

11226
2 of 32



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Post-grado

Unidad de Medicina Familiar No. 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José Hugo García González'.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y
DINAMICA FAMILIAR

A second handwritten signature in black ink, identical to the one above, appearing to read 'José Hugo García González'.

TESIS

Que para obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. José Hugo García González



IMSS

H. Puebla, de Zaragoza, Febrero de 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE:

| | |
|-----------------------------------|----|
| Introducción. | 1 |
| Justificación. | 4 |
| Antecedentes científicos. | 6 |
| Material y Métodos. | 19 |
| Resultados. | 21 |
| Conclusiones. | 38 |
| Resumen | 41 |
| Bibliografía | 42 |

INTRODUCCION

La Familia es la Unidad Social, Política, Económica y -- Moral, que se ha conservado a través del tiempo y se consolida como el factor decisivo en la perpetuación de las Civilizaciones.

Mucho es lo que el desarrollo científico ha aportado a la familia, y mucho lo que se ha comprendido de ella; sobre todo en el área de la Salud.

La evolución Médica, que es la que a nosotros nos interesa y motivo de este trabajo, ha llegado a los aspectos más - substanciales de la familia, pero no tanto como se pretende en los grandes hospitales y centros de curación, con complicadas operaciones, grandes tratamientos ó meticulosos estudios, sino con la aplicación de adecuados programas preventivos, con la difusión y aplicación de Patrones de Planificación Familiar y, sobre todo, con la creación de la Seguridad Social, la Atención del Primer Nivel y la preparación adecuada de una persona específica para desarrollar todas estas actividades: El Médico Familiar, quien además de dominar los - aspectos anteriores es un orientador en los aspectos de Dinámica Familiar.

El niño, como parte integrante de la familia, es uno de los "espejos" en que se reflejan las alteraciones de su dinámica. De esta manera, el Médico tiene la necesidad de hacerse más intuitivo, más escrutador para indagar sobre las posi-

bles manifestaciones, en un infante, de una Dinámica Familiar alterada.

Los Trastornos del Sueño, tema de este trabajo, poco difundidos en el ambiente médico, sobre todo en México, son una más de las manifestaciones en los niños de un estado patológico en el que quizá la Dinámica Familiar sea la principal responsable de su presentación ó su perduración.

Estos Trastornos del Sueño por mucho tiempo fueron vistos como aspectos misteriosos ó mágicos, ó como simples eventos dentro de una gran gama de características idiosincrásicas de una persona.

El estado de inmadurez emocional, la incapacidad para mostrar ó protestar por inconformidades ó solucionar problemas familiares, la exposición continuada a ambientes familiares muy patológicos y sin alternativa de solución y los propios mecanismos de defensa del paciente pediátrico se consideraran como posibles desencadenantes en la aparición ó perpetuación de las alteraciones del sueño, sea cual fuere la causa primaria que diera origen a éstas.

Ante la gran responsabilidad del Médico Familiar de preservar el "orden familiar" y de mantener lo más funcional la familia en cuanto a su dinámica, sin querer adoptar el papel de Terapeuta Familiar pero con un sentido estricto de "orientador familiar", los trastornos del sueño se convierten en un indicio más, otro pequeño punto de partida donde sospe---

char una disfunción, donde presentir un estado alterado, don
de ofrecer ayuda para mejorar una relación.

El presente trabajo tiene como fin hacer una investiga--
ción de los trastornos del sueño no como una entidad patoló-
gica específica, con alteraciones electroencefalográficas, -
diagnóstico ó tratamiento, sino como una manifestación en el
infante de disfunción familiar.

JUSTIFICACION

Se ha observado que un determinado número de pacientes-- en edad pediátrica presentan algún trastorno del sueño y que indagando en los aspectos concernientes a la dinámica familiar, encontramos alteraciones, muchas veces profundas y de difícil solución.

Consideramos que estos problemas del sueño pueden tener un número considerable de causas, orgánicas, fisiopatológicas y psicológicas, pero la frecuencia de su presentación y su perduración en el paciente pediátrico se deben en gran parte a alteraciones en la dinámica familiar.

Creemos de gran importancia la investigación de este tema, ya que es necesario ampliar el conocimiento médico general acerca de dichos trastornos, sobre todo a nivel de Medicina Familiar, donde se tiene la oportunidad de identificarlos casos por primera vez y en donde se dará la orientación crucial para que los padres y en general toda la familia se interesen por el problema.

Además, destacamos la importancia de la búsqueda sistemática de estos trastornos, ya que, aún cuando estos son frecuentes en la población general, y más frecuentes en la niñez (según otros estudios) los padres hacen poco caso del problema.

Por lo antes dicho, se hace necesaria la presencia de eg

pecialistas Terapéutas Familiares a quienes sean canalizados los casos alterados, y la necesidad de mejorar la comunicac-- ción del Médico Familiar con otros especialistas implicados-- en el problema, y aún, la creación de un Equipo Médico, formado por Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta Familiar y Médico Familiar.

Por último, se requiere contar con un panorama amplio -- del problema, para que cuando se requiera del apoyo de otra-- especialidad, el paciente sea canalizado hacia el sitio indi cado y en el momento oportuno.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Aproximadamente un adulto de 60 años de edad ha dormido unos 20 años en toda su vida. A pesar de esto, y a pesar de que todo mundo duerme, muchos aspectos del sueño siguen en la oscuridad.

Este siglo ha sido el de mayor avance en cuanto a los estudios del sueño. En 1955, Kleitman y Aserinsky identificaron por primera vez dos tipos de sueño: El Sueño de Movimientos Rápidos de los ojos ó Sueño REM (del inglés Rapid Eye Movements) en el que hay movimientos oculares rápidos, supresión del tono muscular, frecuencia cardiaca y respiratoria aceleradas e irregulares y el electroencefalograma (EEG) muestra gran actividad del encéfalo con ondas rápidas de bajo voltaje; y el Sueño Sin Movimientos Rápidos de los ojos, ó Sueño NREM (del inglés Non Rapid Eye Movements) en el que no hay movimientos oculares, hay frecuencia cardiaca y respiratoria lentas y regulares, hay tono muscular y el EEG muestra cuatro estadios ó fases: la Fase I con voltaje bajo y actividad rápida; Fase II con "husos de sueño" y Complejos "K" con bajo voltaje; y Fases III y IV con grados variables de voltaje lento y onda alta, llamadas Fases de onda lenta. Estos dos tipos de Sueño se alternan cíclicamente en proporciones que varían de acuerdo a la edad. De cuatro a seis ciclos completan una noche de sueño.

