

11226
20/152.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria

U. A. "IGNACIO CHAVEZ" ISSSTE



ENURESIS

FRECUENCIA, TRATAMIENTO Y ASOCIACION CON DISFUNCION FAMILIAR

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dra. Martha Silvia Valdez Carrasco



México, D. F.

1987

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

	Página
I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	1
II. JUSTIFICACION	2
III. OBJETIVOS	3
IV. ANTECEDENTES	
-Definición, Clasificación y Frecuencia	4
-Etiología	5
-Diagnóstico	9
-Tratamiento	12
-Familia y Enuresis	18
-Clasificación de la familia	19
-Funciones familiares	21
-Comunicación en la familia	22
-Roles	23
-Límites	24
-Ciclo vital de la familia	25
-Dinámica familiar	26
-La familia y el stress	27
-Crisis en la familia	29
V. METODOLOGIA	32
VI. RESULTADOS Y ANALISIS	33
VII. CONCLUSIONES	51
VIII. COMENTARIOS	52
IX. BIBLIOGRAFIA	54
X. ANEXOS	
-Anexo I	56
-Anexo II	58

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La enuresis es un trastorno frecuente en la consulta pediátrica; en México la frecuencia es del 10.7% en niños entre 5 y 7 años de edad y del 4.8% en los de 11 años (22).

En la clínica Dr. Ignacio Chávez-ISSSTE, la mayoría de los médicos envían a estos pacientes al servicio de psicología, debido quizá a que desconocen los criterios de diagnóstico y tratamiento para este problema, e incluso en algunos casos no hacen el diagnóstico - debido a que no se lleva a cabo una buena historia clínica o simplemente no se realiza esta y envían al paciente por otro problema y es la psicóloga quién lo detecta al elaborar la historia clínica, - la cual realiza en todos los casos que recibe, y es en este servicio en donde se manejan estos pacientes, en su mayoría con imipramina y medidas higiénico-dietéticas, realizándoseles pruebas psicológicas y solicitándoseles EEG cuando existe sospecha de daño cerebral como posible causa del síntoma, lo anterior es parte de lo que se debe hacer por un paciente enurético, pero no es la psicóloga quién debe tratar a estos pacientes sino únicamente servir de apoyo al médico para que sea este quién trate en forma integral al paciente y su familia, y es el médico familiar el profesionalista capacitado para llevar a cabo esta tarea en forma satisfactoria y continuar manejando al paciente una vez que la psicóloga evalúe y dé instrucciones para manejar el problema por el que el médico solicitó interconsulta, que debe ser en el caso en que la enuresis se deba a un problema de tipo emocional o cuando existan alteraciones secundarias de tipo emocional también, que el mismo síntoma pudiera haber sido desencadenado, pues el médico debe solicitar interconsulta con la psicóloga cuando haya agotado todos los recursos a su alcance para descartar organicidad y haya detectado alguna posible causa emocional que esté originando el síntoma, como podría ser entre otras cualquier tipo de disfunción familiar, alteración a la que se le ha implicado en desencadenamiento o perpetuación del síntoma.

JUSTIFICACION

La enuresis es un padecimiento que tradicionalmente ha sido manejada por psicólogos, psiquiatras y pediatras, quienes la manejan médicamente y si bien obtienen buenos resultados en algunos casos, - también se expone al niño a riesgos innecesarios como serían los efectos colaterales que algunos de los medicamentos utilizados para - tratarla presentan, en especial la imipramina, pues sabemos que este síntoma es una inconveniencia temporal que con paciencia, comprensión y medidas generales puede evitarse que se transforme en algo más grave como serían problemas emocionales secundarios y es - nuestra obligación preservar la salud tanto física como mental de - nuestros pacientes.

Los estudios existentes sobre este problema presentan gran variedad en la frecuencia, debido a la inadecuada selección de la población ; en estados unidos va de un 5% a un 38%, esto es dependiendo de diversos factores como la edad, el medio socioeconómico etc. Las estadísticas nacionales, son obtenidas en el estudio del desarrollo nacional del niño en el que se encontró que 10.7% de los niños aún mojaban su cama entre los 5 y 7 años y 4.8% la mojaban hasta los 11 años de edad.

Se carece de estudios sobre este padecimiento en el primer nivel de atención, así como de un esquema de tratamiento aplicable a este nivel, pues existen muchos criterios de manejo que difieren entre - sí y no todos aplicables a este nivel, además se desconoce la frecuencia en cuanto a la asociación del síntoma con disfunción familiar, a pesar de que se sabe que la dinámica familiar a la que se - tiene que adaptar el niño enurético es más complicada que en los de más y el desarrollo necesario para la prevención de la enuresis se obstaculiza por un ambiente que por su actitud y estructura restringe las actividades motoras del niño, este problema se relaciona con acontecimientos ambientales precipitantes como serían el cambio de hogar, conflicto marital, nacimiento de un hermano, una muerte en - la familia etc. y es por esto que pretendo investigar la frecuencia de disfunción familiar en el grupo estudiado para ver que tanto está influyendo en la aparición o persistencia del síntoma.

OBJETIVOS

- 1.- *Obtener la frecuencia de enuresis en pacientes de 5 a 18 años - de edad del servicio de psicología de la clínica Dr. Ignacio -- Chávez-ISSSTE.*
- 2.- *Determinar la frecuencia de enuresis primaria y secundaria en - la población estudiada.*
- 3.- *Evaluar que porcentaje de las familias de estos niños presentan disfunción familiar.*
- 4.- *Conocer el tratamiento instituido para su manejo y los resulta- dos obtenidos con él.*

ANTECEDENTES

El diagnóstico y el tratamiento de un paciente enurético constituye una tarea relativamente frecuente y absorbente para quien otorga atención primaria de la salud, a pesar de esto existen áreas importantes de controversia en cuanto a este problema. Los estudios - actual-s en la literatura pediátrica, quirúrgica y psiquiátrica están considerablemente influenciados por la disciplina profesional - que maneje el problema, los resultados de estos estudios varían también de acuerdo al medio ambiente, el tratamiento usado y el carácter seleccionado de la población.

DEFINICION

Se define en general a la enuresis como la descarga involuntaria de orina, usualmente cuando se habla de enuresis está uno refiriéndose a la micción involuntaria nocturna, cuando esto ocurre en el día el término utilizado es el de enuresis diurna (20), se habla de enuresis cuando esto ocurre después de los 4 años (1,5,7,13,14) o - después de los 5 años (6,18,20).

CLASIFICACION

ENURESIS PRIMARIA.- Es aquella que se presenta en un niño que -- después de cierta edad (4 ó 5 años) aún no es capaz de controlar -- completamente su micción (1,5,6,7,13,14,20).

ENURESIS SECUNDARIA.- Es la que ocurre en un niño que presenta - micciones involuntarias después de un período de control de la micción que ha sido por lo menos de 3 a 6 meses (20) o un año (1).

FRECUENCIA

El índice de frecuencia de la enuresis entre la población infantil en estados unidos varía según diferentes autores entre un 5% a un 38%, tan importantes diferencias se deben a la selección de la - población estudiada, la edad, el medio socioeconómico etc. (5). Las estadísticas nacionales se obtuvieron en el estudio del desarrollo nacional del niño en el que se encontró que 10.7% de los niños aún mojaban su cama entre los 5 y 7 años de edad y 4.8% la mojaban hasta los 11 años de edad (22). El control voluntario de los esfínteres se inicia entre los 15 y 18 meses de edad y entre los 18 y 24 -

meses el niño ya es capaz de avisarle a su madre con tiempo suficiente para que lo coloque en la bacinica (22). Se menciona que sin ninguna terapia la mayoría de los niños enuréticos controlarán su vejiga completamente para los 15 años de edad (20).

La enuresis primaria es la más frecuente; B. Hallgren (1) señala un 85% de casos, H. Schachter y S. Cotte 97.93%, C. Lannay e Y. Fayol 75% (1).

De la enuresis diurna y nocturna la última es la más frecuente, se menciona que unas 5 veces más y que la diurna cuando se presenta casi siempre se asocia con la nocturna (7).

ETIOLOGIA

TENDENCIA FAMILIAR.- más del 50% de los niños con enuresis tienen historia familiar de este trastorno, y si el examinador es persistente y los padres cooperan en la investigación del árbol genealógico, la frecuencia es todavía mayor (13); existen igualmente otros estudios familiares que han mostrado que la enuresis ocurre frecuentemente en otro miembro de la familia (18,20), se refiere además que la enuresis primaria se da debido a un retraso de maduración de orden familiar y en algunos este problema es susceptible de corrección (20).

CAPACIDAD VESICAL.- Se menciona que los niños enuréticos tienen vejigas pequeñas y por lo tanto con capacidad menor que las de los niños que no lo son, y por lo tanto los primeros orinan muchas veces durante el día (18,20).

En los niños que no son enuréticos la capacidad de la vejiga se duplica entre los 2 y 4 6/12 años de edad y en los que si lo son su vejiga es más pequeña funcional que estructuralmente (22).

ESFERA PSICOLOGICA.- Este punto es de controversia, dependiendo de quién lo maneje es la importancia que le da, hay quien menciona que los niños enuréticos NO están severamente alterados emocionalmente y no tienen síntomas psicopáticos importantes, en esta misma referencia se menciona que aproximadamente un 40% de los niños enuréticos tienen mayores posibilidades de tener desajustes emocionales, ya sea aisladamente o como parte de otros problemas psicológicos (aunque como se dijo anteriormente estos desajustes no son pro-

fundos) (20).

Nelson (18) menciona en su libro que los padres que exigen coercitivamente que el niño controle sus micciones pueden movilizar una respuesta colérica, haciendo que el niño desafíe en forma inconsciente, orinandose en la cama; por otro lado el stress psicológico crónico que aparece en el período de la infancia temprana, puede alterar la capacidad del niño para aprender el control vesical efectivo; el tipo regresivo de este problema se relaciona con acontecimientos ambientales precipitantes de tipo estresante, como cambio de hogar, conflicto marital, nacimiento de un hermano, una muerte en la familia etc.

Los niños enuréticos debido a trastornos psicológicos han sido adiestrados con frecuencia para control de su vejiga, pero más tarde se tornan enuréticos al haber alguno de los factores estresantes antes señalados y que culminan a veces en enuresis en niños en quienes sometidos a tensión son psicológicamente propensos a mostrar algún trastorno físico; con respecto a esto se presenta un modelo resumido del conjunto de la patogenia de la enuresis; "La existencia de una relación perturbada del niño con su ambiente", se describe tal modelo de la siguiente manera: Un niño quizá predispuesto, en virtud de determinadas peculiaridades (=factor constitucional), es sensibilizado por condiciones ambientales que actúan ya durante la época de la lactancia, por ejemplo por actitudes erróneas de la madre, de las cuales esta misma no es consciente (= "factor troquelador"), lo cual da lugar al desarrollo de una cierta labilidad estructural, que todavía no se manifiesta exteriormente (primero a segundo año de vida) y que por lo regular solamente por la acción de ulteriores influencias ambientales desfavorables, entre ellas especialmente la persistencia de las actitudes maternas anormales durante la fase crítica de la educación de esfínteres (segundo y tercer años de la vida y también más tarde) conduce definitivamente a la creación de una estructura anormalmente labil (factor estructurante), en este estadio que todavía es asintomático podría hablarse de una estructura enurética latente cuando un niño de este tipo (que en esta fase podría compararse con el individuo alérgico en cierto-

modo sensibilizado ya definitivamente en forma específica antes de su primera crisis), un día se ve afectado específicamente en su labilidad estructural anormal, aunque todavía latente más allá del límite de su tolerancia, por ejemplo por una situación de prueba y fracaso, la cual hace todavía más insegura su relación con el ambiente que generalmente ya se hallaba perturbada, la estructuración anormal que hasta entonces había permanecido latente puede volverse por vez primera manifiesta en forma de irrupción del síntoma (=factor desencadenante). Los enuréticos han entrado en conflicto con su ambiente, casi siempre la madre, por consiguiente lo que se efectúe desde el principio en la educación de esfínteres y más tarde en el tratamiento de la enuresis, debe ser elaborado conjuntamente con el niño pero no en contra suya, los métodos y recursos basados en provocar miedo, sentimientos de culpa, vergüenza y humillación son humanamente reprobables e indignos de un médico, dejando aparte que son completamente inútiles, absurdos y perjudiciales; cuando a un niño con enuresis en lugar de tratarlo desde un principio, lo maltratamos con bastonazos físicos o psíquicos no lo ayudamos a salir de su situación conflictiva, sino que lo sumergimos más en ella sin perspectivas de solución, nosotros mismos lo convertimos entonces en un niño endurecido o hipócrita (casos crónificados), con tales métodos terapéuticos, no solo perjudicamos al niño, sino también a nosotros mismos, en efecto, el que los emplea confirma con ello no solo su torpeza pedagógica, sino también incomprender de que un niño solo se vuelve enurético cuando nosotros los adultos le hemos negado y falseado lo que para él era decisivo, y lo que es todavía peor -- también en lo sucesivo seguimos tratándolo con el mismo espíritu -- (7), se refiere al stress como causa importante de enuresis primaria, durante el período sensitivo de control de la vejiga (2 6/12 a 3 6/12 años).

