

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DISFUNCION FAMILIAR
EN NIÑOS CON ENURESIS**

Dra Martha Carolina Bejarano Quintero
Médico Residente de Pediatría Universidad del Rosario

Dra Zilac Espitaletta Vergara
Médico Especialista en Nefrología Pediátrica

Dr Daniel Suarez Acevedo
Médico Especialista en Psiquiatría
Especialista en Epidemiología

CLÍNICA INFANTIL COLSUBSIDIO

**COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN PEDIATRÍA**

BOGOTÁ, JUNIO DE 2010

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DISFUNCION FAMILIAR EN NIÑOS
CON ENURESIS**

Investigación de Programa de Postgrado
Programa de Especialización en Pediatría

Investigador Principal

Dra Martha Carolina Bejarano Quintero

Médico Residente de Pediatría Universidad del Rosario

Co-investigador y Tutor Temático

Dra Zilac Espitaletta Vergara

Médico Especialista en Nefrología Pediátrica

Co-investigador y Tutor Temático y Epidemiológico

Dr Daniel Suarez Acevedo

Médico Especialista en Psiquiatría

Especialista en Epidemiología

BOGOTÁ, JUNIO DE 2010

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y la Santísima Virgen por ser los capitanes de mi travesía e inspirar cada uno de mis pasos. A mi Madre por su incondicional amor y apoyo, por ser la voz de aliento, el motor de este trabajo y mi piedra angular. A mi Abuelita por sus oraciones y su presencia llena de fuerza. A mi Padre por su cariño. A mi Hermana por su compañía y sus palabras de sabiduría. A los doctores Daniel Suarez y Zilac Espitaletta, mis tutores, por compartir conmigo este proyecto, su amistad y su firme compañía a lo largo de este proceso. A las madres de los niños participantes por su valiosa colaboración y su confianza. A mis maestros y personal de la Clínica Infantil Colsubsidio por haberme inspirado con su ejemplo y haber hecho posible este sueño de convertirme en una profesional al servicio de la infancia.

Tabla de Contenido

	Pág
Resumen	7
<i>Abstract</i>	8
Introducción	9
Justificación	10
Marco Teórico	11
Objetivos	16
Propósito	16
Aspectos Metodológicos	17
a. Diseño del estudio	17
b. Población de referencia	17
c. Criterios de Inclusión	17
d. Criterios de Exclusión	18
e. Muestra	18
f. Variables	19
g. Hipótesis	19
h. Técnica para recolectar la información	20
Materiales y Métodos	22
Plan de Análisis	23
Aspectos Éticos	24
Organigrama	25
Cronograma	26
Resultados	27
Discusión	36
Conclusiones	38
Referencias	39
Anexo 1. Formato de identificación general	
Anexo 2. Formato de consentimiento informado	
Anexo 3. Formato del cuestionario APGAR Familiar	
Anexo 4. Formato del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ – Cas)	

Indice de Tablas

	Pág
Tabla 1. Variables del estudio	19
Tabla 2. Descripción de los grupos	27
Tabla 3. Puntajes apgar familiar	28
Gráfica 1 Comparación de puntajes apgar familiar	28
Tabla 4. Puntajes cuestionario de capacidades y dificultades	29
Gráfica 2 Comparación de puntajes totales Cuestionario Habilidades y Dificultades	30
Tabla 5. Frecuencia de antecedente familiar en ambos grupos	31
Tabla 6. Disfunción familiar en ambos grupos	31
Tabla 7. Puntaje total cuestionario capacidades y dificultades en ambos grupos	32
Tabla 8. Síntomas emocionales en ambos grupos	32
Tabla 9. Problemas de conducta en ambos grupos	33
Tabla 10. Síntomas de hiperactividad en ambos grupos	33
Tabla 11. Problemas en relación con los pares en ambos grupos	34
Tabla 12. Conducta prosocial en ambos grupos	34

La enuresis es un trastorno frecuente en la población infantil, que afecta el desempeño social y familiar de los niños que la padecen, generando aislamiento, y cambios comportamentales negativos. La presencia de un niño con esta condición genera estrés en el ambiente familiar, factor que a su vez puede ser favorecido o favorecer tropiezos en la funcionalidad del núcleo familiar. No se conoce en nuestro medio cómo se presenta la relación entre enuresis, trastornos del comportamiento y disfunción familiar.

Objetivo: Determinar diferencias entre un grupo de niños con diagnóstico de Enuresis y un grupo control, atendidos en la Clínica Infantil Colsubsidio en cuanto a la frecuencia de disfunción familiar y trastornos del comportamiento a través de cuestionarios diligenciados por las madres.

Materiales y métodos: Estudio tipo Corte Transversal con componente analítico. Se formaron 2 grupos: niños con diagnóstico de Enuresis y un grupo control comparable. Se realizó una entrevista a las madres quienes diligenciaron el cuestionario apgar familiar y el cuestionario de capacidades y dificultades. Se realizó comparación entre los puntajes obtenidos en ambos grupos

Resultados: En el grupo de pacientes con Enuresis se encontró disfunción familiar con mayor frecuencia que en el grupo control: El OR calculado para disfunción familiar en enuresis fue 2,87 IC (1,39 – 5,93), $P = 0,005$. Las variables de comportamiento se dividieron en 5 categorías: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas en relación con los pares y conducta prosocial. Se encontraron con mayor frecuencia puntajes totales anormales en el grupo Enuresis (+) que en el grupo control estableciendo una diferencia estadísticamente significativa con un OR 14,21, IC (6,15 – 32,86), $P < 0,001$. Así mismo se encontró diferencia significativa entre ambos grupos para cada una de las 4 primeras categorías. La conducta prosocial no mostró diferencia significativa. *Conclusiones:* En los pacientes con Enuresis se encuentra con mayor frecuencia disfunción familiar y trastornos del comportamiento. Por el tipo de estudio al que pertenece la presente investigación no es posible establecer relaciones de causalidad, sin embargo permite recomendar que dentro del abordaje de un paciente con síntomas de Enuresis se realice una evaluación de la funcionalidad familiar y el perfil de comportamiento de los niños además de los estudios dirigidos a descartar trastornos orgánicos relacionados.

Palabras clave (Términos MeSH): Enuresis; disfunción familiar; trastornos de comportamiento; hiperactividad; conducta.

Enuresis is a frequent disorder in childhood that affects children's development in their families and society, and causes negative behavioral changes like isolation. The presence of a child with enuresis is a factor of stress in family which may lead to familiar disfunction. There's no evidence about the association between enuresis, behavioral disorders and family disfunction in Bogotá.

Objective: To find differences, about family disfunction and behavioral disorders, between children with diagnosis of enuresis and children without the diagnosis through the use of questionnaires answered by the mothers. Both groups belong to the population attended in Clinica Infantil Colsubsidio

Materials and methods: Cross sectional study with analytic component. Two groups were created: children with enuresis diagnosis (99) and children without the diagnosis (99). Mothers were asked to resolve two instruments to collect information about family function and behavioral profile of children. Once both groups were complete it was made a comparisson between results of the groups calculating association measurements.

Results: There is more frequency of family disfunction in the group with enuresis diagnosis than control group: the odds ratio calculated was 2,87 IC (1,39 – 5,93), $P = 0,005$. Behavioral variables were divided in five categories: emotional symptoms, conduct problems, hiperactivity, peer problems, prosocial attitudes. Abnormal scores were found more frequently in enuresis group than control group, and demonstrated a difference with statistical significance OR 14,21, IC (6,15 – 32,86), $P < 0,001$. Also it was found a significative difference between both group in abnormal scores for each one of the first four categories. Prosocial score didn't show a significative difference between the groups.

Conclusions: Patient with enuresis have more frequently family disfunction and behavioral disorders than children without the diagnosis. An evaluation of family disfunction and behavioral profiel are recomendado to be included in the attention of patient with enuresis. To stablish causality or impact of intervention in family environment or behavior are needed longitudinal studies.

Key terms (MeSH): Enuresis; family disfunction, behavior, hiperactivity, conduct.

Introducción

La enuresis es un trastorno frecuente en la población infantil, afectando al 20% de niños a los cinco años y aproximadamente un 10% a los seis años con una tendencia al descenso en el porcentaje conforme aumenta la edad.^(1,2) Sin embargo, ésta condición afecta el desempeño social de los niños que la padecen, generando aislamiento y cambios negativos en el comportamiento.⁽³⁾ La función familiar en estos pacientes se ve afectada por la percepción y reacción de los padres al respecto.^(4 - 6) No se conoce en nuestro medio cómo se presenta esta relación entre enuresis, trastornos del comportamiento y disfunción familiar.

El presente estudio, cuyo diseño es de tipo corte transversal con componente analítico, tuvo por objetivo determinar la frecuencia de trastornos de comportamiento y disfunción familiar en los pacientes con diagnóstico de Enuresis comparado con un grupo de niños que no cursan con esta condición entre la población atendida en la Clínica Infantil Colsubsidio. Se realizó a través de la aplicación de dos instrumentos diligenciados por las madres de los sujetos de investigación: uno para evaluar funcionalidad familiar y otro para detectar trastornos del comportamiento, previa firma de consentimiento informado.

