

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

Distorsiones cognitivas en padres de niños y adolescentes con enuresis primaria en una población de pacientes entre 5-17 en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Angélica Romero Ramírez

TUTORA

Dra. María Elena Márquez Caraveo.

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2014.



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.

Resumen

Antecedentes: La enuresis es un problema frecuente en la edad pediátrica (prevalencia en México del 3.8). Tiene alta comorbilidad y ha sido poco estudiado hasta el momento pese a la frecuencia e impacto que tiene. Al ser un padecimiento de inicio temprano tiene importantes repercusiones en los pacientes y familias de quién lo padece. Hasta el momento el tratamiento con mayor evidencia de éxito son las medidas conductuales. Estas medidas son implementadas por los padres de dichos pacientes, por lo que son un pilar importante para lograr éxito en el tratamiento. **Objetivo:** Evaluar la cognición en padres de niños enuréticos, midiendo la presencia, frecuencia e intensidad de distorsiones cognitivas. **Material y Método:** Se evaluaron 21 padres de niños enuréticos mediante el Inventario de Pensamientos Automáticos, cuestionario de variables sociodemográficas y características clínicas del padecimiento. Se confirmó el diagnóstico y evaluó comorbilidad en los pacientes a través del K-SADS-PL. **Resultados:** La mayoría de los pacientes fueron escolares, y pertenecían al género masculino (76%). Presentaban comorbilidad el 49%, la más frecuente fue trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Todos los padres habían utilizado al menos una medida para controlar el síntoma y tenían distorsiones cognitivas. La más frecuente fue falacia de recompensa divina. Sólo existió asociación estadísticamente significativa entre falacia de control y número de medias empleadas para el control de enuresis. **Conclusión:** La distorsión cognitiva más frecuente fue falacia de recompensa divina. No es posible concluir asociación entre la presencia de distorsiones y variables clínicas del padecimiento.

Palabras clave de acuerdo al MESH de PUBMED:

Enuresis, cognition, psychiatric disorders, children.

Índice General

Contenido	Página
Resumen	1
Índice	2
1. Introducción	4
2.Marco Teórico	5
3.Planteamiento de problema	12
4.Justificación	13
5. Hipótesis	14
6.Objetivos	14
Objetivo general	
Objetivos específicos	
7.Material y método	15
7.1Tipo de diseño	15
7.2 Muestra	15
7.2.1 Criterios de inclusión	15
7.2.2 Criterios de exclusión	15
7.2.3 Criterios de eliminación	15
7.3 Variables	15
7.4 Instrumentos de medición	19
7.5 Procedimiento	20
7.6 Análisis estadístico	21
7.7 Consideraciones éticas	21
8.Resultados	22
9.Discusión	27
10.Conclusiones	30
11.Limitaciones y recomendaciones	30
12.Referencias	31

12. Anexos	33
Anexo1. Variables sociodemográficas	34
Anexo 2. Inventario de pensamientos automáticos	35
Anexo 3. K-SADS-PL	38
Anexo 4. Consentimiento y asentimiento informado	39
Anexo 5. Carta de aprobación del Comité de Investigación	43
Anexo 6. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación	44

Índice de Tablas y Gráficos

Contenido	Página
Tabla 1. Diferencias entre criterios diagnósticos (DSMIV, CIE-10 y Sociedad Internacional de continencia en niños	5
Tabla 2. Variables sociodemográficas	16
Tabla 3. Variables clínicas en relación a enuresis	17
Tabla 4. Variables “Distorsiones cognitivas”	18
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes	22
Tabla 6. Características clínicas de enuresis: antecedentes	23
Tabla 7. Frecuencia de eventos enuréticos en un período de 14 días	24
Figura 1. Medidas empleadas por los padres para el control de enuresis	25
Tabla 8. Diagnóstico psiquiátrico asociado a la presencia de enuresis	26
Figura 2. Frecuencia e intensidad de distorsiones cognitivas en padres de niños enuréticos	26

1. Introducción

La enuresis es un problema frecuente en la edad pediátrica que se ha observado tiene impacto emocional, social y económico por lo que es importante sea diagnosticado oportunamente y tratado de manera sistemática para evitar complicaciones.

Es un padecimiento poco diagnosticado ya que se estima la prevalencia de enuresis en México es del 3.8 y no se encuentra entre los primeros motivos de consulta del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, lo anterior, según el registro de morbilidad de consulta externa de enero a diciembre del 2011 (Mejora Continua de la Calidad), donde cabría esperar un porcentaje aún mayor dada su comorbilidad con otros problemas psiquiátricos¹. Por otro lado, la misma Guía a la que se alude señala la falta de estudios en el tema.

Una posible causa de que no se realice este diagnóstico pudiera estar relacionada con lo descrito por Caraveo en un estudio realizado en el 2002 sobre los síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental de niños y adolescentes en la Ciudad de México. En dicha investigación, la mitad de la muestra (4-16 años de edad) presentó al menos una conducta sintomática relacionada con un padecimiento psiquiátrico, siendo considerada la necesidad de atención de estos niños solamente en la cuarta parte de sus padres, lo que redujo la búsqueda de atención a sólo un 13% en esta población¹. De lo anterior observamos la importancia de evaluar las percepciones, actitudes y creencias parentales incluyendo aspectos cognitivos observando su relación con los padecimientos mentales, siendo aun más determinante en la enuresis ya que es un padecimiento de inicio temprano con importantes repercusiones en la seguridad y autoestima de los pacientes que la padecen, además de que el tratamiento para este padecimiento, tiene como pilar las medidas conductuales implementadas por los padres. Hasta el momento se ha dejado un poco de lado la investigación de la cognición en enuresis dando gran importancia al aspecto conductual, sin tener en cuenta que estas medidas estarán influenciadas por el aspecto cognitivo de quien las llevará a cabo.

En el caso de los padres es posible que exista un riesgo en el sentido de que si éstos no tienen una concepción adecuada del padecimiento les será más complicado el apegarse a las medidas terapéuticas lo que influye en la eficacia del tratamiento y respuesta del paciente.

Por ello es importante investigar la percepción que tienen sobre el padecimiento, con énfasis en las posibles distorsiones cognitivas que puedan presentar, a fin de tener un mayor grado de comprensión sobre alguno de los factores que, eventualmente, pudieran tener relación con la falta de adherencia al tratamiento y deserción que se observa no sólo en este padecimiento sino en muchos otros que impactan la salud mental de niños y adolescentes.

2. Marco Teórico

El adentrarnos en el estudio de la enuresis nos lleva a darnos cuenta que es una problemática incluso difícil de definir, ya que existen diferentes criterios entre los establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría, la Organización Mundial de la Salud y los propuestos por la Sociedad Internacional de Continencia de los Niños, los cuales podemos observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre criterios diagnósticos (DSMIV, CIE-10 y Sociedad Internacional de continencia en Niños).

<i>Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV)</i>	<i>Organización Mundial de la Salud (CIE-10)</i>	<i>Sociedad Internacional de Continencia en los Niños.</i>
-Enuresis: escape repetido de orina durante el día la noche en la cama o en la ropa, voluntarios e involuntarios.	- Enuresis: Emisión involuntaria de orina, bien durante las horas diurnas durante la noche.	-Difiere con las dos definiciones anteriores, ya que señala como mínimo un periodo de seis meses para poder realizar el diagnóstico
-Dos o más episodios semanales durante como mínimo tres meses o bien que los escapes provoquen malestar clínicamente significativo.	-Difiere con el DSM IV en el tiempo. Establece por lo menos dos veces al mes en niños de menos de siete años y al menos una vez al mes en niños de más de siete años.	
-Edad cronológica por lo menos de cinco años.		

Fuente: Adaptado de Sadock & Sadock, (2009).

La enuresis es un padecimiento frecuente, aproximadamente el 13-19% de los niños y 9-16% de las niñas lo padecen. Se estima se resuelve espontáneamente en un 15% de los casos cada año, sin embargo, 2-3% de los adolescentes y adultos jóvenes continúan con emisiones nocturnas involuntarias ³.

La etiología es aún incierta. Se ha encontrado una base hereditaria sólida, hasta un 73% de niños con enuresis tienen antecedentes familiares de escapes urinarios nocturnos ⁴.

Estudios más recientes han encontrado que hasta el 57.14 y el 85.7% de pacientes enuréticos, tienen antecedentes familiares en algún grado. El 21.4% tiene algún hermano con el mismo trastorno ⁵. Se señala que existe un riesgo del 77% de padecer enuresis cuando ambos padres fueron enuréticos ⁶. Sin embargo existen aun muchos aspectos sin resolver como lo es la penetrancia, el mecanismo de transferencia, así como los factores protectores en aquellos niños con riesgo genético de ser enuréticos pero que logran un adecuado control vesical ⁶.

