

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO CIENCIAS DE LA FAMILIA**



**ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA  
DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL  
NACIONAL “RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ”  
ESSALUD, HUANCAYO, 2013**

Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Ciencias  
de la Familia con mención en Terapia Familiar

Por:  
Gladys Margot Espinal Caro

Lima, Perú  
2014

## **DEDICATORIA**

A mi amada hija, Gabriela Andrea, regalo precioso que nuestro amado Dios me dio, y quien fue la motivación para seguir por sus sendas.

A mi querida madre, por su gran ejemplo y apoyo en todo tiempo.

A mi hermana: María Soledad y a su linda familia (Miguel, Miky y Sol), por ser una gran bendición para mi vida.

A mis tíos: Waldo y Eva, por su cariño y gran generosidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso, quien es refugio y fortaleza cada día y me ha permitido llegar hasta aquí.

Al Dr. Arnulfo Chico Robles, asesor principal

Al Dr. Joel Peña, por su orientación.

A la Mg. Ana Escobedo, por su aporte en la revisión general de esta investigación.

Al Dr. Luis Córdova, por su asesoría inicial.

A toda la plana docente de la Maestría de Ciencias de la Familia de la gran y única UPeU, quienes me enseñaron a tener otra mirada hacia la vida, compartiendo ciencia y fe.

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
CONTENIDO .....	iv
LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS .....	x
LISTA DE ANEXOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xv

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Descripción de la situación problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Justificación y viabilidad de la investigación.....	5
1.4 Objetivos de la investigación.....	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
1.5 Hipótesis de la investigación.....	9
1.5.1 Hipótesis general.....	9
1.5.2 Hipótesis específicas.....	9
1.6 Variables de la investigación.....	10

1.6.1Operacionalización de variables.....	11
---	----

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Antecedentes de la investigación.....	13
2. Marco histórico.....	18
2.1 Enfermedades psicosomáticas.....	18
2.2 Dinámica familiar.....	20
3. Bases teóricas de la investigación.....	22
3.1 Enfermedades psicosomáticas.....	22
3.1.1 Definición.....	22
3.1.2 Factores que intervienen en la aparición y mantenimiento de enfermedades psicosomáticas.....	23
3.1.3 Dimensiones de enfermedades psicosomáticas.....	25
3.1.3.1 Gastrointestinales.....	27
3.1.3.2 Respiratorias.....	28
3.1.3.3 Del sistema cardiovascular.....	29
3.1.3.4 Osteomusculares.....	30
3.1.3.5 Neurológicas.....	31
3.1.3.6 Dermatológicas.....	32
3.2 Dinámica familiar.....	33
3.2.1 Definición.....	33
3.2.2 Dimensiones de dinámica familiar.....	35
3.2.2.1 Interacción familiar.....	35
3.2.2.2 Comunicación.....	37
3.2.2.3 Roles familiares.....	39
3.2.2.4 Ciclo vital familiar.....	41

## CAPÍTULO III

### MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo y diseño de estudio.....	46
1.1 Tipo de estudio de la investigación.....	46
1.2 Diseño de la investigación.....	46
2. Población y muestra.....	47
2.1 Población.....	47
2.2 Muestra.....	50
3. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	52
4. Instrumentos utilizados en la investigación.....	52
4.1 Cuestionario de enfermedades psicosomáticas .....	52
4.1.1 Descripción.....	54
4.2 Cuestionario de dinámica familiar.....	54
4.2.1 Descripción.....	55
5. Validación y confiabilidad de los instrumentos.....	56
5.1 Evaluación de la validez.....	56
5.2 Evaluación de confiabilidad.....	57

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Análisis descriptivo de las variables.....	59
1.1 Análisis descriptivo de enfermedades psicosomáticas.....	59
1.2 Descripción de la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentran los pacientes encuestados.....	63
1.3 Análisis descriptivo de dinámica familiar.....	66
2. Correlación entre las variables.....	69
2.1 Relación entre dinámica familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas.....	69

2.2 Relación entre interacción familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas.....	70
2.3 Relación entre comunicación familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas.....	71
2.4 Relación entre roles familiares y padecimiento de enfermedades psicosomáticas.....	72
2.5 Relación entre ciclo vital familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas.....	74
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	82
LISTA DE REFERENCIAS .....	84
ANEXOS.....	91

## LISTA DE TABLAS

1. Valoración cuantitativa del cuestionario de dinámica familiar .....	55
2. Correlaciones sub test-test del cuestionario de dinámica familiar.....	57
3. Estimaciones de consistencia del cuestionario de dinámica familiar.....	58
4. Padecimiento de enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados.....	59
5. Distribución de los pacientes encuestados que padecen enfermedades psicosomáticas por servicio médico.....	60
6. Enfermedades/síntomas psicosomáticos de los pacientes encuestados que acuden a los servicios del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013.....	62
7. Enfermedades psicosomáticas según datos socio demográficos de los pacientes encuestados .....	63
8. Ciclo vital familiar en la que se encuentran los pacientes encuestados.....	64
9. Ciclo de vida familiar de los pacientes encuestados según enfermedades psicosomáticas.....	65
10. Padecimiento de enfermedades psicosomáticas según acontecimiento de vida muy importante .....	65
11. Caracterización de la dinámica familiar de los pacientes encuestados.....	66
12. Dinámica familiar según datos socio demográficos de los pacientes encuestados.....	67
13. Ciclo de vida familiar según dinámica familiar del paciente encuestado.....	68

14. Acontecimiento de vida muy importante en el último año en los pacientes encuestados según el tipo de dinámica familiar.....	68
15. Asociación entre dinámica familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.....	69
16. Asociación entre interacción familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.....	71
17. Asociación entre comunicación familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.....	72
18. Asociación entre roles familiares y la presencia de enfermedad psicosomática.....	73
19. Asociación entre adaptación al ciclo vital familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.....	74

## **LISTA DE GRÁFICOS**

1. Padecimiento de enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados.....	48
2. Ciclo vital familiar en la que se encuentran los pacientes encuestados....	48
3. Dinámica familiar y enfermedad psicosomática.....	49
4. Interacción familiar y enfermedad psicosomática.....	49
5. Comunicación y enfermedad psicosomática.....	50

## **LISTA DE ANEXOS**

1. Instrumento y validación de enfermedades psicosomáticas.....	91
2. Instrumento y validación de dinámica familiar.....	94
3. Modelo explicativo de los síntomas psicosomáticos.....	99
4. Modelo procesual del estrés y dispepsia funcional (Sandín 1999).....	100

## RESUMEN

Con esta investigación se demostró que existe relación inversa y significativa entre la dinámica del grupo familiar y el padecimiento de enfermedades psicosomáticas en sus seis dimensiones: gastrointestinales, respiratorias, cardiológicas, dermatológicas, osteomusculares y neurológicas, en los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” ESSALUD de la ciudad de Huancayo, Departamento de Junín, Perú. Así como también que existe la misma relación –es decir, inversa y significativa– entre enfermedades psicosomáticas y las dimensiones interacción familiar, comunicación, roles y ciclo vital.

La presente investigación fue de tipo correlacional, con enfoque cuantitativo no experimental, cuyo objetivo principal fue establecer si existe relación entre las variables: dinámica familiar y enfermedades psicosomáticas, tomándose la muestra de 402 pacientes de los servicios médicos arriba mencionados, además de los de oncología, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología y ginecología, éstos a fin de conocer si también en estas especialidades médicas se presentan la patología psicosomática.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: el de enfermedades psicosomáticas, y el de dinámica familiar de la Psicóloga María Nares Reyes (2009) adaptada por la investigadora. La validación del instrumento se realizó considerando el juicio de expertos y se empleó la correlación corregida ítem-test de Pearson; en cuanto a la evaluación de la confiabilidad se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes quienes son parte de una dinámica familiar disfuncional, padecen de alguna enfermedad o patología psicosomática, mientras en aquellos que pertenecen a una dinámica familiar funcional, la presentación o incidencia de este tipo de enfermedades psicosomáticas es mucho menor.

**Palabras claves:** Dinámica familiar y enfermedades psicosomáticas.

## ABSTRACT

With this investigation, it was demonstrated that an inverse and significant relationship between the dynamic from the family group and the suffering of some psychosomatic illnesses exist in its six dimensions: gastrointestinal, respiratory, cardiological, dermatological, osteo muscular, and neurological in the patients from the Hospital National Ramiro Priale Priale ESSALUD from Huancayo city, department of Junín in Peru. Such as to exist the same relation: inverse and significant between psychosomatic illnesses and the family interaction, communication, roles, and cycle vital family, dimentions.

The present investigation was from a correlational and transactional type, with a quantitative focus not experimental, which principal objective was to stablish if there is a relationship between the variables: family dynamics and some psychosomatic illnesses, taking as a sample 402 patients from the medical services mentioned above besides from the patients that belonged to the services of oncology, traumatology, urology, ophthalmology, otolaryngology, and gynecology, these with the purpose of recognize if in these medical areas also to find the psychomatic pathologies.

For the recollection of data two instruments were used: one of psychosomatic illnesses and one of family dynamics from Maria Nares Reyes (2009) bachelor in psychology and adapted by the investigator. The validity of the instrument was done having into account the judgment from experts and through the reduction of the dimensions, it was used the correlation

corrected item-test of Pearson. About the evaluation of confiability, it used the Alpha of Cronbach coefficient.

The results demonstrated that the majority patients who are part from a dysfunctional family suffer from some kind of psychosomatics illnesses, likewise it was possible to affirm that if the family dynamic is functional, it is frequency will be less.

Key words: family dynamic and psychosomatic illnesses.

## INTRODUCCIÓN

Al acercarse a los diferentes nosocomios, clínicas, o centros de salud, sean éstos locales, nacionales o internacionales, del estado o particulares, se encuentra una realidad de pacientes de toda edad: niños, adolescentes, jóvenes o adultos, mujeres o varones, con dolencias de diversa índole, quienes explican en detalle los síntomas que padecen y, por tanto, esperan de sus médicos tratantes una atención esmerada con un tratamiento adecuado, que –a corto, mediano o largo plazo– les haga recobrar su salud.

Sin embargo, dentro de estas personas, se puede ubicar un grupo que – pese a las insistentes atenciones y tratamientos médicos recibidos durante largo tiempo, se encuentra insatisfecho por no lograr recuperar su salud, debido a que la etiología de la enfermedad no fue examinada correctamente. Por tanto y en consecuencia, habiendo recibido tratamiento inadecuado no logran obtener resultados beneficiosos para la recuperación de su salud, persistiendo la sintomatología, ya que quienes los atendieron no consideraron al ser humano en forma integral (bio-psico-social), ni siquiera plantearon como primer posible diagnóstico un problema de origen emocional o psicosocial, originados tal vez por altos niveles de estrés, alguna pérdida o sucesos intempestivos dentro de la familia, etc., considerando o denominando al paciente solo como “una gastritis”, una “úlcera”, una dermatitis” etc. desestimando así la visión holística y dinámica de la salud humana. No en vano la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a la salud, sin lugar a dudas es la de la OMS (1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución que dice: “La salud

es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Lo cual resulta relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud.

Teniendo en consideración lo mencionado, este trabajo tiene como objeto de estudio a los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” ESSALUD- HUANCAYO, 2013, Junín, Perú, con el propósito de tomar a la familia como unidad de análisis y poder así generar conocimientos acerca de la relación de este grupo social con la salud de sus integrantes, comprobar si existe relación entre su dinámica particular de acuerdo con su historia (biológica, psicológica y sociocultural) la cual le da una identidad propia y las patologías psicosomáticas. La presente investigación consta de cuatro capítulos, en el primer capítulo se analiza el problema, el segundo se refiere a la fundamentación teórica de la investigación, el tercero al método de la investigación, y el cuarto al análisis de los resultados.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1. Planteamiento del problema**

##### **1.1. Descripción de la situación problemática**

La familia es el primero de los espacios donde se inicia el proceso de socialización de la persona, cuya misión es procurar el pleno desarrollo de cada uno de sus miembros y su integración a la sociedad.

También en la familia existen fuerzas que continuamente modifican, condicionan y determinan las interacciones de los miembros que la integran, produciendo resultados diversos en la dinámica familiar expuesta en forma permanente al cambio y desarrollo de sus integrantes. Por ello, se puede afirmar con certeza que la familia es un sistema, y este sistema depende de la interacción de sus integrantes, lo que define la dinámica particular y específica de cada familia (Onnis, 1997).

En el sistema familiar, los miembros participan de manera activa en relaciones físicas y emocionales, los vínculos afectivos: apoyo, lealtad, seguridad, solidaridad y otros, importantes para los integrantes, de tal manera que el desarrollo tanto individual como colectivo dependerá de las interacciones de sus miembros. Por lo que, si las relaciones interpersonales de la familia se producen de manera disfuncional, podrían originar en ciertas

ocasiones alteraciones en la salud; por ejemplo, las enfermedades psicosomáticas, el malestar no sólo se refiere únicamente al individuo portador, sino también al contexto al que pertenece éste, relacionando factores biológicos y psicosociales (Onnis, 1997).

En numerosas ocasiones, los modelos familiares demuestran que la enfermedad psicosomática de uno de sus miembros es un síntoma que refleja las interacciones inadecuadas del sistema familiar. El trabajo de Luigi Onnis (1990) define el sistema familiar: un complejo sistema de intersección de múltiples niveles, cuyo síntoma corpóreo adquiere un significado que va más allá del símbolo individual para convertirse en un indicador de malestar del contexto en el cual aparece.

Ahora bien, ya en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD, de la ciudad de Huancayo, Perú, la investigadora pudo observar en los servicios médicos: cardiología, neumología, dermatología, medicina general, gastroenterología y neurología, a pacientes hombres y mujeres de todas las edades, quienes diariamente requieren atención para el tratamiento de sus diversas dolencias físicas. Sin embargo, al llegar a la consulta y luego de un exhaustivo análisis, este conjunto de pacientes puede dividirse en dos grupos:

- Aquellos que realmente sufren alguna enfermedad física u orgánica, quienes con un adecuado tratamiento médico - farmacológico podrán volver a restablecer su salud, y

- Aquellos que habiendo recibido el mismo tratamiento por el lapso de cuatro meses aproximadamente, a diferencia de los primeros, no logran su recuperación y persiste la enfermedad.

Este segundo grupo constituye el objeto de la investigación, se encuentra conformado por pacientes insatisfechos quienes acuden con mucha frecuencia al Hospital, reciben atención médica y tratamiento farmacológico; sin embargo, pues no logran su recuperación, porque la gran mayoría de los profesionales de la salud –basados sobre el modelo biomédico y considerando que las enfermedades son originadas por agentes patógenos externos (virus, infecciones, etc.) e internos (por ejemplo, desequilibrio bioquímico, etc. –centra casi toda su atención en esos factores, sin considerar el entorno del paciente, ni el primer posible diagnóstico: un problema de origen emocional o psicosocial; por ejemplo en los problemas familiares, los cuales generan altos niveles de estrés, desestimando así la visión holística y dinámica de la salud humana.

Actualmente las clasificaciones nosológicas de la CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV (APA, 1995) han querido encontrar explicación a este tipo de pacientes bajo la denominación de trastornos somatomorfos. Para este sistema clasificatorio, el criterio fundamental es la presencia de síntomas somáticos múltiples y variables para quienes no se ha encontrado explicación médica (no especifica cómo han de distribuirse éstos aunque destacan como los más frecuentes molestias gastrointestinales y dérmicas junto con quejas menstruales y sexuales); sin embargo, no existe acuerdo unánime; por eso, esta conceptualización ha recibido diversas críticas, ya que algunos autores sostienen que todo síntoma o molestia que no encaja en

ninguna entidad nosológica es considerado un trastorno psicosomático; para otros es requisito que en el paciente se constate la existencia de un trastorno psiquiátrico; .por tanto, no existen estadísticas generales al respecto debido a estas contradicciones en su denominación.

Por lo expuesto, el propósito de este trabajo de investigación es conocer si existe relación entre enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar de los pacientes en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD en la ciudad de Huancayo, Departamento de Junín, Perú, en el año 2013, ya que en este ámbito geográfico no existen investigaciones de esta naturaleza que permitan determinar las relaciones existentes entre estas variables.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Qué relación existe entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar de los pacientes del Hospital “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Qué relación existe entre las enfermedades psicosomáticas y la interacción familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013?
2. ¿Qué relación existe entre las enfermedades psicosomáticas y la comunicación dentro de la familia de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013?

3. ¿Qué relación existe entre las enfermedades psicosomáticas y los roles familiares de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013?
4. ¿Qué relación existe entre las enfermedades psicosomáticas y el ciclo vital familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO, 2013?

### **1.3. Justificación y viabilidad de la investigación**

El presente trabajo de investigación resulta muy relevante, no sólo motiva el interés de la autoridades de salud adscritas al ámbito local, regional o nacional, también extiende su motivación hacia el ámbito internacional, debido a que su objeto de estudio es el paciente y su familia. Es necesario partir de la premisa de que éste (el paciente: hombre y mujer) acude a la consulta médica, quien no es un ser individual, pertenece a un sistema familiar dinámico conformado por el (el paciente) y sus miembros, quienes a diario y durante su ciclo vital interactúan y se relacionan, generando así una dinámica muy singular; en algunos casos debido a sus propias características, pueden ser la causa y en otros la curación de ciertas enfermedades de tipo psicosomático.

La premisa o punto de partida de la presente investigación se fundamenta en la Biblia, específicamente en 1Tes. 5:23, cuyo texto declara: “Y el mismo Dios de paz os santifique por completo; y todo vuestro ser, espíritu, alma y cuerpo, sea guardado irreprochable para la venida de nuestro Señor Jesucristo”, con mucha claridad se aprecia que el ser humano es una

unidad compuesta de espíritu, alma y cuerpo. El cuerpo es la parte física que todos observa, en el alma se encuentran las emociones, sentimientos, voluntad, con el alma se ama y se odia, hace reír o llorar al ser humano. En Mateo 22:37 se encuentra otra declaración muy importante: “Amarás al Señor tu Dios, con todo tu corazón y con toda tu alma”; en el capítulo 26:38 se agrega: “Mi alma está muy triste”, es sede de la conciencia, y finalmente el espíritu es la parte más interior del ser con el que el hombre se conecta con Dios. Su relación con el medio revela una armonía integradora de estos componentes; de esta forma, cada una de las partes cumple su función de manera interconectada y no disociada, constituyendo este principio equilibrador de la verdadera vida.

Si esta interrelación alterada su armonía –debido a emociones no placenteras, sentimientos negativos originados, por ejemplo, por modificaciones en el ambiente o contexto con situaciones o experiencias traumáticas de alto impacto emocional generadoras de estrés, (especialmente aquellas no reveladas)– inevitablemente se produciría una conmoción, puede presentarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas (Herrera, 2002).

Actualmente las entidades prestadoras de salud atienden las dimensiones físicas y biológicas del ser humano, la atención se centra solo en la enfermedad, mas no en el cuidado de la salud en su totalidad, desatendiendo a la persona en su condición de ser integral, dejando al margen sus percepciones, sentimientos y emociones, excluyendo así un sinnúmero de factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que responden a un contexto especial (Alonso, 2003).

Por lo expuesto, este trabajo justifica su importancia tanto en el ámbito teórico como en el práctico. En el ámbito teórico permitirá comprobar los resultados de otras investigaciones en relación con las variables de estudio, además conocer e identificar algunos patrones relacionados entre estas dos variables, también profundizar el conocimiento de factores relacionados que desencadenan esta problemática.