Vemos pues que el sueño no es solo una fase de reposi---

ción, sino que, como afirma Roffwarg, ontogénicamente, los - mecanismos del Sueño REM del sistema cerebral constituyen un sistema autoestimulante del Sistema Nervioso Central (SNC),- particularmente importante durante el desarrollo intrauterino y en la etapa postnatal temprana, cuando el jóven organismo está relativamente exento de estimulación externa. Después que el crecimiento y mantenimiento de tejido neural son realizados por estimulación externa, la activación cíclica - excitatoria provista a una buena parte del cerebro por el sueño REM sirve para aumentar la diferenciación de estructuras neuronales y reafirmar los rudimentos de los patrones de descarga neurofisiológica en el organismo en desarrollo.

Un ciclo típico de sueño inicia con etapas descendentes- de sueño NREM, pasando rápido de la fase I a la IV, luego - hay una "emergencia" a los niveles II y I y aparece un período REM, para luego volver a presentarse todas las fases del sueño NREM. Las ensoñaciones ó sueños ocurren durante el sueño REM.

DESARROLLO DEL PATRON DE SUEÑO INFANTIL

Los aspectos electrofisiológicos y de organización del sueño cambian con la edad. Sus diferencias más notables son: ORGANIZACION.- En el recién nacido se distinguen tres etapas de sueño, que son el sueño REM, el sueño NREM y el sueño "INDETERMINADO". El sueño REM y NREM pueden ser los precursores

del sueño REM y NREM del adulto respectivamente, con sus características "activada" y "basal". El sueño Indeterminado - representa un estado inmaduro de sueño, con pobre organización, que predomina en prematuros, neonatos y algunos niños-anormales.

PROPORCION.- El sueño Indeterminado es predominante en el - prematuro de 34 semanas, y casi siempre desaparece a los 3 - meses de edad. En el neonato, el sueño REM ocupa del 40 al 50 % del tiempo total del sueño; el sueño Indeterminado ocupa del 10 al 15 % y el sueño NREM del 35 al 45 %. A medida - que el niño crece, el sueño REM disminuye y el sueño NREM - aumenta hasta la infancia tardía, en que el patrón del EEG es igual al del adulto, con sueño REM 20 % y NREM 80 %. A - los 3 meses de edad, ya se inicia la diferenciación de las diferentes fases del sueño NREM.

PERIODICIDAD Y FRECUENCIA.- Un ciclo REM|NREM en el neonato - dura aproximadamente 45-50 minutos. En los adultos, este ciclo dura aproximadamente 90-100 minutos.

Los infantes entran al sueño con un periodo REM, mientras - que los adultos lo hacen con un periodo NREM. La cantidad de sueño REM es igual en la primera y segunda mitades de - el sueño en los niños, mientras que los adultos tienen más - sueño REM durante el último tercio de la noche.

CAMBIO DIA-NOCHE.- Hacia los 3 meses de edad, se hacen evi-

dentes la vigilia en el día y el sueño en la noche, con pequeños episodios de sueño durante el día, ó siestas. A los ocho meses, un periodo sostenido de vigilia durante el día y un periodo ininterrumpido de sueño por la noche son bien delimitados.

MISCELANEA.- Algunas otras diferencias menores son:

En el adulto se puede observar que cuando se suprime una etapa de sueño, por ejemplo de sueño REM, hay un "rebote" en los sueños subsiguientes con aumento de este periodo. Este mecanismo se presenta hacia los 3 meses.

En un estudio practicado por Dreyfus-Brisac sobre niños recién nacidos con daño cerebral severo se encontró una pérdida completa del ciclaje del sueño y cambios inusuales en los diversos estadios y fases.

Se ha encontrado también que el sueño NREM se altera en infantes de madres diabéticas, en niños con trauma obstétrico al nacimiento y de madres toxémicas ó heroinodependientes.

Las anomalías en el sueño REM se han observado en pacientes con alteraciones cromosómicas, autismo y retardo mental no específico.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

La clasificación se hace en base a las observaciones en el EEG y abarca 2 grandes grupos, que a continuación se describirán.

DESORDENES DEL SUEÑO Y DESPERTAR EN NIÑOS

Básicamente son 5 patologías las consideradas en este grupo. La característica principal es que ocurren en el momento "emergente" en que hay paso de estadios profundos de sueño NREM (III y IV) a estadios más superficiales (II y I), como en el Sonambulismo, los Somniloquios, la Enuresis y el Terror nocturno. Dentro del mismo grupo, por otro lado, la Narcolepsia se asocia a una ocurrencia anormal de sueño REM, momento en el que ocurren las ensoñaciones ó sueños, por eso se le cataloga como desorden del sueño.

Todos estos trastornos tienen en común ser paroxísticos, haber falta de respuesta al ambiente, acciones automáticas, amnesia retrógrada al episodio, pueden aparecer varios en la misma persona a diferente tiempo y tienen historia familiar casi siempre.

Es poco entendida la razón por la que estos trastornos ocurren en individuos particulares, y solo en cierto tiempo. Se suponen inmadurez neurológica, ansiedad, factores genéticos y otras pocas causas igual de inespecíficas como agentes causales.

ENURESIS.- Es el desorden más frecuente y se define como la presencia de micción en el momento de dormir. Actualmente la edad aceptada para tener control del esfínter vesical es de 5 años. Este problema se presenta en la primeras 3 horas de iniciado el sueño, es ligeramente más frecuente en varones y las características del EEG son típicas: cuando el niño va - saliendo de las fases III ó IV hacia su primer periodo de - sueño REM es cuando se presenta la enuresis. La micción ocurre de $\frac{1}{2}$ a 4 minutos después de haber entrado al sueño REM.- Hay amnesia total para el evento y al despertarse al paciente en ese momento, él indica que aún no ha soñado nada.

La enuresis se clasifica en Primaria y Secundaria, según haya tenido el paciente control vesical previo ó no.

Las causas orgánicas, raras, incluyen patología genito--urinaria, diabetes juvenil ó epilepsia. Las causas funcionales, también raras, son la presión intravesical aumentada. - Los autores tienden a dar más crédito a un origen psicofisiológico. El tratamiento ha incluido drogas como la imipramina que a veces produce aumento en la fase II y disminución en - la fase IV del sueño NREM y también una disminución en el - sueño REM, pero su efectividad no es del todo buena. Otras - formas de tratamiento han incluido técnicas condicionantes y psicoterapia.

