



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

TITULO DEL TRABAJO

**ENURESIS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 79 DE PIEDRAS NEGRAS,
COAHUILA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FERMIN PEREZ ORTIZ

SEDE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79

AÑO

2006



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.

TITULO

ENURESIS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 79 DE PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FERMIN PEREZ ORTIZ

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

TÍTULO

**ENURESIS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 79 DE PIEDRAS NEGRAS,
COAHUILA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FERMIN PEREZ ORTIZ

AUTORIZACIONES:

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS**

**DRA. MARIA DEL SOCORRO LÓPEZ SILLER
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

AGRADECIMIENTO

A Dios que me permitió ser y llegar hasta este momento de mi vida, así como la guía que me dio y me dará para llegar hasta donde El me lo permita.

A mis Padres que con su esfuerzo y su ejemplo de trabajo y responsabilidad me dieron bases firmes para buscar cada día un crecimiento personal.

A mi esposa e hijas, por su comprensión y apoyo incondicional para seguir con mi carrera profesional.

A mis maestros, por los conocimientos que nos compartieron y que hicieron posible culminar una etapa más en ésta carrera al Servicio de la Humanidad.

A todos aquellos que colaboraron con sus consejos, orientación y apoyo en la elaboración de éste estudio.

A TODOS SIMPLEMENTE GRACIAS.

INDICE

Página

1.- Marco Teórico.....	7
2.- Planteamiento del Problema.....	21
3.- Justificación.....	23
4.- Objetivo General.....	25
5.- Objetivos Específicos.....	25
6.- Metodología.....	27
7.- Tipo de Estudio.....	27
8.- Población lugar y muestra.....	28
9.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra....	28
10.- Criterios de inclusión, exclusión, y eliminación.....	29
11.- Variables a recolectar.....	31
13.- Procedimientos para recabar la información.....	32

12.-	Consideraciones éticas.....	33
13.-	Resultados.....	34
14.-	Discusión de los resultados.....	37
15.-	Conclusiones.....	48
16.-	Referencias bibliograficas.....	49
18.-	Anexos.....	52

MARCO TEORICO

Es importante unificar criterios definitorios sobre el concepto de enuresis y sus tipos, ya que sólo de esta forma podremos valorar y comparar diferentes estudios epidemiológicos, hipótesis etiológicas y analizar diferentes tipos de terapias frente al mismo tipo de enuresis.(2)

En la actualidad el concepto más universalmente aceptado como enuresis se refiere a “una micción funcionalmente normal que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos cuatro veces al mes en niños que han cumplido los cinco años”.(3)

ENURESIS PRIMARIA. Es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo.(4)

ENURESIS SECUNDARIA. Es la que acontece tras un período de continencia previo de, al menos, seis meses de duración. Es en ésta es donde deberemos poner especial atención en investigar una posible causa orgánica o patológica responsable del síntoma.(4)

ENURESIS MONOSINTOMÁTICA. Es un concepto cada día más utilizado, siendo de por sí suficientemente descriptivo. La enuresis nocturna monosintomática presenta una prevalencia de patología urológica similar a la población general. Este tipo debería ser perfectamente asumible desde las consultas de atención primaria.(4)

ENURESIS POLISINTOMÁTICA O SÍNDROME ENURÉTICO. Es la que se acompaña de síntomas miccionales diurnos tales como polaquiuria, urgencia miccional, retencionismo. El síndrome enurético requerirá un estudio diagnóstico distinto y un tratamiento específico según su etiología.(4)

Habría que distinguir dos grandes grupos de causas como origen de la enuresis:

- No patológicas o funcionales.
- Patológicas.

NO PATOLÓGICAS

La enuresis primaria nocturna monosintomática (ENPM) representa más del 90% de los casos. En su génesis se valoran las siguientes posibles causas: (6)

VEJIGA PEQUEÑA. Un gran número de niños enuréticos presentan una vejiga pequeña, con incapacidad de almacenar toda la orina producida por la noche. Suelen ser niños con micciones diurnas frecuentes y que en ocasiones mojan la cama más de una vez en la misma noche.

INCAPACIDAD PARA RETRASAR LA MICCIÓN URGENTE. Hay una incapacidad para inhibir la contracción del detrusor tras el impulso inicial de orinar. Si a una vejiga pequeña se suma la dificultad para retrasar la micción, no da tiempo suficiente para despertarse una vez se produzca el llenado vesical.

SUEÑO PROFUNDO. Aunque se ha demostrado que los enuréticos tienen un patrón EEG igual al de los no enuréticos durante el sueño, muchos de ellos tienen un sueño muy profundo con un elevado umbral para el despertar ante un estímulo miccional nocturno.(6)

DEFICIENCIA NOCTURNA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH). A diferencia de lo que ocurre en niños que no presentan el problema, los enuréticos no incrementan la secreción de ADH durante el sueño lo que implicaría un aumento de la producción de orina por la noche y consecuentemente, el episodio enurético.(7)

HERENCIA. Ya se sospechaba que jugaba un papel trascendental si nos atenemos al importante porcentaje de antecedentes familiares existentes en este tipo de enuresis. Cuando los dos padres presentaron el problema, la posibilidad en los hijos es del 77%; si uno sólo de los padres fue el afectado, el porcentaje en los hijos disminuye al 45% y si no hay antecedentes familiares la incidencia es inferior al 15%. (8)

Recientemente, Eiberg ha descubierto que el gen responsable de la ENPM está localizado en el cromosoma 13 (13q). El tipo de herencia es autosómica dominante. Este gen es el responsable de los receptores vesicales implicados en la micción y del bajo nivel de ADH nocturna.

Así pues, la hipótesis etiopatogénica más admitida es la que bajo una evidente influencia genética determina una baja secreción nocturna de ADH. Ésta da lugar a un aumento en la producción de orina durante la noche, lo cual produce un sobrellenado vesical que da lugar al episodio enurético.

Existen diversos procesos que además de poder producir sintomatología específica pueden dar lugar a la aparición de una enuresis.(8)

SE PODRÍAN DESTACAR:

- Infecciones de vías urinarias.
- Uréter ectópico.
- Diabetes insípida y mellitus.
- Obstrucción uretral.
- Encopresis (estreñimiento).
- Vejiga neurógena o inestable.

En ellas, en general, el motivo del diagnóstico es habitualmente más elocuente que una enuresis monosintomática.(9)

La enuresis puede producirse también como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional en la vida del niño: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares más importantes (separación de los padres...). Parece como si el niño presentase síntomas regresivos en demanda de mayor atención.(9)

En las causas patológicas se requerirá la actuación multidisciplinar de: pediatras, urólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajador social, según los casos. Es evidente que si sospechamos una vejiga neurógena, tengamos que solicitar la intervención del urólogo para un correcto diagnóstico urodinámico y el correspondiente tratamiento específico. Si lo que se sospecha es un conflicto familiar de suficiente entidad como causa generadora de enuresis requeriremos la ayuda del psiquiatra-psicólogo y trabajador social.(10).

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción

familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.⁽¹⁰⁾

Como todos bien sabemos, en el segundo año de vida, el niño adquiere el dominio de sus esfínteres anal y uretral. La condición de base para que este dominio se establezca en la maduración nerviosa. Pero este hecho no es solamente una adquisición de tipo automático, sino una experiencia compleja que implica muchos hechos:

- Las sensaciones y la posibilidad de acrecentar la sensación.
- El dominio voluntario de los músculos esfinterianos estriados que permiten al niño retener o evacuar sus heces a voluntad.
- El manejo que el entorno realiza, puesto que en esta edad las conductas de evacuación se socializan.
- El niño debe responder a las leyes biológicas del desarrollo y a las sociales. A esta edad los adultos

exigen un dominio esfinteriano en condiciones precisas como la hora y el lugar.

Lo anterior permite comprender que el manejo de los esfínteres puede ser el síntoma privilegiado de una dificultad relacional con el entorno y de un conflicto intrapsíquico que se puede traducir en una enuresis, que puede ser severa, constituyéndola como síntoma que pertenece a la clínica psicósomática, puesto que son manifestaciones que traducen, expresan y modulan, a nivel del cuerpo del niño, cierto tipo de relación con la madre o con el padre.⁽¹¹⁾

EXPLORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILAR

1. Actitud de la madre hacia el funcionamiento de la actividad anal del niño

En el papel de la madre se observa que la relación con su hijo está centrada en las micciones que éste hace o no hace, dándole un lugar a la micción, no como una necesidad del niño o una actividad cotidiana más, sino como el centro de sus interacciones con éste, lo cual muestra una intrusión en la actividad anal del hijo; es ella quien debe ver los contenidos de la deposición, quien le habla de la hora en que debe ir al baño, quien constatará si lo que hizo corresponde a lo que tomo, etc.

Se observa en los discursos de las madres que la euresis del niño adquiere un carácter público, pues los miembros de la

familia entran a formar parte de esta forma de relación. Ellos opinan, constatan, están pendientes del momento en que el niño entra al baño, analizan y comparan, alterando la necesidad de privacidad del niño. Esta intrusión de la madre y de los diferentes miembros de la familia altera el desarrollo normal del niño, puesto que el momento de la micción es una situación íntima, la cual es asumida y significada por cada individuo en particular. Esta intimidad es de gran importancia para el desarrollo psicosexual del niño, pues en ese momento se organizan aspectos como la autonomía, el control sobre el propio cuerpo y la separación de la madre, quien hasta el momento tenía el control sobre el cuerpo del niño.⁽¹²⁾

En la actitud de algunas madres se observa la necesidad de imponer la retención o una eliminación a intervalos regulares cuando el niño aún no está listo para comprender la demanda que se le hace; Lo grave de estas prácticas es que se le pide al niño realizar algo que el organismo no puede asumir aún. Lo que la madre obtiene, al colocarlo en la bacinilla cada dos horas, son micciones automáticas, lo cual en un primer tiempo no debe darse, sino que las deposiciones deben darse en un clima relacional en el cual el niño pueda investir la eliminación y la retención, con el displacer o el placer que supone con el efecto particular que la retención-expulsión produce.⁽¹²⁾

2. Significado del hijo en el psiquismo de las madres

El lugar que la madre da a su hijo en su psiquismo y el significado que él adquiere para ella depende en gran medida de la manera como ella organizó su identidad femenina en sus relaciones parentales. En el discurso de las madres se puede analizar el significado que tienen el hijo para ellas:

Los discursos reflejan que desde antes del nacimiento del niño, él ya tiene un significado en la vida psicológica de las madres, y se traduce en las formas de relación que establecen con su hijo. El niño llena un vacío en la vida de la madre; desde su nacimiento tiene la función de llenar la creencia afectiva de la madre, por lo tanto él viene a cumplir el papel de objeto que satisface los deseos de la madre.

