

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador: Tratamiento sistémico de un caso de enuresis infantil primaria.

Autor: Leporati, Pablo Martín
Tutor: Dra. Valeria Wittner

Índice.

1. Introducción	1
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general	2
2.2 Objetivos específicos	2
3. Marco teórico	3
3.1 Sintomatología y diagnóstico de enuresis infantil primaria	3
3.2 El enfoque sistémico	5
3.2.1 Del consultante individual al sistema	5
3.2.2 El equilibrio y el cambio en los sistemas	6
3.2.3 El rol del terapeuta	8
3.3 Modelos de intervención sistémicos	10
3.3.1 Modelo estratégico	10
3.3.2 Modelo estructural	11
3.3.3 Enfoque narrativista	13
3.4 Enfoque conductual	15
3.5 Intervenciones	16
3.5.1 Intervenciones Directivas	16
3.5.2 Prescripción del síntoma	17
3.5.3 Intervenciones paradójales	17
3.5.4 Reencuadre	18
3.5.5 Reestructuración.	19
3.5.6 Concretización	20
3.5.7 Sistema de alarma	21
3.5.8 Sistema de registro con premios y refuerzos sociales	21
3.5.9 Práctica positiva	22
3.5.10 Entrenamiento en limpieza	22
3.5.11 Entrenamiento en retención urinaria	22
3.5.12 Despertar escalonado	23
3.5.13 Entrenamiento en cama seca	23
4. Metodología	25
4.1 Tipo de estudio y diseño	25
4.2 Participantes	25
4.3 Instrumentos	25
4.4 Procedimiento	26
5. Desarrollo	27
5.1 Presentación del caso	27
5.2 Describir la sintomatología compatible con diagnóstico de enuresis infantil primaria en un niño de siete años	28
5.3 Describir las intervenciones sistémicas empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años	31
5.4 Describir las intervenciones conductuales empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años	37
5.5 Analizar los cambios en un niño de 7 años a lo largo de 6 meses de tratamiento psicológico de la enuresis primaria mediante tratamiento sistémico con integración de intervenciones conductuales	41
6. Conclusiones	43
7. Referencias Bibliográficas	48

1. Introducción

En el marco de la materia Práctica Profesional y Habilitación de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó un proceso de pasantía de formación y práctica profesional en una fundación de formación de terapeutas en modelos sistémicos cognitivo conductuales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se completaron un total de 280 hs en las que se realizaron tareas de formación, observación participante de procesos de supervisión, observación no participante de entrevistas de admisión, investigación bibliográfica relacionada con proyectos de investigación de la fundación y atención en co-terapia en un centro efector de la fundación ubicado en una localidad del Gran Buenos Aires. Durante la participación del proceso de supervisión se presenciaron las consultas de una terapeuta sobre el tratamiento de un caso de enuresis. A partir de las sugerencias introducidas por el supervisor, surgió un interés en el caso que fue acrecentándose hasta constituir este trabajo de descripción del tratamiento. Éste incluyó intervenciones sistémicas y conductuales utilizadas estratégicamente en combinación para lograr el objetivo de la terapia. En este trabajo final integrador se describe y analiza el tratamiento de un caso de enuresis infantil primaria mediante el abordaje sistémico cognitivo conductual, se describen las intervenciones realizadas desde este modelo, se analiza la inclusión de las intervenciones conductuales y se evalúan los cambios que estos procedimientos introdujeron en el consultante a lo largo de 6 meses de tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir y analizar el tratamiento de un niño de 7 años con enuresis infantil primaria mediante un abordaje desde el modelo sistémico con integración de intervenciones conductuales.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología compatible con diagnóstico de enuresis infantil primaria en un niño de siete años.
- Describir las intervenciones sistémicas empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años.
- Describir las intervenciones conductuales empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años.
- Analizar los cambios en un niño de 7 años a lo largo de 6 meses de tratamiento psicológico de la enuresis primaria mediante tratamiento sistémico con integración de intervenciones conductuales.

3. Marco teórico

3.1 Sintomatología y diagnóstico de enuresis infantil primaria

De acuerdo a las recomendaciones de estandarización de la International Children's Continenence Society (ICCS), se utiliza el término enuresis para la incontinencia de orina que sucede durante la noche en forma continua o intermitente (Nevéus et al., 2006). La enuresis es una patología largamente conocida. Se tiene registro escrito de la existencia de tratamientos para su cura que datan del año 1500 A.C. y en busca de su cura se han utilizado una enorme variedad de métodos, tratamientos y medicinas con resultados poco concluyentes. En la actualidad el trastorno sigue afectando a una parte considerable de la población infantil, lo que presenta importantes interrogantes respecto de su etiología, diagnóstico y tratamiento (Miguélez Lago, Centeno, Cerchar, Toro & Mérida, 2012). Según datos recientes, la prevalencia actual de la enuresis para niños de 7 años es aproximadamente del 10% con al menos un episodio cada 6 meses y es mas frecuente en una proporción de casi 2:1 en niños respecto de las niñas (Wilson et al., 2013).

De acuerdo a la ICCS (Nevéus et al., 2006) la enuresis es considerada tanto un síntoma como un trastorno y su clasificación se realiza de acuerdo a criterios relacionados con la presencia o ausencia de otros síntomas, y la consecución de la continencia previa a la presencia del trastorno (Rodríguez Fernández & Gracia Manzano, 2008). La enuresis mono-sintomática es la incontinencia que se produce durante el sueño en ausencia de otros síntomas en el tracto urinario inferior (Wilson et al., 2012) y se considera primaria cuando el niño nunca ha logrado mantener su cama seca por un período mayor a seis meses (Rodríguez Fernández & Gracia Manzano, 2008).

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) la enuresis no orgánica se diagnostica en niños a partir de los 5 años de edad y se caracteriza por la secreción de orina en la cama o la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria, con una frecuencia de al menos dos veces a la semana y por 3 meses como mínimo, acompañado de la presencia de estrés o impedimentos en el desarrollo de actividades sociales, académicas u otras áreas importantes de funcionamiento. Asimismo, el DSM-5 establece que en el diagnóstico diferencial se debe descartar la presencia de enfermedad médica compatible o enuresis como efecto adverso de una medicación (APA, 2013).

En cuanto a la eficacia de los distintos tipos de tratamiento para la enuresis Houts, Bergman y Abramson (1994) estudiaron la efectividad de los distintos tratamientos comparados con grupos tratados con placebo. Ellos encontraron que los tratamientos psicológicos tienen la mejor eficacia porcentual de remisión de la enuresis seguidos por los tratamientos con medicamentos, y los grupos con placebo.

También fueron mas efectivos los tratamientos psicológicos en el período de seguimiento comparado con los tratamientos con medicamentos. El estudio además discriminó dentro de los tratamientos psicológicos los que utilizaban el sistema de alarma y los que prescindían de él concluyendo que los que incluyen el uso de este dispositivo son mas efectivos. Estos resultados confirman un resultado obtenido en un estudio previo de Bragado Álvarez (1983) quien había estudiado la eficacia diferencial de diferentes intervenciones conductuales para la enuresis. Ella encontró que a lo largo de 8 semanas de tratamiento los niños que hacían un entrenamiento combinado con sistema de alarma lograron alcanzar la meta de cero $M = 0$ noches mojadas contra $M = 2,37$ noches mojadas de los que hacían el mismo tratamiento pero sin el sistema de alarma. Se puede concluir que los tratamientos psicológicos son mas efectivos que los farmacológicos para la enuresis infantil, y que el dispositivo de alarma suele ser un factor importante en la eficacia de dichos tratamientos.

Sin embargo, la mayoría de estos tratamiento necesitan como condición indispensable con una colaboración decidida y sostenida por parte de toda la familia (Andolfi, 1985). Por esta razón un tratamiento de la integral de la enuresis debería contemplar tanto intervenciones conductuales específicas como las referidas al ordenamiento y colaboración del sistema

familiar.

A continuación se describirán los modelos sistémicos y conductuales que sirven de fundamento teórico a las intervenciones realizadas en el tratamiento del caso.

3.2 El enfoque sistémico

El enfoque sistémico nace a mediados de los años 50' cuando Bateson comienza a aplicar la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy y la Teoría Cibernética de Wiener a las ciencias de la conducta. La perspectiva sistémica de la psicología se define como la aplicación al campo de la conducta de diferentes teorías provenientes de otros campos del conocimiento, como las teorías de la comunicación, del aprendizaje, ecológica y cibernética que Bateson ha desarrollado a lo largo de su obra (Wainstein, 2006a).

Entre las teorías que Bateson ha integrado, encuentra un lugar central la teoría general de los sistemas, entendiendo por sistema a un conjunto organizado e interrelacionado de elementos donde: el comportamiento de cada una de las partes es dependiente de al menos alguna otra y co-afecta al todo, ningún emergente deriva del comportamiento de un elemento aislado, y el sistema se relaciona con otros sistemas mayores y el ambiente (Wainstein, 2006b).

La aplicación de esta teoría al campo de la psicoterapia propone salir de la lógica lineal causa-efecto y por lo tanto no considera que el problema sea únicamente del consultante, sino que un persona que acude a una consulta psicológica, debe ser considerada como un elemento en relación con otros elementos organizados en sistemas a los que pertenece y con los que interactúa. (Wainstein, 2006a).

3.2.1 Del consultante individual al sistema

Siguiendo a Andolfi (1985), la aceptación de los supuestos sistémicos exige que la atención se centre sobre los sistemas relacionales en los que participa el consultante y no sobre su persona. Esto implica un pasaje de lo individual al sistema y un traslado del interés de la explicación de la conducta por vía causal a la observación de las interacciones entre los miembros del sistema y de los demás sistemas con los que éste interactúa. Es decir: que la perspectiva sistémica no entiende a los consultantes como sujetos con problemas aislados, sino como una parte de un sistema en el cual su sintomatología es un emergente.

Los niños pequeños no acuden a la consulta por su propia voluntad, ni por su propia decisión, sino que son llevados por los adultos que buscan en la terapia un recurso para resolver cuestiones que han sido evaluadas como problemas por algún o algunos adultos significativos (Andolfi, 1985).

El terapeuta debe entonces ampliar su mirada e incluir las interacciones y conductas de los miembros del sistema como parte de su observación. Este modelo de abordaje de la consulta es especialmente útil en la terapia con niños, si se tienen en cuenta las características intrínsecas de la consulta familiar (Des Champs, 1995).

Cuando el consultante es un niño los patrones relacionales están todavía en formación y son dependientes bio-psico-socialmente de los procesos de aprendizaje social en la interacción con otros significativos en especial con el entorno familiar (Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

En conclusión el tratamiento de niños desde la perspectiva sistémica debe necesariamente incluir una mirada sobre los sistemas en los cuales el consultante participa con especial atención en el sistema familiar. El problema no se debe considerar como individual y del niño, sino como un emergente de la familia, y para su abordaje se deberá considerar las características y el funcionamiento de este sistema a la luz de las teorías incorporadas por el enfoque sistémico.

3.2.2 El equilibrio y el cambio en los sistemas

Una característica fundamental de los sistemas es que poseen la capacidad de ejecución en su adaptación al ambiente (Umbarger, 1987). Esta adaptación puede ser comprendida desde

la teoría cibernética desarrollada por Wiener quien introduce el concepto de realimentación negativa o *feedback*. El feedback es el mecanismo de ajuste mutuo que se produce entre partes interactuantes para mantener un sistema equilibrado. Cuando el sistema recibe estímulos desequilibrantes del entorno, desarrolla en su interior procesos de ajuste tendientes a neutralizar la novedad retornando a la estabilidad original. La cibernética es por lo tanto una teoría sobre los mecanismos que despliegan los sistemas para asimilar los cambios y retornar al equilibrio y es denominada cibernética de primer orden (Wainstein, 2006a).

Ahora bien, si los sistemas se adaptan y logran el equilibrio, ¿por qué no son capaces de resolver ciertos emergentes que surgen en su interior y que son nocivos para sus elementos? ¿Cómo podrían entenderse los problemas que una familia manifiesta en una consulta tomando en cuenta estas perspectivas teóricas?

La propuesta desde el enfoque sistémico es que el emergente es sostenido por el sistema como un equilibrio aunque éste sea iatrogénico para su propio funcionamiento. De esta forma el sistema sostiene su propia disfuncionalidad como un equilibrio y la introducción de novedades provenientes del entorno son neutralizadas en función de la estabilidad (Wainstein, 2006b).

En la consulta terapéutica un niño, identificado como portador de un problema, debe ser interpretado como un sistema familiar que ha estabilizado un síntoma y encontrado en él un equilibrio. El síntoma es causa de malestar, pero sin embargo es sostenido por el sistema y es organizador de las conductas (Minuchin, 2007).

