja-y-familia.pdf)

Del Tío, S. B. (2005). *Comunicación familiar: entrenamiento en asertividad*. Colmenarejo. ISSN 9788433011411 Obtenido de <http://ampaaristeo.galeon.com/docus/asertividad.pdf>

Feria, M., Cárdenas, M., Vásquez, J., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el manejo de los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis)*. ISSN 978-607-460-143-5 México: Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. Obtenido de [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_trastornos.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_trastornos.pdf)

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámides. ISBN 9788436825480.

Galeno, N. (2009). *Herramientas Básicas del psicodiagnóstico*. Obtenido de [http://files.evaluacion-aplicada-2.webnode.es/200000016-a7805a9769/GALEANO.N\\_copiladora.Herramientas%20basicas%20para%20el%20Psi%20codiagnostico.pdf](http://files.evaluacion-aplicada-2.webnode.es/200000016-a7805a9769/GALEANO.N_copiladora.Herramientas%20basicas%20para%20el%20Psi%20codiagnostico.pdf)

García, A. M. (2011). *Psicología Clínica Infantil. Evaluación y diagnóstico*. La Habana: Publicaciones PSICOalternativas.

Gola, C. (1973). Enuresis: Un estudio psicológico. *Revista de Psicología*, 61,1-24.

Gómez Ramírez, R. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Poisés* (33), 104-118. doi:10.21501/16920945.2500

- González, R. B., y Montoya-Castilla, I. (2015). *Psicología Clínica Infanto-Juvenil*. Madrid: Pirámide.
- González, M. T. (2014). Intervención conductual en un caso de enuresis secundaria mixta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 45-52. ISSN 2340-8340  
Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147183005>
- González-Martínez, G. (2009). El dibujo Infantil en el psicodiagnóstico. *Evsal Revistas* 2,99-103. Obtenido de [http://revistas.usal.es/~revistas\\_trabajo/index.php/0214-3402/article/view/3212/3237](http://revistas.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0214-3402/article/view/3212/3237)
- Gutiérrez Abad, San José Canella, M. N., Castroviejo Espinosa, M., Sánchez Gutiérrez, R., Ardela Diez, E., y Cordero Guevara, J. A. (2015). Enuresis nocturna. Estudio epidemiológico en población escolar. *Rev. Pediatr Aten Primaria*, 17, 227, 277-234. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400004>
- Hernández, R. H. y Alfageme, M. R. (2014). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Barcelona: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 17-31 Obtenido de [https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_trastornos Eliminacion\\_enuresis\\_encopresis.pdf](https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos Eliminacion_enuresis_encopresis.pdf)
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de Psicología*. (31) 2,615-625. doi:10.6018/analesps.31.2.174701
- Ibars Valverde, Z., y Samper Villar, F. (2018). Abordaje Práctico ante un caso de un niño o niña con enuresis. *FMC*, 2(25), 82-92. doi:10.1016/j.fmc.2017.08.00
- Lluís, J. M. (1993). Enuresis Nocturna: su relación con otros trastornos. *Anuario de Psicología* (págs.105-118). Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61201/88766>
- Macías, Y. C., y González, E. J. (2017). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Revista electrónica de las ciencias médicas en cienfuegos*, 5(3),85-91. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/1800/180020205014/>
- Martínez, A. (2008). Capítulo 2. En E. EIF, *Manual de instrumentos de evaluación familiar*. Madrid: CCS.

- Martínez-García, R. M. (2009). Tiempo de reflexión sobre la enuresis. *Actas urológicas*, 9(33), 935-938.
- Montouto, M. (marzo de 2015). El proceso psicodiagnóstico de niños con dificultades de aprendizaje. Montevideo. 1-38. Obtenido de [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7536/1/trabajo\\_final\\_de\\_grado\\_.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7536/1/trabajo_final_de_grado_.pdf)
- Morales Carla, P. y. (2015). *Guía de intervención infantil*. Madrid. Obtenido de [http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/guia\\_infantil.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/guia_infantil.pdf)
- Olvera, G. O., y Gómez-Maqueo, E. L. (2014). Enuresis y encopresis: tratamiento a través de la psicoterapia de juego. En E. L. Gómez-Maqueo, y C. H. Ancona, *Psicopatología riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 108-112). México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Ginebra.
- Paín, S. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Obtenido de <https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/pain-diagnostico-y-tratamiento-de-los-problemas-de-aprendizaje.pdf>
- Portuondo, J. A. (2001). *La figura humana: Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva. ISBN 950602006X
- Querol, S. M., y Chávez, M. I. (2006). *Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar editorial S.A
- Rivilla, L. F. (2017). *Enuresis Infantil. Atlas de incontinencia urinaria y suelo pélvico*. 77-790. Obtenido de [http://www.idytur.es/wp-content/uploads/2014/02/200712281620460.777\\_790%20TEMA%2054.pdf](http://www.idytur.es/wp-content/uploads/2014/02/200712281620460.777_790%20TEMA%2054.pdf)
- Rocher, K. (2009). *Casa, Árbol, Persona*. Buenos Aires: Lasra.