A nivel práctico, se podrá contribuir al desarrollo de programas interdisciplinarios de intervención terapéutica en la dinámica familiar, no sólo para el tratamiento sino para la prevención de enfermedades psicosomáticas, optimizando las relaciones entre los pacientes y sus familias, además para favorecer la economía de los hospitales, ya que el tratamiento inadecuado de este tipo de enfermedades, además de infructuoso e ineficaz, resulta gravoso, desaprovecha el uso todo tipo de recursos, especialmente económicos. Así tenemos que para la atención de un solo paciente intervienen muchas personas (quienes perciben su propia remuneración) iniciándose con aquella que otorga la cita, el administrativo que traslada la historia clínica al consultorio, el médico que atiende y su auxiliar, personal de farmacia (el que registra la salida de los fármacos en el sistema, y el que entrega al paciente, esto sin contar si le ordenan exámenes auxiliares: ecografías, endoscopías, tomografías, análisis de sangre, orina, etc. , no podemos dejar de mencionar la posible incapacidad temporal para el trabajo perjudicando al empleador del paciente psicosomático, y las rehabilitaciones fallidas. Del mismo modo se usan recursos materiales: medicamentos, útiles de escritorio, insumos, sistemas informáticos, servicio de electricidad, etc.), y finalmente el elemento más importante: el tiempo,

factor desperdiciado y perjudicial para ambas partes, tanto para el hospital como para el paciente.

Finalmente cabe señalar que al observar con frecuencia casos de personas con síntomas psicosomáticos por alguna situación coyuntural, y no existir investigaciones sobre la temática a nivel local, nació el interés del presente estudio.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Identificar la relación existente entre enfermedades psicosomáticas e interacción familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.
2. Identificar la relación existente entre enfermedades psicosomáticas y comunicación familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.
3. Identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y los roles familiares de los pacientes del

Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD –  
HUANCAYO, 2013.

4. Identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y el ciclo vital familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

## **1.5. Hipótesis de la investigación**

### **1.5.1. Hipótesis general**

Existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

H<sub>1</sub>.- Existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas e interacción familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

H<sub>2</sub>.- Existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y comunicación familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

H<sub>3</sub>.- Existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y roles familiares de los pacientes del Hospital

Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

H4.- Existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y ciclo vital familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013.

## **1.6. Variables de la investigación**

En el presente estudio se investigó dos variables:

### **Variable predictora: Enfermedades psicosomáticas**

#### **Dimensiones:**

Gastrointestinales

Respiratorias

Cardiovasculares

Neurológicas

Osteo musculares

Dermatológicas

### **Variable criterio: Dinámica familiar**

#### **Dimensiones:**

Interacción familiar

Comunicación familiar

Roles familiares

### 1.6.1 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS	VALORACIÓN
<p><b>ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS</b></p> <p>Aquellos procesos patológicos caracterizados por síntomas físicos donde las causas son múltiples, pero donde los factores emocionales juegan un rol importante que habitualmente afecta a un órgano o a un sistema fisiológico.</p>	<b>GASTRO INTESTINALES</b>	Sensación de Atragantamiento	1. Me estoy tratando de <i>sensación de atragantamiento</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.	ENCUESTA  Control de enfermedades psicosomáticas de los pacientes del Hospital Nacional "Ramiro Prialé" ESSALUD – HUANCAYO, 2013	<p>ESCALA</p> <p>1. Si 2. No</p>
		Gastritis	2. Me estoy tratando de <i>gastritis</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Dispepsia	3. Me estoy tratando de <i>dispepsia</i> por más de cuatro meses pero aún no sano.		
		Colon irritable	4. Me estoy tratando de <i>colon irritable</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
	<b>RESPIRATORIAS</b>	Falta de aire al respirar	5. Me estoy tratando de <i>falta de aire al respirar</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Alergia respiratoria	6. Me estoy tratando de <i>alergia respiratoria</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Asma	7. Me estoy tratando de <i>asma</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
	<b>CARDIO VASCULARES</b>	Angina de Pecho	8. Me estoy tratando de <i>angina de pecho</i> por más de cuatro meses pero aún no sano.		
		Hipertensión arterial	9. Me estoy tratando de <i>hipertensión arterial</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Insuficiencia Coronaria	10. Me estoy tratando de <i>insuficiencia coronaria</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
	<b>OSTEO MUSCULARES</b>	Dorsalgia	11. Me estoy tratando de <i>dorsalgia</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Lumbalgia	12. Me estoy tratando de <i>lumbalgia</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Artritis Reumatoide	13. Me estoy tratando de <i>artritis reumatoide</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Reumatismo articular crónico	14. Me estoy tratando de <i>reumatismo articular crónico</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
	<b>NEUROLOGICAS</b>	Insomnio	15. Me estoy tratando de <i>insomnio</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Cefalea crónica	16. Me estoy tratando de <i>cefalea</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Debilidad generalizada	17. Me estoy tratando de <i>debilidad generalizada</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
	<b>DERMATOLOGICAS</b>	Psoriasis	18. Me estoy tratando de <i>psoriasis</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Alergias	19. Me estoy tratando de <i>alergias a la piel</i> por más de cuatro meses, pero aún no sano.		

		Dermatitis	20.Me estoy tratando de dermatitis por más de cuatro meses, pero aún no sano.		
		Hiperhidrosis	21.Me estoy tratando de hiperhidrosis por más de cuatro meses , pero aún no sano.		
		Eczema	22.Me estoy tratando de eczema por más de cuatro meses ,pero aún no sano.		
<p><b>DINÁMICA FAMILIAR</b></p> <p>Es el sistema de intercambio relacional que existe dentro de la familia. Específicamente los lazos y vínculos emocionales que surgen entre los miembros de la familia, y el grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de ella. Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.</p>	<b>INTERACCIÓN FAMILIAR</b>	Cohesión	1.En mi familia nos gusta pasar el tiempo libre juntos	<b>CUESTIONARIO DE DINÁMICA FAMILIAR</b>  María Nares (2009)	<p><b>ESCALA</b></p> <p>1. No 2. A veces 3. Si</p>
			2.En mi familia nos relacionamos con los demás parientes		
		Conflicto	3.En mi familia nos esforzamos por propiciar y mantener la armonía		
			4.En mi familia nos ayudamos unos a otros cuando tenemos problemas		
	<b>COMUNICACIÓN</b>	Sentimientos	5.En mi familia cada uno expresa con respeto lo que siente		
		Pensamientos	6.En mi familia cada uno expresa con respeto lo que piensa		
		Opiniones	7.En mi familia cada uno expresa con respeto lo que opina		
		Comunicación	8.En mi familia nos comunicamos directamente 9.En mi familia nos contamos nuestros problemas personales		
	<b>ROLES</b>	Reglas	11.En mi familia existen reglas, límites y normas de convivencia bien definidas		
			12.En mi familia todos cumplen con las reglas, límites y normas de la casa.		
			13.En mi familia nos turnamos en los quehaceres y responsabilidades de la casa		
		Roles	14.En mi familia sabemos quién es el (la) que tiene autoridad en casa		
			15.En mi familia cada cierto tiempo se intercambian los roles familiares		
16.En mi familia nos ayudamos y apoyamos en los roles que nos toca a cada uno					
			16.En mi familia cada miembro tiene y sabe el rol que le corresponde		

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1. Antecedentes de la investigación

Rivero, Martínez, Iraurgi (2011), psicólogos de la Universidad de Deusto, España, efectuaron un estudio titulado: *El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicosomáticos*, cuyo objetivo fue la comprobación del papel de las variables familiares (cohesión, adaptabilidad y satisfacción) en la relación de la comunicación con los síntomas psicosomáticos, utilizaron una muestra de 455 participantes de diversas universidades. En los resultados encontraron que mayor número de síntomas se presentan en los miembros de las familias con liderazgo irregular y con roles poco claros y menor número de síntomas físicos cuando se permite la expresión y el intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos.

Onnis (1997) es profesor de psiquiatría y psicoterapia en la Universidad La Sapienza de Roma, fundador y miembro directivo de importantes instituciones de formación e investigación en terapia sistémica, y Marcelo R. Ceberio, Director de E.S.A. (Escuela Sistémica Argentina) y editor asociado de Perspectivas Sistémicas, en su investigación sobre enfermedades

psicosomáticas, investigaron el significado que asume un síntoma corpóreo dentro del contexto familiar y evidencian cómo la intervención médica convencional a menudo ignora tal contexto, favoreciendo la evolución de la enfermedad hacia la cronicidad, proponen experimentar una estrategia terapéutica basada sobre la interdisciplinariedad: una integración de competencias profesionales diferentes y multidisciplinarias, desde el médico hasta el psicólogo y el terapeuta familiar, terminan proponiendo un modelo de intervención en la terapia de pacientes psicosomáticos.

Baeza Velasco, Bulbena Vilarrasa, Caroline Fénérier, Marie-Christine Gély Nargeot, (2011) en la investigación titulada *Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica*, en Barcelona, efectuada con una muestra de 365 estudiantes franceses evidenciaron que los trastornos psicosomáticos más frecuentes fueron dolores articulares, lumbalgia, alergias nasales y jaqueca, las que se relacionan directamente con alexitimia (incapacidad de identificar y describir verbalmente las emociones y sentimientos), ansiedad y depresión, por lo que en estos casos sería de mucha utilidad la práctica de la terapia familiar sistémica.

Herrera, González, Idarmis, y Cárdenas (2002), con el propósito de contribuir al diagnóstico de la salud familiar en Cuba, propusieron su experiencia médica en *Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar*, con un Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA) que consta de 20 ítems (donde entre otros aspectos consideraron el funcionamiento familiar) cuya validación se realizó

en tres momentos, y la evaluación de la misma incluyó tres aspectos: validez del contenido, de criterio y de construcción con la colaboración de 10 expertos en familia aplicándola a 70 familias en dos momentos, analizaron el impacto que tienen los diferentes acontecimientos, eventos o crisis en la salud familiar, que pueden ser de diferentes magnitudes desde muy severa, hasta leve, puede afectar diferentes áreas de la familia: su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia. Hacen un abordaje de la salud familiar, teniendo en cuenta todas las áreas que lo integran y los factores protectores primarios: el apoyo social y los recursos adaptativos de la familia, la clave para el diagnóstico adecuado.

Gonzales et al. (2000), en el mismo trabajo *Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar*, investigaron un conjunto de aspectos relacionados con la salud familiar, considerándola un proceso único que se caracteriza por no ser solo la suma de los problemas de salud individual de sus miembros y por tener un origen multicausal, intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, psicosociales en el funcionamiento familiar, de las etapas del ciclo evolutivo (que generalmente al pasar de una a otra son fuentes generadoras de estrés), de la estructura y de la propia salud individual de los miembros. Por lo que plantea que la salud familiar no es un estado estático, se encuentra sometida a un proceso de transformación, juegan un papel fundamental las potencialidades de la familia.

Louro (2003) realizó un trabajo teórico en Cuba, describe diferentes modelos explicativos de determinación de la salud, los cuales conciben a la familia parte de sus esquemas referenciales. Muestra cómo la familia pertenece a la mesoestructura social, cumple un rol importante en tanto instancia intermedia entre los factores de carácter macrosocial y los individuales. Considera que en la familia debe satisfacerse las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar, bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables o no, se producen los mecanismos protectores (o no) de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte. Sus investigaciones dejan la evidencia de la relación familia-salud, y el objetivo de su trabajo fue describir el rol que cumple el grupo familiar en la determinación de la salud a la luz del enfoque social.

Blasquez (2011) en su tesis doctoral realizada en Barcelona *La Influencia de la relación de pareja en la capacidad funcional en las mujeres diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica (SFC). Un peregrinaje de lo físico a lo psico-socio-físico*, revela que participaron 42 mujeres, 27 diagnósticas con SFC y 15 sanas, nos afirma que en un síndrome como este no sólo el bienestar físico y psicológico están relacionadas entre sí, sino que las relaciones interpersonales entre la familia constituyen un elemento de suma importancia.

Hidalgo (1997), autora de *Evaluación del funcionamiento familiar de familias con y sin riesgo biopsicosocial* desarrollada en Chile, aplicó el test "Cómo funciona Tu/Su familia" a 70 familias pobres clasificadas con y sin

riesgo biopsicosocial y demostró que el funcionamiento familiar de las familias en riesgo tienen menor cohesión y unión familiar, menor comunicación entre padres e hijos, menores habilidades para enfrentar adecuadamente los problemas y situaciones estresantes, se discuten las diversas variables de funcionamiento y estructura familiar que pueden ser consideradas factores de riesgo o elementos protectores para la salud biopsicosocial de las familias.

Louro en su tesis doctoral titulada *Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria* (2005), proporciona una visión integradora de los procesos sociales y psicológicos que condicionan la salud del grupo familiar y favorece la comprensión de la relación familia-salud, al tiempo de que consolida la expresión práctica del paradigma bio-psico-social en el cual se sustenta la práctica sanitaria cubana. Contribuye a la aplicación del enfoque familiar en las acciones asistenciales, investigativas, docentes y administrativas.

Del mismo modo, la misma autora (Louro) menciona en su trabajo que Dingle y colaboradores (1960) en un trabajo longitudinal analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades varíen en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte, la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida en situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales.

Valdés, Serrano, Rodríguez, Roizblatt, Urzúa & Jeldres (1997) realizaron un estudio en el área metropolitana de Chile: *Características del Funcionamiento Familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias*, entrevistando a 630 familias aplicándoles cuestionarios validados: “Cómo es tu familia” y “Cómo es su familia”; éstos recogieron información acerca de aspectos de la funcionalidad familiar. En dicho estudio encontraron que hay cuatro áreas de funcionamiento familiar (que luego de un análisis factorial, se demostró que hay capacidad predictiva de una menor ocurrencia en conductas de riesgo de los adolescentes). Estos aspectos de funcionamiento familiar son la comunicación y conexión intrafamiliar, la disponibilidad entre miembros de la familia, la claridad y flexibilidad de roles; y, finalmente, un orden y jerarquía en la familia.

## **2. Marco histórico**

### **2.1. Enfermedades psicosomáticas**

El término *psicosomático* proviene de las palabras griegas *psique* y *soma*, significan respectivamente *mente* y *cuerpo*, tiene su principal raíz en la filosofía específicamente en la de Descartes, cuando desarrolló sus razonamientos sobre la dicotomía mente-cuerpo y a su vez sentó las bases para una mejor comprensión filosófica de las funciones del pensamiento; del mismo modo, hace más de 2000 años atrás, filósofos: Hipócrates, Platón, Aristóteles reconocieron el *gobierno* de la *psique* (alma, espíritu) sobre el cuerpo, es así como hasta ahora se reconoce la importancia del mensaje de la frase “mente sana en cuerpo sano” dicha por Hipócrates 400 años a.C. Sin embargo, fue Marco Tulio Cicerón (106-43 a.C.) uno de los primeros en

sugerir que los dolores y las enfermedades son la consecuencia de factores emocionales; es decir, ciertas enfermedades (físicas) poseen componentes emocionales que no son sino el resultado final de la interacción entre éstas últimas y la disfunción o alteración física.

El término propiamente dicho fue usado por primera vez por Johann Christian Heinroth en 1818 al discutir las causas del insomnio, así como el concepto de "medicina psicosomática" fue introducido por Félix Deutsh en 1922, al plantear sus hipótesis sobre el origen de estas enfermedades (Ackerknecht, 2004).

También hay quienes no reconocen este término y lo han calificado un término reduccionista por suponer la fragmentación entre mente y cuerpo, aspectos distintos de la misma sustancia (Carl, 2007; Spinoza, 1955), desde esta perspectiva los fenómenos mentales sólo pueden determinar otros acontecimientos mentales, los acontecimientos físicos sólo pueden determinar otros acontecimientos físicos.

Chiozza, desde la década del 60 hasta la actualidad, viene investigando en forma ininterrumpida los cuadros de trastornos respiratorios, óseos, cardiovasculares, renales, accidentes cerebro-vasculares, leucemia linfoblástica aguda, psoriasis, herpes ocular, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, cefaleas, cáncer. Afirma que este concepto se debería aplicar a cualquier tipo de enfermedad, puesto que toda patología humana encierra componentes psíquicos y orgánicos simultáneamente, ya que la esencia de su planteamiento es: "el enfermo es siempre un ser vivo animado por una vida subjetiva, y su enfermedad, más allá de que se la comprenda, o no se la comprenda, como la descompostura de un mecanismo fisiológico,

forma parte de la trama que constituye la historia de su vida” (Chiozza, 1986).

Actualmente la psiconeuroendocrinoinmunología (PNIE) es la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio de las relaciones entre los cuatro sistemas de control y regulatorios que tiene el organismo humano: el psicológico, el neurológico, el inmunológico y el endocrinológico considera que el estrés mediante diferentes tipos de estímulos con vías y neurotransmisores exclusivos generan la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales y alteran la respuesta inmunológica predisponiendo la aparición de enfermedad (Moscoso, 2009).

También la definen: “la ciencia transdisciplinaria que estudia las interacciones y comunicación bidireccional entre el comportamiento, el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. (...) con este enfoque se resuelve el problema cartesiano del dualismo entre la mente y el cuerpo y se proporcionan las bases para un nuevo paradigma de la medicina, más humano, integrado y holista” (Ramos & Pérez, 2009).

## **2.2. Dinámica familiar**

Existen diferentes enfoques teóricos metodológicos para definir el concepto de familia, desde el punto de vista teológico; es decir, bíblico, en el libro de Génesis encontramos que la familia y su reconocimiento de institución socialmente establecida se originan en el jardín del Edén donde Dios bendijo a Adán y Eva.

Mientras que para Engels le resultó muy difícil investigar y establecer en qué época apareció la familia reconocida legítima, aún no está totalmente

claro cuál ha sido la estructura y composición de la familia a través del tiempo, ya que se tiene una idea generalizada que en el pasado el grupo familiar era más amplio y complejo de lo que es hoy buscando siempre protección mutua, los antropólogos hablan del paso gradual de una familia extensa a una familia nuclear.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y/o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, aún no puede definirse con precisión. Según su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia; sin embargo, durante el transcurso del proceso histórico y social han surgido diferentes estructuras familiares: las compuestas por uno de los padres y los hijos, uno de los padres y otros familiares, hijos a cargo de otros adultos (a veces no familiares), etc.

Durante la década del 60 sobre la base de la teoría general de sistemas surge un nuevo concepto para definirla considerándola un conjunto de elementos de interacción dinámica, cada elemento cumple una función con respecto al todo, éste no es reducible a sus partes, y su función es más que la suma simple de las mismas. Por lo tanto, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) quienes se encuentran en interacción dinámica particular, lo que le pasa a uno afecta al otro, al grupo y viceversa (Ortiz, 1999).

Al constituir un sistema, cada familia posee una dinámica especial originada por las transacciones entre sus miembros quienes interactúan

entre sí sobre la base del comportamiento particular de cada uno de sus componentes. Esta es una variable que, con el devenir del tiempo, algunos autores la han denominado también funcionamiento o clima familiar.

“En 1976, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada y desde entonces quedó aclarado que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno” (Louro, 2005).

Por lo que desde esa fecha aunque no se definió el funcionamiento efectivo y sus condicionantes se instaló la noción de dimensión grupal que depende de las relaciones interfamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo.

### **3. Bases teóricas de la investigación**

#### **3.1. Enfermedades psicosomáticas**

##### **3.1.1. Definición**

El término psicosomático proviene de las palabras griegas *psique* y *soma*, significan *mente* y *cuerpo*, respectivamente. La explicación para este padecimiento es que existe un bloqueo en la capacidad de expresión de las emociones y afectos, lo que provoca que la energía permanezca encerrada de manera crónica en el cuerpo y altere el funcionamiento de uno o más órganos, destinados a expresar el conflicto (Restrepo, 2006).

Durante el transcurso del tiempo han surgido diversas escuelas y enfoques como la Escuela Norteamericana (Dunbar et al), la Psicósomática de París (Marty et al), la Alemana (Heidelberg), Escuelas Argentinas (Garma et al), las cuales reafirman el principio de que mente y cuerpo son uno, intentando precisar la relación entre emociones y función corporal.

De hecho la noción de “psicósomática” no se refiere ni a la fisiología o la patofisiología, ni a la psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural (Haynal 1980). La medicina psicósomática investiga precisamente la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general incidiendo en los aspectos psicosociales de las enfermedades, ya que reconocen que éstos influyen en el proceso de salud-enfermedad mediante interacciones físico-químicas cada vez más estudiadas.