En el mismo sentido Des Champs (1995) indica que la familia puede ser considerada como un análogo a un sistema homeostático tendiente a mantener los comportamientos sintomáticos como equilibrantes para el sistema.

Es por ello que cuando una familia asiste a la terapia con su hijo, más que preguntarse sobre las características específicas del síntoma, un terapeuta sistémico debe preguntarse que es lo que los otros miembros de la familia hacen a lo largo del tiempo para que el síntoma se mantenga (Minuchin, 2007).

Síntomas como la enuresis, aparecen en la familia cuando el ciclo vital se disloca o interrumpe. El síntoma indica que la familia está teniendo problemas para superar una etapa evolutiva y la reacción normal del sistema familiar es ocuparse de ese síntoma de manera que comienza a organizarse en torno de él. En muchas ocasiones inclusive forma un subsistema nuevo con miembros que se aglutinan y miembros que quedan desligados. El problema más frecuente de este tipo de organización es que un progenitor, que normalmente es la madre, se alía con el niño en contra del otro en una relación triangular. La madre extremadamente servicial y exasperada queda sobre-involucrada con el problema reclamando al padre más colaboración. El padre queda desligado, y a su vez cuando intenta intervenir es rechazado por la madre que le impide colaborar lo que refuerza su aislamiento. Este nuevo sistema se refuerza a sí mismo pues el padre desligado es excluido por su poca participación y la madre se ocupa con mayor intensidad del problema lo que genera reclamos y promueven la autoexclusión del padre. Si esta pauta se estabiliza el niño pasa a ocupar el rol de mediador en la comunicación entre los padres y sirve como entretenimiento para ocultar problemas conyugales que la pareja no puede dirimir en forma directa. Los que quedan atrapados en este tipo de circuitos son los niños, que merced a que uno de sus padres está ocupado en resolver el problema, se estanca en una etapa de desarrollo y queda infantilizado y con poca o ninguna autonomía para ser parte de la solución del problema (Haley, 1980a).

La estabilidad que la familia otorga al síntoma y los mecanismos que desarrolla para mantenerlo, hacen que la introducción de cambio sea una tarea compleja. Esto lleva invariablemente a preguntarse ¿cómo lograr que el sistema pueda lograr un cambio que no sea neutralizado homeostáticamente?

El enfoque sistémico plantea que en función de introducir cambio, el sistema se debe encontrar la forma de superar el feedback o realimentación negativa.

Las novedades que el sistema no puede neutralizar son los productoras de cambio y se los denomina cibernética o cambios de segundo orden (Wainstein, 2006b).

El cambio de segundo orden es posible en la medida que se introduzca algún desequilibrio en el sistema que logre interrumpir el mecanismo homeostático y el sistema evolucione novedosamente hacia un equilibrio distinto y más funcional (Minuchin, 2007).

Es por esto que la incorporación de los demás miembros de la familia a la terapia es indispensable para observar las conductas relacionales, los modos de organización y la presencia de recursos tendientes a la introducción de cambio en el sistema familiar (Des Champs, 1995).

A partir de estos conceptos se puede concluir que la consulta con niños es ciertamente una consulta familiar por lo que no debe perderse de vista que si una familia busca ayuda en la consulta terapéutica, esto implica tácitamente la aceptación de que no ha podido resolver el problema por sus propios medios y deposita en el terapeuta una esperanza de que éste sea proveedor de una solución. Por este motivo será necesario definir cual debe ser el rol que el terapeuta desarrolle en esa consulta y con que objetivo (White & Epston, 1993).

3.2.3 El rol del terapeuta

De acuerdo con Andolfi (1985), es frecuente que la familia acuda a la terapia con un diagnóstico realizado previamente, referido a la disfunción de uno de sus miembros y pretenda que el terapeuta cumpla un rol técnico en el cual debe operar sobre el consultante, solucionando el problema, sin que ello implique su participación directa en la solución. La perspectiva sistémica implica abandonar este tipo de abordajes individuales e incluir a los padres y hermanos en la terapia.

En el mismo sentido, terapeutas que trabajan con niños como Friedberg y McClure (2005) reconocen desde otros modelos teóricos la imposibilidad de realizar una psicoterapia infantil que no incluya a los adultos significativos y señalan que el compromiso de los padres en el tratamiento de los niños es indispensable para lograr los cambios en el comportamiento de los niños. En su opinión, los padres deben codirigir la terapia junto al terapeuta.

Este salto desde un consultante individual al sistema familiar es solo el primer paso en la concepción sistémica del problema. Una vez que el terapeuta ha entrado en contacto con la familia, él mismo debe incluirse como parte del sistema consultante con el objetivo de operar activamente como un agente promotor del cambio. Para ello será necesario el establecimiento de un vínculo social entre el terapeuta y el sistema familiar que permita la instalación de cierta confianza y reciprocidad en las primeras etapas terapéuticas y que forma uno de los aspectos fundamentales para el éxito de la terapia (Wainstein, 2006b).

En su inclusión en el sistema el terapeuta debe asumir el rol de establecer objetivos, proyectar intervenciones, evaluar las respuestas del grupo a sus indicaciones y en general implicarse activamente en el proceso de determinar el contexto en el que se desarrolla la terapia (Andolfi, 1985).

Pero el objetivo principal de la inclusión del terapeuta en un sistema consultante es la introducción de cambio en el sistema (Haley, 1980b). Siguiendo a Wainstein (2006b), la forma que el terapeuta tiene para promover cambio es influir sobre el sistema a través de intervenciones, que son todo aquello que puede hacer en función de una estrategia predefinida. Esta estrategia debe ser el resultado de una selección de datos y de la fijación de un objetivo específico que debe ser elegido cuidadosamente. En este sentido Jackson (1994) advierte que puede resultar peligroso intentar modificar los síntomas del paciente sin concebir a la familia como un todo, desatendiendo los posibles efectos sobre el sistema familiar que puedan tener los cambios en el consultante.

Se puede concluir que desde la perspectiva sistémica, la consulta con niños es esencialmente la consulta de una familia donde el niño es el paciente identificado pero el problema debe ser abordado como un sistema con funcionamiento desajustado del que el terapeuta, a partir de la consulta, también forma parte y en el cual asume un rol activo.

El problema a resolver en el ámbito específico de la terapia familiar parece ser entonces

encontrar las formas en que un terapeuta puede introducir un cambio de segundo orden en un sistema consultante que sostiene un síntoma manifiesto en uno de sus miembros. Los modelos teóricos sistémicos encuentran diversas respuestas a este interrogante, desde diferentes perspectivas teóricas y aplicaciones prácticas.

3.3 Modelos de intervención sistémicos

3.3.1 Modelo estratégico

El modelo estratégico se focaliza en la adecuación de medios a fines con el objetivo de interrumpir los circuitos formados por las soluciones intentadas fallidas del consultante y modificar el encuadre que él ha hecho hasta ahora del problema. (Wainstein, 2006b).

Desde este modelo, el problema de enuresis, que tiene estatus de realidad para la familia consultante, se considera una realidad construida en la que se han seleccionando ciertos aspectos y omitido deliberadamente otros.

De acuerdo con la formulación del modelo estratégico de Haley y Madanes, las técnicas tienen como meta mitigar aspectos disfuncionales específicos en la familia, entendiendo que la reordenación de un subsistema familiar en torno a un síntoma, puede introducir cambios isomórficos en todo el sistema (Minuchin, 1997).

Las intervenciones de este modelo se enmarcan sobre dos supuestos fundamentales: 1) el proceso de consulta es en sí misma una estrategia terapéutica y, 2) el lenguaje del terapeuta debe ser ajustado de acuerdo al consultante (Haley, 1980a).

La tarea principal de los procedimientos estratégicos será ejercer una influencia sobre el consultante, de manera que éste pueda afrontar su problema de una manera novedosa (Haley, 1980b).

Para definir la estrategia a llevar a cabo en la terapia, el terapeuta debe: 1) comprender la postura del consultante respecto del problema, sus conductas, actitudes, motivaciones y opiniones, 2) pensar ¿que puede hacer el terapeuta para reducir la postura del consultante respecto del problema?, y 3) definir qué y cómo debe actuar el consultante para solucionar su problema y fundamentalmente como debe ser esta información comunicada por el terapeuta (Wainstein, 2006b).

3.3.2 Modelo estructural

El modelo estructural desarrollado por Minuchin en su trabajo terapéutico con familias en la década del 70, sirve de marco para la comprensión de las interacciones en contextos sociales lo suficientemente organizados como para definir fronteras y coaliciones (Wainstein, 2006b).

De acuerdo con Minuchin (1997) el abordaje estructural considera a la familia como un sistema complejo con un mal funcionamiento, un organismo que se ajusta y sostiene homeostáticamente una disfuncionalidad. Es función del terapeuta que trabaja desde este modelo intervenir sobre ese patrón, produciendo una crisis que fuerce a la familia a reorganizarse para mejorar su funcionamiento.

Para el modelo estructural hay tres conceptos claves: estructura, subsistema y frontera. Se entiende por estructura a los patrones que median la interacción familiar, que son estables, y que tienden a repetirse rígidamente. Las estructuras son el conjunto de reglas que utiliza la familia organiza las interacciones. (Wainstein, 2006b). En cuanto a los subsistemas y las fronteras, en el entorno familiar está conformado por una superposición de subsistemas que se diferencian y cumplen distintas funciones. Las conductas de los miembros de las familias son reguladas por pautas transaccionales como la existencia de una jerarquía y las expectativas mutuas de los miembros de la familia, y es a partir de estas pautas que se definen las reglas que versan sobre quienes pueden participar y de que manera en cada subsistema. (Minuchin, 1997).

Los subsistemas mas visibles dentro de la familia son: el subsistema conyugal, donde debe primar un principio de interdependencia y complementariedad simétrica entre los cónyuges; el subsistema parental, que se superpone al anterior en cuanto a sus miembros pero que cumple la función de atender las necesidades del niño en su crecimiento; y el subsistema fraterno, en el cual los niños pueden ensayar las relaciones con iguales (Minuchin, 1997).

La demarcación de quienes participan en cada subsistema se denomina frontera y éstas regulan el intercambio entre los subsistemas. Estas fronteras pueden presentar límites difusos, claros o rígidos, en función de la flexibilidad y el tipo de relación que establezcan con individuos u otros subsistemas dentro de la familia. (Wainstein, 2006b). Las familias pueden clasificarse de acuerdo a la rigidez y claridad de sus límites una dimensión continua que va desde desligadas a aglutinadas, las primeras presentan límites rígidos con poca comunicación entre los subsistemas y poca capacidad de adaptación y las segundas presentan límites difusos que impiden la diferenciación a sus miembros. La situación mas frecuente es que la familia presente subsistemas aglutinados y desligados en su interior, lo que determinar las pautas relacionales entre sus miembros (Minuchin, 1997).

El modelo estructural presenta una herramienta para la evaluación y tratamiento de las familias en su modelo de cuatro pasos para evaluar familias y parejas de Minuchin, Nichols y Lee (2007). Allí plantean el recorrido que el terapeuta debe realizar para detectar la posición que toma la familia para alcanzar los objetivos de la terapia. El primer paso es abrirse a la presentación que la familiar hace del problema con el objetivo de ir descubriendo los comportamientos y pensamientos que sostienen esta presentación y cuestionar la certeza que tiene la familia sobre que el problema está dentro del consultante. Es el momento donde la terapia individual se transforma en una terapia familiar. Se debe pasar del foco que se hace en el consultante y descubrir las competencias que éste posee para afrontar el problema y los déficits de los demás miembros en relación al problema. El segundo consiste en señalar las interacciones que favorecen la emergencia del problema, es decir lo que la familia hace para que el problema persista. El tercer paso está orientado a explorar como es el devenir histórico que los coloca en el presente de las consulta, con el objetivo de ampliar la visión que la familia tiene de si misma en el presente y deconstruir la realidad que traen a la consulta. El cuarto paso está orientado a que los miembros de la familia se comprometan en la solución del problema mediante sus acciones, para ello el terapeuta debe redefinir el problema abriéndolo a nuevas soluciones (Minuchin, Nichols & Lee, 2007).

La evaluación que realiza el terapeuta proporcionará un diagnóstico que es orientativo de las intervenciones terapéuticas (Minuchin, 1997). En función de esta evaluación las intervenciones deben dirigirse, en función de la estrategia, a los distintos niveles de organización y jerarquía teniendo en cuenta que los cambios producidos en uno de los miembros de la familia tendrá un importante impacto en el resto de los elementos el sistema familiar (Minuchin, Nichols & Lee 2007).

3.3.3 *Enfoque narrativista*

Siguiendo a Wainstein (2006b) el enfoque narrativista surge con la intención de tomar el texto literario como metáfora para la organización del trabajo del terapeuta. Esto supone entender a la realidad subjetiva desde el construccionismo social y poner el énfasis en el lenguaje y el acento en el significado que los sujetos dan a su experiencia.