Los factores ambientales como la iniciación tardía del entrenamiento de esfínteres el grado elevado de eventos estresantes (ser el hermano mayor, separación de los padres y cambio de grado escolar), parecen tener un papel importante en la etiología de este padecimiento ^{5,7}. A su vez al comparar el desarrollo de niños con enuresis y sin ésta, se han encontrado diferencias al observar que los niños con enuresis tienen antecedente de lograr más tardíamente habilidades motoras e hitos del lenguaje, por lo que en la etiología también pudieran estar involucrados aspectos de maduración ⁸.

El 40% de los niños enuréticos tiene por lo menos un diagnóstico psiquiátrico o sintomatología clínica relevante además de la enuresis, con predominio de los trastornos disruptivos o externalizados. Existen también síntomas internalizados en poco más de la mitad de estos pacientes, encontrándose como más frecuentes el aislamiento, ansiedad y depresión ya que como consecuencia de mojar la cama, los niños pueden presentar un cuadro de malestar emocional y estigmatización por parte de los demás, siendo así la enuresis fuente de vergüenza y factor de riesgo

para ser víctima de burlas y castigos ⁹. Estos niños suelen ser conscientes de los inconvenientes sociales y emocionales que los síntomas les acarrearán, por este motivo su estado emocional ha sido objeto de estudio. Los niños con enuresis nocturna reportan tener menor autoestima y ser menos atractivos físicamente en comparación con los controles, las niñas con enuresis se perciben menos competentes en comparación con los niños enuréticos y los controles ¹⁰.

Actualmente existe evidencia de que los pacientes enuréticos son niños social y psicológicamente bien adaptados sin embargo se han observado diferencias dentro de esta población a pesar de compartir la misma sintomatología, se observa que a mayor edad los pacientes perciben más molestia por los síntomas y menos competentes social y académicamente ^{10,11}.

El tratamiento para este padecimiento se puede dividir en los siguientes apartados.

-Alarma: Poco empleada en nuestra población. Esta es activada por la micción. El objetivo de este tratamiento es que el niño asocie la alarma con inhibición de la micción y la vigilia con el posterior uso del baño para continuar y finalizar dicha micción.

- Conductual: Se divide en intervenciones simples (reforzamiento positivo por las noches secas, llevar previamente al niño al baño, antes de dormir, o despertarlo intermitentemente durante el sueño, control de líquidos) y complejas (incluyen la capacitación para mantener la cama seca y entrenamiento de espectro completo en casa).
- Tratamiento farmacológico: desmopresina y tricíclicos.
- Misceláneas: terapia cognitiva, psicoterapia, hipnosis, psicoeducación, acupuntura, homeopatía ^{3,12}.

Se ha observado que este padecimiento no sólo afecta al niño que la padece sino también tiene repercusiones importantes en la familia, incluso puede afectar de manera negativa la relación entre padres e hijos. Aunque existe poco acuerdo sobre la causa y el manejo de este padecimiento, se han hecho numerosas investigaciones al respecto, sin embargo, se sabe poco sobre las actitudes de los padres ante la enuresis. Esta información pudiera ayudar a los médicos a entender

la necesidad de motivarlos y tomar un papel más activo en esta problemática, ya que la mayor parte del trabajo relacionado con el tratamiento se lleva a cabo en casa.

Con el objetivo de lograr un entendimiento más global de este padecimiento, Haque M y colaboradores, realizaron una investigación empleando un cuestionario de 20 preguntas, el cual fue aplicado a padres de niños enuréticos, comparando resultados con padres de controles sanos ¹³. El cuestionario cubría cuatro áreas: a) edad esperada de sequedad, b) gravedad percibida, c) causa de enuresis, y d) manejo. Se tomó como definición de enuresis, por consenso de los investigadores, el que los padres reportaran que el niño mojaba la cama al menos una vez por semana o más en los últimos seis meses, con una edad mínima de cuatro años. Se encontró que los padres de niños con enuresis esperaban control de esfínteres a una edad media mayor en comparación con los controles, además consideraban como causa importante del padecimiento el que el niño tenía un sueño profundo, mientras que los padres de niños no enuréticos consideraban como causa importante un factor emocional. Los padres con menos nivel de escolaridad externaban mayor preocupación que aquellos con un mayor nivel educativo¹³.

En cuanto al manejo del padecimiento los padres de niños con enuresis reportaron utilizar una gran variedad de métodos para tratarla, siendo la más frecuente el despertar al niño de forma intermitente. Los padres con un menor nivel educativo manifestaban en mayor medida el utilizar castigos, eran menos tolerantes ante incomodidades relacionadas con el padecimiento, acudían con más frecuencia con un profesional pero tenían un menor porcentaje de apego al tratamiento ¹³.

En una segunda parte del estudio anterior se realizó una comparación sobre las creencias y actitudes presentadas en los padres y personal de salud, utilizando el mismo instrumento. Ambos grupos consideraban como causa importante de enuresis factores relacionados con el desarrollo o maduración en el control de la vejiga. Los padres eran más propensos que los médicos a considerar los problemas emocionales como causa importante en el desarrollo de la enuresis. Los padres pensaban que los niños deben lograr el control del esfínter vesical a una edad mucho más temprana en comparación con los médicos (media de 2.7 años en

comparación a 5.1 años respectivamente). Sólo el 63% de los padres pensaban que era necesario un tratamiento médico en comparación con el 87% del personal de salud. En lo que respecta a las medidas empeladas para el manejo, los padres utilizaban en mayor medida el despertar al niño, el hablar con él sobre el problema, limitar los líquidos y el castigo, mientras que los médicos consideraban necesario un tratamiento farmacológico y lo prescribieron el 87% de éstos, sin embargo, sólo el 6.6% de los padres lo administraba a pesar de que el 63% mencionó que lo consideraba necesario ¹⁴.

Se han realizado algunas investigaciones exploratorias orientadas a relacionar creencias irracionales y trastornos del sueño en niños. Una de éstas fue la investigación realizada por Gregory en el 2009, cuyo objetivo era evaluar la asociación entre creencias disfuncionales y trastornos del sueño en la población infantil, así como describir si existía algún tipo de creencia frecuentemente relacionada con estos trastornos. Para lo anterior utilizó un autoinforme sobre el sueño (SSR Sleep-Self Report) y un Cuestionario sobre Creencias y Actitudes sobre el sueño (DBAS Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale), adaptada para su uso con niños, así como un cuestionario para padres sobre hábitos de sueño infantil (CSHQ Child Sleep Habits Questionnaire) éste último formado por ocho subescalas relacionadas con la resistencia en la hora de acostarse, tiempo de conciliación del sueño, duración y ansiedad en relación con el sueño, despertares nocturnos, parasomnias, trastornos respiratorios del sueño y somnolencia durante el día. El total de resultado del cuestionario DBA se asoció con el total del SSR y CSHQ. Sólo se encontró correlación entre las creencias de recibir poco soporte y apoyo, así como una preocupación de ser capaz de controlar y predecir el sueño con alteraciones en éste, principalmente en relación con el insomnio ¹⁵.

Morison en 1998, evaluó las actitudes de la familia con relación a la enuresis y su influencia en el tratamiento. Con base en la información de las familias de 20 pacientes entre 4 y 17 años de edad, que habían sido tratados por profesionales de la salud para la enuresis nocturna. El estudio dividió las respuestas de los padres en tres categorías, a) la aceptación y la tolerancia, b) la ambivalencia y el rechazo y c)

la intolerancia. Los padres cuya actitud fue de aceptación y tolerancia creían que el niño no podía hacer nada acerca de controlar su vejiga durante la noche, se describieron diferentes tipos de aceptación y tolerancia: “aceptación incondicional y tolerancia” actitud en la que los padres creían que no podía ayudar al niño en el momento presente, pero que la situación podría cambiar con el tiempo, “la aceptación en transición y la tolerancia” donde el padre cree que la situación va a cambiar pronto, “renuncia a la aceptación y tolerancia” donde el padre cree que la situación no puede cambiar, “aceptación y tolerancia optimista” donde el padre cree que la situación pronto cambiará para mejor. El estudio también mostró que algunos padres tenían una actitud “ambivalente” en donde consideran que la situación sólo puede ser cambiada por los propios niños y finalmente existía otro grupo en el que existe “rechazo e intolerancia” en donde los padres creían que mojar la cama estaba bajo el control del niño lo que originaba en los padres frustración e ira. Cada una de estas actitudes es un fuerte predictor de conductas como la disposición a participar y persistir en el tratamiento ¹⁶.