### **3.1.2. Factores que intervienen en la aparición y mantenimiento de enfermedades psicósomáticas**

La mayoría de las teorías coinciden en que existe una serie de factores exógenos al individuo que hace que se desarrolle la enfermedad, por lo que se puede deducir que éste no es un fenómeno netamente intrapsíquico, sino, por el contrario, depende de aspectos externos al individuo que sirven de detonantes de la enfermedad. Alexander French plantea la siguiente teoría, cuya hipótesis general de trabajo se resume así:

“Un paciente vulnerable en un órgano específico o en un sistema somático, en el que se encuentra una constelación psicodinámica característica, presentará la enfermedad correspondiente si se encuentra ante una situación que movilice sus conflictos primitivos y altere las defensas

que ha elaborado contra ellos. Si no se da esta situación exterior, es posible que a pesar de sus características emocionales y la vulnerabilidad del órgano, la enfermedad no se desarrolle” (Haynal, 1980). Esta “situación exterior” corresponde a los factores psicosociales que podrían ser, por ejemplo, la interacción, la comunicación, los roles en la familia, así como el ciclo vital familiar, ya que son elementos importantes para establecer una dinámica familiar funcional o disfuncional.

Para el psicoanálisis, la aparición de síntomas somáticos puede surgir de un déficit en la capacidad simbólica o de la “mentalización”, en la cual la libido reprimida se descarga casi automáticamente a través de una vía corporal.

La personalidad del paciente puede ser otro factor de surgimiento de este tipo de trastornos, puesto que existe la hipótesis que se asocia personalidad tipo A (irascibilidad, impaciencia, agresión, competitividad y sensación de apremio del tiempo) con la enfermedad, ya que las enfermedades psicosomáticas se encuentran muy vinculadas a las emociones y al estrés, se dan siempre en el marco de las relaciones interpersonales ya sea en el ámbito familiar, laboral u otro. Se adjudica mayor riesgo de enfermedad y muerte a aquellas personas que atraviesan o atravesaron sucesos intempestivos o situaciones críticas: divorcio, muerte de un familiar, crisis financiera, desacuerdos parentales, dificultades conyugales, etc.; es decir, a algún acontecimiento muy importante en sus vidas. Generalmente los pacientes que padecen de esta patología siempre van a consulta *con* su familia aunque vayan solos (físicamente), llevan a

cuestas los procesos interpersonales en los que se encuentran inmersos a los cuales se va a incorporar la indicación médica (Sandín, 2003).

La alexitimia, concepto introducido por Sifneos (1973), es definida literalmente: ausencia de palabras para expresar emociones y denota una dificultad en identificarlas y describirlas, puede ser también uno de los factores para el surgimiento de este tipo de trastornos, ya que no se estaría practicando una comunicación adecuada dentro del contexto familiar debido tal vez a una mala relación entre cónyuges, hermanos o hijos. Como indica el neuro psiquiatra Luigi Onnis (1990) “el síntoma comunica”, plantea la fuerte relación entre evitación de conflictos y enfermedad orgánica; en algunas familias (dice), los conflictos no son explícitos, por lo que *el síntoma reemplaza a la palabra*.

Existe aún mucha controversia a nivel científico, cada vez y con más frecuencia se aprecia que la medicina está haciendo el esfuerzo de volver a considerar al ser humano en forma holística; es decir, una unidad bio-psico-social (Bornhauster, 2005).

La psiconeuroendocrinoinmunología (que basa su teoría sobre el impacto negativo del estrés crónico sobre los sistemas nervioso, endocrino e inmune) es muestra de eso, ratifica el concepto de salud de la OMS que va más allá del concepto de ausencia de enfermedad.

### **3.1.3. Dimensiones de enfermedades psicosomáticas**

Alexander (1950) refirió siete tipos de trastornos psicosomáticos: asma bronquial, úlcera gastrointestinal, colitis ulcerosa, hipertensión, artritis reumatoide, neurodermatitis, hipertiroidismo. Más en el DSM-II (APA, 1968)

se amplió significativamente a los sistemas: respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo esqueléticos, de la piel, endocrinos, genitourinarios y hemáticos y linfáticos, denominándolos trastornos psicofisiológicos. Con la publicación de la siguiente edición de la American Psychiatric Association (APA, 1980, 1987) se suprime este grupo (por ahora definitivamente). En el DSM IV (APA, 1994) tampoco lo contempla ya que sostienen que los factores psicológicos pueden influir de forma significativa sobre el inicio y curso de *cualquier* trastorno orgánico denominándola “*Factores psicológicos que afectan a la condición médica*”, siempre y en primer término debe existir una condición médica general que suele entenderse un estado físico que implica una patología orgánica demostrable. Existiendo ahora el DSM V, no se encontró bibliografía para el análisis del mismo que se refiera al tema psicósomático.

Por lo expuesto, y no existiendo una clasificación única de las enfermedades psicósomáticas, para efectos de la presente investigación y a sugerencia de los expertos, se han considerado aquéllas que tienen mayor incidencia en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO, 2013:

- Gastrointestinales: sensación de atragantamiento, gastritis, dispepsia, colon irritable.
- Respiratorias: problemas de respiración, alergias respiratorias, asma.
- Del sistema cardiovascular: angina de pecho, hipertensión arterial, insuficiencia coronaria.
- Osteomusculares: dorsalgias, lumbalgias, artritis reumatoide, reumatismo articular crónico.

- Neurológicas: trastornos del sueño, cefalea crónica, debilidad generalizada.
- Dermatológicas: psoriasis, alergias a la piel, hiperhidrosis, eczema, vitíligo.

### **3.1.3.1 Gastrointestinales**

La alimentación forma parte de las primeras formas de relación social y de necesidad satisfecha, en la que la personalidad de la madre constituye un elemento determinante para el posterior desarrollo del niño.

El aparato digestivo tiene el fin supremo: la digestión de los alimentos y su absorción, es un sistema muy complejo y bien regulado, intervienen diversos órganos: boca, faringe, esófago, estómago e intestinos. Realiza cuatro funciones importantes: transporte de los alimentos, secreción a través de los jugos digestivos, absorción de los nutrientes y excreción mediante la defecación. Todo este proceso a fin que los nutrientes puedan ser absorbidos y transportados a la sangre.

Uno de los trastornos funcionales del aparato digestivo más frecuentes es el colon irritable caracterizado por alteraciones del tránsito intestinal, estreñimiento, diarrea y dolor abdominal que se alivia con la defecación que generalmente está acompañada con moco (Velasco & cols., 2013).

No se sabe aún con certeza su etiopatogenia; sin embargo, existe la teoría de los factores psicosociales que sostiene que “el 50% de los pacientes que consultan por esta enfermedad presentan síntomas de somatización, ansiedad, fobia, hostilidad, paranoia, depresión e hipocondría; situación que origina una percepción de mayor gravedad, lo que lleva al

paciente a solicitar consultas reiteradas y consecuentemente abuso en el consumo de medicamentos, estudios de laboratorio e incluso de cirugías innecesarias” (Barrio, 2006).

Así mismo la úlcera péptica también es una enfermedad que consiste en una lesión que penetra en la mucosa de la pared gastrointestinal, afectando la musculatura subyacente. Los principales síntomas son el dolor y ardor en la parte superior de la región abdominal, pero puede presentarse con náuseas, vómitos, eructos e hinchazón abdominal.

Este tipo de afecciones gastrointestinales ha sido investigada, por ejemplo, en Tailandia, donde se halló “que el estrés y la historia familiar de úlcera péptica (UP), pero no la bacteria *Helicobacter pylori*, fueron importantes factores de riesgo para la UP. (Wachirawat et al., 2003), por lo que es necesario considerar la implicación de estos factores en su etiología.

### **3.1.3.2. Respiratorias**

La respiración es el proceso por el cual el aire ingresa y sale del organismo, intervienen fosas nasales, faringe, laringe y pulmones; la espiración corresponde al reposo y la inspiración a un movimiento activo, se instala en la vida neonatal, y su función de aprovisionamiento de oxígeno es fundamental para la sobrevivencia, su carencia significa muerte del ser humano, lo cual generalmente es vinculado con el alma y el espíritu, el yo desaparece y el espíritu o soplo de vida abandona el cuerpo, de ahí el término “exhaló” cuando alguien fallece.

Su regulación es compleja y depende del estado del organismo, está ligada directamente a las diferentes organizaciones funcionales del sistema nervioso central, y, por tanto, a los diferentes estados psíquicos. Existe una

semiología de la respiración en función de los estados afectivos: la emoción sofoca o hace jadear, la angustia ahoga, la sorpresa corta la respiración, la depresión arranca suspiros, mientras que la serenidad va acompañada de una respiración pausada (Haynal, 1980).

Algunas de las enfermedades psicósomáticas respiratorias frecuentes son: el asma caracterizada por episodios repetitivos de “silbidos”, sensación de ahogo, opresión en el pecho y tos; alergias nasales tales como la rinitis que es una inflamación de la mucosa que recubre las fosas nasales, acompañada de estornudos y disminución del olfato; síndrome de hiperventilación, síndrome de retención respiratoria, disnea que no es sino una falta de aire derivada de una sensación subjetiva. (Velasco & cols., 2011).

### **3.1.3.3 Del sistema cardiovascular**

Es el sistema cuya función principal es conducir y hacer circular la sangre, está formado por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre. En condiciones normales, el corazón pasa desapercibido, y solo en situaciones de estrés; es decir, cuando hay una variación en la homeostasis surgen respuestas adaptativas que tienden a restablecer el equilibrio alterado por factores intrínsecos y/o extrínsecos, y es así como surgen disfunciones del aparato cardiovascular: “trastornos funcionales y enfermedades psicósomáticas mayores (neurosis cardíaca, coronariopatías, infarto de miocardio, hipertensión arterial, síncope)” (Haynal-Pasini, 1980).

La hipertensión arterial en el manual de diagnóstico (CIE 401-405: aumento de la tensión arterial sistólica y/o diastólica) es la enfermedad circulatoria más frecuente, fue una de las primeras enfermedades postuladas

como psicósomáticas, puesto que los hipertensos tienen una reactividad cardiovascular incrementada en respuesta al estrés, se vincula con el incremento de frecuencia cardíaca, vasoconstricción y secreción de epinefrina y norepinefrina neurotransmisores que lo provocan, como también existe en ellos retención crónica de sodio.

Aunque el estrés puede influir a través de diversas vías sobre la salud cardiovascular, una vía importante mediante la cual éste puede perturbar la salud cardiovascular, por medio de un incremento de las emociones negativas, especialmente la hostilidad, la ansiedad y la depresión. La ansiedad está relacionada con el inicio, la depresión con la evolución, mientras que la hostilidad desempeña un papel menos claro (Sandín, 2011).

#### **3.1.3.4. Osteomusculares**

Los trastornos osteo musculares son procesos que afectan las partes blandas del aparato locomotor, surgiendo lesiones o alteraciones físicas y funcionales en los músculos, tendones, ligamentos, nervios o articulaciones localizadas principalmente en la espalda y las extremidades, tanto superiores como inferiores. Se manifiestan con dolor y limitación funcional de la zona afectada. Existen dos tipos básicos, algunas son agudas y dolorosas, y otras: crónicas y duraderas, las más comunes son las lumbalgias y las dorsalgias (Haynal, 1980).

Los acontecimientos estresantes de la vida y las características psicológicas de cada cual pueden favorecer la aparición y el mantenimiento de algunas afecciones. En particular, la artritis reumatoide es un modelo clásico de enfermedad psicósomática, cuya aparición y evolución pueden depender de factores psicológicos y de acontecimientos de la vida (Adam

2011). Entre las más frecuentes se encuentran las artralgias (dolores articulares) y lumbalgia (dolor de espalda), el síndrome de fatiga crónica, y la fibromialgia que “es un síndrome de dolor crónico, caracterizado por dolores músculo - esqueléticos, rigidez matutina, cansancio, trastornos del sueño y trastornos afectivos, el dolor suele ser fluctuante, esquivo, difícil de localizar” (Bornhauser & Csef, 2005).

### **3.1.3.5. Neurológicas**

Son aquellas enfermedades en las que produce una lesión o disfunción en el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico y/o el sistema nervioso autónomo. Son afecciones que pueden ser transitorias, con recuperación y hasta pueden ser revertidas, ya que una vez instaladas son más difíciles de tratar. Existen personas con mayor predisposición a adquirirlas, existiendo factores de riesgo que las producen como son por ejemplo: la hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, estrés, problemas de sueño, obesidad, diabetes, etc. (Haynal, 1980).

Son varios los trastornos neurológicos y se encuentran debidamente clasificadas, más para efectos de la investigación sola han sido consideradas los trastornos de sueño, cefalea y debilidad generalizada.

En cuanto a la cefalea se estima que gran porcentaje de la población general adulta la ha padecido alguna vez en la vida. “Se ha considerado una enfermedad psicosomática que se asocia a ansiedad y depresión, por lo que es muy frecuente que estos pacientes, además de ser tratados con diversos analgésicos, reciban ansiolíticos o antidepresivos (...). Hoy se reconoce la necesidad de brindar atención psicológica a quienes padecen

ayudándolos a identificar y a resolver las situaciones de estrés que contribuyen a la aparición de su cefalea, y parte de esta atención psicológica puede y debe dirigirse al tratamiento de la familia disfuncional, que es la que brinda sustrato para la aparición y tendencia a la cronicidad de las crisis de cefaleas” (Rivera & cols., 2008).

### **3.1.3.6. Dermatológicas**

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, cuya función principal es protegerlo del medio exterior: calor o frío, su revestimiento exterior se encuentra expuesta a múltiples influencias externas e internas y sufre constantes cambios, nos sirve de medio de comunicación y de protección ante el mundo exterior.

Reacciona con intensidad ante las emociones: miedo, vergüenza, ira, ansiedad, etc., esta relación es conocida con la denominación de somatización. Existen dos tipos de trastornos de la piel: las de vasoconstricción (palidez, enrojecimiento, hiperhidrosis), y las de sensibilidad (prurito, urticaria). Generalmente las personas que sufren de estas enfermedades:

...han tenido frecuentemente madres inadecuadas: hiperprotectoras, demasiado envolventes y estimuladoras a través de la piel, o bien francamente rechazadoras y que inspiran al niño un profundo sentimiento de culpabilidad y la erotización masoquista de este sentimiento (Haynal, 1980).

En el DSM-IV, la clasificación esquemática bien conocida, adoptada en los Estados Unidos, “los trastornos psicósomáticos se incluyen en la clasificación de factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas”

que está en el grupo Q-1 entre los que se incluye en primera línea la dermatitis atópica. Algunos pacientes que visitan al dermatólogo presentan en realidad enfermedades psiquiátricas reales, expresadas sobre la piel, pero eligen acudir al dermatólogo por que no desean ver a un psiquiatra (Panconesi, 2000).

Las enfermedades psicósomáticas de la piel más frecuentes son: eczema constitucional, urticaria, psoriasis vulgar, dermatitis atópica, alopecia, herpes, el liquen simple, los aftas repetitivos, acné, rosácea, hiperhidrosis, prurito, eczema, etc.

## **3.2 Dinámica familiar**

### **3.2.1 Definición**

Con mucha frecuencia se ha observado a la problemática familiar desde la óptica lineal con el paradigma causa-efecto; sin embargo, el enfoque sistémico cuyas raíces se encuentran en la teoría general de sistemas con la concepción de Ludwig Von Bertalanffy (biólogo y filósofo austriaco), trata de entender y abordar a la familia como un sistema que implica conceptos de orden, totalidad, organización, estructura y finalidad. Por tanto, una buena definición de lo que viene a ser la dinámica familiar, se encuentra precisamente en esta teoría, que la considera como la interacción relacional que surge entre sus miembros que comprende:

los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros (Minuchín, 1986).

Minuchín también plantea que la familia está constituida por subsistemas, entre los cuales encontramos: el subsistema conyugal, parental, filial, de abuelos, etc.; Aylwin (2002), fuera de los subsistemas clásicos, plantea la existencia de otros subsistemas constituidos por diferentes factores: sexo, edad, función, intereses, etc., sus miembros son interdependientes, también se interrelacionan de alguna forma entre sí, generando de esta manera una particular dinámica entre ellos. Esta dinámica circular surge de algunos aspectos: roles, cohesión, estilos de comunicación, normas o reglas de convivencia (que pueden ser claras, difusas o rígidas), jerarquías (nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar que puede ser autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad), estrategias para resolver conflictos, capacidad de adaptación al cambio durante el curso del ciclo vital de la familia, capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia de las relaciones intrafamiliares para la formación de fronteras generacionales funcionales, relaciones de afecto, etc. (Mendoza, 2006).

Como se puede apreciar la dinámica familiar es elemento esencial para determinar la salud del sistema, ya que las relaciones transaccionales que se presentan entre cónyuges, padres, hermanos o hijos, no surgen solas, sino sobre la base de vínculos (sean estos positivos o negativos), que generarán ciertas emociones que nutrirán o perjudicarán a cada uno de los miembros de la familia. Por lo que para la presente investigación la hemos definido: el sistema de intercambio relacional que existe dentro de la familia. Específicamente de los lazos y vínculos emocionales que surgen entre los miembros de la familia y el grado de autonomía que cada uno de los

miembros experimenta dentro de ella. Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.

### **3.2.2 Dimensiones de la dinámica familiar**

#### **3.2.2.1 Interacción familiar**

Toda familia tiene un particular modo de vida, el cual está influido por la realidad social, económica e histórica de la sociedad a la que pertenece.

Desde la perspectiva sistémica y teniendo en consideración que la familia es un sistema que implica y constituye una unidad, una integridad, no se la reduce a la suma de las características de sus miembros o individualidades, sino todo lo contrario: la concibe como un conjunto de interacciones donde los problemas familiares no son analizados de manera lineal (causa-efecto), “pues en una familia no hay “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema” (Herrera, 1997).

Por lo tanto, dentro de ella surgen patrones de interacción (paterno-filial, conyugal, fraternal) que no son sino secuencias de conducta que se perciben conectadas entre sí y tienen la característica de ser repetitivas (redundante), estereotipadas, cíclicas (se percibe un inicio y un final); y por ende predecibles. Existen cinco características predominantes de interacciones: a) aglutinamiento o una forma extrema de proximidad e intensidad; b) sobreprotección, reflejado en el alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienen del bienestar de los otros; c) rigidez,

caracterizado por una necesidad de mantener el status quo; d) evitación de conflicto, e) involucración de los hijos en los conflictos parentales (maritales) a través de la triangulación (Minuchin, 1989).

Cabe resaltar que un indicador muy importante de la interacción es la cohesión familiar definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, la cual se puede medir a través de la ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Y es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (de moderada a alta), enmarañada: muy alta (Zegers & colaboradores, 2003).

En caso de existir ésta en forma débil o nula, da lugar al surgimiento del conflicto familiar, apunta a valorar el grado de enojo, contradicción y agresión que expresan los miembros de la familia entre sí, éste se presenta en la vida de todo ser humano por tanto en las familias, cuando ocurre resulta una oportunidad para crecer y aprender, de ahí su importancia en manejarlos adecuadamente. Sin embargo, con frecuencia se trata de evitarlos debido a que en la cultura nuestra se tiende a desvirtuar y/o crear cierto temor a enfrentar las diferencias de opinión ante los demás. Surge por distintos motivos como diferencias en cuanto a intereses, necesidades y deseos de cada uno, de opinión respecto a un proceso a seguir (cómo hacer las cosas), criterios para tomar una decisión, de repartición de algo (quién se lleva qué parte), o diferencias de valores por ejemplo (Rivero, 2011).

Cuando los conflictos se presentan además de producir un desgaste enorme de energía en las personas, puede ocurrir dos cosas: o el conflicto

estalla y se manifiesta de la peor manera (por lo general en conductas violentas), o se produce un silencio donde todos callan y nadie se pronuncia, siendo la estructura familiar particular la que determinará la forma de reacción, ambas respuestas son negativas, ya que no arreglan el problema de fondo (Gonzalez, 2011).