Se realizó una comparación entre los resultados de ambos grupos y se aplicaron pruebas para establecer medidas de asociación sin pretender establecer relaciones de causalidad entre ellas dado el diseño del presente estudio. Los datos resultantes serán un punto de partida para diseñar estrategias integrales de abordaje a este grupo de pacientes por parte de los servicios de nefrología pediátrica y psiquiatría infantil de la Clínica Infantil Colsubsidio

Justificación

La enuresis es un trastorno con una frecuencia no despreciable en la población infantil. ⁽¹⁾ La literatura científica ha reportado que los niños con trastornos de la continencia urinaria presentan retraso en el desarrollo de la autonomía debido a la limitación que representa en el desempeño social del niño y trastornos en el comportamiento. ⁽³⁾ Los padres, ante la incomodidad e impacto económico y social que genera esta condición, pueden tener actitudes diversas, siendo la más preocupante la actitud intolerante y desesperada que conlleva a abandono del tratamiento y adopción de conductas punitivas para obligar al niño a resolver su trastorno por sí mismo, perpetuando el daño psicológico al paciente. ⁽⁷⁾

Por otra parte, el aspecto económico familiar se ve afectado debido a que estos niños requieren más atención que los niños no afectados por la condición generando mayores gastos y por ende angustia y consternación en los padres o cuidadores que pueden incurrir en actitudes de maltrato físico y psicológico. ⁽⁷⁾

Partiendo de lo anteriormente expuesto, aunque se dispone de evidencia internacional que muestra que la enuresis en los niños se asocia a trastornos del comportamiento y disfunción familiar ^(3-6, 8-10) no se conoce la frecuencia de presentación de estos problemas en niños con enuresis en nuestra población, tampoco si hay diferencia al compararlos con niños sin esta patología. Al desconocer el comportamiento de estas asociaciones no podemos planificar la atención adecuada en el aspecto psicosocial que los pacientes con enuresis requieren.

Por las razones expuestas previamente, se considera importante documentar en nuestro medio el impacto de esta condición en el comportamiento y ambiente familiar de los pacientes con enuresis, para diseñar estrategias dirigidas a realizar un manejo integral de estos pacientes más allá del estudio o la intervención de su trastorno orgánico, cuya eficacia puede verse afectada de manera importante por un ambiente familiar intolerante ante un niño que por su condición se aísla y altera su comportamiento. Tal es la intención del servicio de nefrología pediátrica y psiquiatría Infantil de la Clínica Infantil Colsubsidio: documentar esta asociación en nuestra población de pacientes para diseñar a futuro las intervenciones respectivas.

Marco Teórico

Enuresis se define como la emisión repetida de orina en la cama o la ropa (sea voluntaria o intencional) en una edad mayor de la normal. Se debe manifestar al menos dos veces por semana durante 3 meses consecutivos. La edad límite es difícil de establecer debido a las diferentes exigencias según la sociedad en la cual se desarrolló el niño pero se ha fijado aproximadamente a los cinco años. El control diurno de esfínteres es usualmente logrado primero que el nocturno, generalmente al año y medio de edad la mayoría de los niños inician el control de esfínteres, posteriormente 20% de niños por cada año y medio. A la edad de cinco años 20% de los niños mojan la cama mensualmente, a los seis años solo 10% lo hacen, y entre los 12 y 14 años sólo un dos a tres por ciento lo hacen.⁽¹⁾

La Enuresis se presenta con mayor frecuencia en el género masculino. En un estudio realizado en Estados Unidos reportado en 1996 que incluyó 10960 pacientes, la prevalencia de Enuresis en niños a los siete y diez años fue nueve y siete por ciento respectivamente mientras que en niñas la prevalencia a estas edades se encontró en seis y tres por ciento respectivamente.⁽¹¹⁾ Un estudio publicado en el 2009 realizado en Turquía, que incluyó 562 pacientes, informa la prevalencia general de enuresis en 14,9%, cifra que tendió a declinar con la edad desde un 33,3% a los seis años hasta un 2,6% a los 15 años. La prevalencia fue mayor entre niños que viven en áreas rurales, bajos ingresos económicos y antecedente familiar positivo. Al realizar un análisis multivariado encontraron como principales factores asociados la infección urinaria, la edad, bajo ingreso económico y antecedente familiar. Informaron además importante consternación de los padres en el 46,4% de los niños con enuresis.⁽²⁾ Previamente, en el 2008 Inan y colaboradores realizaron un estudio para describir características sociales y personales de pacientes con enuresis así como factores posiblemente asociados a la misma. Encontraron que parámetros como control de esfínter vesical más allá de los 2 años, infección urinaria, trauma físico o psicológico, familias numerosas, falta de una habitación privada y estreñimiento fueron más frecuentes en pacientes con enuresis. Como posibles factores de riesgo encontraron incontinencia fecal, padres o hermanos con enuresis, bajo nivel de escolaridad de la madre y pobre desempeño escolar. En más de la mitad de los pacientes con enuresis los padres informaron preocupación, sin embargo solo la mitad buscaron atención médica.⁽¹²⁾

La vejiga normalmente acomoda el volumen de la orina a una presión baja y estable a medida que se llena durante la fase de almacenamiento. Cuando la vejiga alcanza cierto tamaño, una sensación de plenitud es percibida y aparece el deseo de evacuar, sin sensaciones de incomodidad o urgencia. La fase de evacuación normal es caracterizada por la iniciación voluntaria de la micción con relajación del piso pélvico y el esfínter uretral externo, y la contracción del músculo detrusor que rodea la vejiga (la cual puede ser voluntaria o involuntaria), resultando en un flujo de orina continuo y fuerte con un vaciamiento vesical completo.⁽¹³⁾

La incontinencia nocturna ocurre en más del 20% de escolares con un 2,4% que moja la cama al menos cada noche⁽¹⁴⁾. La prevalencia es de cerca del 20% en niños de cinco años, 10% en niños de 10 años y tres por ciento en niños de 15 años⁽¹⁵⁾. Los niños tienden a dejar de mojar la cama, con una tasa de remisión espontánea de cerca del 14% anual entre niños incontinentes nocturnos (con un tres por ciento que continuaran con este trastorno hasta la adultez⁽¹⁵⁾. Un cuarto de escolares que mojan la cama tienen síntomas diurnos asociados (con o sin escapes de orina).⁽¹⁶⁾

La incontinencia diurna de baja severidad (al menos una vez en los últimos seis meses) ocurre en más del 20% de escolares con un dos por ciento que presentan escapes de orina dos o más veces por semana y 0,7% que los presentan a diario.⁽¹⁷⁾ Este tipo de incontinencia es más común en niñas.⁽¹⁶⁾

La edad en la cual los padres consultan por trastornos de la continencia en sus hijos depende de la severidad de los síntomas y el grado de preocupación que generan tanto en los padres como en el niño. Usualmente la primera consulta ocurre entre los cinco y seis años para la incontinencia diurna y entre los siete y ocho años en el caso de la incontinencia nocturna.⁽¹³⁾

El impacto de la incontinencia nocturna en los niños y sus familias puede ser significativo. Puede afectar el autoestima del niño, sus relaciones interpersonales con pares y padres (con incremento del riesgo de abuso/maltrato físico), y tener un impacto negativo en el desempeño escolar y actividad sexual en el futuro.⁽⁹⁾ Un estudio transversal realizado en Brasil por Melina y colaboradores reportado en el 2009, en el cual realizaron entrevistas estructuradas a padres o

cuidadores de niños con enuresis, se encontró que el 89% de los niños recibían castigos verbales, y el 48,5% castigo físico. Se encontró además que una correlación significativa entre el nivel educativo del cuidador y la severidad del castigo.⁽⁷⁾ El niño teme el riesgo de ser descubierto en el colegio, lo que limita la capacidad para unirse a grupos con otros pares y la intolerancia familiar.⁽⁸⁾ Los niños incontinentes son con frecuencia atormentados por sus hermanos y amigos y se rehúsan a participar en excursiones escolares que requieran pasar noches fuera de casa.⁽⁹⁾