SONAMBULISMO.- Definido como caminar dormido, incluye tam---

bién el sentarse ó hincarse en la cama. Afecta más a hombres que a mujeres. El episodio clásico incluye un despertar abrupto sentándose en la cama con los ojos abiertos y la mirada "perdida". En ese momento el paciente se puede levantar y caminar. Las puertas y otros objetos pueden ser abiertos y usados, los muebles rodeados. Si se les habla, el sonámbulo responderá con palabras entrecortadas ó monoslabos ó murmurar palabras no entendibles. El episodio puede durar desde unos cuantos segundos hasta 30 ó más minutos. Hay amnesia para el evento.

El EEG del sonámbulo muestra alto voltaje rítmico y paroxístico, accesos delta con frecuencia lenta (1 a 3 Hz) precediendo a cada evento, justo en el momento de pasar de etapas ó fases III-IV a fases I-II del sueño NREM, según Gibbs y Gibbs.

Hay historia familiar en el 25 % de los sonámbulos y frecuentemente se acompañan de somniloquios, aunque no es la regla. Casi todos los autores están de acuerdo en que hay un fondo psicopatológico importante en estos pacientes.

El tratamiento medicamentoso de elección es el diacepam, el cual reduce la etapa IV del sueño NREM y, por consiguiente el número y la intensidad de fases emergentes. Otros tratamientos incluyen manipulación situacional y psicoterapia.

SOMNILOQUIOS.- Es el hablar dormido. Acompañan frecuentemente a otros trastornos, sobre todo al sonambulismo. Las pala-

bras pueden ser nítidas ó "pastosas", no entendibles. El EEG muestra siempre transiciones de fases emergentes de sueño - NREM. El tratamiento es el mismo que para el sonambulismo, - ya que tienen la misma característica electroencefalográfica.

PAVOR NOCTURNO.- O Terror Nocturno, es un cuadro caracterizado por un despertar abrupto; el niño se sienta en la cama y llora, su vista está fija en algún objeto imaginario, suda y su respiración es pesada y está en angustia obvia. Este cuadro puede durar hasta 10 minutos, e incluso más, para luego el paciente relajarse y dormirse nuevamente. Hay amnesia total para el evento.

Por un lado Gastaut y Broughton, y por otro lado Ficher- y colaboradores encontraron que el episodio ocurre durante - una intensa y profunda emergencia de sueño de onda lenta.

El tratamiento de elección es, por la misma razón que en el sonambulismo, el diacepam.

NARCOLEPSIA.- Es un desorden del sueño, ó, más bien, del - dormir. Su manifestación principal son episodios matutinos - recurrentes de somnolencia y sueño irresistibles. Puede ó no haber asociación de 3 síntomas auxiliares: CATAPLEXIA, que - es la súbita pérdida de tono muscular (caída al suelo si es - que el paciente está de pie) con la conciencia mantenida; - PARALISIS DE SUEÑO, que es despertar a cualquier momento, --

sin poderse mover ó hablar ó llorar; y ALUCINACIONES HIPNAGÓGICAS, que consisten en alucinaciones vívidas visuales ó auditivas que ocurren al inicio del sueño. La téttrada narcoléptica ocurre en el 10 % de los pacientes.

Los estudios de EEG reportan que la téttrada narcoléptica se presenta durante el sueño REM. Los episodios de narcolepsia son episodios de sueño REM introducidos ó inmiscuidos en la vigilia. Al parecer, los pacientes que presentan narcolepsia entran al sueño a través de un prolongado episodio de sueño REM, tanto en los ataques diurnos como en los nocturnos; en contraposición con las personas normales, quienes entran al sueño con un prolongado episodio de sueño NREM. Por otro lado, aquellos pacientes que presentan narcolepsia con los síntomas auxiliares entran a su ataque diurno mediante un patrón anormal descendente de vigilia a sueño NREM.

Se sugiere un etiología psicológica para estos problemas del sueño. El aumento de la tensión, las emociones y la ansiedad son las causas sospechadas más frecuentes.

El tratamiento con drogas analépticas ha demostrado efectividad. Las anfetaminas reducen significativamente el tiempo de sueño REM con mínima interferencia en otras fases del sueño. Asimismo, el Metilfenidato hidroclorado, la Fenacemida y los inhibidores de la MAO, todos supresores del sueño REM, han tenido éxito.

HIPERSOMNIA

La Hipersomnía se define como la excesiva cantidad de sueño, y no es un desorden del sueño REM. Inicia generalmente en la adolescencia y tiene 3 categorías de acuerdo a su presentación: Hipersomnía Diurna, Nocturna y Postdormital. El sueño nocturno de los Hipersómnicos tiene ciclos y patrones normales de sueño REM|NREM y se ha encontrado que electroencefalográficamente la Hipersomnía representa fases I y II de sueño NREM. Su incidencia, etiología y tratamiento aún están en espera de mayor investigación.

DISTURBIOS PSICOLÓGICOS DEL SUEÑO

Yá Sundell en 1922 sugería causas psicológicas a los trastornos del sueño, y que aquellas eran originadas en el núcleo de la familia, por los padres. Ahora, se piensa que todos los trastornos del sueño tienen un fondo psicológico, pero el grupo al que nos estamos refiriendo en este capítulo es más bien de aquellas patologías en las que no hay cambios en el EEG.

Los principales integrantes de este grupo son INSOMNIO y PESADILLAS. Estos trastornos tienen íntima relación con cambios en las fases normales del desarrollo. Son considerados problemas sin consecuencia, son generalmente transitorios y no está indicada la medicación, a menos que sean permanentes ó muy bizarros. Pueden ocurrir desde que el niño va a acos-

tarse hasta que se levanta.

Para hacer más didáctico el entendimiento de este grupo de trastornos, Nágera realizó una clasificación de acuerdo a la edad más frecuente de aparición de estos trastornos.

DISTURBIOS DEL PRIMER AÑO DE VIDA.- Son 2 las preocupaciones mayores de los padres en esta etapa: lograr hacer dormir a sus hijos durante toda la noche (los autores sajones han llamado a este evento "serenamiento" ó "sosegamiento"), y el segundo problema son los despertares nocturnos. Moore y Ucko - estudiaron más a fondo el sosegamiento, el cual debe entenderse como dormir un lapso adecuado de tiempo sin despertarse; por ejemplo de la medianoche a la mañana temprano. Estos autores encontraron que un 10 % de niños no alcanzan el sosegamiento en el primer año. Sus causas son desconocidas, - aunque se asegura por otros autores que puede deberse a inmadurez cerebral.