Las madres manifiestan una preocupación por la dependencia del niño, desean un hijo disciplinado para lo cual programan todas sus actividades, proponen en sus prácticas de crianza formas que permitan potencializar la independencia de su hijo para el momento en que sus padres ya no estén con él, etc. Este constante control sobre las actividades no permite la autonomía que buscan en su hijo, y temían asumiendo las responsabilidades de él y solucionan todos los conflictos que deben enfrentar. Como consecuencia permiten que su hijo se vaya organizando de manera débil y dependiente, con lo cual se descubre la agresión que hay hacia su hijo como persona, pues hay un deseo inconsciente de oponerse a su crecimiento e independencia, de manera

que lo convierten en objeto para poder asumirlo como parte de ellas y llenar su vacío afectivo.⁽¹²⁾

3. El rol del padre

Culturalmente se reconoce que el padre tiene el rol de socializador e instaurador de la ley, la dinámica familiar, le permite al niño la separación de la madre y la diferenciación como sujeto distinto de ella; cuando el padre no logra situarse como un tercero en la relación madre-hijo, el niño pierde la posibilidad de reasegurar su búsqueda de nuevas posibilidades y de organizar los aspectos simbólicos de su cultura así como de establecer formas de relación sanas en las que logre situarse como sujeto distinto frente a los otros.⁽¹³⁾

En el discurso de las madres el padre aparece como una persona frágil en el cumplimiento de su rol, ya sea porque lo definen como un padre ausente afectivamente, o en el otro extremo, autoritario o condescendiente. Se observa con marcada frecuencia cómo las madres desconocen la autoridad del padre frente a los hijos, de manera que lo excluyen de la relación con éstos.

Excluir de manera inconsciente al padre de la relación con los hijos es un deseo marcado de las madres quienes ven a su hijo como el objeto que llena su carencia afectiva. Lo que realmente importa a estas madres en la vida familiar es el hijo, de manera que las características que buscan en el

cónyuge o genitor en su ausencia o pocas cualidades para enfrentar su paternidad, con el fin de obtener beneficios como el de establecer una relación dual con su hijo que las colme y gratifique.

Observemos ahora el papel de los padres en relación a su rol en la dinámica familiar:

Los padres mismos muestran su fragilidad frente a la relación con sus hijos, de manera que él mismo contribuye a la exclusión que se analizó arriba en la relación con la madre. Los padres limitan su papel a unos pocos aspectos en la dinámica familiar, como el económico y el educativo, reconociendo su carencia en los ofrecimientos que hace y mostrando su incapacidad para manejar un tiempo y un espacio mayor para interactuar con sus hijos.⁽¹³⁾

Es interesante como estos padres buscan que sea la madre quien les reconozca un lugar en la relación con sus hijos, los padres saben que tienen derechos y deberes frente a sus hijos, pero no tienen la suficientes autonomía y fortaleza para asumir el rol que desean y responsabilizarse de la palabra que les corresponde como instauradores de la ley, de manera que sus hijos pierden la posibilidad de separarse de la madre y continúan en una relación dual con ella.⁽¹³⁾

4. Manejo de la autoridad

Para los padres es difícil asumir su función de instaurador de la ley en la dinámica familiar. Temen agredir a los hijos,

maltratarlos o dañarlos, y deteriorar las pocas relaciones de afecto al ser portadores de las normas. Esta confusión se ve alimentada por las madres, quienes temen a los castigos que ofrece el padre, dándoles connotaciones de agresión y violencia frente a los hijos; así los padres rehúsan su función y prefieren ponerla en manos de la madre.

Las madres también presentan dificultades para manejar las normas de manera clara y se sitúan en relación a su hijo bajo dos sentidos, por un lado no ofrecen límites de ningún tipo a los comportamientos de su hijo, y por otro lado, ejercen la autoridad con marcado autoritarismo. En el primer caso, es el hijo quien pone las condiciones, manteniendo comportamientos de manipulación, en tanto que el niño no tiene claridad del lugar que ocupa en la familia, cuáles son las normas que lo rigen y a qué aspectos educativos debe acceder, como es el caso del control esfinteriano, lo que va en detrimento del desarrollo de su autonomía. En el segundo caso, con el autoritarismo de la madre, las normas se dan de manera agresiva, tanto que el niño debe cumplirla minuciosamente, sin permitírsele diferenciar sus deseos frente a las cosas y los límites que debe tener en cuenta para interactuar en su medio.

Detrás de esta incapacidad de los padres en ofrecer las normas a su hijo, existen en la madre dificultades para separarse de su hijo y permitirle otras formas de relación en las que un tercero tenga cabida. Quien enriquecería la organización del niño como sujeto? Incluir normas

exteriores no es fácil para las madres, pues exige la separación de sus hijos y brindarles pautas que les permita independizarse de ellas; es en este sentido, que el padre no cumple con su función de tercero y regulador de las relaciones, por una parte la madre lo excluye, y por otra, el mismo padre es frágil en la asunción de su rol.⁽¹³⁾

5. Organización del niño en relación a la dinámica familiar

Las mayores dificultades en las adquisiciones que el hijo debe lograr por si mismos se encuentran en las formas de relación que los padres instauran con él. Los discursos dan cuenta del excesivo control que la madre maneja con su hijo, ellas aluden que esto se debe a las dificultades del niño en aspectos como la alimentación y horarios de sueño, en donde el niño no puede prescindir de su presencia. Inicialmente las madres ubican en el niño estas dificultades, mostrando que son ellos quienes tienen miedo y desean dormir con ellas por las noches, o quienes no desean ir al baño solos, rebelándose en últimas, que el deseo y el apego proviene realmente de las madres, pues son ellas quienes no remiten al niño a asumir sus propias responsabilidades.

De acuerdo con el discurso de las madres, sus hijos son incapaces de asumir responsabilidades y adquisiciones por si mismo, sin prescindir de la atención de ellas; pero el discurso revela que son ellas quienes no dejan asumir a sus

hijos las cosas que les corresponden, no los dejan enfrentar el mundo ni les permiten manejar sus propios miedos.

En relación al niño se observa una gran dificultad para actuar independiente de la madre, con un espacio propio y una claridad en sus necesidades, gustos, deseos y responsabilidades; el niño no logra asumir una organización autónoma de su vida, pues tanto la madre como el padre no son referencias que le ayuden a sentir confianza por sus actos y a manejar sus asuntos diferenciados de los padres, razón por la cual permanece atrapado en el deseo de estos. La madre por un lado, se hace indispensable para el niño en todo momento, dando lugar a una relación en la cual el niño exige cada vez más su presencia y la obliga de diferentes maneras a estar pendiente de él; en las actitudes de las madres se observa la ambigüedad de la situación, por un lado manifiestan una gran insatisfacción pues perciben que él puede hacer las cosas por sí mismo y que la están utilizando. Por otro lado, en esta queja se observa cierto goce, pues muestran todo lo que son capaces de hacer por sus hijos, actitud que los desvaloriza al no situarlos para que ellos asuman sus propias capacidades y responsabilidades en diferentes situaciones. El padre en su actitud de ausencia o fuerte autoritarismo, no permite al niño diferenciarse de la madre y situarse como un sujeto distinto a quien le toca asumir una vida propia con todas las responsabilidades que esto implica.

Es así como el niño responde con una falta de compromiso consigo mismo y con las actividades que debe realizar. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se sabe que la enuresis puede producirse como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional en la vida del niño: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares más importantes (separación de los padres...). Parece como si el niño presentase síntomas regresivos en demanda de mayor atención.⁽⁹⁾

Por tal motivo nos dimos a la tarea de ir mas allá del síntoma como tal , ya que una de las preocupaciones son las consecuencias que puede tener en la funcionalidad familiar la presencia de un niño con enuresis. Actualmente no se conocen estadísticas que nos orienten en que forma la alteración de la funcionalidad familiar influye en el desarrollo de la enuresis, o en que forma la enuresis puede hacer funcional o no a una familia. Por ello es importante, ya que en la consulta de Atención Primaria, el médico tiene dificultades para la toma de decisiones y muy especialmente para discernir cuáles son los pacientes que presentan un problema familiar y requerirán un enfoque familiar. Para realizar estas nuevas tareas se necesita contar con instrumentos de trabajo que permitan acercarse a la familia para conocer su estructura, aprender a analizar sus sistemas de comunicación y de relación, su organización interna y las pautas de comportamiento de sus miembros así como tener

la capacidad de permitir poner en marcha modificaciones de la conducta y especialmente estrategias de cambio familiar. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿CÓMO ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES CON ENURESIS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 79?

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila están adscritos 11 681 niños entre 5 y 10 años de acuerdo a la pirámide de Población por tipo de derechohabiente del Sistema de Información de Medicina Familiar del año del 2006, encontrándose solo 40 niños diagnosticados con Enuresis, lo cual representa un 0.337%

A pesar de que la enuresis es un problema de alta prevalencia en la población infantil en los Estados Unidos de Norteamérica donde Nelson menciona un 12%, en nuestra población estudiada se encontró 6 veces menor.

Se contó con una participación de 8 personas para la realización de dicho estudio, así como los recursos suficientes para descartar enfermedades orgánicas tales como laboratorio(examen general de orina y urocultivos) , ultrasonido y el apoyo del departamento de urología en aquellos niños que se sospechaba enfermedad orgánica, una vez descartada ésta se incluyeron en el estudio.

El niño enurético con frecuencia se ve sometido a reproches, incomprensiones, burlas por parte de los hermanos y ocasionalmente a castigos. Todo ello crea en él inseguridad, malestar, se siente diferente a los demás con lo que desarrolla una idea negativa de sí mismo “pierde la autoestima”. Esta imagen junto a la tensión familiar repercutirá en el desarrollo de su futuro comportamiento.