Ante la condición de incontinencia de sus hijos, la mayoría de los padres adoptan una actitud cuidadosa y receptiva, pero una minoría de los padres se torna intolerante, consternada y molesta hacia el niño que moja la cama o su ropa^(4,5). Más de un tercio de los padres recurren a acciones punitivas para corregir el problema.^(5,6) La intolerancia de los padres puede ser valorada con encuestas⁽¹⁸⁾; la importancia de evaluar la presencia de actitudes intolerantes en los padres radica en que existe una clara asociación con el abandono o retiro precoz del tratamiento. Por lo anterior se recomienda que las alarmas utilizadas en el tratamiento conductual pueden incrementar potencialmente la consternación parental y por ende su uso debe ser evitado cuando la familia exhibe rasgos de intolerancia o disfuncionalidad.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, se ha documentado impacto negativo en el desarrollo de la autonomía del niño generando además de la disminución de su autoestima, trastornos de comportamiento que son potenciados además por el aislamiento social que genera la condición de incontinencia, como se evidenció en el estudio de Norfolk en 1997⁽⁸⁾. Liu y colaboradores en el 2000 realizaron un estudio comparando niños enuréticos con niños no enuréticos realizando pruebas diligenciadas por padres y maestros, encontrando que en el grupo de casos el 25,5 – 29,3% presentaban trastornos del comportamiento mientras que en el grupo control se presentó entre el 9,3 – 11,1%⁽¹⁹⁾. Chang en el 2002 reporta datos similares a Liu encontrando problemas comportamentales en el 28% de pacientes enureticos contra 8% en pacientes no enuréticos⁽²⁰⁾. Van Hoecke en el 2003 se concentró en déficit de atención e hiperactividad y reportó déficit de atención en 11% de casos (enuresis) y 9% en controles; respecto a hiperactividad encontró 14% en el grupo de casos y 6% en el grupo control.⁽²¹⁾ En el 2009 el grupo de Van Hoecke realiza un nuevo estudio tipo corte transversal comparando niños con enuresis y niños sin enuresis para determinar la presencia de trastornos de comportamiento y estrés familiar desde el punto de vista

de los padres y madres. Los padres y madres de los niños de ambos grupos diligenciaron el *Child Behavior Checklist*, el *Disruptive Behavior Disorders Rating Scale* y el *Parenting Stress Index*, los dos primeros para detectar trastornos de comportamiento y el último para determinar el nivel de estrés de los padres. Como resultados encontraron que las madres y padres de los niños con enuresis reportaron mayores puntajes para problemas comportamentales que el grupo control y que a su vez, los padres y madres de los niños con enuresis reportaban mayores índices de estrés. Se demostró una correlación significativa entre los puntajes de problemas comportamentales y estrés de los padres en el grupo de niños con enuresis.⁽³⁾ Lo anterior se complementa con el reporte de Ghanizadeh quien publicó en Marzo del 2010 un estudio en el cual evaluó a los padres de niños con diagnóstico de hiperactividad y déficit de atención comparando un grupo de pacientes que cursaba además con enuresis y otro grupo con diagnóstico de hiperactividad y déficit de atención pero sin enuresis. Encontró que en el grupo de niños con hiperactividad y enuresis los padres tuvieron con mayor frecuencia síntomas positivos para trastornos depresivos, dejando como recomendación que dentro del manejo integral del paciente con enuresis que además cumple con criterios para hiperactividad y déficit de atención se indague acerca de síntomas depresivos en los padres.⁽²²⁾

Para evaluar la autoestima y detectar problemas comportamentales en pacientes incontinentes, se han empleado pruebas tales como la escala sueca “*I think I am*”, *behaviour problem index*, *Achenback child behaviour checklist*, *revised behaviour problem checklist*, *home behaviour scale*, el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas) y la escala de autoconcepción para niños de Piers Harris, entre otras⁽⁸⁾. De las anteriores hay disponible material autorizado en idioma español y en nuestro país han sido empleadas para investigación.^(23,24)

A pesar que se ha observado que con frecuencia los padres pueden mostrarse renuentes a reconocer la verdadera severidad del trastorno por sobre o subvaloración,⁽²⁵⁾ se ha documentado que cerca del 34% de las familias de niños con incontinencia buscan ayuda profesional en estudios australianos⁽²⁶⁾. Las actitudes del niño y los padres ante la condición de incontinencia (deseo y motivación de cambios) influyen la probabilidad de efectividad del tratamiento⁽²⁰⁾.

La evidencia actual recomienda finalmente realizar estudios longitudinales que pudieran ayudar a dilucidar si hay o no una relación causal entre los trastornos de la continencia urinaria y el comportamiento y desarrollo de la autoestima y si el impacto negativo generado en estos factores mejora con el tratamiento y control de la condición de incontinencia ⁽²⁵⁾

La funcionalidad de la familia juega un papel importante tanto en el desarrollo de una condición de enfermedad como su rehabilitación. Debe ser evaluada con mayor énfasis en personas en quienes no es evidente una causa biomédica de su condición, consultadores crónicos, síntomas inespecíficos o somatización del estrés. ⁽²⁵⁾ En 1978 fue creado el APGAR familiar por el Dr. Gabriel Smilkstein en la Universidad de Washington Seattle, basado en los parámetros básicos de la función familiar que comprenden: **Adaptación, Participación, Ganancia o crecimiento, Afecto y Recursos.** ⁽²⁵⁾ Se trata de un instrumento auto-diligenciable y de fácil entendimiento para las personas sin importar su nivel educativo o su contexto sociocultural. ⁽²⁷⁾

Aunque inicialmente su puntaje total llegaba hasta 10, para mejorar la precisión del instrumento se decidió categorizar cada aspecto en 5 opciones (0, 1, 2, 3, 4). Así, al sumar los parámetros el puntaje oscila entre 0 y 20 para indicar el grado de satisfacción de la familia. Este es el sistema que actualmente se utiliza en atención primaria y de investigación. ⁽²⁵⁾

El APGAR familiar se ha utilizado en diversos estudios de la Universidad del Valle como instrumento de evaluación de la función familiar en diferentes patologías del embarazo, condiciones alérgicas, enfermedades crónicas y estudios de promoción y prevención de la salud permitiendo confirmar la utilidad y fácil aplicación independiente de la escolaridad de los sujetos de investigación. ^(26, 28-30) La Dra. Liliana Arias, investigadora de la Universidad del Valle, con la colaboración del autor del instrumento inicial realizó el ajuste y validación del cuestionario: se eliminó el uso de números para cambiarlo por frases equivalentes tales como siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca para evitar el sesgo que puede generarse con el cero 0.

Objetivos

Objetivo General

Determinar si existe diferencia entre un grupo de niños con diagnóstico de Enuresis y un grupo control, atendidos en la Clínica Infantil Colsubsidio, en cuanto a la frecuencia de disfunción familiar y trastornos del comportamiento.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de presentación de trastornos del comportamiento y de disfunción familiar en pacientes con enuresis a través de los siguientes instrumentos: apgar familiar y cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ – Cas) a los padres de ambos grupos.
- Comparar la frecuencia de presentación de trastornos del comportamiento y disfunción familiar en pacientes con enuresis con un grupo control.
- Determinar el riesgo de tener disfunción familiar y trastornos del comportamiento en los niños con diagnóstico de enuresis comparados con un grupo control.
- Identificar posibles puntos de intervención por el equipo de salud para tener en cuenta en el diseño de programas de atención integral a los pacientes incontinentes encaminadas a mejorar su calidad de vida en forma global.

Propósito

Establecer el perfil de comportamiento y funcionalidad familiar de los pacientes con Enuresis para diseñar posteriormente estrategias de atención integral a estos pacientes y sus familias, que al ser aplicadas generen espacios nuevos para investigación acerca del impacto de estas intervenciones en la evolución de esta condición.

Aspectos Metodológicos

Diseño del Estudio

Estudio tipo corte transversal con componente analítico. Se crearon dos grupos: un grupo denominado enuresis (+) que correspondió a los pacientes con diagnóstico de enuresis y un grupo enuresis (-) que correspondió a niños que no cursaron con esta condición y cumplieron los criterios de inclusión. En ambos grupos se aplicaron los instrumentos de evaluación que fueron diligenciados por las madres, quienes por lo general son las principales cuidadoras de los niños y quienes con mayor frecuencia los acompañan a la consulta.

Población de Referencia

Pacientes entre los cinco y 10 años con incontinencia urinaria que fueron atendidos en el servicio de nefrología pediátrica y/o urología pediátrica de la Clínica Infantil Colsubsidio en los años 2008 – 2009. Se consultó la base de datos de la Clínica Infantil Colsubsidio en la cual se identificaron pacientes con diagnóstico de enuresis no orgánica (F980) según la clasificación CIE – 10 en los años 2008 – 2009 y que se encontraban en seguimiento (enuresis +). El segundo grupo (enuresis -) se formó con pacientes asistentes a los diferentes servicios de la Clínica que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron comparables con el grupo enuresis (+)

Criterios de inclusión:

Casos

- Niños entre cinco y 10 años de edad
- Diagnóstico de enuresis primaria según historia clínica, teniendo en cuenta la definición de enuresis como emisión repetida de orina en la cama o la ropa (sea voluntaria o intencional) en una edad mayor de la normal, sin causa orgánica determinada.
- Pacientes atendidos en la Clínica Infantil Colsubsidio diagnosticados entre los años 2008 - 2009 que se encuentran en seguimiento.

- Episodios de enuresis superiores a dos veces por semana por lo menos en 3 meses consecutivos en el momento de la valoración para el estudio.

