



1122694
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

EN EL S. S. VIENAFUEZ NOROCCIDENTE

Estudio del Paciente Emuncatorio y su
Dinámica Familiar

TESIS

Profesional para obtener la Especialidad
de Medicina Familiar

PRESENTA:

DR. MARIO MURRIETA POMARES

Nalapan-Enríquez, Ver.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997

~~1985~~



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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

1



HOSP. GRAL. DE ZONA NO. 11
SECRETARIA DE EDUCACION
MEDICA E INVESTIGACION

ESTUDIO DEL PACIENTE ENURETICO Y SU DINAMICA FAMILIAR.

CCN AMOR, CARINO Y RESPETO A:

MI PAPA Y MAMA

MIS HERMANOS

Y

GABY

QUIENES HAN INFLUIDO POSITIVAMENTE EN MI VIDA.

A S E S O R:

DR. JOSE GARCIA LOPEZ

I N D I C E

- I. OBJETIVO.**
- II. INTRODUCCION.**
- III. MATERIAL Y METODO.**
- IV. RESULTADOS.**
- V. DISCUSION.**
- VI. CONCLUSIONES.**
- VII. ANEXOS.**
- VIII. BIBLIOGRAFIA.**

I. OBJETIVO:

**ANALIZAR LAS CARACTERISTICAS DEL PACIENTE ENURETICO
Y LAS RELACIONES CON SU DINAMICA FAMILIAR.**

II. INTRODUCCION

La enuresis se puede definir como la descarga involuntaria de orina en una edad cuando el control de esfínteres debería estar presente, en ausencia de anomalía neurológica o urológica. Feldman sugiere considerar enuresis cuando se presentan micciones involuntarias dos o mas veces por semana en niños mayores de cinco años. La Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos señala como requisito micciones involuntarias dos veces al mes para etiquetar al evento como enuresis (1,2,6).

Los estudiosos de este problema han encontrado una prevalencia semejante en los trabajos realizados, reportando un 15 a 20% en niños de cinco años de edad; el 5% en los diez años y el 2% a los doce años de edad (1,2,3,5,8).

Existe una gran diversidad de factores predisponentes de la enuresis y hasta el momento no se ha determinado con exactitud la causa en el retardo en el control de esfínteres. Así tenemos que autores como Harper y Rider encuentran como factores predisponentes el bajo peso al nacer, el sexo masculino y la raza negra. Así como también la variación intercultural encontrando diferencias entre judíos, europeos y africanos (1). Otros autores como Feldman considera que el problema tiene su origen en un modelo biológico (enfermedades neurológicas y urológicas), un modelo psicoanalítico (ideas de ansiedad de castración, pobre autoestima y oscuras relaciones familiares) y un modelo conductual que se refiere a que la enuresis es una conducta anormal aprendida por lo que la conducta normal es ignorada -

(2). Anupan es otra investigadora que señala aspectos importantes relacionando la enuresis con problemas sociales, ambientales y hereditarios y hace hincapié en el ambiente familiar como factor predisponente de la enuresis funcional encontrando que el 81% de los niños enuréticos han experimentado como mínimo un trauma personal o ambiental en el mes que precedió al inicio de la enuresis; tales como separación de los padres, enfermedad y hospitalización de un miembro importante de la familia (3).

Contrariamente a lo anterior expuesto, Weir realizó un trabajo en un barrio de Londres estudiando el desarrollo emocional e intelectual de los niños, reportando que no hay evidencia de asociación entre enuresis y los stress sociales, emocionales y físicos (7).

En nuestro medio la población de cinco a catorce años de edad representa potencialmente un número importante en la demanda de consulta diaria y en estas etapas del desarrollo del niño, en donde se presentan patrones conductuales cuya alteración o ausencia nos sirven de indicadores de la interacción del niño con su ambiente familiar. Por lo tanto la enuresis nos está reflejando el resultado de desordenada reactiva consecuencia de una falta de ajuste entre un tipo particular de personalidad infantil y la forma en que los padres responden a él. De ahí la importancia de que el Médico Familiar se interese en estos problemas para que proporcione orientación a los padres y tratamiento adecuado a los pacientes enuréticos.