Son niños que pueden presentar una falta de motivación escolar, timidez, aislamiento social, etc

Por lo que él medico familiar es el único profesional de la salud que atiende a pacientes y familias en una estrecha relación que a menudo se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, y no solo le incumbe la familia como unidad, si no la relación entre las personas que la integran, y es de suma importancia la relación que existe entre cada miembro de la familia, pues cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder , y en los que aprende habilidades diferentes, es por ello que el estudio de estos subsistemas familiares es de gran importancia debido a que la alteración en uno de ellos, puede ocasionar patologías infantiles como es la ENURESIS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la funcionalidad familiar en los niños con Enuresis de la Unidad de Medicina Familiar no.79 de Piedras Negras, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los subsistemas familiares existentes y determinar ALTERACIÓN de los mismos en la enuresis de los niños de la Unidad de Medicina Familiar No.79.
2. Evaluar la funcionalidad familiar en el niño enurético de la Unidad de Medicina Familiar No.79. a través de encuestas, así como aplicación de los instrumentos de evaluación APGAR Y FACES III.

3. Analizar roles, vínculos y comunicación familiar como factores desencadenantes de la enuresis en los niños de la Unidad de Medicina Familiar No.79.

4. Determinar la tipología familiar en los niños enuréticos de la Unidad de Medicina Familiar No.79.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional.

Retrospectivo

Transversal.

Estudio descriptivo.

Abierto.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

En el Sistema de Información de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar N° 79, reportó 40 casos de enuresis en niños entre 5 y 10 años de edad en el periodo comprendido entre marzo del 2005 al 31 de marzo del 2006.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De los 11861 niños entre 5 y 10 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila. El Universo de trabajo lo constituyeron las 40 familias de los niños enuréticos pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 y se trabajo con la totalidad de ellas, se utilizo como método estadístico el análisis

porcentual y la prueba de media mediana y moda de acuerdo al paquete estadístico SPSS 10.

A) CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS:

Pacientes que cursen con enuresis entre 5 Y 10 años de edad, que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No 79 de Piedras Negras Coahuila , sin patología de vías urinarias.

B) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes enuréticos de ambos géneros, entre 5 y 10 años de edad.

Que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No.79.

Sin patología de vías urinarias.

C) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con alguna patología de vías urinarias durante el tiempo del estudio demostrado por clínica y por laboratorio.

Pacientes que cambien de Unidad de Adscripción.

D) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que desarrollen patología de vías urinarias durante el tiempo del estudio comprobado tanto por clínica como por estudios de gabinete.

Pacientes que no acudan a sus consultas una vez diagnosticados como enureticos por mas de dos meses durante el tiempo del estudio.

VARIABLES A RECOLECTAR

1. Funcionalidad Familiar: Es el adecuado equilibrio cambiante y dinámico respecto a los elementos estructurales de la familia como sistema; como son roles, límites fronteras y vínculos, en los diferentes estadios por los que atraviesa la familia.

Olson (1993- 1997) A través del modelo circunflejo de los sistemas familiares, ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio del *FACES III, (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)*, el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: *cohesión, adaptabilidad y comunicación.*

Familia funcional aquella que cumple con las funciones del ciclo vital como son el cuidado, el afecto, reproducción, socialización y estatus.

2. Enuresis : es la micción involuntaria, por lo general en la noche, en niños mayores de 4-5 años de edad; tiene una frecuencia casi doble en los niños que en las niñas. Si el “goteo” durante el día no se debe a factores orgánicos, se debe sospechar una causa psicógena o algún tipo de problema familiar.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Una vez diagnosticados los pacientes enuréticos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se citaron a las familias de dichos pacientes a la consulta externa de medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila, las cuales fueron distribuidas en 8 consultorios, que correspondían a los 8 médicos familiares que apoyaron el presente estudio. A las familias de los pacientes enuréticos se les aplicaron los siguientes instrumentos de valuación: Historia Clínica Familiar, Genogramas , APGAR familiar así como la escala de FACES III junto con el modelo circunflejo. Los resultados obtenidos fueron analizados por el mismo personal medico colaborador, graficándose los resultados mediante el paquete de Office Excel, así como el uso de media y mediana y variación estándar de acuerdo al paquete estadístico SPSS 10.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Se trata un estudio de investigación de bajo riesgo el cual previamente fue autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud número 508, el 12 de Diciembre del 2005 con el número de registro R- 2005- 508- 10.

Se garantizó dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos , riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Se trata de un estudio que es factible, ya que se cuenta con la disponibilidad de los médicos que apoyaran este estudio, así como los recursos financieros que se requieren.

RESULTADOS:

De acuerdo a la edad de presentación de los niños enuréticos se encontró un 76% entre las edades de 5 y 6 años, un 16% entre las edades de 7 y 8 , y un 8 % entre 9 y 10 años de edad (anexo 2).

El género encontrado predominante fue el sexo masculino en un 61 % y el femenino en un 16%. (anexo 3)

El estado civil de los padres fue el casamiento en un 73%, le siguió en frecuencia el divorciado en un 8% y unión libre y solteros en un 8% respectivamente.(anexo 1)

De acuerdo a la tipología familiar predominó la familia nuclear en un 84%, la compuesta en un 8 % y la familia contraída en un 8%.(anexo 4).

Con respecto a la etapa del ciclo vital se encontró que el 100% de las familias estudiadas se encuentra en la etapa de dispersión (anexo 5).

La clase social que predominó fue la clase proletaria en un 82%, la clase media en un 13% y la clase alta en un 5% (anexo 6).

La ocupación de los padres fue predominantemente obrera en un 66%, profesionista se encontró en un 18% y con carrera técnica un 16%.(anexo 7)

De acuerdo a la valoración de las funciones familiares se demostró que el cuidado se cumple en un 41% , la reproducción se cumple en un 23%, la socialización en un 18% , el status se cumple en un 11% y el afecto solo se cumple en un 7% de las familias estudiadas.(anexo 8)

El subsistema familiar predominante fue el fraternal en un 37%, el subsistema parental en un 36% y el subsistema conyugal en un 27%. (anexo 9).

La persona que ejerce el poder es la madre en un 65% y el padre en un 21%, y otros 11%. (anexo 10).

La forma de ejercer el control es mediante regaños en un 56%, consejos en un 39% y mediante castigo físico solo en un 5%. (anexo 11).

El tipo de comunicación predominante en el subsistema conyugal es la clara y directa en un 50%, la clara e indirecta en un 29% y la enmascarada en un 21% (anexo 12).

La comunicación parental fue instrumental en un 56% , clara y directa en un 39% y clara e indirecta en un 5%. (anexo 13).

De acuerdo a la valoración de la cohesión familiar se encontró que predominaron las familias no relacionadas en un 52%, las relacionadas en un 32%, y la familia aglutinada en un 8% al igual que la familia semirelacionada (anexo 14).

En la adaptabilidad familiar predominó la familia estructurada en un 45%, la familia rígida en un 24%, la flexible en un 18% y la caótica en un 13%.(anexo 15).

La evaluación del modelo circunflejo del FACES III se encontró que las familias estudiadas se encuentran balanceadas en un 53%, en un rango medio se encontró en un 39% y en un rango extremo en un 8%.

En cuanto a la evaluación de la funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR se encontró que las familias se encuentran funcionales en un 69%, en una disfunción leve en un 28% y con una disfunción moderada en un 1 %.

DISCUSIÓN:

Una vez analizados los instrumentos de evaluación se puede concluir que la funcionalidad familiar se encuentra afectada sobre todo en el subsistema conyugal y parental, así como en las funciones familiares.

Así podemos analizar que el estado civil de la pareja, no es un hecho al azar, ya que generalmente se da a través de una selección voluntaria, influida en cierto modo por el enamoramiento que por sus características. Son múltiples los motivos por los que un gran número de parejas deciden casarse o vivir juntas: atracción sexual o sentimental, deseo de independizarse de sus familias de origen; anhelo de procrear hijos, temor a la soledad o a la soltería.

En este estudio se encontró que la mayoría de las parejas con hijos enureticos se encuentran casados en un 73%, divorciados 11%, unión libre 8% y solteros en un 8%.

La Enuresis es la micción involuntaria, por lo general en la noche, en niños mayores de 4-5 años de edad; tiene una frecuencia casi doble en los niños que en las niñas. Si el "goteo" durante el día no se debe a factores orgánicos, se debe sospechar su uso como un síntoma negativo deliberado. Está presente en aproximadamente un 15 a 20% de los niños de 5 a 6 años.

Tiene una tasa de curación espontánea de un 15% anual después de los

5 años, llegando a ser en los adultos, sólo un 1%. Es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de

2:1. 1.(2)

En nuestro estudio se puede demostrar que la edad de prevalencia de la enuresis ocurrió en un 76% en la edad de 7-8 años, en un 16% en las edades de 5-6 años y en un 8% en las edades de 9-10 años, así también observándose mayor prevalencia en el sexo masculino 61% y en el femenino 39%. La tipología familiar es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global. Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida.⁽²⁶⁾

Así según su conformidad se definen los siguientes tipos de familia: nuclear, seminuclear, extensa, compuesta, múltiple, extensa modificada, y en el presente estudio el tipo de familia predominante fue la familia nuclear en un 84%, la cual se caracteriza por lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo un mismo techo ; compuesta en un 8%, aquí se incluyen otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes) ; Contraída en un 8%, esta se da por la muerte de uno de los cónyuges quien halla fallecido.⁽²⁶⁾. En cuanto a la clase social encontramos mayor porcentaje en la clase proletaria 82%, media en un 13% y

alta en un 5% y en cuanto a la ocupación se encontró mayor porcentaje de familias obreras en un 66%, profesionistas en un 18% y técnicos en un 16% .