- Ruiz, J. P. (2005). *Aplicación e interpretación del test dibujo de la figura humana (según el sistema de E. M. Koppitz)*. Madrid. Obtenido de <https://es.slideshare.net/AldoRomero/142294381-testfigurahumanamanualdekoppitzpdf>
- Ruiz, M. A., Díaz García, M., y Arabella Villalobos, C. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Declée.
- Sanz, M. (2008). Capítulo 4. En E. EIF, *Manual de instrumentos de evaluación familiar*. CCS.
- Sanz, M. (2008). Capítulo 3. En E. EIF, *Manual de instrumentos de evaluación familiar*. Madrid: CCS.
- Vives Gomila, M. (2011). *Psicodiagnóstico Clínico Infantil*. Psicología 4. Obtenido de <http://www.publicacions.ub.es/refs/indices/06912.pdf>
- Vives Gomila, M. (2006). *Test proyectivos: aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. UBE. Obtenido de <http://www.publicacions.ub.es/refs/indices/06646.pdf>



## ANEXOS

### ANEXO 1

#### INFORME PSICOLÓGICO

##### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**Nombres y Apellidos:** N.N.

**Fecha de Nacimiento:** 17 de Julio del 2009

**Escolaridad:** Cuarto de Básica **Establecimiento:** Escuela Jaramillo Montoya

**Lugar que ocupa en su familia:** 5/5

**Dirección:** Junín y Eloy Alfaro **Teléfono:** 2939906

**Fecha de evaluación:**

→ Aplicación del test del HTP - Persona bajo la lluvia – Figura humana - Domingo, 23 de diciembre del 2018.

→ Entrevista - Aplicación de test de evaluación familiar - Sábado, 05 de enero del 2019.

##### 2. MOTIVO DE CONSULTA

Ensayo – Titulación: Psicodiagnóstico y propuesta de plan terapéutico en un niño.

##### 3. ANAMNESIS FAMILIAR

Familia compuesta por cinco personas (4 adultos y 1 niño) abuela materna, madre, tía materna y prima materna.

Mireya (abuela), tiene 60 años, con una escolaridad de nivel superior actualmente labora en una institución educativa, es quien sustenta a José Luis, además de ser la encargada de la supervisión de las tareas escolares, es quien según su percepción es quien da afecto a N.N.

Sofía (madre), tiene 35, con una escolaridad de nivel superior, en la actualidad labora en el área contable de una empresa, es quien cubre los gastos de N.N. no tiene mucho contacto y supervisión del infante debido a sus largas horas laborales.

Lorena (tía), tiene 56 años es hermana de Mireya con una escolaridad de nivel Superior, labora en una institución educativa, y es quien imparte las normas, reglas y límites en el hogar.

Alejandra (prima) tiene 24 años es estudiante de nivel superior, ayuda poco en casa de acuerdo a su tiempo disponible, no colabora económicamente en el hogar.

#### **4. CONDICIONES DE VIVIENDA**

La familia habita en un tipo de vivienda propia de construcción mixta, la misma que consta de 6 habitaciones repartidas de la siguiente manera: 3 dormitorios, sala, cocina y 1 baño.

Todos comparten los 3 dormitorios al igual que el baño para asearse. En la hora del desayuno comen casi todos juntos a excepción de Alejandra, en el almuerzo come en compañía de Mireya y Alejandra sin embargo en la merienda lo hacen conforme van llegando.

#### **5. DESARROLLO DEL NIÑO**

##### ***Prenatal:***

La madre manifiesta que se presentó preeclampsia, la cual fue tratada con medicamentos antihipertensivos, los nombres de los medicamentos indica no recordarlos

##### ***Perinatales***

En el proceso de alumbramiento se presentó una asfixia, producida por el cordón umbilical enredado en el cuello, por tales circunstancias se presentó el color cianótico, lo cual fue superado rápidamente, en los primeros minutos el no presentó novedades.