Controles

- Niños entre cinco y 10 años de edad atendidos en Clínica Infantil Colsubsidio en el 2010
- No cursan con síntomas relacionados con incontinencia
- No antecedente de patologías crónicas
- Edades y estrato socioeconómico similares al grupo de casos.

Control de sesgos.

- Se aseguró a través de entrevista con la madre que el paciente no presentaba enuresis.
- La evaluación del grupo control se realizó en el mismo período de tiempo en el que se evaluó al grupo de niños con enuresis (Febrero – Abril de 2010).
- Para evitar sesgos todas las entrevistas tanto del grupo de pacientes como del grupo control se realizaron a las madres de los mismos.
- El grupo control se pareó por género y se tuvo en cuenta que los grupos fueran lo más similar posible respecto a edad y estrato socioeconómico.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos neurológicos
- Pacientes con cualquier grado de retraso mental
- Pacientes con alteraciones anatómicas asociadas
- Pacientes con enfermedades crónicas
- Familias que se negaron a participar o no firmaron el consentimiento informado.

Muestra

Para el cálculo de la muestra requerida para nuestro estudio se utilizó el programa *statcalc* de **epi info** para estudios transversales, con 95% confianza, poder del 80%, utilizando como valor de prevalencia de trastornos del comportamiento en niños con enuresis 25% y un 9% de prevalencia

en controles sin enuresis, según la literatura referenciada en el marco teórico. Esto arroja una muestra de 97 casos y 97 controles. El tipo de muestreo realizado fue de tipo secuencial por conveniencia

Variables

Tabla 1 Variables del estudio

Variable	Definición	Clasificación	Indicador	Cód.
Edad	Edad de cada uno de los pacientes participantes	Cuantitativa continua	Años	101
GEN	Genero del paciente participante	Cualitativa nominal	1: Masculino 2: Femenino	102
E. SOC	Estrato socioeconómico de la familia	Cualitativa Ordinal	1 – 6	103
ANT.FAMI	Si hay o no antecedente familiar de enuresis en familiar de primer grado	Cualitativa nominal	1: SI 2: NO	104
APGAR	Puntaje de la prueba APGAR Familiar	Cualitativa Ordinal	0 – 20	105
PUNTAJE TOTAL	Suma de puntajes Emocionales, conducta, hiperactividad y relación con pares a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 40	107
EMOCIONAL	Puntaje de síntomas emocionales a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 10	108
CONDUCTA	Puntaje de problemas conductuales a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 10	109
HIPERACT	Puntaje de síntomas de hiperactividad a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 10	110
COMPAÑEROS	Puntaje para problemas con los pares a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 10	111
COND.SOCIAL	Puntaje de conducta social a partir del SDQ – Cas	Cualitativa Ordinal	0 – 10	112

Hipótesis

- No hay diferencia entre los pacientes con diagnóstico de Enuresis y el grupo control respecto a frecuencia de trastornos del comportamiento y disfunción familiar. (Hipótesis nula)

- Entre los niños con diagnóstico de Enuresis es mayor la cantidad de casos de disfunción familiar y trastornos del comportamiento que en el grupo control, existiendo entonces una asociación entre Enuresis, Trastornos del Comportamiento y Disfunción Familiar. (Hipótesis Alterna)

Técnica para recolectar la información

La información para el desarrollo del presente estudio se recolectó a través del diligenciamiento de 3 documentos: un formato de identificación general, el cuestionario de apgar familiar y el cuestionario de habilidades y dificultades SDQ – Cas que a continuación se describen en detalle.

- Formato de identificación general:
Nombre, Edad, Género, Estrato socioeconómico, Nombre de la madre y Datos de Contacto. Junto con este formato, se anexó el consentimiento informado diseñado para el presente estudio y firmado por quien responde las preguntas y diligencia las pruebas, es decir, la madre del sujeto participante
- Formato del cuestionario apgar familiar:
El APGAR familiar se ha utilizado en diversos estudios de la Universidad del Valle como instrumento de evaluación de la función familiar en diferentes patologías del embarazo, condiciones alérgicas, enfermedades crónicas y estudios de promoción y prevención de la salud permitiendo confirmar la utilidad y fácil aplicación independiente de la escolaridad de los sujetos de investigación.^(19, 20, 21, 22) La Dra. Liliana Arias, investigadora de la Universidad del Valle, con la colaboración del autor del instrumento inicial realizó el ajuste y validación del cuestionario: se eliminó el uso de números para cambiarlo por frases equivalentes tales como siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca para evitar el sesgo que puede generarse con el cero 0.

Al aplicar el instrumento en las familias, es importante considerar lo siguiente: Sólo si la persona no está en capacidad de leer el instrumento, lo puede hacer el investigador. En los

demás casos no debe intervenir dado que la entonación y el lenguaje preverbal pueden generar presiones involuntarias que afecten la respuesta de la familia.⁽¹⁷⁾

Finalmente se establece el grado de función familiar con las siguientes equivalencias al sumar el puntaje de cada uno de los aspectos:

- . Adecuada función familiar: 18 – 20
 - . Disfunción familiar leve: 14 – 17
 - . Disfunción familiar moderada 10 – 13
 - . Disfunción familiar severa $< 0 = 9$
- Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ – Cas):
En 1997 el Dr Goodman⁽²⁶⁾ reportó un estudio en el cual presentó la aplicación de esta escala comparada con un instrumento ya validado previamente: los cuestionarios de Rutter: los aplicó en un grupo de pacientes psiquiátricos y pacientes de la consulta de odontología. Encontró que la escala no difirió del instrumento validado en la sensibilidad para detectar y distinguir los pacientes psiquiátricos de los sanos y funcionaba tan bien como el instrumento referencia con las siguientes ventajas adicionales: el cuestionario de capacidades y dificultades permite detectar capacidades o dificultades en los siguientes aspectos. Trastornos de atención, relaciones con los pares, comportamiento social.

Se trata de un cuestionario de tamizaje breve sobre comportamiento para niños entre los 3 y 16 años. Existen en varias versiones, disponibles en varios idiomas para disposición de clínicos, investigadores y educadores. Cada versión disponible incluye: 25 enunciados, algunos positivos otros negativos que están repartidos en 5 escalas o categorías:

- Síntomas emocionales
- Problemas de conducta
- Hiperactividad/inatención
- Problemas en relaciones con los pares
- Comportamiento prosocial

En los anexos 1 y 2 se encuentran los instrumentos a emplear en la presente investigación: APGAR familiar y el cuestionario de capacidades y dificultades SDQ – Cas.

Materiales y Métodos

Se seleccionaron los casos a partir de la base de datos de la clínica, se realizó revisión de la historia clínica sistematizada de cada uno de los candidatos y vía telefónica se corroboraron los datos para verificar que cumplieran con los criterios diagnósticos de enuresis y de inclusión al estudio. Los controles fueron incluidos a medida que se incluyeron los casos, pareados por género y con condiciones similares en cuanto a edad y estrato socioeconómico.

Una vez se confirmaba por historia clínica que el paciente era apto para el estudio, se realizó un primer contacto vía telefónica con las madres de los sujetos del grupo enuresis (+) para concertar una cita para la recolección de la información personalmente en las instalaciones de la Clínica Infantil Colsubsidio. En la entrevista con la madre, el investigador encargado realizó la debida explicación del estudio, resolución de dudas de la madre al respecto y firma del consentimiento para participar en el estudio; seguidamente realizó la aplicación de los dos instrumentos teniendo en cuenta las instrucciones descritas en la sección anterior para la aplicación de cada uno de los cuestionarios. El procedimiento fue igual para las madres del grupo enuresis (-) con la diferencia que los sujetos de este grupo fueron contactados directamente en la Clínica Infantil Colsubsidio, en el área de servicios ambulatorios.

Una vez diligenciados los instrumentos, uno de los investigadores se encargó de realizar la evaluación de los mismos para determinar los diferentes puntajes, tanto en el apgar familiar como en el cuestionario de habilidades y dificultades. Los datos se registraron en un archivo tipo excel creando una página diferente para cada grupo.

Se verificó que los instrumentos a utilizar se encontraran validados para su empleo en investigación tal como se describió en la sección anterior.

Plan de Análisis

Se ingresaron los datos en una base creada en *microsoft office excel 2007*. Para el análisis univariado se utilizó el programa SPSS versión 17.0 con licencia otorgada a la Universidad del Rosario y el Programa Epidat 3.1 para el análisis bivariado.

El análisis univariado se empleó para la descripción general de los grupos y resultados globales. Se calcularon frecuencias y porcentajes, en las variables cuantitativas como edad se calcularon promedios.