Por lo antedicho y para el logro de una convivencia sana dentro del hogar, es de vital importancia establecer estrategias creativas de resolución de conflictos, ya que cuando no son resueltos, los sentimientos y/o emociones asociados a él (frustración, pena, ansiedad, dolor, humillación) quedan guardados y se van acumulando cada vez que viene otro que no se resuelve. Entonces resulta indispensable aprender a resolverlos a través del diálogo entre sus miembros, considerando las opiniones de todos los integrantes y practicando dentro de lo posible (dependiendo de las situaciones) los consensos, evitando la violencia en la que generalmente se impone la posición o voluntad del más fuerte (ya sea en términos físicos o de posición dentro de la familia) por sobre el más débil que queda en una situación de sometimiento y/o represión. Éste es un hábito y una habilidad que debe desarrollar la familia como sistema.

### **3.2.2.2 Comunicación**

El concepto sistémico parte de que la conducta de cada miembro en la familia afecta al resto, y a su vez es afectada por éstas (Watzlawick, 1971). Por lo tanto, en cada familia se origina un sistema de comunicación muy particular generado por cada uno de sus miembros, donde a la vez la conducta de cada uno de ellos ejerce un efecto o respuesta sobre las demás

conductas que interactúan, entendiendo por interacción al proceso de influencia recíproca en el cual cada miembro modifica su comportamiento como reacción al comportamiento del otro. Por lo mismo, para que la comunicación sea efectiva en la familia es necesario que el mensaje que se transmite sea coherente con la expresión verbal y no verbal, ya que en caso de no practicar este estilo de comunicación, podría llevar a la familia a tener grandes dificultades para resolver sus conflictos por su incoherencia (Cava, 2003).

Su función esencial es que todos puedan expresar con libertad y directamente sus opiniones, pensamientos y sentimientos, sus necesidades, y que éstas sean escuchadas y satisfechas por los demás miembros utilizando habilidades positivas: la empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes y habilidades efectivas de resolución de conflictos, ya que uno de los errores más frecuentes entre los miembros de las familias, radica en pensar que los otros deben adivinar lo que requieren o anhelan, tanto en lo que se refiere a las necesidades materiales como a las necesidades afectivas, conducta que necesariamente debe ser modificada, ya que es fundamental que todos expresen sus emociones y expectativas sin temor a generar rechazo, burla, o no ser considerados por los demás. Al hacer explícitas, estas necesidades se establecen relaciones más eficientes, claras y definidas, por lo que es indispensable dialogar sobre temas como hábitos, horarios, planes futuros, recreación, etc.

### **3.2.2.3 Roles familiares**

En toda familia existen formas de convivencia muy particulares, su funcionamiento puede llegar a explicar los principales aspectos comportamentales y los roles que desempeña cada miembro del grupo familiar, entendiéndose a éstos como la posición que asumen, o como aquellas pautas de interacción que tienen relación con lo que se debe y no se debe hacer de acuerdo con lo aprendido al interior de la familia, relacionados a las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo.

El rol es un vínculo que el individuo tiene para comunicarse y enfrentarse con el mundo, cumpliendo de esta forma con diferentes funciones, deberes y derechos que han sido introyectados en el núcleo familiar y social durante el desarrollo bio-psico-social de todo individuo (Rossi, 2001).

En una familia sana, esta condición mínima se relaciona en primer lugar con que los roles familiares estén bien definidos o claros de acuerdo con el ciclo de vida de cada individuo; existe el rol de padre, de hijo, de hermano, de abuelo, etc. donde los adultos responsables deben cumplir con la custodia, protección y educación en valores a los hijos, y éstos a su vez cumplan con sus responsabilidades o tareas que permitirán su desarrollo de la mejor forma posible: ir aprendiendo y practicando las habilidades y destrezas que les corresponden de acuerdo a su edad (Herrera, 2000).

Uno de los aspectos importantes dentro de la familia lo constituye la distribución del trabajo doméstico, el cual debe ser compartido entre todos los miembros de la familia independientemente del sexo de sus miembros y de acuerdo con la edad de cada uno de ellos. Es frecuente que éste sea responsabilidad sólo de algunos miembros de la familia, recayendo

generalmente en las madres y en las hijas, sean éstas mayores o menores. Para el logro de la satisfacción familiar, la condición mínima está dirigida a que todos los miembros de la familia tengan alguna responsabilidad, dependiendo de la edad de cada uno de sus miembros. Esto significa que los niños y niñas no deberían desarrollar tareas domésticas que excedan sus capacidades físicas y/o psicológicas, ni eximirse de desarrollar tareas que estén a su alcance (Landwerlin, 2005).

Los roles demarcan los estatus o posiciones entre los miembros de la familia, las que a su vez permite la ejecución de otros elementos de la dinámica que de igual forma se encuentran actuando en el sistema familiar y que son de suma importancia para ésta, ya que en todo sistema familiar debe quedar claramente establecidas las jerarquías o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía); por ejemplo, saber con certeza quién es el adulto responsable de cada niño y joven de la familia, si este adulto (o más de uno) es el encargado de formular las reglas relativas a la convivencia; por ejemplo, permisos para salir, horarios, obligaciones de cada integrante de la familia, entre los principales, y cuáles son los espacios para compartir y los espacios individuales, incluida la relación de pareja (Herrera, 2000).

Del mismo modo, las normas de convivencia están presentes en todas las familias, incluso desde antes de que nazcan los hijos, en los padres, ya que al igual que todo sistema tiene un conjunto de reglas interactivas por lo que el funcionamiento de la familia no depende de la personalidad de cada uno de sus miembros, sino de las reglas internas del

sistema; como muestra Jackson (1965), las normas familiares se concretan bajo forma de reglas que rigen los comportamientos de sus miembros entre sí, como frente al medio externo. Cada regla instaure derechos y obligaciones y mantiene su funcionamiento aunque hayan surgido de las familias de origen, son nuevas y creadas por y para esa unidad familiar en particular. Pueden clasificarse en tres categorías: las reconocidas, las implícitas y las secretas. Las reconocidas son las más saludables debido a que han sido establecidas explícitamente con claridad y en consenso con todos los miembros del sistema, las implícitas son aquellas que incluyen otra sin expresarlo, no son manifiestas, se identifican por los modelos de comportamiento repetitivo y redundante que expresan indirectamente los acuerdos entre los miembros; es decir, se dan en la práctica aunque no han sido verbalmente establecidas. Algunas de éstas pueden ser reconocidas por los miembros de la familia, pero otras no, precisamente éstas no reconocidas, son las denominadas secretas, son las más difíciles de descubrir, ya que todos se mueven en base a ellas, nadie las menciona, son reglas inconscientes que si se llegan a reconocerlas siempre serían negadas (Mendieta, 2001).

#### **3.2.2.4 Ciclo vital familiar:**

Wynne (1984) ha abordado el tema de la familia sana desde una perspectiva de su desarrollo, toma el concepto de mutualidad para referirse a los procesos de renovación y reconstitución de la relacionalidad, valorados positivamente a través del tiempo, los que son impulsados por la convergencia del conflicto, el crecimiento, el envejecimiento y las discontinuidades de los ciclos vitales de la familia. Al constituir un elemento

dinámico de transición resulta un aspecto relevante para la evaluación de la familia, ya que al ser ésta un sistema vivo se encuentra en constante cambio y movimiento.

Existe en la literatura diversidad de clasificaciones, las cuales se diferencian entre sí debido a los criterios utilizados como la edad o entradas y/o salidas del sistema; sin embargo, existe coincidencia en que las etapas son cualitativamente diferentes. Así

La OMS define un modelo dividido en seis etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio, y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge) (Zurro, 2003).

Para la presente investigación se ha considerado aquella que la divide en cinco etapas: formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos en edad escolar y adolescente, familia con hijos adultos y nido vacío". Sin embargo, cabe señalar que existen variantes y éstas no son absolutas difiriendo en mayor o menor grado, según los fenómenos socioculturales que se presentan en la actualidad, y cada una de estas fases tiene sus propias características que las hace diferente unas de las otras.

Una nueva familia en su etapa de formación surge cuando la pareja decide unir sus vidas hasta el nacimiento del primer hijo. El nacimiento de los hijos sacude la estructura familiar, y de la convivencia de roles distintos dependerá la integración o exclusión de alguno de los miembros de la nueva pareja. Se encuentra en la práctica situaciones donde al hijo no se le asigna un lugar, traduciéndose esto en importantes carencias en su desarrollo, siempre que haya un excluido, se verá afectada la funcionalidad del grupo

familiar como el crecimiento y desarrollo de la nueva generación (Estremero, 2008).

Del mismo modo, el inicio de la escolarización de los hijos es considerado también otro de los momentos de crisis tanto para los padres como para los niños. Para los niños, esa primera socialización dependerá de la fortaleza con que se encuentren vinculados con sus padres, éste es un elemento que incidirá en sus relaciones escolares. Las relaciones de rigidez, autoritarismo o permisividad extrema serán fuente de conflictos, y cuando la tensión y el conflicto priman en la relación conyugal y/o familiar, el niño es afectado directamente, pudiendo surgir así una sintomatología psicósomática como un trastorno conductual. Así mismo, la presencia de gratificaciones y también de frustraciones, permitirá en los niños un aprendizaje que integre la norma sin ser y/o sentirse vulnerado, favoreciendo la confianza en sí mismo y en los demás la creatividad y seguridad (Beyebach, 1995).

La llegada de un adolescente a la familia conlleva a hacer frente a perturbaciones de origen externo que antes eran casi imperceptibles para la familia sin adolescentes y que ahora pueden llegar a provocar intensas reacciones (....). En suma se da una acumulación de cambios en distintos sistemas y en poco tiempo (Perinat, 2003).

Esta etapa requiere nuevas formas de vincularse, de comunicarse, si los adultos no aceptan la pérdida de lo infantil en su hijo, no podrán adaptarse a las exigencias que trae el adolescente. Los riesgos de no aceptar el transcurrir del tiempo pueden socavar la libertad del adolescente tratándolo como al niño que está queriendo dejar de ser o dejarlo en un libre albedrío, que a pesar de ser éste su pedido, necesita de la norma, límite y

contención de sus padres. Es una etapa de inestabilidad, dependiendo de cómo se juegue la misma la construcción de su ser adulto (Beyebach, 1995).

El desprendimiento de los hijos, crisis que dada la realidad en cada país coincide por lo general con la quinta etapa al tener muchas variantes, pero lo sano es que el o la joven pueda irse del hogar materno sin culpas, sin cargo de conciencia y con la certeza de que pese a la distancia física, son capaces de mantenerse unidos a su familia de origen. Para los padres implica aceptar pérdidas, no sólo del lugar del hijo que se va, sino también del paso de los años.

Esta etapa así como la siguiente, suele coincidir con crisis como lo es la jubilación, ya que el lugar que ocupa el trabajo en la vida de las personas determinará qué significará ese momento, pudiendo ser vivido con satisfacción y disfrute, disconformidad, o simplemente permanecer “pasivo”, se sabe que algunos sufren demasiado al no poder encontrar el reemplazo del tiempo que siempre fue ocupado por el trabajo (Beyebach, 1995).

En la crisis llamada “nido vacío”, la pareja que nuevamente queda sola así como en sus inicios, ha de elaborar no solo las pérdidas: el reconocimiento de la propia vejez, sino también debe reencontrarse ya en una nueva circunstancia; es decir, sin las preocupaciones habituales de los hijos; en suma, requiere toda una reorganización. Generalmente los riesgos que se presentan en esta etapa son cuadros depresivos, hipocondríacos, soledad intensa, entre otras manifestaciones, que se acentúan con la emigración de hijos (Vidal, 1999).

La falta de preparación de los cónyuges o de los hijos como familia para el enfrentamiento y/o adaptación a cada etapa podría producir

desórdenes o trastornos de conducta u otras patologías, que a largo plazo resultarían perjudiciales para todo el sistema familiar. Por lo tanto, es indispensable propiciar el conocimiento profundo del ciclo vital humano, familiar y sus etapas, ya que cada una de ellas implica cambios y todo cambio en sí mismo se considera crisis que repercute e influyen tanto en cada miembro individual, como en el grupo familiar.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1. Tipo y diseño de estudio

##### 1.1. Tipo de estudio de la investigación

El presente trabajo es una investigación considerada dentro del enfoque cuantitativo, no experimental, porque pudo observar los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural, sin intentar manipular intencionalmente alguna variable.

##### 1.2. Diseño de la investigación

Asimismo, este trabajo es una investigación de tipo correlacional, porque pudo medir y describir la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar en los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD en el 2013. Y transaccional en relación con el tiempo, ya que se recolectó información aplicando el instrumento en un momento único.

Su diagrama representativo es el siguiente:

	Ox
M	r
	Oy

En el esquema:

M = Muestra de investigación

Ox = Observaciones de la variable enfermedades psicosomáticas

Oy = Observaciones de la variable dinámica familiar.

r = Relaciones entre variables

## **2. Población y muestra**

### **2.1. Población**

Para el presente estudio, la población considerada fue 7, 356 tomando como referencia el número de asegurados atendidos durante los años 2010, 2011 y 2012 en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD, HUANCAYO (tal como se observa en la Tabla 1), en los servicios médicos donde se presentan con frecuencia los pacientes con enfermedades psicosomáticas (gastroenterología, neumología, cardiología, reumatología, neurología y dermatología), y los servicios donde generalmente no se presentan las enfermedades psicosomáticas (traumatología, urología, oncología, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología).

### Cuadro 1

*Número mensual de visitas a los servicios médicos del HNRPP ESSALUD – HUANCAYO, 2010*

SERVICIO MEDICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Neurología	215	247	452	383	398	437	493	338	504	478	372	0	4317
Cardiología	754	592	600	752	600	716	671	576	811	618	833	0	7523
Neumología	205	127	231	206	194	208	164	151	211	153	207	0	2057
Gastroenterología	706	684	730	828	771	785	622	709	541	758	676	0	7810
Dermatología	763	820	748	691	761	519	525	570	569	560	318	0	6844
Reumatología	959	745	783	891	1007	747	710	646	516	856	857	0	8717
Oncología Médica	224	276	331	274	252	283	318	264	312	199	289	0	3022
Ortopedia y Traumatología	986	1008	980	810	939	971	904	934	992	935	1111	0	10570
Urología	661	659	785	822	765	699	593	502	394	600	352	0	6832
Oftalmología	939	890	894	920	617	954	888	793	743	845	768	0	9251
Otorrinolaringología	630	701	480	506	611	662	648	480	746	588	713	0	6765
Ginecología	1107	1466	1278	983	819	1033	816	894	952	801	1045	0	11194
<b>TOTAL</b>	<b>8149</b>	<b>8215</b>	<b>8292</b>	<b>8066</b>	<b>7734</b>	<b>8014</b>	<b>7352</b>	<b>6857</b>	<b>7291</b>	<b>7391</b>	<b>7541</b>	<b>0</b>	<b>84902</b>

### Cuadro 2

*Número mensual de visitas a los servicios médicos del HNRPP ESSALUD – HUANCAYO, 2011*

SERVICIO MEDICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Neurología	539	574	651	680	687	619	587	703	641	639	684	439	7443
Cardiología	501	360	647	535	657	688	750	619	857	598	781	492	7485
Neumología	198	155	184	193	202	204	140	227	259	220	229	187	2398
Gastroenterología	504	627	555	610	668	612	536	596	610	577	602	669	7166
Dermatología	427	606	545	573	401	565	559	470	646	538	426	608	6364
Reumatología	811	673	897	910	956	1006	1017	1085	924	1008	1118	590	10995
Oncología Médica	338	321	327	259	303	295	258	353	365	198	336	320	3673
Ortopedia y Traumatología	1221	984	1003	681	605	780	803	878	962	708	800	716	10141
Urología	553	702	707	719	479	539	541	709	645	661	512	676	7443
Oftalmología	1158	1061	952	973	907	921	990	929	954	809	913	769	11336
Otorrinolaringología	642	605	629	572	743	635	662	486	566	556	541	432	7069
Ginecología	886	1045	1027	983	972	954	995	1051	1005	1012	828	788	11546
<b>TOTAL</b>	<b>7778</b>	<b>7713</b>	<b>8124</b>	<b>7688</b>	<b>7580</b>	<b>7818</b>	<b>7838</b>	<b>8106</b>	<b>8434</b>	<b>7524</b>	<b>7770</b>	<b>6686</b>	<b>93059</b>

### Cuadro 3

*Número mensual de visitas a los servicios médicos del HNRPP ESSALUD – HUANCAYO, 2012*

SERVICIO MEDICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Neurología	545	511	680	651	0	613	665	93	758	550	651	474	6191
Cardiología	396	602	672	729	0	865	730	172	527	747	890	678	7008
Neumología	279	258	162	273	0	215	217	33	164	215	220	162	2198
Gastroenterología	482	781	464	589	0	643	800	139	793	699	862	654	6906
Dermatología	568	457	531	531	0	499	627	107	478	653	553	594	5598
Reumatología	957	1 103	1 091	993	0	892	979	236	703	1 034	1 109	724	9821
Oncología Médica	302	375	396	397	0	370	391	45	314	319	299	375	3583
Ortopedia y Traumatología	945	866	726	626	0	1 001	1 089	530	1 225	1 170	1 124	644	9946
Urología	484	574	549	684	0	432	501	70	355	431	531	579	5190
Oftalmología	819	911	879	978	0	1 049	959	177	1 101	874	1 046	938	9731
Otorrinolaringología	473	649	604	599	0	615	583	90	624	351	548	530	5666
Ginecología	858	897	833	792	0	995	973	322	1 212	1 137	1 083	923	10025
<b>TOTAL</b>	<b>7108</b>	<b>7984</b>	<b>7587</b>	<b>7842</b>	<b>0</b>	<b>8189</b>	<b>8514</b>	<b>2014</b>	<b>8254</b>	<b>8180</b>	<b>8916</b>	<b>7275</b>	<b>81863</b>

### Cuadro 4

*Número mensual promedio de visitas a los servicios médicos del HNRPP ESSALUD – HUANCAYO, 2010 – 2012*

SERVICIO MEDICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Neurología	398	417	585	553	523	549	577	281	626	552	549	456	6066
Cardiología	531	504	639	664	628	752	716	394	715	651	833	578	7605
Neumología	225	172	190	221	198	209	171	104	208	193	218	174	2283
Gastroenterología	556	694	573	668	718	676	644	389	640	674	705	661	7598
Dermatología	570	610	600	595	552	527	569	306	560	582	422	601	6494
Reumatología	906	821	915	930	981	875	891	549	695	963	1020	654	10200
Oncología Médica	284	321	350	304	276	314	318	161	329	233	307	346	3543
Ortopedia y Traumatología	1044	951	894	702	754	912	925	757	1053	918	1000	679	10589
Urología	561	643	673	739	605	546	544	292	448	555	457	626	6689
Oftalmología	962	951	908	957	748	973	945	507	921	842	902	849	10465
Otorrinolaringología	576	650	567	558	674	637	630	276	641	486	596	478	6769
Ginecología	944	1112	1030	915	892	993	924	671	1051	973	979	853	11337
<b>TOTAL</b>	<b>7557</b>	<b>7846</b>	<b>7924</b>	<b>7806</b>	<b>7549</b>	<b>7963</b>	<b>7854</b>	<b>4687</b>	<b>7887</b>	<b>7622</b>	<b>7988</b>	<b>6955</b>	<b>89638</b>

### Cuadro 5

*Distribución de la población y muestra de las visitas a los servicios Médicos del HNRPP ESSALUD – HUANCAYO, 2010 – 2012*

SERVICIO MEDICO	POBLACION	MUESTRA	GRUPO
Neurología	495	27	<b>Sufren EPS</b> <b>180</b>
Cardiología	623	34	
Neumología	187	10	
Gastroenterología	626	34	
Dermatología	532	29	
Reumatología	837	46	
Oncología Médica	290	16	<b>No sufren EPS</b> <b>222</b>
Ortopedia y Traumatología	873	48	
Urología	544	30	
Oftalmología	860	47	
Otorrinolaringología	551	30	
Ginecología	938	51	
<b>TOTAL</b>	<b>7356</b>	<b>402</b>	

Según los datos del cuadro 5 se establece el número de pacientes encuestados quienes visitan los servicios médicos que reciben a pacientes que sufren enfermedades psicosomáticas es 180 y el número de pacientes encuestados que visitan los servicios médicos para pacientes que sufren otras enfermedades es 222 del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013, a quienes se le aplicó las encuestas

#### 2.2 Muestra

Como se aprecia en el cuadro 5, la muestra estuvo conformada por 402 personas que en ese momento iban a ser atendidos en alguno de los servicios médicos del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD,

HUANCAYO, adonde acuden con frecuencia los pacientes con enfermedades psicosomáticas: servicios de gastroenterología, neumología, cardiología, reumatología, neurología y dermatología, también en aquellos servicios adonde *no* acuden con frecuencia este tipo de pacientes: traumatología, urología, oncología, oftalmología, otorrinolaringología y ginecología. Los encuestados elegidos fueron aquellos asegurados *recurrentes* que por lo menos acudieron al hospital como mínimo cuatro meses en forma consecutiva (o no) para el tratamiento de la misma enfermedad, sin haber logrado obtener mejoras en su salud, pese al tratamiento médico y farmacológico recibido.