##### ***Postnatal***

No hubo novedades, en el transcurso de los primeros minutos de vida.

##### ***Marcha***

En el periodo de la marcha se presentó el problema de pie plano al año y medio, el cual fue corregido mediante el uso de zapatos ortopédicos para la formación del puente del pie, y mejorar el área motora de esta forma.

### ***Lenguaje***

Comenzó con el balbuceo a partir de los seis meses y luego apareció el habla, en este periodo no presenta alteraciones.

### ***Control de Esfínteres***

Controló completamente sus esfínteres a los 5 años de edad.

### ***Alimentación:***

Manifiesta que no hubo problemas en este aspecto, pues la alimentación la realizó de manera normal y empezó a comer solo desde la edad de 1 año y 8 meses.

### ***Aseo***

No presenta novedades. A partir de los 7 años empezó a asearse solo sin que estuviese la mayor parte del tiempo en compañía de su mamá.

### ***Vestimenta***

No presenta novedades. A partir de los 5 años se empezó a vestir solo, puede abotonarse, amarrarse los zapatos y elige la ropa de su preferencia para vestirse.

### ***Área Social***

En la escuela y en la ciudadela en donde viven sus abuelos paternos tiene amigos con los que disfruta jugar, suele tener un comportamiento agresivo. Realiza compras por sí solo en las tiendas que se encuentran alrededor de su casa con supervisión de las tías y de su abuelita.

### ***Área Emocional***

Se presenta tímido cuando no conoce a alguien pero a medida que se va relacionando con la persona va desenvolviéndose con ella. Es iracundo cuando lo corrigen o le alzan la voz y llora cuando se siente impotente o incapaz de defenderse ante algo que a él le haya lastimado.

### ***Área Escolar***

Desde los 2 años fue ingresado en el Centro de desarrollo infantil o guardería “Mi Sendero” en donde fue educado y estimulado hasta ingresar al primer grado de educación básica. Aprende

con rapidez y no se reporta ninguna novedad en esta área, sin embargo tenía constantes llamados de atención debido a su mal comportamiento.

### ***Sueño***

No presenta novedades a excepción de la enuresis, que lo levanta debido a la sensación de sentirse mojado.

### ***Juego***

En la escuela, con frecuencia es uno de los niños que organiza los juegos que se harán y las reglas de los mismos, de esta manera cuando alguien no le gusta o no le parece lo que hace pelea con ellos.

### ***Sexualidad***

Se lleva adecuadamente con niños y niñas de su misma edad. Con respecto al sexo femenino es empático y respetuoso y con el sexo masculino se muestra como líder y tiene la iniciativa.

## **6. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS**

### **Evaluación al niño**

#### **a) HTP**

El niño evaluado presenta una personalidad agresiva tanto por el trazo marcado como en los colores utilizados en los dibujos, a su vez también se encuentran sentimientos de inseguridad lo cual se puede reflejar la carencia del apego materno, se presentan retraimiento, rechazo y evitación. Se evidencia que la comunicación no es adecuada, pues en el dibujo de la casa y el árbol, en donde se demuestra agresividad, inseguridad pues esto queda corroborado con la historia, pues al vivir dentro de la casa de la abuela materna sus sentimientos son otros provocando una inestabilidad emocional.

#### **b) PERSONA BAJO LA LLUVIA**

Se demuestra un niño consciente de su espacio, a la vez de querer regresar a la protección materna, se encuentra introversión y se corrobora con el pesimismo y debilidades representadas, se encuentra una represión del afecto, además de sentir amenaza de su entorno y una cierta despersonalización y poca adaptación, lo cual coarta su forma de expresión. También se pone de manifiesto su ansiedad por tener control de su parte inferior el cuerpo lo

cual se relaciona directamente con la enuresis que presenta. Se resalta casi en todos los puntos evaluados la agresividad, represión y dependencia que existe hacia la madre, pero a la vez se pone en evidencia la inseguridad y que necesita de protección, esto se enmarca en los sentimientos de soledad y de depresión que se observa en el dibujo.

### **c) FIGURA HUMANA**

Se reflejan indicadores de tensión en el niño, intento rígido de controlar sus impulsos sexuales. Se evidencia en N.N. inmadurez emocional, impulsividad, controles internos pobres sobre sus acciones, inseguridad y necesidad de cariño todo esto se corroboró junto a la entrevista aplicada a sus cuidadoras en donde la madre no comparte tiempo de calidad con el niño y cuando lo hace es para castigarlo.