El ciclo vital de la familia es un proceso que permite un desarrollo continuo en busca de un estado de perfección que nunca termina, por eso, solo puede definirse por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida, que van desde el nacimiento hasta cierto grado de madurez y la muerte, el ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros se va extendiendo. De ahí que se consideran cuatro etapas del ciclo vital las cuales son: Matrimonio, expansión, dispersión y etapa final (independencia y disolución).(28) Así encontramos que la etapa del ciclo vital que predomina en el presente estudio fue la etapa de dispersión en un 100% .(26)

En cuanto a las funciones de la familia se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización , el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones; fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas . En ningún caso debe contentarse

con satisfacer las necesidades biológicas, ya que eso no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas.⁽²⁸⁾ De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia pueden resumirse en las siguientes: Cuidado, afecto, reproducción, socialización y estatus, observándose en este estudio un cumplimiento del cuidado del 41%, un cumplimiento del afecto apenas del 11%, ya que este es muy importante para la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos, la reproducción cumplida en un 23%, la socialización en un 18% y el estatus solamente cumplido en un 7%. Estas funciones están estrechamente relacionadas, son independientes y se producen en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.⁽²⁸⁾

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus

integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.⁽²⁷⁾ Los principales en la estructura de una familia nuclear son: el subsistema conyugal el cual se encontró en un 27% de los casos estudiados, el subsistema parental en un 36% y el subsistema fraternal en un 37%. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Un papel familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que están involucradas otras personas u objetos. En un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese papel. Implica las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar ⁽²⁸⁾ de ahí que en el presente estudio se detectó que la persona que ejerce el control en el hogar es la madre en un 65%, el padre en un 24% y otros en un 11% y la forma de ejercer el control de dichos miembros es a través de regaños en un 56%, consejos en un 39%, y castigo físico en un 5%.

En cuanto a la comunicación en la familia esta forma parte de nuestros actos más importantes, por eso ha sido caracterizada como el aspecto más dinámico de la sociedad

humana. Por medio de ella expresamos nuestras ideas y sentimientos , manifestamos opiniones e interpretamos la vida. La comunicación se efectúa por medio de símbolos que pueden ser palabras, gestos o acciones, se refiere tanto a la conducción verbal como a la no verbal dentro de un contexto social dado y significa compartir; Implica además interacción e intercambio. Muchos de los problemas de comunicación se debe a la suposición de mucha gente de que las palabras usadas no tienen el mismo significado para otros que para ellas.(23) La comunicación evaluada en este estudio nos informa que la comunicación predominante en el subsistema conyugal es la clara e directa en un 50%, clara e indirecta en un 29% e instrumental en un 21%. Así tenemos que la comunicación parental es instrumental en un 56%, clara y directa en un 39% y clara e indirecta en un 5%. De ahí que la mala relación de comunicación entre padre e hijo influye en forma considerable en el desarrollo de patologías como en este caso tenemos a la enuresis. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular. Así en las familias disfuncionales, la comunicación afectiva es la primera en verse afectada, y en la medida en que el conflicto es mayor, es más factible que la comunicación se vuelva desplazada .(23)

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud enfermedad

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera, el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos.⁽²⁶⁾ La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico.

La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa, así como el grado de desarrollo del proceso de validación el cual, con frecuencia, no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso .(26) FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

FACES III, permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas(COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD)

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.(24)

La Cohesión Familiar tiene dos componentes:

1.- Los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros (Son los nexos familiares que los miembros establecen entre si).

2.- Y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

La Adaptabilidad Familiar:

Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas, de relación en respuesta al estrés situacional, y de interacciones en respuesta a una crisis.

Cada dimensión (cohesión y adaptabilidad) se subdivide en cuatro niveles:

La cohesión familiar va de la cohesión extremadamente baja a la cohesión extremadamente alta. Dentro de esta dimensión se toman en cuenta en liderazgo, el control y la disciplina fundamentalmente; (es decir, familia no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada).

La adaptabilidad familiar va de la adaptación extremadamente baja, a la extremadamente alta: (esto es, familia rígida, estructurada, flexible y caótica).

Combinando los 4 niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento: balanceado, medios y extremos.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.⁽²⁴⁾

En nuestro estudio de acuerdo al FACES III se muestra que el grado de cohesión en las familias estudiadas se encontró lo siguiente: No relacionada 52%, semirelacionada en un 8%, relacionada en un 32% y aglutinada en un 8%.

En cuanto a la adaptabilidad tenemos que se encontró una familia rígida en un 24%, estructurada en un 45%, flexible en un 13% y caótica en un 18%. Así adaptando la cohesión y la adaptabilidad de acuerdo al modelo circunflejo encontramos que a pesar de ser familias que viven un problema infantil como es el caso de la enuresis se encuentran balanceadas en un 53%, en un rango medio un 39% y en un rango extremo un 8%.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento "estático" de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. En realidad, la familia se

enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y hecha mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables, por ello el APGAR FAMILIAR ayuda de gran manera a medir el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. La adaptabilidad(adaptation): es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis. La Participación (paternership): capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones. El Crecimiento (growth): capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. El Afecto (affection): Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia . La Resolución (resolve): Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia, así podemos decir que una familia puede ser funcional o con disfunción leve, moderada o severa. Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en mas de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.(27)

En el presente estudio se encontró que existe una funcionalidad del 69%, una disfunción leve en un 28% y una disfunción moderada en un 3%.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se puede concluir que la cobertura de revisión fue de un 100%, que la enuresis corresponde a un 0.337% de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila. El género de presentación de la enuresis fue en el sexo masculino en un 68%, predominando en las edades de 7-8 en un 76%.

Al evaluar la funcionalidad familiar se encontró que las familias son funcionales en un 69%, encontrándose que las familias están balanceadas en un 53% , esto nos habla que tienen gran capacidad de adaptación y cohesión ante un evento paranormativo, y la capacidad que tienen de resiliencia, pudiéndose destacar que existen alteraciones en la funcionalidad familiar con respecto a las funciones familiares, encontrándose que el afecto es el mas alterado en los niños enuréticos en un 66%, así como el tipo de comunicación parental hacia ellos es principalmente instrumental en un 56%, pero a pesar de ello las familias son funcionales.

Por lo que es importante que el medico familiar conozca instrumentos de trabajo como es el Apgar familiar y el Faces III, que le ayuden a la toma de decisiones y en especial discernir cuales son los pacientes que presentan un problema familiar y que requieren un enfoque familiar, además que le permitan acercarse a la familia para conocer su estructura y aprender a analizar sus sistemas de comunicación y relación , su organización interna y las

pautas de comportamiento de sus miembros, así como tener capacidad de permitir poner en marcha modificaciones de la conducta y especialmente estrategias de cambio familiar

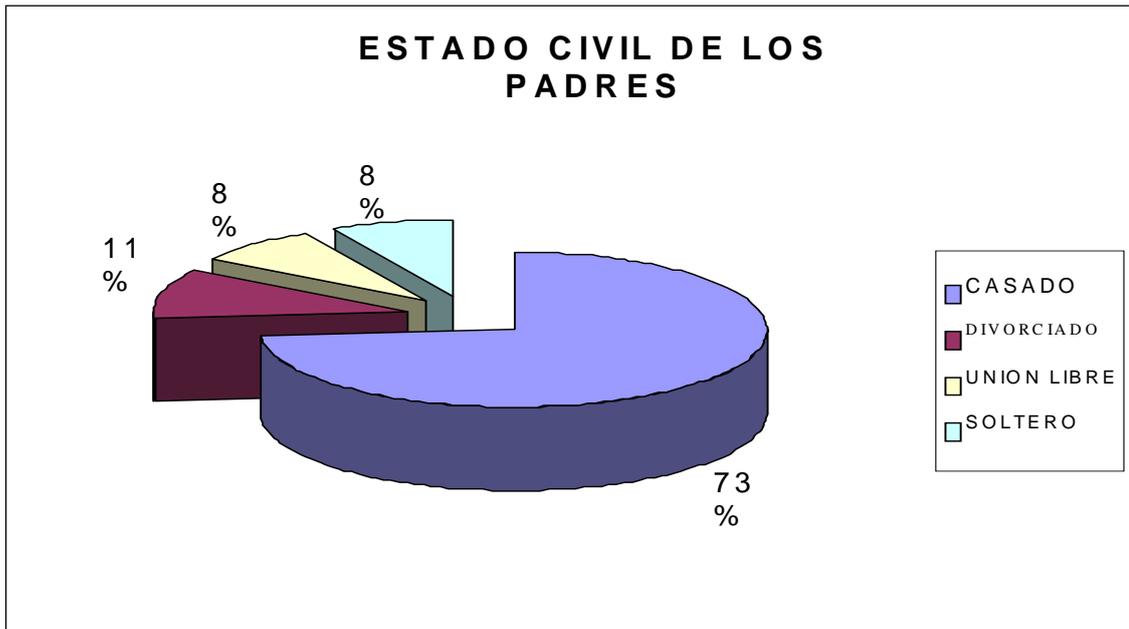
BIBLIOGRAFÍA

1. Henry K, Silver C, Henry Kempe, Henry B. Bruyn. Problemas emocionales. Manual de Pediatría. Manual Moderno; 14:189-190.
2. Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson Tratado de Pediatría, Vol. 1, 16 ED, Mc Graw Hill, 75.
3. Foyman B, Burciaga RR, Brook RH. Enuresis infantil, prevalencia, importancia que se atribuye a tratamientos prescritos. Pediatrics 1986; 21: 222-231.
4. Migueles C, Martín E, García N, García M, Galiano E. Quién es y quién no es enurético. Urol Integ Invest 1996; 1: 3-6.
5. Toro J. Enuresis causas y tratamiento. ED. Martínez Roca S.A. Barcelona,1997.
6. Sánchez M, Sánchez A. La enuresis en nuestro medio. Urol Integr Invest 1998; 1: 11-15.
7. Del Pozo J. Incidencia de la enuresis nocturna en España. Drug Farma, S.L. 1998.
8. Ferguson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Factores relacionados con la edad de abstención del control vesical nocturno. Pediatrics 1996; 22: 331-341.

9. Eiberg H, Berndt Y, Mohr Y. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to chromosome 13q. *Nature Genetic* 1995; 10: 354-356.
10. Luna MJ, Toro J. Trastornos psicopatológicos asociados a la enuresis. *Urol Integr INVEST* 1996; 1: 53-56.
11. Toro J. Aspectos psicológicos del niño enurético, entorno social. Serie monográfica Drug Farma S.L., 1999.
12. Eva C. Ritvo, Ira D. Glick. Terapia de pareja y familiar. Manual moderno, 1ª edición, 2003.
13. Irigoyen, Nuevos fundamentos de Medicina Familiar, editorial Medicina Familiar Mexicana, segunda edición, 2004.
14. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 1999, 13 (6): 591-5.
15. Álvarez M. Avances de la Familia actual. La Habana: ED. Academia 1998.
16. Báez Martínez JM. Enuresis nocturna en el niño: tratamiento actual. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1998; 4 (1): 85-91.
17. Mc Lorie GA. Incontinence and Enuresis. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. 1987; 34 (5): 1159-74.