Las personas atribuyen significado a su experiencia cotidiana y el resultado de este proceso es lo que en mayor parte determina sus vidas (Tommm, 1994).

La intervención en el enfoque narrativista consiste en establecer un proceso de reflexión en el cual el consultante puede tomar conciencia del proceso involucrado en su propia representación, deconstruyendo su propio relato y reescribiéndolo a través de la reconstrucción (White, 2009).

White (2009) ha trabajado durante mas de 10 años con familias cuyos hijos eran proclamados como portadores de un problema, y en ese recorrido recoge de su observación

clínica que los problemas de los niños pueden llegar saturar al sistema familiar de tal manera que todos se vean desbordados por la situación. La persistencia del síntoma frente a innumerables intentos fracasados de solución puede ser interpretada por la familia como un indicador de la propia negligencia y actuar como reforzador de sentimientos negativos a nivel individual y relacional.

En la enuresis, como en muchos otros trastornos, durante el proceso de asignación de significados puede suceder que el paciente designado adopte la creencia de que él mismo es el problema confundiendo *ser* el problema con *tener* el problema.

Esta creencia normalmente es sostenida y reforzada por la repetida aparición del síntoma y por el ambiente que presenta ciertas expectativas respecto de la conducta del consultante (White & Epston, 1993). Por este motivo la técnica de concretización es especialmente útil para instaurar una distancia reflexiva entre el sujeto y su síntoma.

Ante la presencia de trastornos como el enurético, se observa que las familias acuden a la terapia con una percepción negativa de su propia capacidad de enfrentar y solucionar el problema. En el mismo sentido Andolfi (1985) advierte que es probable que la consulta resulte en una confirmación de la incapacidad de la familia de dar una respuesta satisfactoria. En particular, el niño que es el paciente identificado puede presentarse algo resentido de acudir a la terapia al identificarse a sí mismo como el problema de la familia. Pero cuando el problema se cronifica, el síntoma está presente no sólo en el consultante sino que se disemina por el sistema minando la autoestima de los miembros (White & Epston, 1993).

En el enfoque sistémico debido al carácter construccionista con que se abordan los síntomas, no existen tratamientos estructurados para la enuresis. La interacción del terapeuta con la familia consultante es la que determina la estrategia, en la cual se aplican las distintas intervenciones orientadas a lograr un cambio de segundo orden y que el sistema familiar alcance un nuevo equilibrio más funcional.

Esto deberá ser logrado estratégicamente, ordenando la estructura, y descubriendo los recursos con los que el sistema puede enfrentar el problema en función del objetivo de que el niño adquiera autonomía y el resto del sistema coopere para que esta nueva realidad sea posible (Wainstein, 2006b).

En función de lograr este objetivo, el terapeuta puede utilizar con distintas intervenciones de los modelos sistémicos y de otros modelos que considere pertinentes siempre que sean compatibles con las posibilidades de maniobra que el sistema permite, a partir de la construcción de la realidad terapéutica. Es por esto que el terapeuta puede incluir un intervenciones no sistémicas pero en sentido sistémico, con la premisa metodológica de adecuar medios a fines para lograr los objetivos, resultando en un eclecticismo técnico pero siempre desde el enfoque sistémico (Des Champs, 1995).

El eclecticismo técnico se apoya sobre la importancia que la investigación empírica le ha dado a los factores comunes en psicoterapias como genuinos promotores de cambio terapéutico. De esta forma la técnica cede la posición de garante del éxito en la terapia y, por lo tanto, la reagrupación de las distintas técnicas de acuerdo a las necesidades del consultante resultan en una ampliación del marco referencial y un mayor margen de operación para los terapeutas (Fernández Álvarez, 1992).

De las técnicas no sistémicas en el tratamiento de la enuresis infantil primaria mono-sintomática destacan las técnicas conductuales por sobre los tratamientos con medicamentos y otros tratamientos psicológicos (Houts, Berman & Abramson, 1994). Antes de describir las técnicas propiamente dichas, se presentará brevemente el modelo conductista.

3.4 Enfoque conductual

El conductismo es una corriente de la ciencia psicológica que estudia el comportamiento humano. El planteo original del conductismo se propone el descubrimiento de las leyes que gobiernan el comportamiento de las personas, sin tomar en cuenta ninguna teoría, ni procesamiento interno. Se busca la asociación entre los estímulos ambientales y las respuestas conductuales del individuo donde el proceso de decisión es deliberadamente

ignorado aduciendo que la mente es una caja negra de la que nada se puede saber puesto que es inobservable empíricamente (Gross, 1994)

Dentro de esta corriente el condicionamiento operante propuesto por Skinner, es un desarrollo superador de los modelos previos realizados de Pavlov y Watson entre otros, conocidos como condicionamiento clásico. Según esta teoría, las conductas son reforzadas, castigadas o ignoradas, lo que produce aumento o extinción de la conducta de manera transitoria o duradera, de acuerdo con reglas bien establecidas (Gross, 1994)

De acuerdo con Skinner, existen dos tipos de conductas espontáneas, las reflejas y las operantes. Las conductas operantes cumplen con dos leyes fundamentales: la de refuerzo y extinción. La ley de refuerzo indica que cuando una conducta operante es seguida de un estímulo reforzados, se produce un aumento de la operante. La ley de extinción indica que si la operante ya reforzada no es seguida del reforzador, se produce la extinción de la operante. Los estímulos reforzadores pueden ser positivos o negativos. Los primeros son aquellos que el sujeto considera como placenteros, en cambio los segundos son los que evitan una consecuencia displacentera (Agudelo & Guerrero, 1973).

La combinación de estas leyes en programas organizados de recompensas y premios produce el aprendizaje de las conductas operantes. Si se orienta el programa a conductas específicas, se pretenderá mediante estos mecanismos el aumento de las conductas deseadas y la disminución de las no deseadas (Gross, 1994).

Dentro de las intervenciones conductuales y específicamente en el campo de la enuresis, destacan: el entrenamiento en la retención de Kimel y Kimel de 1970, el sistema de alarma de Mowrer y Mowrer de 1938, el entrenamiento en cama seca de Azrin, Sneed y Foxx de 1973 (Bragado Álvarez, 1983).

A continuación se describirán las intervenciones sistémicas y conductuales que se utilizaron en el tratamiento de la enuresis en el caso que se desarrollará.

3.5 Intervenciones

3.5.1 Intervenciones Directivas

Desde la óptica sistémica la terapia misma es evidentemente directiva independientemente del modelo teórico utilizado pues en el espacio terapéutico, la disposición espacial, y el sistema de reglas implícitas, indican una relación de poder innegable y aceptada por el consultante (Andolfi, 1985).

El terapeuta puede intervenir de manera directa indicando o prescribiendo determinadas conductas con el objetivo de actuar directamente sobre el patrón que favorece la aparición del síntoma. Sin embargo para un terapeuta sistémico, ser directivo no equivale a dar consejos, órdenes o enseñanzas, sino transformarse él mismo en agente de cambio ya sea prescribiendo conductas o modelando mediante su propia persona las conductas que quiere prescribir (Wainstein, 2006b).

Las intervenciones directivas directas se dan de manera que el terapeuta le pide al consultante que realice ciertas tareas fuera de la sesión con la intención de que éste las realice para observar su comportamiento alrededor de este pedido. Estas tareas son una forma de hacer que la presencia del terapeuta acompañe a las familias fuera del espacio de la consulta y promueven el vínculo con el terapeuta además de proveer información útil para el trabajo terapéutico (Wainstein, 2006b).

En el tratamiento con familias es frecuente que una intervención estratégica demasiado directiva dada en forma prematura a la definición del problema y establecimiento del vínculo con la familia, sea rechazada. Por esta razón es indispensable que se dedique tiempo en la consulta a la construcción de un vínculo con el consultante y la familia (Wainstein, 2006b).

En el tratamiento de la enuresis y debido a la carga emocional que puede comportar para el sistema parental, es necesario favorecer el vínculo con este subsistema antes de comenzar a desarrollar intervenciones directivas. El objetivo es ir debilitando la resistencia que el sistema puede oponer a las intervenciones y alcanzar mejores condiciones que permitan acceder a un cambio de segundo orden.

3.5.2 Prescripción del síntoma

La *prescripción del síntoma* es una intervención que apunta específicamente a accionar sobre el patrón de ocurrencia de la conducta problema. Normalmente indicar a un paciente que accione sobre un síntoma es mayormente inútil, dado que la ocurrencia es espontánea inclusive para sí mismo. Siguiendo a Watzlawick (1985) el síntoma es involuntario y autónomo de quien lo porta por lo que para intervenir sobre el mismo no se puede sencillamente solicitar al consultante que lo evite. Esto deja a los terapeutas frente la opción de pedirle al consultante que realice conscientemente el síntoma, quitándole de esta forma parte de su espontaneidad característica. Este tipo de intervenciones puede incluir cambios en la frecuencia, en la duración, en el momento de ocurrencia, la ubicación espacial, un cambio en la secuencia y el agregado o sustracción de un elemento de la pauta del síntoma, o hacer que el síntoma se produzca en ausencia de la pauta (Wainstein, 2006b).

3.5.3 Intervenciones paradójales

Las *intervenciones paradójales* son las que prescripciones que hace el terapeuta con el objetivo de que el consultante no las realice y sin saberlo actúe sobre el circuito que provoca el síntoma (Watzlawick, 1984). Esta intervención se realiza con el objetivo de influir sobre los patrones habituales de comportamiento, es decir, los modos regulares de hacer las cosas que favorecen la aparición del problema. Estos patrones son formas de organizar la experiencia, las percepciones y la conducta que el consultante vive con naturalidad. Para intervenir sobre ellos será necesario actuar desde el lenguaje, intereses y marcos de referencia del consultante. Algunas de las prescripciones para lograr este cambio son: alterar la frecuencia del síntoma, cambiar su duración, cambiar la intensidad, invertir la pauta y relacionar la pauta con una experiencia indeseable (Wainstein, 2006b). Intervenir sobre el patrón implica generar un desequilibrio en la homeostasis que provocará un reordenamiento de todo el sistema (Minuchin, 1997).

En la enuresis, el síntoma identificado es la micción involuntaria que ocurre durante la noche, pero el problema involucra también a todas las conductas asociadas previas y posteriores al suceso que pueden favorecer su aparición. Será de vital importancia la indagación de las circunstancias, frecuencias y consecuencias que tiene el síntoma en el sistema familiar tanto para el consultante como para los demás miembros de la familia así como también la regulación de la micción diurna con el objetivo de que el sistema comience a controlar el síntoma (Des Champs, 1995)

3.5.4 Reencuadre

El *reencuadre* consiste en proponer una modificación sobre la visión que el consultante tiene acerca del problema. Se debe operar sobre sus marcos de referencia y proponer la búsqueda de variantes que amplíen su capacidad de acción (Wainstein, 2006b).

Cuando la familia acude a la consulta, demanda del terapeuta ayuda para un problema que es generalmente el resultado de una operación de encuadre que ha realizado a partir de su experiencia. Este encuadre que trae la familia tiene el estatus de realidad. Mediante la observación de los miembros de la familia el terapeuta debe seleccionar los elementos que pueden facilitar la resolución del problema. Estos elementos organizados por el terapeuta cambian el significado de lo que ocurre, es decir, que permiten un reencuadre del problema y aumentan la capacidad del sistema para hallar nuevas soluciones (Minuchin & Fishman, 2004).

El reencuadre comporta para el terapeuta las tareas de escenificación, enfoque e intensidad. La escenificación puede darse espontáneamente o puede ser pedida por el terapeuta con la finalidad de que la familia reproduzca en el espacio terapéutico lo que ocurre con el problema en su entorno habitual. El enfoque implica para el terapeuta la tarea de observar

minuciosamente, hacer foco sobre los elementos pertinentes para el cambio y organizarlos para otorgarles un nuevo sentido. La intensidad refuerza el mensaje terapéutico, introduciendo a la familia en una vivencia de realidad diferente, la realidad terapéutica donde es posible cuestionar el síntoma y encontrar posibles soluciones (Minuchin & Fishman, 2004). La enuresis es un trastorno que al llegar a la consulta ha sido resistente a los intentos de solución que ha intentado el sistema por sus propios medios. Este proceso de prueba y error produce un modelado sobre la percepción que la familia tiene del problema y de sí misma a nivel sistémico y a nivel individual. El permanente intento de soluciones que terminan siendo fallidas y la predictibilidad de las respuestas obtenidas pueden producir la creencia de que el síntoma es una cualidad inherente al sistema y elevarse al estatus de realidad (Bandura, 1988).

Esta intervención está presente tanto en el modelo estratégico como en el estructural.