PROBLEMAS DE ENTRENAMIENTO. - Bregler (20) señala 4 problemas en el entrenamiento del control vesical, que pueden conducir a la enuresis:

- 1) Falta de un entrenamiento adecuado debido a factores culturales.
- 2) Padres ansiosos de que sus hijos controlen esfínteres a edad tem

prana antes de que el niño haya alcanzado un control neuromuscular adecuado (3 6/12 años).

3) El fracaso de los padres de transmitir a sus hijos el que el no controlar su micción es inaceptable.

4) Entrenamiento punitivo, prematuro y exagerado.

Al respecto D.J.Duché hace la diferencia entre una enuresis que el califica como un "defecto de crianza" y dice que este tipo de enuresis aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por los malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados; y la distingue de una enuresis a la que da el nombre de "congénita", resultante de una alteración del ritmo urinario, basa su tesis en numerosas alteraciones que demuestran que de saber sorprender al niño en cada micción, no tardaría en llegar a la fase en que prefiere estar seco a estar mojado.

RETRASO HEREDITARIO EN LA MADURACION NEUROMUSCULAR.- Hay quién inculpa a este factor como el principal en el desarrollo de la enuresis y con esto es difícil mantener un control vesical consistente (20), menciona Duché (5) en forma importante que la vejiga en forma automática cuando está llena se vacía, luego aparece la percepción de la actividad del detrusor en forma importante de necesidad y entre 1 6/12 y 2 6/12 años, el lactante se vuelve capaz de contener la micción en caso de necesidad por inhibición voluntaria, es entre los 2 6/12 y los 4 años en que la micción se hace voluntaria; la función vesicoesfinteriana ha alcanzado su pleno desarrollo, menciona este autor que la mayor parte de los autores comparan la enuresis con esa micción automática del recién nacido, micción espinal - podría decirse; ese malestar constituye en su opinión la persistencia de un estadio fisiológico propio de la primera infancia.

CAUSAS ORGANICAS.- Se mencionan defectos anatómicos del aparato genitourinario, enfermedades como: Infección del tracto urinario, diabetes insípida o mellitus, alteraciones lumbosacras como la espina bífida o el mielomeningocele, otra parte de niños enuréticos la forman aquellos con retraso mental (18,20).

James (13) hace un enfoque práctico de estas causas, escribe que cabe sospechar diabetes sacarina si el niño tiene poluria, sed in-

tenza, pérdida de peso y energía, glucosuria e hiperglucemia; se justifica por otra parte la sospecha de diabetes insípida si el paciente tiene sed constante, que requiera de grandes cantidades de líquidos, con incremento subsecuente de la diuresis, orina con densidad de 1010 o menor, osmolaridad urinaria inferior a 300 y osmolaridad del suero 300 o más; en estos padecimientos diabéticos, muchos de los niños son enuréticos, y la enuresis desaparece cuando son tratadas las enfermedades; los niños con infecciones urinarias pueden padecer enuresis (diurna, nocturna o ambas), que desaparece a medida que es erradicada la infección; el defecto congénito del riñón y sistema colector urinario (aparte de las válvulas uretrales posteriores congénitas en el hombre), rara vez produce enuresis a pesar de la opinión de varios urologos, en el sentido de que la estenosis uretral es una causa; los niños con crisis convulsivas, a menudo son incontinentes durante la convulsión, a veces la crisis convulsiva nocturna escapa a la atención de los padres debido a que ocurre durante la noche; la somnolencia excesiva a la mañana siguiente asociada con enuresis, justifica la sospecha de convulsiones como posible causa, también se menciona en esta referencia que aunque existan entidades médicas y trastornos neurológicos, que sabemos causan enuresis, justo es reconocer que los defectos anatómicos rara vez producen esta anomalía (18,13). A menos que las lesiones afecten al esfínter interno o externo, cualquier obstrucción asociada es incidental y no causa de enuresis (13), la mayoría de los niños enuréticos, sin embargo son sanos, no tienen ni defecto neurológico, ni genitourinario, su orina es estéril y no contiene glucosa que haga pensar en diabetes mellitus (20).

DIAGNOSTICO

Para decidir el abordaje terapéutico más adecuado en el paciente es necesario primero efectuar un diagnóstico integral y para llegar a este es menester practicar una historia clínica detallada y un minucioso examen físico; posteriormente se podrá recurrir a los exámenes de laboratorio, radiológicos y urológicos que serán variables para cada caso en particular (4).

En el DSM III (manual diagnóstico y estadístico de los trastor-

nos mentales (28) se especifican los trastornos nerviosos para -- enuresis funcional a saber:

- a) Vaciamiento involuntario y repetido de orina durante el día o -- la noche.
- b) Por lo menos 2 eventos por mes para niños entre 5 y 6 años, y -- por lo menos un evento al mes para niños mayores de esta edad.
- c) Que no se deba a alteración orgánica, como diabetes o epilepsia.

Para la toma de la historia clínica, Mc Lain (1979) (4), reporta que es muy común que las madres mencionen la enuresis como algo sin importancia; este autor al igual que Kashani (1979), sugieren una serie de preguntas con la finalidad de evaluar los diversos factores que puedan explicar o intervenir en el trastorno: Investigar si la enuresis es primaria o secundaria; si es diurna, nocturna o mixta; frecuencia; si es secundaria, hay que conocer la información de cualquier cambio en la familia o en la situación social el número de veces que orina durante el día (7 veces se consideran normal); la presencia o ausencia de disuria y poliuria es de significativo valor; descripción del período de gestación, especialmente si hubo disturbios que pudieron haber llevado a un daño del sistema nervioso central en el feto; el peso al nacer para algunos autores, está relacionado con el desarrollo del control esfinterial; debe ser hecha una detallada investigación de la situación familiar, para establecer si existe stress psicosocial en el medio ambiente del niño, -- que juega un papel importante en el origen de la enuresis; la historia familiar debe permitir determinar la estructura familiar y la edad de sus miembros, frecuentemente existe una historia de enuresis en padres o hermanos, continúa diciendo Mc Lain que el examen físico se debe hacer en cualquier niño que presente enuresis; la -- estatura y el peso se deben tomar para asegurar que tiene un crecimiento aceptable, una falla en el crecimiento, puede debida a infecciones repetidas de las vías urinarias; si hay hipertensión arterial en un niño enurético, puede ser indicativo de anomalías reno-vasculares o puede ser uno de los signos tempranos de trastornos renales crónicos (4).

Un examen neurológico puede dar claves de la causa de la enure--

sis; se debe dar especial atención a la evaluación de la fuerza --- muscular, tono, reflejos y respuestas sensoriales de las extremidades inferiores; debe revisarse la sensibilidad perineal y el tono del esfínter anal; un cuidadoso examen anal puede ayudar a determinar lesiones de la espina (4).

La palpación de la columna sacra puede revelar alteraciones en las dos o tres últimas vértebras, lo cual puede estar relacionado con defectuosa inervación de la vejiga que este determinando el sin toma. El tamaño y características del meato urinario es importante, pueden ser descubiertos defectos como fimosis, para~~f~~imosis, epispadias, o hipospadias, además debe ser notada la criptorquidea o el escroto no desarrollado. En niñas pequeñas se debe revisar si exis te irritación vulvar que indique infección urinaria y si hay uretra ectópica(13).

Dentro de los exámenes de laboratorio, el más importante es el análisis del orina, se recomienda tomar la primera orina de la mañana; con este estudio se pueden encontrar elementos que pongan en evidencia diversas alteraciones; glucosa (Diabetes Mellitus), densidad disminuida (Diabetes Insípida), hematuria (Litiasis o Patología Renal), bacterias (Infección) (4). El cultivo de orina no debe hacerse de rutina en niños enuréticos a menos que se sospeche infección en el tracto urinario (13).

El EEG se solicita cuando se sospecha daño cerebral, pues como menciona Duché (5) parece que los trazados de tipo epiléptico o anormal son observados con mayor frecuencia en los enuréticos no reconocidos como epilépticos que en un grupo control. Todas las esta dísticas realizadas por este autor coinciden en lo anteriormente -- dicho y llaman a la reflexión, el autor cree que no resultan necesario hacer de la enuresis incluso en los casos donde el trazado elec troencefalográfico es del tipo epiléptico, un equivalente de este mal, pero cabe pensar que esas perturbaciones de la electrogénesis se inscriben en ese marco por falta de maduración neurológica, frecuentemente invocada como factor determinante de la enuresis (5).

Los exámenes urológicos tales como cistometrograma, urografía y

cistoscopia no deben efectuarse rutinariamente en paciente enurético dado que pueden causar un trauma psicológico además de ser muy alto su costo y realmente poca su utilidad (4).

TRATAMIENTO

No existe acuerdo general en el tratamiento de los niños con enuresis. La multitud de los métodos de tratamiento indica las deficiencias de cada uno de ellos, aunque ningún método tiene éxito constante, algunas modalidades son superiores para grupos de edad particulares (27).

ORIENTACION MOTIVACIONAL (Consejo que trata de aumentar la dedicación del paciente a un objetivo de tratamiento).

- Función activa y refuerzo positivo.- La clave para superar la enuresis es ayudar al niño a que tome la responsabilidad del síntoma, tiene que entender que el problema es suyo y que el médico y los padres solo pueden ofrecer sugerencias (27). Los padres deben cesar todas las formas de castigo, haciendo énfasis en alabar al niño por estar seco más que culparlo por estar mojado (13,20).

- Tranquilizar.- Se puede tranquilizar a los pacientes y a sus padres explicándoles la etiología y el pronóstico de la enuresis, el padecimiento puede describirse como debido a "vejiga inmadura" o "vejiga pequeña", puede agregarse que no es intencional y que el niño desea permanecer seco tanto como lo desean sus padres y que es un problema con alta frecuencia general, se puede hacer incapie en el índice de curaciones espontáneas y restaurar la confianza acerca del resultado favorable diciendo que ha visto muchos niños con enuresis que han llegado a permanecer secos (27).

- Fricción secundaria.- La enuresis a menudo ocasiona fricción familiar, la cual puede agotar los incentivos, para ayudar al niño, esta fricción puede prevenirse simplemente adoptando un hábito matutino, por el que quede claro quién deshace la cama y quién lava las sábanas mojadas; si el niño despierta mojado a media noche, puede poner una toalla seca sobre la parte mojada, cambiar su pijama por otra seca y regresar a la cama, obviamente, el colchón deberá estar protegido con una cubierta de plástico, los pañales y los calzones de este material deben dejar de usarse cuando el niño tenga cuatro años, porque inhiben la creación de incentivos (27).

-Supresión del síntoma.- La supresión parcial del síntoma, también ayuda a que el niño se sienta estimulado porque se le demuestra que es posible que permanezca seco durante la noche, el índice de éxitos puede aumentarse si no se dan líquidos durante las tres horas anteriores de ir a la cama, la bebidas de cola son especialmente molestas debido a sus propiedades diuréticas, debe recordarse al niño - que orine cuando vaya a acostarse, de modo que empiece la noche con la vejiga vacía.

- Visitas sucesivas.- Las visitas sucesivas a un médico interesado, comprensivo y entusiasta pueden mantener estimulado al niño - a un nivel máximo; después de la edad de ocho años, el médico suele ver al niño solo, la visita puede concentrarse en los progresos del niño, examinando para ello su calendario, el médico puede ver al paciente a intervalos de dos semanas o, si esto es difícil, recibir informes telefónicos del paciente en esas ocasiones, no deberá subestimar la función del médico como factor de refuerzo para el niño [27].