18. Tizon, J y cols: Una investigación clínica sobre la enuresis funcional y sus protocolos terapéuticos. En : *Psiquiatría Pública*, volumen 6, número 5, Noviembre-Diciembre 1994, páginas 237-251.
19. Popper, C y Steingard, R: Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia. En Hales, Yudofsky y Talbott: *Tratado de psiquiatría*. Ancora, S.A, 1996
20. Marshall, S, Marshall, HH, Ujon, RD Enuresis' an analysis of various therapeutic approaches, *Pediatrics* 1973; 52:813-7.
21. Adolphi, Maurizio (1985). *Terapia Familiar*, México, Paidós.
22. Campanini, Annamaria y Luppi, Francesco (1991) *Servicio social y modelo sistémico, una perspectiva para la práctica cotidiana*, España, Paidós.
23. Cusinato, Mario (1992) *Psicología de las Relaciones Familiares*. Barcelona, Herder.
24. Olson D. *Circumplex model of marital and Family systems*. Ed. *Normal Family Processes*. New York/Londres. 1993.
25. Mendalie J. *Historia Clínica Familiar, base de datos, árbol Familiar y diagnóstico*. En: Mendalie J. Ed. *Medicina Familiar. Principios y Prácticas*. México. Limusa. 1997.
26. Taylor R. *Medicina Familiar. Principios y Práctica*. Barcelona. España. Doyma. 1991.

27. Chávez A. Instrumentos de Abordaje para el estudio integral de Salud Familiar. Rev. Méx. Medicina Familiar. 1997; 3:47-67.
28. Hennen B. La Familia como unidad de atención. En: Shires D, Hennen B. ed. Medicina Familiar. Guía Práctica. México. Mc Graw Hill. 1993.



ANEXO 1

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 3.5.

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 13.18.

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

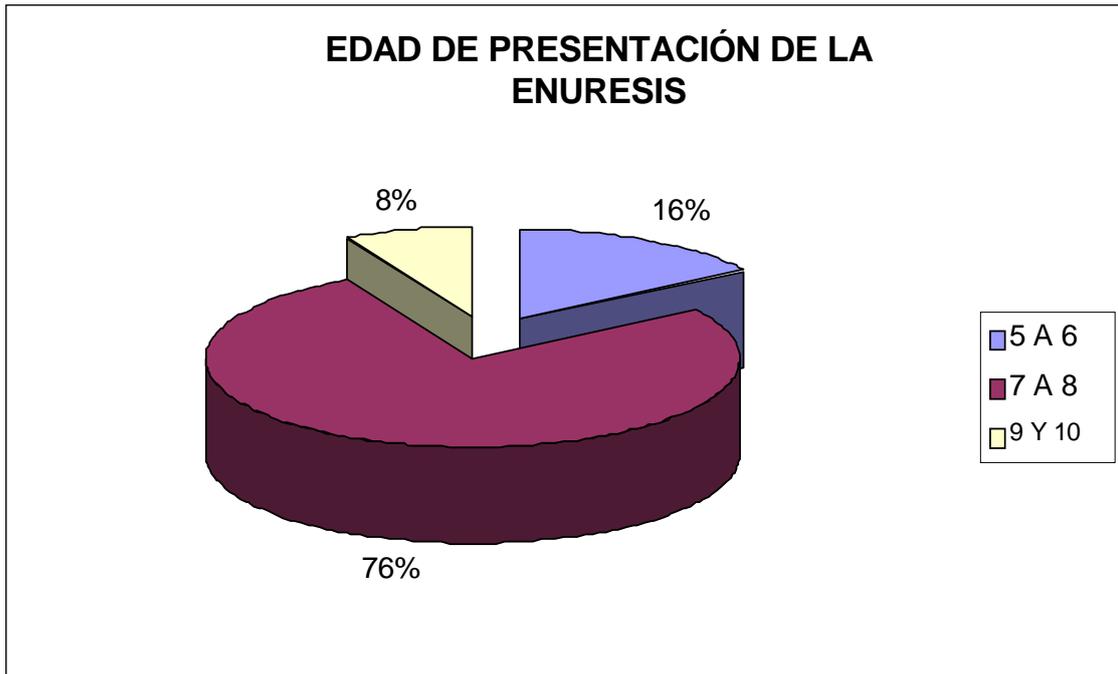
Coefficiente de variación Típica: 1.29.

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 941.

Mediana: 3.5



ANEXO 2

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.3

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 13.8

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

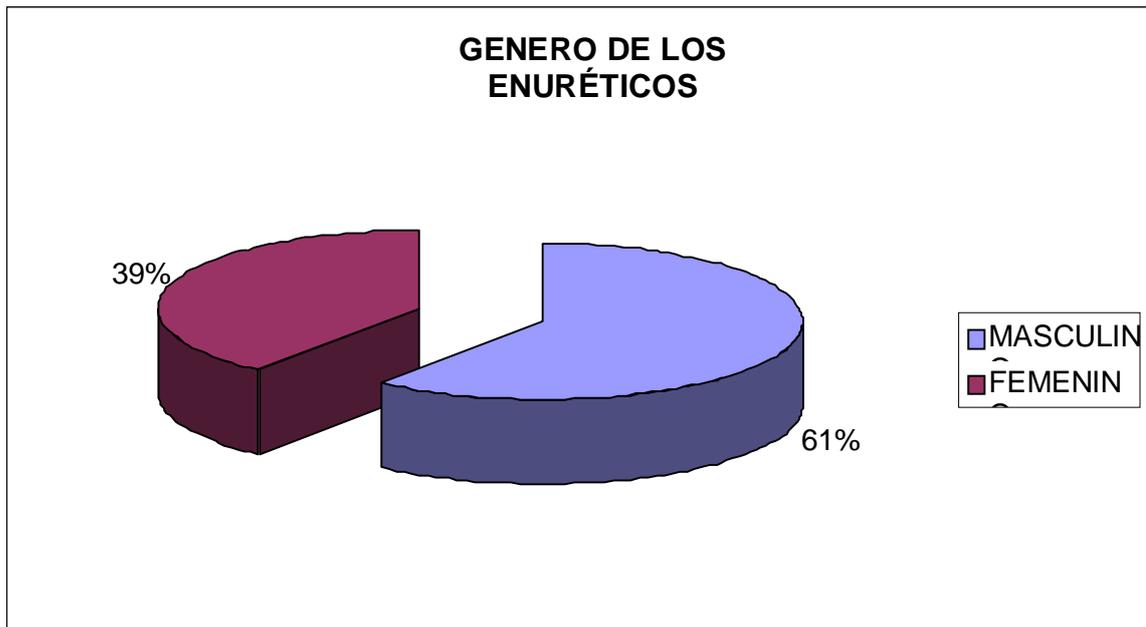
Coefficiente de variación Típica: 1.03

$$CV = \frac{s}{\bar{x}}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 914