Existen investigaciones que respaldan que las ideas relacionadas con el control de una situación influyen notablemente en la motivación y el comportamiento de las personas. Estas investigaciones han tenido como objetivo el evaluar, cómo es que las ideas irracionales de control afectan en la adaptación a enfermedades crónicas, la discapacidad, envejecimiento, el manejo del dolor, la calidad de vida y manejo del estrés. Hasta el momento se han evaluado cuatro áreas a) el locus de control, b) indefensión aprendida, c) atribución causal y d) autoeficacia. Skinner consideró que las creencias de control se ven fuertemente influenciadas por el grado con que una persona cree en su propia capacidad y acceso a diferentes medios para logro de objetivos, lo que le hará poder prevenir eventos no deseados o producir que ciertos eventos deseados sucedan por lo que se observa que las creencias de control son análogas a las expectativas de rendimiento y estimación de éxito. Como ejemplo de lo anterior Skinner observó que el desempeño académico en los niños se relaciona positivamente con las creencias de control del éste en cuanto a sus capacidades, habilidades y esfuerzo ¹⁷.

Morison en el año 2000, realizó una encuesta para evaluar la existencia de creencias de control en los padres y pacientes de niños con enuresis, así como expectativas de éxito en relación con el tratamiento y el impacto que esto tenía en la sintomatología. Se evaluaron a 40 pacientes (con antecedente de mojar la cama al menos una vez por semana) y a uno o ambos padres. Se les aplicó el cuestionario FPBWQ (Family Perspectives on Bed Wetting Questionnaire) para evaluar en los miembros de la familia sentimientos, grado de preocupación y percepción de control en las dimensiones relacionadas con el esfuerzo, capacidad, (ambos en relación con el niño), suerte y lo que otras personas pensaban sobre el padecimiento. El 38% de los padres refirieron estar preocupados por la enuresis encontrándose un 35% de pacientes con esta preocupación, más estos mencionaban sentirse infelices por la sintomatología en mayor porcentaje que los padres. El 57% de los padres mencionaban creer que personas que son importantes para ellos consideraban que este problema debería de terminar, preocupándose principalmente por las creencias de la pareja, mientras que los niños se preocupan por las creencias de los padres. En general los padres fueron más optimistas que el paciente acerca de la capacidad del niño para controlar la sintomatología, el 43% de los padres informaron que su hijo no se esforzaba lo suficiente para controlar los síntomas. El 16% mencionaban estar demasiado ocupados para ayudar a su hijo con los tratamientos para enuresis. El 27% de los padres sentía que los médicos se estaban quedando sin métodos apropiados para tratar a su hijo.

Posterior a esta evaluación inicial se realizó una correlación entre las respuestas y el seguimiento a 6 meses de estos pacientes, en cuanto a continuidad del tratamiento, apego a las consultas y remisión de sintomatología. Se tomó como respuesta al tratamiento el tener 14 días continuos de sequedad dentro de un período de 16 semanas, y respuesta mantenida el no presentar un solo evento después de una respuesta inicial. Se encontró respuesta inicial en 13 pacientes y respuesta mantenida en 5 pacientes, 16 habían abandonado el tratamiento y 24 continuaban con atención en la clínica. De los 16 pacientes que abandonaron el tratamiento 4 de

éstos no acudieron a sus dos siguientes consulta y se desconoce el resultado del tratamiento, 3 acudieron a su siguiente consulta, mas no a la segunda sin haber tenido respuesta inicial al tratamiento, 1 dejó el tratamiento después de la respuesta inicial, 2 informaron en la segunda consulta el abandonar el tratamiento al no observar respuesta y 6 fueron dados de alta por respuesta mantenida. Se encontró que al inicio del tratamiento sólo el 38% de los pacientes refería tener la capacidad para poder mantenerse secos, de éstos, el 33% obtuvo respuesta inicial al tratamiento, siendo esto significativo ($p=0.029$). Se observó que la respuesta inicial al tratamiento no tuvo correlación con los siguientes factores: edad del paciente, número de noches con síntomas antes del tratamiento, la percepción de dificultad del síntoma, el creer poder ser ayudado por personal de salud, los sentimientos del padre acerca de la sintomatología, las percepción de dificultad del control del síntoma por parte de los padres, creencia de los padres de que el paciente es capaz de controlar la enuresis, la percepción de los padres sobre la probabilidad de éxito del tratamiento, el grado de enojo relacionado con el síntoma referido por los padres, antecedente de enuresis en los padres. Sin embargo los investigadores refieren como principal limitante del estudio el tamaño de la muestra, ya que sólo se evaluaron 40 pacientes ¹⁸.

Podemos observar que existen pocos antecedentes orientados a evaluar, específicamente, la cognición de los padres acerca de este padecimiento. Es posible suponer una relación entre la percepción de éstos sobre la enfermedad y la adherencia terapéutica, como lo ya observado e investigado en otros padecimientos. De ahí la importancia de identificar la existencia o no de distorsiones cognitivas.

3. Planteamiento del problema

¿Qué tan frecuentes y de qué tipo son las distorsiones cognitivas que presentan los padres de niños enuréticos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

4. Justificación

La enuresis es un padecimiento con repercusiones importantes en la vida de los pacientes y sus familiares, tanto en el momento de la presencia de sintomatología como en el futuro de la persona que la padece. Afecta áreas importantes como la seguridad, autoestima y desempeño académico ya que se han reportado que éstas son menores que las de los niños sin ésta patología, incluso en comparación con niños con diversas enfermedades crónicas.

Se sugiere que la enuresis interfiere en la integración de estos pacientes con el entorno, les dificulta la asistencia a excursiones, a campamentos escolares, les asusta dormir en casas ajenas, les hace sentir que algo en su cuerpo no funciona, tienen sensación de inseguridad, miedo a ser descubiertos, a sufrir burlas por parte los compañeros y en ocasiones piensan que están perdiendo una época de su vida. También se ha relacionado este padecimiento con el fracaso escolar lo que podría contribuir a disminuir la autoestima y tener repercusiones importantes en la vida adulta ¹⁸.

Además el impacto del costo económico de la enuresis nocturna en las familias puede ser considerable. Estos pueden ser directos, relacionados con el costo de lavar y comprar ropa de cama adicional, la sustitución de los colchones, además de los costos del traslado para recibir tratamiento, el pago de consultas y tratamiento. Los costos indirectos son los relacionados con el tiempo empleado en realizar tareas adicionales en el hogar y el tiempo empleado en las consultas, lo que disminuye tiempo en el cuidador para sus propias actividades ¹⁹.

De lo anterior podemos observar lo importante que resulta el limitar el daño lo más posible, realizando un diagnóstico oportuno con un tratamiento adecuado. Hasta el momento se han empleado en el manejo medidas conductuales, tratamiento farmacológico, el uso de alarmas (aunque en nuestro medio son poco usadas), más no han demostrado efectividad ³. Por lo que es necesario planteamos qué aspectos sobre este tema estamos pasando por alto y que pudieran ser importantes para plantear otro tipo de intervenciones. Partiendo de este punto se ha observado que se ha dejado un poco de lado el estudio de las familias de estos pacientes sus

experiencias y creencias en torno al padecimiento lo que podría influir en el apego a las medidas empleadas para tratarlo y en la respuesta, considerándose una variable importante, ya que existe evidencia científica del papel del cuidador en diferentes padecimientos teniendo aun mayor importancia si tomamos en cuenta que en el tratamiento conductual, el cual es hasta el momento más empleado para la enuresis, se requiere de un gran esfuerzo por parte de los padres para aplicar un programa de modificación conductual y contingencias de manera adecuada. Las investigaciones realizadas hasta el momento que toman en cuenta esta variable, son pocas y con muestras pequeñas además de que sólo han considerado algunas distorsiones cognitivas, principalmente la de control. Debido a esto la presente investigación tiene como objetivo el evaluar a los padres de estos pacientes principalmente desde un enfoque cognitivo, considerando quince distorsiones cognitivas a fin de describir cuáles son las estos padres presentan con mayor frecuencia para en un futuro poder considerarlo y realizar intervenciones terapéuticas adecuadas, con la finalidad de complementar el tratamiento de estos pacientes.

5. Hipótesis

La enuresis es un trastorno frecuente en los niños del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” existiendo distorsiones cognitivas en los padres de esta población, siendo una de las más frecuentes la falacia de control, ya que generalmente los padres minimizan el síntoma atribuyéndolo a factores fuera de su alcance o incluso una mala actitud del niño hacia ellos como padres.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general:

Evaluar la presencia de enuresis en los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y su relación con la presencia de distorsiones cognitivas en los padres.