EJERCICIOS VESICALES

- Dilatación de la vejiga.- En niños con vejiga pequeña, el ejercicio más útil es la dilatación vesical, durante el día, puede animarse al niño a que retenga la orina tanto como sea posible entre micciones, deberá entrenarse para que no reaccione a la primera onda de llenado de la vejiga, correspondiente a su capacidad funcional (90 a 120 ml., en adultos), el niño deberá orinar por lo menos una vez durante el día en un recipiente graduado y registrar la cantidad, la capacidad normal de la vejiga es de 30 a 45 ml., - por año de edad (10 ml. por kg.), con una capacidad vesical en el adulto de 350 a 500 ml., al niño puede decirsele: "Tu vejiga no puede guardar la orina durante toda la noche, tendrás que estirarla - durante el día hasta que sea más grande" [27].

- Interrupción del chorro de la orina.- Al niño con capacidad vesical normal puede instruírsele para que haga ejercicios de interrupción del chorro de la orina, estos ejercicios pueden ayudar a aumentar la capacidad de resistir espasmos vesicales, al niño -

puede decirsele: "El tapón de tu vejiga, como el del lavabo, a olvidado cómo estar cerrado durante la noche, necesita mucha práctica durante el día".

DISPOSITIVOS DE ALARMA PARA LA ENURESIS

- Descripción de nuevos dispositivos de alarma.- Los dos nuevos sistemas de alarma para la enuresis, la Nytone y la Wet-Stop, han revolucionado el tratamiento de la enuresis nocturna (Los dispositivos de alarma para la enuresis pueden pedirse a: Wet-Stop, Palco laboratories, 5026 Scotts Valley Dr. Scotts Valley, CA 95066; Nytone, Medical Products, Inc., Salt Lake City, UT 84119). Estos dispositivos despertadores son ligeros, portátiles, funcionan con una pila de audífono para sordos, son fáciles de colocar, sensibles a unas gotas de orina y no son muy costosos (30 ó 40 dólares), cuando la orina completa el circuito transistorizado entre los dos electrodos (o sensores) adheridos al frente de la ropa interior del niño, suena un zumbador. El tipo Nytone está unido a la muñeca y los sensores son dos broches colocados a cada lado de la ropa interior. El zumbador Wet-Stop está unido al cuello de la pijama y los sensores se encuentran en una pequeña tarjeta de plástico que se inserta en un bolsillo al frente de la ropa interior. Este sistema de alarma acondiciona al niño a despertar cuando orina durante la noche y a veces a despertar por la sensación de distensión vesical y no por la alarma, el dispositivo de alarma para enuresis funciona sobre la base de que el zumbador hace que el niño despierte súbitamente y contraiga el esfínter vesical externo, suprimiendo así el reflejo de la micción, empieza a haber noches sin enuresis durante el segundo mes y las curaciones ocurren en el tercero o el cuarto mes, el niño deberá seguir usando el dispositivo hasta que haya permanecido durante tres semanas sin enuresis nocturna (27).

HIPNOTERAPIA

En un estudio de 48 muchachos con enuresis nocturna entre las edades de ocho a trece años, tratados mediante hipnoterapia con seis sesiones para cada uno, una hora por semana de sesión por sujeto; los resultados indicaron que la hipnoterapia fue significativamente efectiva a los seis meses de manejo, comparada con otro mé-

todo y otro grupo de control sin tratamiento, los resultados sugieren que comparada con otros métodos, Este tratamiento provee evidencias de que es una alternativa efectiva, adjunta, como un tratamiento para este padecimiento (6). Olness (27) ha logrado un índice de curación del 77% enseñando a niños mayores de cinco años a emplear - la autohipnosis cada noche al acostarse.

MEDICAMENTOS

THIPRAHINA (Tofranil). - Es el único medicamento para la enuresis que se ha estudiado en forma extensa.

-Mecanismo de acción .- Se señala que el mecanismo de acción parece consistir ampliamente en su efecto anticolinérgico (27), también se ha relacionado con un aumento del control cortical, incrementando las fases superficiales del sueño, no dejando que el sueño se haga profundo (13), Este medicamento no debe emplearse en menores de seis años y no continuarse después de ocho semanas en forma continua (7), dosis de 10 mg., a la hora de cenar, con incrementos de 10 mg., cada semana hasta lograr un 50% de éxitos o hasta alcanzar una dosis máxima que es de 2.5 a 50 mg., totales por día según Goodman (9), la dosis según la edad es para el grupo de niños entre 8 y 12 años de edad es de 50 mg., al acostarse y de 75 mg., para los niños mayores de 12 años (27). Este medicamento no debe emplearse en menores de 6 años y no continuarse después de 8 semanas en forma continua (18); la dosis eficaz o máxima se continúa 2 o 3 meses y después se reduce gradualmente, durante un período de 60 días, la supresión brusca del medicamento, suele producir recalda, mientras que la administración de dosis gradualmente menores a lo largo de 1 o 2 meses, culmina a menudo en éxito ininterrumpido, se obtiene con frecuencia hasta 40% de curaciones con este medicamento, si este método fracasa, se puede repetir uno o dos meses después, en ocasiones es necesario suspender el tratamiento, debido a molestias abdominales, letargia o irritabilidad, este medicamento en dosis excesivas es una droga tóxica, pudiendo producir arritmias cardíacas, y convulsiones, cuyo tratamiento es sintomático, se ha informado de alguna muerte ocasional; para casos resistentes de niños de 8 años o más, que no responden al tratamiento, se suspende 60 días para re

iniciar nuevamente [13].

- Peligros de la imipramina.- Pocos medicamentos son tan tóxicos o potencialmente mortales en envenenamiento por dosis bajas como la imipramina. En gran Bretaña, este fármaco es la causa más común de envenenamiento mortal en niños menores de cinco años. Han muerto -- por sobredosis accidental niños mayores que reciben imipramina para la enuresis. Si se receta imipramina, tanto los progenitores como el paciente tienen que darse cuenta de la toxicidad desacostumbrada de la imipramina y deberá escribirse a máquina una advertencia que se fije al envase del medicamento (como "conservese fuera del alcance de los niños, altamente peligroso si se toma una sobredosis"). - Los estudios más recientes, en los que se demuestra que la imipramina eleva la frecuencia del pulso en reposo y la presión diastólica, hacen dudar gravemente de la conveniencia de recetar ese medicamento a niños [27]. En casos de sobredosificación por imipramina en niños se debe tratar con fisostigmina [10]. Se revisó un artículo en el que se valoró la eficacia del tratamiento con imipramina, desipramina, escopolamina y placebo administrados a 40 muchachos enuréticos; ambos antidepresivos tricíclicos fueron superiores al placebo y a la escopolamina pero no difirieron entre sí, las concentraciones plasmáticas de imipramina y desipramina mostraron una correlación significativa con los efectos clínicos, sin embargo, fue vista tolerancia y falta de respuesta en algunos muchachos [20]. Existe otro estudio de estados unidos en el que se trató de encontrar alternativas menos tóxicas para tratar la enuresis, se hizo un estudio - doble ciego con Viloxazine (antidepresivo no tricíclico), imipramina y placebo en 33 niños con enuresis nocturna, la Viloxazine (100-150 mg./día) y la imipramina (50-75 mg./día) fueron iguales, ambos superiores al placebo pero se observaron una mayor frecuencia de efectos colaterales en los que recibieron imipramina [efectos anticolinérgicos] [2].

ALCALOIDES DE LA BELLADONA.- Los alcaloides de la belladona y sus derivados sintéticos, pueden disminuir la presión intravascular, aumentar la capacidad y reducir la frecuencia de las contracciones de la vejiga antagonizando el control parasimpático de es-

te órgano, el bloqueo es menos completo que en otros órganos pero se ha tomado como base para el empleo de estos agentes en la enuresis infantil particularmente cuando el objetivo es el aumento progresivo de la capacidad vesical (9).

AGENTES ANTIESPASMÓDICOS.- La Oxibutinina (Ditropam) es un nuevo agente antiespasmódico que reduce las contracciones desinhibidas de el músculo pubovesical, dicho medicamento parece ejercer un efecto espasmolítico directo sobre los espasmos vesicales que no posee la imipramina; este medicamento se emplea en niños mayores de 5 años con dosis de 5 mg., 3 veces al día para los adolescentes, los efectos secundarios son semejantes a los de otros medicamentos anticolinérgicos, difiere de la imipramina en que no tiene efectos cardíacos (27).

AGENTES ANTIDIURÉTICOS.- La desmopresina es un análogo sintético de la HAD [1-deamino-8-D-arginina vasopresina] = dDAVP, droga preferida actualmente para diabétes insípida sensible a HAD, puede administrarse en forma de gotas nasales antes de acostarse, su acción antidiurética es superior a la vasopresora (9).

MÉTODOS PARA TRATAR ENURESIS RELACIONADOS CON LA EDAD:

- 1) Entre 3 y 6 años= Consejo para incentivos
- 2) Entre 6 y 8 años= Ejercicios vesicales
- 3) De más de 8 años= Dispositivos de alarma para enuresis o medicamentos.

Puede brindarse ayuda específica a niños con enuresis de cualquier edad, los métodos expuestos en la orientación motivacional -- pueden ofrecerse a los padres de niños en edad preescolar, esas sugerencias pueden evitar que los padres empleen métodos negativos; - la mayoría de los niños no pueden entender los ejercicios vesicales ni comprometerse a hacerlos antes de la edad de 6 años (27).

Los dispositivos de alarma para enuresis y los medicamentos deberán reservarse para niños que hayan llegado a la edad de 8 o 9 años y estén altamente motivados; los niños fáciles de tratar por cualquier método tienen capacidad vesical normal y el antecedente de no haber presentado enuresis algunas noches, los niños extremadamente

difíciles de tratar son aquellos con capacidad vesical muy pequeña, los que nunca han permanecido secos y los que tienen un progenitor o un hermano que presentó enuresis hasta la adolescencia; el tratamiento de estos niños antes de la edad de 8 años presenta un índice de fracasos del 90%, cuando se trate a un niño con mal pronóstico, los médicos no deberían prometer mucho, porque así disponen al niño al fracaso (27).

FAMILIA Y ENURESIS

La enuresis es uno de los síntomas que se pueden presentar cuando el individuo se enfrenta a situaciones de stress (3); este stress se maneja de diferentes formas en las distintas familias y así mismo por los diferentes miembros de la misma familia; los individuos que se enfrentan a un stress pueden hacer mano de muchos recursos, algunos de los cuales se encuentran dentro de sí mismos, pero la mayoría, la segunda línea de recursos es proporcionada por la familia (26); y si como menciona Duché (5); la dinámica familiar a la que tiene que adaptarse el niño enurético es más complicada que en los demás y el desarrollo necesario para la prevención de la enuresis se obstaciliza por un ambiente que por su actitud y estructura restringe las actividades motoras del niño; entonces resulta necesario investigar sobre esto para ver que está pasando en relación a esto en la población estudiada, por lo que se aborda el tema de familia.

DEFINICION DE FAMILIA.- Existen muchas definiciones de familia, dentro de ellas, quizá las más apropiadas sean las siguientes:

-"Consenso Canadiense".- "Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo" (12).

-"Consenso Norteamericano".- "Una familia es un grupo de 2 o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción" (12).

El grupo formado por marido mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservándose aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico (12).

Un número importante de personas viven en unidades sociales que no se ajustan a estas definiciones, aunque las funciones desempeñadas frecuentemente son las mismas, y las estructuras son muchas veces similares; como ejemplo están las parejas cuya unión es libre, las familias que tienen solamente alguno de los padres, las uniones homosexuales y las comunas, estas se consideran como "familias sustitutas", en las cuales tanto los problemas como las soluciones pueden ser similares a aquellas encontradas en la familia tradicional [26].

EVOLUCION DE LA FAMILIA ATRAVES DEL TIEMPO.- Probablemente la familia es tan antigua como la cultura humana misma, incluso se sostiene con cierta razón la opinión de que la familia y la unión conyugal son más viejas que la cultura humana, pues todo parece indicar que el ser humano ha asumido la familia y la unión conyugal como parte hereditaria de algunas especies animales superiores [19], estas sin embargo pueden subsistir por sí mismas, no así el ser humano en quien se cumple la paradoja de que siendo el más evolucionado de la escala biológica que conocemos, es al mismo tiempo el más desvalido e incapaz de subsistir por sí mismo [16], para ello necesita depender de su relación con otros seres humanos, en especial, su madre que satisfaga sus necesidades básicas de subsistencia, tanto físicas como emocionales [16].

Según Lynton [16], en su artículo sobre historia natural de la familia, han existido numerosas especulaciones sobre la evolución de la misma, siendo posible que no haya habido un solo tipo de evolución, sino varios y que si bien es probable que se hayan dado formas poligámicas o polidármicas, según el balance promedio de hombres y mujeres en una cultura, lo más seguro es que la mayoría de los tipos familiares predominantes hayan sido monógamas.