Mediana: 3



ANEXO 3

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 20

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 7.07

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

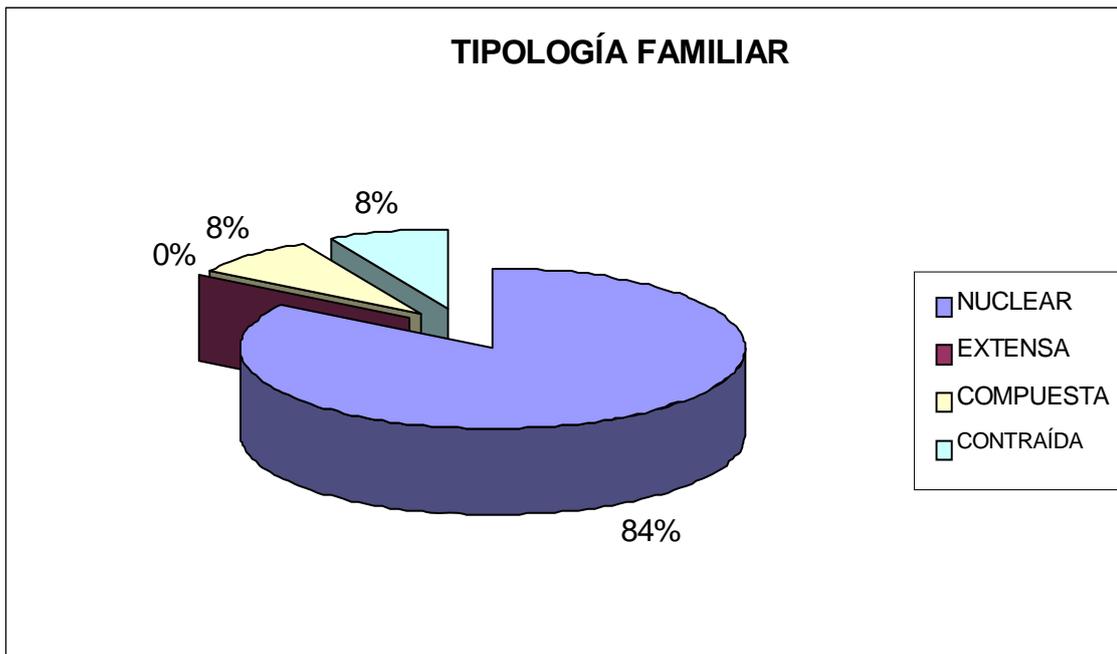
Coefficiente de variación Típica: 0.35

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 850

Mediana: 20



ANEXO 4

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.3

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 17.9

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

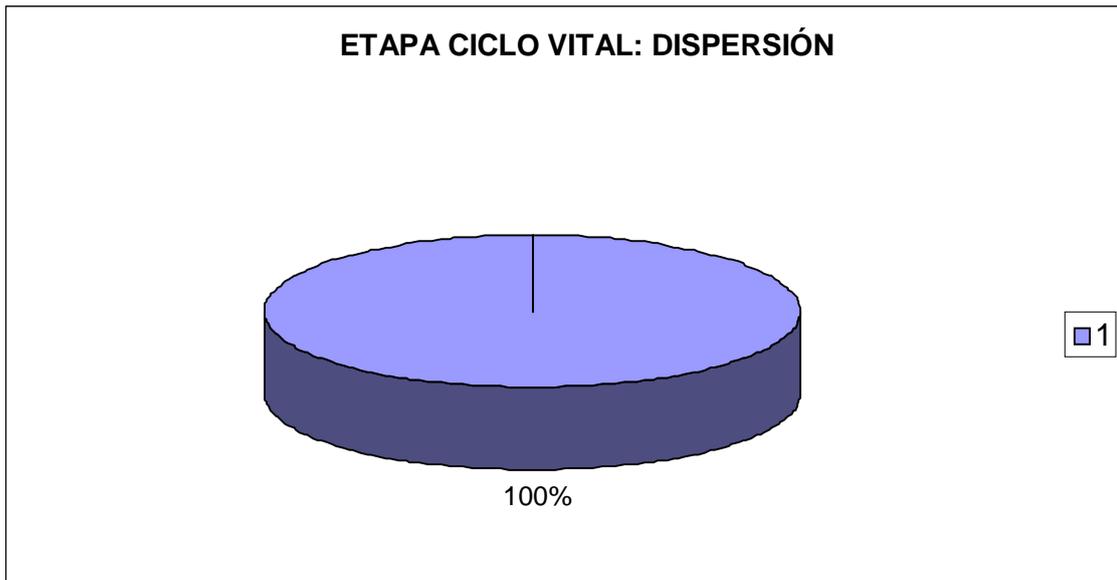
Coficiente de variación Típica: 1.34

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 1174

Mediana: 3



ANEXO 5

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 40

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: NaN

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

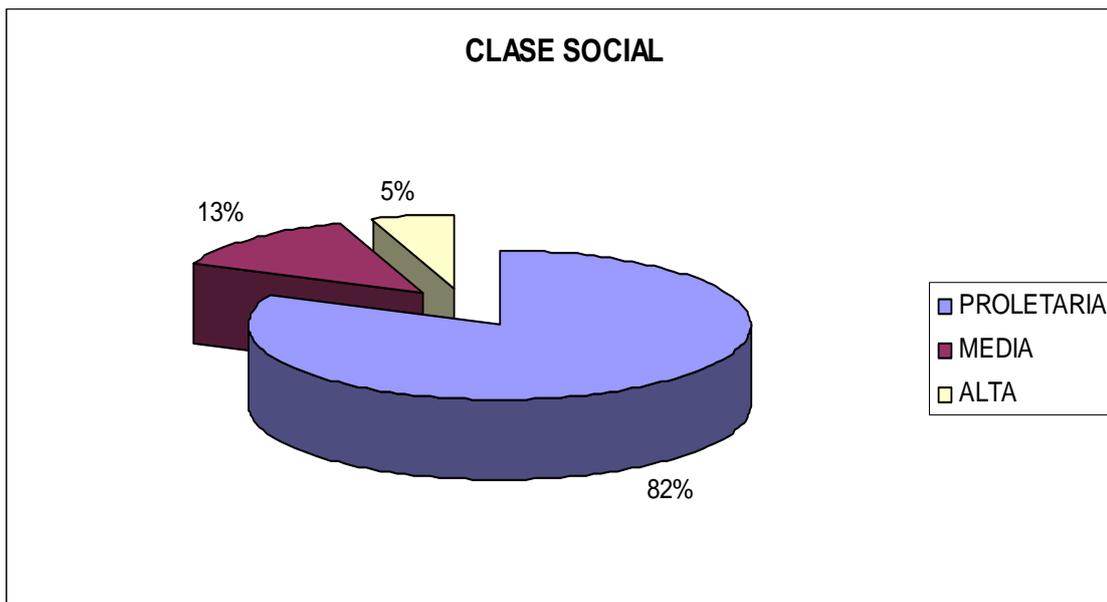
Coefficiente de variación Típica: NaN

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 1600

Mediana: 40



ANEXO 6

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 17.1

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

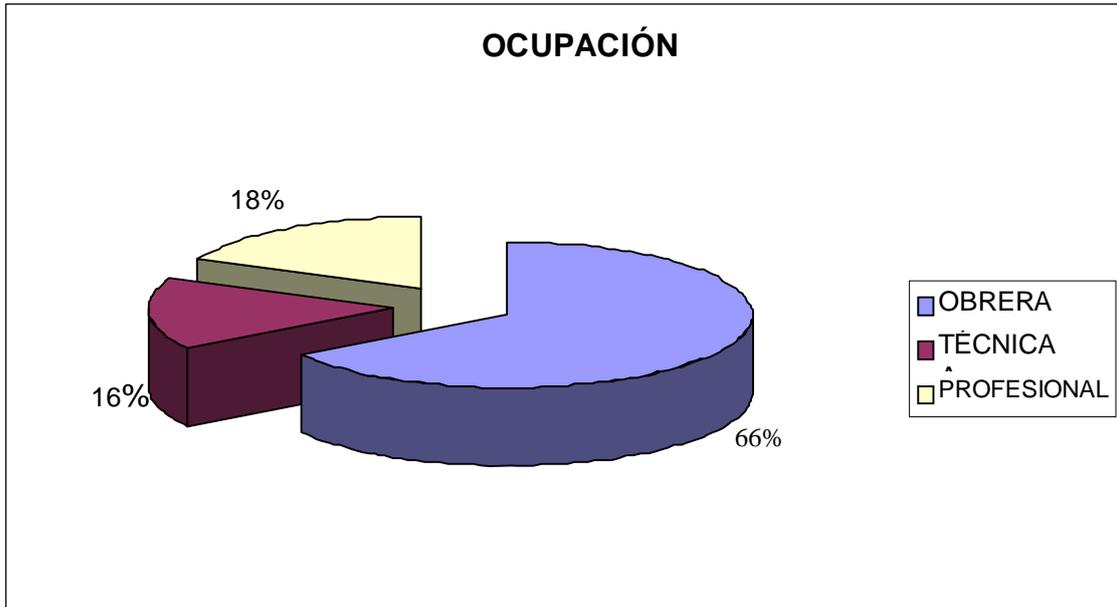
Coefficiente de variación Típica: 1.28

$$CV = \frac{s}{\bar{x}}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 1118