6.2 Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los padres de niños con enuresis (edad, género, escolaridad, nivel socioeconómico, número de hijos en la familia) y la edad y género de los pacientes.
- Describir las características clínicas de la enuresis (antecedente de enuresis en los padres, presencia de enuresis en hermanos, edad de inicio de entrenamiento de esfínteres, evento estresante asociado a la presencia del síntoma), incluyendo la frecuencia (en un periodo de 14 días) y medidas empleadas por los padres para tratar el síntoma.
- Evaluar el diagnóstico psiquiátrico asociado a la presencia de enuresis.
- Identificar la presencia, frecuencia y el tipo de distorsión cognitiva presente en los padres de niños con enuresis y la relación de éstas con las características clínicas.

7. Material y métodos

7.1 Tipo de diseño

Descriptivo, retrospectivo/prospectivo, transversal, asociación.

7.2 Muestra (participantes)

7.2.1 Criterios de inclusión

- Padres: Padres de niños con enuresis que acepten participar en el estudio.
- Pacientes con enuresis: Pacientes de género masculino o femenino de entre 5 y 17 años de edad que cumplan con criterios de enuresis, vivan con uno o ambos padres y acepten participar en el estudio.

7.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluirá a pacientes con trastornos generalizados del desarrollo y retardo mental.

7.2.3 Criterios de eliminación

- Pacientes cuyos padres no respondan completos los cuestionarios.

7.3 Variables

1. Enuresis

Definición conceptual: Descarga involuntaria de orina durante el sueño en la noche después de una edad esperada de control completo para el desarrollo. MeSH-NCBI 2007

Definición operacional: Emisión repetida de orina manifestándose con una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos. Edad cronológica de por lo menos 5 años. Será medida con el instrumento “Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children-present and lifetime version” (K-SADS-PL).

2. Variables sociodemográficas. (Tabla 2)

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Género del paciente	Masculino	Femenino	Variable nominal
Género del padre	Masculino	Femenino	Variable nominal
Edad del padre	_____	años	Numérica continua
Edad del paciente	_____	años	Numérica continua
Número de integrantes en la familia			
Escolaridad.	Sin instrucción.	Preparatoria	
	Primaria incompleta.	completa	
	Primaria completa.	Licenciatura	
	Secundaria incompleta	incompleta	
	Secundaria completa	Licenciatura	
	Carrera comercial	completa	
	Carrera técnica	Maestría	
	Preparatoria incompleta	Doctorado	
Nivel socioeconómico.			
	Clase más baja.	Nivel 1	
	Clase baja.	Nivel 2	
	Clase media baja.	Nivel 3	
	Clase media	Nivel 4	
	Clase media alta	Nivel 5	
	Clase alta	Nivel 6	

3. Variables clínicas en relación a enuresis (Tabla 3)

Tabla 3. Variables clínicas en relación a enuresis.

Características y Antecedentes de Enuresis		
Número de emisiones involuntarias	_____	# de días en un periodo de 14 días
Antecedente de enuresis en los padres.		Si No
Antecedente de enuresis en los hermanos.		Si No
Edad de inicio de entrenamiento en control de esfínteres.	_____	Numérica continua
Presencia de evento estresante.	Divorcio o separación de los padres. Separación padres-hijo por cualquier razón. Nacimiento o adopción de un hermano. Cambio de casa. Cambio de escuela. Cambio de grado escolar	
Trastorno psiquiátrico concomitante.	_____	
Medidas empleadas por los padres para control de enuresis	Castigo verbal: Regaños. Decirle "vieja" Amenazas de vestirlo de mujer. Amenazas de informar a sus amigos Otros _____ Castigos físicos: Cinturonazos Nalgadas Jalones de oreja. Bofetadas. Coscorriones.	Otros golpes. Usar pañal. Restricción de dinero. Lavar su ropa. Dejarlo con la ropa orinada. Levantarlo a orinar. Echarlo de la casa. Otros _____

4. Distorsiones cognitivas

Tabla 4. Variables "Distorsiones cognitivas"

Distorsiones cognitivas	
Definición	Errores de razonamiento debido a la operación cognitiva utilizada para llegar a una conclusión
Medición	Pensamientos Automáticos. Juan Ruiz y José Luján (Ruiz, 1996): Puntuación de 2 o más para cada distorsión, indica que se está afectando actualmente de manera importante ese tema. Puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión: indica tendencia a interpretar de esa forma los hechos de la vida. (intervalar)
Dimensiones	Definición de cada dimensión
Sobre-generalización	Sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente "Todo...Nadie...Nunca...Siempre...Todos...Ninguno"
Debería	Hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Las palabras claves como puede deducirse son: "Debería de...", "No debería de...", "Tengo que...", "No tengo que...", "Tiene que"
Abstracción Selectiva o Filtro Mental	Seleccionar un solo aspecto de una situación, a través del cual se hace toda la interpretación de la situación no percatándose de otros aspectos que lo contradicen. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que...", "Es horrible", "Es insoportable".
Falacia de Control	Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Palabras claves: "No puedo hacer nada por...", "Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo".
Culpabilidad	Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. Palabras claves: "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de".
Etiquetación	Poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser". Globalizar de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento, con una visión del mundo y las personas estereotipada e inflexible. Palabras claves: "Soy un", "Es un", "Son unos...".
Visión Catastrófica	Adelantar acontecimientos de modo trágico para los intereses personales. La palabra clave: "¿Y si me ocurre a mi... tal cosa?".
Pensamiento polarizado	Valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extreman las valoraciones olvidando los grados intermedios y matices.

Tabla 4. Variables "Distorsiones cognitivas". Continuación

Dimensiones	Definición de cada dimensión
Personalización	". Hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente. Palabras claves: "Lo dice por mí", "Hago esto mejor (o peor) que tal".
Razonamiento Emocional	Crear que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Palabras claves: "Si me siento así...es porque soy/ o a ocurrido..."
Falacia de Justicia	Valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Palabras claves: " No hay derecho a...", "Es injusto que...", "Si de verdad tal, entonces...cual".
Falacia de Recompensa Divin	Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. Palabras claves: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro".
Falacia de la Razón	Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Palabras claves: "Yo llevo razón", "Se que estoy en lo cierto él/ella está equivocado".
Falacia de Cambio	Crear que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Palabras claves: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".
Interpretación del Pensamiento	Tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. Palabras claves: "Eso es porque...", "Eso se debe a...", "Se que eso es por..."

7.4 Instrumentos de medición

Para la medición de la variable enuresis:

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children-present and lifetime version (K-SADS-PL). El K-SADS-PL fue adaptado del K-SADS-P, el cual fue desarrollado por William Chambers y Joaquin Puig-Antich. Se trata de una entrevista diagnóstica semi-estructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo a los criterios del DSM-III R y DSM-IV.

Para el llenado del instrumento se entrevista a los padres, a los niños. Cuando el instrumento se administra a pre-adolescentes, se comienza con los padres. Cuando

trabajamos con adolescentes, se inicia con ellos. Si existen discrepancias entre las diferentes fuentes de información, el evaluador tendrá que utilizar el mejor juicio clínico. Para la administración correcta del K-SADS-PL, es necesaria la realización de: 1) una entrevista no estructurada de introducción, 2) una entrevista diagnóstica de evaluación, 3) completar la lista de chequeo del suplemento, 4) completar los suplementos adecuados de diagnóstico, 5) el resumen de los diagnósticos a lo largo de la vida y 6) la escala de evaluación global de la infancia.

Para su validación en nuestro país se evaluaron 40 pacientes de 6 a 17 años que acudieron a tres instituciones públicas de atención psiquiátrica. Se realizó la traducción al español, retraducción al inglés y adaptación de la entrevista. Las entrevistas a los pacientes y sus padres se videograbaron y calificaron por 3 evaluadores independientes. Se obtuvieron coeficientes Kappa de buenos a excelentes para trastorno depresivo mayor $k=0.76$, cualquier trastorno ansioso $k=0.84$, TDAH $k=0.9$ y trastorno disocial $k=1$ (20).

-Para la medición de las distorsiones cognitivas:

Se empleó el Inventario de Pensamientos Automáticos, cuestionario desarrollado por los psicólogos españoles, Juan Ruiz y José Luján (Ruiz, 1991) a partir de las descripciones hechas por McKay (1985). Diseñado para medir 15 distorsiones cognitivas. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que se está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de la vida²¹.