3.5.5 Reestructuración.

El sistema familiar del cual el consultante es parte, puede presentar conflictos internos en otros subsistemas que pueden favorecer la aparición de los síntomas. Estos conflictos pueden estar presentes en una parte del sistema y afectar al funcionamiento global de la familia (Haley, 1980a). Es pertinente la indagación acerca de estos conflictos a fin de determinar su relación con el síntoma.

Este tipo de informaciones son relevantes, ya no como posibles causas del síntoma en el sentido lineal sino desde la causalidad circular proveniente de la cibernética de Wiener. Buscar la relación entre los diferentes conflictos es indagar qué consecuencias de la consecuencia del síntoma realimentan al síntoma en un ciclo sin principio ni final pero que favorece su emergencia (Wainstein, 2006a).

Cuando los conflictos en un subsistema afectan al desarrollo de las relaciones entre los miembros de otros sistemas es necesario reestructurar a la familia a fin de cortar la realimentación que los conflictos pueden generar entre sí homeostática pero disfuncionalmente (Minuchin, 1997/2005).

La *reestructuración* es una intervención que busca fortalecer y jerarquizar los subsistemas familiares para que recuperen funcionalidad para sus miembros. Para ello se puede aplicar técnicas de definición de fronteras, desequilibramiento y complementariedad (Minuchin, 1997/2005).

La definición de fronteras, tiene como objetivo regular la participación que los individuos tienen en los subsistemas a los que pertenecen, estableciendo que tipo de respuestas específicas de un subsistema son necesarias en un contexto específico. Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica y a la duración de la interacción dentro de un subsistema específico. Por ejemplo un sistema conyugal con conflictos no resueltos puede permear este conflicto como subsistema parental, y que los hijos adopten conductas disfuncionales que realimentan el conflicto entre los padres (Minuchin & Fishman, 2004).

3.5.6 Concretización

La *concretización* implica una separación del síntoma de la identidad del consultante. El objetivo de la intervención es distinguir el problema de la persona, y colocar el problema en el estatus de objeto externo, sobre el cual el paciente puede operar como agente del propio cambio (Tomm, 1994).

El problema a externalizar debe ser descrito con detalle por el consultante para lo cual debe obtenerse información sobre los efectos y características que el problema supone para su vida. En el caso de que el consultante tenga dificultades para concretizarlo, el terapeuta debe asistirlo intentando no imponerle

características fijas, sino indagando posibilidades con el objetivo de construirlo de manera conjunta (White & Epston, 1993).

La externalización del problema no exime al consultante de su responsabilidad por su

conducta sino que le permite describir y visualizar su relación con el problema desde una perspectiva que antes no le era posible y por lo tanto asumir la responsabilidad por su manejo del problema o las conductas derivadas de su relación con él (White & Epston, 1993).

3.5.7 Sistema de alarma

Esta intervención conductual fue originalmente introducida por Mowrer y Mowrer (1938) y consistía en la instalación en la cama de un dispositivo eléctrico capaz de detectar la humedad y avisar al niño de la ocurrencia de una micción involuntaria mediante una pequeña descarga eléctrica. Actualmente los dispositivos son menos cruentos y mucho más pequeños, y producen una vibración, sonido y luces con el objetivo de que el niño se despierte, controle el esfínter, y complete la micción en el baño. Los padres cumplen el rol de acompañar al niño hasta el baño y ver que esto se realice (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980; Houts, 2003).

3.5.8 Sistema de registro con premios y refuerzos sociales

Esta intervención incluye el registro de las actividades de micción y la recompensa de las conductas de control. El objetivo es que el niño aprenda que las conductas de continencia tienen consecuencias positivas como premios y/o recompensas, para que logre el aprendizaje por condicionamiento de las conductas deseadas, en este caso la continencia urinaria. El registro debe realizarse de acuerdo a la edad del niño con diferentes formatos incluyendo dibujos, ilustraciones o números a lo largo de un calendario o diario de actividades. Previamente a la introducción de la intervención, los padres o tutores deben confeccionar una lista de posibles refuerzos positivos que sirvan de premio para la conducta de continencia y/o de recompensa para el cumplimiento de los objetivos planteados en el tratamiento por ejemplo una disminución en la frecuencia de las noches mojadas. Es indispensable la colaboración de los padres en el éxito del registro y premiación de manera que el aprendizaje se produzca. Este tipo de sistemas también incluye un programa de refuerzos sociales donde la consecución de los objetivos es reforzada con actividades placenteras para el niño y compartidas por la familia como salidas a la plaza, un picnic, una visita a la casa de amigos o familiares (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980; Houts, 2003).

3.5.9 Práctica positiva

La *práctica positiva* es una intervención que consiste en el entrenamiento y aprendizaje por repetición y modelaje del camino que conduce de la cama al baño con el objetivo de que el niño se familiarice con el recorrido y si logra despertar apremiado por orinar, realice el recorrido con más velocidad y menos esfuerzo. La versión utilizada en la mayoría de los tratamientos conductuales de la enuresis incluye la secuencia de acostarse contar hasta 50, levantarse y dirigirse al baño como lo haría normalmente y luego retornar a su cama. Se realiza un número de repeticiones de esta secuencia que según los autores oscila entre las 15 y las 20 repeticiones dependiendo de la edad del niño (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980; Houts, 2003).

3.5.10 Entrenamiento en limpieza

El *entrenamiento en limpieza* consiste en que el niño asocie la micción nocturna con las consecuencias directas que esta conducta implica. Es decir que el niño debe ocuparse él mismo de solucionar las acciones posteriores al acto de la micción. El objetivo conductual es que el niño asocie la conducta con una consecuencia lógica pero desagradable para él mismo y se logre de esta forma la extinción de la conducta problema. El entrenamiento incluye el aprendizaje de la secuencia cambiarse de pijama, retirar las sábanas mojadas, poner la ropa sucia para lavar y rehacer la cama con sábanas limpias suministradas por los

padres (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobles, 1980; Houts, 2003).

3.5.11 Entrenamiento en retención urinaria

El *entrenamiento en retención urinario* fue introducido por Kimmel y Kimmel (1970) y consiste en hacer contingente la conducta control con un reforzador hasta que el control sea logrado por el niño. Este entrenamiento tiene además el objetivo de colaborar en el agrandamiento del saco urinario y el refuerzo de los músculos involucrados en la contención de la orina. El entrenamiento se produce durante el día y consiste en hacer beber al niño una cantidad de su bebida preferida y notifique cuando debe ir a orinar. En ese momento se le pide al niño que retenga su orina por una cantidad de tiempo que inicialmente suele oscilar entre los 3 y 5 minutos. Si logra el objetivo de retener la orina, se lo premia y se repite el entrenamiento subiendo paulatinamente el tiempo de retención en 2 minutos por cada vez que se logre el objetivo hasta un máximo de 45 minutos (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobles, 1980; Houts, 2003).

3.5.12 Despertar escalonado

El despertar escalonado consiste en despertar al niño luego de haberse dormido para que vaya a orinar. En la primera noche esto se realiza a intervalos de una hora y se refuerza con felicitaciones tanto por la continencia como por la micción en el baño. Se hace notar al niño que las sábanas están secas, y se le pide que las toque antes de acostarse nuevamente. Luego de esta primera noche de entrenamiento se lo despertará a las 3 horas de haberse dormido y en la medida que la cama se mantenga seca, se reducirá este tiempo a razón de media hora por vez hasta un mínimo de 1 hora de sueño que es cuando el entrenamiento se interrumpirá (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobles, 1980; Houts, 2003).

3.5.13 Entrenamiento en cama seca

El *Entrenamiento en cama seca* fue introducido por Azrin, Sneed y Foxx en 1973, y luego modificado por Azrin y Thiennes en 1978. Aquí se presenta su versión española traducida y modificada por Graña y Carrobles (1980).

El ECS es un programa conductual que utiliza el condicionamiento operante que incluye diversos componentes:

- Entrenamiento en Limpieza*
- Práctica Positiva*
- Un sistema de alarma*
- El registro y sistema de premios y refuerzo social*

En el programa descrito por Graña y Carrobles (1980), el sistema de alarma es sustituido por un chequeo ocular por parte de los padres con cierta frecuencia. La descripción completa del entrenamiento se muestra en el Tabla 1 extraído de Graña y Carrobles (1980).

Tabla 1

Entrenamiento en Cama Seca (Azrin, Sneed & Foxx, 1973, adaptado por Graña y Carrobles, 1980)

I. Entrenamiento Intensivo (Primera noche)

A. Una hora antes de irse a dormir:

1. Se informa al niño sobre los diferentes pasos y fases del procedimiento
2. Se realizan 20 Prácticas Positivas

B. Al acostarse:

1. Se procura que el niño ingiera líquidos
2. Se pide al niño que repita las instrucciones del entrenamiento
3. El niño se retira a dormir

C. Al despertar al niño a cada hora:

1. Se despierta al niño.
2. Se lo acompaña al cuarto de baño.
3. En la puerta del baño antes de orinar se propone que el niño aguante una hora más.
 - a) Si el niño no puede inhibir la orina, se le hace orinar en el inodoro, se lo elogia por hacerlo en el lugar correcto y se lo acompaña de nuevo a la cama.
 - b) Si el niño indica que puede inhibir la orina durante una hora más, se lo elogia por su control sobre la orina y se lo acompaña de nuevo a su cama.

4. Junto a la cama se hace que el niño toque las sábanas y comente la importancia de que estén secas.
 5. Se elogia al niño nuevamente por no haber mojado la cama.
 6. Se ofrece al niño su bebida favorita para que la beba.
 7. El niño vuelve a dormirse.
- D. Cuando tiene lugar un accidente:
1. Se despierta al niño y se le reprende por mojar la cama
 2. Se acompaña al niño al baño para que acabe de orinar
 3. Se le facilita al niño el Entrenamiento en Limpieza
 4. Se realizan 20 ensayos de Práctica Positiva inmediatamente después de terminado en el Entrenamiento en Limpieza.
 5. Se programa para la noche siguiente 20 ensayos de Práctica Positiva.
- II. Supervisión Post-Entrenamiento (comienza la noche siguiente al entrenamiento):
- A. Antes de irse a la cama:
1. Se facilitan los ensayos de Práctica Positiva (sólo si durante la noche anterior tuvo un episodio)
 2. Se recuerda al niño la importancia de no mojar la cama y la necesidad de realizar Entrenamiento en Limpieza y Práctica Positiva si tiene lugar un accidente.
 3. Se pide al niño que repita las instrucciones del entrenamiento.
- B. Utilización de cuarto de baño durante la noche:
1. Los padres inspeccionan la cama del niño desde el momento en que este se acuesta durante cada hora hasta la una de la madrugada.
 - a. Si en una de estas inspecciones el niño está mojado, se le despertará completamente y se le acompañará al cuarto de baño para que finalice la micción.
 2. Si el niño no se orina en la cama desde el momento de acostarse hasta la una de la madrugada, se le despertará a esta hora y se le acompañará al servicio para que evacúe.
 3. Después de cada noche seca, los padres despiertan al niño 30 minutos antes que la noche anterior
 4. El despertar al niño se interrumpe cuando la hora de despertar esté dentro del período de una hora luego de que el niño ha conciliado el sueño.
 - C. Cuando tiene lugar un accidente, el niño recibe Entrenamiento en Limpieza y Práctica Positiva inmediatamente después de mojar la cama e igualmente al irse a acostar durante el día siguiente.
 - D. Después de una noche seca:
 1. Al levantarse ambos padres elogian al niño por no haber mojado la cama
 2. Los padres elogian al niño un mínimo de 3 veces mas durante ese día.
 3. Se pide a los parientes o amigos preferidos por el niño que le elogien por su éxito.
- III. Práctica de rutina durante el período final del tratamiento (se inicia luego de 7 días consecutivos de noches secas).
- A. Los padres miran la cama del niño cada mañana al levantarse:
1. Si la cama está mojada, el niño recibe Entrenamiento en Limpieza inmediatamente después, y Práctica positiva para la noche de ese día.
 2. Si la cama está seca se elogia al niño por ello.
- B. Si tuvieron lugar dos accidentes durante la misma semana, se vuelve a introducir el mismo procedimiento de Supervisión Post-Entrenamiento de la fase II.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño

Descriptivo, caso único. Diseño no experimental.

4.2 Participantes

Jacinto, el consultante, es un niño de 7 años de edad que concurre a 2do grado de una escuela privada de la ciudad de Buenos Aires. El niño presenta síntomas compatibles con enuresis mono-sintomática primaria.

El padre del consultante, de 42 años, licenciado en administración de empresas y estudiante de posgrado. Actualmente trabaja en una empresa multinacional con un cargo de jerarquía media.

La madre del consultante, de 38 años, consultora en una importante empresa de servicios financieros.