Mediana: 5



ANEXO 7

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.67

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i \cdot n_i}{n}$$

Desviación típica: 11.55

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 \cdot n_i}{n - 1}}$$

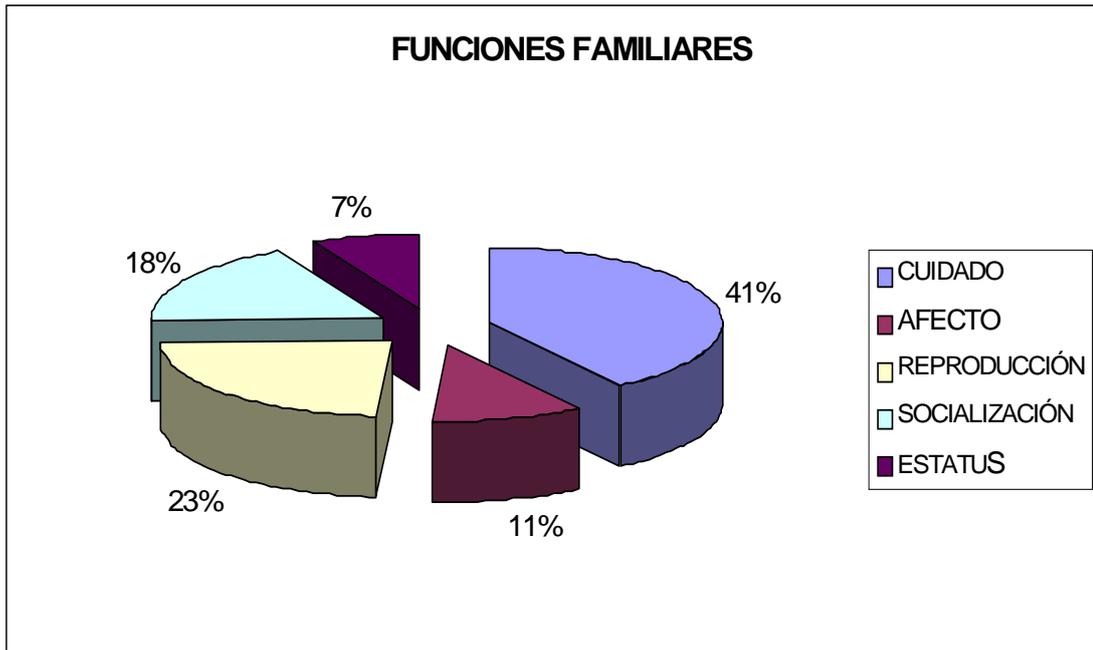
Coefficiente de variación Típica: 0.84

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 827

Mediana: 7



ANEXO 8

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 18.8

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 12.24

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

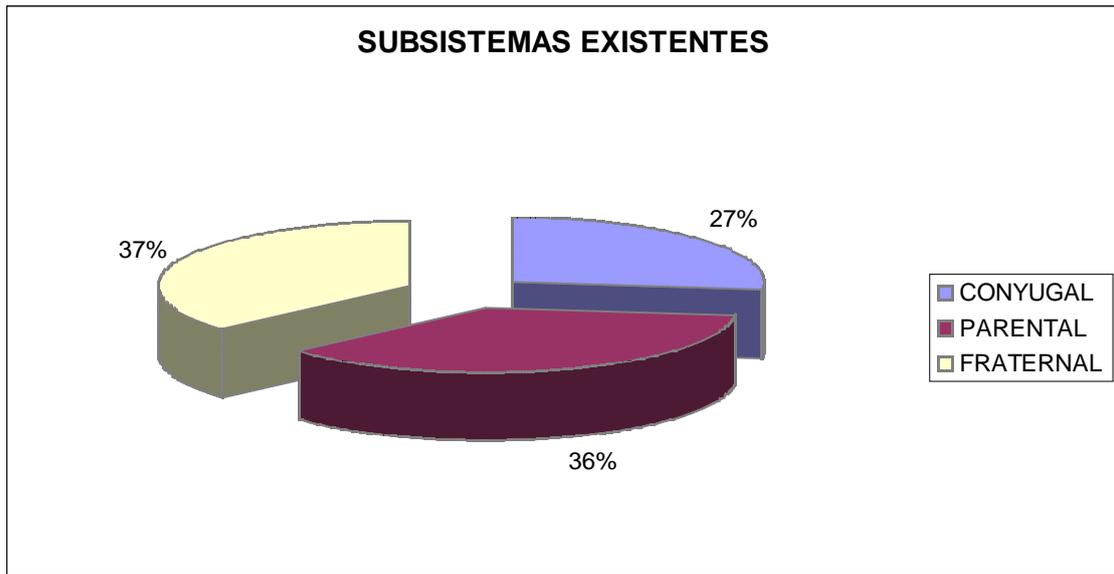
Coefficiente de variación Típica: 0.65

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 94

Suma xi 2 = 366

Mediana: 17



ANEXO 9

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 34.67

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 5.77

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

Coefficiente de variación Típica: 0.17

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi =104

Suma xi 2 = 3672

Mediana: 38



ANEXO 10

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 12.1

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

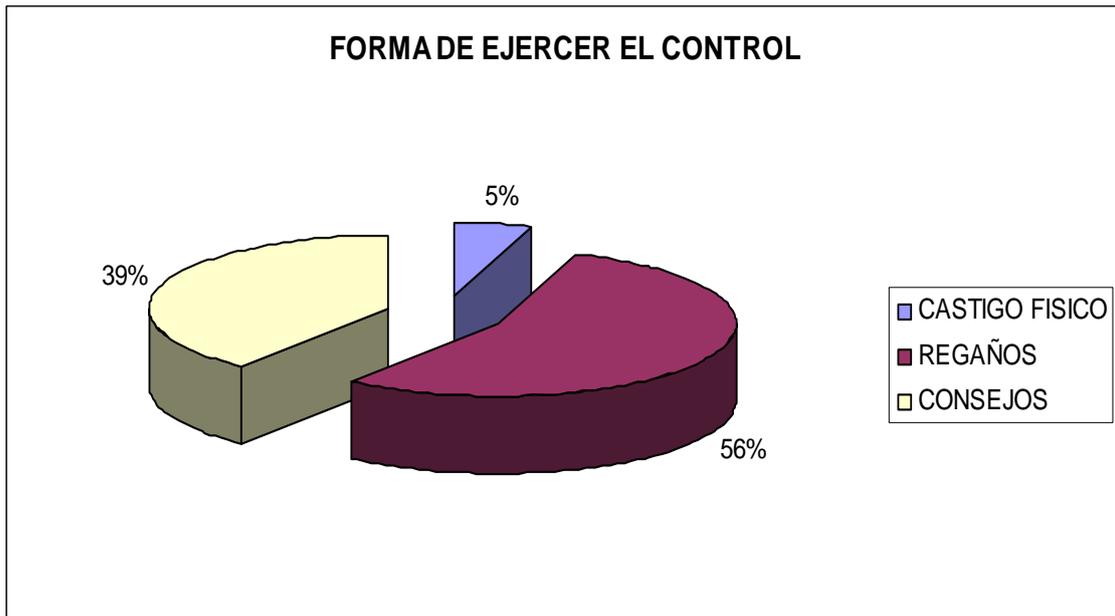
Coefficiente de variación Típica: 0.91

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 826

Mediana: 9



ANEXO 11

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 10.6

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n - 1}}$$

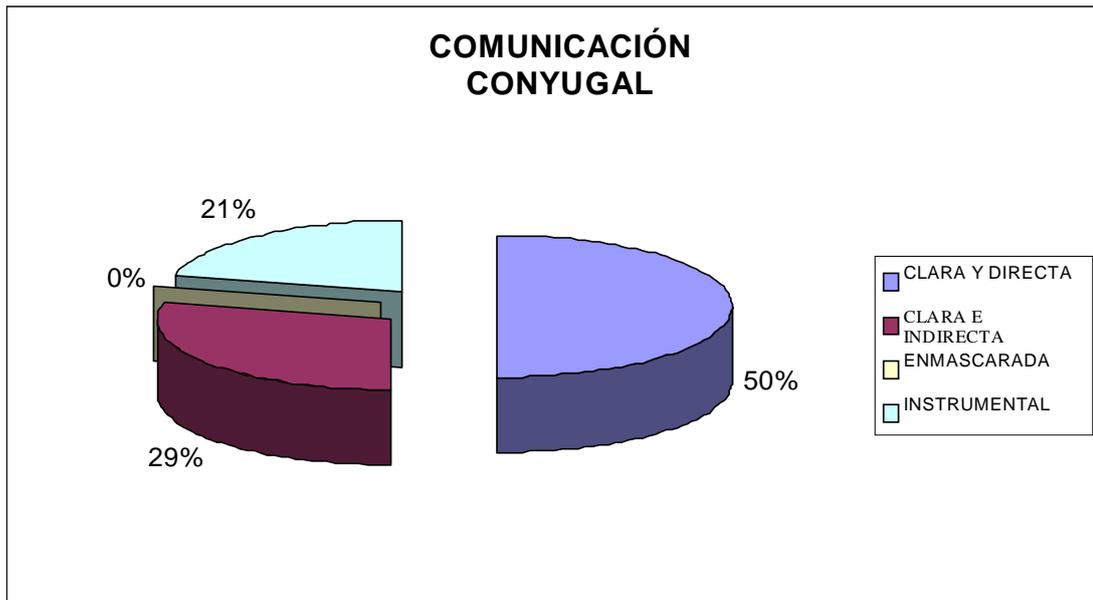
Coefficiente de variación Típica: 0.79

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 758

Mediana: 15



ANEXO 12

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 6.81

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

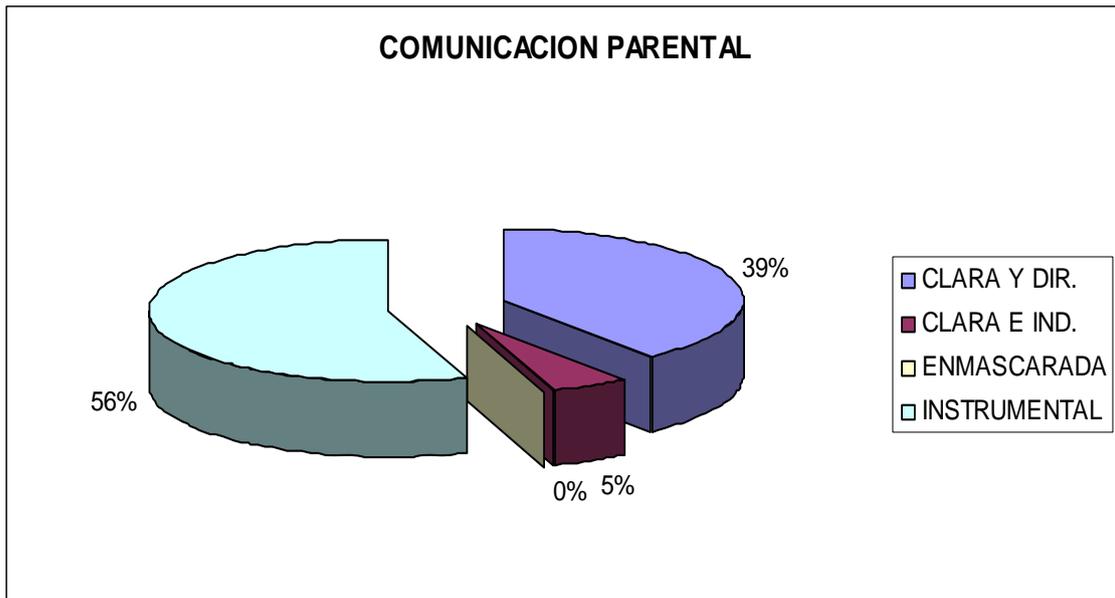
Coefficiente de variación Típica: 0.51

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 626

Mediana: 11



ANEXO 13

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 10.6

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

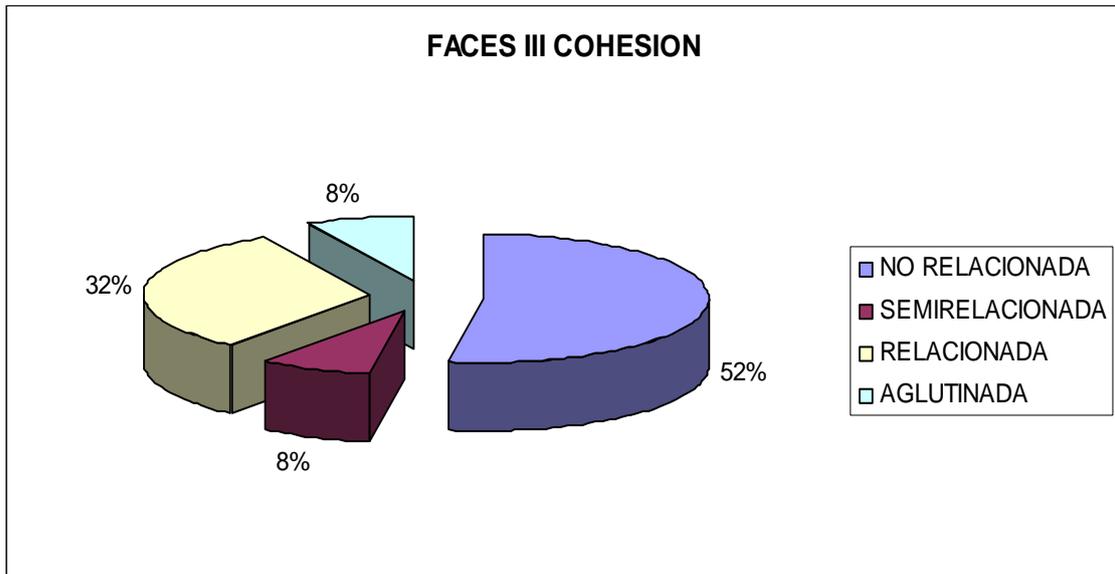
Coefficiente de variación Típica: 0.79

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 758

Mediana: 15



ANEXO 14

N=40

FUENTE: Historia Clínica Familiar.