La muestra de este trabajo de investigación fue probabilística calculada con un diseño muestral aleatorio simple proporcional para estimar una proporción.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de una población finita.

$$n = \frac{NpqZ^2}{(N - 1)\varepsilon^2 + pqZ^2}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar

N =Tamaño de la población = 7356

Z = Abscisa normal para el nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = Probabilidad de éxito (50% ó 0,5).

Q = Probabilidad de fracaso (50% ó 0,5).

E = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.05

Remplazando valores tenemos:

$$n = \frac{NpqZ^2}{(N-1)\varepsilon^2 + pqZ^2} = \frac{7356(0.5)(0.5)1.96^2}{7355([0.05])^2 + 0.5(0.5)(1.96)^2} = 365$$

Esta muestra, constituida por 365 pacientes, representa el 5% de la población total de pacientes. Agregando un 10% por previsión de pérdidas (ausencia, negativa a responder o muerte de algún paciente seleccionado), la muestra definitiva es 402 pacientes, representa el 5,5% de la población total de pacientes.

### **3. Técnica e instrumentos de recolección de datos**

En el presente estudio, la recolección de la información se hizo a través de la técnica de la encuesta, cuyos instrumentos fueron los cuestionarios de Enfermedades Psicosomáticas de los Pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO (propuesta de la investigadora) y de Dinámica Familiar (Nares, 2009) adaptado por la investigadora, en base a los fundamentos teóricos existentes (Ver anexo).

### **4. Instrumentos utilizados en la investigación**

#### **4.1. Cuestionario enfermedades psicosomáticas de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013.**

El cuestionario de enfermedades psicosomáticas fue un instrumento aplicado en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD - HUANCAYO, 2013, adaptado por la investigadora y especialistas médicos

del mencionado nosocomio. En este instrumento se consideró las dimensiones que a continuación se detallan, teniendo en consideración las enfermedades psicosomáticas más comunes que se presentan en los pacientes que solicitan un servicio de atención en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD - HUANCAYO, 2013, entre las cuales tenemos:

- a) las enfermedades gastrointestinales con los siguientes indicadores: sensación de atragantamiento, náuseas, mareos, acidez estomacal (gastritis), sensación de hinchazón, gases, ardor estomacal, eructos (dispepsia), molestias estomacales, sensación de plenitud, gases, diarrea, estreñimiento (colon irritable).
- b) Las enfermedades respiratorias que se manifiestan a través de los siguientes indicadores: problemas de falta de aire al respirar, alergias respiratorias y asma.
- c) Las enfermedades del sistema cardiovascular que se manifiestan a través de los siguientes indicadores: dolor en el pecho (angina), presión arterial alta (hipertensión arterial), y falta de oxígeno al corazón (insuficiencia coronaria).
- d) Las enfermedades osteo musculares que se manifiestan a través de los siguientes indicadores: dolor en la parte alta de la espalda (dorsalgia), dolor en la parte baja de la espalda (lumbalgia), inflamación de las articulaciones (artritis reumatoide), reumatismo articular crónico (dolor en todo el cuerpo).

- e) Las enfermedades neurológicas que se manifiestan a través de los siguientes indicadores: trastornos del sueño (insomnio), dolor de cabeza crónico (cefalea), debilidad generalizada.
- f) Las enfermedades dermatológicas que se manifiesta a través de los siguientes indicadores: escamas secas en la piel (psoriasis), alergias, inflamación de la piel (dermatitis), sudor excesivo de manos, pies, etc. (hiperhidrosis), piel seca con picazón (eczema).

#### **4.1.1. Descripción**

Este instrumento está compuesto por 22 ítems con respuestas dicotómicas (sí y no), se administró indistintamente de forma individual o colectiva (paciente, familiar cuidador(a), encargado), donde solo debían responder los ítems correspondientes al tipo de enfermedad que en ese momento se estaban tratando. Este instrumento no presenta ficha técnica debido al proceso de adaptación al que fue sometido en coordinación, y bajo las recomendaciones de los expertos. Presenta información acerca de dimensiones cuyos ítems se presenta a continuación:

Enfermedades gastrointestinales: ítems: 1, 2, 3, 4.

Enfermedades respiratorias: ítems: 5,6,7.

Enfermedades cardiovasculares: ítems: 8,9,10.

Enfermedades osteomusculares: ítems 11,12,13,14,

Enfermedades neurológicas: ítems 15,16,17

Enfermedades dermatológicas: ítems 18, 19, 20,21,22

#### **4.2. Cuestionario de dinámica familiar**

Adaptado por la investigadora del original de Reyes (2009), el mismo que pasó por un proceso de validación para su respectiva aplicación. Las dimensiones de la dinámica familiar que se consideran en este instrumento

son la Interacción familiar: referido a los aspectos de cohesión y conflicto. La Comunicación: referido al estilo y forma de comunicación de los pensamientos, sentimientos y opiniones entre los miembros de la familia. Los Roles familiares: referido a los aspectos tales como reglas o normas que existen en la familia de acuerdo a los roles que desempeña cada uno de los integrantes en la familia.

Asimismo se incluyó una pregunta referido al proceso de adaptación de sus miembros a las etapas propias del ciclo vital de la familia: formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familias con hijos en edad escolar, y adolescentes, familia con hijos adultos y finalmente el “nido vacío”.

#### 4.2.2 Descripción

Instrumento impreso, compuesto por 16 ítems, con tres tipos de respuesta (no, a veces y si), fueron administrados de manera individual. No presenta ficha técnica debido al proceso de adaptación que ha recibido con el propósito de dar mayor precisión y claridad a los ítems del instrumento.

Presenta información acerca de dimensiones cuyos ítems se presenta a continuación:

Interacción familiar: compuesta por los ítems: 1, 2, 3, 4

Comunicación: compuesta por los ítems: 5, 6, 7, 8, 9

Roles: compuesta por los ítems: 10,11 y 12, 13, 14, 15, 16

**Tabla 1:** *Su valoración cuantitativa:*

Dimensión	Ítems	Escala	Rango	Disfuncional	Moderada	Funcional
Interacción familiar	4	1 a 3	4 a 12	4 a 9	10 a 11	12
Comunicación familiar	5	1 a 3	5 a 15	5 a 9	10 a 14	15
Reglas y roles	7	1 a 3	7 a 21	7 a 14	15 a 20	21
Dinámica familiar	17	1 a 3	16 a 48	16 a 34	35 a 44	45 a 48

## 5. Validación y confiabilidad de los instrumentos

Respecto a la validación y confiabilidad de los instrumentos Enfermedades Psicosomáticas y el Cuestionario de Dinámica Familiar, fueron previamente validados a través del juicio de expertos, los cuales permitieron la aplicación del mismo, y se evaluó con los resultados de su aplicación a una muestra piloto de 50 pacientes de los servicios médicos de Gastroenterología, Neumología, Cardiología, Reumatología, Dermatología, Neurología, Oncología Médica, Ortopedia y Traumatología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Ginecología del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD - HUANCAYO.

### 5.1 Evaluación de validez

Para la evaluación de la validez del cuestionario de dinámica familiar se empleó la correlación corregida ítem–test de Pearson, cuya expresión es:

$$r_{i,x-i} = \frac{r_{ix}S_x - S_i}{\sqrt{S_x^2 + S_i^2 - 2r_{ix}S_xS_i}}$$

donde:

$r_{i,x-i}$  es el coeficiente de correlación ítem–test corregido,

$r_{ix}$  es el coeficiente de correlación ítem–test,

$S_x$  es la desviación estándar de los puntajes totales de los sujetos examinados,

$S_i$  es la desviación estándar de los puntajes del ítem.

Este coeficiente toma valores entre -1 y 1, y los ítems cuyas correlaciones ítem-total arrojen valores de 0,2 a más son válidos y, para que el cuestionario o escala sea válido deben ser válidos todos los ítems.

### **Validez de constructo del cuestionario de dinámica familiar**

En la tabla 2 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de sub – test utilizando el coeficiente de correlación Producto-Momento de Pearson (r). Se parecía en la tabla que cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad presentan correlaciones fuertes además de ser altamente significativos, estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

**Tabla 2:** *Correlaciones sub test - test para el cuestionario de dinámica familiar*

<b>Sub test</b>	<b>Test</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>
Cohesión familiar	,849**	.000
Comunicación familiar	,832**	.000
Roles	,910**	.000

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01

### **5.2 Evaluación de confiabilidad**

Para la evaluación de la confiabilidad del cuestionario se emplea el coeficiente alfa de Cronbach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

donde:

$\alpha$  es el coeficiente alfa de Cronbach,

$S_i^2$  es la varianza de los resultados del ítem,

$S^2$  es la varianza del resultado total del cuestionario o escala,

k es el número de ítems

Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que el cuestionario o escala es confiable.

### **Fiabilidad del cuestionario de dinámica familiar**

La fiabilidad global del cuestionario y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Se puede observar en la tabla 1 que la consistencia interna global del cuestionario (16 ítems) en la muestra estudiada es de ,902 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. En relación con las dimensiones, se aprecia que comunicación familiar y roles presentan una adecuada fiabilidad (,834 y ,835 respectivamente). Además se aprecia que cohesión familiar presenta una fiabilidad menor a las otras dimensiones, no obstante obtiene un coeficiente mayor de ,60 el cual es suficiente para investigaciones de carácter básico (Guilford, 1954).

**Tabla 3:** Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de dinámica familiar

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Cohesión familiar	4	,696
Comunicación familiar	5	,834
Roles	7	,835
Cuestionario global	16	,902

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 1. Análisis descriptivo de las variables

##### 1.1. Análisis descriptivo de enfermedades psicosomáticas

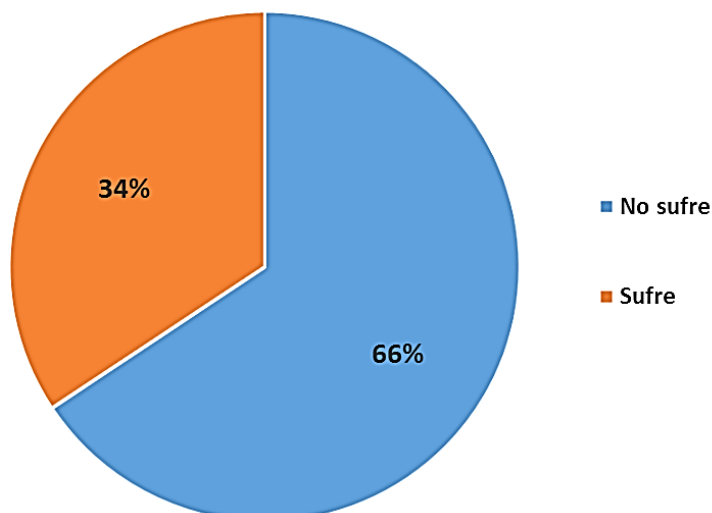
Se aprecia en la tabla 4 que más de la mitad de los pacientes encuestados de los diferentes servicios del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO no sufre alguna enfermedad psicosomática (65.7%) y solo el 34.3% de los pacientes tiene algún enfermedad de este tipo.

**Tabla 4: Padecimiento de enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados**

Enfermedad Psicosomática	Pacientes*	
	F	%
No sufre	264	65.7%
Sufre	138	34.3%

\* Pacientes: 402

**Grafico 1. Padecimiento de enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados**



### ***Enfermedades psicosomáticas según servicio médico***

La tabla 5 permite observar que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de Gastroenterología sufre alguna enfermedad psicosomática (88.2%); no obstante, un 11.8% no sufre alguna enfermedad de este tipo. De manera similar ocurre en el servicio de Neumología, donde el 70% sufre alguna enfermedad psicosomática. La misma tendencia se aprecia en los servicios de Cardiología, Reumatología, Dermatología y Neurología, donde la mayoría padece alguna enfermedad de este tipo.

Se aprecia además que los pacientes que acuden a los demás servicios del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO no padecen alguna enfermedad psicosomática.

**Tabla 5:** *Distribución de los pacientes encuestados que padecen enfermedades psicosomáticas por servicio médico*

Servicio médico	Sufren EPs*		No sufren EPs*	
	f	%	f	%
Gastroenterología	30	88.2%	4	11.8%
Neumología	7	70%	3	30%
Cardiología	23	67.6%	11	32.4%
Reumatología	41	89.1%	5	10.9%
Dermatología	23	79.3%	6	20.7%
Neurología	14	51.9%	13	48.1%
Oncología Médica	0	0	16	100%
Ortopedia y Traumatología	0	0	48	100%
Urología	0	0	30	100%
Oftalmología	0	0	47	100%
Otorrinolaringología	0	0	30	100%
Ginecología	0	0	51	100%

\* Sufren:138; No sufre:264

### ***Enfermedades / síntomas psicosomáticos según el servicio de atención***

Se observa en la primera parte de la tabla 6 que de los pacientes que acuden al servicio de Gastroenterología la mayoría presentan gastritis,

dispepsia y colon irritable (94.1%, 61.8% y 82.4% respectivamente). Sin embargo, ocurre lo contrario con el síntoma de sensación de atragantamiento, donde la mayoría no lo padece (88.2%). Con respecto al servicio de Neumología, la mayoría de los pacientes presenta problemas de sensación de falta de aire, alergias respiratorias, y asma (60%, 70% y 40% respectivamente).

De manera similar ocurre en el servicio de Cardiología donde más de la mitad de los pacientes presenta alguna enfermedad psicosomática (angina 67.6%, hipertensión arterial 73.5%, insuficiencia coronaria 52.9%). En el servicio de Reumatología se aprecia que la mayoría presenta síntomas de dorsalgia (63%), lumbalgia (82.6%) y artritis reumatoide (84.8%).

Con respecto a los pacientes que acuden al servicio de Neurología sufren de insomnio (59.3%) y cefalea (74.1%). Finalmente en el servicio de Dermatología se observa que el 58.6% sufre de psoriasis y eczema, el 44.8% de alergias en la piel, y el 41.4% de dermatitis e hiperhidrosis.

**Tabla 6: Enfermedades/síntomas psicossomáticos de los pacientes encuestados que acuden a los servicios del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" ESSALUD -HUANCAYO**

Enfermedad/Síntomas	No		Si	
	f	%	f	%
<b>Gastroenterología (34)</b>				
Sensación de atragantamiento	30	88.2%	4	11.8%
Náuseas, mareos, acidez estomacal (Gastritis)	2	5.9%	32	94.1%
Sensación de hinchazón (Dispepsia)	13	38.2%	21	61.8%
Molestias estomacales (Colon Irritable)	6	17.6%	28	82.4%
<b>Neumología (10)</b>				
Problemas de falta de aire al respirar	4	40%	6	60%
Alergias respiratorias	3	30%	7	70%
Asma	6	60%	4	40%
<b>Cardiología (34)</b>				
Dolor en el pecho (Angina)	11	32.4%	23	67.6%
Presión arterial alta (Hipertensión Arterial)	9	26.5%	25	73.5%
Falta de oxígeno al corazón (Insuf. Coronaria)	16	47.1%	18	52.9%
<b>Reumatología (46)</b>				
Dolor en la parte alta de la espalda (Dorsalgia)	17	37%	29	63%
Dolor en la parte baja de la espalda (Lumbalgia)	8	17.4%	38	82.6%
Inflamación de articulaciones (Artritis Reumatoide)	7	15.2%	39	84.8%
Dolor en todo el cuerpo (Reumatismo articular crónico)	29	63%	17	37%
<b>Neurología (27)</b>				
Trastornos del sueño (Insomnio)	11	40.7%	16	59.3%
Dolor de cabeza crónico (Cefalea)	7	25.9%	20	74.1%
Debilidad generalizada	16	59.3%	11	40.7%
<b>Dermatología (29)</b>				
Escamas secas en la piel (Psoriasis)	12	41.4%	17	58.6%
Alergias a la piel	16	55.2%	13	44.8%
Inflamación de la piel (Dermatitis)	17	58.6%	12	41.4%
Sudor excesivo de manos y pies (Hiperhidrosis)	17	58.6%	12	41.4%
Piel seca con picazón (Eczema)	12	41.4%	17	58.6%

### **Enfermedades psicossomáticas según datos sociodemográficos**

La tabla 7 permite apreciar que el 81.1% de las personas entre las edades de 20 a 39 años no sufre alguna enfermedad psicossomática, a diferencia de los pacientes que están entre las edades de 40 a 59 años, el 43.7% padece de alguna enfermedad psicossomática. Con respecto al género

se observa que solo el 29.7% de los varones sufre una enfermedad de este tipo a diferencia de las mujeres, el 38.6% sufre este padecimiento. Según el estado civil se aprecia en la tabla que son los casados (38.7%), divorciados (41.2%) y viudos (43.3%) los grupos que más padecen alguna enfermedad psicosomática. Finalmente se observa que el 47.5% de pacientes que sufre esta enfermedad tiene estudios universitarios.

**Tabla 7:** *Enfermedades psicosomáticas según datos socio demográficos de los pacientes encuestados*

	Sufren EPs		No sufren EPs	
	f	%	f	%
<b>Edad</b>				
20 a 39 años	20	18.9%	86	81.1%
40 a 59 años	73	43.7%	94	56.3%
60 a más años	45	34.9%	84	65.1%
<b>Sexo</b>				
Masculino	57	29.7%	135	70.3%
Femenino	81	38.6%	129	61.4%
<b>Estado civil</b>				
Soltero(a)	15	21.1%	56	78.9%
Casado (a)	86	38.7%	136	61.3%
Conviviente	14	32.6%	29	67.4%
Separado (a)	3	15.8%	16	84.2%
Divorciado (a)	7	41.2%	10	58.8%
Viudo (a)	13	43.3%	17	56.7%
<b>Nivel académico</b>				
Primaria	10	28.6%	25	71.4%
Secundaria	35	25%	105	75%
Superior técnico	27	30.7%	61	69.3%
Superior universitario	66	47.5%	73	52.5%

\* Sufren EPs: 138 y No sufren EPs: 264

## 1.2 Descripción de la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentran los pacientes encuestados

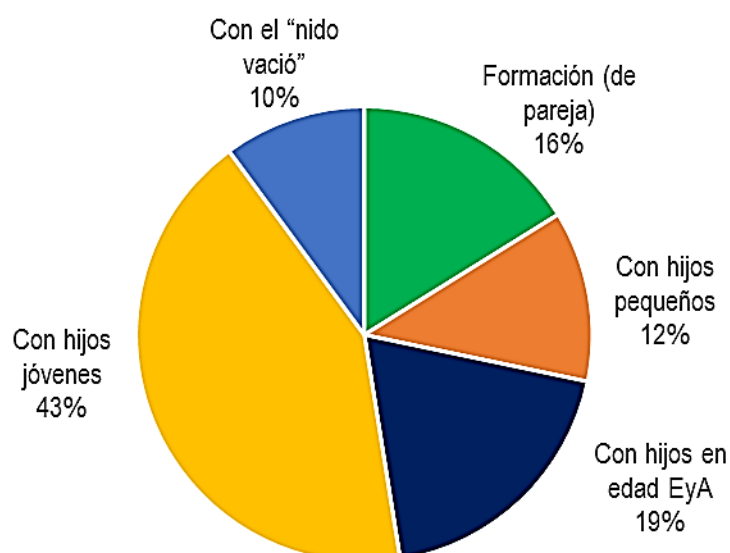
En la tabla 8 se aprecia que el 42% de los pacientes encuestados tiene hijos jóvenes, el 19% hijos en edad escolar y/o adolescentes, el 12% con

hijos pequeños, el 16% está en la etapa de formación de pareja y el 10% está en la etapa del “nido vacío” (gráfico 2).