La terapeuta, de 34 años, licenciada en psicología, egresada en 2010. con 4 años de experiencia en el campo psicoterapéutico. Realizó un posgrado en psicoterapia sistémica de dos años de duración.

El admisor y supervisor, de 60 años, Doctor en Psicología, supervisor con 30 años de experiencia en terapia sistémica.

4.3 Instrumentos

Historia clínica en formato analógico, anotaciones con frecuencia semanal y último registro analizado .

Cuatro entrevistas semi-dirigidas con la terapeuta a cargo del tratamiento de 30 minutos de

duración con frecuencia quincenal registradas en apuntes manuscritos y grabaciones de audio.

Dos entrevistas semidirigidas con el supervisor del caso clínico, de 45 minutos de duración grabadas en audio y desgravadas a archivos digitales.

Observación participante en el proceso de supervisión del caso durante tres meses con frecuencia quincenal.

4.4 Procedimiento

Se procedió a la realización de 4 entrevistas con la terapeuta en las que se trabajaron distintos ejes. En la primera entrevista se indagó acerca de los detalles iniciales del caso, la información sobre el niño y sus padres, de la sintomatología y de los aspectos relacionales y observaciones que la terapeuta registró a lo largo del tratamiento. En la segunda entrevista se trabajó sobre las estrategias de generación de vínculo con el niño y los padres, de las intervenciones tendientes a afianzar la alianza y sobre las conductas que la familia desplegó alrededor de las tareas. La tercera entrevista tuvo como ejes los avances que se iban logrando y la estrategia desplegada de la mitad de la terapia en adelante. En la cuarta y última entrevista se indagó acerca de los logros e indicadores de cambio en el sistema familiar a lo largo del tratamiento en función de las distintas intervenciones realizadas.

Se analizó la historia clínica del caso realizando una clasificación de intervenciones sistémicas y conductuales, su momento de aparición y duración confeccionando una línea de tiempo que diera cuenta de los procesos que la terapia desarrollaba simultáneamente. También se tomó nota de la aparición de conductas de cambio en el niño y sus padres y se sistematizaron todos los documentos anexados a la historia clínica como los registros manuscritos de los padres y los dibujos realizados por el niño. También de la historia clínica se tomó la información sociodemográfica del caso.

Se realizaron 2 entrevistas con el admisor/supervisor del caso. En la primera se trabajó sobre el eje de la entrevista de admisión, sobre sus impresiones e hipótesis respecto del caso y sobre la estrategia de acción recomendada a la terapeuta.

La segunda entrevista estuvo más orientada al proceso de supervisión y se focalizó en la pertinencia de las intervenciones sugeridas y sobretodo a la planificación de la entrevista que tuvo el supervisor como co-terapeuta con la familia.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Jacinto es un niño de 7 años que asiste a segundo grado de una escuela privada de la ciudad de Buenos Aires. Su familia está compuesta por su padre, su madre y su hermano de 18 meses, con quienes convive. Los padres de Jacinto son profesionales de la administración de empresas. El padre es empleado en una empresa multinacional y cumple horario de oficina que muchas veces se extiende de acuerdo a los ciclos empresarios. La madre es consultora freelance y sus horarios varían semana a semana a demanda de los clientes. En ciertas ocasiones los niños son cuidados por la abuela materna quien acude a la vivienda familiar con tal propósito. Jacinto llegó a la terapia con un diagnóstico de enuresis realizado por su pediatra, quien pese a haber descartado hipótesis orgánicas, prescribió tratamiento medicamentoso con duración de 5 meses sin resultados favorables.

La madre acudió a la entrevista de admisión derivada por la madre de un compañero de Jacinto que conoce la institución. En la admisión reconoció estar desbordada emocionalmente por el tema y refirió poco apoyo de su cónyuge en las tareas relacionadas con el problema de Jacinto. El admisor derivó el caso a la terapeuta, con indicaciones de una

estrategia de tratamiento que incluía intervenciones sistémicas y conductuales con el objetivo de lograr la autonomía de Jacinto.

En la primera sesión Jacinto acudió con su madre y evitó hablar del problema aduciendo que: “vengo porque tengo algunos asuntos pero todavía no los voy a contar”. La terapeuta descubrió a lo largo de las primeras sesiones que tanto Jacinto como sus padres habían naturalizado el síntoma a tal grado que el niño no se despertaba cuando sucedía la incontinencia y los padres recién notaban lo ocurrido a la mañana cuando lo despertaban para ir a la escuela. Los padres en su primera entrevista familiar refirieron que Jacinto no se dormía en su cama sino en un sillón frente al televisor por lo cual luego era llevado en andas hasta su cama, donde era cambiado y acostado por su madre. En muchas ocasiones a mitad de la noche el niño se incluía inadvertidamente en la cama matrimonial y pasaba el resto de la noche durmiendo allí.

5.2 Describir la sintomatología compatible con diagnóstico de enuresis infantil primaria en un niño de siete años

De acuerdo a la información de la historia clínica, Jacinto acudió a la entrevista de admisión acompañado por su madre, quien relató que el niño se orina en la cama con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana y que nunca pudo controlar la micción por las noches. Refirió que previamente a la consulta psicológica se realizaron consultas médicas con pediatras especializados en el tracto urinario inferior y sus afecciones, arribando a la conclusión de que no existían causas médicas para la enuresis de Jacinto, pero sin embargo fue tratado con Vasopresina durante 5 meses sin cambios en la conducta enurética. La madre relató que el niño no concurría a “pijamadas” por temor a que suceda la incontinencia y presentaba temor de asistir a los campamentos escolares y a cualquier salida fuera del hogar que incluya pasar la noche, donde podría quedar expuesto su problema a la vista de otras personas y sobretodo sus compañeros.

De acuerdo a los criterios del DSM-5 (APA, 2013), Jacinto padecía un trastorno de continencia llamado enuresis 307.6 (F98.0) por cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

-Micción nocturna involuntaria

-Frecuencia superior a dos veces por semana y con duración mayor a 3 meses

-Impacto para su vida social y otras actividades de su vida.

También de acuerdo a la ICCS la enuresis de Jacinto era monosintomática por no ser comorbida con otras afecciones del tracto urinario inferior (Néveus, 2006), y primaria por no haber mantenido nunca su cama seca al menos por 6 meses (Rodríguez Fernández, Gracia Manzano, 2008).

El diagnóstico de enuresis visto desde la perspectiva sistémica tiene una importancia relativa. De acuerdo con Andolfi (1985) la atención del terapeuta debe centrarse sobre los sistemas relacionales antes que sobre el consultante individual, y el síntoma debe ser considerado como un emergente del sistema por lo que el tratamiento no puede realizarse únicamente sobre él. Puede agregarse que si el síntoma ha llegado a la consulta es porque el sistema familiar lo ha estabilizado orgánicamente (Minuchin, 2007).

De acuerdo a lo registrado en la historia clínica, tanto el admisor como la terapeuta buscaron activamente datos relacionados con la interacción familiar, las soluciones intentadas fallidas, la organización de la familia, y las conductas previas y posteriores al síntoma desplegadas por el sistema familiar, para completar el diagnóstico nosológico con información sistémica que permita la ampliación del marco contextual en que se desarrolle la terapia (Des Champs, 1995).

En la entrevista con el admisor, éste manifestó que desde su experiencia la hipótesis inicial del diagnóstico de enuresis es la existencia de conflictos en el subsistema conyugal fruto del ciclo vital familiar y de ciertos rasgos de personalidad algo rígidos, que ubican al niño en una posición triangular entre los progenitores, y donde el síntoma es utilizado para evitar expresar sus conflictos en forma directa.

Esta hipótesis encuentra apoyo en la teoría pues como se expresó en el marco teórico, Haley (1980a) sostiene que la aparición del síntoma está relacionada con una interrupción en el ciclo vital. Dado que los niños logran la continencia evolutivamente por sus propios medios antes de los 5 años (APA, 2013), la incontinencia en un niño de 7 años es sinónimo de obstrucción de esta evolución normal. Además, el síntoma está acompañado de una organización familiar acorde lo que es indicador de que el sistema lo está sosteniendo como un equilibrio (Minuchin, 1997). La hipótesis inicial también coincide con la estructura de una madre sobreinvolucrada con el problema y un padre periférico que refuerzan el circuito de emergencia del síntoma (Haley, 1980a). Esta estructura triangular se organiza conformando un subsistema aglutinado madre-hijo que se relaciona rígidamente con un padre desligado. El aglutinamiento es un límite difuso, donde la comunicación es confusa y las conductas están desorganizadas. El padre queda desligado y es rechazado en sus intentos de entrar al subsistema madre-hijo pero al mismo tiempo es recriminando por su falta de acción sobre el problema cerrando un ciclo paradójico (Minuchin, 1997/2005).

Los conflictos entre los padres fueron manifestados tanto en la entrevista de admisión por parte de la madre como en una entrevista conjunta por parte del padre, ambos manifiestan mantener discusiones fuertes delante de los niños. No se pudo encontrar evidencia suficiente en los documentos sobre la naturaleza de estos conflictos en el sistema conyugal fuera de los generados por el síntoma de Jacinto. Por este motivo se incluyó esta pregunta en la entrevista con el supervisor, quien aclaró que el encuadre de la terapia era familiar y no de pareja, por lo que no era pertinente avanzar en la dirección de los contenidos y los mecanismos del conflicto conyugal, sino sólo indagar sobre su existencia.

Respecto de los aspectos rígidos que pueden favorecer la aglutinación de la madre y la desvinculación del padre, se hallaron algunos comportamientos tanto en las entrevistas con en la historia clínica que podrían hacer sospechar de su existencia:

- 1) cuando la terapeuta intentó introducir el sistema de premios y recompensas, encontró resistencia de la madre con el argumento de que: "Jacinto debe ser responsable sin necesidad de premios",
- 2) todas las intervenciones prescriptas por la terapeuta sufrieron modificaciones o re-interpretaciones por parte de los padres,
- 3) la poca colaboración en la intervención de concretización y la falta de compromiso con el sistema de premios aún cuando empezaba a mostrar resultados parciales,
- 4) ante la primera señal de éxito luego de 4 meses de tratamiento, el padre se quejó sobre porque no se había introducido la intervención práctica positiva mas tempranamente en la terapia,
- 5) la madre se mostró altamente reactiva cuando se sugirió que Jacinto debería realizar mas actividades con su padre,
- 6) tanto en las entrevistas con la terapeuta como en las del supervisor, ambos coincidieron en indicar una tendencia racionalizadora de ambos padres con un estilo interaccional poco flexible y expectativas exageradas respecto de las conductas esperables para la edad de Jacinto,
- 7) el nacimiento del segundo hijo en la familia introdujo toda una serie de comportamientos en la madre tendientes a la atención del hijo menor que puede haberse generalizado tratando a Jacinto de acuerdo a los mismos parámetros que su hermano sin respetar sus diferencias evolutivas.

Mediante el estudio de los instrumentos se encontró que la hipótesis inicial de organización familiar madre-hijo aglutinados, padre desligado, recibe apoyatura en los siguientes indicadores: 1) en la entrevista de admisión, la madre reconoció al padre como periférico y a sí misma como la mas involucrada en el problema, 2) en distintas fechas de la historia clínica se registró que la disposición de Jacinto para la sesión cuando era llevado por su madre era de somnolencia, pesadumbre y falta de voluntad, mientras que cuando era conducido por su padre se lo notaba distendido, contento, y dispuesto a trabajar, 3) en una entrevista, la terapeuta reveló que el niño era "aupado" por la madre como un bebé tanto en la sala de espera como durante parte de la sesión, 4) en la historia clínica consta que, en la opinión del padre, la madre sobreprotegía a Jacinto y que esto era motivo de tensiones y discusión entre los progenitores aún en presencia de los niños 5) el supervisor indicó que percibió aglutinamiento luego de la entrevista conjunta que mantuvo con la familia y la terapeuta,

donde la intervención de pedirle al padre mas colaboración y a la madre que dé mas autonomía a Jacinto generó inmediato rechazo de la madre, actitud que se sostuvo hasta la sesión siguiente donde fue normalizada por la terapeuta.

Otras observaciones de la historia clínica y surgidas de las entrevistas con la terapeuta que dan cuenta del aglutinamiento del niño con la madre son: 1) la falta de registro de la conducta enurética por parte de Jacinto, cuando se orina no se despierta sino hasta la mañana, 2) la desorganización en las conductas posteriores a la ocurrencia de la enuresis, donde la madre se encarga absolutamente de todas las acciones inclusive del aseo de Jacinto, 3) la falta de autonomía de Jacinto que aún cuando despierta acude a la habitación para que la madre lo lleve al cuarto de baño.

De acuerdo al diagnóstico pero sobretodo a esta hipótesis inicial, el admisor deriva a Jacinto y su familia a la terapeuta con la indicación de una estrategia de abordaje.