En el análisis bivariado se calcularon *Odds Ratio* (OR) entre los dos grupos para apgar, puntaje total de capacidades y dificultades, síntomas emocionales, problemas de conducta, problemas de relación con pares, hiperactividad y conducta prosocial. Se realizó análisis de correlación entre edad y puntaje total de dificultades y entre edad y apgar

Aspectos Éticos

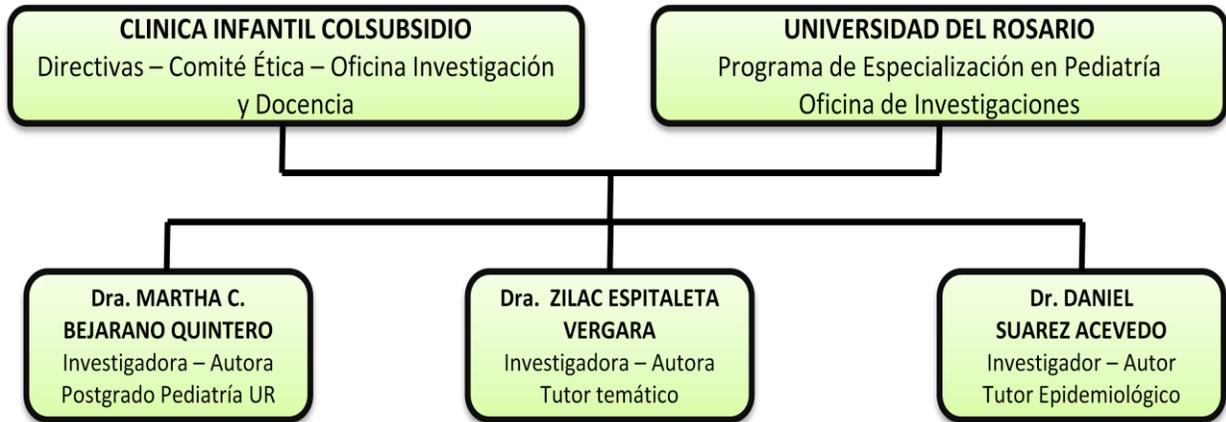
El presente estudio contempló como intervención la aplicación del APGAR Familiar y el cuestionario de capacidades y dificultades SDQ – Cas los cuales evalúan la funcionalidad familiar y la presencia de trastornos de comportamiento en los grupos enuresis (+) y enuresis (-). Los instrumentos fueron aplicados a las madres de los sujetos. De acuerdo con la resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993, el presente trabajo de investigación se clasifica como **Investigación con Riesgo Mínimo**, categoría en la que se encuentra incluida la aplicación de pruebas psicológicas pero no se manipula la conducta del individuo.

Para garantizar la libertad de las madres a participar o no en el presente estudio, se diseñó un consentimiento informado el cual se anexa al presente documento y en el cual las madres autorizaron el uso de la información extraída de las encuestas y los cuestionarios pruebas para los propósitos de la investigación, y certificaron haber recibido información completa sobre la investigación en que participaron y que sus datos personales serían manejados con estricta confidencialidad

De igual manera el equipo de investigadores está comprometido a informar a las familias participantes los resultados una vez el trabajo haya sido aprobado y no requiera modificaciones. De ser necesario, se remitirán los pacientes y sus familias a las consultas de psicología o psiquiatría de la EPS. Esta información y remisión se realizará personalmente por el grupo de investigadores, dándoles el espacio suficiente para informarles y resolverles inquietudes. Se entregó a cada una de las madres una tarjeta con los datos de contacto de la Dra Martha Carolina Bejarano Quintero. El presente trabajo fue puesto a consideración del comité de ética e investigación de la Clínica Infantil Colsubsidio y recibió la aprobación para su desarrollo en esta institución.

El formato de consentimiento informado diseñado para el presente estudio se encuentra como anexo 2.

Organigrama



Actividad	Responsable
Definición del problema	Dra. Zilac Espitaletta Dra. Martha C Bejarano Dr. Daniel Suarez
Formulación de la pregunta de investigación	Dra. Martha C Bejarano Dra. Zilac Espitaletta Dr. Daniel Suarez
Formulación de objetivos y justificación	Dra. Martha C Bejarano Dr. Daniel Suarez
Revisión de la literatura y marco teórico	Dra. Martha C Bejarano Dra. Zilac Espitaletta
Diseño del estudio	Dra. Martha C Bejarano Dr. Daniel Suarez
Cálculo de la muestra	Dr. Daniel Suarez
Recolección de datos	Dra. Martha C Bejarano Dra. Zilac Espitaletta
Tabulación de resultados	Dra. Martha C Bejarano
Análisis de resultados	Dra. Martha C Bejarano Dr. Daniel Suarez
Cuerpo y forma del trabajo – Presentación escrita	Dra. Martha C Bejarano Dra. Zilac Espitaletta Dr. Daniel Suarez

Cronograma y Presupuesto

Actividad	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May		Concepto
Selección tema investigación											\$20.000	Transporte
Diseño de pregunta												
Búsqueda sistemática											\$25.000	Servicios Biblioteca
Elaboración de protocolo											\$15.000	Impresiones
Revisión de protocolo											\$15.000	Transporte
Corrección de protocolo												
Cálculo de la muestra											\$5.000	Reunión con Epidemiólogo
Presentación a comité de ética Clínica Colsubsidio												
Recolección de datos											\$250.000	Cuenta telefónica. Transporte del investigador
Tabulación de datos												
Análisis estadístico											\$20.000	Transporte
Análisis de resultados												
Elaboración de documento final												
Revisión y corrección por tutores												
Elaboración trabajo final											\$80.000	Impresión 3 copias, pastas, medio magnético
Preparación de documentos y artículo para Bienal de Pediatría Colsubsidio											\$60.000	Impresión, envío

Actividades realizadas

Actividades por realizar

Los costos fueron asumidos en su totalidad por la autora del trabajo, no se solicitó financiación alguna a la oficina de Investigaciones de Colsubsidio para su realización.

Resultados

Se incluyeron en el análisis los datos obtenidos de 198 madres entrevistadas (99 madres de niños con Enuresis y 99 madres de niños sin Enuresis). Se pareo por genero y se procuró seleccionar los controles de modo que ambos grupos fuesen lo más comparable posible en cuanto a edad y estrato socioeconómico se refiere. En la Tabla 2 se expone en detalle el perfil de cada grupo denominados como Enuresis (+) y Enuresis (-).

Tabla 2 Descripción de los grupos.

CARACTERÍSTICA	GRUPO	ENURESIS (+)		ENURESIS (-)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Género	Femenino	39	39,4	39	39,4
	Masculino	60	60,6	60	60,6
Edades	5	5	5,1	9	9,1
	6	10	10,1	14	14,1
	7	20	20,2	19	19,2
	8	23	23,2	20	20,2
	9	22	22,2	20	20,2
	10	19	19,2	17	17,2
Estrato Socioeconómico	1	5	5,1	5	5,1
	2	36	36,4	40	40,4
	3	50	50,5	52	52,5
	4	8	8,1	1	1
	5	0	0	1	1

Al considerar los datos expuestos en la tabla, encontramos que el promedio de edad en el grupo de Enuresis (+) fue 8,05 años y en el grupo Enuresis (-) 7,8 años sin tener una diferencia significativa ($P = 0,239$). Ambos grupos son idénticos en género y comparables tanto en edad como estrato socioeconómico, permitiendo despejar posibilidades de sesgos dados por estos factores frente a trastornos de comportamiento y disfunción familiar.

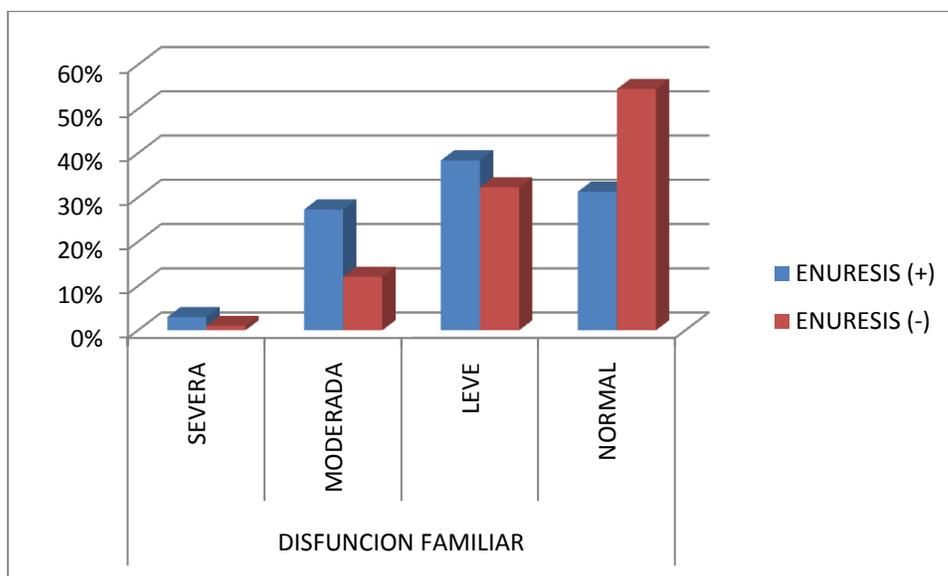
Respecto al antecedente familiar, encontramos que en éste grupo la frecuencia de familiares de primer grado con enuresis es del 46,5% lo cual coincide con la literatura internacional reflejando un posible factor hereditario al compararlo con la frecuencia de este antecedente familiar en el grupo de niños que no cursan con Enuresis el cual es del 6,1%.

