



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61
CÓRDOBA, VERACRUZ

**PREVALENCIA DE SOMATIZACION Y FACTORES ASOCIADOS
En El Primer Nivel De Atención**

AUTOR

**GABRIELA MORALES VARELA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL**

ASESOR

**METODOLOGICO DE TESIS
DR. GERARDO ALPUCHE SAN MIGUEL.
EPIDEMIOLOGO.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

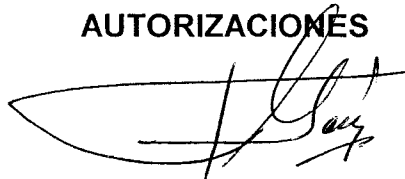
**PREVALENCIA DE SOMATIZACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

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

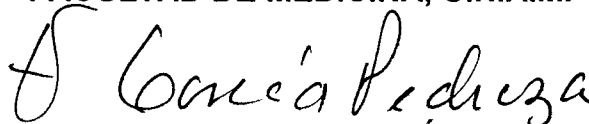
PRESENTA

DRA. GABRIELA MORALES VARELA


AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE.	PAGINA
I.-Portada	1
II Autorización del Autor (es)	2
III. Autoridades clínicas	3
IV Índice	5
V Dedicatoria	
VI Resumen	6
VII Contenido.	
1.- Capitulo I Marco teórico	
1.1.-Antecedentes científicos	7
1.1.1. Somatización	7
1.1.2 Escalas de medición	12
1.2. Planteamiento del problema	17
1.3. Justificación	18
1.4.. Objetivos: General y específico	19
1.5.Hipótesis General	19
2.- Capitulo II Metodología de la investigación Material , Métodos.,	20
2.1 Tipo de estudio	20
2.2 Diseño de la investigación	20
2.3 Universo de Trabajo, (población, lugar y tiempo)	20
2.4Muestra	20
2.5.Criterios de selección: inclusión, exclusión,	21
2.6.- Variables tipo y escala de medición.	22
2.7 Definición conceptual, operativa de las variables	22
2.8 Diseño de estudio (Análisis estadístico)	27
2.9 Instrumento de recolección de datos	28
2.10.Método de recolección de datos	28
2.11cronograma	29
2.12 Recursos Humanos. Materiales Financieros	30
2.13. Consideraciones éticas	31
3.-Capitulo III Resultados	32
4. Discusión.	36
5.Conclusiones	38
6 Referencias Bibliograficas	39
7.Anexos	41

PREVALENCIA DE SOMATIZACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Alpuche G, Morales G.

Antecedentes La somatización se define como los síntomas corporales sin causas orgánicas documentables. Con respecto a la somatización y la frecuencia de la consulta en donde no se han encontrado causas orgánicas alguna de enfermedad se ubican entre un 10% y un 30% del total de consultas. En un estudio realizado por Sabaya se reporta una prevalencia del 18.7 %. Se ha observado la somatización en un 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación. Dentro del aspecto predisponentes y el etiológicos de la somatización encontramos Influencia de los factores genéticos: la predisposición en los familiares de 1er grado de sexo masculino, los pacientes con abuso de alcohol, y trastornos de la personalidad; en familiares de 1er grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización.

Material y métodos Se realizó en la localidad de Temascal Oaxaca de octubre a diciembre 2008

Diseño de investigación: Observacional Transversal Analítico

Se realizó entrevista directa y pacientes que cumplieron con los criterios de selección (pacientes que aceptaron participar en el estudio, que estuvieron el día del registro) previo consentimiento informado. Se les aplicaron tres cuestionarios: Uno que mide variables sociodemográficas

La Escala de Souza para medir la somatización y La escala de PHQ 15 que comprueba los síntomas somáticos y la severidad de la misma

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y dispersión, razón de prevalencia y prueba de X² Mantel y Haenzel

Resultados: El estudio final comprendió un total de 152 sujetos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación. La prevalencia de somatización en la muestra fue de 37.5% (57) y el 62,5% (95) de la muestra no se registro somatización. Al 37.5% (57), con somatización se les aplico la escala de PHQ15 para valorar la gravedad de la misma. Se encontró que 21% (12) presentaron un grado de somatización grave, 46% (26) presentaron un grado de somatización alta, y 30%(17) presentaron un grado de somatización media, y solo 3% (2) presentaron un grado de somatización baja

La Relación con la somatización y la disfunción familiar se encontró un riesgo relativo de 2.36, IC 95% de de 1.64 a 3.39 X² de 16.78 y un valor de p= 0.00042