CLASIFICACION.- Hay que distinguir entre una familia conyugal (nuclear) de la familia consanguínea (extensa);

-Familia conyugal (nuclear).- Estando fundada en la continuidad o permanencia de relaciones sexuales, con bases fisiológicas como sucede en otras especies de mamíferos superiores, en tanto que la

-Familia consanguínea [extensa].- la cual consideran como una --
creación social (16)

-Familia de origen u orientación.- es aquella en la que nacimos
y crecimos (26)

-Familia de procreación.- es la que fundamos al unirnos con nues-
tra pareja conyugal (26).

Del mismo modo existen gran variedad de tipos familiares en fun-
ción de su estructura, número de hijos, sus edades, predominio de -
sexos, nivel educacional, grado de modernización, etc. y habría que
considerar que elemento o común denominador de estos distintos tipos
es más de tipo funcional que estructural, sea cual fuere su estruc-
tura, es dentro de la familia que el ser humano se da, tiene su ori-
gen y puede satisfacer sus necesidades básicas para subsistir, para
desarrollarse y para relacionarse con el mundo circundante, dentro
de la cultura occidental la familia nuclear está compuesta por pa-
dres e hijos; es un grupo de adultos de ambos sexos, que habitan ba-
jo un mismo techo, conviven y participan de la abundancia o la esca-
pez, en forma constante al menos en alguna etapa de su vida, y man-
tienen relaciones sexuales socialmente aceptadas; por lo común este
grupo incluye niños procreados y desarrollados en su seno o bien a-
doptados por la pareja; en otros casos por lo menos en forma tempo-
ral los hijos pueden estar ausentes (26).

-Clasificación de acuerdo a Jaime A. H. (12).

1)- En base a su desarrollo:

-Moderna

-Tradicional

-Arcaica o primitiva

La proporción aproximada en nuestro medio es: Moderna 30%; tradi-
cional 60%; arcaica o primitiva 10%.

2)- En base a su demografía:

-Urbana

-Rural

Proporción aproximada en nuestro medio: Urbana 40%; rural 60%.

3)- En base a su integración:

-Integrada

-semi-integrada

-desintegrada

-Integrada.- en la cual los conyuges viven y cumplen sus funciones.

-semi-integrada.-en la cual los conyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

-Desintegrada.- Es aquella en la cual falta alguno de los conyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

4)-Desde el punto de vista tipológico:

-Campesina

-Obrera

-Profesional

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos conyuges.

5)-En base a su composición o estructura:

-Nuclear

-Extensa

-Extensa compuesta

-Nuclear.- Padres e hijos

-Extensa.- Padres, hijos, abuelos etc.

-Extensa compuesta.- Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos etc.

- Variaciones de los tipos de familia en las sociedades occidentales:

-Pareja sin hijos

-Madre o padre solteros

-FUNCIONES DE LA FAMILIA según Shires D.B. (26)

1) -Socialización

2) -Cuidado o atención

3) -Afecto

4) -Reproducción

5) -Estatus y nivel socioeconómico

-Socialización.- Implica el desarrollo de habilidades sociales, incluyendo relaciones interpersonales, comprende el aprender como -manejarse con otras personas tanto en el mismo grupo de edad como -

en otras generaciones, la socialización puede comenzar in utero, pero no es evidente por vez primera cuando la madre y el bebé hacen claro contacto social, incluso contacto visual.

-Cuidado o atención.- Implica proporcionar refugio, cordialidad, alimento y protección. Alarid (12) además la seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de sus miembros y que resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr.

-El afecto.- Implica amor, cariño y preocupación.

-La reproducción.- Implica relaciones sexuales con anticoncepción o sin ella. Alarid (12) señala como una función esencial de la familia; proveer de nuevos miembros a la sociedad.

-Estatus y nivel socio-económico.- Implica factores socio-económicos, educacionales y ocupacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de los progenitores.

Según Minuchin (17) las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos: uno es interno -la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo -la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

COMUNICACION EN LA FAMILIA.- Se entiende en general que la palabra "comunicarse" se refiere a la conducta no verbal, tanto como a la conducta verbal, dentro de un contexto social, el concepto "comunicación" también incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un significado (23).

En toda comunicación básicamente hay un emisor (E), un mensaje (M) y un receptor (R), cuando se efectúa la comunicación E-M-R, -- pueden presentarse problemas en cualquier parte del sistema (26).

Epstein y cols. (26) bosquejan 3 niveles de comunicación dentro de una familia:

-Primer nivel.- Describe qué se está comunicando -el "qué"-, -- puede ser sentimientos e información, si se relaciona con los sentimientos se le denomina "Comunicación Afectiva"; si se relaciona con cumplir las habituales tareas del vivir, pasar información o efectuar labores mecánicas se denomina "Comunicación Instrumental".

-Segundo nivel.- Se refiere a que la "entrega del mensaje" sea cla

ra, evidente o poco clara, enmascarada, ambigua o confusa.

Tercer nivel.- Se relaciona con "el receptor del mensaje", la comunicación directa apunta claramente al receptor a quién va dirigida; la comunicación desplazada o indirecta puede apuntar a algún otro individuo y no a la persona hacia a quién va orientada.

Cuando la función de una familia falla, la comunicación afectiva es la primera que se ve afectada, cuando la comunicación instrumental también se rompe, la familia se encuentra en serios problemas; - es más factible que se presenten comunicaciones enmascaradas e indirectas en la medida en que las familias sufren mayor perturbación en sus funciones [26]; las emociones básicas pueden expresarse como - "emociones positivas o de bienestar", por ejemplo: la felicidad, ternura, amor o simpatía; o como "emociones de urgencia", por ejemplo: ira, rabia, temor o depresión [26].

ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.- Existen expectativas tradicionales para cada miembro de la familia: Madre, Padre e hijos; pero en la sociedad actual, influida por fuerzas como el afo internacional de la mujer, el movimiento hippie, la cohabitación sin matrimonio legal; dichas expectativas han ido cambiando sin embargo, vale la pena revisar los papeles tradicionales a fin de apreciar como las desviaciones de lo usual o esperado pueden afectar a la generación más joven y comprender las expectativas de la generación anterior. Para revisar estos roles se tomó el modelo de Epstein y cols. [26] :

-Rol de Madre.- El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado hasta hace poco como principalmente expresivo o afectivo; - incluye la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y el representar conductas "femeninas" ante los hijos.

-Rol de Padre.- El papel del esposo y padre fue tradicionalmente más instrumental, comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes, como las de tipo económico, la autoridad superior, la actividad sexual, cierto grado de cuidado de los hijos y el servir de modelo de conducta "masculino".

-Rol de Hijos.- El papel de los hijos se ha considerado con frecuencia como de tipo pasivo, pero se está transformando cada vez más

en activo, el hijo recibe la atención general de padres y hermanos, aprende y practica muchos nuevos acontecimientos, y es una fuente importante de educación para los padres en virtud de transmitirles cosas aprendidas en la escuela.

Recientemente se han apreciado en la cultura occidental cambios - en los papeles esperados, como mayor participación mutua de tareas - previamente asignadas ya sea a la madre o al padre; la clase social parece tener efectos importantes sobre el grado hasta el cual se han entremezclado los papeles; las clases socio-económicas inferiores se apegan más a las expectativas antiguas y tradicionales.

LIMITES.- Están constituidos por las reglas que definen quienes - participan y de que manera lo hacen, la función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema, todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas a sus miembros; - para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros (17).

Los límites pueden ser:

-Límites claros.- Son aquellos en los cuales las líneas de responsabilidad y de autoridad se encuentran definidas con nitidez.

-Límites difusos.- Aparecen cuando hay un incremento de comunicación y de preocupación entre los miembros, y como consecuencia la -- distancia disminuye y los límites se esfuman, tienen un exaltado sentido de pertenencia y esto requiere un importante abandono de la autonomía.

-Límites rígidos.- En éstos la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas, sus miembros poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA (12) .- Se refiere a las etapas por las que atraviesa la familia desde su formación hasta su muerte.

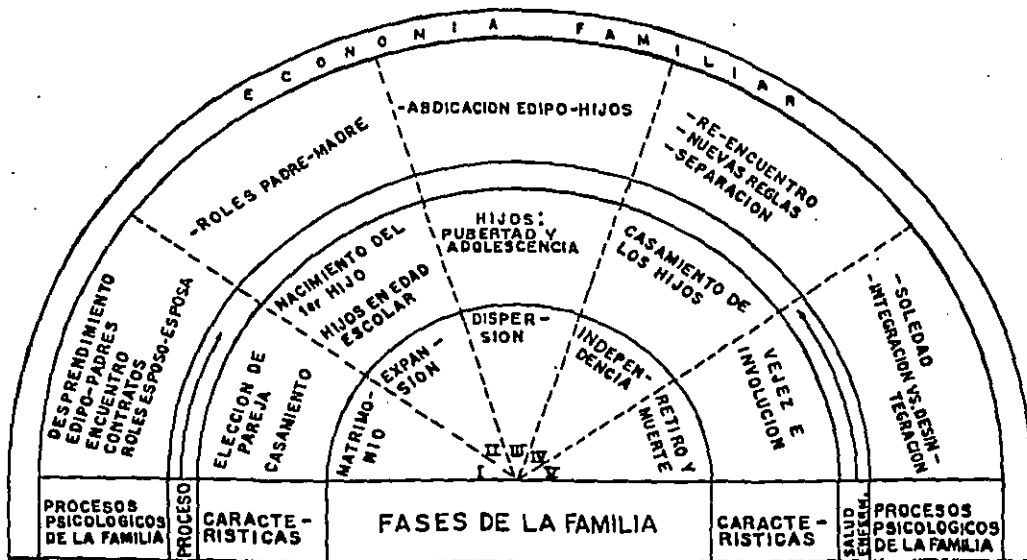
-Fase de Matrimonio.- Se inicia con el matrimonio y culmina con el nacimiento del primer hijo.

-Fase de Expansión.- En esta fase se da el ajuste por parte de la pareja a un(os) nuevo(s) miembros.

-Fase de Dispersión.- En esta fase se negocia la autonomía de ese

ESQUEMA I

CICLO VITAL DE LA FAMILIA



o esos miembros, ésta se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización para que sus miembros empiecen a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

-Fase de Independencia.- Sus miembros alcanzan su independencia, generalmente ocurre entre los 20 - 30 años sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, y es de procurar que las -- funciones de afecto, socialización etc. no se pierdan.

-Fase de Retiro y Muerte.- En esta fase los elementos que agravan la estabilidad familiar son: la incapacidad para laborar (sin desempleo), desempleo, agotamiento de los recursos económicos, pareja sola por casamiento de los hijos.

En el esquema I se aprecian las características y procesos psicológicos por los que la familia atraviesa en cada una de las etapas - de su ciclo vital.

DINAMICA FAMILIAR

DEFINICION.- Jackson (25) define a la dinámica familiar como un - conjunto de fuerzas tanto positivas como negativas que actúan dentro del sistema familiar y que son determinantes del buen o mal funcionamiento de la familia.

La familia se comporta como un sistema dinámico en el que sus elementos, son seres humanos con expectativas y objetivos similares; -- que mutuamente se estimulan y en donde el afecto es el objetivo primordial de transacción, de esta manera se identifica al subsistema - conyugal como pieza fundamental en el equilibrio del sistema; Ackerman señala que la familia tiene éxito o fracaso de acuerdo con su capacidad para alcanzar una regulación y un equilibrio de sus funciones básicas, si la conducta de cada miembro de la familia responde - a la conducta de los demás integrantes del grupo familiar y la estabilidad de la familia depende del complejo y sensitivo patrón de intercambio y equilibrio emocional entonces se acepta que las interrelaciones familiares e individuales deben ser analizadas en tres dimensiones [12] :

1)-La dinámica de la familia como grupo

2)-Los procesos de integración emocional del individuo a sus roles familiares y la reciprocidad básica de las relaciones del rol

3)-La organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico

LA FAMILIA Y EL STRESS.- No importa lo bien que la familia funcione, habrá ocasiones en su evolución en que tendrá que enfrentarse a amenazas contra su integridad, desarrollo o incluso su sobrevivencia, Este tipo de stress se maneja de diferentes formas en las distintas familias y asimismo por los diferentes miembros de la misma familia.