5.3 Describir las intervenciones sistémicas empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años

El admisor cuenta en las entrevistas que el objetivo de la terapia acordado con el sistema familiar fue que Jacinto lograra su autonomía. Para lograrlo sería necesario desplegar la siguiente estrategia: 1) intervenir narrativamente para fortalecer las conductas autónomas de Jacinto, 2) accionar estratégicamente sobre el patrón familiar que sostiene el síntoma, 3) introducir cambio indirectamente sobre la relación del sistema parental para que libere a Jacinto de la triangulación. Para ello, el supervisor indica que será fundamental lograr el vínculo con sistema parental para que colabore activamente el proceso terapéutico.

La terapeuta refiere en las entrevistas que de acuerdo a esta información se abría un abanico de intervenciones posibles que debían ser reguladas en su intensidad y momento de aparición siguiendo un orden estratégico para que simultáneamente operaran cambio, contribuyeran a la generación de vínculo tanto con los padres como con Jacinto y no fueron rechazadas por el sistema.

De acuerdo a lo relatado por el supervisor, cuando los padres han intentado sin éxito soluciones que resultan fallidas durante tanto tiempo, pueden manifestar desconfianza sobre las indicaciones del terapeuta porque ellos “ya lo han intentado todo”, mostrando poco entusiasmo y colaboración en un nuevo intento de solución del problema. Es la opinión del supervisor que la terapeuta debe generar un vínculo lo suficientemente fuerte con los padres para que cuando este dé una indicación estratégica mas directiva cuente con el apoyo y la motivación del sistema parental. En particular las intervenciones conductuales deberán esperar a que el terapeuta logre el prestigio para no ser cuestionado en su indicación. Es por esto que las intervenciones se suscribirán inicialmente a una estrategia de generación de vínculo con los padres y el niño.

Según puede obtenerse de las entrevistas a la terapeuta y de la historia clínica, la intervenciones sistémicas referidas a fortalecer el vínculo con Jacinto involucraron sobretodo el juego en sesión el cual fue utilizado en sentido metafórico y dio pie a la construcción de la concretización “Batalla contra el Zombie” que se describirá mas adelante. También el juego fue utilizado como re-encuadre en el trato de Jacinto con la terapeuta de intercambio de ajedrez por terapia introducido mas

tarde. En la entrevista la terapeuta relató que la primera intervención tendiente a generar vínculo con los padres fue incorporar a su lenguaje palabras y términos propios del ámbito empresarial con el que los padres se hallan familiarizados como: proyecto, objetivos, estrategia, asientos, memos, balances, cierre, etc. Luego siguiendo la historia clínica, se introdujeron escalonadamente tareas para el hogar como reforzadores de la terapia por fuera de la sesión. Estos tareas incluyeron: 1) el registro de actividades de Jacinto, 2) seguimiento de la conducta enurética con registro de frecuencias y horas, 3) organización de la rutina diaria del niño incluyendo los horarios de levantarse, desayunar, ir al colegio, almorzar, hacer la tarea, merendar, asearse, cenar y dormir, 5) la introducción del sistema de premios que acompaña a la externalización.

La decisión de programar las intervenciones escalonadamente con el doble propósito de recabar información y generar vínculo, encuentra sustento en la teoría. Siguiendo el modelo estratégico el terapeuta no sólo debe advertir que intervenciones son posibles sino como comunicarlas al sistema de manera de reducir la postura que el sistema tiene frente al problema. Es vital que el terapeuta utilice el lenguaje y las creencias del consultante. También la introducción de intervenciones directivas directas, como tareas para el hogar, permiten la observación de las conductas alrededor de la tarea y además promueven el vínculo fuera del espacio terapéutico (Wainstein, 2006b). El éxito de la terapia dependerá en gran medida de contar con el apoyo de los padres (Andolfi, 1985; Des Champs, 1995; Friedberg & McClure, 2005).

Sin embargo, la adhesión a la terapia no fue la esperada por la terapeuta. Esto se evidencia en las anotaciones de la historia clínica donde manifiesta la vaguedad de los registros de rutina, la falta de completitud de los registros enuréticos, la falta de regularidad en el sistema de premios a las conductas de continencia y el pobre seguimiento de la intervención de concretización.

De acuerdo con el modelo estratégico, la consulta misma es intervención (Wainstein, 2006b). En el tratamiento de Jacinto este concepto de intervención se evidenció sobretudo en el momento que el tratamiento estuvo en peligro cuando la madre del niño mostró conductas desafiantes o competitivas con la terapeuta. En el proceso de supervisión del caso, el supervisor expresó su preocupación por la continuidad del tratamiento y propuso la realización de la sesión conjunta utilizando la consulta como intervención estratégica en función de varios objetivos: 1) Asumir un rol asimétrico con ambos padres debido a la edad y la experiencia introduciendo un nuevo orden en la sesión, 2) jerarquizar la importancia del tratamiento y el respaldo que él, como figura de poder y saber, otorga al trabajo de la terapeuta, 3) reestructurar la posición periférica del padre incorporándolo como una figura indispensable en el tratamiento, 4) desequilibrar el rol de la madre en la estructura aglutinada pidiéndole más autonomía para Jacinto y apoyando la queja del padre sobre la sobreprotección materna, 5) reencuadrar el rol de la terapeuta como aliada en el tratamiento antes que enemiga de la madre.

Analizando detalladamente los instrumentos se pudo hallar las siguientes conductas y patrones repetitivos que intervenían en la ocurrencia del síntoma, incluyendo a las soluciones intentadas fallidas: 1) según consta en la historia clínica durante la primera sesión familiar los padres relataron que Jacinto no se dormía en su cama sino en el sillón frente al televisor y que una vez conciliado el sueño era trasladado en andas por los padres hasta su cama, donde era cambiado y acostado por su madre, 2) Jacinto no seguía rutinas de baño y comidas organizadas porque el trabajo de los padres requería flexibilidad de horarios y Jacinto quedaba muchas veces al cuidado de su abuela materna que acudía a la casa la familia para el cuidado de los niños, 3) los padres refieren que cuando Jacinto se orina en su cama, no se despierta, y que ellos recién notan lo sucedido por la mañana al despertarlo para ir a la escuela y descubrir que “amaneció mojado”, 4) una vez que se descubría el suceso, la madre se ocupaba de cambiar al niño, asistirlo en su aseo personal, poner el pijama y las sábanas sucias para lavar y rearmar la cama, 5) que el colchón había sido forrado con un nylon para evitar su deterioro, 6) que las vacaciones familiares se eligen en lugares donde la conducta enurética quede encubierta evitando estadías en hoteles u otros con servicio de mucama e impidiendo la asistencia de Jacinto a campamentos o pijamadas en casa de compañeros de escuela.

Con el objetivo de interrumpir estas conductas que la familia organizaba entorno al síntoma se introdujeron paulatinamente las siguientes intervenciones estratégicas a lo largo del tratamiento: 1) Se pide a los padres que el niño se coloque el pijama solo y se acueste a dormir en su cama y que si el niño intentaba incluirse en el lecho matrimonial, sea acompañado nuevamente a su propia cama, 2) que se organice la rutina diaria de Jacinto y que le sea comunicada a la abuela materna para que la continúe aún en ausencia de los padres, sobretudo los horarios de dormir y la ingesta de bebidas durante la cena, 3) se pide a los padres que realicen la intervención despertar escalonado y que se lleve el registro de la

frecuencia y las horas de ocurrencia de la incontinencia, 4) que sea el niño quien se cambie de pijama y coloque la ropa de cama para lavar y asistido por alguno de sus progenitores, de preferencia el padre, y que sea ayudado a rearmar su cama, 5) introducir la práctica positiva haciendo hincapié en la importancia de mantener las sábanas secas, 6) dejar que Jacinto participe de las actividades sociales avisando a los adultos responsables que despierten al niño para que orine en horas de la madrugada tal como venían realizando en su casa.

Según relata la terapeuta, el registro de actividades se realizó como un primer paso antes de intervenir en el ordenamiento de la rutina de Jacinto que sería también ordenadora de los lugares y horas de sueño. Una vez organizada la rutina de Jacinto, el despertar escalonado involucraría al padre y haría que tanto los padres como Jacinto comiencen a tener un registro del problema. Estas técnicas combinadas con la concretización, harían el problema más visible para Jacinto y dejaría abierto el campo para la introducción del entrenamiento en limpieza como una consecuencia lógica de la enuresis y emponderando al niño como parte de la solución.

Esta cadena de intervenciones puede ser entendida desde varios modelos teóricos. Desde la perspectiva estratégica se busca indagar acerca del comportamiento de los padres respecto de la tarea, la generación de vínculo fuera de la sesión terapéutica, el descubrimiento de recursos de los miembros del sistema e interrumpir el desarrollo normal del síntoma (Wainstein, 2006b; Haley, 1980b). Desde el enfoque narrativista las intervenciones contribuyen a hacer visible lo que es naturalizado en el relato del síntoma, lo cual siembra la posibilidad de operar sobre él (White & Epston, 1993; Tomm, 1994). Desde el modelo estructural, se incorpora al padre al tratamiento del problema con el objeto de disminuir la hostilidad entre los progenitores y lograr que operen en conjunto como subsistema parental unido (Andolfi, 1985; Wainstein, 2006b).

Según refiere el supervisor, la inclusión de técnicas conductuales específicas en el tratamiento tuvo el doble propósito de condicionar la conducta de continencia de Jacinto y servir como intervención estratégica de prescripción paradójal del síntoma, estas intervenciones se describirán en el apartado correspondiente.

Como se narró anteriormente en la primera entrevista Jacinto evitó referirse al síntoma por su nombre y se mostró resistente a hablar de ello, que refirió concurrir a la terapia porque tiene “unos asuntos pero que todavía no los iba a contar”. De la entrevista con la terapeuta se conoció además que los padres tampoco se refería a la incontinencia directamente sino que usaban palabras sustitutivas como “asunto”, “accidente” y “evento” para referirse a él. De lo analizado previamente se recuerda que el aglutinamiento madre-hijo impedía un registro eficiente de la conducta enurética, lo que era interpretado por el sistema como que la orina era algo incontrolable tanto para Jacinto como para los padres. Esto motivó que la terapeuta desarrollará intervenciones tendientes al registro y aumento de la visibilidad del síntoma en la familia con la intención de preparar el campo para la intervención narrativa de concretización. Desde la teoría, la externalización implica la separación del síntoma de la persona que lo manifiesta otorgando al consultante la capacidad de establecer y decidir que tipo de relación quiere mantener con él sin poner en peligro su identidad y su autoestima (Tomm, 1994). De acuerdo con White y Epston (1993) para lograr una externalización exitosa es necesario que el consultante lo construya con detalles y características propios.

El supervisor indicó en la entrevista que una vez avanzado el registro de frecuencias y horarios de la enuresis y habiendo comenzado el proceso de despertar progresivo tendientes a aumentar la visibilidad del problema tanto para padres como para el niño, era el momento de realizar la intervención de concretización del síntoma. La terapeuta preparó el momento de la intervención pidiendo a los padres que confeccionaran un listado de posibles premios para Jacinto con distinto nivel de interés e importancia para organizar los refuerzos para las conductas de control de la orina. De acuerdo a lo relatado por la terapeuta, la concretización se realizó sobre la base de un juego-batalla. El enemigo fue co-construido con el niño que lo imaginó como un zombie y fue bautizado el “Zombie Pis”. Una vez externalizado el síntoma, Jacinto tuvo la posibilidad de operar activamente sobre él y combatir al villano que moja su cama, transformándose en el héroe que lucha por la cama seca. La concretización se

completó con el dibujo del enemigo y la presentación a los padres del juego y sus reglas. Según refiere la terapeuta, en la batalla contra el Zombie Pis, era una batalla de Jacinto que era el héroe, pero que la familia tenía una participación especial para ganar la batalla. Los padres reciben las instrucciones de colocar la imagen del Zombie Pis sobre la tapa del retrete, de manera que Jacinto pudiera vencerlo cada vez que hacía pis en ese lugar. Si en cambio el pis mojaba la cama era indicador de que el Zombie Pis había vencido. La batalla tenía asociado un sistema de premios y objetivos de dificultad creciente con recompensas cada vez más interesantes para Jacinto que se describirá en el apartado de intervenciones conductuales.

5.4 Describir las intervenciones conductuales empleadas por la terapeuta en el tratamiento de la enuresis infantil primaria en un niño de 7 años

Según consta en las notas personales de la terapeuta, los padres han relatado numerosas acciones orientadas para que Jacinto logre el control, pero que han fallado sistemáticamente. Las soluciones intentadas fallidas incluyeron, castigos, retos y reprimendas verbales de diversa intensidad y distinta duración de tiempo.