El riesgo de somatizar y la presencia de enfermedad crónica se tuvo un riesgo relativo de 1.58, IC 95% de 1.04-2.45 X² de 3.76, y un valor de p= 0.052. El tener una pareja actual reportó un riesgo relativo a somatizar de 1.75 IC 95% de 0.84 a 3.65 , un valor de X² de 2.77, un valor de p=0.096

Conclusión:

La asociación que se encuentra entre somatizar y los factores identificados son plausibles ya que a un mayor incremento de edad la probabilidad de presentar enfermedades crónicas se hace más fuerte. La disfunción familiar es un factor que es significativo ya que al existir este problema en el entorno hace que la persona tienda a buscar una escapatoria a sus problemas de tipo social esto es palpable por que el tener pareja en la población estudiada no garantizaba un estabilidad familiar o de su entorno.

1.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

1.1.1.- SOMATIZACIÓN.

La somatización se define como los síntomas corporales sin causas orgánicas documentables (1).

También se ha definido como queja de un individuo mediante síntomas físicos no justificados por la presencia de una enfermedad médica, que aparece de forma notoria en la labor asistencial.(2,3),refiriéndose en este sentido a la tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o experimentarse a sí mismo en términos físicos predominantemente; que causan deterioro funcional importante, del individuo. (4,5)

En relación con esto Katon (1984): refiere que la somatización se trata de "un idioma de malestar emocional en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales los articulan mediante síntomas físicos". (6,7)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias, por lo que es frecuente en la práctica médica general, se presentan síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud.

El término somatización hace referencia a múltiples situaciones clínicas que incluyen desde la queja somática funcional de un paciente que acude a consulta en Atención Primaria; hasta situaciones clínicas que se caracterizan y son entendidas como las experiencias subjetivas y quejas de síntomas físicos por parte del paciente para los que el médico no encuentra una causa orgánica ni una explicación convincente (2,8)

Por lo que éste termino se considera como la expresión del malestar en un idioma de quejas corporales carentes de explicación biológica y que se refiere a todos aquellos síntomas atribuidos a cualquier órgano corporal, aunque su origen sea el mismo órgano que se pretende excluir "el cerebro". (9) en este sentido la somatización también supone una alteración del sentido del self. (10)

La somatización incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, así como varios procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica. (11,12,)

Otras definiciones relacionadas a este concepto son las de: Kleinman y Kleinman (1985): que se refieren a la somatización como "la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica".

Lipowski, en 1968 la define como la *tendencia a experimentar, conceptualizar y/o comunicar estados o contenidos psicológicos como sensaciones corporales, cambios funcionales o metáforas somáticas*, y años después en 1988, la refiere como *la expresión de molestias físicas para las que no se halla explicación médica y para las que se solicita asistencia clínica por la discapacidad y malestar personal que suponen*. (6).

La definición de Paúl Briquet que en 1859 en su monografía *Traité clinique et Therapeutique y Hystérie.*, en donde refiere que el trastorno de somatización tiene como principal característica la presencia de múltiples síntomas físicos (poli sintomáticos que afecta a varios sistemas orgánicos) y que dan lugar a la búsqueda de asistencia médica o a un deterioro social o laboral significativa. (13)

Con las definiciones antes comentadas, y en la actualidad se hace alusión a la somatización como: la expresión somática del estres psicossocial(14), perspectiva en la cual las quejas se ven, presentándose de las interacciones complejas de sistemas biológicos con la persona, familia, sistemas sociales, y culturales (15) considerando que éstos síntomas somáticos representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. (8)

Así el concepto de somatización incluye, según Kirmayer y Robbins, (1991) los siguientes componentes básicos: la presencia de síntomas físicos o quejas somáticas para los que no se encuentran explicaciones médicas apropiadas y que se asocian a trastornos emocionales o psiquiátricos y a una utilización inadecuada, y excesiva, de los servicios sanitarios.

Supone una forma particular de conducta anormal de enfermedad y de asunción del rol de enfermo por malestar psicossocial, de forma socialmente aceptable, y que no se produce de forma intencional (2,6)

1.1.2. **prevalencia de la somatización**

Con respecto a la somatización y la frecuencia de la consulta en donde no se han encontrado causas orgánicas alguna de enfermedad se ubican entre un 10% y un 30% del total de consultas. (11).

En un estudio realizado por Sabaya se reporta una prevalencia del 18.7 % (27).

Se ha observado la somatización en un 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación (8).