Los despertares nocturnos se han reportado en el 50 % de niños de 5 a 9 meses de edad. Se atribuyen causas ambientales, como cambios en la costumbre de dormir, separación de los padres, trauma menor y nuevos miembros familiares.

Se cree que si las necesidades del niño son cubiertas y no hay excesivo paternalismo, el problema no se presentará.

DISTURBIOS DEL SEGUNDO AÑO DE VIDA.- En este periodo los disturbios del sueño a menudo reflejan ansiedad proveniente de

inmadurez en el desarrollo ó conflicto neurótico. En esta edad, componentes psicológicos y cognoscitivos se suman a los requerimientos psicológicos del sueño. El principal problema a esta edad es el ir a la cama. Debido a que el niño carece de capacidad para diferenciar entre ausencia y desaparición-total de un objeto, él intenta evitar el sufrimiento de la pérdida reteniendo a los padres con él al momento de dormir. Algunos objetos sustitutos como ositos de peluche ó cualquier otro juguete pueden ayudar un poco para disminuir la ansiedad. Con la aparición del lenguaje a los dos años y el desarrollo de un sentido de la permanencia de los objetos, estas dificultades a menudo desaparecen.

Los padres ó las experiencias pueden sobreexcitar al niño provocando aumento de la tensión, que puede llevar al segundo problema a esta edad: LAS PESADILLAS. Casi siempre las pesadillas son representaciones de experiencias diurnas, aunque los protagonistas son frecuentemente animales ó monstruos. Debido a que el niño no distingue entre sueño y realidad, surge el miedo de ir a dormir. En el momento en que se desarrolla su ego, puede distinguir entre sueño y realidad, y el problema desaparece.

El EEG es normal, y el episodio ocurre en el sueño REM. Estos disturbios generalmente desaparecen con la aparición de la conciencia de sueño y realidad en el niño, cuando empieza a desarrollarse su ego.

DISTURBIOS DEL TERCER AL QUINTO AÑO DE VIDA.- Ocurren frecuentes problemas a esta edad. Dificultad para iniciar el sueño, pesadillas, despertares nocturnos, miedos proyectivos de fantasmas y animales salvajes, inhabilidad para dormir solo en la oscuridad ó conductas rituales previas a ir a dormir son los problemas más frecuentes a esta edad.-----

Muchos de estos problemas son transitorios y responden a manipulación ambiental mínima. Cuando son constantes, indican fuertemente psicopatología seria.

Estos problemas se consideran un reflejo de la inhabilidad del niño para entrar hacia el mundo amplio de las relaciones sociales. Está indicado el consejo familiar y la psicoterapia a la familia.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, observacional y comparativo en donde incluímos 20 familias - en las cuales uno de sus miembros en edad pediátrica presentaba alguna alteración del sueño y 20 familias en donde no - hubo este tipo de problemas.

Se incluyeron pacientes de 0 a 10 años, de ambos sexos, - sin malformaciones congénitas y con desarrollo psicomotor - normal para su edad. Se excluyeron a aquellos pacientes cu-- -yos padres hubieran recibido alguna orientación ó informa--- ción acerca de trastornos del sueño.

Las muestras se tomaron de 2 consultorios de la Unidad - de Medicina Familiar No. 2 en Puebla, Pue., del IMSS, por lí - bre disponibilidad. La recolección de datos se hizo por me-- -dio de un cuestionario que incluyó ficha de identidad, ante- -cedentes familiares, Estado económico de la familia, interac - ción social y aspectos de la Dinámica Familiar. El cuestiona - rio fué aplicado en los domicilios de los pacientes, con el - fin de evaluar directamente aspectos específicos de la diná- -mica de las relaciones familiares. Constó de 2 hojas.

De 3 a 7 días después se otorgó una plática de orienta-- -ción de acuerdo a la alteración específica que se mostrara - en la dinámica familiar en cada caso. Después de 1 a 2 meses - se aplicó nuevamente el cuestionario en la parte correspon--

diente a dinámica familiar y a la frecuencia del padecimiento.

Todos los resultados fueron sometidos a la Prueba estadística de X^2 y en los casos donde el nivel de significación fué mayor ($>$) de 0.05 se consignó en los resultados.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos después de la recopilación y análisis de los datos fueron:

De los pacientes estudiados, hubo una ligera predominancia del sexo masculino, tanto en los casos pista como en los casos control, con el 55 % y 60 % respectivamente. (tabla 1).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 1

SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

| SEXO | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|-----------|-------------|-----|---------------|-----|
| Masculino | 11 | 55 | 12 | 60 |
| Femenino | 9 | 45 | 8 | 40 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto a los datos obtenidos de los padres de familia de los casos pista y de los casos control, obtuvimos que las edades tanto del papá como de la mamá mantuvieron porcentajes similares. (tabla 2).

La escolaridad predominante en los padres de familia de ambos grupos fué: en los padres la Secundaria; y en las madres la Primaria. Solo dos padres del grupo pista tuvieron educación profesional, pero ninguno desempeñó su profesión; y del grupo control 3 padres tuvieron educación profesional, pero sólo uno desempeñó su profesión. (tabla No. 3).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 2

EDADES DE LOS PADRES DE FAMILIA

| EDAD (años) | CASOS PISTA | | | | CASOS CONTROL | | | |
|-------------|-------------|-----|-------|-----|---------------|-----|-------|-----|
| | PADRE | % | MADRE | % | PADRE | % | MADRE | % |
| 15 a 19 | | | | | 1 | 5 | | |
| 20 a 24 | 2 | 10 | 2 | 10 | 3 | 15 | 1 | 5 |
| 25 a 29 | 6 | 30 | 5 | 25 | 5 | 25 | 6 | 30 |
| 30 a 34 | 4 | 20 | 6 | 30 | 3 | 15 | 6 | 30 |
| 35 a 39 | 4 | 20 | 3 | 15 | 5 | 25 | 5 | 25 |
| 40 a 44 | 3 | 15 | 4 | 20 | 2 | 10 | 1 | 5 |
| 45 a 49 | | | | | 1 | 5 | 1 | 5 |
| 50 y más | 1 | 5 | | | | | | |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 3