7.5 Procedimiento

El reclutamiento de la muestra se realizó a través de dos vías. Se informó a los médicos adscritos del servicio de urgencias y consulta externa, solicitando se registrara el número de expediente de pacientes que recibieran con el diagnóstico de enuresis. Además de realizarse revisión de expedientes en el archivo clínico a fin de registrar a los pacientes con dicho diagnóstico y revisar el que hubieran sido valorados por el servicio de neuropsiquiatría y/o pediatría del hospital para descartar

enuresis orgánica. Se contactaron vía telefónica a los padres de los pacientes registrados, se les informó sobre la investigación, invitándoles a participar en ésta, así como también a una plática informativa en relación con el padecimiento de su hijo. A los padres que acudieron y aceptaron participar en el estudio, previo a la plática informativa, se les aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján 1991) además del cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas en relación con el padecimiento. Finalmente se les dio cita para acudir con el paciente a una entrevista en la que se confirmó el diagnóstico y evaluó comorbilidad. mediante el instrumento (K-SADS-PL) y se firmó el asentimiento informado.

7.6 Análisis Estadístico

Se recopiló la información en una base de datos utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007, para posterior análisis estadístico con el programa SPSS Statistics 17.0. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, clínicas y distorsiones cognitivas. Para valorar la relación de distorsiones cognitivas con las variables clínicas y sociodemográficas se empleo Chi Cuadrada. El nivel de significancia se fijó en $p < 0.05$.

7.7 Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (ver anexo 5). Siguiendo todos los lineamientos marcados en la Declaración de Helsinki para este proyecto en el cual se solicitó el consentimiento informado al padre o tutor y asentimiento informado al menor, estando presentes dos testigos. Las implicaciones éticas de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en materia de Investigación para la salud, Título 2, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero del 1987, el presente estudio se considera como una investigación de riesgo mínimo ya que no se manipuló la conducta del participante y los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente con fines descriptivos y comparativos.

8. Resultados

El total de participantes fue de 21 padres (85% madres) y 21 pacientes. En el grupo de padres la edad máxima encontrada fue de 47 años, la mínima de 21 con una media de 37 años. El nivel mínimo de escolaridad fue primaria completa 2 (9%), el máximo fue licenciatura completa 5 (23%). El grupo de escolaridad que tuvo mayor número de integrantes fue secundaria completa 7 (33%). Se observa que la mayoría de los participantes 13 (61%), perteneció a un nivel socioeconómico bajo. El máximo de hijos por familia fue de 4 con un mínimo de 1, con una media de 2.

En el grupo de pacientes enuréticos, la edad mínima fue de 5 años con un máximo de 11, encontrando una media de 8 años de edad. Dentro de este mismo grupo se encontraron 5 (23%) mujeres y 16 (76%) hombres. (Véase Tabla 5)

Tabla 5

Características sociodemográficas de los participantes (N= 21)

Característica	n	%
Padres		
Edad (años)		
28-38	13	58%
39-37	8	36%
Género		
Femenino	18	85
Masculino	3	14
Escolaridad		
Primaria completa	2	9
Secundaria incompleta	2	9
Secundaria completa	7	33
Carrera técnica	2	9
Preparatoria incompleta	2	9
Preparatoria completa	1	4
Licenciatura completa	5	23
Nivel socioeconómico		
Clase baja	13	61
Clase media baja	7	33
Clase media	1	4
Número de Hijos por familia		
1	6	28
2	4	19
3	7	33
4	4	19

Continúa

Pacientes enuréticos		
Edad (años)		
5	1	4
6	5	23
8	4	19
9	6	28
10	3	14
11	2	9
Género		
Femenino	5	23
Masculino	16	76

En la Tabla 6 se describen los antecedentes de importancia en el grupo de pacientes con enuresis. Del total de niños evaluados, 15 (71%) no contaban con el antecedente de enuresis en padres y 17(80%) no tenían hermanos que presentaran el mismo diagnóstico. La edad mínima de inicio del entrenamiento de esfínteres fue de 9 meses de edad, con un máximo de 36 y media de 22 meses. En todos los casos se encontró asociada la presencia de un evento estresante previo al inicio del padecimiento, siendo el más frecuente la separación o divorcio de los padres con 9 (42%), seguido de ausencia temporal de un padre 6(28%), dentro de estos dos eventos estresantes se encuentra más de la mitad de los participantes.

Tabla 6

Características clínicas de enuresis: antecedentes (N = 21)

Características	n	%
Antecedente de enuresis en los padres		
Si	6	28
No	15	71
Antecedente de enuresis en hermanos		
Si	4	19
No	17	80
		Continúa

Continuación Tabla 6. Características clínicas de euresis: antecedentes

Edad de inicio de entrenamiento de esfínteres (meses)		
9	2	9
12	2	9
14	2	9
18	2	9
24	8	38
28	2	9
36	3	14
Evento estresante asociado al inicio del padecimiento		
Separación/divorcio padres	9	42
Ausencia temporal de un padre	6	28
Nacimiento/adopción de hermano	4	19
Cambio de casa	3	14
Discusiones entre los padres	3	14
Abuso sexual	1	4
Susto	2	9
Cambio de escuela	2	9
Cambio de grado escolar	1	4

Respecto a la frecuencia del síntoma en 14 días, se encontró el mismo número de pacientes en el grupo tanto de nivel máximo de presentación (14 días) como en el mínimo para cumplir criterios de enuresis secundaria con 5 (23%) pacientes en cada grupo. (Véase Tabla 7)

Tabla 7

Frecuencia de eventos enuréticos en un período de 14 días (N = 21)

Número de eventos en 14 días	<u>n</u>	%
4	5	23
6	2	9
7	3	14
10	4	19
11	2	9
14	5	23

Los padres emplearon numerosas técnicas para tratar de evitar que el niño presentara emisiones nocturnas de orina. En la Figura 1. Se muestran las diferentes técnicas empleadas, así como la frecuencia con que éstas se usaron. Se observa que la medida utilizada por la mayoría de los padres, fue el uso de regaños 14 (66%), siendo las menos empleadas el dejarlo con la ropa mojada y lavar su ropa, cada una con 1 (4%).