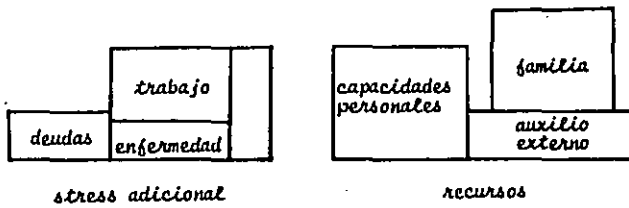
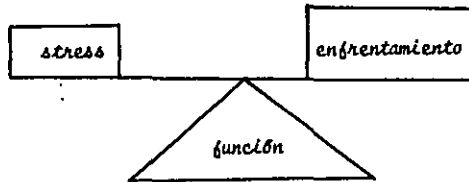
Los individuos que se enfrentan a un stress pueden hechar mano de muchos recursos, algunos de los cuales se encuentran dentro de sí -- mismos, pero la mayoría es proporcionada por la familia. El enfrentarse al stress depende de ser capaz de contrarrestar los factores -- estressantes con recursos adecuados: personales, familiares o externos. Todo mundo se enfrenta en forma constante a un stress y cuando el grado de éste excede la capacidad del individuo para poder manejarlo la función sufre, el desajuste resultante puede presentarse como social, psicológico o físico, pero es muy probable que se produzca un quebranto en la salud (26).

Si tomamos la familia como un sistema abierto, se puede decir que el individuo responde al stress que se produce en otras partes del sistema al cual se adapta y puede contribuir de igual forma al stress de otros miembros del sistema (17). Como ya se mencionó, una de las formas como el individuo responde al stress es mediante síntomas, -- uno de éstos es la enuresis y como señala Martha Bekei (3) existen -- diversas condiciones ambientales patológicas principalmente fallas -- en la relación Madre - hijo que pueden interferir el progreso de la maduración y el logro del control de la micción y es indudable que -- para este logro, la maduración neurológica es una base indispensable, pero sólo se alcanza por medio de aceptación e internalización de -- los deseos y prohibiciones parentales transmitidos por la madre y -- ella refleja frecuentemente con su estado de ánimo o su comportamiento lo que sucede en ese sistema.

En el esquema II se muestra la relación entre el stress y los mecanismos para enfrentarlo.

ESQUEMA II

RELACIONES DE EQUILIBRIO DEL STRESS Y LOS MECANISMOS PARA HACERLE FRENTE (26)



CRISIS EN LA FAMILIA

Puede presentarse una crisis cuando el stress se acumula gradualmente durante periodos variables hasta un punto más allá del cual el individuo o la familia pueden reunir recursos adecuados a este tipo de situación se le conoce como crisis por agotamiento.

Se produce una crisis aguda cuando un stress brusco sobrepasa los recursos disponibles de inmediato, aún cuando pueden conseguirse posteriores recursos si se dispone de suficiente tiempo.

Clasificación de Crisis en la Familia (26):

- 1) Cambios en la posición social
- 2) Abandono
- 3) Adición
- 4) Desmoralización

1) Las crisis que implican cambios en el status incluyen el empobrecimiento súbito, el desempleo prolongado, la riqueza o fama súbitas y los desclasamientos sociales.

2) Las crisis de abandono comprenden la muerte de un hijo o cónyuge un abandono y el divorcio.

3) Las crisis de adición comprenden embarazos no deseados, adopción, llegada de un padrastro o hermanastro y la expansión del medio familiar cuando llegan miembros de la familia extensa o amigos.

4) Las crisis de desmoralización incluyen el adulterio, el alcoholismo, el abuso de drogas y la delincuencia.

DISFUNCION FAMILIAR

Los estudios sobre familia indican que la flexibilidad es sinónimo de normalidad mientras que la rigidez de patología; parece deducirse de esto que cuanto más graves son las perturbaciones tanto más rígido es el patrón familiar (29). Hay quienes prefieren no utilizar los calificativos de "normal" o "anormal", pues si los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos, la naturaleza más compleja del sistema familiar hace prácticamente imposible determinar con precisión esos aspectos por lo que resulta más adecuado emplear los términos "funcional" o "disfuncional" siendo más acertado y práctico (25).

Los criterios para determinar el grado de funcionalidad de la familia según Satir [23 y 25] son:

a) Comunicación.- En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es "clara" (los mensajes se pueden entender), "directa" (los mensajes se dirigen a quién se pretende que los reciba), "específica" (sin generalizaciones inadecuadas) y "congruente" (son compatibles los mensajes verbales, con los no verbales). En cambio en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica e incongruente.

b) Individualidad.- La autonomía de sus miembros se respeta en la familia funcional y las diferencias individuales no solo se toleran sino que se estimulan para favorecer el crecimiento individual de cada uno y del grupo familiar.

c) Toma de decisiones.- La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema, es más importante que la lucha por el poder. En una familia disfuncional el aspecto más importante es quién va a salirse con la suya y como consecuencia los problemas tienden a no ser resueltos porque nadie quiere perder.

d) Reacciones ante las demandas de cambio.- Un sistema familiar funcional es lo suficientemente flexible para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasia sin que alguno de los miembros desarrolle síntomas. En una familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen el desarrollo de psicopatología (angustia, depresión, trastornos de conducta) cuando las demandas amenazan romper la homeostasia. Según este enfoque se considera que el paciente identificado ha sido llevado por la familia a asumir el papel de enfermo y su enfermedad desempeña funciones homeostáticas en la familia.

Sauceda [25] hace una relación importante entre la disfunción familiar y la psicopatología infantil, mencionando que la mayoría de los problemas psicológicos son desencadenados o perpetuados por actitudes inadecuadas de los padres, principalmente sobreprotección o rechazo, además menciona que estas actitudes se relacionan directamente o indirectamente con dificultades conyugales de los padres y sus consecuencias en la asistencia de los hijos y es indudable que en la

práctica clínica la modificación positiva de la conducta de los padres es un paso fundamental y a veces suficiente en la corrección de psicopatología infantil.

Puesto que la relación marital es el eje central alrededor del cual se forman el resto de las relaciones familiares, de este modo - la relación de ambos conyuges es de importancia extraordinaria y son ellos los arquitectos de su familia [14], la actitud de los padres a su vez depende de su estructura caracterológica que es el resultado de su propio condicionamiento familiar temprano [16].

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal en la Clínica Dr. Ignacio Chávez - ISSSTE, que es una Unidad de Medicina Familiar, localizada en el sur del Distrito Federal, integrada -- por familias de trabajadores al servicio del estado, pertenecientes a un nivel socio-económico medio.

-Se revisaron todos los expedientes del servicio de Psicología seleccionando los de los pacientes con diagnóstico de Enuresis con edad de comprendidas entre 4 - 18 años de ambos sexos.

-Se realizó un listado de los pacientes seleccionados anotando -- nombre y cédula de cada uno de ellos para de ésta manera localizar -- el expediente que maneja el Médico.

-De ambos expedientes se rescataron los datos investigados en el Anexo I.

-El estudio se llevó a cabo revisando expedientes de pacientes -- que acudieron a consulta del 1o de Diciembre de 1979 [fecha de inauguración de la Clínica] a Febrero de 1987 .

-El total de pacientes atendidos en el servicio de Psicología independientemente del diagnóstico fueron 642 (391 de sexo masculino y 251 de sexo femenino).

-Del total de pacientes vistos en el servicio de Psicología, 164 tuvieron diagnóstico de Enuresis (25.5 %).

-Se excluyeron del estudio 37 pacientes (16 por no localizar su expediente en el archivo, 17 por sólo haber acudido a consulta en -- una ocasión, 4 en quienes se hizo el diagnóstico en forma prematura e inadecuada).

-La población estudiada fueron 127 pacientes, 91 de sexo masculino y 36 de sexo femenino.

-Los datos obtenidos fueron manejados con estadística descriptiva y los resultados se presentan mediante cuadros.

RESULTADOS

y

ANALISIS

Se revisaron el total de expedientes de los pacientes con diagnóstico de enuresis del servicio de la Clínica Dr. Ignacio Chávez-ISSSTE, que es una unidad de medicina familiar localizada en el sur del D.F. integrada por familias de trabajadores al servicio del estado, - de un nivel socioeconómico medio, estos pacientes fueron enviados -- por su médico tratante de la consulta externa de dicha clínica; se incluyeron aquellos niños comprendidos entre las edades de 4 a 18 años, de ambos sexos, en un período de 8 años, comprendido de Diciembre de 1979 (fecha de inauguración de la clínica) a Febrero de 1987 (fecha en que se concluyó el estudio).

El total de pacientes vistos en el servicio de psicología con estas edades fueron 642 (291 masculinos y 251 femeninos) de los cuales 164 tuvieron diagnóstico de enuresis y constituyen el 25.5% con esto se cumple el primer objetivo del presente estudio, el porcentaje así obtenido coincide con el reportado en la literatura consultada para elaborar este trabajo y que va de un 5% a un 38% (4).

Se excluyeron 37 pacientes; 16 por no encontrarse el expediente - en el archivo, 17 porque solo acudieron a consulta en una ocasión, y 4 porque se les hizo el diagnóstico prematura e inadecuadamente; resultando de esto 127 pacientes que constituyen el 19.8% del total de pacientes entre las edades tomadas para el estudio vistos en el servicio de psicología.

Uno de los objetivos de esta investigación fue determinar la frecuencia de enuresis primaria y secundaria en la población estudiada, obteniéndose para la enuresis primaria un 65% y para la secundaria - un 35%, estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura en cuanto a que la enuresis primaria es la más frecuente, aunque difieren en el porcentaje asignado a cada una de ellas, pues a la enuresis primaria se le asigna un porcentaje que va de 75% a 97.93% (1), el cual es más alto al que se obtuvo en el presente estudio.

CUADRO N° 1
FRECUENCIA DE ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

tipo de enuresis	número	porcentaje
Primaria	83	65%
Secundaria	44	35%
Total	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez
ISSSTE

Se encontró que tanto la enuresis primaria como secundaria son más frecuentes en el sexo masculino, obteniéndose un porcentaje global - de 71.6% para este sexo y una relación hombre:mujer de 2.5:1 esto es semejante a lo referido por D.J. Duché en su estudio (5), quien reporta una relación de 2.1:1; y Fayol plantea hipotéticamente que la explicación de este hallazgo podría deberse a que el desarrollo del niño durante los primeros años de vida es más lento en relación con el de la niña; así como a que los lazos que vinculan al niño con la madre son posiblemente más estrechos; el niño es más tímido frente a su madre, con una mezcla de amor y agresividad; el contacto con el mundo exterior se establece para él de un modo más lento; según Tramer, en el niño las excitaciones urinarias y genitales están fisiológicamente más próximas que en la niña, pues se expanden sobre el mismo órgano terminal (5).

CUADRO N° 2
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

sexo	enuresis primaria	enuresis secundaria	total	%	relación
masc.	62	29	91	71.6%	2.5
fem.	21	25	36	28.4%	1
Total	83	44	127	100%	2.5:1

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez-ISSSTE

El rango de edad que predominó en ambos tipos de enuresis fue de 7 a 12 años de edad, constituyendo un 53.5% del total, esto se puede deber a que a esta edad preocupa más el síntoma tanto a los padres - que llevan a consulta a sus hijos como a los niños mismos a quienes limita en cuanto a vida social se refiere (campamentos, excursiones, visitas a casa de sus amigos etc.) y esto trae como consecuencia alguna alteración psicológica secundaria, lo cual hay que manejar si queremos preservar la salud de nuestro paciente.

CUADRO N° 3
DISTRIBUCION POR RANGOS DE EDAD EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

Rango de edad	enuresis primaria	enuresis secundaria	total	%
4-6 años	28	15	43	33.9 %
7-12 años	44	24	68	53.5 %
13-18 años	11	5	16	12.6 %
Total	83	44	127	100.0 %

Fuente: Archivos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez.

ISSSTE

Los pacientes enuréticos de los grupos estudiados cursan en su mayoría educación primaria, esto tiene relación con las edades predominantes (ver Cuadro 3) que van de 7-12 años, la diferencia entre los 2 porcentajes obtenidos que son de 53.5 % para el grupo de edad mencionado y de 66.9 % para el grado de escolaridad, se debe a que hay niños que ingresan a la escuela a menor edad.