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA

| ESCOLARIDAD | CASOS PISTA | | | | CASOS CONTROL | | | |
|--------------|-------------|-----|-------|-----|---------------|-----|-------|-----|
| | PADRE | % | MADRE | % | PADRE | % | MADRE | % |
| Primaria | 6 | 30 | 11 | 55 | 6 | 30 | 13 | 65 |
| Secundaria | 9 | 45 | 2 | 10 | 10 | 50 | 1 | 5 |
| Bachillerato | 2 | 10 | 5 | 25 | 1 | 5 | 4 | 20 |
| Profesional | 2 | 10 | | | 3 | 15 | | |
| Nula | 1 | 5 | 2 | 10 | | | 2 | 20 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

La ocupación de los padres de familia de ambos grupos no mostró variaciones importantes y estuvo formada principalmente por los obreros. (tabla 4).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 4
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

| OCUPACION | CASOS PISTA | | | | CASOS CONTROL | | | |
|-------------------|-------------|-----|-------|-----|---------------|-----|-------|-----|
| | PADRE | % | MADRE | % | PADRE | % | MADRE | % |
| Obrero | 13 | 65 | 2 | 10 | 14 | 70 | 1 | 5 |
| Chofer | 3 | 15 | | | 1 | 5 | | |
| Comerciante | 2 | 10 | | | 3 | 15 | | |
| Técnico | 2 | 10 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 |
| Profesional | | | | | 1 | 5 | | |
| Labores del Hogar | | | 17 | 85 | | | 18 | 90 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

El estado civil de ambos grupos fué similar, presentando mayor frecuencia los casamientos civiles y religiosos, aún - cuando en la actualidad 2 hombres y una mujer se encuentran separados de sus cónyuges. (tabla 5).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 5
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA

| | CASOS PISTA | | CASOS CONTROL | |
|-----------------------|-------------|----|---------------|----|
| | | % | | % |
| Unión Civil | 16 | 80 | 18 | 90 |
| Unión religiosa | 9 | 45 | 11 | 55 |
| Unión libre | 3 | 15 | 5 | 25 |
| Divorcio ó separación | 2 | 10 | 1 | 5 |

Fuente: Encuesta realizada.

En relación a los antecedentes familiares de los padres de los casos, se investigaron las características de Composi

ción, Integración, Desarrollo, Demografía y Tipología. En las 5 áreas investigadas encontramos datos similares en ambos grupos y se presentan en la tabla 6.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 6

ANTECEDENTES FAMILIARES EN LOS
PADRES DE LOS CASOS

| COMPOSICION | CASOS PISTA | | | | CASOS CONTROL | | | |
|----------------|-------------|----|-------|-----|---------------|-----|-------|-----|
| | PADRE | % | MADRE | % | PADRE | % | MADRE | % |
| Nuclear | 7 | 35 | 5 | 25 | 5 | 25 | 4 | 20 |
| Extensa | 9 | 45 | 13 | 65 | 11 | 55 | 12 | 60 |
| Ext-Compuesta | 4 | 20 | 2 | 10 | 4 | 20 | 4 | 20 |
| INTEGRACION | | | | | | | | |
| Integrada | 6 | 30 | 4 | 20 | 3 | 15 | 4 | 20 |
| Semi-integrada | 8 | 40 | 9 | 45 | 11 | 55 | 10 | 50 |
| Desintegrada | 6 | 30 | 7 | 35 | 6 | 30 | 6 | 30 |
| DESARROLLO | | | | | | | | |
| Primitiva | | | 1 | 5 | | | | |
| Tradicional | 18 | 90 | 19 | 95 | 19 | 95 | 18 | 90 |
| Moderna | 2 | 10 | | | 1 | 5 | 2 | 10 |
| DEMOGRAFIA | | | | | | | | |
| Rural | 7 | 35 | 9 | 45 | 5 | 25 | 6 | 30 |
| Urbana | 13 | 65 | 11 | 55 | 15 | 75 | 14 | 70 |
| TIPOLOGIA | | | | | | | | |
| Obrera | 19 | 95 | 20 | 100 | 20 | 100 | 20 | 100 |
| Profesional | 1 | 5 | | | | | | |

Fuente: Encuesta realizada.

En relación a los antecedentes tabáquicos y alcohólicos de los padres, encontramos una frecuencia más elevada en los papás del grupo pista en relación al tabaquismo, en donde encontramos $p < 0.01$; mientras que en relación al alcoholismo

las frecuencias fueron similares. (tabla 7).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 7

ANTECEDENTES TABAQUICOS Y ALCOHOLICOS EN LOS PADRES DE LOS CASOS

| | CASOS PISTA | | | | CASOS CONTROL | | | |
|-------------|-------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|
| | PADRE | % | MADRE | % | PADRE | % | MADRE | % |
| Tabaquismo | 13 | 65 | 3 | 15 | 6 | 30 | 2 | 10 |
| Alcoholismo | 3 | 15 | | | 4 | 20 | | |

Fuente: Encuesta realizada.

Investigamos los posibles padecimientos de fondo en los padres de familia, y encontramos que en 11 familias (55 %) del grupo en estudio se encontraban uno ó ambos padres enfermos, mientras que en el grupo control sólo 4 familias (20 %) reportaban enfermedad en alguno de los padres. La prueba de χ^2 mostró significancia, con $p < 0.01$ y las patologías halladas se enlistan en la tabla 8.

Se encontraron antecedentes de problemas gineco-obstétricos en ambos grupos, pero aún cuando notamos una frecuencia más elevada en las madres del grupo en estudio, la prueba de χ^2 no mostró significancia. Los problemas encontrados no fueron relevantes ó, al menos no se ha descubierto asociación de ellos con los trastornos del sueño. El problema más frecuente fué en ambos grupos la infección urinaria, con 7 ma--

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 8

PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN LOS PADRES

DE LOS CASOS

| | CASOS | PISTA | % | CASOS | CONTROL | % |
|-----------------------|-------|-------|---|-------|---------|---|
| Hipertensión Arterial | 3 | 15 | | 2 | 10 | |
| Alcoholismo | 3 | 15 | | 4 | 20 | |
| Diabetes mellitus | 2 | 10 | | 2 | 10 | |
| Insuf. Vascular | 2 | 10 | | 1 | 5 | |
| Lumbalgia | 1 | 5 | | 1 | 5 | |
| Infección urinaria | 1 | 5 | | | | |
| Úlcera gástrica | 1 | 5 | | | | |
| Cervicovaginitis | 1 | 5 | | | | |
| Malnutrición | 1 | 5 | | | | |

Fuente: Encuesta realizada.

dres con dicho antecedente (35%) en el grupo en estudio, y-
5 madres (25 %) en el grupo control; en frecuencia siguió la
amenaza de aborto, con 3 pacientes (15%) en cada grupo. Los-
demás antecedentes se muestran en la tabla 9.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 9

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

| | CASOS | PISTA | % | CASOS | CONTROL | % |
|----------------------------|-------|-------|---|-------|---------|---|
| Infección urinaria | 7 | 35 | | 5 | 25 | |
| Amenaza de aborto | 3 | 15 | | 3 | 15 | |
| Preeclampsia | 1 | 5 | | 2 | 10 | |
| Madre añosa | 1 | 5 | | 2 | 10 | |
| Ingesta de medicamentos(?) | 2 | 10 | | 1 | 5 | |
| Embarazo gemelar | 1 | 5 | | | | |
| Infección no específica | | | | 1 | 5 | |

Fuente: Encuesta realizada.