Figura 1. Medias empleadas por los padres para el control de enuresis

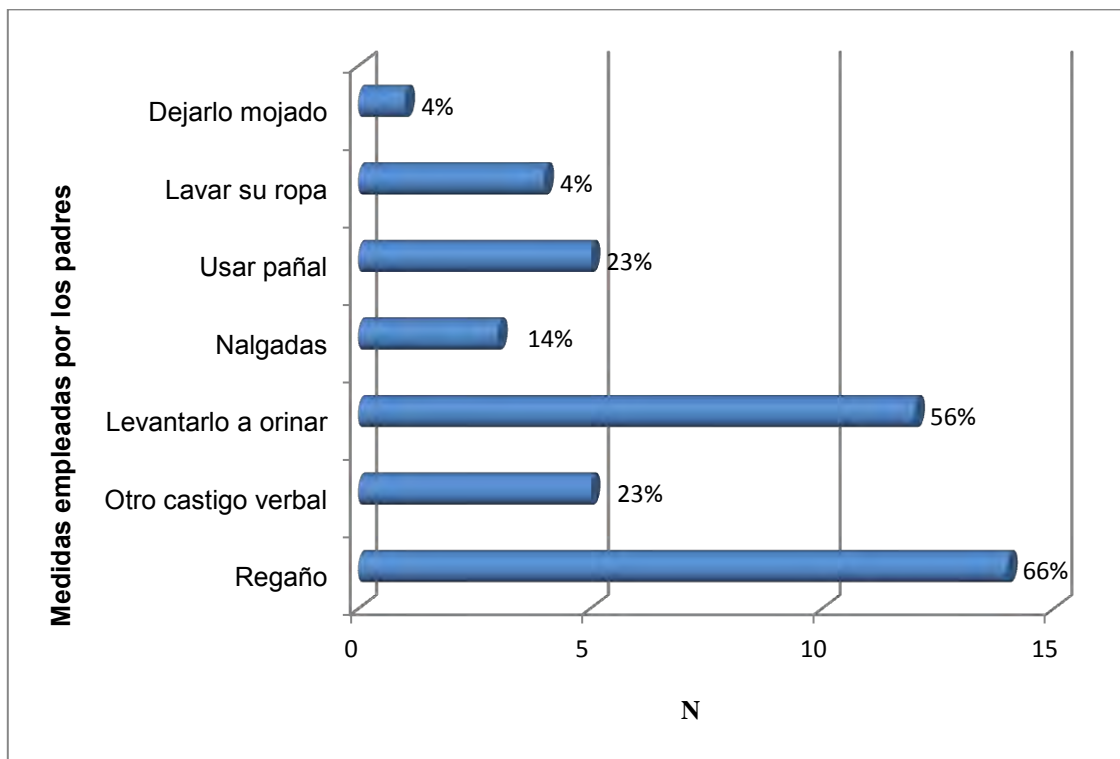


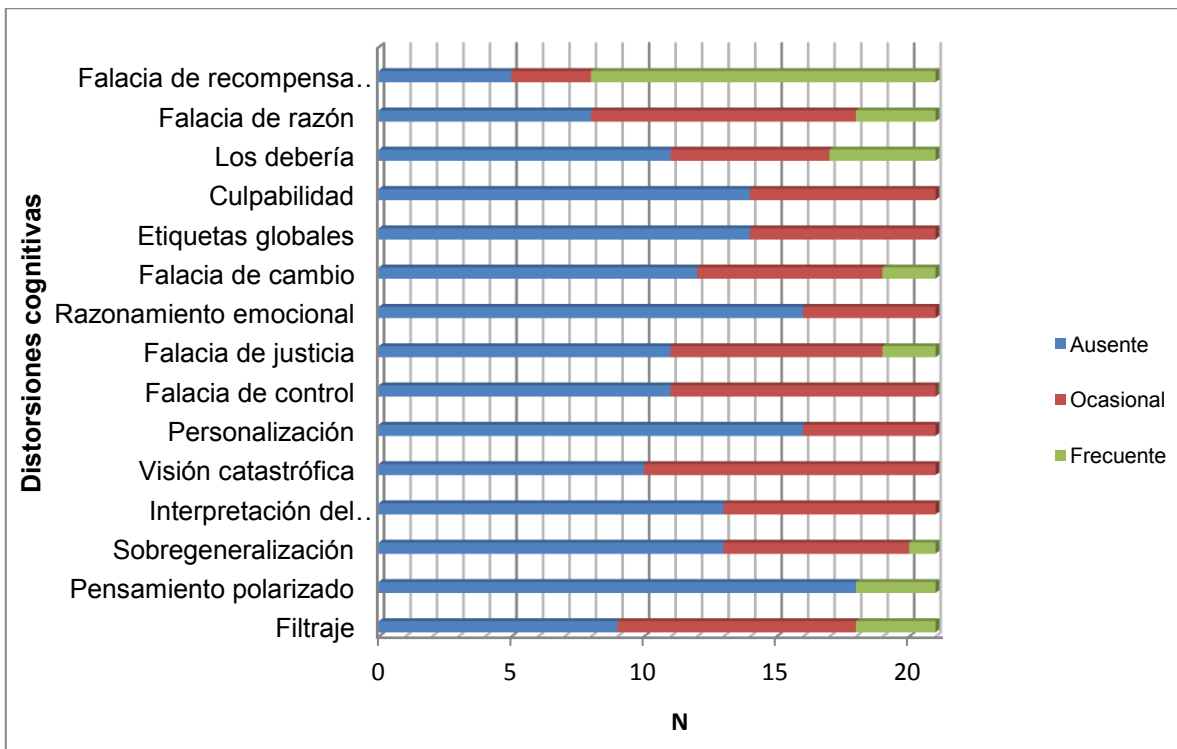
Tabla 8

Diagnóstico psiquiátrico asociado a la presencia de enuresis (N=21)

Diagnóstico	n	%
Ninguno	9	42
Tr. por déficit de atención e hiperactividad	8	38
Episodio depresivo moderado	2	9
Tr. de ansiedad generalizada	2	9

En relación a la presencia de algún trastorno psiquiátrico comórbido a enuresis, se encontró que 9 (42%) presentaba síntomas ansiosos y depresivos sin cumplir criterios para algún trastorno psiquiátrico, 8 pacientes (38%) presentaban trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 4 (19%) trastorno de ansiedad generalizada y 2 (9%) episodio depresivo moderado. (Véase Tabla 8)

Figura 2. Frecuencia e intensidad de distorsiones cognitivas en padres de niños enuréticos.



En la Figura 2 se muestran las 15 distorsiones cognitivas evaluadas en los padres de niños con enuresis. Observamos que todas las distorsiones cognitivas se encontraron presentes en al menos uno de los participantes. La distorsión cognitiva menos presente fue pensamiento polarizado ya que ésta solo se presentó en tres participantes aunque con una intensidad frecuente, por otro lado, la distorsión más frecuente fue falacia de recompensa divina, presente en 16 de los participantes, 13 de éstos de forma frecuente, 3 de manera ocasional, estuvo ausente en sólo 5 de los participantes.

Tabla 9

Asociación entre falacia de control y número de medidas empleadas por los padres

No. De medidas empleadas	Presencia de falacia de control	
	No	Si
1 a 2	9	4
3 o más	2	6

En la tabla 9 se muestran sólo los datos que fueron significativos al momento de evaluar asociación entre distorsiones cognitivas y las variables clínicas. La asociación entre las variables falacia de control y número de medidas empleadas se encuentran fueron estadísticamente significativas $X^2(1,N=21)= 3.88, p<0.048$

9. Discusión

La mayoría de los padres que participaron en la encuesta fueron mujeres lo cual es esperable en nuestra población. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” el responsable legal que acude con mayor frecuencia es la madre. Todos los padres evaluados tenían mínimo la primaria completa, incluso el 23% de los participantes tenían un nivel de escolaridad de licenciatura completa. Sin embargo, más de la mitad, el 61% tenía un nivel socioeconómico identificado como bajo de acuerdo al Cuestionario Socioeconómico utilizado en la institución. Debido a la naturaleza retrospectiva de la información, este dato puede interpretarse con cierta

cautela ya que no pudo corroborarse prospectivamente. No obstante, es esperable un nivel tendiente a bajo dado que el hospital es una institución pública con población no derechohabiente.

Respecto a la edad de los pacientes, se encontró que la mayoría fueron escolares, sólo hubo un paciente preescolar. No acorde a lo que se reporta en la literatura en la que se reporta enuresis en el 2-3% de los adolescentes, en nuestra muestra no hubo participantes pertenecientes a este grupo de edad ³. Esto se puede explicar por el tamaño de la muestra. En relación al género la mayoría de los pacientes fueron hombres (76%) coincidiendo este dato con lo reportado en la literatura, al ser este padecimiento más frecuente en el género masculino ³.

El mayor número de hijos dentro de nuestra población de estudio fue de 4(19%), sin embargo el 49% de los padres evaluados tenía de uno a dos hijos. En los casos que existían dos hijos, el paciente era el mayor de edad, lo cual es similar a lo reportado en la literatura, existiendo mayor riesgo de enuresis en el hijo primogénito o hermano mayor ^{5,7}.

La literatura reporta que hasta el 21% de estos pacientes tienen antecedente de algún hermano con el mismo trastorno ⁵. Este dato es similar al que se obtuvo en nuestra muestra, ya que este antecedente fue positivo en un 19%. Adicionalmente, seis de los participantes eran hijos únicos, por lo que al considerar sólo la población con hermanos este porcentaje se incrementa hasta el 26%.

La media de edad de inicio de entrenamiento de esfínteres fue de 24 meses. Sólo se encontró que el 14% había iniciado tardíamente el entrenamiento no siendo este un factor de riesgo frecuente en la muestra, contrario a lo que se comenta en algunas investigaciones ^{5,7}

Con respecto a los eventos estresantes asociados al inicio del síntoma, existe similitud a lo reportado en otras investigaciones al ser la separación o divorcio de los padres el factor encontrado con mayor frecuencia, presentándose en el 42% de los participantes ^{5,7}.

Hasta el momento de realizar la investigación todos los padres habían utilizado al menos una medida para tratar de controlar el síntoma. La mitad de los participantes utilizaba más de dos medidas, la más frecuente fueron regaños. Los padres, de tres de los pacientes que presentaban el síntoma diariamente en un periodo de catorce días, utilizaban más de tres medidas, incluso uno de ellos empleaba seis. De momento por el tamaño de la muestra no es posible concluir que a mayor frecuencia del síntoma mayor número de medidas utilizadas en los padres, por lo que será interesante investigar a futuro esta posible asociación.

El 49% de nuestros participantes presentaron algún trastorno psiquiátrico asociado a la presencia de enuresis. La literatura reporta un 40% de comorbilidad, refiriendo como más frecuente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad observándose lo mismo en nuestra muestra ⁹.

En todos los padres se encontraron distorsiones cognitivas. La más frecuente fue falacia de recompensa divina, a su vez fue la que se presentó con mayor intensidad ya que de 16 participantes que la tenían el 61% de este total frecuentemente la utiliza para interpretar los diferentes hechos de la vida. Lo cual es esperable si consideramos que de la población total del país, 82.7% son católicos, el 9.9% reconocen una religión diferente y sólo el 4.7% no siguen religión alguna ²². Hasta el momento la distorsión cognitiva mas estudiada en los familiares de pacientes enuréticos es la falacia de control ^{16,18}. Sin embargo se observó esta no fue la más frecuente en nuestros participantes, se presentó en el 49%, casi la mitad de los casos. En todos los participantes que la presentaban, sólo la empleaban de manera ocasional. Sin embargo en las investigaciones mencionadas sólo se consideró el estudio de un "locus de control externo", sin especificar a qué se atribuye dicho control ^{16,18}. La falacia de recompensa divina implica en cierta forma el mismo estilo de pensamiento al considerar que los acontecimientos de la vida están fuera de nuestro control y dependen de un ser supremo.