CUADRO N° 4
GRADOS DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

escolaridad	enuresis primaria	enuresis secundaria	total	%
jardín	23	7	30	23.6 %
primaria	53	32	85	66.9 %
secundaria	6	5	11	8.7 %
preparatoria	1	0	1	0.8 %
Total	83	44	127	100.0 %

Fuente: Archivos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

En los dos grupos estudiados predominó la enuresis nocturna con un 96.8 % cifra muy alta si se le compara con lo reportado por Aju-
ria G.J [1] quien establece un 65 % para este tipo de enuresis, un 32 % para la mixta y un 3 % para la diurna; Este dato es interpreta-
do por el investigador como : si un niño es capaz de controlar ade-
cuadamente sus micciones durante el día y no así durante la noche es
difícil que exista una causa orgánica que sea tan selectiva para só-
lo manifestarse durante la noche, a menos que se deba a una capaci-
dad vesical menor que en niños no enuréticos y en la noche debido al
sueño se vence con facilidad el esfínter urinario, o que se deba a -
crisis convulsivas nocturnas.

CUADRO N° 5
TIPO DE ENURESIS EN RELACION AL HORARIO DE PRESENTACION DEL SINTOMA

horario	enuresis primaria	enuresis secundaria	total	%
nocturna	81	42	123	96.8 %
diurna	1	1	2	1.6 %
mixta	1	1	2	1.6 %
Total	83	44	127	100.0 %

Fuente: Archivos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez

ISSSTE

La frecuencia de presentación del síntoma diario fue la más alta con un 78.7 %, predominando en los dos tipos de enuresis, esto coincide con lo reportado por B. Hallgren quien menciona que casi todos los enuréticos mojan su lecho todas o casi todas las noches y que solo un 14 % lo mojan una vez a la semana o menos (5), esto a juicio del investigador es de importancia pues si este síntoma como lo señala D.J. Duché (5) no golpea al azar, sino que escoge bien a sus víctimas, estas no permanecen insensibles a su desgracia, cuyos efectos perturbadores influyen tanto en el plano personal, familiar y social; y si el síntoma se presenta diario es más probable que estos efectos se presenten y es precisamente esto lo que los Médicos Familiares deben tratar de evitar.

CUADRO N° 6

FRECUENCIA DE PRESENTACION DEL SINTOMA EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

frecuencia	enuresis primaria	enuresis secundaria	total	%
diario	70	30	100	78.7 %
2-3 veces/sem.	9	9	18	14.2 %
ocasional *	4	5	9	7.1 %
Total	83	44	127	100.0 %

Fuente: Archivos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

*Cuando se presentó el síntoma cada 8-15 días.

El desarrollo psicomotor en este grupo de pacientes resultó ser en su mayoría normal con un porcentaje de 71.1 % para la enuresis primaria y 59.1 % para la secundaria, esto es de importancia pues hay quien inculpa a un retraso hereditario en la maduración neuromuscular como el principal factor en el desarrollo de la enuresis ya que este conduce a un difícil control vesical (9), esto no concuerda con los resultados encontrados en esta investigación por lo que no se corrobora dicha aseveración.

CUADRO N° 7
DESARROLLO PSICOMOTOR EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

desarrollo psicomotor	enuresis pri- maria		enuresis se- cundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
normal	59	71.1%	26	59.1%	85	66.9%
retrasado	19	22.9%	14	31.8%	33	26.0%
no consignado	5	6.0%	4	9.1%	9	7.1%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Es lamentable lo que se obtuvo en cuanto a exploración física, - pues de los 127 pacientes en 94 no se consignó el dato en el expe---diente, esto es debido quizá a que no se realizó historia clínica o en algunas ocasiones en que sí se realizó es ilegible; es imperdona- que un médico que detecta a un paciente enurético o que simplemente lo está enviando a un servicio de psicología porque se supone ya des- cartó organicidad, nisiquiera haya realizado una exploración física.

De los 33 pacientes en los que sí se consignó el dato, el mayor - porcentaje fue normal con 45.8% para la enuresis primaria y para la secundaria lo más frecuente fue vulvovaginitis con un 50%, esto es - importante pues la irritación de vías urinarias o la urosepsis que - esto puede desencadenar probablemente sea origen del síntoma, hay o- tro dato de interés que se encontró y es que en el caso de la enuresis primaria se encontraron 2 niños con meato urinario estrecho y esto - coincide con lo reportado en la literatura de que las malformaciones son más frecuentes en este tipo de enuresis.

CUADRO N° 8

ALTERACIONES EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

exploración física	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
fimosis	8	33.4%	1	12.5%	9	27.3%
parafimosis	1	4.2%	1	12.5%	2	6.1%
vulvovaginitis	2	8.3%	4	50.0%	6	18.2%
estrechez del meato urinario	2	8.3%	0	0.0%	2	6.1%
normal	11	45.8%	3	25.0%	14	42.3%
Total	24	100%	9	100%	33	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Desafortunadamente el mayor porcentaje (74.8%) de los expedientes no tuvieron consignado el resultado del examen general de orina y es muy probable que se deba a que nisiquiera se solicitó dicho estudio, esto es lamentable pues habla de lo mal que se está manejando a estos pacientes, pues nisiquiera un EGO se les ha solicitado, siendo que muchos pacientes presentan enuresis secundaria a urosepsis por lo que este examen es el primero que debemos solicitar al detectar un paciente con este síntoma. De los que sí tienen el resultado consignado en el expediente, la mayoría tuvieron datos de urosepsis como son leucocituria, bacteriuria etc. esto es importante en ambos tipos de enuresis, pues en el caso de la secundaria el síntoma puede deberse a este problema y en la primaria debemos vigilar al paciente pues los enuréticos tienen mayor predisposición a presentar urosepsis.

CUADRO N° 9

EXAMEN GENERAL DE ORINA EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDA
RIA

examen general de orina	enuresis pri- maria		enuresis se- cundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
datos de urosepsis	17	20.5%	7	15.9%	24	18.9%
normal	6	7.2%	2	4.6%	8	6.3%
no consignado	60	72.3%	35	79.5%	95	74.8%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

La prueba de Bender aplicada a estos pacientes, resultó en su mayoría sugerente de disfunción cerebral, obteniendo un 95.5% para la enuresis primaria y 89.2% para la secundaria, esto es de llamar la a tención pues estos hallazgos no concuerdan con los encontrados en el EEG, pues de ser cierto lo que reporta la prueba psicológica, casi en todos los casos se encontrarla alteración en este estudio; cabría también plantear porque si fueron 97 los pacientes que presentaron alteraciones sugerentes de disfunción cerebral, solo se les realizó a 53 de ellos y no a todos.

CUADRO N° 10

RESULTADO DE PRUEBA DE BENDER EN PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SE
CUNDARIA

resultado de -- prueba de Bender	enuresis pri- maria		enuresis se- cundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
sugerente de dis- función cerebral	64	95.5%	33	89.2%	97	93.3%
normales	3	4.5%	4	10.8%	7	6.7%
Total	67	100%	37	100%	104	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

El electroencefalograma se solicita cuando se sospecha daño cerebral, pues parece que los trazos de tipo anormal son observados con más frecuencia en los enuréticos que en un grupo control, pero cabe pensar que esas perturbaciones de la electrogenesis se inscriben en ese marco por falta de maduración neurológica, frecuentemente invocada como factor determinante de la enuresis (5). De los 127 pacientes incluidos en el estudio, a 53 se les realizó EEG resultando en el -- grupo con enuresis primaria que casi la mitad de ellos presentaron -- disfunción cerebral difusa y 23.5% presentaron descarga temporal; en cambio en el grupo con enuresis secundaria 42.1% presentaron EEG normal, esto habla a favor de que los pacientes con enuresis primaria -- es probable que presenten el síntoma por inmadurez neurológica y los del grupo con enuresis secundaria lo presenten por algún evento exógeno ajeno a la inmadurez.

CUADRO N° 11

E E G	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n	%	n	%		
normal	6	17.6%	8	42.1%	14	26.4%
trastornos de tipo conductual	2	5.9%	2	10.5%	4	7.5%
disfunción cerebral difusa	16	47.1%	5	26.4%	21	39.7%
descarga temporal	8	23.5%	2	10.5%	10	18.9%
alterado (sin especificar)	2	5.9%	2	10.5%	4	7.5%
Total	34	100%	19	100%	53	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Otro de los objetivos iniciales fue conocer el tratamiento administrado a estos pacientes, encontrándose que recibieron tratamiento del tradicionalmente usado para enuresis 57 de los 127 pacientes que constituyen el 44.9%, recibiendo la mayoría imipramina en un 68.4% -- y medidas higienicodietéticas en 31.6%; el resto de pacientes se dividieron en 3 subgrupos: uno constituido por 34 que recibieron otro

tipo de tratamiento entre ellos tioridacina, carbamacepina, metilfenidato y antibioticos los cuales desde luego no son especificos para enuresis, sino que se administraron porque estos pacientes presentaban un problema de fondo como hiperquinesia, epilepsia del lóbulo temporal o urosepsis y probablemente el sintoma era secundario a ellos. 13 no recibieron tratamiento y 23 en los que no se consigno el dato.

CUADRO N° 12
TRATAMIENTO INSTITUIDO A PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

tratamiento	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
medidas higienicodietéticas	12	29.3%	6	37.5%	18	31.6%
imipramina	29	70.7%	10	62.5%	39	68.4%
Total	41	100%	16	100%	57	100%

Fuente: Archivos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Con los resultados que aquí se presentan se cumple un objetivo -- más, como fue conocer la respuesta al tratamiento instituido para la enuresis; obteniéndose que de los 57 pacientes que recibieron tratamiento del tradicionalmente usado para tratar la enuresis 65% presentaron remisión del sintoma, la mayoría con imipramina (43.9%), en -- 12.3% de los pacientes no remitió el sintoma, en 4 en que no remitió con imipramina se debió a que no llevaron el tratamiento en forma adecuada por irresponsabilidad de la madre del paciente según se consigno en el expediente de la psicóloga; en un 22.8% de los casos no se consigno en el expediente los resultados obtenidos, el lapso de tiempo en que se obtuvo remisión del sintoma fue de 1 a 3 meses en -- pacientes que respondieron a imipramina y los otros 10 de 1 a 9 meses, esto desde luego es inadecuado porque la imipramina no debe dar se después de 8 semanas en forma continua (16); con medidas higienicodietéticas cedió de 1 a 8 meses. Del resto de pacientes; 34 que -- fueron tratados con otros medicamentos (tioridacina, carbamacepina,

metifenidato y antibióticos) remitió el síntoma en 18 de ellos, en 7 no remitió y en 9 no se consignó el dato, de los 23 en los que se -- consignó que tratamiento recibieron, tampoco se consignó si cedió o no el síntoma, de los 10 que no recibieron tratamiento en 3 cedió el síntoma y en 10 no se consignó el dato.

CUADRO N° 13

RESPUESTA AL TRATAMIENTO INSTITUIDO PARA LA ENURESIS PRIMARIA Y SECUN
DARIA

tratamiento	remisión		no remisión		no consignado	
	n°	%	n°	%	n°	%
medidas higiénico-dietéticas	12	21.1%	3	5.3%	3	5.3%
imipramina	25	43.9%	4	7.0%	10	17.5%
Total	37	65.0%	7	12.3%	13	22.8%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

El estado civil de los padres fue en su mayoría casados, conformando un 65.3%; separados o divorciados en un 13.4% de los casos, -- desde luego, que los padres estén casados no garantiza de ninguna manera que la familia sea funcional, pues como se ve en las tablas -- relacionadas con funcionalidad la mayoría de las familias resultaron disfuncionales; esto demuestra que el estado civil de los padres es solo una forma de unión entre dos personas de distinto sexo, pero no depende de ninguna manera el funcionamiento de ese núcleo familiar -- que al unirse estas 2 personas están formando.

CUADRO N° 14

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUN
DARIA

estado civil	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
casados	56	67.5%	27	61.4%	83	65.3%
separados o divorciados	10	12.0%	7	15.9%	17	13.4%
unión libre	1	1.2%	2	4.5%	3	2.4%
madre solte ra	1	1.2%	1	2.3%	2	1.6%
viud-z	0	0.0%	1	2.3%	1	.8%
no consignado	15	18.1%	6	13.6%	21	16.5%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

El tipo de familia según su estructura que predominó en el grupo de estudio fue la nuclear, quizá esto no sería diferente si se estudiará un grupo control de familias de niños no enuréticos, debido esto al lugar en donde se realizó este estudio que fue en el área metropo-
litana en donde lo más frecuente es encontrar que las casas o departa-
mentos se encuentran habitadas por la pareja y sus hijos, no así -
en zonas rurales en donde es frecuente encontrar que viven además de
la familia alguna otra persona, familiar o no de la familia de origen.