Por lo que respecta a los antecedentes perinatales de interés, los datos obtenidos por la encuesta mostraron concordancia en los padecimientos y eventos perinatales. Así como similitud en las frecuencias de los padecimientos. El principal antecedente fué cesárea en ambos grupos, seguido de bajo peso al nacer en el grupo en estudio y sobrepeso en el grupo control. Los demás antecedentes se muestran en la tabla 10.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 10

ANTECEDENTES PERINATALES

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|-------------------------|-------------|----|---------------|----|
| Cesárea | 4 | 20 | 3 | 15 |
| Bajo peso al nacer | 3 | 15 | 2 | 10 |
| Sobrepeso al nacer | 1 | 5 | 2 | 10 |
| Sufrimiento fetal agudo | 1 | 5 | 1 | 5 |

Fuente: Encuesta realizada.

Los antecedentes perinatales mostraron patologías diversas, sin predominio de alguna, y con distribución homogénea en ambos grupos. El principal problema hallado fueron las infecciones respiratorias, con 3 pacientes (15 %) en el grupo en estudio, y 4 pacientes (20 %) en el grupo en control. Siguió en frecuencia las infecciones gastrointestinales y la desnutrición en ambos grupos. Estos datos se muestran en la tabla 11.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 11

ANTECEDENTES POSTNATALES

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|---------------------------|-------------|----|---------------|----|
| Infección respiratoria A. | 3 | 15 | 4 | 20 |
| Síndrome diarréico | 2 | 10 | 3 | 15 |
| Desnutrición | 3 | 15 | 2 | 10 |
| Parasitosis intestinal | 1 | 5 | | |
| Neumonía | 1 | 5 | | |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto a la valoración de la Dinámica Familiar, obtuvimos los siguientes resultados: En cuanto al Rol del Padre en la familia se encontró que 7 padres (35%) del grupo en estudio tenían un rol adecuado, mientras que en el grupo control fueron 14 (70%), presentándose una significancia estadística de $p < 0.05$. (tabla 12).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 12

ROL DEL PADRE EN LA FAMILIA

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|------------|-------------|-----|---------------|-----|
| Adecuado | 7 | 35 | 14 | 70 |
| Regular | 3 | 15 | 3 | 15 |
| Inadecuado | 10 | 50 | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto al Rol de la Madre en la familia, los resulta-

dos fueron similares en ambos grupos, en donde predominó el-Rol de la Esposa-Madre Tradicional. Tabla 13.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 13

ROL DE LA MADRE EN LA FAMILIA

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|--------------------------|-------------|-----|---------------|-----|
| Esposa-Madre Tradicional | 14 | 70 | 13 | 65 |
| Esposa-Compañera | 3 | 15 | 5 | 25 |
| Esposa-Igualitaria | 3 | 15 | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto a la Relación Esposa-Esposo encontramos relaciones adecuadas en 10 matrimonios (50 %) del grupo de estudio y 15 (75 %) en el grupo control. Se aplicó χ^2 pero no se encontró significancia. Las causas se enlistan en la tabla - 14.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 14

CAUSAS DE RELACION ESPOSO-ESPOSA INADECUADA

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|------------------------------------|-------------|----|---------------|----|
| Enfermedad en alguno de los padres | 6 | 30 | 2 | 10 |
| Madre trabajadora | 3 | 15 | 2 | 10 |
| Alcoholismo | 2 | 10 | 2 | 10 |
| Incompatibilidad de caracteres | 2 | 10 | 1 | 5 |
| Influencia de otras personas | 2 | 10 | 1 | 5 |

Fuente: Encuesta realizada.

Los resultados de la encuesta acerca de las Relaciones - Padres-Hijo Enfermo fueron: adecuadas en 8 casos (40 %) del - grupo en estudio y 15 casos (75 %) del grupo control. Hubo - una $p < 0.05$ y las causas principales de que esta relación - se encontrara alterada se enlistan en la tabla 15.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 15

CAUSAS DE RELACION PADRES-HIJO ENFERMO INADECUADA

| | CASOS | PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|-----------------------------|-------|-------|---|---------------|----|
| Castigos con golpes | 4 | 20 | | 2 | 10 |
| Padres poco afectivos | 4 | 20 | | | |
| Falta de tiempo por trabajo | 4 | 20 | | 2 | 10 |
| Padres muy estrictos | 4 | 20 | | 1 | 5 |
| Poca atención de los padres | 3 | 15 | | | |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto al ciclo vital de la familia, los resultados - fueron homogéneos y mostraron que la gran mayoría de las fa- milias de los pacientes en estudio y control se encuentran - en la Fase de Expansión. En ambos casos el 95 % correspondió a esta fase, y el restante 5 % a la Fase de Dispersión.

Respecto de las etapas críticas de las familias del gru- po en estudio, encontramos que 1 familia se encontró en la - fase de embarazo actual (5 %); 2 en fase de nacimiento ac- - tual (10 %); 6 con alteración por Estado Laboral (30 %); 3 - con enseñanza de la sexualidad (15 %); 11 con alguna enferme

dad en algún miembro (55 %) y 1 con muerte de algún miembro (5 %). En total, fueron 14 familias las afectadas, en comparación con 8 familias afectadas en el grupo control, en las que encontramos 3 familias con nacimiento actual (15 %); 3 con embarazo actual (15 %); 6 con problemas en el estado laboral (30 %); 2 con enseñanza de la sexualidad (10 %) y 4 con enfermedad en algún miembro (20 %). Sólo hubo significancia estadística en la enfermedad de algún miembro, pero este aspecto fué ya analizado en los antecedentes patológicos de los padres, en la tabla 8.