Tabla 3 Puntajes apgar familiar.

APGAR	GRUPO	ENURESIS (+)		ENURESIS (-)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Disfunción Familiar Severa		3	3	1	1
Disfunción Familiar Moderada		27	27,3	12	12,1
Disfunción Familiar Leve		38	38,4	32	32,3
Función Familiar Normal		31	31,3	54	54,5

Respecto al APGAR Familiar (Tabla No. 3) encontramos que los grados de Disfunción Familiar leve y Moderada fueron los más frecuentes en el grupo de Enuresis (+): 27,3% y 38,4% respectivamente, comparado con el grupo de Enuresis (-), en el cuál el grado más frecuente fue el de funcionalidad normal: 54,5%. Cabe anotar que al unir los grupos de disfunción familiar moderada y severa, en el grupo de Enuresis (+) se encuentra el 30,3% de familias contra un 13,1% en el grupo de Enuresis (-). Los resultados descritos se representan en la gráfica 1.

Gráfica 1 Comparación de puntajes apgar familiar



Al analizar el Cuestionario de Habilidades y Dificultades, en la tabla que aparece a continuación presentamos en forma detallada cada uno de las categorías que contempla: Síntomas

Emocionales, Problemas de Conducta, Síntomas relacionados con Hiperactividad, dificultades en relación con los pares, conducta pro-social para finalmente exponer el puntaje total del cuestionario para ambos grupos.

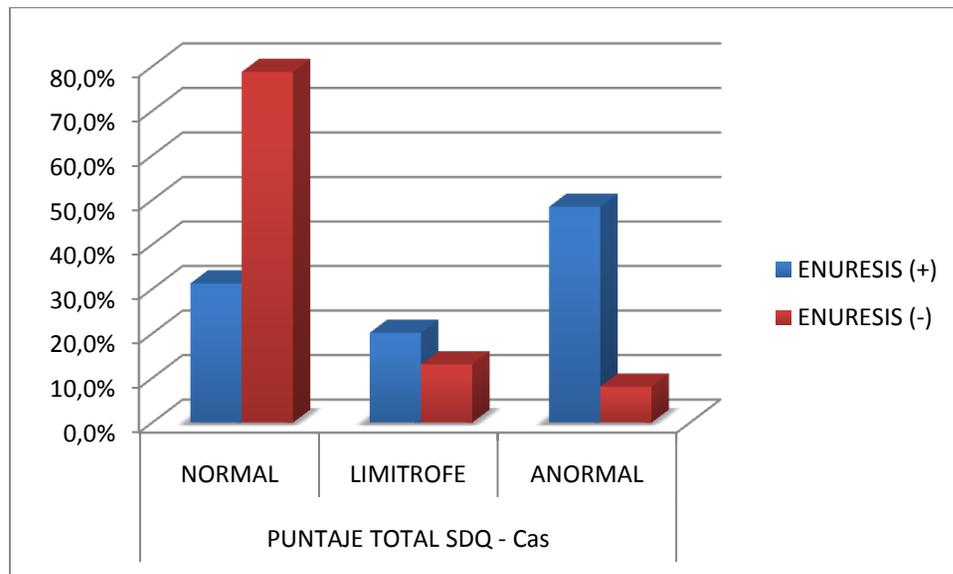
Tabla 4 Puntajes cuestionario habilidades y dificultades

Categoria	Grupo	ENURESIS (+)		ENURESIS (-)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Síntomas Emocionales	Normal	57	57,6	83	83,8
	Limitrofe	14	14,1	3	3,0
	Anormal	28	28,3	13	13,1
Problemas de Conducta	Normal	30	30,3	61	61,6
	Limitrofe	20	20,2	16	16,2
	Anormal	49	49,5	22	22,2
Síntomas de Hiperactividad	Normal	44	44,4	81	81,8
	Limitrofe	23	23,2	6	6,1
	Anormal	32	32,3	12	12,1
Problemas con Pares	Normal	30	30,3	74	74,5
	Limitrofe	14	14,1	14	14,1
	Anormal	55	55,6	11	11,1
Conducta Pro-social	Normal	85	85,9	96	96,7
	Limitrofe	12	12,1	3	3
	Anormal	2	2	0	0
Puntaje Total SDQ - Cas	Normal	31	31,3	78	78,8
	Limitrofe	20	20,2	13	13,1
	Anormal	48	48,5	8	8,1
Promedio Puntaje Total SDQ - Cas		16,03		9,23	

Considerando los resultados obtenidos en ambos grupos en las diferentes categorías encontramos diferencias importantes en los puntajes Anormal, el cual tuvo mayor frecuencia en el grupo de Enuresis (+), en todas las categorías excepto en la que respecta a la conducta pro-social (actitudes de solidaridad y ayuda con sus congéneres) donde no se encontraron diferencias. Cabe recordar que el puntaje total contempla las 4 primeras categorías mas no el puntaje de la conducta pro-social. El promedio del puntaje total del cuestionario de habilidades y dificultades para el grupo de Enuresis (+) fue 16,09 y 9,23 para el grupo de Enuresis (-), diferencia con significancia

estadística ($P = 0,00$). La comparación de puntaje total entre ambos grupos se representa en la gráfica 2.

Gráfica 2 Comparación de puntajes totales Cuestionario Habilidades y Dificultades (SDQ-Cas)



Medidas de Asociación

Para el análisis de asociación entre variables se empleó el programa Epidat 3.1 para un estudio Transversal como es el nuestro, y un nivel de confianza del 95%, calculando el *Odds Ratio* (OR) para cada uno de los siguientes aspectos a evaluar en cada grupo: Antecedente Familiar de Enuresis, Disfunción Familiar, Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Síntomas de Hiperactividad, Problemas con los Pares, Conducta Prosocial y Puntaje total de Habilidades y Dificultades. A continuación describimos la comparación de cada uno de los grupos y el OR calculado para cada aspecto, seguido del Intervalo de Confianza (IC) y el valor de P respectivo.

a. Antecedente Familiares

Tabla 5 Antecedente familiar de enuresis en ambos grupos

Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
A.Familiar			
A.F. Positivo	46	6	52
A.F Negativo	53	93	146
Total	99	99	198

El OR calculado para este aspecto fue 13,45, IC (5,38 – 33,59), $P < 0,001$ lo que significa que por cada niño con antecedente familiar positivo de enuresis en el grupo de controles, hay 13,4 niños con antecedentes positivos en el grupo de los casos

b. APGAR Familiar – Funcionalidad Familiar

Para el análisis de la funcionalidad familiar juntamos las 4 categorías de resultados del APGAR Familiar en 2 grupos: Disfunción Familiar (+) en la cual incluimos los grados de disfunción familiar Severa y Moderada, y Disfunción Familiar (-) en la cual incluimos los grados de disfunción familiar leve y función familiar normal con el fin de facilitar el análisis de esta variable para ambos grupos.

Tabla 6. Disfunción familiar en ambos grupos

Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
D.Familiar			
D.Familiar (+)	30	13	43
D.Familiar (-)	69	86	155
Total	99	99	198

Al analizar el comportamiento de la variable Disfunción Familiar El OR calculado para Disfunción Familiar en pacientes con enuresis fue 2,87 IC (1,39 – 5,93), $P = 0,005$ estadísticamente significativo; indica que por cada niño con disfunción familiar en el grupo de controles hay 2,87 niños con disfunción familiar en el grupo enuresis (+).

c. Puntaje Total del Cuestionario de Habilidades y Dificultades

La interpretación de este cuestionario tiene 3 grupos finales: Normal, Limítrofe y Anormal. Para el análisis del puntaje total y cada una de las Categorías nos permitimos obviar el grupo Limítrofe pues como su nombre lo indica no permite interpretarlos como normales o anormales.