Se ha observado que se descuida la salud mental del—

niño, abocándose el Médico Familiar a tratar únicamente la patología orgánica. Desde este punto de vista, tenemos como resultado que ante un problema de enuresis, nos conformamos con que el niño y su familia se encarguen del asunto por su cuenta y regrese si el problema persiste en la adolescencia sin interesarnos la actitud y la manera de encarar el problema por parte de los padres, desconociendo el efecto y las repercusiones que sobre los integrantes de la familia tiene, pudiéndose desencadenar actitudes hostiles-favorecedoras de otras alteraciones conductuales. Por la misma responsabilidad del Médico Familiar reconocer y tratar la enuresis para adoptar las medidas terapéuticas necesarias en cada caso en particular. Para lograr esto se requieren de estudios que nos presenten un panorama claro del problema; realizar una adecuada exploración de la familia y de sus distintos subsistemas, con la finalidad de detectar este tipo de problemas y poder establecer la relación de enuresis con un ambiente familiar disfuncional y la idiosincrasia de las familias mexicanas. Desgraciadamente en México no existen estudios que nos marquen un punto de partida para el conocimiento de la enuresis y su relación con las alteraciones en la dinámica familiar. De ahí el intento de realizar este trabajo, partiendo de la siguiente hipótesis: "las alteraciones en la dinámica familiar guardan estrecha relación con la presencia de enuresis".

III. MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo histórico. El universo estuvo constituido por los pacientes enuréticos que se captaron en la consulta externa de la CHGZ y MF no. 11-IMSS, Xalapa, Ver. Para establecer la contrastación se formó un grupo control por muestreo aleatorio probabilístico y utilizando el método al azar.

Se consideraron como criterios de inclusión: niños -- mayores de cinco años de edad y adolescentes sin importar el sexo ni nivel socioeconómico; enuresis mínima una vez a la semana pudiendo ser nocturna o diurna y primaria o secundaria. Primaria cuando en ningún momento ha habido control de esfínteres. Secundaria cuando después de un período de seis meses de control de esfínteres, se presenta la enuresis.

Los criterios de exclusión seleccionados fueron: patología urinaria, patología neurológica y malformaciones congénitas.

El trabajo constó de las siguientes etapas: 1. recolección de la información del mes de septiembre al de diciembre de 1984, utilizando como fuentes: ficha de identificación del paciente, expediente clínico, entrevista domiciliaria utilizando como base el familiograma. Los estudios de laboratorio de apoyo fueron examen general de orina y urocultivo. 2. Elaboración de la información utilizando la clasificación triaxial de la familia de la Universidad de Hawai (anexo). También se utilizó escala cualitati-

va, clasificando los datos por medio de escalas de asociación, presentándolos con cuadros tetracóricos y gráficas de barras separadas. 3. Análisis e interpretación de datos por medio de la frecuencia y exposición de casos y controles.

IV. RESULTADOS

Nueve pacientes enuréticos fueron captados en la etapa de recolección de la información, los cuales constituyeron el universo a estudiar. Por lo tanto igual número de niños no enuréticos fueron tomados por el método elegido para formar el grupo control. De los nueve casos, siete correspondieron a la CHGZ y MF no. 11 IMSS Xalapa, Ver. y dos a clínicas periféricas de donde fueron canalizados por otro padecimiento diferente a la enuresis. Con respecto al sexo el 55% fueron del sexo masculino y el 44% del sexo femenino. Los tipos de enuresis encontrados fueron: 100% de enuresis nocturna, siendo el 44% de tipo primario y el 55% del tipo secundario. Con respecto a la edad de los pacientes, el 77% correspondió a niños de cinco a nueve años de edad. El 11% a niños de diez a doce años de edad y el 11% a niños de trece años o más (ver cuadros I y II).

Con respecto a la tipología familiar se encontraron los siguientes datos: el 66% de las familias correspondieron a nivel socioeconómico medio y el 33% al nivel socioeconómico bajo. Igualmente el 66% de las familias fueron urbanas y el 33% pertenecieron al área rural. El 77% de las

familias fueron de tipo nuclear y el 22% de tipo extensa. Las fases en las que se encontraron las familias estudiadas fueron en expansión el 33%; en la fase de dispersión el 44% y en la fase de independencia el 22%. En el apartado de integración de la familia, el 44% se ubicó como semi integrada y el 55% como desintegradas. Los trastornos en las funciones esenciales de las familias fueron en el área afectiva en el 100% de los casos; el 77% en el área de cuidado y socialización en el 22% de los casos.