También se analizaron las Funciones de la Familia, y de los 5 aspectos analizados (Socialización, Cuidado, Afecto, Estatus y Reproducción) en 2 se encontró $p < 0.05$. En general, encontramos en el grupo pista una socialización adecuada en 9 casos (45 %); Afecto adecuado en 8 casos (40 %); Estatus adecuado en 8 casos (40 %); Cuidado adecuado en 15 casos (75 %) y Reproducción adecuada en 7 casos (35 %). En el grupo en control encontramos la socialización adecuada en 16 casos (80 %) y afecto adecuado también en 16 casos (80 %). En el resto de los resultados las frecuencias fueron similares. (tabla 16).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 16

FUNCIONES DE LA FAMILIA

| | CASOS PISTA | % | CASOS CONTROL | % |
|---------------|-------------|----|---------------|----|
| SOCIALIZACION | | | | |
| Adecuada | 9 | 45 | 16 | 80 |
| Inadecuada | 11 | 55 | 4 | 20 |
| CUIDADO | | | | |
| Adecuado | 15 | 75 | 18 | 90 |
| Inadecuado | 5 | 25 | 2 | 10 |
| AFECTO | | | | |
| Adecuado | 8 | 40 | 16 | 80 |
| Inadecuado | 12 | 60 | 4 | 20 |
| ESTATUS | | | | |
| Adecuado | 8 | 40 | 9 | 45 |
| Inadecuado | 12 | 60 | 11 | 55 |
| REPRODUCCION | | | | |
| Adecuada | 7 | 35 | 6 | 30 |
| Inadecuada | 13 | 65 | 14 | 70 |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto al medio físico, se investigaron la situación física, el tipo de casa, la tenencia de servicios de agua potable, drenaje, luz, iluminación, ventilación, higiene del lugar e higiene de la familia y los resultados en ambos grupos fueron homogéneos, no encontrando ninguna variación que considerar.

En cuanto a el problema encontrado en los casos pista, la más alta frecuencia fué para Enuresis con 9 casos (45 %); -- Sonambulismo tuvo 6 casos (30 %); Terrores Nocturnos con 3 casos (15 %); Somniloquios con 3 casos (15 %) y Pesadillas con un caso (5 %). (tabla 17). Cabe hacer notar que en 2 ca-

sos de Sonambulismo se presentó también Somniloquios simultáneamente.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 17

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

| | CASOS | | | |
|-----------------|---------|----|---------|----|
| | HOMBRES | % | MUJERES | % |
| Enuresis | 5 | 25 | 4 | 20 |
| Sonambulismo | 4 | 20 | 2 | 10 |
| Terror nocturno | 2 | 10 | 1 | 5 |
| Pesadillas | | | 1 | 5 |
| Somniloquios | 2 | 10 | 1 | 5 |

Fuente: Encuesta realizada.

En relación a la asociación de Trastornos del Sueño con otro tipo de patología, se encontró que en 6 casos hubo relación con procesos febriles, sobre todo Enuresis, Sonambulismo y Somniloquios.

La frecuencia con que el padecimiento se presentó en los pacientes afectados varió de 5 episodios por semana en algunos casos de enuresis a 1 episodio al mes, en los casos de Terror nocturno.

Con respecto a la actitud de los padres sobre el problema del hijo afectado, las respuestas fueron variadas, pero en general se observó gran desinterés e ignorancia del problema. Las respuestas se enumeran en la tabla 18, en la que

se observará abstencionismo en 6 papás.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 18

ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL PROBLEMA DE SUS HIJOS

| | PAPA | MAMA |
|------------------------------|------|------|
| "Me preocupó" | 6 | 9 |
| "No creí que fuera problema" | 3 | 6 |
| "No me interesó" | 3 | 3 |
| "Lo castigaba" | | 2 |
| "No me había dado cuenta" | 1 | |
| "Me causó gracia" | 1 | |

Fuente: Encuesta realizada.

Después de haber realizado un análisis y evaluación de los cuestionarios aplicados, se hizo una nueva visita, comprendida en los siguientes 3 a 7 días después de haber aplicado el cuestionario inicial, y exclusivamente al grupo en estudio.

En general, se habló de aspectos sencillos acerca de Dinámica familiar y después se hicieron algunas observaciones en relación al aspecto de la dinámica que consideramos fuera el más alterado, ó la Relación ó Rol que se encontrara con mayor disfunción, sobre todo donde encontramos mayor alteración en comparación con el grupo control.

De los temas principales que se trataron, 3 fueron en -

los que se puso mayor énfasis: el Rol del Padre en la familia, sobre todo en el aspecto de autoridad y socialización; la Relación Padres-Hijo Enfermo, principalmente sobre las medidas correctivas y a la calidad y cantidad de afecto proporcionado; y de las Funciones de la familia se insistió en la Socialización y el Afecto como puntos básicos para una adecuada relación familiar. Además, se trató de apoyar a la familia en aquellos aspectos en que, aún cuando no hubieran mostrado significancia estadística, se hubieran considerado como alterados.

Después de 40 a 60 días se realizó la tercera y última visita domiciliaria, en la que sólo se aplicó una parte del cuestionario anterior, y fueron los puntos F, G, H, I y J, que tratan acerca de dinámica familiar. Del punto D sólo se recabaron las frecuencias de los episodios.

Los resultados obtenidos de la segunda y última encuesta fueron los siguientes: El Rol del padre se vió ligeramente mejorado, pero no hubo cambio de significancia estadística cuando se aplicó la prueba de X^2 . (Tabla 19).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 19

ROL DEL PADRE EN LA FAMILIA

| | 1a. ENCUESTA | % | 2a. ENCUESTA | % |
|------------|--------------|-----|--------------|-----|
| Adecuado | 7 | 35 | 8 | 40 |
| Regular | 3 | 15 | 5 | 25 |
| Inadecuado | 10 | 50 | 7 | 35 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

De la Relación Padres-Hijo Enfermo, la segunda encuesta no mostró grandes cambios, y sólo hubo un ligero aumento en relaciones adecuadas, pero sin significancia estadística. -- (tabla 20).

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 20

RELACION PADRES-HIJO ENFERMO

| | 1a. ENCUESTA | % | 2a. ENCUESTA | % |
|------------|--------------|-----|--------------|-----|
| Adecuada | 8 | 40 | 11 | 55 |
| Inadecuada | 12 | 60 | 9 | 45 |
| Total | 20 | 100 | 20 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada.

En cuanto a las funciones de la familia, los 2 puntos sobre los que mayor énfasis se hizo, que fueron la Socialización y el Afecto, no mostraron cambios. Se mantuvieron en la

nisma forma.