### **Evaluación a la familia**

#### **d) ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y DE LA COHESIÓN FAMILIAR (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE - VERSIÓN ESPAÑOLA REDUCIDA; FACES II 20 - VER)**

En la subescala de cohesión, se obtuvo un puntaje de 45 o un rango moderado a alto lo que indicaría que esta familia posee un nivel de cohesión relacionada o unida.

La familia unida se caracteriza por una sobreidentificación con su familia en su fusión psicológica y emocional. Hay exigencias de lealtad y consenso que frenan la independencia, individualización o diferenciación entre sus miembros.

En la subescala de adaptabilidad, se obtuvo un puntaje de 39 o un rango muy alto lo que indicaría que esta familia posee un nivel de adaptabilidad caótico, caracterizado por un liderazgo limitado e ineficaz con frecuentes cambios de reglas.

De acuerdo al modelo circumplejo de Olson con base en la cohesión y adaptabilidad, esta familia vendría a ser de tipo caótica-unida, caracterizándose por ser una familia con dificultades para resolver sus problemas, por lo que a veces pretenden solucionar los conflictos a través de uno de los miembros, convirtiéndose éste en una víctima de los conflictos familiares, a pesar de esto mantienen una retroalimentación positiva creando nuevas estructuras dentro del sistema.

**e) ESCALA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (FAMILY SATISFACTION SCALE-VERSIÓN ESPAÑOLA: FSfS-VE)**

Se obtuvo un puntaje de 44 lo que corresponde al 61-85% e indicaría un nivel alto en que este miembro de la familia se encuentra satisfecha con la mayoría de los aspectos de su familia.

**f) ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (FAMILY COMMUNICATION SCALE-VERSIÓN ESPAÑOLA: FCS-VE)**

Se obtuvo un puntaje de 44 lo que corresponde al 86-99% e indicaría un nivel muy alto en que este miembro de la familia se siente muy positiva acerca de la calidad y cantidad de su comunicación familiar.

**7. OBSERVACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS**

**a) HTP**

○ **Casa**

- 1) Pidió una regla para dibujar las líneas de manera perfecta.
- 2) Primero realizó la casa y luego preguntó si podía dibujar un jardín.
- 3) Miró por un momento las flores que hizo para el jardín.
- 4) Giró la hoja para hacer las líneas

○ **Árbol**

- 1) Al final de realizar el dibujo del árbol añadió el sol.
- 2) Preguntó si podía añadir flores y frutos al árbol.

○ **Persona**

- 1) Se dio cuenta que estaba haciendo un dibujo muy pequeño así que lo borró y lo ubicó en la parte de la mitad de la hoja.
- 2) Se vio sus manos para dibujar en la persona.
- 3) Alzó una vez la hoja y miró el dibujo
- 4) Miró sus dedos para dibujarlos en el papel

- 5) Tuvo dificultad en dibujar el pie derecho de la persona.
- 6) Dijo que no podía dibujar zapatos por eso no los hizo.

**b) PERSONA BAJO LA LLUVIA**

- Dijo que quería pintar el pantalón para que se vea.
- Dibujó primero la persona y luego la lluvia.

**c) FIGURA HUMANA**

- Dibujó primero el cuerpo luego la cabeza.
- Hacía mucho énfasis en el cabello.

**8. OBSERVACIÓN GENERAL**

- Tuvo buena disposición para realizar los test, preguntó de qué se trataban y acató las consignas de forma adecuada.
- Demoró mucho más tiempo dibujando la persona en el Test del HTP.
- Mientras él estaba realizando la parte del pintado de cada dibujo del Test del HTP, su mamá se acercó a él lo cual le resultó muy incómodo y cambió su humor totalmente. Indicaba que ella estaría allí solo para criticarlo y burlarse de lo que estaba haciendo, así que decidió pintar rápido los dibujos e indicaba que lo hacía para desocuparse pronto porque se sentía aburrido.
- La mamá le preguntaba acerca de los dibujos, tuvo que repetir 3 veces la pregunta debido a que él ignoraba lo que ella decía y ya cuando respondió lo hizo muy molesto.