En comparación con las familias controles se encontró un marcado contraste ya que en éstas no se detectó ningún caso de desintegración familiar. Las alteraciones en las funciones esenciales de la familia fueron en menor proporción. El 22% de las familias con carencia en el área afectiva y el 55% con alteraciones en el área de cuidado y socialización. En otros apartados no se encontró diferencias significativas en comparación con las familias de los casos; ya que también predominó en los controles el nivel socioeconómico medio con 77%. El 100% de las familias controles pertenecieron al área urbana. Y dentro de las etapas de las familias se encontró que la mayoría también se ubicaban en las fases de expansión, dispersión e independen-cia (ver cuadros III y IV).

El análisis de las disfunciones familiares en base a la clasificación mencionada en material y método aportó los siguientes resultados: en la primera etapa del desarrollo de la familia, el matrimonio no planeado se detectó en

77% de los casos y 33% en los controles. El embarazo no deseado en un 55% en los casos y 22% en los controles y la dependencia económica se detectó en un porcentaje de exposición de 22% y 55% para los casos y controles respectivamente (ver cuadro V).

En la segunda etapa del desarrollo de la familia las disfunciones encontradas con mayor frecuencia fueron: la alianza entre los subsistemas en un 58% en los casos y 33% en los controles; bloqueos en la comunicación 55% en los casos y 33% en los controles. Subsistemas rígidos se encontraron en un porcentaje de exposición de 44% en los casos y 22% en los controles. Por último en la transposición de roles se encontró un mismo porcentaje de exposición de 44% tanto en los casos como en los controles (ver cuadro VI).

En la tercera etapa del desarrollo de la familia las disfunciones familiares fueron más significativas en cuanto a la calidad de ellas, no así en el porcentaje de exposición, encontrando un 44% de separación en los casos y 0% en los controles; 33% de alcoholismo en los casos, no existiendo en las familias controles. La infidelidad se presentó en 55% de los casos y 33% en los controles (ver cuadro VII).

Más adelante en el apartado de la discusión se harán los comentarios respectivos a estos resultados.

Cuadro I

Frecuencia de enuresis por edad y sexo
CHGZ Y MF No 11 IMSS Xalapa, Ver.

EDAD	SEXO		Total
	Masc.	Fem.	
5-9 a.	33%	44%	77%
10-12 a.	11%	----	11%
13-+ a.	11%	----	11%
Total	55%	44%	100%

Cuadro II

Frecuencia de enuresis nocturna por sexo
CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

SEXO	Enuresis Nocturna		Total
	Primaria	Secundaria	
Masculino	33%	22%	55%
Femenino	11%	33%	44%
Total	44%	55%	100%

Cuadro III

Características tipológicas de las familias
con y sin paciente enurético.

CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

FAMILIAS	Nivel Socioeconómico			Urbana	Rural	Nuc.	Ex.	EC.
	Alto	Medio	Bajo					
Casos	---	66%	33%	66%	33%	77%	22%	---
Controler	11%	77%	11%	100%	---	66%	22%	11%

Cuadro IV

Características tipológicas de las familias
con y sin paciente enurético.

CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

FAMILIAS	FASES			INTEGRACION			FUNCIONES ALTERADAS		
	Exp.	Dis.	Ind.	I	SI	DI	Afec.	Cui.	Soc.
CASOS	33%	44%	22%	---	44%	55%	100%	77%	22%
CONTROLES	33%	55%	11%	100%	---	---	22%	55%	55%

Cuadro V

Exposición a la influencia de la disfunción familiar de enuréticos y sanos.
CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

Pacientes	Matrimonio no planeado	Embarazo no deseado	Dependencia económica
Enuréticos	77%	55%	22%
Sanos	33%	22%	55%

Cuadro VI

Exposición a la influencia de la disfunción familiar de enuréticos y sanos.
CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