En la segunda encuesta se notó poca colaboración por parte del padre, ya que sólo estuvieron 14 padres presentes en el momento de realizarla.

El resto de los aspectos de la dinámica familiar encuestados en la primera visita y que no mostraron significancia estadística fueron nuevamente valorados y se observó similitud en todos. No hubo cambios de interés que mencionar en las frecuencias de presentación.

En relación a las frecuencias de los padecimientos, nota mos que hubo muy ligeras modificaciones en algunos pacientes pero en general la mayoría de los padecimientos mantuvieron su frecuencia anterior. Hubo 2 padecimientos que disminuyeron en forma importante, dos casos de enuresis; un caso de terror nocturno no se volvió a presentar desde que fué capta do. Un caso de enuresis y uno de sonambulismo aumentaron ligeramente de frecuencia. No hubo significancia estadística en estos resultados.

CONCLUSIONES

Después de que se concentraron los datos, se realizaron las pruebas de X^2 y de que se analizaron los resultados, llegamos a las siguientes conclusiones:

Los antecedentes familiares, la edad, la escolaridad, -- la ocupación y el estado civil de los padres de familia de los casos en estudio no tienen inferencia sobre la aparición o perduración de los trastornos del sueño.

Hubo significancia en los antecedentes tabáquicos de los padres del grupo en estudio. Esto lo interpretamos más como una posible consecuencia de un estado tensional aumentado ó de un conflicto familiar más acentuado.

Hubo una frecuencia mayor de patologías en alguno de los miembros de las familias del grupo en estudio. Los padeci---mientos encontrados fueron de preferencia enfermedades cróni---cas. Esto sugiere que aquellas familias que sufren patolo---gías de tipo crónico en alguno de sus miembros, sobre todo - los padres, tienen alteraciones más profundas en la dinámica familiar.

Los antecedentes ginecoobstétricos y perinatales no pare---cen tener influencia sobre los trastornos del sueño. Las fre---cuencias de los padecimientos encontrados no las considera---mos significativas, debido a la muestra tan pequeña que se

tomó; sin embargo, las frecuencias son similares a las reportadas por otros autores.

El desinterés que los padres mostraron por el problema - de sus hijos refleja por un lado que el conflicto familiar - existente que causa aislamiento e inadecuada relación Padres - Hijos y, además muestra la ignorancia que se tiene de este tema en la población general.

En relación a la dinámica familiar encontramos más alterados la relación Padres- Hijo enfermo, el rol del padre en la familia y las funciones de socialización y afecto. Aún -- con la orientación otorgada en la segunda visita estos aspectos no cambiaron. Tampoco cambiaron las frecuencias de los padecimientos. Esto sólo nos refleja que estos problemas familiares son muy frecuentes; además son de gran arraigo ya - que van implícitos en la cultura de nuestra población y además son de muy difícil solución.

Vemos pues que todos estos aspectos podrán cambiar e incluso mejorar sólo con la entrega total del médico con sus - pacientes. Además se destaca la necesidad de proporcionar -- orientación familiar y terapia familiar por personal adecuadamente preparado para ello.

Por último, integramos a los trastornos del sueño (sea cual fuere su etiología) como una manifestación más, objetiva, de difusión familiar; debiendo ser investigados en toda su magnitud y con toda la capacidad por parte del Médico, -- por el problema tan serio de fondo que puede representar.

RESUMEN

El presente trabajo fué elaborado con el objeto de demostrar que los pacientes en edad pediátrica que cursan con Trastornos del sueño tienen una Dinámica Familiar alterada, la cual origina ó perpetúa dichos trastornos y además hacer una revisión de los mismos.

El estudio se realizó en 40 familias; 20 con un miembro pediátrico con trastornos del sueño y 20 formando el grupo control. A todas se les practicó un cuestionario de entrada, que incluyó datos generales de la familia y de su dinámica. En el grupo en estudio se otorgó una plática acerca de trastornos del sueño y de dinámica familiar, haciendo énfasis en aquellos puntos en los que hubiera mayor alteración en comparación con el grupo en control. Se practicó en 30-60 días --nuevamente el cuestionario en los puntos concernientes a dinámica familiar.

Los resultados mostraron diferencias sustanciales en los puntos referentes al rol del padre en la familia, en la relación padres-hijo enfermo y en las funciones de socialización y afecto de la familia. Después de las pláticas de orientación no se obtuvo cambio en la dinámica ni hubo disminución en las frecuencias de los padecimientos.

Se destacó la necesidad de un grupo integrado por el Médico familiar, el Trabajador Social, Terapeuta Familiar y la

propia familia para mejorar e incluso solucionar todos aque-
los eventos que causan disfunción en la familia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anders TF. Night waking in infants during the first year of life. *Pediatrics* 1979;63:860-4.
- 2.- Anders TF, Weinstein P. Sleep and its disorders in infants and children: a review. *Pediatrics* 1972;50:312-24.
- 3.- Barabas G, Ferrari N and Matthews WS. Childhood migraine and somnambulism. *Neurology* 1983;33:948-49.
- 4.- Coleman RM, Roffwarg HP, Kennedy SJ "et al". Sleep-Wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. *JAMA* 1982; 247:997-1003.
- 5.- Fry JM. Sleep disorders. *Med Asp Hum Sex* 1985;19:104-24.
- 6.- Hartman E. Two case reports: Night terrors with sleepwalking-A potentially lethal disorder. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171:503-05.
- 7.- Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixtler EO, Chamberlin K and Soldatos CR. Onset of insomnia: Role of life distress -- events. *Psychosom Med* 1981;43:439-51.
- 8.- Hunter J. Sleep problems in young children. *Arch Dis -- Child* 1981;56:491-93.
- 9.- Kales A, Kales J. Evaluation, diagnosis and treatment of classical conditions related to sleep. *JAMA* 1970;213:2229-35.
- 10.- Kales A and Kales JD. Sleep disorders. Recent findings - in the diagnosis and treatment of disturbed sleep. *New Engl J Med* 1974;290:487-98.

- 11.- Klackenberg G. Nocturnal enuresis in a longitudinal perspective. Acta Paediatr Scand 1981;70:453-57.
- 12.- Klackenberg G. Somnambulism in childhood-Prevalence, course and behavioral correlations. Acta Paediatr Scand 1982; 71:495-99.
- 13.- Richman N. Sleep problems in young children. Arch Dis Child 1981;56:491-93.