**Tabla 8:** *Ciclo vital familiar en la que se encuentran los pacientes encuestados*

Etapa en la que se encuentra	Pacientes	
	f	%
Formación (de pareja)	65	16%
Con hijos pequeños	50	12%
Con hijos en edad E y A	78	19%
Con hijos jóvenes	167	42%
Con el “nido vacío”	42	10%

**Gráfico 2.** *Ciclo vital familiar en la que se encuentran los pacientes encuestados*



### ***Padecimiento de enfermedades psicosomáticas según ciclo vital familiar***

En la tabla 9 se aprecia que el grupo que se encuentra en la etapa con hijos jóvenes (41.3%) son los que mayormente padecen enfermedades psicosomáticas, luego los que tienen hijos escolares y/o adolescentes (33.3%), formación de pareja (32.3%), con hijos pequeños (30%), y finalmente los que se encuentran en la etapa del “nido vacío” (16.7%).

**Tabla 9:** *Padecimiento de enfermedades psicosomáticas según ciclo de vida familiar de los pacientes encuestados*

Ciclo de vida familiar	Sufren EPs*		No sufren EPs*	
	f	%	f	%
Formación (de pareja)	21	32.3%	44	67.7%
Con hijos pequeños	15	30%	35	70%
Con hijos en edad escolar y/o adolescente	26	33.3%	52	66.7%
Con hijos jóvenes	69	41.3%	98	58.7%
Con el "nido vacío"	7	16.7%	35	83.3%

\* Sufren EPs: 138 y No sufren EPs:264

***Padecimiento de enfermedades psicosomáticas según ocurrencia de acontecimiento de vida muy importante***

Se aprecia en la tabla 10 que el 64.2% de los pacientes que tuvo algún acontecimiento de vida muy importante no sufre alguna enfermedad psicosomática y el 35.8% si sufre alguna enfermedad de este tipo. De manera similar, el 32.8% de los pacientes que no le ocurrió algún acontecimiento muy importante, sufre alguna enfermedad psicosomática.

**Tabla 10:** *Padecimiento de enfermedades psicosomáticas según acontecimiento de vida muy importante*

Acontecimientos	Sufren EPs		No sufren EPs	
	f	%	f	%
Ocurrencia				
Si	72	35.8%	129	64.2%
No	66	32.8%	135	67.2%

### 1.3 Análisis descriptivo de dinámica familiar

La tabla 11 permite apreciar que el 43.3% de pacientes encuestados del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD-HUANCAYO presenta una dinámica familiar moderada, asimismo se observa porcentajes similares en cuando a pacientes con una dinámica familiar disfuncional y funcional (27.4% y 29.4% respectivamente). Además se aprecia que solo el 27.1% presenta baja interacción familiar, mientras la mayoría presenta una interacción familiar entre moderada y alta. Se observa también que un gran porcentaje de pacientes evidencian una deficiente comunicación familiar (45.5%). Asimismo la mitad de los pacientes presenta roles y reglas difusas en sus familias (50.5%).

**Tabla 11: Caracterización de la dinámica familiar de los pacientes encuestados**

	Pacientes	
	f	%
Dinámica familiar		
Disfuncional	110	27.4%
Moderada	174	43.3%
Funcional	118	29.4%
Interacción familiar		
Baja	109	27.1%
Moderada	141	35.1%
Alta	152	37.8%
Comunicación familiar		
No se comunican	104	25.9%
Deficiente	183	45.5%
Clara y directa	115	28.6%
Reglas y roles		
No existen	103	25.6%
Difusas	203	50.5%
Claras	96	23.9%

### ***Dinámica familiar según datos socio demográficos***

Se observa en la tabla 12 que la mayoría de los pacientes entre las edades de 20 y 39 años presenta una dinámica familiar moderada (53.8%). Además se aprecia que existe un 25% de varones que tienen una dinámica familiar disfuncional, de manera similar ocurre en las mujeres (29.5%). También se puede observar un número importante de pacientes solteros (49.3%), casados (41.9%), convivientes (41.9%) y viudos (46.7%) tiene un nivel moderado en su dinámica familiar. Con respecto al nivel académico se aprecia que el 40% de personas con estudios primarios tiene una dinámica familiar funcional.

**Tabla 12:** *Dinámica familiar según datos socio demográficos de los pacientes encuestados*

Datos socio demográficos	Tipo de dinámica familiar					
	Disfuncional*		Moderada*		Funcional*	
	f	%	f	%	f	%
<b>Edad</b>						
20 a 39 años	20	18.9%	57	53.8%	29	27.4%
40 a 59 años	50	29.9%	69	41.3%	48	28.7%
60 a mas años	40	31%	48	37.2%	41	31.8%
<b>Sexo</b>						
Masculino	48	25%	83	43.2%	61	31.8%
Femenino	62	29.5%	91	43.3%	57	27.1%
<b>Estado civil</b>						
Soltero(a)	10	14.1%	35	49.3%	26	36.6%
Casado (a)	64	28.8%	93	41.9%	65	29.3%
Conviviente	14	32.6%	18	41.9%	11	25.6%
Separado (a)	6	31.6%	9	47.4%	4	21.1%
Divorciado (a)	5	29.4%	5	29.4%	7	41.2%
Viudo (a)	11	36.7%	14	46.7%	5	16.7%
<b>Nivel académico</b>						
Primaria	12	34.3%	9	25.7%	14	40%
Secundaria	31	22.1%	66	47.1%	43	30.7%
Superior técnico	30	34.1%	47	53.4%	11	12.5%
Superior universitario	37	26.6%	52	37.4%	50	36%

\* Disfuncional: 110; Moderado: 174 y Funcional: 118

### ***Dinámica familiar según ciclo vital familiar***

La tabla 13 permite observar que el 35.4% de los pacientes que están en proceso de formación de una nueva familia tiene una dinámica familiar funcional y el 46.2% se caracteriza por evidenciar una dinámica familiar moderada. La misma tendencia se aprecia en las distintas etapas del ciclo de vida familiar en el que se encuentran los pacientes.

**Tabla 13:** *Ciclo de vida familiar según dinámica familiar del paciente encuestado*

Ciclo de vida familiar	Tipo de dinámica familiar					
	Disfuncional		Moderada		Funcional	
Formación (de pareja)	12	18.5%	30	46.2%	23	35.4%
Con hijos pequeños	13	26%	23	46%	14	28%
Con hijos en edad escolar	14	17.9%	41	52.6%	23	29.5%
Con hijos jóvenes	57	34.1%	62	37.1%	48	28.7%
Con el "nido vacío"	14	33.3%	18	42.9%	10	23.8%

\* Disfuncional: 110; Moderado: 174 y Funcional: 118

### ***Dinámica familiar según ocurrencia de acontecimientos de vida importantes***

Se aprecia en la 14 que el 41.8% de los pacientes que ha tenido algún acontecimiento importante en el último tienen una dinámica familiar moderada y solo el 27.9% presenta una dinámica familiar disfuncional. De manera similar ocurre con los pacientes que no tuvieron ningún acontecimiento importante en el último año.

**Tabla 14.** *Acontecimiento de vida muy importante en el último año según el tipo de dinámica familiar*

Ocurrencia	Ocurrencia	Tipo de dinámica familiar					
		Disfuncional		Moderada		Funcional	
		f	%	F	%	f	%
Ocurrencia	Si	56	27.9%	84	41.8%	61	30.3%
	No	54	26.9%	90	44.8%	57	28.4%

## 2. Correlación entre las variables

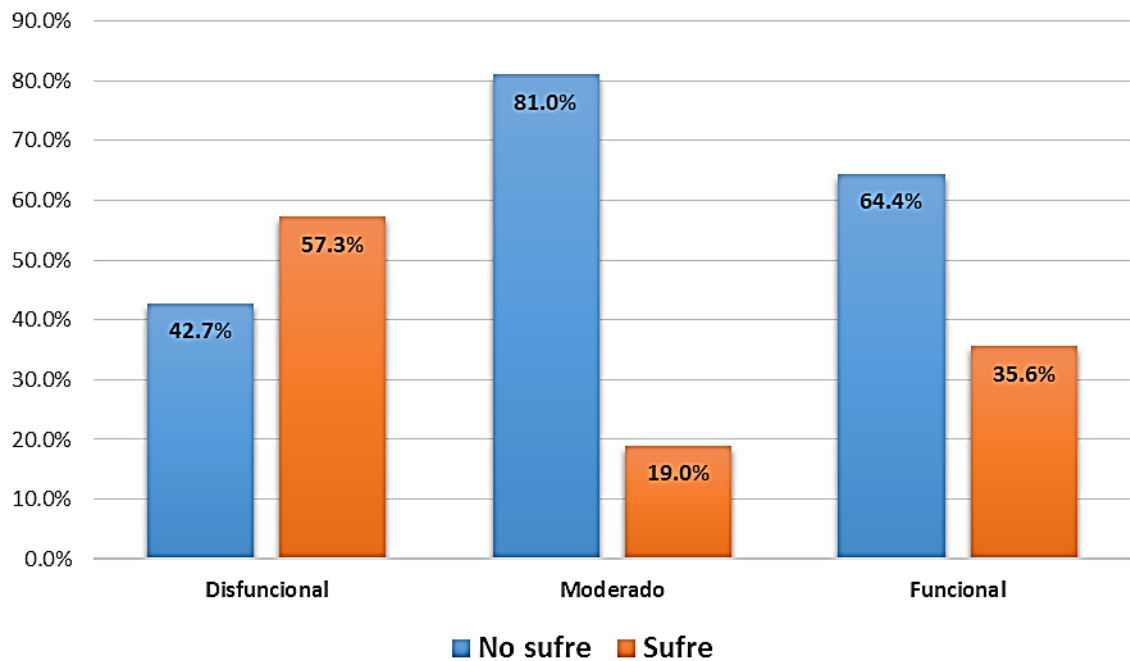
### 2.1 Relación entre *dinámica familiar* y *padecimiento de enfermedades psicosomáticas*

En la tabla 15 se observa el valor de la prueba chi cuadrada calculada para determinar la asociación entre *dinámica familiar* (disfuncional, moderado y funcional) y *enfermedad psicosomática* (sufre – no sufre). La tabla muestra que la asociación entre *dinámica familiar* y *enfermedad psicosomática* es altamente significativa ( $X^2= 43.987$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y moderada ( $V = ,331$ ,  $p <.01$ ). Asimismo se aprecia que de los pacientes con una *dinámica familiar* disfuncional, el 57.3% presenta alguna *enfermedad psicosomática* a diferencia de los pacientes que tienen una *dinámica familiar* funcional, donde solo el 35.6% sufre alguna *enfermedad* de este tipo (ver figura 2).

**Tabla 15:** *Asociación entre dinámica familiar y la presencia de enfermedad psicosomática*

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>	Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	43.987	2	,000
N de casos validos	402		
<b>Medidas simétricas</b>	Valor		p
Coficiente de contingencia	,314		,000
V de Cramer	,331		,000

**Gráfico 3.** Dinámica familiar y *enfermedad psicosomática*



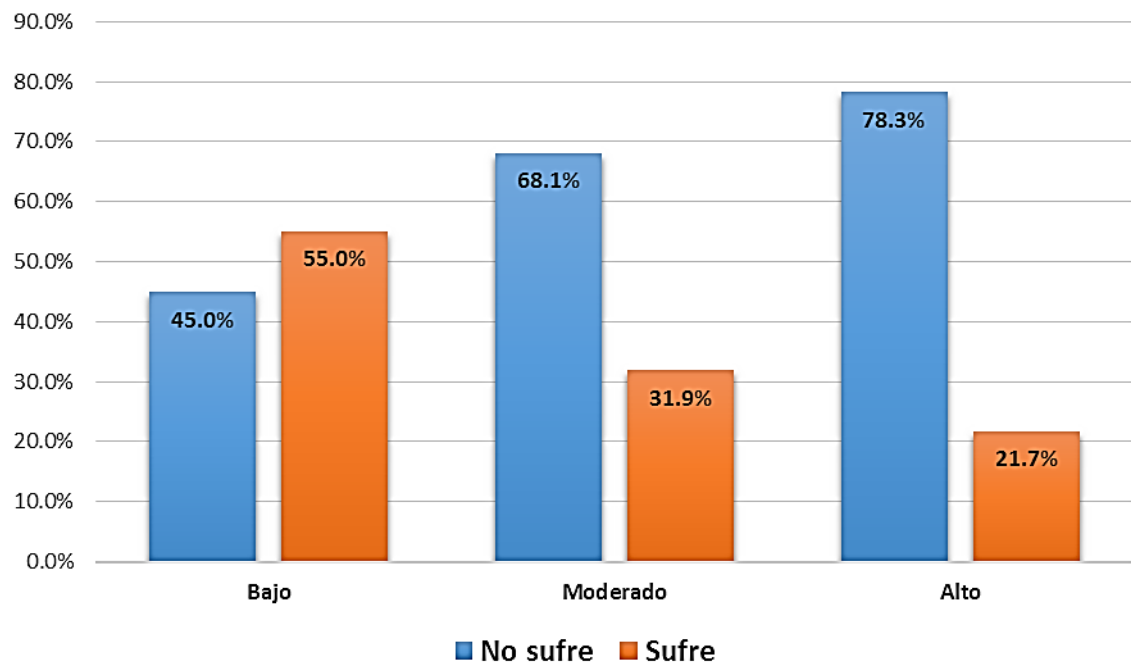
### **2.2 Relación entre interacción familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas**

Se aprecia en la tabla 16 el valor de la prueba de la chi cuadrada calculada para determinar la asociación entre cohesión familiar (bajo, moderado y alto) y enfermedad psicosomática (sufre – no sufre). La tabla muestra que la asociación entre estas dos variables es altamente significativa ( $X^2= 31.851$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y moderada ( $V = , 281$ ,  $p <.01$ ). Asimismo se aprecia que solo el 21.7% de los pacientes con elevada cohesión familiar presenta alguna enfermedad psicosomática a diferencia de los pacientes que baja o moderada cohesión familiar (ver figura 3).

**Tabla 16:** Asociación entre interacción familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>		Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson		31.851	2	,000
N de casos validos		402		
<b>Medidas simétricas</b>		Valor		p
Coeficiente de contingencia		,271		,000
V de Cramer		,281		,000

**Gráfico 4.** Interacción familiar y enfermedad psicosomática



### 2.3 Relación entre comunicación familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas

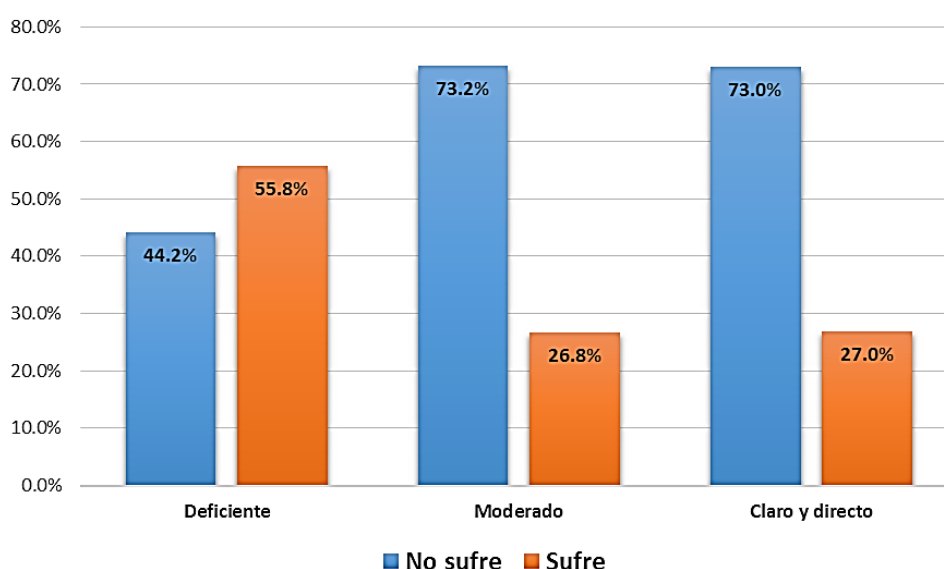
La tabla 17 permite apreciar el valor de la prueba de la chi cuadrada calculada para determinar la asociación entre comunicación y enfermedad psicosomática. La tabla muestra que la asociación entre estas dos variables es altamente significativa ( $X^2= 28.61$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y moderada ( $V = ,267$ ,  $p <.01$ ). Asimismo se aprecia que de las personas que tienen una

comunicación clara y directa en sus familias, la mayoría no sufre alguna enfermedad psicosomática (ver figura 4)

**Tabla 17:** Asociación entre comunicación familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>	Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	28.61	2	,000
N de casos validos	402		
<b>Medidas simétricas</b>	Valor		p
Coefficiente de contingencia	,258		,000
V de Cramer	,267		,000

**Gráfico 5.** Comunicación y enfermedad psicosomática



#### **2.4 Relación entre roles familiares y padecimiento de enfermedades psicosomáticas**

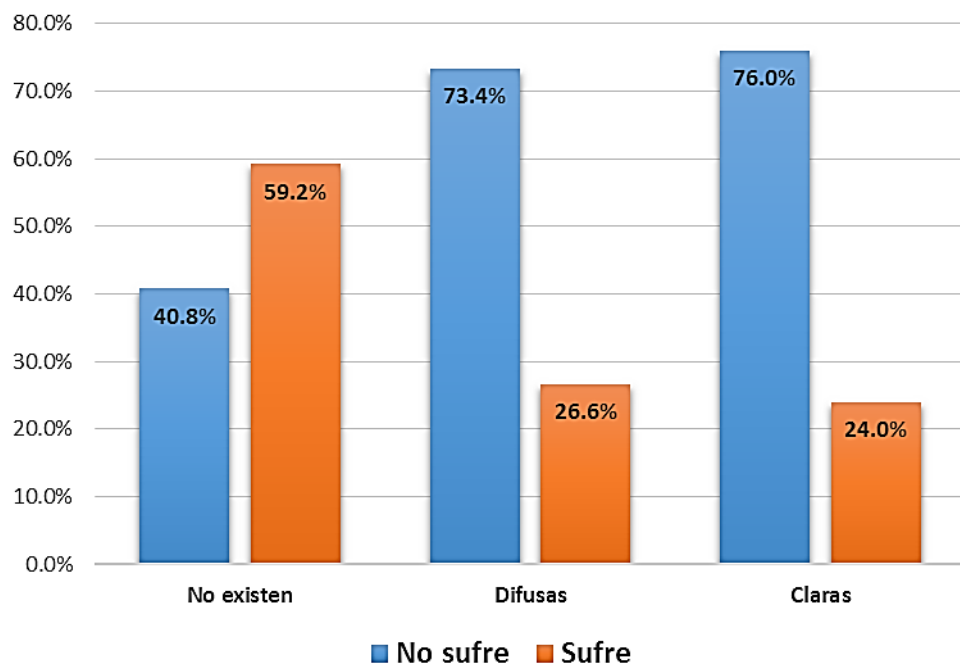
La tabla 18 permite apreciar el valor de la prueba de la chi cuadrada calculada para determinar la asociación entre roles familiares y enfermedad psicosomática. La tabla muestra que la asociación entre estas dos variables es altamente significativa ( $X^2= 38.272$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y moderada ( $V =$ , 309,

p <.01). Asimismo se aprecia que de las personas que tienen roles claros en sus familias, la mayoría no sufre alguna enfermedad psicosomática (ver figura 5).