De acuerdo al estudio multicéntrico de la OMS sobre "Síntomas Psicológicos en Atención Primaria de Salud", Florenzano *et al.* Encuentran para Santiago de Chile una prevalencia de este trastorno de 2,7% según criterios de la CIE 10, cifra que se eleva a 8,9% usando los criterios de Escobar. (16)

Velasco Arias señala que los síntomas somáticos son muy frecuentes, algunos estudios demostraron que el 75% de adultos sanos presentaron, en el plazo de un mes, algún tipo de malestar somáticos y se calcula que entre el 30% y el 60% de todas las visitas en atención primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica, de ellas el 80% son de mujeres.

En Dinamarca, cerca del 20% de los usuarios de servicios de salud no tienen un trastorno físico y en Alemania, el 52% de los pacientes derivados padecen síntomas médicamente inexplicados

En el ámbito de investigaciones de otros países la prevalencia en consultas de atención primaria oscila entre 1 de c / 10 pacientes a más de la mitad, encuentran que el 9,4% de los pacientes en atención primaria en España padecen somatización según los criterios de Bridges y Goldberg (1985).

Pero hay gran variación dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados. Hasta el 26,3% la somatización es el motivo de consulta, según los tipos de somatización de Laurence Kirmayer y Robbins (1991) y hasta el 58% según los criterios de trastorno de somatización (Per Fink, 1999) (17).

Clasificación de Munarria

La definición de éste autor, es menos ortodoxa y más práctica para los casos indiferenciados que ve el médico de atención primaria.

a) Somatizadores facultativos: La duración y la intensidad del trastorno son mayores, pero conservan cierta capacidad para la comprensión psicológica, no son reacios a la exploración de los aspectos psicosociales y revelan espontáneamente más emociones.

La somatización puede ser un disfraz con el que se presentan ante el médico, con la idea de que éste espera oír síntomas somáticos.

b) Somatizadores Crónicos. Se trata de personas con un funcionamiento previo insatisfactorio y una personalidad con frecuentes alteraciones patológicas, que durante años han presentado diferentes síntomas somáticos produciendo intensa invalidez. En su historia clínica se encuentran ingresos, diversas exploraciones y tratamientos, en este grupo, la expresividad emocional está más limitada, hay una clara hostilidad y resistencia a cualquier insinuación de que su trastorno no sea orgánico. (12)

c) Somatizadores agudos: Forma benigna y autolimitada, muy frecuente, con funcionamiento y personalidad previos normales, los síntomas, de reciente aparición, suelen desencadenarse por algún acontecimiento estresante psicosocial y son escasos, los pacientes no saben a que atribuir su trastorno. La somatización aguda, es un motivo de consulta en general benigno y de duración autolimitada con la desaparición del factor de estrés emocional responsable (por ejemplo, conflicto familiar, etc.), (9,19)

Otra forma de categorizar los posibles cuadros clínicos para la somatización y que sirven de escrutinio de los que se observan en el primer nivel de atención son:

1.-Síndromes clínicos relacionados a los síntomas.- categorizar a los pacientes desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación al órgano, aparato o sistema de su incumbencia.

2.-Categorías psiquiátricas en el DSM-IV que incluye los trastornos somatomorfos este consenso define estos trastornos como la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, efectos de una sustancia u otro trastorno mental.

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, Además, permite la identificación del subgrupo de pacientes con desórdenes de somatización, que poseen síntomas múltiples y crónicos y cuya respuesta al tratamiento es muy pobre.

En este sentido El DSM-IV-TR reconoce siete trastornos somatomorfos específicos:

a) Trastorno por somatización: cuatro síntomas dolorosos, dos digestivos, uno Pseudo neurológico y un síntoma sexual, todos antes de los treinta años.

b) Trastorno de conversión: se limita a una o más quejas de tipo neurológico.

c) Hipocondría: creencia de sufrir alguna enfermedad específica.

d) Trastorno dismórfico corporal: percepción exagerada de que alguna parte del cuerpo tiene defectos.

e) Trastorno por dolor: síntomas de dolor en uno o más lugares.

f) Trastorno somatomorfo indiferenciado: uno o más síntomas físicos.

g) Trastorno somatomorfo no especificado: síntomas de trastorno somatomorfo que no cumplen los criterios de ninguna de las categorías anteriores (18)

FACTORES ASOCIADOS

Dentro del aspecto predisponentes y el etiológicos de la somatización encontramos.