Tabla 7 Puntaje total cuestionario habilidades y dificultades en ambos grupos

Puntaje Total \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	48	8	56
Normal	31	78	109
Total	79	86	165

El OR calculado fue 14,21, IC (6,15 – 32,86), $P < 0,001$. Lo anterior indica que por cada niño con puntaje anormal en el grupo de controles hay 14,2 niños con puntaje anormal en el grupo de pacientes con enuresis

d. Síntomas Emocionales

Tabla 8 Síntomas emocionales en ambos grupos

S. Emocionales \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	28	13	41
Normal	57	83	140
Total	85	96	181

El OR calculado para Síntomas Emocionales fue 3,13 IC (1,49 – 6,53), $P = 0,003$ estadísticamente significativo, indicando que por cada niño con puntaje anormal para síntomas emocionales en el grupo de controles, existen 3,1 niños con puntaje anormal para síntomas emocionales en el grupo de casos.

e. Problemas de Conducta*Tabla 9 Problemas de conducta en ambos grupos*

P. Conducta \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	49	22	71
Normal	30	61	91
Total	79	83	162

El OR calculado para problemas de conducta fue 4,52 IC (2,32 – 8,81) con un valor de $P = 0,000$ estadísticamente significativo. Lo anterior indica que Por cada niño con puntaje anormal en problemas de conducta del grupo de controles, existen 4,5 niños con puntaje anormal en problemas de conducta en el grupo de los casos.

f. Hiperactividad*Tabla 10 Hiperactividad en ambos grupos*

Hiperactividad \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	32	12	44
Normal	44	81	125
Total	76	93	169

El OR calculado para hiperactividad en pacientes con enuresis fue 4,9 IC (2,29 – 10,47) con un valor de $P = 0,000$ estadísticamente significativo, con la siguiente interpretación: por cada niño con puntaje anormal en hiperactividad del grupo de controles, existen 4,9 niños con puntaje anormal en hiperactividad en el grupo de los casos

g. Problemas en Relación con los Pares

Tabla 11 Problemas en relación con los pares en ambos grupos

Relación Pares \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	55	11	66
Normal	30	74	104
Total	85	85	170

El OR calculado para Problemas en Relación con Pares en pacientes con enuresis fue 12,33 IC (5,68 – 26,74) con un valor de $P = 0,00$ estadísticamente significativo, lo que indica que por cada niño con puntaje anormal en problemas de relación con los pares del grupo de controles, existen 12,3 niños con puntaje anormal en problemas de relación con pares en el grupo de los casos.

h. Conducta Prosocial

Tabla 12 Conducta prosocial en ambos grupos

Prosocial \ Grupo	Enuresis (+)	Enuresis (-)	Total
Anormal	2	0	2
Normal	85	96	181
Total	87	96	183

Tanto en el grupo Enuresis (+) como en el grupo Enuresis (-) predominó en importante magnitud el puntaje normal respecto a la conducta prosocial que se refiere a actitudes de colaboración y solidaridad con sus congéneres. En este aspecto el OR calculado fue 5,64 IC (0,26 – 119,19) $P = 0,5042$ que indica diferencia sin significancia estadística.

Finalmente se realizó un análisis de correlación entre edad, APGAR familiar y Puntaje total de la Escala SDQ – Cas empleando la Prueba Rho de Spearman que es una prueba no paramétrica dadas las características de las variables en análisis. Encontramos una correlación débil entre el apgar y el puntaje total de dificultades $-0,233$ con significancia estadística ($p < 0,02$) (A mayor puntaje total menor apgar; dicho de otra manera a mayor grado en el puntaje total de

dificultades mayor nivel de disfunción familiar), situación que se presenta tanto en los casos como en los controles. Entre la edad y el puntaje de apgar se encontró una asociación débil $-0,196$ sin significancia estadística ($p 0,052$). Entre la edad y el puntaje total de dificultades también una correlación débil $0,077$ sin significancia estadística ($p 0,4$).

Discusión

La enuresis es un trastorno que afecta en un grado importante la población de escolares, que si bien puede tener orígenes orgánicos y tener un componente hereditario significativo, se asocia a la presentación concomitante de problemas en el comportamiento tal como lo han demostrado los estudios realizados en otros países reportados por Norfolk, Liu, Chang y Van Hoeck, y tensión familiar principalmente en los padres al convertirse en un factor generador de estrés e incluso síntomas depresivos tal como lo reportaron Van Hoecke y Ghanizadeh en sus estudios publicados en el 2009. El presente estudio tuvo como objeto evaluar la magnitud de asociación entre enuresis, trastornos de comportamiento y disfunción familiar en los niños de nuestro medio, teniendo en cuenta que los ambientes culturales y socioeconómicos son diferentes de un país a otro.

Al igual que los estudios previamente realizados en otros países, los cuales por lo general son también de corte transversal, este estudio no permite establecer nexos de causalidad entre enuresis, trastornos del comportamiento o disfunción familiar por su diseño, sin embargo si permite establecer si en un paciente con enuresis coexisten ambos o alguno de estos dos factores y si existe o no diferencia con niños que no la padecen.

Retomando los resultados obtenidos, encontramos que al comparar un grupo de niños sanos con uno de pacientes con enuresis, el porcentaje de presentación de disfunción familiar moderada y severa es más del doble en el grupo de pacientes con enuresis que en el grupo control en el cual el resultado predominante fue la función familiar normal seguido de la disfunción familiar leve que es considerada un grado aceptable dentro de los grados de funcionalidad familiar; el OR calculado para disfunción familiar fue estadísticamente significativo estableciendo una asociación fuerte. De acuerdo con los resultados descritos, los autores recomiendan incluir una evaluación de la funcionalidad familiar en el abordaje inicial y seguimiento de un paciente con enuresis a través del empleo de un instrumento sencillo como es el apgar familiar.

Con respecto a los problemas comportamentales, se encontraron asociaciones fuertes y OR con significancia estadística en los aspectos negativos tales como síntomas emocionales, problemas

de conducta, síntomas de hiperactividad y dificultades en la relación con los pares, estos resultados se encontraron además reflejados en la comparación del puntaje total que incluye estas cuatro categorías, con el hecho de tener o no Enuresis. La categoría de conducta pro-social, que hace referencia a actitudes altruistas y solidarias con los congéneres no tuvo diferencia entre ambos grupos. Finalmente se estableció una asociación débil pero estadísticamente significativa entre un resultado anormal en el cuestionario de habilidades y dificultades y disfunción familiar haciendo evidente que a mayor anormalidad en el perfil de comportamiento, mayor es la disfunción familiar. La fuerte asociación entre enuresis y resultado anormal en el cuestionario de habilidades y dificultades hace recomendable incluir en la evaluación y el seguimiento un paciente con enuresis la evaluación de su perfil comportamental.

Se hace entonces necesario modificar el estilo de atención al paciente con enuresis y su familia, ir más allá de la búsqueda de un origen orgánico o indicar terapia conductual si se desconoce el perfil comportamental y el ambiente familiar del paciente, que de otro modo permitiría dar una atención más personalizada e integral a cada caso. No es posible inferir con este estudio si al dar tratamiento a estos trastornos de comportamiento o dar apoyo al núcleo familiar disfuncional el paciente vaya a mejorar su condición. Se necesitarían estudios longitudinales que evaluaran esta intervención

Conclusiones

- En los pacientes con enuresis hay mayor frecuencia de disfunción familiar moderada y severa que en los niños que no la padecen
- Los pacientes con enuresis presentan con mayor frecuencia trastornos del comportamiento que los niños que no la padecen
- Es recomendable realizar una evaluación de la funcionalidad familiar y el perfil de comportamiento en el abordaje de un paciente con enuresis con el fin de personalizar la atención al paciente y su familia
- Se necesitan estudios de tipo longitudinal para evaluar el impacto de la intervención familiar y psicológica en la asociación entre enuresis, disfunción familiar y trastornos del comportamiento.

Bibliografía

1. Florez Muñoz S, Gastelbondo Amaya R, Ordoñez O. Enuresis. *Revista Colombiana de Pediatría* Marzo 2001; 36:1(e).
2. Gunes A, Gunes G, Acik Y, Akilli A. The epidemiology and factors associated with nocturnal enuresis among boarding and daytime school children in southeast of Turkey: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2009 Sep 22;9:357.
3. De Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, Baeyens D, Hoebeke P, Vande Walle J. Problem behavior, parental stress and enuresis. *J Urol* 2009 Oct; 182(4 Suppl): 2015-20. Epub 2009 Aug 20.
4. Butler RJ, Brewin CR, Forsythe WI. Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. *Beh Res Ther* 1986; 24: 307–12.
5. Butler RJ, Redfern EJ, Forsythe WI. The maternal tolerance scale and nocturnal enuresis. *Beh Res Ther* 1993; 31: 433–6.
6. Haque M, Ellerstein NS, Gundy JH, Shelov SP, Weiss JC. Parental perceptions of enuresis: a collaborative study. *Am J Dis Child* 1981; 135: 809–11.
7. Melina C. Sapi, Juliana S. P. Vasconcelos, Fernando G. Silva, Ronaldo Damião, Eloísio A. da Silva. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J)* 2009;85(5):433-437.
8. Redsell S, Collier J. Bedwetting, behaviour and self – steem: a review of the literature. *Child: Care, Health and Development* 2001; 27;2: 149 – 162.
9. Redsell SA, Collier J. Bedwetting, behaviour and self esteem: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 2001; 27: 149-162.
10. Richard J. and Holland, Philip , "The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34:4, 270 – 277
11. Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE, Auinger P. Bed-wetting in US children: epidemiology and related behavior problems. *Pediatrics* 1996; 98: 414 – 9.
12. Inan M, Tokuc B, Aydiner CY, Aksu B, Oner N, Basaran UN. Personal characteristics of enuretic children: an epidemiological study from South-East Europe. *Urol Int.* 2008; 81(1): 47-53. Epub 2008 Jul 16.