**Tabla 18:** Asociación entre roles familiares y la presencia de enfermedad psicosomática

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>		Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson		38.272	2	,000
N de casos validos		402		
<b>Medidas simétricas</b>		Valor		p
Coeficiente de contingencia		,295		,000
V de Cramer		,309		,000

**Gráfico 6.** Roles y enfermedad psicosomática



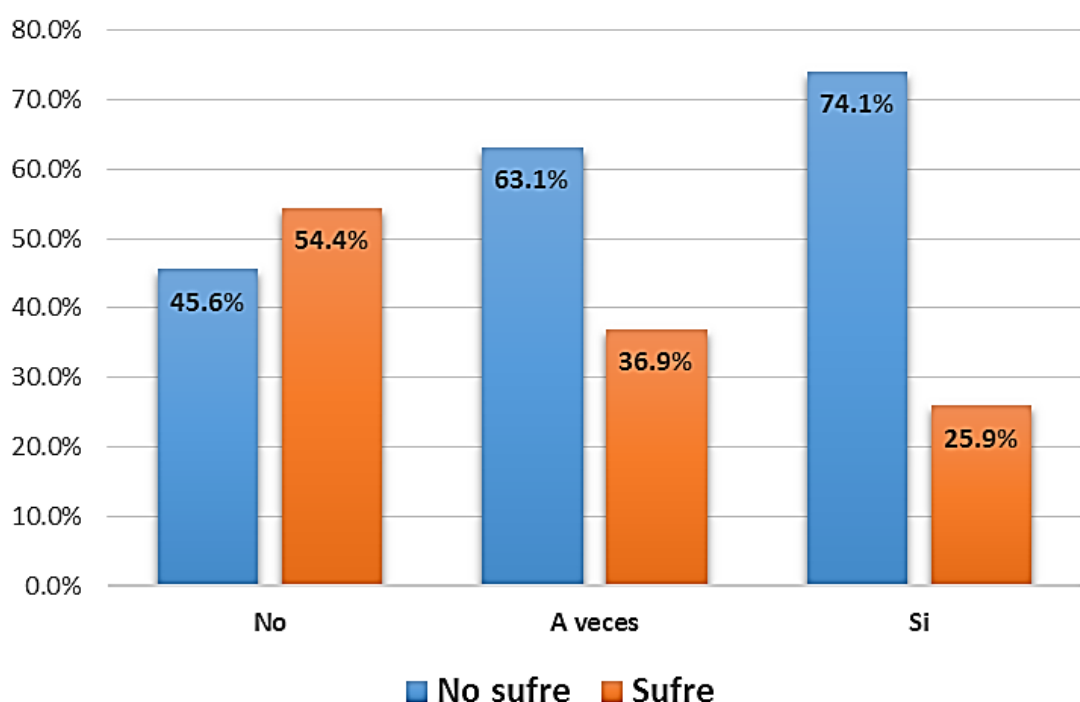
## 2.5 Relación entre ciclo vital familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas

La tabla 19 permite apreciar el valor de la prueba de la chi cuadrada calculada para determinar la asociación entre adaptación al ciclo vital familiar y enfermedad psicosomática. La tabla muestra que la asociación entre estas dos variables es altamente significativa ( $X^2= 21.378$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y moderada ( $V = ,231$ ,  $p <.01$ ). Asimismo se aprecia que de los pacientes que se adaptan a los cambios de la vida familiar, el 74.1% no sufre alguna enfermedad psicosomática (ver figura 6).

**Tabla 19:** Asociación entre adaptación al ciclo vital familiar y la presencia de enfermedad psicosomática.

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>		Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson		21.378	2	,000
N de casos validos		402		
<b>Medidas simétricas</b>		Valor		p
Coefficiente de contingencia		,225		,000
V de Cramer		,231		,000

**Gráfico 7.** Ciclo vital familiar y enfermedad psicosomática



## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio tuvo como propósito determinar si existe relación significativa entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar, así como con los diferentes componentes de esta última variable (interacción familiar, comunicación y roles). También tuvo el objetivo de determinar la relación entre la presencia de enfermedades psicosomáticas y el ciclo vital en la familia de los pacientes del Hospital “Ramiro Prialé Prialé” de ESSALUD 2013, ubicado en la ciudad de Huancayo, departamento de Junín, Perú.

Con respecto a los resultados se encontró que si existe relación significativa entre la dinámica familiar y el padecimiento de enfermedades psicosomáticas ( $X^2= 43.987$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y que esta relación es moderada ( $V = .331$ ,  $p <.01$ ). Se observa que la mayoría de los pacientes con una dinámica familiar disfuncional presenta enfermedades psicosomáticas (57.3%) a diferencia de los pacientes con una dinámica familiar funcional, donde ocurre lo contrario y solo el 35.6% sufre alguna enfermedad psicosomática.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Louro Bernal (2003) quien considera que es en la familia donde deben satisfacerse las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud, y bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables o no, se producen los mecanismos protectores (o no) de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte. Sus investigaciones ponen en evidencia la relación

familia-salud, y el objetivo de su trabajo fue enfatizar la función que cumple el grupo familiar en la determinación de la salud a la luz del enfoque social.

Del mismo modo, Gonzales (2000) quien revisó un conjunto de factores relacionados con la salud familiar, considera a ésta como un proceso único que se caracteriza por no ser la suma de los problemas de la salud individual de sus miembros, y por tener un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos y sociopsicológicos en el funcionamiento familiar. También considera que la salud familiar no es un estado estático, sino por el contrario se encuentra sometido a un proceso de transformación donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.

En cuanto a la relación entre interacción familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas, se encontró que sí existe relación significativa ( $X^2= 31.851$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y que esta relación es moderada ( $V = .281$ ,  $p <.01$ ). Estos resultados coinciden con lo encontrado por Louro Bernal (2003) en su estudio del papel de la familia en la determinación de la salud, menciona a Dingle y a sus colaboradores (1960) quienes analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias, y obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades varían en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte, la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales, etc.

En cuanto a la relación entre comunicación familiar y padecimiento de enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados, se observa que la mayoría de los pacientes que no se comunican adecuadamente entre los miembros de sus familias padecen alguna enfermedad psicosomática (55.8%), lo que no ocurre con los pacientes que tiene una comunicación clara y directa, la gran mayoría no sufre ninguna enfermedad psicosomática (73%). Entonces existe relación significativa entre ambas variables ( $X^2=28.61$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y que la relación es moderada ( $V = .267$ ,  $p <.01$ ).

Estos resultados concuerdan con Rivero, Martínez, Iraurgi (2011), quienes concluyeron en su investigación sobre "Funcionamiento Familiar y Síntomas Psicosomáticos", que el funcionamiento y la comunicación familiar tienen un efecto en los síntomas psicosomáticos, sin dejar de mencionar que este tipo de estudio donde se señala el papel relevante de la familia y su importancia para la salud no es nuevo, ya que hace décadas Minuchin, Rosman, Baker y Liebman (1978) resaltaron que además de la vulnerabilidad de la persona, las características transaccionales en la familia (apego excesivo, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto) tienen que ver con la presencia de síntomas psicosomáticos

Así mismo coincide con los hallazgos de Valdez y colaboradores (1997), quienes realizaron un estudio *Características del Funcionamiento Familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias*. En dicho estudio encontraron que hay cuatro áreas de funcionamiento familiar (que luego de un análisis factorial, se demostró que hay capacidad predictiva de una menor ocurrencia en conductas de riesgo de los adolescentes). Estos aspectos de funcionamiento o dinámica familiar son: la

comunicación y conexión intrafamiliar, la disponibilidad entre miembros de la familia, la claridad y flexibilidad de roles y finalmente, orden y jerarquía en la familia.

En cuanto a la relación entre roles familiares y enfermedades psicosomáticas se observa que la mayoría de los pacientes que no tienen reglas y roles familiares claros padecen enfermedades psicosomáticas (59.2%) y la gran mayoría de los pacientes con reglas y roles familiares claros no sufre estas enfermedades (76.0%).

Entonces se puede afirmar que existe asociación significativa entre los roles familiares y el padecimiento de enfermedades psicosomáticas ( $X^2=38.272$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y que esta asociación es moderada ( $V = .309$ ,  $p <.01$ ). Esto concuerda con la teoría sistémica, tras largos años de trabajo clínico con familias, y de investigaciones y estudios del sistema familiar (Gil y Garrido, 1997; Haley, 1999; Minuchin, 1992), quienes han sistematizado algunas tipologías de funcionamiento familiar, por llamarlo de algún modo, que claramente suponen un funcionamiento patológico. Recojo brevemente sus aportaciones, señalando algunas de las características que mejor ejemplifican la disfunción familiar: la denominada familia aglutinada; por ejemplo, es un tipo de familia en la que se confunden los roles, las diferencias generacionales no son claras, todos los miembros están "apelotonados", sin discriminación de identidades, sin respeto a las diferencias, sin la distancia adecuada. Como la misma palabra indica, aglutinada, significa confusión de roles y funciones. No se da la autonomía y las interacciones invaden el mundo de cada miembro sin respetar la edad, la capacidad de tolerancia, la privacidad, ni el espacio que cada uno necesita.

Lo confuso prevalece en su funcionamiento.

En cuanto a la relación entre ciclo vital familiar y enfermedades psicosomáticas de los pacientes encuestados, se aprecia que la mayoría de los pacientes que perciben que no se pueden adaptar a los cambios en la familia sufren alguna enfermedad psicosomática (54.4%) y de los que si perciben que pueden adaptarse al cambio solo el 25.9% sufre alguna enfermedad de este tipo.

Por tanto existe asociación significativa entre ambas variables ( $X^2=21.378$ ,  $gl = 2$ ,  $p <.01$ ) y que esta asociación es moderada ( $V = .231$ ,  $p <.01$ ). Lo que concuerda con Idarmis Gonzáles (2002), quien plantea que la familia en el período de transición de una etapa a otra de su ciclo vital; es decir, ya sea en la de formación de pareja, con hijos pequeños, con hijos en edad escolar y/o adolescentes, con hijos jóvenes, o las que se encuentran tal vez con el “nido vacío”, enfrenta ciertas crisis propias de su desarrollo natural, ya que al surgir nuevas situaciones debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales en sus miembros, se generan inestabilidades e indefiniciones en los roles, que al no ser enfrentadas adecuadamente pueden originar desórdenes y conflictos, a lo que se le denomina crisis evolutiva.

## CONCLUSIONES

1. El 57.3% de los pacientes encuestados del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, Departamento de Junín, Perú, con una dinámica familiar disfuncional padece enfermedades psicosomáticas, y el 64.4% de los pacientes encuestados con una dinámica familiar funcional no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre el padecimiento de enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar en los pacientes del mencionado hospital.
2. En cuanto a la interacción familiar, el 55% de los pacientes encuestados que presenta una cohesión familiar baja padece enfermedades psicosomáticas, y el 78.3% de los pacientes encuestados con una cohesión familiar alta no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas e interacción familiar en los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013.
3. El 55.8% de los pacientes encuestados que no se comunican adecuadamente padece enfermedades psicosomáticas, y el 73.0% de los pacientes con una comunicación clara y directa no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y estilos de comunicación familiar en los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013.

4. El 59.2% de los pacientes que no cuentan con reglas y roles familiares padece enfermedades psicosomáticas, y el 76.0% de los pacientes que cuentan con reglas y roles familiares claros no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y reglas y roles familiares en los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013.
5. El 54.4% de los pacientes encuestados que no se adaptan al ciclo vital de la familia sufre estas enfermedades, y el 74.1% de los pacientes encuestados que si se adaptan a los cambios que implica cada etapa del ciclo vital familiar no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y ciclo vital familiar en los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD- HUANCAYO, 2013.

## RECOMENDACIONES

Al término de este trabajo de investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Para evitar las enfermedades psicosomáticas, en toda familia debe propiciarse la cohesión, practicar una comunicación clara y directa, definir claramente los roles y reglas de los miembros, y finalmente adaptarse a los cambios que implica cada etapa del ciclo vital familiar.
2. Crear, instalar e implementar en los hospitales, policlínicos, centros de salud, clínicas; es decir, en toda entidad prestadora de salud, consultorios de terapia familiar sistémica para la atención y tratamiento multidisciplinario de las enfermedades psicosomáticas originadas por la dinámica disfuncional de las familias.
3. En toda campaña médica, así como existen consultorios de medicina general, oftalmología, ginecología, etc. deben ofrecerse también “consultorios familiares”, donde cada persona, parte integrante de una familia, sea hombre o mujer, joven o adulto, pueda acudir a solicitar ya sea consejería o tratamiento especializado para su problemática específica familiar.
4. Fomentar la creación de políticas de estado que obligue a los jóvenes a prepararse antes de ser padres y madres de familia, por cuanto es un rol de considerable responsabilidad, que repercutirá directamente a favor de la sociedad. Esta preparación debería contener temas

elementales: comunicación asertiva, manejo de la ira, solución de conflictos, estilos de crianza de los hijos, ciclo vital de las personas y de la familia, normas de convivencia, entre otros.

5. Los gobiernos –a nivel nacional, regional y local– deben propiciar, estimular y brindar las mayores facilidades (incentivos tributarios, simplificación administrativa, facilidades de pago, préstamos bancarios, etc.) a los hombres y mujeres que deseen emprender alguna actividad económica que permita tener a sus hijos físicamente a su lado, por lo menos en el período de 0 a 5 años, a fin de poder conciliar la vida familiar con el trabajo.
6. Las empresas, en su responsabilidad social, deben incentivar las investigaciones y estudios relacionados con la dinámica familiar y apoyar los proyectos cuyo principal objetivo sea promover su buen funcionamiento.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Abbagano, N. (1996) Diccionario de Filosofía, Fondo de Cultura Económica, México.
- Adam, P., Le Tyrant, A., & Lejoyeux, M. (2011). Enfoque psicosomático de las enfermedades reumatológicas. EMC-Aparato Locomotor,. París.
- Alain Miller, Jacques (2008). Matemáticas II. Ediciones Manantial. Buenos Aires
- Alexander, Franz. (1952). La medicina psicosomática. Editorial Payot..
- Almazán L. (1999). Modelo sistémico aplicado a familias. Apuntes de Terapia Familiar. Volumen I y II. Barcelona España: Ed. Les Carolines.
- Alonso, L., & Escorcía de Vásquez, I. (2012). El ser humano como una totalidad. Revista Científica Salud Uninorte, 17.Colombia
- Aylwin, Nidia; Solar, Silva. (2002). Trabajo Social Familiar. Ediciones Universidad Católica de Chile. Chile.
- Ackerknecht, I. E. H. (2004). Historia de la medicina psicosomática. Ars Médica. Madrid
- Barra Almagiá, Enrique, (2003) Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. Terapia Psicológica, Vol.21, No1, 55-60. Ediciones Universidad de Concepción. Chile
- Barrio, O. (2006) El Síndrome de Intestino Irritable. Méjico.
- Beyebach, M., & Rodríguez-Morejón, A. (1995). El ciclo evolutivo familiar: Crisis Evolutivas. Espina, A., Pumar, B. Y Garrido, M.(Comp.) Problemáticas familiares actuales y terapia familiar. Valencia.
- Bonilla Cortés, D. (2012). Cuando el cuerpo habla, la perspectiva sistémica en psicosomática. Costa Rica.
- Bowlby, J. (2006). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Ediciones Morata. Madrid.
- Blázquez Montenegro, A. (2011). "La Influencia de la relación de pareja en la capacidad funcional en las mujeres diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica (SFC). Un peregrinaje de lo físico a lo psico-socio-físico", Barcelona.
- Bornhauser, N., & Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma?: reflexiones psicosomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. Revista chilena de neuro-psiquiatría.

- Campbell, Thomas L. McDaniel, Susan, Seaburn, David. (1998) Orientación familiar en atención primaria. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona. España.
- Carballo, J.R. (1984). Teoría y práctica psicosomática. Desclée de Brouwer. Madrid. España.
- Carballo, J. R. (1984). Cincuenta años de Medicina Psicosomática. Real Academia Nacional Medicina. España
- Cava, M. J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. Encuentros de Psicología Social. España
- Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. Interpsiquis.
- Ceberio, Marcelo, (2001) La formación del estilo terapéutico. Revista Perspectivas Sistémicas. Buenos Aires
- Chiozza, L. (1983) Psicoanálisis, presente y futuro. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizaecker, Buenos Aires.
- Chiozza, L. (1986). ¿Por qué enfermamos? La historia oculta en el cuerpo. Buenos Aires.
- Copolillo, F. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General. Buenos Aires.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Santiago.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Moreno, A., Fleitas, L., Alcaine, F., & Campa, F. (2001). Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Medicina de Familia. España.
- Díaz de Santos (1994). Manual de Sociología de la Salud. Madrid, España.
- Estévez, L., Murgui P., Moreno, R., Musitu, O. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. Colombia.
- Estremero, J., & Bianchi, X. G. (2008). Familia y ciclo vital familiar. Manual para la salud de la mujer. Buenos Aires.
- Eguiarte, B. E. B., & Antillón, I. A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Red Acta Colombiana de Psicología.

- Fernández, D. Y. B., Jaramillo, M. M. G., Cardona, Á. M. S., & Saldarriaga, R. P. (2013). Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. (2011). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*. Chile.
- Haynal, A., Pasini, W., & Bourgeois, P. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. España.
- Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*.
- Hidalgo, C. G. (2011). Evaluación del funcionamiento familiar en familias con y sin riesgo biopsicosocial. Chile.
- Gil E., Medina, L. J. G., & Calvo, E. (1997). *Estrategias familiares*. Alianza Editorial. España
- González B., Idarmis (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral La Habana Cuba*.
- González Benítez Idarmis. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana Medicina General Integral*.
- González Benítez, I. (2000). Reflexiones acerca de la Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- González, Norma (2006). Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E., & Sánchez, M. A. (2013). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Méjico.
- Goldman, Howard (1922). *Psiquiatría General*. Editorial El Manual moderno S.A. México.
- Groddeck, Georg (1981). *El libro del ello*. Editorial Taurus, Madrid
- Haley, Jay (1999). *Terapia no convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton Erickson*. Unica edición en castellano. Amorrortu Editores. Argentina.
- Haynal, André, Pasini Willy (1980). *Manual de Medicina Psicosomática*. Editorial Toray-Masson S.A. Barcelona España.

- Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Revista Cubana Medicina General Integral.
- Herrera Santí, P.M (1997). La familia funcional y disfuncional un indicador de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral.
- Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Hesley, A. (2005). Relaciones que dan origen a la familia. Universidad de Antioquía. Colombia
- Hidalgo, Carmen Gloria (2011). Evaluación del funcionamiento familiar en familias con y sin riesgo biopsicosocial. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hoyos, M. L., Ochoa, D. A. R., & Londoño, C. R. (2010). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. Pensamiento psicológico. Universidad CES Medellín Colombia.
- Jara, C. Ciclo vital familiar. Consorcio Universitario de salud y medicina familiar.
- Klinger, J. C., Herrera, J. A., Díaz, M. L., Jhann, A. A., Avila, G. I., & Tobar, C. I. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. Colombia.
- Landwerlin, G. M. (2005). El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- López Santiago, J., & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de psicopatología y psicología clínica. España.
- Luban-Plozza, Boris (1997). El enfermo psicosomático en la práctica. Editorial Herder, Barcelona.
- Luigi Onnis (1997). La palabra del cuerpo. Editorial Herder S.A, Barcelona.
- Louro Bernal, Isabel. (2003) La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana de Salud Pública.
- Martin Zurro, Armando, Cano Pérez (2003). Atención Primaria. Ed. Elsevier. España.