a) Influencia de los factores genéticos: la predisposición en los familiares de 1er grado de sexo masculino, los pacientes con abuso de alcohol, y trastornos de la personalidad; en familiares de 1er grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización.

b) Experiencias infantiles: "La expresión somática es una expresión emocional donde el cuerpo ha sustituido a las palabras ". Así ante las dificultades para manejar las situaciones de la vida diaria, los adultos se enfrentan a la enfermedad ya que puede ser una forma inconciente de refugio que aprendió a usar cuando era pequeño.

c) Factores biológicos: ó teoría neurobiológica en donde se ha demostrado que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes Somatizadores, cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo que disminuiría el umbral del dolor), y disminución del riego sanguíneo cerebral, en las áreas posteriores del cerebral (12,15).

d) Las teorías de Psicodinamica (Rodín): en donde los mecanismos de somatización son los de defensa que resuelven emociones que están en conflicto.

e) Las teorías del comportamiento: se basan en la idea que el comportamiento del paciente es reforzado por el ambiente en el cuál se encuentre. (15)

d) Teoría sociocultural : Cuando una cultura no permite la comunicación directa de contenido emocional, la somatización puede servir indirectamente para comunicar la tensión picosocial (11, 15)

e) Características familiares como predisponentes a la somatización: existencia de antecedentes familiares de somatización o de enfermedades médicas graves en las figuras parentales y el aprendizaje familiar y social a través de la enfermedad real o fingida mediante refuerzos positivos (cuidados solícitos u otros objetos deseados) o negativos (librarse de castigos).

Otros factores de riesgo para la somatización incluyen:

f) Los traumas a los que se exponen algunos niños como conductas de enfermedad y dolor físico, lo que los predispone o están en riesgo de convertirse en un adulto somatizador.

Por ejemplo si un niño aprende que las quejas referidas a síntomas físicos posiblemente se vean premiadas con atención o con la exención de tareas o evitación de conflictos, se desarrollará la somatización como una forma de manejo

del estrés en la vida adulta. En algunos estudios se señala un mayor riesgo en adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia.

g). Anomalías de la relación médico-paciente, variables socioculturales y aspectos específicos de la organización médico asistencial.

h) factores precipitantes.- Se incluyen los acontecimientos vitales y situaciones personalmente estresantes por su significado subjetivo de pérdida o de amenaza para el individuo

i) Factores iatrogénicos: en forma de interminables pruebas, diagnósticos ambiguos y tratamientos innecesarios, producen este efecto. No hay que olvidar, que la utilización excesiva de los servicios sanitarios es una fuente de iatrogénica y de dificultad en el manejo de estos pacientes. Los beneficios económicos, como las pagas por incapacidad, también refuerzan la somatización.

MEDICION DE SÍNTOMAS DE SOMATIZACION

Escala de Souza y la escala de PHQ 15 para valorar los síntomas de somatización en el primer nivel de atención y a continuación se describen.

Escalas de medición de Souza

Fue desarrollado con la intención de obtener unos instrumentos sencillos y breves para la detección del trastorno de somatización.

Consta de 6 Ítems de respuestas dicotómicas sí o no. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos localizados en garganta, órganos genitales/recto, dificultades de la memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y dolores de manos y pies. Este test tiene una sensibilidad del 93% y especificidad del 59% para 2 síntomas (24).

La versión en español en Atención primaria por García –Cobayo y colaboradores reportaron una sensibilidad del 88%, 78% de especificidad (27).

La prueba de criba de Othemr y de Souza (1985) y adaptación española de García Campayo, Sanz y Jimeno en 1995, Instrumento de fácil manejo en la atención primaria. Busca mediante anamnesia, la presencia de los siguientes síntomas: **T** trastornos o dificultad para tragar, **S** síntomas sexuales, **A** Amnesia., **R** dificultad respiratoria, **V** vomito, **D** Dismenorrea, **D** dolor de extremidades.

El punto de corte de 3 síntomas muestra una sensibilidad del 87% y una especificidad del 97% para el trastorno por somatización. Menos de 3 síntomas sugieren somatización. O especificado el punto de corte para la versión española es de 0-2 sin trastorno de somatización, de 3-6 posible trastorno de somatización (24).

ESCALA DE PHQ 15

El Cuestionario de Salud del Paciente, es una subescala de síntomas somáticos derivados de la plena PHQ, el cuestionario es de auto-reporte o bien se puede decir que es Totalmente auto-administrado (25,26)

El cuestionario tiene una consistencia interna de (0.80) y se relaciona con criterio de los índices de disfunción física, la percepción subjetiva de la discapacidad días, visitas clínicas, y la cantidad de dificultades que los pacientes atribuyen a sus síntomas.