**9. DIAGNÓSTICO**

F98.0 Enuresis (307.6)

**10. PRONÓSTICO**

El pronóstico es favorable si se sigue el Plan terapéutico, caso contrario será desfavorable si no se cuenta con la ayuda y compromiso de parte de los cuidadores

**11. RECOMENDACIONES**

**a) Terapéuticas:**

**Padres:**

- Motivar al niño con comentarios positivos.
- Establecer normas, reglas y límites dentro del hogar y respetarlas.
- Compartir más tiempo de calidad en familia.
- Tener una comunicación asertiva dentro del hogar.
- Establecer tareas dentro del hogar.

**FIRMA DE RESPONSABLE:**

**Blacio Burie Verónica**

**Fecha de entrega del informe:** Jueves, 17 de febrero del 2019.



## HISTORIA PERSONOLÓGICA

### 1. DATOS GENERALES

#### 1.1 DATOS GENERALES DEL NIÑO

NOMBRES Y APELLIDOS: N.N.		
FECHA DE NACIMIENTO: 17-07-2009	EDAD: 9 años	SEXO: Masculino
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	TIPO DE SANGRE: A+	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Buena Vista y Sur	HERMANOS: -	
CON QUIEN VIVE EL NIÑO: Abuela, madre, tía materna y prima materna		

#### 1.2 DATOS GENERALES DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Honores		
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Edla. El Seguro	EDAD: 38 años	SEXO: Masculino
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	TIPO DE SANGRE: A+	
INSTRUCCIÓN: Superior	TELÉFONO: -	
PROFESIÓN: Ing. en sistemas	LUGAR DE TRABAJO: Colegio "El Oro"	
RELIGIÓN: Católico	ESTADO CIVIL: Casado	

#### 1.3 DATOS GENERALES DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Jaramiento
---------------------------------------

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Buenavista y sucre.	EDAD: 35 años	SEXO: Femenino
NACIONALIDAD: Ecuatoriana.	TIPO DE SANGRE: O+	
INSTRUCCIÓN: Superior	TELÉFONO: —	
PROFESIÓN: Leda. en parvulos	LUGAR DE TRABAJO: CBV - SUPERVISORA	
RELIGIÓN: Cristiana / Evangelica	ESTADO CIVIL: Soltera	

1.4 DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE ASISTE EL NIÑO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Jaramillo Montoya.	
NIVEL: Primaria	SECCIÓN:
JORNADA: Matutina	AÑOS REPETIDOS: No.
OTROS DIAGNÓSTICOS:	FECHA DEL DIAGNÓSTICO:

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDADES MENTALES	No RECURRE
SÍNDROME DE DOWN	No RECURRE
ALCOHOLISMO	No RECURRE
ZURDOS	No RECURRE

LES FUE DIFÍCIL APRENDER A ESCRIBIR	No REFIERE
LES FUE DIFÍCIL APRENDER A LEER	No REFIERE
ALGÚN FAMILIAR TARDO EN HABLAR	No REFIERE
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	No REFIERE

### 3. DATOS REFERENTES A EMBARAZO Y PRIMERA INFANCIA

#### 3.1 DATOS PRENATALES

No. de Embarazo (1)

¿Estuvo expuesta a rayos x?: No

¿Padeció alguna enfermedad durante el embarazo? No

¿Tuvo alguna hemorragia? No

¿Qué medicamentos ingirió durante el embarazo? Vitaminas

¿Padeció de alguna infección durante el embarazo? No

¿Padeció algún golpe durante el embarazo? No

¿Sufrió de convulsiones durante el embarazo? No

¿Ha tenido abortos? No

#### 3.2 DATOS PERINATALES

Al término ( ) prematuro ( ) cesárea (✓) normal ( )

Recibió anestesia: general ( ) local (✓)

Hora de nacimiento del niño: 10:00 am.

¿Lloró al nacer? Sí

Nació: morado (✓) ictericia ( )

#### 3.3 DATOS DE PRIMERA INFANCIA

Hubo hospitalización: No

¿A qué edad se sentó solo? 9 meses

¿A qué edad se mantuvo parado solo? 1 año

¿A qué edad empezó a caminar? 1 año 5 meses

¿A qué edad controló sus esfínteres? 5 años

#### 4. DATOS REFERENTES AL DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? 4 meses

¿Dijo la palabra mamá automáticamente? (Si)

¿Presentó defectos de pronunciación?: (No)

#### 5. DATOS REFERENTES A LA VIDA PSÍQUICA

Su sueño es: Tranquilo ( ) Interrumpido (✓) Sonambulismo ( )

El niño es:

Cariñoso ( ) Tímido ( ) Nervioso ( ) Peleador (✓) Inquieto ( )  
Agresivo (✓) Sociable (✓) Muy mimado (✓)

Juega: solo ( ) con niños de su edad (✓) mayores ( ) menores ( )

Es diestro (✓) zurdo ( ) ambidiestro ( ) se obligó a usar la derecha ( )

Cuál es su actitud:

Con sus compañeros: Le gusta tener el control.