De acuerdo a los postulados del conductismo operante, estas actividades que los padres realizaron funcionan como reforzadores de la conducta de Jacinto, pues, la conducta acertada no tenía consecuencias positivas y la conducta disfuncional no tenía consecuencias negativas relacionadas con la conducta (Gross, 1994).

Según consta en los distintos instrumentos, los padres habían estructurado un sistema de conductas alrededor del síntoma más ligadas a la evitación de situaciones estresantes que a la acción sobre el problema mismo. Estas conductas eran: 1) la protección del colchón con un nylon, 2) la modificación de las dinámicas vacacionales evitando hoteles o lugares con servicio de habitación, 3) la restricción de que Jacinto concurra a pijamadas o campamentos escolares, 4) la permisividad de los padres para que el niño permanezca despierto fuera de su cama y frente al televisor para conciliar el sueño, 5) las conductas de sobreprotección de la madre que se ocupa íntegramente de las consecuencias de la enuresis, 6) el permiso de quedarse en el lecho conyugal cuando el niño se incluía a mitad de la noche, y 7) las ayudas innecesarias en el aseo personal de Jacinto. Estas conductas desplegadas por los padres no se relacionaban con un intento de solución sino con un sistema de contención y ocultamiento del síntoma incorporado a la rutina cotidiana y pueden ser interpretados como reforzadores de la conducta enurética, donde algunos de ellos pueden inclusive presentar actividades placenteras facilitadas por los adultos ante la ocurrencia del síntoma (Agudelo & Guerrero, 1973; Gross, 1994).

Como se detalló en los apartados precedentes la intervención sobre los circuitos reforzadores de la emergencia del síntoma se realizó desde una variedad de enfoques sistémicos pero también mediante intervenciones conductuales utilizadas con el doble propósito, conductual y estratégico. En este apartado se describirán la implementación de estas técnicas y su adaptación para el trabajo con el sistema parental del caso y su relación con las intervenciones sistémicas.

De acuerdo a lo relatado en las entrevistas, la terapeuta introdujo las primeras intervenciones con el objetivo de generar alianza como por ejemplo el registro y refuerzo social de las conductas de continencia asociado con la intervención despertar escalonado. Según se pudo leer de la historia clínica ésta fue una de las primeras intervenciones conductuales utilizadas con el objetivo de intervenir directamente sobre el síntoma.

Analizada desde la teoría, la intervención despertar escalonado cumple múltiples funciones. El efecto pretendido originalmente por la intervención es reforzar socialmente las conductas deseadas de continencia y micción en el retrete reforzado mediante felicitaciones de los padres y otros adultos significativos, resaltando la importancia de mantener la cama seca (Bragado Álvarez, 1984). El despertar escalonado incluye además la repetición y disminución del tiempo de sueño, con la intención de que el niño realice esta actividad con mayores niveles de sueño, introduciendo la sensibilidad a la orina incluso en momentos de sueño

profundo. Por otra parte la intervención cumple la función estratégica de prescripción del síntoma pero introduciendo modificaciones en el circuito de ocurrencia. De esta manera la micción, que durante la enuresis se presenta sin control, es ubicada en un contexto reglado y voluntario. El cambio en el patrón de aparición de la micción podría generar una interrupción el circuito de aparición del síntoma y las conductas posteriores de equilibrio desarrolladas por parte de la madre (Wainstein, 2006b). Esta intervención también puede ser considerada una reestructuración del sistema familiar, pues la necesidad de despertar al niño todas las noches fue introducida con la condición de que los padres debían turnarse para realizar esta tarea. Obligándolos a comunicarse y organizarse como sistema parental. Esto incorporó nuevamente al padre que había quedado desligado, incluyéndolo en el sistema y relajando las demandas de la madre respecto de su participación en el problema (Haley, 1980a). También es posible que la intervención haya provocado un reencuadre de la situación (Minuchin, 1995). Los padres ahora podrían poner el foco en las tareas específicas que promovían la capacidad de Jacinto de orinar en el lugar adecuado y verificar que era posible que el niño logre incorporar la actividad de despertar y acudir por sus propios medio al cuarto de baño (White, 2009).

De acuerdo a la historia clínica, otra intervención conductual empleada tempranamente con el objetivo de generar una relación vincular con los padres fue el entrenamiento en retención de Mowrer y Mowrer de 1970 pero con algunas modificaciones. Como se describió en el marco teórico, la intervención consiste en dar de beber al niño una cantidad de su bebida preferida pero evitando que el niño orine espontáneamente cuando tenga ganas. El objetivo es que el niño entrene la retención voluntaria de la orina aumentando los tiempos de retención a medida que va obteniendo logros y premiando los éxitos (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980). De acuerdo a lo relatado por el supervisor, el entrenamiento original, desarrollado en Norteamérica, no se ajusta a la idiosincrasia argentina y es impracticable según está formulado. La retención voluntaria de la orina reforzada podría ser considerada dañina para la salud del niño o hasta una tortura, y la recompensa de este tipo de actividades como extorsiva. Sin embargo se consideró la inclusión de una variante mas aceptable localmente con el objetivo de producir en Jacinto la experiencia de la retención voluntaria, es decir que el niño obtenga la vivencia de control sobre su orina (White & Epston, 1993).

Como se mencionó anteriormente Jacinto no conciliaba el sueño en su cama sino en un sillón frente al televisor, luego era llevado en andas hasta su cama y que no despertaba cuando ocurría la incontinencia hasta la mañana siguiente. La terapeuta hipotetizó sobre la probabilidad de que aún si Jacinto lograra un estado de somnolencia previa a la micción, no tuviera la certeza de su ubicación en la casa. El despertar en un ambiente distinto del cual se durmió podría generar desconcierto o falta de orientación sobre el paradero del baño sobretodo si se tiene en cuenta que el niño como regularidad no logra despertar ante la micción involuntaria. Luego de introducir las intervenciones tendientes a la organización de la rutina del niño y la prescripción de que durmiera en la cama, consideró pertinente la inclusión de la práctica positiva con algunas modificaciones (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980). Nuevamente, al igual que el despertar escalonado, tanto la terapeuta como el supervisor coincidieron en que la técnica norteamericana no era factible de ser utilizada en su versión original por cuestiones idiosincrásicas. Sin embargo, se la incluyó con modificaciones debido a la relevancia que tenía en la consecución estratégica del objetivo de dotar a Jacinto de autonomía. La técnica se modificó pidiendo al niño que dibuje en sesión la distribución de los lugares de su casa en una suerte de plano y que ubique entre ellos su habitación, el baño, marcando el camino que habría que recorrer para llegar desde un lugar a otro. Luego se trabajó con los padres para que realicen ensayos tendientes a que el niño transite el trayecto por sus propios medios intentando hacerlo cada vez con mayor solvencia. Una vez logrado este objetivo se irían incorporando paulatinamente dificultades adicionales como empezar el recorrido desde la posición de acostado en su cama, y agregando elementos hasta lograr la secuencia completa de que, comenzando acostado, tapado y con la luz apagada, el niño simule despertar, prender la luz, ir rápidamente hasta el cuarto de baño, simule orinar y vuelva a su cama, todo por sus propios medios. Se pidió a los padres que

realizaran este entrenamiento al menos una vez por día incorporando los nuevos elementos paulatinamente. Esta intervención además del objetivo de condicionar la conducta (Agudelo & Guerrero, 1973), puede interpretarse en términos narrativos como un nuevo relato a incorporar por Jacinto (White & Epston, 1993). La actuación introduce al niño en el juego del cómo sí en el cual está permitido ensayar conductas alternativas, construyendo en el ensayo la nueva realidad posible en la que Jacinto puede levantarse, retener la orina y evacuar el lugar correcto por sus propios medios (White, 2009).

La última intervención conductual introducida según consta en la historia clínica corresponde al entrenamiento en limpieza (Bragado Álvarez, 1983, Graña & Carrobbles, 1980). De acuerdo a lo relatado por el supervisor en las entrevistas, esta intervención fue demorada pues provoca una elevada intensidad emocional en los padres y es imprescindible contar con buen vínculo y cierta dosis de prestigio para que no sea resistida por el sistema familiar. Luego de haber obtenido ciertos éxitos sostenidos y haber conseguido una colaboración más constante de los padres, el supervisor aconseja a la terapeuta la inclusión del entrenamiento en limpieza. Esta intervención tiene el objetivo conectar la conducta de enuresis con las contingencias que ella provoca. El objetivo es que el niño asuma las consecuencias lógicas que su conducta genera, asociándolo con un estímulo desagradable lo que provocará la extinción de la conducta de acuerdo a los postulados del condicionamiento operante (Agudelo & Guerrero, 1973).

Según indicó la terapeuta en las entrevistas, la intervención fue aceptada pero los padres confesaron que habían modificado la consigna haciendo que Jacinto sólo se hiciese cargo de poner a lavar su pijama y no toda la ropa de cama como estaba indicado.

5.5 Analizar los cambios en un niño de 7 años a lo largo de 6 meses de tratamiento psicológico de la enuresis primaria mediante tratamiento sistémico con integración de intervenciones conductuales

En esta sección se analizarán los cambios que el tratamiento ha producido en Jacinto y en el sistema familiar.

De la lectura de la historia clínica y las entrevistas con la terapeuta, se puede concluir que a partir de la externalización, Jacinto pudo tomar una posición respecto del síntoma. Lo que antes era ignorado y directamente no registrado, tomó entidad y colocado en el rol de enemigo, pudo ser combatido (Tomm, 1994). Esta intervención produjo un tema de conversación específico respecto del síntoma para desarrollar en la consulta y canalizó las reservas iniciales del niño a hablar de ello. Si bien en algunas de las sesiones posteriores Jacinto intentó evitar el tema de la batalla, sobretodo cuando había sido vencido por el Zombie Pis, el trabajo previo de la terapeuta sobre el ganar y el perder realizado con otros juegos, y la buena alianza lograda con el niño, desembocaron en la intervención del acuerdo para enseñarse mutuamente habilidades (Minuchin, 1997). Jacinto le enseñaba ajedrez, un juego en el que pese a su corta edad destaca, y la terapeuta lo ayudaba a vencer la batalla contra el Zombie Pis. Esta nueva intervención incorporó al trabajo terapéutico una motivación para el niño que no había mostrado en las sesiones previas. Jacinto se sintió valorado y poseedor de un conocimiento que la terapeuta no. Como dador de conocimiento, se invirtió la asimetría niño-adulto, experto-inexperto. Esta inversión de roles sirvió para que el niño asuma más responsabilidad en el tratamiento, tenga experiencias de control y de éxito que se trasladarían luego isomórficamente a la batalla contra la enuresis (Haley, 1980b).

La segunda modificación importante en el sistema coincide tanto en la historia clínica como en la entrevista con el supervisor y con la terapeuta, a partir de la sesión que mantuvieron conjunto que mantuvieron con la familia. En esta entrevista el supervisor se incluyó a sí mismo con el objetivo de desestabilizar el sistema triangular de madre-niño aglutinados y padre periférico (Haley, 1980b). Esto elevó la resistencia de la madre al tratamiento pero introdujo al padre como facilitador. La prescripción de que el niño realizara actividades con el padre a solas, re-vinculó al padre con el niño des-aglutinándolo de la díada con la madre. El padre también pudo expresar su desacuerdo por la sobreprotección que la madre hacía sobre Jacinto (Haley, 1980b) y se pudo trabajar con la pareja parental el manejo de sus

conflictos frente a los niños (Minuchin, 1997). La terapia hizo un quiebre hacia el cambio de segundo orden, cobró una mayor regularidad el registro, aumento la frecuencia de la premiación de la concretización, se instrumentaron turnos para despertar al niño de noche y la recomposición del vínculo de la madre con la terapeuta (Haley, 1980b).

Según se encuentra registrado en la historia clínica, a los tres meses de iniciado con las intervenciones de concretización, despertar escalonado y el incremento de las actividades con su padre, Jacinto logró mantener la cama seca siempre que sus padres lo despertasen. De acuerdo a lo expresado en las entrevistas por la terapeuta, este logro no fue suficientemente recompensado por los padres pese a que se sostenía el sistema de premios de la concretización. Inclusive, la madre mostró escepticismo y desconfianza del éxito. Pese a esto, la terapeuta manifestó en la supervisión que se notaba a la madre de mejor ánimo, y más colaborativa y más distendida. Por su parte de la historia clínica se puede observar que estos cambios en el estado de ánimo de la madre coinciden con un aumento en la frecuencia de las veces que el padre acompañaba a Jacinto a sesión.