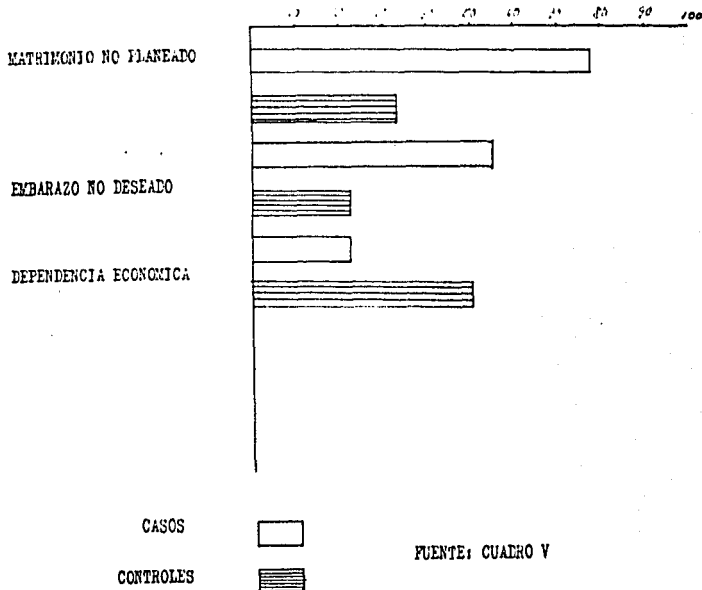
Pacientes	Alianzas Subalternas	Transposición roles	Subsistemas Rfidos	Bloqueos Comunicación
Enuréticos	88%	44%	44%	55%
Sanos	33%	44%	22%	33%

Cuadro VII

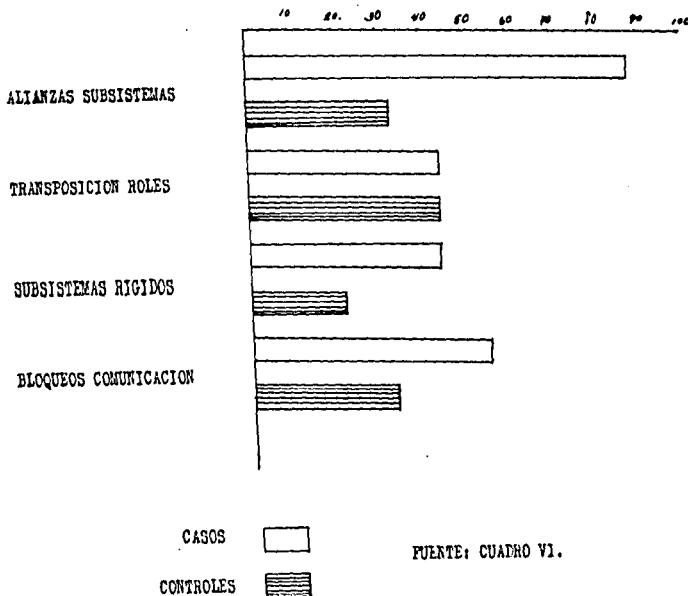
Exposición a la influencia de la disfunción familiar de enuréticos y sanos.
CHGZ Y MF No. 11 IMSS Xalapa, Ver.

Pacientes	Divorcio	Alcoholismo	Infidelidad
Enuréticos	44%	33%	55%
Sanos	0%	0%	33%