Con su maestra: Desobediente

Hacia el juego: No le gusta perder.

#### 6. DATOS REFERENTES A LA VIDA SOCIAL

Cómo fue su adaptación a la escuela: Aceptable

Cómo fue su integración: Aceptable.

Cómo fue su rendimiento: Le cuesta actuar rítmico.

Cómo es la relación con:

Su padre: Poca - Nula.

Su madre: Aceptable

Con sus abuelos: Muy buena.

#### 7. DATOS REFERENTES AL ASEO

¿A qué edad se vistió solo? 4 años.

¿Se lava la cara solo? Si

¿Se lava las manos solo? Si

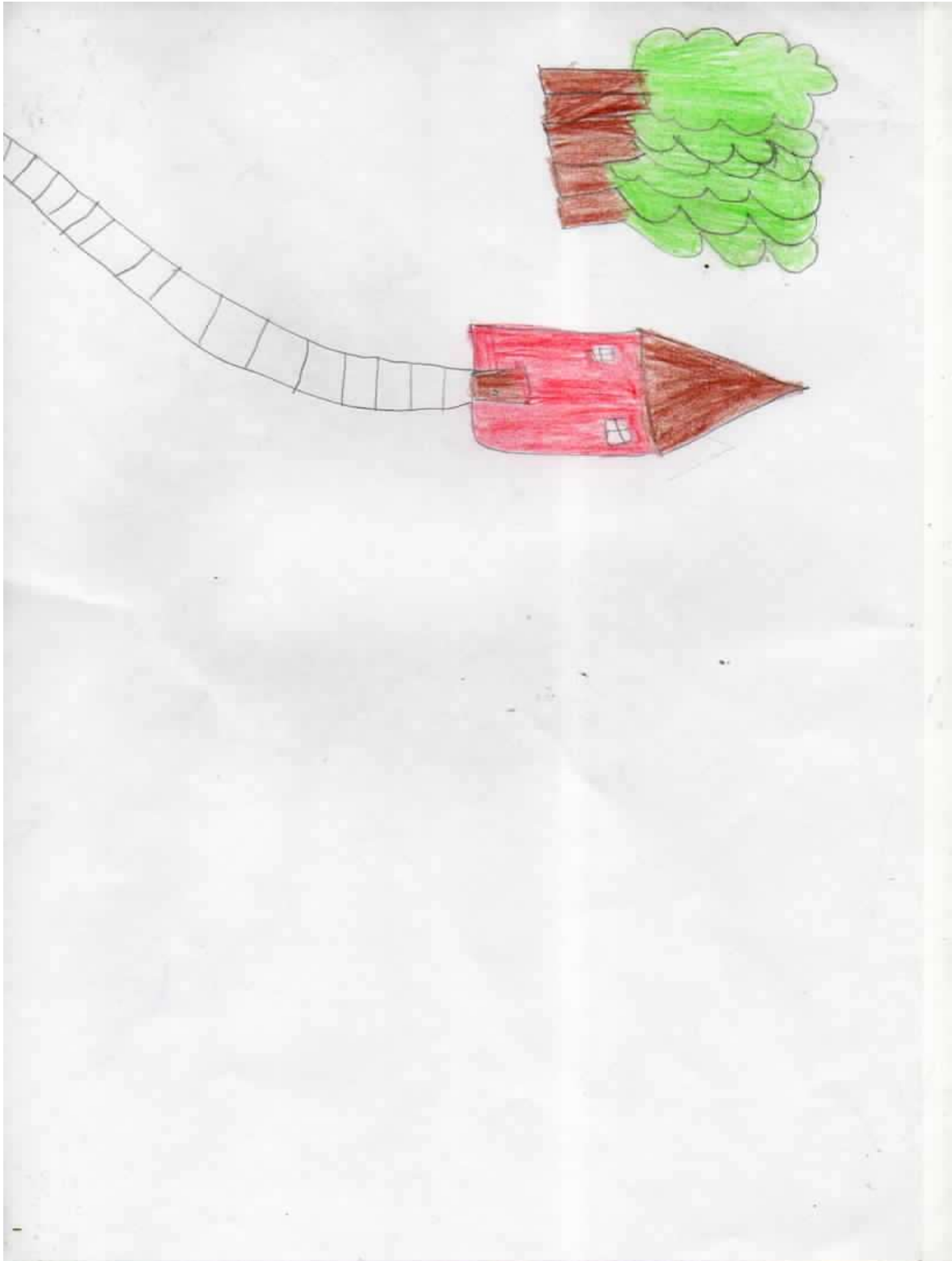
¿Se baña solo? Si

Control de esfínteres diurno: Si

Control de esfínteres nocturno: No

**ANEXO 2**

**TEST H.T.P: Aplicado el 23/12/2018.**









ANEXO 3

TEST PERSONA BAJO LA LLUVIA: Aplicado el 23/12/2018.



ANEXO 4

TEST FIGURA HUMANA DE CORMAN: Aplicado el 23/12/2018.



## ANEXO 5

Aplicada el 05/01/2019.

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y DE LA COHESIÓN FAMILIAR (FACES II)**

A continuación tienes unas frases relativas a tu familia. Tienes que contestar indicando la frecuencia con la que ocurre con base en la siguiente escala:

**1 = Nunca o casi nunca.**  
**2 = Pocas veces.**  
**3 = A veces**  
**4 = Con frecuencia.**  
**5 = Casi siempre.**

1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.	1	2	3	4	5
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	1	2	3	4	5
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	1	2	3	4	5
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	1	2	3	4	5
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	1	2	3	4	5
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.	1	2	3	4	5
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	1	2	3	4	5
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5
11	Nos sentimos muy unidos.	1	2	3	4	5
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.	1	2	3	4	5

13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie	1	2	3	4	5
14	En nuestra familia las reglas cambian.	1	2	3	4	5
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.	1	2	3	4	5
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	1	2	3	4	5
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	1	2	3	4	5
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	1	2	3	4	5
19	La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.	1	2	3	4	5

### Puntuación

Cohesión → 45 pts. (Relacionada o unida)

Adaptabilidad → 39 pts. (Caótica)