De la historia clínica puede encontrarse que a los 5 meses de iniciado el tratamiento y con las intervenciones de concretización, despertar escalonado y la reciente introducción del entrenamiento positivo, el niño alcanzó la continencia nocturna por 14 días consecutivos siempre despertado a mitad de la noche. Según , relató la terapeuta, los padres esta vez sí lo premiaron como estaba acordado y unos días más tarde le permitieron a Jacinto concurrir a un campamento escolar donde, sin que el niño lo supiese se avisó a los adultos responsables para que lo despierten a la noche para que vaya a orinar. Sorprendiendo a su madre, el niño despertó solo, salió de la carpa, se puso las zapatillas y fue con su linterna hasta el baño sin asistencia. Este cambio comportó una nueva confianza en la terapia por parte de los padres y un incremento de las acciones de control de Jacinto que al ser sostenidas por casi un mes, precipitaron la introducción del entrenamiento en limpieza (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carroble, 1980).

A partir de la introducción de esta intervención, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, Jacinto solo mojó la cama dos veces y luego logró el control pero conservando la necesidad de que los padres lo despierten a la noche a orinar. El período de sesiones se vio interrumpido por unas vacaciones familiares y un día de enfermedad del niño que interrumpieron la frecuencia semanal de la terapia por 21 días. Al retornar a sesión, la madre relató y se transcribe en la historia clínica, que el niño mantuvo su cama seca durante todo el período y que la segunda semana comenzó a levantarse algunas noches sólo para ir al cuarto de baño sin asistencia de sus padres ni necesidad de que estos lo despierten. Por tal motivo, los padres recompensaron a Jacinto con la compra de un nuevo control para la consola de videojuegos. La terapeuta comentó en la última sesión de supervisión a la que se asistió que la madre se encontraba distendida, colaborativa y mucho menos preocupada por el niño, y presentaba un semblante más saludable.

El tratamiento continuó con un seguimiento de la concretización y la consecución de nuevos objetivos de permanencia de la cama seca. El análisis de la continuidad del tratamiento no incluye estas entradas porque exceden el período de tiempo propuesto para este estudio.

6. Conclusiones

Hasta aquí se ha descrito el tratamiento empleado por la terapeuta en el tratamiento de un caso enuresis infantil primaria desde el modelo sistémico. Si bien tanto la terapeuta como el supervisor estaban al tanto de la eficacia del entrenamiento en cama seca (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carroble, 1980; Houts, 2000), decidieron no aplicarlo dado el escaso registro del problema que tenían los padres y la incertidumbre sobre el cumplimiento de la tarea al no haber evaluado el nivel de adhesión a la terapia y la fidelidad en la consecución de las tareas. Ante este cuadro inicial, la terapeuta incorporó gradualmente las siguientes intervenciones: registro escrito de actividades y rutinas de Jacinto incluyendo frecuencia y horarios de la incontinencia nocturna, medidas higiénico dietéticas en función de disminuir la cantidad de líquidos consumidos en horas previas al sueño, un sistema de entrenamiento en retención

modificado para realizar durante la tarde, prescribió la organización de las rutinas y que el niño concilie el sueño en su propia cama y que los padres alternen turnos para despertarlo a orinar siguiendo el esquema despertar escalonado (Bragado Álvarez, 1983; Graña & Carrobes, 1980).

Mientras tanto se fortaleció el vínculo con Jacinto y se intentó generar vínculo con los padres. En las sesiones siguientes la terapeuta fue logrando un lento aumento en la adhesión de los padres a las intervenciones y decidió introducir la concretización del síntoma en forma de un juego-batalla involucrando a toda la familia e incorporando un sistema de premios reforzadores (White & Epston, 1993). Esto despertó la resistencia de la madre quien adujo que el niño debiera hacerse responsable de su conducta sin necesidad de premios, pero sin embargo accedió a sostener la intervención (Minuchin, 1997).

Durante el seguimiento de la intervención la terapeuta utilizó el juego en sesión para reforzar las situaciones de triunfo de Jacinto, como metáfora en su batalla contra el síntoma (Haley, 1980a). También indagó acerca del registro escrito de las actividades y los premios y descubrió que la colaboración de los padres había sido escasa. Cuando insistió en recalcar la importancia de los premios para el éxito de la intervención, la terapeuta percibió que la madre había empezado a comportarse competitiva con ella poniendo en peligro la continuidad del tratamiento. En la supervisión semanal se planeó la estrategia de hacer una sesión con la familia completa que incluyera al supervisor, varón y de mayor edad, como desestabilizador del sistema. Esta intervención tuvo por objetivo dar refuerzo a la importancia del tratamiento, interrumpir la competencia que la madre había entablado con la terapeuta, e introducir una figura masculina que sirviera de modelador de la conducta del padre incorporándolo más activamente en la terapia (Haley 1980b; Minuchin, 1997). El supervisor en esa sesión prescribió al padre que pasara más tiempo con su hijo y que de tanto en tanto tuviera salidas a solas con él.

La inclusión del supervisor logró el objetivo desestabilizador, aumentando la resistencia de la madre pero incorporando al padre como facilitador y promoviendo la reconciliación de la madre con la terapeuta en el rol de aliada antes que el de enemiga. Se continuó entonces con la externalización, el sistema de premios, y el despertar escalonado con cumplimento parcial, durante 3 semanas. Luego se incorporó un pacto con Jacinto en el cual él la ayudaba a la terapeuta a aprender ajedrez y ella lo ayudaba a vencer en el juego de la externalización. Paralelamente se incorporó primero con Jacinto y luego con los padres ciertas intervenciones que acabaron en la inclusión de la práctica positiva con algunas modificaciones (Graña & Carrobes, 1980).

El mayor cumplimiento de las intervenciones de parte de los padres al cabo de varias sesiones consecutivas y la notable disminución en la frecuencia de la incontinencia de Jacinto, inclinaron a la terapeuta, apoyada por el supervisor, a que acordara con los padres la incorporación del entrenamiento en limpieza (Graña & Carrobes, 1980). A partir de esa intervención Jacinto no volvió a mojar la cama, y la familia continuó con la terapia para seguimiento del caso post-tratamiento, pero ese periodo excede lo estudiado para la realización de este trabajo.

Si bien se considera que la documentación sobre el caso y las entrevistas aportaron valiosa y completa información sobre el caso, el trabajo tuvo la limitación evidente de no tener contacto directo con el niño ni con su familia. Pese a esto se considera que el haber asistido a las sesiones de supervisión del caso aportó una gran cantidad de información referida al diseño de la estrategia de intervención y sobre las dificultades que la terapeuta encontró a lo largo del tratamiento, fundamentalmente en la alianza con los padres.

Otra limitación para el desarrollo del trabajo fue la dificultad de encontrar bibliografía de autores clásicos de la psicología sistémica que den cuenta de tratamientos completos de la enuresis infantil, el caso más afín hallado en la bibliografía corresponde a Andolfi (1985) donde se describe un caso de encopresis.

También se encontró una limitada cantidad de estudios recientes que aporten evidencia sobre la eficacia de los distintos tratamientos psicológicos y su comparación con otro tipo de tratamientos. Sí se hallaron numerosos estudios tendientes al tratamiento de la enuresis a

través de medicamentos. Respecto de esta abundancia de nuevos fármacos supuestamente efectivos, se coincide con la opinión de Houts (2000) para quien los tratamientos conductuales desarrollados en los años '70 siguen teniendo el mas alto grado de eficacia pero son dejados de lado por la comunidad médica en beneficio de los tratamientos medicamentosos debido al vínculo comercial de los laboratorios con los sistemas de salud. También son dejados de lado por una importante porción de la comunidad psicológica que prioriza terapias verbales psicodinámicas que interpretan el síntoma como el retorno de lo reprimido, donde el tratamiento tiene una duración tan prologada que el paciente finalmente logra la continencia pero debido a su propio desarrollo madurativo y no debido al tratamiento.

Respecto del tratamiento descrito en el trabajo, se observó que las dificultades en la generación de la alianza terapéutica con los padres tuvo impacto en las intervenciones a tal punto de requerir la incorporación del supervisor. En este sentido, quizás hubiera sido importante dedicar una mayor parte del tiempo de consulta a la alianza con los padres y algo menos a los juegos con el niño, siguiendo la noción de los padres como co-terapeutas de Friedberg y McClure (2005).

Si bien el tratamiento estaba alcanzando criterios de éxito en los últimos registros consultados para este trabajo, la autonomía del niño no se había logrado totalmente pues todavía dependía de que sus padres lo despertaran a mitad de la noche para evitar la incontinencia. En ese sentido se considera que sería de utilidad la incorporación de un sistema de alarma que colabore con el despertar del niño y aumente el registro corporal de la necesidad de orinar. Los modernos dispositivos son de precio accesible para el poder adquisitivo de los padres, son de tamaño reducido y alta sensibilidad, estimulando al niño mediante sonido, luz y vibración para que despierte cuando la micción incontrolada comience. Bragado Álvarez (1983) ha encontrado evidencia de que el factor individual que mas incidencia tenía en el tratamiento de la enuresis era el sistema de alarma.

Se quiere resaltar el papel determinante que han tenido la admisión y la supervisión de la terapia en la orientación de la estrategia del caso, desarrollando las hipótesis que direccionaron hacia los focos sobre los que intervenir y colaborando activamente con el tratamiento. Se recalca la importancia del vínculo con los padres y otros adultos significativos como condición de posibilidad para el mejoramiento de los síntomas infantiles en la terapia familiar (Minuchin, 1997). También se quiere destacar que la modalidad de combinar intervenciones sistémicas con intervenciones conductuales utilizadas en forma estratégica, crea un contexto posibilitador de cambio en la familia (Andolfi, 1985). Finalmente, siguiendo a Des Champs (1995) no se puede dejar de resaltar la valiosa información que la observación desde la perspectiva sistémica aporta al tratamiento de las afecciones en niños.

7. Referencias Bibliográficas

Agudelo , R.& Guerrero , J. (1973). El sistema psicológico de B. F. Skinner. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 5(2), 191-216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80550206>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Bandura, A. (1988). Modelo de causalidad en la teoría del aprendizaje social. En M. J.

Mahoney & A. Freeman, (Eds), *Cognición y Psicoterapia*. (pp103-122). Buenos Aires: Paidós.

Bragado Álvarez, C. (1983). Enuresis nocturna: eficacia parcial de los tratamientos implicados en el entrenamiento en cama seca. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1-1, 43-65.

Bragado Álvarez, C. (1984). Modificación de conducta en enuresis. *Revista Española de Pedagogía*, 164-165, 365-379.

Bunge, E., Mandil, J. & Gomar, M. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Des Champs, C. (1995). Introducción: Los padres de la terapia familiar. En C. Des

Champs, (Ed), *Teoría y técnica de la terapia sistémica* (pp11-29). Buenos Aires: ECUA.

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.

Graña, J. & Carrobles, J. (1980). Enuresis y desarrollo de la capacidad funcional de la vejiga: estudio comparativo con tres tratamientos conductuales. *Estudios de Psicología*, 3, 29-40.

Gross, R. (1994). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Ed. Manual Moderno.

Haley, J. (1980a). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erikson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1980b). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Paidós.

Houts, A. C. (2000). Commentary: Treatments for enuresis: Criteria, mechanisms, and health care policy. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (4), 219-224.

Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. En A. E. Kazdin & J. R. Weisz, (Eds), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 389- 406) New York: Guilford.

Houts, A. C., Berman, J. & Abramson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4), 737-745.

Jackson, D. (1994). El problema de la homeostasia familiar. En Y. Winkin, (Ed), *La nueva comunicación*. (pp232-246). Barcelona: Kairós.

Miguélez Lago, C. , Llamas Centeno, M.J. , Miéles Cerchar, M., Santiago Toro, M.E. & García Mérida, M. (2012). Enuresis. Diagnóstico diferencial y tratamiento específico. *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, 68 (4), 240-255.

Minuchin, S. (1997/2005). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Minuchin, S., Nichols, M. & Lee, W. (2007). *Evaluación de familias y parejas*. México D.F.: Paidós.

Nevéus, T., von Gontard, A., Hoebeke, P., Hjälmås, K., _Bauer, S., Bower, W., ... &

Djurhuus, J._ (2006). The Standardization of Terminology of _Lower Urinary Tract Function in Children_ and Adolescents: Report from the Standardisation_ Committee of the International Children's Continence Society. *The Urology Journal*, 176, 314-324.

Rodríguez Fernández, L. & Gracia Manzano, S. (2008), Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna, *Asociación Española de Pediatría*, 116-126.

Tomm, K. (1994). Introducción: externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Umbarger, C. (1987). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Wainstein, M. (2006a). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Watzlawick, P. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1994). Estructuras de la comunicación psicótica. En Y. Winkin, (Comp), *La nueva comunicación*. (pp247-264). Barcelona: Kairós.

White, M. (2009). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.

Wilson, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R. Sillen, U. & Tikkinen,

K. (2013). Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Pro- lapse (POP) and Anal Incontinence (AI). *Incontinence*, 5, 17-84.