- Mendieta García, Pilar (2001). Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. España.
- Mendoza-Solís, L. A., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H. F., & Pérez-Hernández, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. Méjico
- Moratalla, T., Carreras, A., & Villegas, J. Ciclo vital individual y familiar. Navarra.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. Venezuela.
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Lima
- Minuchin, S. (1992). Familia y terapia familiar. Barcelona.
- Mittelman, Bela (1967). Breve tratado de medicina psicosomática. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Moos, R.H. (1974).The Social Climate Scales.AnOverview. Palo Alto,California.
- Muñoz M. (2007). Funcionamiento familiar en una comunidad. Revista Médica Electrónica Hospital Militar Docente "Mario Matanzas".
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. Editorial Paidós. Barcelona.
- Onnis, Luigi (1996). La palabra del cuerpo. Empresa Editorial Herder S.A. Barcelona.
- Ortiz Gómez, M. T. (1999). La salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. Aperturas psicoanalíticas. España.
- Panconesi, E. (2000). Dermatología psicosomática: pasado y futuro. Internacional Journal of Dermatology. Florencia
- Pérez Cárdenas, C. (1999). La familia en su etapa de formación. Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba.
- Pérez, A. R. (2007). Principales modelos de socialización familiar. Foro de educación. España
- Perinat, Adolfo (2003) Los adolescentes en el siglo XXI . Barcelona.

- Postel, J. y Quétel, C. (1987). Historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica. México.
- Quispe, Leopoldo (1995) Evaluación de la ansiedad, depresión y la influencia de la dinámica familiar en escolares del quinto año de secundaria. Arequipa.
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A., & Iraurgi, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicósomáticos The Effect of Family Functioning and Family Communication on Psychosomatic Symptoms. Madrid.
- Rivera, J. O. C., Villa-Barajas, R., Gómez-Alonso, C., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2008). Relación entre cefalea tensional y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar. Méjico.
- Rodríguez-Orozco, A. R., Kanán Cedeño, G., Vázquez Romero, M. E., León Gutiérrez, A., Barbosa Sánchez, C. E., & Tejeda Cárdenas, R. (2008). Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. Méjico.
- Ramos BN, Aldereguía HJ. (1987) Higiene social y organización de los servicios de salud pública. La Habana.
- Ramos, R. R., & Pérez, J. R. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista. Medicina naturista. Cuba.
- Restrepo, M. U. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicósomática. Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Portal de la Comunicación. Méjico.
- Rossi, D., & García, K. (2001). Características de los roles asumidos en la dinámica familiar por adolescentes explotadas sexualmente en la ciudad de Barranquilla. Colombia.
- Ruiz, M. & Ortiz, M. (1997). Acerca del fenómeno psicósomático: El goce, el dolor, la enfermedad, una vía de acceso al cuerpo. Colombia.
- Salinas, C. A. (2002). Factores de riesgo sociales de la enfermedad cardiovascular. Revista de la Federación Argentina de Cardiología.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Revista Internacional de psicología clínica y de la salud. España.
- Sandín, Chorot, & Santed, (1995). Trastornos psicósomáticos. Manual de Psicopatología. Madrid

- Schade, N., González, A., Beyebach, M., & Torres, P. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*.
- Soto Martínez, Ramón (2000). *Apuntes para el tratamiento de la enfermedad psicosomática desde la terapia familiar sistémica*. Universidad Complutense de Madrid.
- Suárez, N. D., Domínguez, N. G., Bonet, V. V., Mora, Y. A. P., & Ramayo, Y. R. (2009). Comunicación, familia y relación de pareja, desde la perspectiva de la prevención de salud. Cuba.
- Tobón, S., Sandín, B., & Vinaccia, S. (2005). La úlcera Péptica: ¿Un trastorno gastrointestinal infeccioso o biopsicosocial? *Revista de psicopatología y psicología clínica*. España.
- Toro, Ricardo (1998). *Psiquiatría*. Tercera edición. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia.
- Traid, V., Giner, D., Castillo, C., Misiego, J., & López, I. (2005). Revisión histórica del modelo biopsicosocial.
- Valdés Correa, M., Serrano Guildemaister, T., Rodríguez, J., Roizblatt Scherzer, A., Florenzano Urzúa, R., & Labra Jeldres, J. F. (1997). Características del funcionamiento familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. Santiago de Chile.
- Velasco, C. B., Vilarrasa, A. B., Fénétrier, C., & Nargeot, M. C. G. (2013). Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*. Méjico.
- Vidal, D. A. (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Argentina.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Ed. Buenos Aires.
- Yanuzzi, L., Schatz, H. y Gitter, K. (1982). *La mácula*. Texto y atlas. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Zigman D'Galporin C y JerozD'Alicia A. (1992). *El ciclo vital familiar*. Buenos Aires.
- Zegers, B., Larraín, M. E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*.

**ANEXOS**  
(Instrumento)

**ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL “RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ” ESSALUD, HUANCAYO, 2013**

**OBJETIVO:** establecer la relación entre enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” ESSALUD – HUANCAYO 2013

**INDICACIONES:** Marque con una “x” la respuesta conveniente.

**I. INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA**

• **Edad:** .....

• **Sexo:**

Masculino  Femenino

• **Estado civil:**

Soltero  Casado  Conviviente

Separado  Divorciado  Viudo

• **Nivel académico:**

Sin estudios  Primaria  Secundaria

Superior técnica  Superior universitaria  Post grado

**II. INFORMACION SOCIO FAMILIAR**

**En el caso de tener, o haber tenido pareja , en que etapa del ciclo de vida familiar se encuentra?**

- Formación (de pareja)-----
- Con hijos pequeños-----
- Con hijos en edad escolar y /o adolescentes-----
- Con hijos jóvenes-----
- Con el “nido vacío”-----

• **Cuántas personas (incluyendo usted) comen y duermen en casa?**

.....

¿Ocurrió algún **acontecimiento de vida muy importante** en su familia durante el último año?

Si  No

Qué fue lo que ocurrió?

.....  
.....

### III. CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

A continuación hay una lista de síntomas de enfermedades de las que tal vez usted se viene tratando en el Hospital desde hace aproximadamente **cuatro meses**, pero pese al tratamiento aún no sana. Lo que realmente nos interesa es conocer cuál es su estado de salud actual, para lo cual tenga la amabilidad de responder marcando con una “X” dentro del cuadro que corresponda, según sea su estado de salud. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas.

	1	2
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b> <b>A</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.Sensación de atragantamiento		
2.Náuseas, mareos, acides estomacal (gastritis)		
3.Sensación de hinchazón, gases, ardor estomacal, eructos (dispepsia)		
4.Molestias estomacales, sensación de llenura, gases, diarrea, estreñimiento (colon irritable)		
<b>NEUMOLOGÍA</b> <b>B</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5.Problemas de falta de aire al respirar		
6.Alergias respiratorias		
7.Asma		
<b>CARDIOLOGÍA</b> <b>C</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
8.Dolor en el pecho (angina)		
9.Presión arterial alta (hipertensión arterial)		
10.Falta de oxígeno al corazón (insuficiencia coronaria)		
<b>REUMATOLOGÍA</b> <b>D</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
11.Dolor en la parte alta de la espalda (dorsalgia)		
12.Dolor en la parte baja de la espalda (lumbalgia)		
13.Inflamación de las articulaciones (artritis reumatoide)		
14.Reumatismo articular crónico (dolor en todo el cuerpo)		
<b>NEUROLOGÍA</b> <b>E</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
15.Trastornos del sueño (insomnio)		
16.Dolor de cabeza crónico (Cefalea)		
17.Debilidad generalizada		
<b>DERMATOLOGÍA</b> <b>F</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
18.Escamas secas en la piel (psoriasis)		
19.Alergias a la piel		
20.Inflamación de la piel (Dermatitis)		
21.Sudor excesivo de manos, pies, etc. (Hiperhidrosis)		
22.Piel seca con picazón( Eczema )		

#### IV. CUESTIONARIO DE DINÁMICA FAMILIAR

Esta encuesta es de carácter confidencial y anónimo, no tiene respuestas verdaderas ni falsas, por lo cual le pedimos que responda con toda sinceridad.

A continuación le presentamos un grupo de situaciones que pueden o no ocurrir en su familia. Cada una tiene 3 opciones que usted debe clasificar y marcar, según se presente la situación.

		No	A VECES	NO
	<b>EN MI FAMILIA :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Nos gusta pasar el tiempo libre juntos			
2	Nos relacionamos con los demás parientes			
3	Nos esforzamos por propiciar y mantener la armonía			
4	Nos ayudamos y apoyamos unos a otros cuando tenemos problemas			
5	Cada uno expresa con respeto lo que siente			
6	Cada uno expresa con respeto lo que piensa			
7	Cada uno expresa con respeto lo que opina			
8	Nos comunicamos directamente			
9	Nos contamos nuestros problemas personales			
10	Existen reglas , límites y normas de convivencia bien definidas			
11	Todos cumplen con las reglas , límites y normas de la casa			
12	Nos turnamos en los quehaceres y responsabilidades de casa			
13	Sabemos quién es el (la) que tiene autoridad en casa			
14	Cada cierto tiempo se intercambian los roles familiares			
15	Nos ayudamos y apoyamos en los roles que nos toca a cada uno			
16	Cada miembro tiene y sabe el rol que le corresponde			

**Además responda:**

Nos adaptamos a los cambios (Ciclo vital)			
---	--	--	--

Muchas gracias por su colaboración.



# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### CUESTIONARIO DE DINÁMICA FAMILIAR

**Instrucciones:** Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. Nos gusta pasar el tiempo libre juntos.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

2. Nos relacionamos con los demás parientes.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

3. Nos esforzamos para propiciar y mantener la armonía.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

4. Nos ayudamos y apoyamos unos a otros cuando tenemos problemas.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

5. Nos contamos nuestros problemas personales

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

6. Cada uno expresa con respeto lo que opina.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

7. Cada uno expresa con respeto lo que piensa.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

8. Cada uno expresa con respeto lo que siente.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

9. Nos comunicamos directamente.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

10. Existen reglas, límites y normas de convivencia bien definidas.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

11. Todos cumplen con las reglas, límites y normas de la casa.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

12. Nos turnamos en las quehaceres y responsabilidades de casa.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

13. Sabemos quién es el (la) que tiene autoridad en casa.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

14. Cada cierto tiempo se intercambian los roles familiares.  
0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

15. Nos ayudamos y apoyamos en los **roles** que nos toca a cada uno.  
0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

16. Cada miembro tiene y sabe el rol que le corresponde.  
0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

17. Nos adaptamos a los cambios.  
0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---

---

---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---

---

---

Recomendaciones

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Validado por: \_\_\_\_\_

Gracias!!!



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ENCUESTA CONTROL DE ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS  
DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL “RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ”  
ESSALUD- HUANCAYO, 2013

**Instrucciones:**

Por favor encierre dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. Me estoy tratando de Sensación de Atragantamiento por más de cuatro meses, pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

2. Me estoy tratando de gastritis por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

3. Me estoy tratando de dispepsia por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

4. Me estoy tratando de *colon irritable* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

5. Me estoy tratando de *problemas de respiración* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

6. Me estoy tratando de *alergias respiratorias* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

7. Me estoy tratando de *asma* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

8. Me estoy tratando de *angina (dolor en el pecho)* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

9. Me estoy tratando de *hipertensión arterial (presión arterial alta)* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

10. Me estoy tratando de *insuficiencia coronaria (falta de oxígeno al corazón)* por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

11. Me estoy tratando de **dorsalgia** (dolor en la parte alta de la espalda) por más de un cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

12. Me estoy tratando de **lumbalgia** (dolor en la parte baja de la espalda) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

13. Me estoy tratando de **artritis reumatoide** (inflamación de las articulaciones) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

14. Me estoy tratando de **reumatismo articular crónico** (dolor en todo el cuerpo) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

15. Me estoy tratando de **trastornos del sueño** por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

16. Me estoy tratando de **cefalea crónica** (dolor de cabeza) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

17. Me estoy tratando de **debilidad generalizada** por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

18. Me estoy tratando de **psoriasis** (*escamas secas en la piel*) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

19. Me estoy tratando de **alergias a la piel** por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

20. Me estoy tratando de **dermatitis** (inflamación de la piel) por más de cuatro meses pero no mejoro.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

21. Me estoy tratando de **hiperhidrosis** (*sudor excesivo manos, pies, etc.*) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

22. Me estoy tratando de **eczema** (*picazón de la piel*) por más de cuatro meses pero aún no sano.

0 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ 100%

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---

---

---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---

---

---

Recomendaciones

---

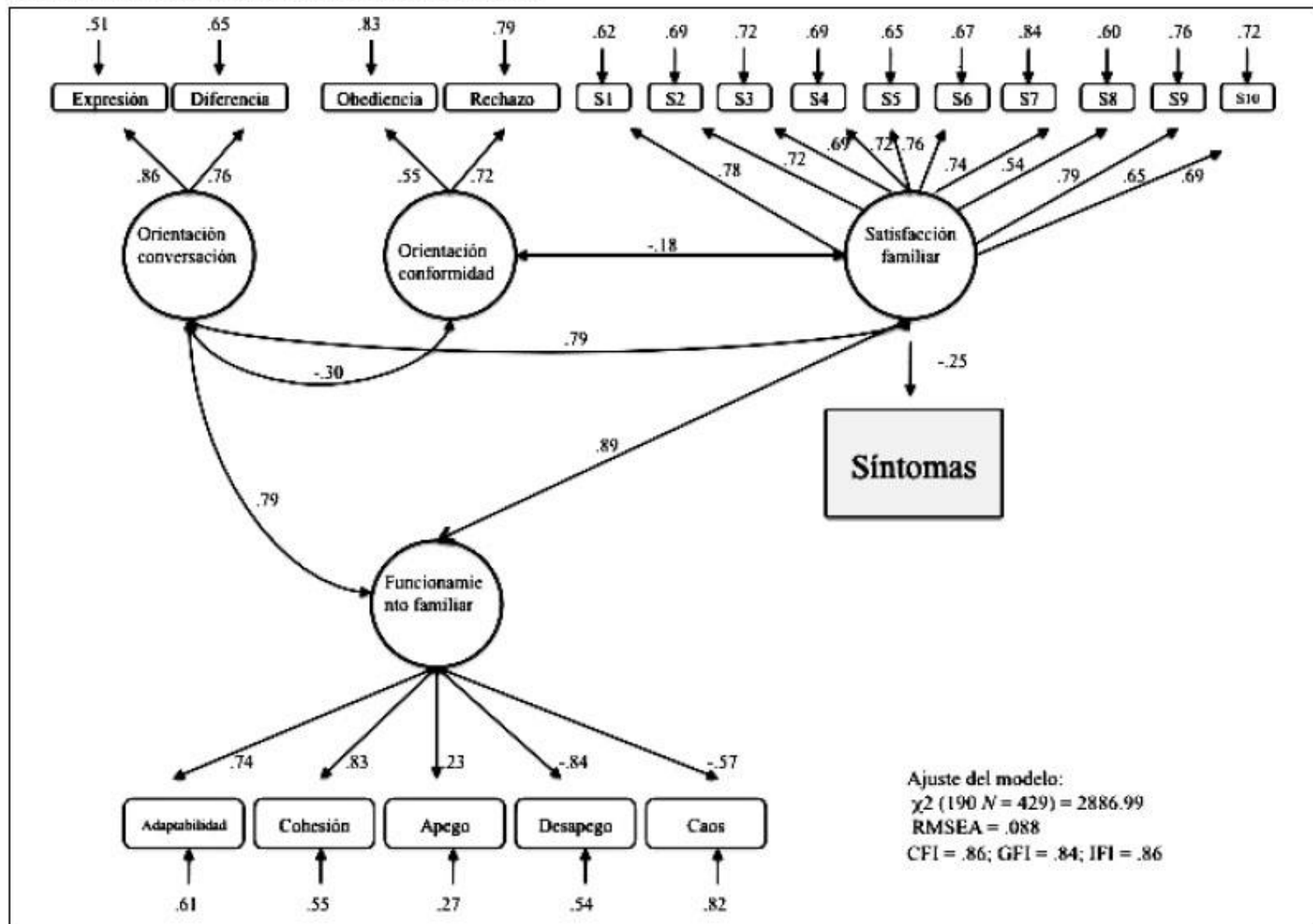
---

---

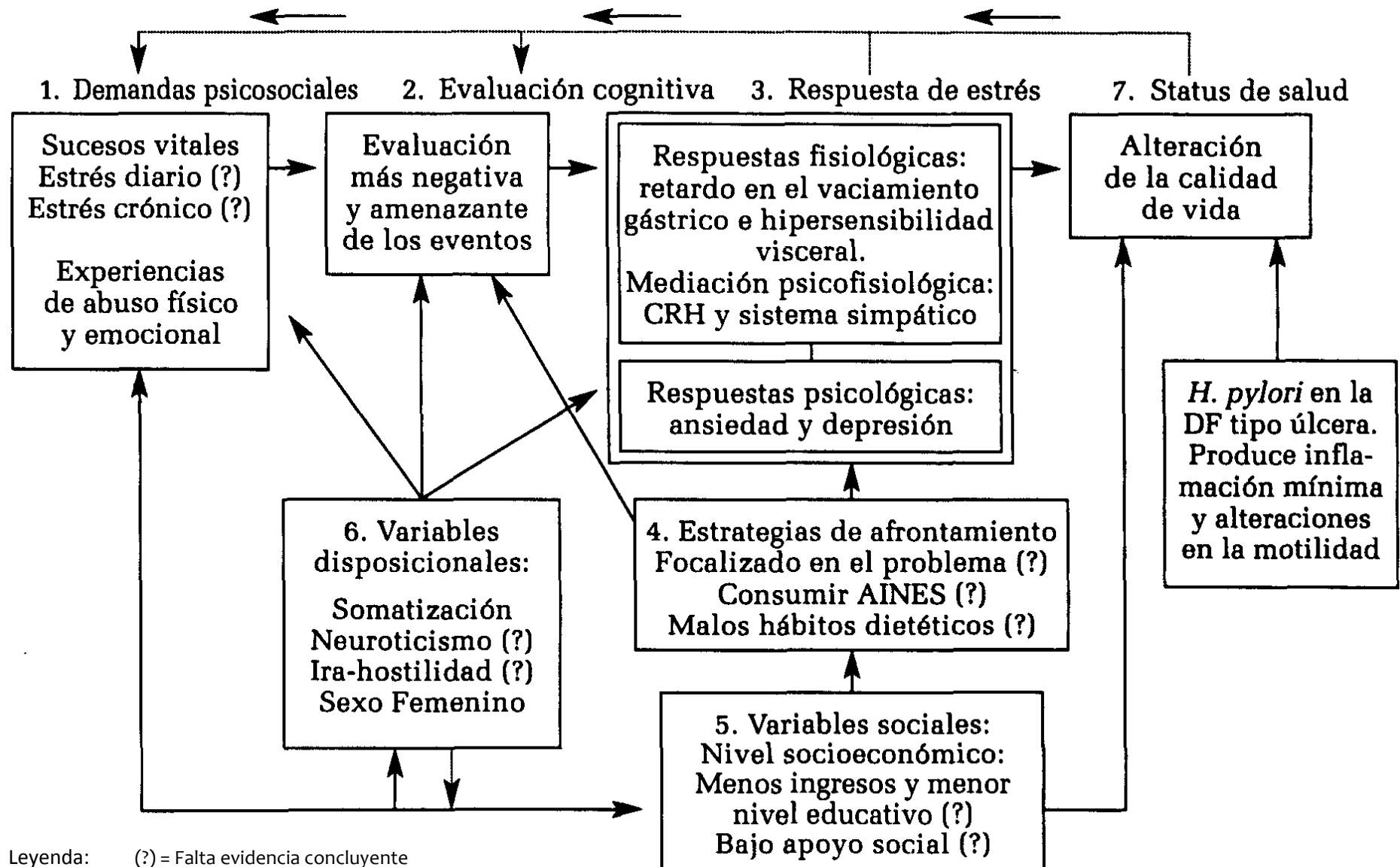
Fecha: \_\_\_\_\_ Validado por: \_\_\_\_\_

Gracias!!!

Figura 1. Modelo explicativo de los síntomas psicossomáticos



**MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS Y DISPEPSIA FUNCIONAL (SANDIN, 1999)**



Leyenda: (?) = Falta evidencia concluyente  
 DF = Dispepsia Funcional  
 CRH= Corticotrophin Releasing Factor  
 AINES= Antiinflamatorios no esteroideos