Media: 10

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 9.66

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

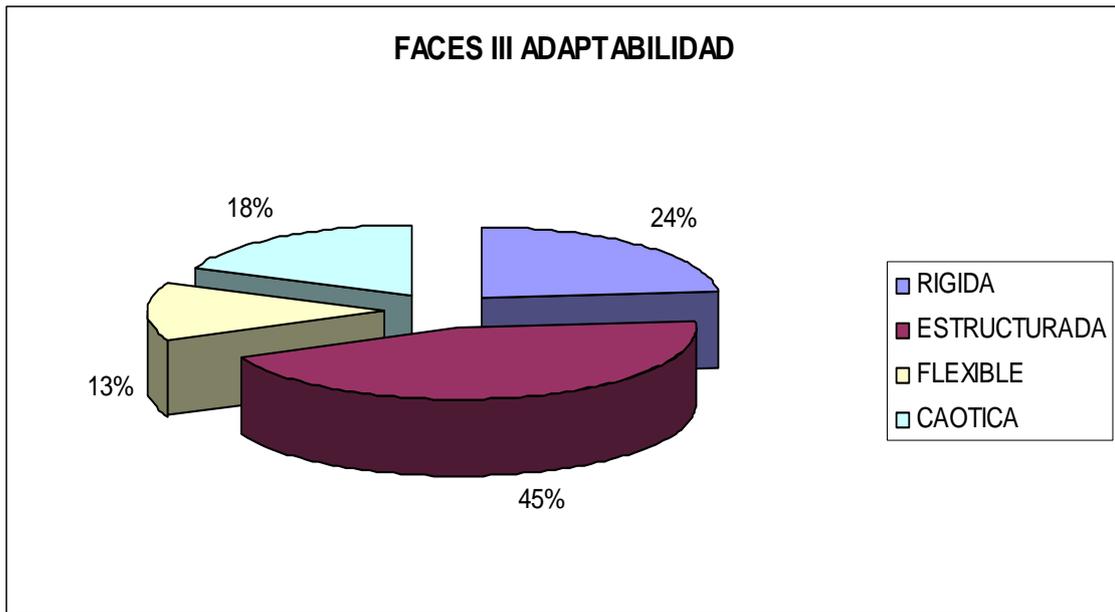
Coefficiente de variación Típica: 0.91

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 646

Mediana: 7.5



ANEXO 15

N=40

FUENTE: Instrumento de evaluación FACES III. Modelo de Olson.

Media: 10

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 6.22

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

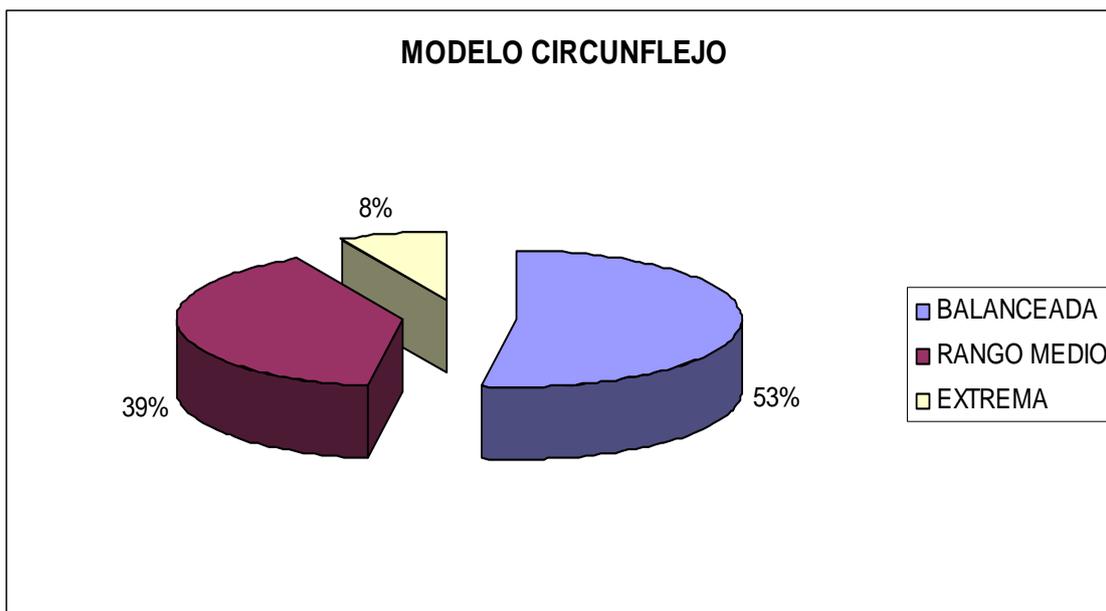
Coefficiente de variación Típica: 0.62

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 516

Mediana: 8



ANEXO 16

N=40

FUENTE: Instrumento de evaluación FACES III. Modelo de Olson.

Media: 13.33

$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 9.61

$$s = \sqrt{\frac{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

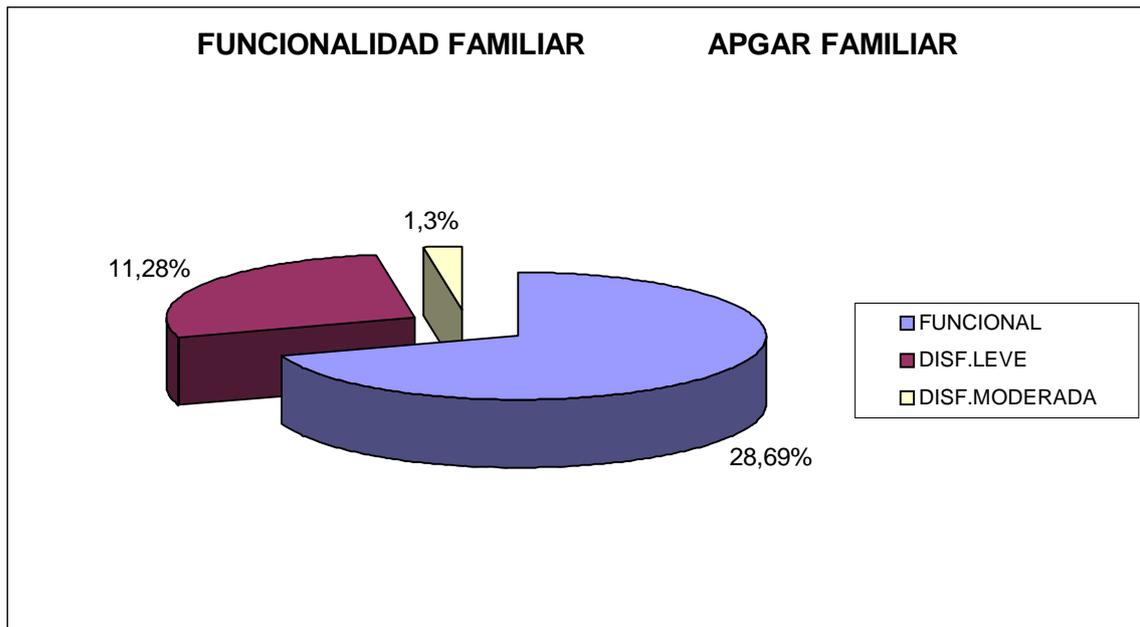
Coefficiente de variación Típica: 0.72

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 718

Mediana: 15



ANEXO 17

N=40

FUENTE: Instrumento de evaluación APGAR FAMILIAR

Media: 13.3

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i n_i}{n}$$

Desviación típica: 13.62

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n-1}}$$

Coefficiente de variación Típica: 1.02

$$CV = \frac{s}{|\bar{x}|}$$

Suma xi = 40

Suma xi 2 = 906

Mediana: 11

ANEXO 18

Cuadro 1
Escala de Recursos. APGAR Familiar de Amigos*

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta marcar sólo una X que parezca aplicar para usted.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios en la casa; c) el dinero					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
¿Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

* Traducido y adaptado de Smilkstein G por Liliana Arias C.

	Puntos
Buena función familiar:	18-20
Disfunción familiar leve:	14-17
Disfunción familiar moderada:	10-13
Disfunción familiar severa:	≤ 9
Máximo = 20/20	

DR. FERMIN PEREZ ORTIZ.
 FACES III (D. H. OLSEN, J. PORTNER E Y. LAVEE),
 VERSION EN ESPAÑOL (MEXICO): C. GOMEZ Y C. IRIGOYEN

INSTRUCCIONES: ESCRIBA EN EL ESPACIO A CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED ELIJA Y EL NUMERO INDICADO.
 NUNCA, CASI NUNCA ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

1 2 3 4 5

• 1. - Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
• 2. - En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
• 3. - Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
• 4. - Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina	
• 5. - Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
• 6. - Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
• 7. - Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
• 8. - Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	
• 9. - Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
• 10. - Padre e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos	
• 11. - Nos sentimos muy unidos	
• 12. - En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
• 13. - Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	
• 14. - En nuestra familia las reglas cambian	
• 15. -Con facilidad podemos planear actividades en familia	
• 16. - Intercambiamos los quehaceres de la casa entre nosotros	
• 17. - Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
• 18. - En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
• 19. - La unión familiar es muy importante	
• 20. - Es difícil decir quien hace las labores del hogar	

ANEXO 19

ENURESIS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
ENCUESTA DE HISTORIA CLINICA FAMILIAR
DR.FERMIN PEREZ ORTIZ

Numero de afiliación.

Estado civil de la pareja.

Integrantes de la familia:

- Edad.
- Parentesco
- Escolaridad.

Tipología familiar:

- Urbana.
- Subproletariada.
- Proletariada.
- Media.
- Acomodada.

Ocupación:

- Obrera.
- Campesina.
- Técnica.
- Profesionista.

Etapa del ciclo vital.

- Matrimonio.
- Expansión.
- Dispersión.
- Retiro.
- Vejez.
- Muerte.

Cumplimiento de las funciones familiares.

- Cuidado. CASA_____VESTIDO_____EDUCACIÓN_____
- Afecto. COMO SE LO MANIFIESTA A SU HIJO_____
- Reproducción. Está usted satisfecha con su vida sexual SI_____NO_____
- Socialización.
- Estatus.

Tipo de comunicación.

- Clara e indirecta.
- Clara y directa.
- Enmascarada directa.
- Enmascarada indirecta.

Persona que ejerce el control.

- Padre.
- Madre.
- Hermano.
- Otro_____.

Forma para ejercer el control.

- Castigo físico.
- Moral.
- Regaños.
- Sugerencias y consejos.

Actitud de la familia ante la presencia de un miembro enfermo.

- Respuesta intelectual.
- Respuesta afectiva.
- Elección de alternativas.
- Cumplimiento de compromisos.
- Continuidad de las acciones.

ANEXO 20