GRAFICA I
 PORCENTAJE DE EXPOSICION DE ENURETICOS Y SANOS
 A LA DISFUNCION FAMILIAR

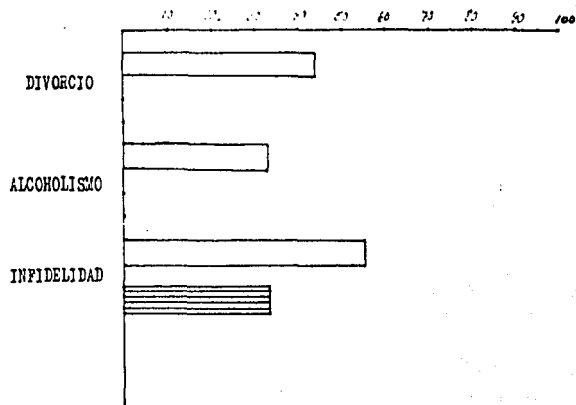




GRAFICA I I
 PORCENTAJE DE EXPOSICION DE ENURETICOS Y SANOS
 A LA DISFUNCION FAMILIAR



ESTA TRABAJO NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

G R A F I C A I I I
 PORCENTAJE DE EXPOSICION DE ENURETICOS Y SANOS
 A LA DISFUNCION FAMILIAR



· CASOS 
 CONTROLES 

FUENTE: CUADRO VII

V. DISCUSION

El efectuar el presente trabajo me brindo la oportunidad de explorar la familia, lo que pocas veces o nunca se realiza en el consultorio de medicina familiar a nivel institucional. Tradicionalmente el estudio de las familias -- dentro de las grandes instituciones m3dicas ha sido responsabilidad de los trabajadores sociales y, en un contexto diferente, de los psiquiatras y psic6logos. Lenta y gradualmente los hospitales han cambiado sus actitudes o p6liticas hacia la familia, tratando de profundizar en el conocimiento y utilizaci3n de las reciprocas influencias familia-paciente, m3dico-paciente y m3dico-familia-sociedad. Con ello se trata de alcanzar una comprensi3n integral de los aspectos saludables y patol3gicos, tanto del propio paciente como de su familia. La interacci3n familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patolog3a es claramente f3sica. Es un hecho de observaci3n com3n que todos los problemas f3sicos tienen un impacto psicol3gico en el ni3o y su familia. Y no se puede negar que en la enuresis hay factores emocionales ligados a la interacci3n familiar que frecuentemente perpet3an el problema.

Sabemos de la dificultad para cuantificar las conductas, las cuales consideradas como atributos, pueden influir de manera positiva o negativa en las respuestas que se esperan de los miembros de una familia y que por lo tanto

es necesario valerse de reglas, parámetros, clasificacio--
nes, criterios, etc. para poder plasmar en números la mag--
nitud de una disfunción familiar. Esto trae como consecuen--
cia que los resultados obtenidos desde el punto de vista --
estadístico, no reflejan lo captado en una entrevista, la--
cual nos permite percibir otros elementos que nos dan una--
idea más clara de la dinámica familiar como por ejemplo to--
no de voz, gestos, discusiones, etc.

Las disfunciones familiares elegidas en la etapa pri--
maria del desarrollo de las familias, y que se consideró --
su relación estrecha con alteraciones en la dinámica fami--
liar y por lo mismo con hijos enuréticos, nos hablan de si--
funciones difíciles en las que las parejas de esposos no --
han asimilado el compromiso de la vida en común y no se p~~o~~
nen de acuerdo respecto a las funciones que a cada uno co--
rresponden y esperan uno del otro satisfacciones que no --
van a tener, convirtiéndose el hijo en el elemento dativo--
en donde esperen satisfacer todas sus demandas de cariño, --
afecto y comprensión. Así, continuando con el desarrollo --
de las familias, en una segunda etapa, en una dimensión --
seccional, encontramos disfunciones familiares que por sí--
solas requerirían de un trabajo por separado por la tras--
cendencia de ellas. Vemos que la transposición de roles es
un fenómeno frecuente en nuestra cultura en donde el hijo--
mayor desempeña funciones parentales. Es importante identi--
ficar los subsistemas dentro de la estructura familiar. Ac--
tualmente el médico se aboca únicamente al subsistema ma--
dre-hijo dentro del programa de control del niño sano y --

descuida otros en los que se generan disfunciones que repercuten en toda la familia como los bloqueos en la comunicación en el subsistema parental, alianzas entre padres e hijos y la violación de los límites lo que hace a un subsistema rígido o difuso. En este estudio no se identificaron subsistemas difusos los cuales se piensa existen en familias con trastornos psicofisiológicos. En un tercer eje-nivel de estudio de la familia se engloban disfunciones que determinan por sí solas el rompimiento del sistema familiar.

Es importante mencionar que no existe la familia sin problemas y no existe una definición de normalidad familiar universalmente aceptada, es útil tener presente que en la dinámica familiar hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los otros miembros.