13. Caldwell P, Denise E, Hodson E and Craig J. Bedwetting and toileting problems in children. *Medical Journal of Australia* 2005; 182: 190–195
14. Bower WF, Moore KH, Shepherd RB, Adams RD. The epidemiology of childhood enuresis in Australia. *Br J Urol* 1996; 78: 602-606.
15. Hunskar S, Burgio K, Diokno AC, et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. Paris: Health Publication, 2002: 165-201.
16. Nijman RJM, Butler R, Van Gool J, et al. Conservative management of urinary incontinence in childhood. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. Paris: Health Publication, 2002: 513-551.
17. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP, Knight JF. Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. *J Pediatr* 2000;137: 814-818.
18. Butler RJ Nocturnal enuresis: the child's experience. Oxford: Butterworth Heinemann; 1994.
19. Liu X, Zhenxiao S, Uchiyama M, Li Y, Okawa M. Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis and behavioral problems in Chinese children, aged 6 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 39:1557 – 1564.
20. Chang SSY, Ng CFN, Wong SN (2002) Behavioral problems in children and parenting stress associated with primary nocturnal enuresis in Hong Kong. *Acta Paediatr* 91: 475 – 479.
21. Van Hoecke E, Baeyens D, Vande Walle J, Hoebeke P, Roeyers H. Socio – economics status as a common factor underlying enuresis and pscopathology. *J Dev Behav Pediatr* 2003 24: 109 – 114.
22. Ghanizadeh A. Comorbidity of enuresis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 2010; 13(5): 464-7. Epub 2009 Apr 20.
23. Castrillón, Correa, Duque, Gómez, Restrepo. Agregación familiar en el déficit de atención con hiperactividad y su comorbilidad con el trastorno de la conducta en individuos entre 6 y 11 años de edad, del Colegio de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín UPB 2001.248
24. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, Ramírez. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. *Colomb Med* 2003; 34: 9-16.

25. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica* 1994; 25: 26 - 8.
26. Herrera JA, Gonzáles M. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Colombia Med* 1987; 18: 55-61.
27. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
28. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
29. Herrera JA, Herrera S, Arévalo M. Stress and lamblasis in patients with respiratory allergic disease. *Stress Med* 1992; 8: 105-10.
30. Newman A, Herrera JA. Prevalencia de la hipertensión arterial y el estrés psicosocial en una comunidad de Cali. *Colombia Med* 1993; 24: 44-6.
31. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
32. Morison MJ. Parents' and young people's attitudes towards bedwetting and their influence on behaviour, including readiness to engage in and persist with treatment. *Br J Urol* 1998; 81 Suppl 3: 56-66.

Anexo 1

**HOJA DE IDENTIFICACION COMO PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DISFUNCION FAMILIAR EN NIÑOS
CON ENURESIS
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Niño/Niña: _____

Edad: _____ Género: _____ Doc. Identidad: _____

IDENTIFICACION DE PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____ Doc. Identidad: _____

Edad: _____ Parentesco con el Niño/Niña: _____

DATOS DE LOCALIZACION

Dirección Actual: _____

Teléfono: _____ Barrio: _____ Estrato: _____

DATOS ADICIONALES

- ¿Su hijo/a padece alguna enfermedad crónica? Si ___ No ___
- ¿Su hijo/a presenta escapes de orina en la noche o en el día? Si ___ No ___
- ¿Cuántas veces a la semana presenta escapes? _____
- ¿Su hijo/a tiene alguna malformación anatómica? Si ___ No ___
- ¿Su hijo/a tiene algún tipo de discapacidad mental? Si ___ No ___
- ¿En su familia (aclarar: padres del niño/a, hermanos o abuelos) hay alguna persona que haya tenido en la infancia incontinencia urinaria? Si ___ No ___ Quién

Certifico que la información registrada en el presente formulario es verídica y fue suministrada bajo el pleno uso de mis facultades mentales y mi libre consentimiento manifiesto en el formato de Consentimiento Informado.

Firma Participante

Firma Investigadores

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DISFUNCION FAMILIAR EN NIÑOS CON ENURESIS

Yo, _____ identificada con _____ No
_____ en calidad de _____ de
_____, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo
mi autorización a los Doctores Martha Carolina Bejarano Quintero, Zilac Espitaleta Vergara y
Daniel Suárez Acevedo, a utilizar la información sobre mi familia y mi hijo/a obtenida a través
del diligenciamiento del **APGAR familiar** y el **Cuestionario de Habilidades y Dificultades
SQD – Cas** para el desarrollo del estudio **Trastornos del comportamiento y disfunción
familiar en niños con enuresis..**

Se me ha explicado amplia y detalladamente que mi participación se limita estrictamente al
aporte de los datos en los instrumento y que mis datos y la información de los cuestionarios será
manejada con estricta confidencialidad y será empleada únicamente para el desarrollo del estudio
descrito el cual tiene como fin mejorar la atención de pacientes con Enuresis, certifico que se me
ha explicado con claridad que no tiene fines económicos.

Se me ha permitido realizar preguntas respecto al desarrollo del estudio, las cuales han sido
resueltas en su totalidad por los autores del estudio y/o colaboradores del mismo, por tanto
autorizo la divulgación de los resultados siempre y cuando no sean divulgados mis datos
personales ni los de mi hijo/hija.

Los investigadores se han comprometido que en caso de detectarse alteración del
comportamiento o disfunción familiar a través de los dos instrumentos aplicados en la
investigación se me informará y remitirá a la consulta de psicología o psiquiatría de la IPS para
su debida atención. De igual manera han sido puestos a mi disposición los datos de contacto de la
Dra Martha Carolina Bejarano Quintero cel. 3104768890

Certifico que los espacios en blanco fueron llenados antes de mi firma y que otorgo libremente
mi consentimiento.

Nombre del Niño/Niña

Nombre y firma de la Madre

Nombre y Firma Testigo

Dra. Martha Carolina Bejarano Quintero

Dra. Zilac Espitaletta Vergara

Dr. Daniel Suárez Acevedo

Anexo 3

Escala de Recursos APGAR Familiar

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, marque sólo una X bajo el concepto 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 la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
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 familia:					
a) el tiempo de estar juntos					
b) los espacios en la casa					
c) el dinero					

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

Anexo 4

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

Nombre del niño/a Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005

Anexo 5

Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas): P⁴⁻¹⁶, M⁴⁻¹⁶

Los 25 ítems del cuestionario comprenden 5 escalas con 5 ítems cada una. El primer paso para su puntuación suele ser puntuar cada una de las 5 escalas. "Un tanto cierto" se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de "No es cierto" y "Absolutamente cierto" varían según cada ítem. Las puntuaciones para cada uno de ellos se dan a continuación. Para cada una de las 5 escalas la puntuación puede variar desde 0 hasta 10 si los 5 ítems fueron completados. Puede prorratear las puntuaciones si solamente faltan uno o dos ítems por contestar.

<u>Escala de síntomas emocionales</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Se queja con frecuencia de ...	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones	0	1	2
Se siente a menudo infeliz ...	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ...	0	1	2
Tiene muchos miedos	0	1	2
<u>Escala de problemas de conducta</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Frecuentemente tiene rabietas	0	1	2
Por lo general es obediente	2	1	0
Pelea con frecuencia	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba cosas en casa	0	1	2
<u>Escala de hiperactividad</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es inquieto/a, hiperactivo/a ...	0	1	2
Está continuamente moviéndose ...	0	1	2
Se distrae con facilidad	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza	2	1	0
<u>Escala de problemas con compañeros/as</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es más bien solitario/a	0	1	2
Tiene por lo menos un amigo	2	1	0
Por lo general cae bien ...	2	1	0
Se meten con él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos	0	1	2
<u>Escala prosocial</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos ...	0	1	2
Comparte frecuentemente	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien	0	1	2
Trata bien a niños más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar	0	1	2

Para obtener la **puntuación total de dificultades**, sume las cuatro escalas que se refieren a los problemas, pero no incluya la escala prosocial. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. (Puede prorratear el total si al menos 12 de los ítems fueron completados.)

Anexo 5

Intrepretación de los resultados y definición de los casos

Las puntuaciones que se muestran a continuación han sido escogidas de tal manera que el 80% de los niños de la población están dentro de la normalidad, el 10% en el límite y el 10% restante en la anormalidad. En un estudio con una muestra de alto riesgo, donde los falsos positivos no constituyen una preocupación fundamental, puede identificar los casos por una puntuación en el límite o alta en una de las escalas de dificultades total. En un estudio con una muestra de bajo riesgo, donde resulta más importante reducir el índice de falsos positivos, podría identificar los casos por una puntuación alta en una de las escalas de dificultades total.

	<u>Normal</u>	<u>Límite</u>	<u>Anormal</u>
<u>Completada por los padres</u>			
Puntuación total de dificultades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Puntuación síntomas emocionales	0 - 3	4	5 - 10
Puntuación problemas de conducta	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación hiperactividad	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas con compañeros	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación conducta prosocial	6 - 10	5	0 - 4