Modelo circunplejo de Olson → Familia: caótica-unida.

## ANEXO 6

Aplicada el 05/01/2019.

**ESCALA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR**

---

**(FAMILY SATISFACTION SCALE-VERSIÓN ESPAÑOLA; FSfs-VE)**

Por favor, indica tu grado de satisfacción con lo siguiente:

**1 = Nada satisfecho.  
2 = Insatisfecho.  
3 = Ni insatisfecho, ni satisfecho.  
4 = Satisfecho.  
5 = Muy satisfecho.**

1	El grado de cercanía entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
2	La capacidad de tu familia para afrontar las situaciones de tensión.	1	2	3	4	5
3	La capacidad de tu familia para ser flexible o adaptable.	1	2	3	4	5
4	La capacidad de tu familia para compartir experiencias positivas.	1	2	3	4	5
5	La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	La capacidad de tu familia para resolver conflictos.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de tiempo que pasáis juntos como una familia	1	2	3	4	5
8	El modo en que los problemas son tratados.	1	2	3	4	5
9	Lo justa que es la crítica en tu familia.	1	2	3	4	5
10	La preocupación de cada uno de nosotros por los otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5

Puntuación  
Satisfacción familiar → 44pto.

## ANEXO 7

Aplicada el 05/01/2019.

**ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR**  
(FAMILY COMMUNICATION SCALE-VERSIÓN ESPAÑOLA; FCS-VE)

Por favor, indica en qué medida cada una de las siguientes frases describe a tu familia:

**1 = No describe nada a mi familia.**  
**2 = Sólo la describe ligeramente.**  
**3 = Describe a veces a mi familia.**  
**4 = En general, sí describe a mi familia.**  
**5 = Describe muy bien a mi familia.**

1	Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos.	1	2	3	4	5
2	Los miembros de la familia sabemos escuchar.	1	2	3	4	5
3	Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros.	1	2	3	4	5
4	En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.	1	2	3	4	5
5	Disfrutamos pasando tiempo juntos.	1	2	3	4	5
6	Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.	1	2	3	4	5
7	Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.	1	2	3	4	5
8	Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.	1	2	3	4	5
9	Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas.	1	2	3	4	5
10	En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5

Puntuación  
Comunicación familiar → 44 pts.