CUADRO N° 15
TIPOS DE FAMILIA EN BASE A SU ESTRUCTURA

tipo de familia	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
nuclear	73	88.0%	34	77.3%	107	84.3%
extensa	8	9.6%	8	18.2%	16	12.6%
extensa compuesta	1	1.2%	0	0.0%	1	.8%
no consignado	1	1.2%	2	4.5%	3	2.3%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

En base al desarrollo social, el tipo de familia predominante fue la tradicional para la enuresis primaria y moderna para la secundaria, esto en cuanto a la enuresis secundaria quizá tendría explicación porque como ambos padres trabajan, se queda al cuidado de los niños algún familiar o viven con la familia de alguno de los cónyuges y esto en algunos casos puede ser desencadenante de conflictos familiares pues tanto los roles como los límites se ven sacrificados, y este tipo de alteraciones puede desencadenar o perpetuar el sintoma.

CUADRO N° 16
TIPOS DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO SOCIAL

tipo de familia	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
moderna	34	40.9%	34	77.3%	68	53.5%
tradicional	42	50.6%	8	18.2%	50	39.4%
no consignado	7	8.5%	2	4.5%	9	7.1%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Las familias integradas son las que predominaron en este grupo de estudio con un 73.2% global para los dos tipos de enuresis, este dato nos habla de que los conyuges viven juntos y cumplen sus funciones aunque esto no garantiza de ninguna manera que esa familia sea funcional, pues son otros los parámetros que se toman para evaluar la funcionalidad de una familia.

CUADRO N° 17
TIPOS DE FAMILIA EN BASE A SU INTEGRACIÓN

tipo de familia	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
integrada	58	69.9%	35	79.5%	93	73.2%
semi-integrada	8	9.7%	3	6.8%	11	8.7%
desintegrada	10	12.0%	5	11.4%	15	11.8%
no consignado	7	8.4%	1	2.3%	8	6.3%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

El tipo de familia en relación a la ocupación de los padres que predominó en el grupo con diagnóstico de enuresis primaria fue el tipo obrero con 48.2% y en el grupo con enuresis secundaria el tipo de familia que predominó fue el profesional, en este tipo de familias - ambos padres trabajan y los niños quedan al cuidado de una sirvienta, o algún miembro de la familia extensa, o en el mejor de los casos -- son llevados a guarderla y los cuidados que reciben aunque sean buenos no serán igual en cuanto al afecto prodigado por sus padres, si ellos asumen su rol adecuadamente; en el caso en que el padre es el único que trabaja, puede en determinadas circunstancias transformarse en una figura periférica y esto afectar al subsistema parental y por consecuencia al subsistema fraterno y esto a su vez contribuir para el desencadenamiento o perpetuación del síntoma.

CUADRO N° 18

TIPOS DE FAMILIA EN RELACION A LA OCUPACION DE LOS PADRES DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA.

tipo de familia	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
obrero	40	48.2%	19	43.2%	59	46.4%
profesional	36	43.4%	22	50.0%	58	45.7%
no consignado	7	8.4%	3	6.8%	10	7.9%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

La fase del ciclo vital que predominó en estas familias fue la de expansión con 60.6%, esto es debido a las edades de los pacientes -- que se incluyeron en el estudio, pues la mayoría se encontró entre - 7 y 12 años, edades comprendidas en esta fase.

CUADRO N° 19

FASE DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

fase del ciclo vital	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
expansión	53	63.9%	24	54.5%	77	60.6%
dispersión	19	22.9%	16	36.4%	35	27.6%
independencia	8	9.6%	0	0.0%	8	6.3%
retiro y muerte	1	1.2%	1	2.3%	2	1.6%
no consignado	2	2.4%	3	6.8%	5	3.9%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

La funcionalidad familiar predominante para ambos grupos fue de moderadamente disfuncional a disfuncional (55.1%), esto quizá no sea representativo de este tipo de síntoma (enuresis) y también se vea en otro tipo de patologías, pero es importante desde el punto de vista de que el médico familiar no debe descuidar este aspecto tan importante en el manejo integral de los padecimientos, pues así como la familia es el origen de algunas alteraciones de este tipo, es también el instrumento del cual podemos valerlos para resolver la mayoría de ellos, y sobre todo tratándose de enuresis secundaria en la que el stress psicológico crónico, procedente de una familia disfuncional que aparece en el período de la infancia temprana puede alterar la capacidad del niño para aprender el control vesical efectivo; el tipo regresivo de este problema se relaciona con acontecimientos ambientales precipitantes como la disfunción familiar.

Sería interesante y aclarador que se llevara a cabo un estudio subsiguiente con un grupo control de pacientes no enuréticos para determinar si realmente existen diferencias en cuanto a esto.

CUADRO N° 20

FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON ENURESIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

funcionalidad familiar	enuresis primaria		enuresis secundaria		total	%
	n°	%	n°	%		
funcional	36	43.4%	21	47.7%	57	44.9%
moderadamente disfuncional	29	34.9%	13	29.6%	42	33.0%
disfuncional	18	21.7%	10	22.7%	28	22.1%
Total	83	100%	44	100%	127	100%

Fuente: Archivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Se calificó la funcionalidad de las familias en base a cuatro parámetros:

- solución de problemas
- comunicación
- roles
- límites

FUNCIONAL:

Se calificó así a las familias en las que la solución de problemas - se llevó a cabo tanto en lo instrumental como en lo afectivo; la comunicación tanto instrumental como afectiva fue enmascarada e indirecta, cuando uno de los roles fue inadecuado y los límites fueron rígidos o difusos, o sea que los cuatro parámetros se encuentran sin alteración.

DISFUNCIONAL:

Se calificó así a las familias en las que no se solucionan problemas de ningún tipo, que la comunicación tanto instrumental como afectiva es enmascarada e indirecta, cuando uno o más de los roles son inadecuados y los límites rígidos o difusos, los cuatro parámetros se encuentran alterados.

MODERADAMENTE DISFUNCIONAL:

Se calificó así a las familias en las que existió en menos de tres - de los cuatro parámetros utilizados para evaluar funcionalidad.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó al término del análisis de los datos obtenidos fueron:

La Enuresis primaria se presentó con mayor frecuencia en el grupo estudiado. [ver cuadro n° 1]

El sexo masculino predominó en una relación de 2.5 : 1 en ambos tipos de Enuresis.

Los niños entre 7 - 12 años de edad fueron los más afectados y por consiguiente la mayoría cursaron educación primaria.

La Enuresis nocturna predominó en ambos grupos con presentación diaria en la mayoría de los casos.

El desarrollo psicomotor fue normal para la mayoría en ambos grupos. La exploración física fue normal para la mayoría en el grupo con Enuresis primaria, no así para el grupo con Enuresis secundaria en los cuales lo más frecuente fue el hallazgo de Vulvovaginitis.

El exámen general de orina no se consignó en un alto porcentaje, demostrándose con esto que no se está haciendo lo necesario en la mayoría de los casos para diagnosticar la posible causa del síntoma.

La prueba de Bender aplicada a estos pacientes fue en su mayoría sugerente de disfunción cerebral, dato éste que no se corroboró por Electroencefalograma pues desafortunadamente no se realizó éste a todos los pacientes que mostraron dicha alteración en la prueba psicológica.

El tratamiento que recibieron estos pacientes fue en más del 50 % del tipo utilizado tradicionalmente para Enuresis como son Imipramina y medidas higiénico-dietéticas, el resto recibió otro tipo de tratamiento. Del primer grupo la remisión del síntoma se presentó en su mayoría con Imipramina.

En cuanto al estudio de la Familia hubo coincidencia entre los 2 grupos encontrándose predominio de las familias constituidas en matrimonio, nucleares, integradas, en fase de expansión, de moderadamente disfuncionales a disfuncionales. De acuerdo a su desarrollo social predominó el tipo tradicional en el grupo de Enuresis primaria y el moderno en la secundaria. En cuanto a su ocupación predominó el tipo obrero en la Enuresis primaria y el profesional en la secundaria.

COMENTARIOS

Cualquier Médico que esté interesado en brindar la mejor atención posible a su paciente estará interesado también en estudiarlo adecuadamente y en el caso que nos ocupa es tan sencillo como que a todo paciente enurético que detectemos se le realice una historia clínica - detallada, exploración física completa, en la primera debe investigar se antecedentes prenatales, peri y posnatales, peso, talla, desarrollo psicomotor, edad de control de esfínteres, métodos de entrenamiento para dicho control, cuando el síntoma se presenta en forma secundaria se debe indagar la existencia de algún probable evento precipitante, como podría ser el ingreso a la escuela, separación o divorcio de los padres, nacimiento de un hermano etc. y conocer la actitud que han tomado los padres o las personas que se encargan del cuidado del niño para solucionar el problema.

Se debe investigar la estructura y dinámica de la familia, lo que permitiría conocer la funcionalidad de la misma y en caso de detectar disfunción, así como cuando el síntoma se deba únicamente a trastorno emocional solicitar si se requiere apoyo del psicólogo o terapia familiar (si es posible) ya que esto puede originar o perpetuar el síntoma; cabe hacer notar sin embargo, que siempre deberá descartarse primero organicidad y no abordar al paciente desde el punto de vista psicológico únicamente sino en forma integral y continua.

En cuanto al diagnóstico, es necesario evitar dos escollos:

1) Considerar a todo niño que se orina en la cama como una enurético simple y desembarazarnos de él ya sea proponiendo un tratamiento de rutina o bien enviarlo sin otra forma de proceso a un psicoterapeuta.

2) Aquél que consiste en llevar a cabo toda una serie de investigaciones urológicas, algunas de las cuales requieren una anestesia - (Investigaciones penosas, algo traumatizantes y que pueden afectar de una manera molesta y duradera al niño).

3) En cuanto al tratamiento debemos hacer énfasis en que no existe la enuresis como tal, sino enuréticos y que se debe por lo tanto individualizar el tratamiento; así, en un niño que tenga una capacidad vesical menor que la correspondiente para su edad sin otra alte-

ración detectable, se deberán indicar ejercicios vesicales; otro ejemplo es el paciente en el que todo se encuentra dentro de la normalidad en el que se indicará orientación motivacional (Consejo que trata de aumentar la dedicación del paciente aun objetivo de tratamiento), instruyéndolo en cuanto a las medidas higiénico dietéticas, qué cómo se mencionó a tiempo del tratamiento se deben llevar, en los niños -- enuréticos, y dejar los medicamentos como la Imipramina, para casos -- rebeldes o renuentes al tratamiento, pues son bien conocidos los --- efectos colaterales que con este medicamento se pueden presentar y -- recordar qué; como menciona el doctor Barton D. Schmitt (27), ningún niño ha muerto de enuresis, pero sí por los medicamentos recetados -- para ese trastorno; esto es muy válido pero no debemos cruzarnos de brazos y conformarnos con esto, pues si bien estos niños viven a pe sar de su síntoma es nuestra obligación brindar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes y dejar al niño enurético a su suerte, tam bien es imperdonable, pues sin necesidad de utilizar medicamentos, -- con paciencia, comprensión y los conocimientos adquiridos a través de nuestra formación como Médicos Familiares, bien podemos evitar en Es te caso particular, qué es el tratar niños enuréticos, que estos pre senten trastornos emocionales secundarios a su síntoma por el mal ma nejo que generalmente se les da a estos pacientes, por parte de su familia como son, humillaciones, ridiculización etc., que lo único -- que hacen es como dije antes, producir problemas emocionales que im piden que el paciente se desarrolle mentalmente sano y es aquí en -- dónde nosotros, los Médicos Familiares, podemos intervenir de manera aceptada, orientando al paciente y su familia, para que manejen el -- problema, lo más adecuadamente posible.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AJURIA G.J. MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL edit. Masson (Barcelona) Tercera reimpresión 1983 pp. 269-279.
- 2.- ATTENBURROW A.A. y cols. NOCTURNAL ENURESIS A STUDY The practitioner January 1984 vol. 228 pp. 99-102.
- 3.- BEKEL M. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS EN LA NINEZ Y LA ADOLESCENCIA edit. Nueva visión 1984 pp. 271-88.
- 4.- BOSQUE Del G.J.M. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NIROS CON ENURESIS - PRIMARIA Y SECUNDARIA tesina recepcional de psiquiatría 1983 pp. 55-8.
- 5.- DUCHE D.J. LA ENURESIS formación de hábitos higiénicos en los -- niños edit. El Ateneo (buenos aires) 1972 pp. 1-166.
- 6.- EDVARS S.D. y cols. HYPNOTERAPY AS A TREATMENT FOR ENURESIS J. Child Psychol Psychiat 26(1) 1985 pp. 161-70.
- 7.- FORD B. TRATADO DE PSICOTERAPIA INFANTIL N° 2 edit. Exproxa (Barcelona)
- 8.- GOEL K.H. y cols. EVALUATION OF NINE DIFFERENT TYPES OF ENURESIS ALARMS Archives of disease in childhood Aug. 1984 59(8) pp. 748-53.
- 9.- GOODMAN y Gilman LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA sexta edición edit. Panamericana 1982 pp. 148-183-429.
- 10.- GREENE ARTHUR S. Cronle W.J. TREATMENT OF IMIPRAMINE OVERDOSE - IN CHIDREN Urology Sept. 1981 vol XVIII N°3 pp. 314-15.
- 11.- HAROLD Hay y cols. CHILDHOOD ENURESIS important points in assessment, trends in treatment. Posgrad med. Jul 1983 74(1) pp.111-9.
- 12.- JAIME A.H. Irigoyen C.A. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR segunda edición edit. Cervantes 1985 pp. 1-28.
- 13.- JAMES B.J. Mc Kendry CIRUGIA PEDIATRICA edit. Interamericana Mex. D.F. 1984 pp. 866-72.
- 14.- KAPLAN H.I y cols PSYCHIATRY III tercera edición.
- 15.- KEITH L.J. y cols. TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN artificial sphincter versus other methods J. Urol. Sept. 1983 130 pp. 518-521.
- 16.- MACIAS A.R. EL GRUPO FAMILIAR, SU HISTORIA, SU DESARROLLO, SU - DINAMICA Primer simposium sobre dinámica y psicoterapia de la fa