Sólo se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de falacia de control y número de medias empleadas por los padres para tratar la enuresis.

10. Conclusiones

La enuresis es un problema común en población psiquiátrica, frecuentemente subregistrado.

Previo a la elección de un tratamiento es importante evaluar la cognición parental ya que podría influir en la actitud hacia el padecimiento, lo cual debe ser considerado por los profesionales de la salud.

Todos los pacientes tuvieron antecedente de un evento estresante asociado al inicio de la sintomatología. El más frecuente fue la separación o divorcio de los padres. Se encontró que casi la mitad de los niños con enuresis tienen presencia de otro trastorno psiquiátrico, siendo el padecimiento comórbido más frecuente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad por lo que es importante el sospecharlo en estos pacientes.

Todos los padres de niños con enuresis tienen algún tipo de distorsión cognitiva. La de mayor intensidad y frecuencia fue la falacia de recompensa divina. En esta investigación sólo se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de falacia de control y el número de medias empleadas por los padres. Esta información se tiene que interpretar con cautela ya que el tamaño de la muestra no permite obtener conclusiones confiables.

11. Limitaciones y recomendaciones

Varias limitaciones deben tenerse en cuenta al examinar los presentes resultados. La muestra pequeña dificultó el poder encontrar otras asociaciones estadísticamente significativas entre las diferentes distorsiones cognitivas y el resto de variables clínicas ya que no fue posible establecer variables dicotómicas entre otros grupos debido al pequeño número de participantes. Como se mencionó en el apartado anterior se encontró dicha asociación estadísticamente significativa sólo entre la falacia de control y número de medidas empleadas por los padres. A raíz de

esto no se pueden obtener conclusiones confiables que permitan describir de qué forma ambas variables se encuentran relacionadas, sólo podemos observar que los padres que empleaban menos medidas para el tratamiento de la enuresis tenían con mayor frecuencia la creencia de “no poder hacer nada” ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana. Tampoco se contó con un grupo control para poder describir si esta distorsión se encontraba en mayor frecuencia e intensidad en el grupo de padres de pacientes con enuresis en relación a población sin dicho padecimiento.

Sin embargo en base a la literatura y los resultados obtenidos se observa que dicha falacia se encuentra presente. Es recomendable el considerar dentro de la evaluación de pacientes enuréticos la presencia de esta distorsión cognitiva, ya que pueden realizarse en los padres de estos pacientes, intervenciones breves durante el tiempo de consulta con el fin de aumentar la motivación al cambio y apego a medidas conductuales, que son la base del tratamiento en esta población.

11. Referencias

1. Caraveo AJ, Colmenares BE, Martínez VA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de Mex* 2002;44(6):492-98.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Sinópsis de psiquiatría. 10 ed. Barcelona: Wolters kluwer-Lipincot Williams & Wilkins; 2009. p. 1244-42.
3. Russell K, Kiddo D. The Cochrane library and nocturnal enuresis. *Evidence-bases child health: a Cochrane review an umbrella review* 2006;(1):5-8.
4. Bakwin H. The genetics of enuresis. *Am J Dis Child* 1973;121(3):112-20.
5. Ramirez-Backhaus M, Martinez AE, Arlandis GS, Gomez PL, Delgado OF, Martinez GR, et al. Prevalence of nocturnal enuresis in the Valencian Community. Pediatric section of the National Incontinence Survey. The EPICC Study. *Actas Urol Esp* 2009;33(9):1011-8.
6. Butler RJ. Annotation: night wetting in children: psychological aspects. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(4):453-63.

7. Saucedo GJ, Fernández EO, Cuevas UM, Fajardo GA, Maldonado DM. Adaptación psicosocial y psicopatología de niños con enuresis y sus hermanos. Un estudio comparativo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63(2):107-14.
8. Touchette E, Petit D, Paquet J, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir JY. Bed-wetting and its association with developmental milestones in early childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(12):1129-34.
9. Zink S, Freitag CM, von GA. Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence. *J Urol* 2008;179(1):295-8.
10. Theunis M, Van HE, Paesbrugge S, Hoebeke P, Vande WJ. Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *Eur Urol* 2002;41(6):660-7.
11. Wagner WG, Johnson JT. Childhood nocturnal enuresis: the prediction of premature withdrawal from behavioral conditioning. *J Abnorm Child Psychol* 1988;16(6):687-92.
12. Rosa AA, Olivares RJ, Sánchez MJ. Meta-análisis de las intervenciones conductuales de la enuresis en España. *Anales de psicología* 1999;16(2):157-67.
13. Haque M, Ellerstein NS, Gundy JH, Shelov SP, Weiss JC, McIntire MS, et al. Parental perceptions of enuresis. A collaborative study. *Am J Dis Child* 1981;135(9):809-11.
14. Shelov SP, Gundy J, Weiss JC, McIntire MS, Olness K, Staub HP, et al. Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians. *Pediatrics* 1981;67(5):707-10.
15. Gregory AM, Cox J, Crawford MR, Holland J, Harvey AG. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep in children. *J Sleep Res* 2009;18(4):422-6.
16. Morison MJ. Family attitudes to bed-wetting and their influence on treatment. *Prof Nurse* 1998;13(5):321-5.
17. Skinner EA, Chapman M, Baltes PB. Control, meansends, and agency beliefs: a new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54(1):117-33.

18. Morison MJ, Tappin D, Staines H. 'You feel helpless, that's exactly it': parents' and young people's control beliefs about bed-wetting and the implications for practice. *J Adv Nurs* 2000;31(5):1216-27.
19. Pagner K, Holmes J. Nocturnal enuresis: economic impacts and self-esteem preliminary research results. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1997;183:65-9.
20. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresán A, Apiquian R, et.al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Shedule for Affective Disorders ans Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 4(1):36-4
21. Ruiz J, Lujan J. Manual de psicoterapia cognitiva, 1991; www.psicología-obline.com.
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito de la diversidad religiosa en México 2012.

12. Anexos

Anexo1. Variables sociodemográficas

Género del paciente	Masculino	Femenino	Variable nominal
Género del padre	Masculino	Femenino	Variable nominal
Edad del padre	_____	años	Numérica continua
Edad del paciente	_____	años	Numérica continua
Número de integrantes en la familia			
Escolaridad.	Sin instrucción. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta Secundaria completa Carrera comercial Carrera técnica Preparatoria incompleta	Preparatoria completa Licenciatura incompleta Licenciatura completa Maestría Doctorado	
Nivel socioeconómico.	Clase más baja. Clase baja. Clase media baja. Clase media Clase media alta Clase alta	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6	

Anexo2. Inventario de pensamientos automáticos

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0= Nunca pienso eso
- 1= Algunas veces lo pienso
- 2= Bastante veces lo pienso
- 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 1 2 3
2.Solamente me pasan cosas malas	0 1 2 3
3.Todo lo que hago me sale mal	0 1 2 3
4.Sé que piensan mal de mí	0 1 2 3
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 1 2 3
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0 1 2 3
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 1 2 3
8.¡No hay derecho a que me traten así!	0 1 2 3
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0 1 2 3
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	0 1 2 3
11.Soy un desastre como persona	0 1 2 3
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 1 2 3
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas	0 1 2 3
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	0 1 2 3
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 1 2 3
16.Es horrible que me pase esto	0 1 2 3
17.Mi vida es un continuo fracaso	0 1 2 3

18.Siempre tendré este problema	0 1 2 3
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0 1 2 3
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 1 2 3
21.Soy superior a la gente en casi todo	0 1 2 3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 1 2 3
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 1 2 3
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0 1 2 3
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 1 2 3
26.Alguien que conozco es un imbécil	0 1 2 3
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0 1 2 3
28.No debería de cometer estos errores	0 1 2 3
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 1 2 3
30.Ya vendrán mejores tiempos	0 1 2 3
31.Es insoportable, no puedo aguantar más	0 1 2 3
32.Soy incompetente e inútil	0 1 2 3
33.Nunca podré salir de esta situación	0 1 2 3
34.Quieren hacerme daño	0 1 2 3
35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 1 2 3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0 1 2 3
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0 1 2 3
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0 1 2 3
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0 1 2 3
40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 1 2 3