## ANEXO 8

<b>PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE ENURESIS</b>			
<b>Objetivo general:</b> mejorar el funcionamiento familiar y disminuir la micción nocturna			
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Educar sobre la enuresis</li> <li>● Desarrollar habilidades de comunicación en la familia</li> <li>● Mejorar conductas, hábitos familiares y estilos de crianza saludables en la familia</li> </ul>			
<b>Enfoque:</b> Cognitivo- conductual			
<b>Sesión</b>	<b>Técnica</b>	<b>Contenido</b>	<b>Resultados esperados</b>
<b>1</b>	Psicoeducación (Gonzálvez, 2014)	Educar sobre la enfermedad, los problemas emocionales asociados	Promover comentarios positivos en los cuidadores hacia el niño.
<b>2</b>	Psicoeducación (Amador, González, y Jiménez, 2010)	Educar acerca de la relación saludable con el infante. Instruir en evitar castigos, reprimendas, humillaciones por la enuresis. Explicar sobre hábitos saludables en la familia.	Eliminar vergüenzas y culpas en el niño sobre su problema Adquisición de nuevas formas de trato hacia el niño por parte de los cuidadores.
<b>3</b>	Comunicación asertiva (Del Tío, 2005)	Enseñar a escuchar Resumir lo que escucha Expresar sentimientos, emociones.	Mejorar la comunicación, expresión de sentimientos Aumentar lazos familiares

4	Comunicación asertiva (Del Tío, 2005)	Identificar cómo se responde a los problemas con agresividad o con pasividad Enseñar a realizar un plan para modificar el comportamiento.	Responder adecuadamente ante situaciones estresantes
5	Economía de fichas (Morales y otros, 2015)	Enseñar en qué consiste la técnica. Explicar que debe entregar un estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas, vales canjeables) al niño inmediatamente después de la conducta que se quiere reforzar. Enviar tarea de ensayo en casa	Modificar conductas inadecuadas dentro del hogar y la escuela.
6	Economía de fichas (Morales y otros, 2015)	Identificar las conductas que pueden modificar los cuidadores con esta técnica y motivar a utilizarla. Ensayar	Instaurar nuevas conductas adecuadas en el menor.
7	Planificación de actividades/ Reforzadores tangibles (Morales y otros, 2015)	Explicar la importancia de realizar actividades juntos, diseñar una planificación de actividades gratificantes para realizar en familia.	Mejorar la interacción familiar



8	<p>Técnica de alarma/reforzadores positivos (Amador, González, y Jiménez, 2010).</p>	<p>Se enseña a los cuidadores a utilizar una alarma que despierte al niño por las noches para que acuda al baño. Explicar que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La primera noche el niño debe tomar en exceso líquidos antes de dormir</li> <li>- Si moja la cama deberá realizar actividades de ejercicio de limpieza, como cambiarse de ropa, cambiar sábanas y llevarlas cesto de ropa</li> </ul> <p>Instruir en utiliza técnicas de reforzamiento para aumentar el acto de ir al baño y premiar la cama seca.</p>	<p>Disminuir la micción involuntaria Desarrollar nuevos hábitos saludables</p>
9	<p>Reforzamiento positivo (Amador, González, y Jiménez, 2010).</p>	<p>Se enseñará a los cuidadores a establecer reglas en determinados casos.</p> <p>Se explicará cómo utilizar reforzadores tangibles (premios, recompensas) en diferentes casos estratégicamente implantar conductas como aseo, colaboración en casa, recoger su habitación, realizar tareas.</p> <p>Explicar cuándo utilizar el castigo en inadecuada conducta.</p>	<p>Incluir en el repertorio de los cuidadores nuevas formas de corrección, enseñanza y cuidado del niño.</p>

10	Habilidades sociales- técnica de modelado (Dehab, Rivadeneira, y Minici, 2010)	Instruir a los cuidadores acerca de cómo deben comunicar Ser modelo de comunicación en tono adecuado, realizar preguntas correctamente o realizar con tacto cualquier solicitud. Tarea: ensayar en casa el tono bajo al comunicarse.	Disminuir las reprimendas y castigos inadecuados. Aumentar conductas adaptativas
11	Repaso de técnicas evaluación	Repasar técnicas que no se hayan entendido o que se necesiten reforzar. Evaluar los cambios.	Evidenciar progreso en el funcionamiento familiar y en la disminución de la enuresis
12	Seguimiento	En la sesión se realiza un seguimiento de los cambios y se concreta otra cita si los cuidadores lo creen necesario.	Evaluar cambios