- milla (ifac) Mex. D.F. Nov. 1981 pp. 12-28
- 17.- MINUCHIN S. FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR segunda edición edit. - Gedisa Mex. 1985 pp. 19-107.
 - 18.- NELSON W.E. y cols. TRATADO DE PEDIATRIA octava edición edit. -- Salvat 1983 pp. 93-4 y 1624.
 - 19.- KONING R. LA FAMILIA EN NUESTRO TIEMPO primera edición edit. si-glo XXI de España editores S.A. 1981 pp. 1-3.
 - 20.- RAPAPORT J.L. y cols. CHILDHOOD ENURESIS. Psychopathology, tri-cyclic concentration in plasma, and antinuretic effect. Arch. Gen. Psychiatry 37(10) Oct. 1980 pp. 1146-52.
 - 21.- RODRIGUEZ R.S. NUEVA GUIA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIATRICO edit. M. Cervantes Mex. 1981 pp. 345-48.
 - 22.- RONALD S. Illingworth EL NIÑO NORMAL segunda edición edit. el ma-nual moderno Mex. 1985 pp. 335-340.
 - 23.- SATIR Virginia PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA tercera edición - edit. la prensa médica Mexicana (Mex.) 1985 pp. 83-101.
 - 24.- SAUCEDA G.J.M. Focerrada M.M. LOS PROBLEMAS FAMILIARES Y SUS RE-PERCUSIONES EN EL NIÑO rev. med. IMSS (Mex.) 1985; 23(159) pp. - 159-66.
 - 25.- SAUCEDA G.J.M. ENURESIS FUNCIONAL rev. ned. IMSS (Mex.) 20(6) -- 1982 pp. 686-8.
 - 26.- SHIRES D.B. Hennen B.K. MEDICINA FAMILIAR primera edición edit. Mc Graw-Hill (Mex.) 1983 pp. 3-27.
 - 27.- TOVAR S. Marco Antonio ANUARIO MEDICO. ENURESIS NOCTURNA: ACTUA-LIZACION DEL TRATAMIENTO editorial Interamericana 1983 pp. 175-189.
 - 28.- VALDES MANUEL M. y cols DSM III- MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTI-CO DE LOS TRASTORNOS MENTALES primera reimpresión edit. masson - 1984 pp. 89.
 - 29.- ZUCK G.H. Boszormengl N. TERAPIA FAMILIAR Y FAMILIAS EN CONFLIC-TO primera edición edit. fondo de cultura económica 1985 pp. 43-45.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE LLENADO PARA LA INFORMACION DE
PACIENTES ENURETICOS

- 1.- Nombre completo _____
- 2.- Cédula _____
- 3.- Sexo _____
- 4.- Edad _____
- 5.- Escolaridad _____ Nula _____
- 6.- Tipo de enuresis. Primaria _____ Secundaria _____
- 7.- Horario de presentación. Nocturna _____ Diurna _____ Mixta _____
- 8.- Frecuencia de presentación del síntoma antes del tratamiento _____

- 9.- A qué edad sostuvo la cabeza _____
- 10.- A qué edad se sentó _____
- 11.- A qué edad caminó _____
- 12.- Edad de control de esfínter urinario _____
- 13.- Exploración física:
Fimosis _____ Parafimosis _____ Vulvovaginitis _____ Giordano _____
Puntos ureterales _____ Malformación aparente de vías urinarias _____
Cudd _____
- 14.- Datos anormales en EGO _____
- 15.- Resultado de prueba de Bender _____
- 16.- Electroencefalograma. Resultado _____

- 17.- Qué tratamiento recibió. Especificar _____

- 18.- Hubo modificación en la frecuencia del síntoma con el tratamien-

- to. Sl No Cudl
- 19.- Cuánto tiempo después de iniciado el tratamiento remitió el --
síntoma No remitió
- 20.- Cuántos miembros constituyen la familia Padre
Madre Hijos Hijas
Parientes Cudles
- 21.- Estado civil de los padres. Casados Divorciados
Unión libre Separados Madre soltera
Viudez Otro punto cudl
- 22.- Ocupación de los padres. Padre
Madre
- 23.- Tipo de familia. Nuclear Extensa Extensa compuesta
Moderna Tradicional Arcalca primitiva Urbana
Rural Integrada Semi-integrada Desintegrada
Campesina Obrera Profesional
- 24.- En qué fase del ciclo vital se encuentra la familia:
Expansión Dispersión Independencia
Retiro y muerte
- 25.- Solución de problemas. Instrumental Afectiva
No solución
- 26.- Comunicación en la familia. Instrumental. Clara
Enmascarada Directa Indirecta
Afectiva. Clara Enmascarada Directa
Indirecta
- 27.- Roles: Padre Adecuado Inadecuado
Madre Adecuado Inadecuado
Hijos Adecuado Inadecuado
- 28.- Límites. Rígidos Claros Difusos

ANEXO II
INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1.- Nombre del paciente: Será registrado, iniciando con el apellido paterno, a continuación el materno y finalmente el o los nombres.
- 2.- Cédula: Se consignará el registro federal de causantes del trabajador, marcando con /7 en caso que el paciente sea niño y /8 en caso que sea niña.
- 3.- Sexo: SE marcará con una X el inciso correspondiente a masculino en caso que el paciente sea hombre y femenino en caso que sea mujer.
- 4.- Edad: Este dato será registrado en años cumplidos a la fecha de realizar la investigación.
- 5.- Escolaridad: Se anotará el grado que cursa en el momento del estudio, o se marcará con una X el inciso correspondiente a nula, -sino a cursado ningún grado de escolaridad.
- 6.- Tipo de enuresis: Se marcará con una X el inciso correspondiente a primaria si nunca a tenido control de la micción, o secundaria si después de un periodo de seis meses o un año, pierde dicho -- control.
- 7.- Horario de presentación: Se marcará con una X el inciso correspondiente a nocturna cuando el síntoma se presente sólo por las noches; diurno, si el síntoma aparece únicamente durante el día, -o bien mixto, cuando se presenta en ambos horarios, tanto de día como de noche.
- 8.- Frecuencia de presentación del síntoma antes del tratamiento. - - Anotar el número de veces que se presentó el síntoma ya sea diario, por semana ó por mes.
- 9.- A qué edad sostuvo la cabeza: Consignar la edad en meses, a la - que sostuvo la cabeza.
- 10.- A que edad se sentó: Se consignará la edad en meses a la que se sentó.
- 11.- A qué edad caminó: Anotar la edad en meses a la que caminó .
- 12.- Edad de control del esfínter urinario.- Se consignará la edad en meses a la que controló el esfínter urinario.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 13.- Exploración física: Consignar los hallazgos positivos a la exploración física (lo de importancia para el padecimiento que nos ocupa). Se marcará con una X la ó las alteraciones mencionadas en caso de existir, pues cada una de éstas puede revelar la posible causa del síntoma.
- 14.- Datos anormales en EGO: Se anotará la alteración encontrada en este examen, en caso de existir; se dejará en blanco cuando no exista examen anexado en el expediente o que el médico no haya consignado el resultado en su nota diaria y se anotará normal, cuando así se encuentre en el reporte de laboratorio, o en la nota médica.
- 15.- Resultado de prueba de Bender: Se consignará el resultado de la psicóloga haya anotado en el expediente del paciente.
- 16.- Electroencefalograma. Resultado: Se registrará el resultado de este estudio, de existir anexado en el expediente, o en su defecto se consignará el resultado anotado por el médico en la nota diaria.
- 17.- Qué tratamiento recibió. Especificar: Será registrado el nombre y la dosis del medicamento, que recibió para tratar el síntoma, de ser posible, también registrar por cuanto tiempo lo recibió.
- 18.- Hubo modificación, en la frecuencia del síntoma con el tratamiento: Marcar con una X el inciso correspondiente, así cuando haya modificación del síntoma, respuesta al tratamiento y no cuando haya permanecido sin cambio. De haber modificación especificar que tipo en el inciso correspondiente a cuñl.
- 19.- Cuánto tiempo después de iniciado el tratamiento remitió el síntoma: En caso de haber remitido el síntoma con el tratamiento instituido, anotar en cuánto tiempo sucedió esto; en caso de no haber remitido al momento de realizar el estudio, marcar con una X el inciso correspondiente.
- 20.- Cuántos miembros constituyen la familia: Se consignará primero - el número total de personas que conforma la familia y posteriormente se anotará frente a cada inciso, correspondiente a padre, madre, hijos, etc., la edad de cada uno de ellos y en el inciso

correspondiente a parientes, anotar cuántos son y en el que corresponde a cuñados, anotar que tipo de parentesco tiene cada uno de ellos. También aquí se podrá anotar, si existe otra persona, que viva con la familia, sin que tenga parentesco con ellos.

- 21.- Estado civil de los padres: Se consignará con una X, marcando el inciso correspondiente, de los señalados aquí, según el tipo de unión, que se encuentre especificado en el familiograma, - en caso de existir este, o en la nota del médico o la psicóloga. Si existe otro tipo de unión, que no esté señalada en los incisos anteriores, se consignará en el que dice; otro punto civil.
- 22.- Ocupación de los padres. Anotar la ocupación de cada uno de ellos, en el inciso que corresponde, así como el grado de escolaridad, de ser posible.
- 23.- Tipo de familia: Se marcará con una X, el inciso que corresponda a cada tipo de familia en particular; para determinar, el tipo de familia, en aquellos casos, en que no se encuentre familiograma, instrumento este, que nos ayuda a determinar, la mayoría de los tipos familiares, se tomarán en cuenta, las preguntas 20, 21, 22 y 27; con la pregunta 20, se investiga, cuántos miembros constituyen la familia y podemos saber, si es una familia nuclear, extensa, o extensa compuesta, pues investigamos estructura; con la pregunta 21, investigamos integración o sea si vive junta la pareja, también con la pregunta 27, se investiga esta, en cuanto se refiere a roles; la pregunta 22, investiga ocupación, y en lo posible, escolaridad y con esto sabemos si se trata de una familia, campesina, obrera, o profesional.
- 24.- En qué fase del ciclo vital se encuentra la familia: marcar con una X, el inciso correspondiente, a la fase del ciclo, en la que se encuentra la familia.
- 25.- Solución de problemas: Instrumental, cuando se refiere aquellos que se suscitan, en los aspectos mecánicos de la vida, afectivos, aquellos en los cuñados, se involucran o amenazan los aspectos emocionales de la vida y se marcará no solución, cuando no se resuelvan problemas de ningún tipo.

- 26.- Se marcará comunicación en la familia: Se marcará con una X, el inciso correspondiente, al tipo de comunicación, que emplee la familia.
- 27.- Roles: Marcar con una X, el inciso correspondiente, a adecuado, o inadecuado, para los tres tipos de roles señalados.
- 28.- Límites: Se marcará con una X, el inciso correspondiente, a los límites correspondientes, que utilice la familia.