VI. CONCLUSIONES

- I. Los resultados encontrados demostraron que las disfunciones familiares están estrechamente relacionadas con la presencia de enuresis en los hijos, lo que acepta la hipótesis planteada en el trabajo.
- II. La exploración de la familia a través del famiograma es uno de los instrumentos más importantes que permite realizar un análisis de la dinámica familiar para el estudio de cualquier patología, ello permitió cumplir con el objetivo trazado previamente.
- III. Los porcentajes que arroja el presente estudio coinciden con los reportados en trabajos previos en otros países, esto con respecto a las características de la enuresis. Es importante comentar que los resultados con respecto a las disfunciones familiares no se pueden comparar con otros trabajos, ya que no los hay reportados en la bibliografía.
- IV. Las disfunciones que con mayor frecuencia se relacionaron con la enuresis son aquellas que corresponden a los subsistemas dentro de una etapa secundaria en la historia de la familia.
- V. Las disfunciones familiares que se ubican al principio y al final en la historia de la familia, se encon

traron en menor proporción, lo cual no le resta importancia por la trascendencia de ellas.

- VI. Con el presente trabajo no fué posible establecer un modelo único de familia estereotipada que se relacione con la existencia de hijos enuréticos.

VII. CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA

- Eje I. Aspectos del desarrollo de la familia**
- A) **Disfunciones del desarrollo**
 - 1. Disfunción familiar primaria
 - 2. Disfunción relacionada con la crianza
 - 3. Disfunción relacionada con la educación
 - 4. Disfunción de la familia madura
 - 5. Disfunción de la familia que se contrae
 - B) **Complicaciones y variaciones del desarrollo**
 - 1. Familia interrumpida
 - 2. Familia de un solo padre
 - 3. Familia reconstruida
 - 4. Familia crónicamente inestable
- Eje II. Disfunciones en subsistemas familiares**
- A) **Disfunciones en el subsistema conyugal**
 - 1. Disfunción marital complementaria
 - 2. Disfunción marital conflictiva
 - 3. Disfunción marital dependiente
 - 4. Disfunción por falta de vinculación
 - 5. Disfunción por incompatibilidad
 - B) **Disfunción en el subsistema padre-hijo**
 - 1. Reacción ante uno de los padres
 - 2. Reacción ante uno de los hijos
 - 3. Disfunción en la relación padre-hijo
 - 4. Disfunciones triangulares
- Eje III. Disfunciones de la familia como sistema**
- A) **Disfunciones estructurales y funcionales**
 - 1. Familia de bajo rendimiento
 - 2. Familia excesivamente estructurada
 - 3. Familia patológicamente integrada
 - 4. Familia desvinculada
 - 5. Familia desorganizada
 - B) **Disfunciones sociales**
 - 1. Familia socialmente aislada
 - 2. Familia socialmente desviada
 - 3. Familia con tema especial

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Doleys M.D. Jeffrey D. Control de esfínteres y enuresis. *Pediatr Clin North Am.* 1982 Abr; 29(2): 297-310.
2. Feldman W. Nocturnal enuresis. *Can Med Assoc J.* 1983 - Jan; 128(2): 114-6.
3. Anupam, et al. Enuresis. *Am Fam Physician.* 1982 May; - 5(5): 203-7.
4. Roy P. Enuresis. *Austr Fam Physician.* 1983 Jul; 12(7): 539-41.
5. Harold J., et al. Childhood enuresis. Important points in assessment, trends in treatment. *Postgrad Med.* 1983 Jul; 74(1): 111-9-
6. Saucedo G. Enuresis funcional. *Rev Med IMSS.* 1982 Nov-Dic; 20(6): 686-8.
7. Kirk W. Night and day wetting among a population of -- three years olds. *Dev Med Child Neurol.* 1982 Aug 24(4): 479-84.
8. Semitt D. Incontinencia urinaria durante el día. *Pediatr Clin North Am* 1982 Feb; 29(1): 9-19.
9. Saucedo G y cols. III La exploración de la familia aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS, (Mex)* 1981 Mar-Abr; 19(2): 155-62.
10. Wen-Shing Tseng and Mc Dermott J. Triaxial Family classification. *Journal Of Child Psychiatry.* 1979 Winter- 8(1): 22-43.