41.Soy un neurótico	0 1 2 3
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0 1 2 3
43.Deberia recibir más atención y cariño de otros	0 1 2 3
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0 1 2 3
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0 1 2 3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	()
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	()
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	()
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	()
VISION CATASTROFICA	5-20-35	()
PERSONALIZACION	6-21-36	()
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	()
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	()
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	()
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	()
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	()
CULPABILIDAD	12-27-42	()
LOS DEBERIA	13-28-43	()
FALACIA DE RAZON	14-29-44	()
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	()

Anexo3. (K-SADS-PL)

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL)

Versión México

(Versión traducida y adaptada, por Ana Fresan, Claudia Blas, Rogelio Apiquián, Rosa Elena Ulloa, Francisco de la Peña y Silvia Ortiz del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comunicación: adolesc@imp.edu.mx)

Antecedentes

Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente:

Nombre del clínico que entrevista:

Nombre del adulto entrevistado: _____ Parentesco con el niño:

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? _____ Si
_____ No

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____
Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____ Lugar de la entrevista:

Expediente: _____

Datos Demográficos :

1.-Fecha de nacimiento : _____
Mes Día Año

2.-Edad : _____

3.-Sexo : _____

4.-Raza (Observar)

1=Caucásica

4=Oriental

2=Indígena

5=Mestiza

3=Negra

6=Otra (especificar) _____

Anexo 4. Consentimiento y asentimiento informado

a. consentimiento informado

Consentimiento Informado

1. Título de la investigación.

Diferencia entre las distorsiones cognitivas de padres de escolares y adolescentes con enuresis primaria y secundaria.

2. Justificación y objetivos de la investigación.

Mi hijo/a y yo hemos sido invitados a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar las creencias, es decir, aquellas ideas que considero verdaderas en relación con el hecho de que mi hijo moje la cama. Estas creencias serán comparadas con las que pudieran tener los papás de otros niños en la misma situación, lo cual será importante ya que de estas ideas depende la actitud que tomo ante este problema. El conocimiento de ellas me ayudará a hacerlas conscientes.

3. Procedimientos del estudio.

Mi hijo/a fue valorado/a en el Hospital Psiquiátrico infantil, se le abrió expediente en la institución y se realizó el diagnóstico de enuresis primaria o secundaria. Para fines de la investigación autorizo se le aplique un cuestionario llamado K-SADS-PL, en cual interroga sobre diferentes síntomas, con la finalidad de confirmar el diagnóstico de enuresis en mi hijo. Además yo mismo acepto responder una encuesta sobre la forma preferente de pensar que tengo en mi vida diaria, con la finalidad de conocer las posibles falsas creencias que pudiera yo mismo presentar. Finalmente contestaré un tercer cuestionario, el cual tiene datos relacionados con edad, género, frecuencia de sintomatología en mi hijo, nivel socioeconómico y escolaridad. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico a fin de que el médico que atiende a mi hijo pudiera consultar esta información.

4. Beneficios posibles del estudio.

El estudio no tiene costo alguno para nosotros. El beneficio es que mi hijo recibirá una valoración adicional a través de la cual se confirmará su diagnóstico y se valorará la posible presencia de algún otro padecimiento. Yo mismo seré evaluado e informado de los resultados de las encuestas lo que ayudará a tener un mejor conocimiento sobre lo que pienso de la enfermedad de mi hijo a fin de entender mejor su problema para apoyarlo en su tratamiento. A su vez podré asistir a una plática informativa sobre nuevas técnicas para el manejo de este síntoma.

5. Beneficios posibles del estudio.

El estudio tiene bajo riesgo, ya que sólo se me harán preguntas sobre lo que pienso y creo, sin embargo ante ello me pudiera poner nervioso, en caso de que suceda seré acompañado y ayudado por la doctora que me realiza las preguntas, para poder tranquilizarme

6. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Si mi hijo y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos podremos en contacto con la Dra. Ma. Ma. Elena Márquez Caraveo a la cual puedo contactar en el siguiente correo electrónico: marquezmalena@yahoo.com.mx o en el teléfono: 5536672161 y en caso de no contactarla, con la Dra. Angélica Romero Ramírez, pudiendo preguntar contactar con ella en el siguiente correo electrónico: angelik_f00@hotmail.com o en el siguiente celular 4422702282 preguntando por ella en el servicio de enseñanza o urgencias en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro.

7. Derecho a retirarse del estudio.

Mi hijo y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica futura. Si deseo retirar a mi hijo del estudio sería importante notificarlo a la Dra. Angélica Romero Ramírez, para que no esto no afecte los resultados de la investigación.

8. Confidencialidad.

La información obtenida de las encuestas se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hijo y las mías pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue su identidad. Autorizo que la información pueda ser mantenida y procesada en una base de datos en una computadora.

Firmas del Consentimiento Informado

He leído la información anterior y se me ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente acepto participar en este estudio. Mi propia firma a continuación indica que mi hijo ha dado su aprobación para participar en este estudio.

Nombre y firma o huella del participante

Fecha

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

Fecha

Nombre y firma de la investigadora

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Asentimiento Informado

1. Título de la investigación.

Diferencia entre las distorsiones cognitivas entre padres de escolares y adolescentes con enuresis primaria y secundaria.

2. Justificación y objetivos de la investigación.

Mi padre y/o madre y yo hemos sido invitados a participar voluntariamente en una investigación para estudiar lo que mi madre/padre o los dos, piensan debido a que continuo mojando la cama. Lo que ellos crean se comparará con lo que piensan los papás de otros niños que les pasa lo mismo que a mí.

3. Procedimientos del estudio.

Fui valorado en el Hospital Psiquiátrico infantil, se me abrió expediente y se realizó el diagnóstico de enuresis primaria o secundaria. Para fines de la investigación autorizo que el doctor me realice las preguntas de un cuestionario llamado K-SADS-PL, el cual tiene la finalidad de confirmar mi diagnóstico. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico.

4. Beneficios posibles del estudio.

El estudio no tiene costo alguno para nosotros y el beneficio es que recibiré una valoración adicional a través de la cual se conformará mi diagnóstico y se valorará la posible presencia de algún otro padecimiento.

Se me dará información sobre mi padecimiento y nuevas técnicas que mis padres y yo podemos seguir para tratarlo.

5. Riesgos posibles del estudio.

Debido a las preguntas que se me puedan realizar, me pudiera poner nervioso, en caso de ser así la doctora estará conmigo y me ayudará a poder calmarme.

6. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Si mis padres y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo a la cual puedo contactar en el siguiente correo electrónico: marquezmalea@yahoo.com.mx o en el teléfono: 5536672161 o en caso de no contactarla, con la Dra. Angélica Romero Ramírez, en el siguiente correo electrónico: angelik_f00@hotmail.com o en el teléfono 55738406.

Si en algún momento ya no quiero participar en el estudio, lo puedo abandonar sin que esto afecte el trato hacia mi o mis familiares en este hospital.

Confidencialidad.

La información obtenida se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue mi identidad o la de mis padres. La información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Asentimiento Informado

He leído la información anterior y se me ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente acepto participar en este estudio.

Nombre y firma o huella del participante

Fecha

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

Fecha

Nombre y firma de la investigadora

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Anexo 5. Carta de aprobación del Comité de Investigación

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Oficio: DI/CI/811/0512
Asunto: Asunto: Aprobación
México, D.F., a 25 septiembre de 2012.

Acuse

DRA. ANGÉLICA ROMERO RAMÍREZ
P R E S E N T E


Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Distorsiones cognitivas en padres de escolares y adolescentes con enuresis y su relación con la adherencia al tratamiento*", registrado en esta División de Investigación la clave IT2/14/0612, para obtener la diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, ha sido **Aprobado**.

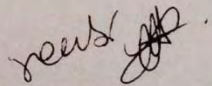
Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:


- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de noviembre del año en curso con firma de sus tutores, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y formato de registro de pacientes de su investigación.
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Presidenta de la Comisión de Investigación.


25 Sep 2012

Recibi Original
06 Dic 2012


C.c.p Registro de productividad del HPIDJNN
Archivo.

Anexo 6. Carta de aprobación del Comité de Ética En Investigación.

 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

22 de Agosto del 2013

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN


DRA. ANGÉLICA ROMERO RAMÍREZ
PRESENTE

A través de la presente, comunico a usted que el comité de ética en investigación ha evaluado el protocolo titulado "Distorsiones cognitivas en padres de escolares y adolescentes con enuresis y su relación con la adherencia al tratamiento", con clave IT2/14/0612 en donde usted aparece como investigador principal ha sido aprobado sin modificaciones.

Tengo bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y la finalización del estudio, así como de entregar por escrito un informe final.



Atentamente
Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández
Secretario del Comité de Ética en Investigación



C.c.p.
Comité de Investigación HPIJNN
Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844