Fue diseñada para evaluar los trastornos de somatización en pacientes de atención primaria. El PHQ-15 evalúa la gravedad actual de 15 quejas Somáticas que se han demostrado estar entre los más síntomas somáticos (25) y clasifica a los síntomas como 0 ("no molesta en absoluto"), 1 ("molesta un poco"), o 2 ("una molestia Mucho").

Otros dos síntomas físicos-sensación de cansancio o tener poca energía, y problemas para dormir-están contenidas en el módulo PHQ depresión, en la que los sujetos se les solicita que contesten: "Durante las 2 últimas semanas, ¿cuántas veces se ha molestado por alguna de las siguientes Problemas? "Por los puntos, las opciones de respuesta para estos dos síntomas son codificados como 0 ("nada"), 1 ("varios días"), o 2 ("más de la mitad de los días" o "casi todos los días"). Así, en la determinación de la PHQ-15, cada síntoma es codificada como 0, 1, o 2, y la puntuación total oscila entre 0 y 30.

El PHQ-15 evalúa 9 de los 12 temas de la OMS, 7 de la Hopkins, 8 de los 11 de Swartz et al., y 4 de los de los 7 puntos de Othmer y De Souza. (26).

Las categorías del PHQ 15 fueron evaluadas por los siguientes categorías: mínimas (PHQ-15 Resultado 0-4), baja; (puntuación de 5-9), medio; (puntuación de 10-14), y alta (puntuación de 15-30); los niveles de gravedad de los síntomas somáticos.

Estas categorías fueron elegidas por varias razones. La primera es pragmática: el Puntos de corte de 5, 10, y 15 son sencillas para que los médicos recordaran y aplicarán. La segunda razón es empírica: se utilizan diferentes puntos de corte no cambian las asociaciones entre el aumento de PHQ-15 la gravedad y las medidas de validez de constructor.

La tercera razón es que la mayoría de los pacientes con síntomas graves (de 15 puntos o superior) constituyen aproximadamente el 10% de la muestra, una prevalencia. Cada muestra se divide en tercios, con Puntuaciones de 0 a 4 en representación de los más bajos de gravedad de los síntomas somáticos; 5 a 9, el medio, y 10 o mayor, la parte superior. (26)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. APGAR FAMILIAR.

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar

Para valorar la funcionalidad familiar se utilizará el APGAR familiar; ya que es considerado como una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar; siendo una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad es posiblemente el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica. (28)

Se utilizará este instrumento ya que como refiere Bellón JA que otra de las variables intermedias entre el mayor consumo de los servicios de salud y la disfunción familiar puede ser la expresión de ésta en términos de morbilidad psicosomática y de salud mental, mencionado el autor que la salud mental y los problemas psíquicos se han relacionado con la función familiar en diversos estudios.

Refiriendo que el hallazgo de que en pacientes con alteraciones de la salud mental o síntomas psíquicos, la función familiar está también alterada, que es el tema central de éste protocolo de estudio Así como se ha comentado por el autor que el objetivo fundamental de este tipo de herramientas es disponer, en muy poco tiempo, de una información válida y fiable que nos oriente sobre un determinado problema psicosocial, en nuestro caso, una posible disfunción familiar (28).

Por otra parte este instrumento, es de gran validez como se ha mencionado, en un artículo de Rampa del 2006 , titulado: instrumentos de atención a la familia: el Familiograma y el apgar familiar ,reportándose que es muy importante el uso de este instrumentos por lo menos en los siguientes casos: Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos: Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias (29) .

Otro autor como Arias L. Señala que la función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica de su molestia, sobre todo en consultadores crónicos, en individuos con múltiples síntomas inespecíficos, en sujetos con infecciones a repetición sin una causa identificable, y en enfermos con somatización del estrés. (30)

Siendo un instrumento útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado, constituye una

herramienta rápida que permite hacer un Screening acerca del funcionamiento de la familia del sujeto evaluado (1) el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la auto administración (31,30)

La escala también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada

La versión en castellano del Apgar-familiar que se ha empleado para aplicación en nuestro país derivó de la traducción y retrotraducción de la escala original en inglés. También se consideró la versión en castellano desarrollada en Chile, (28).

Este instrumento de evaluación, fue desarrollado por el DR. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle en 1978 quién utilizó el acrónimo Apgar para recordar los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*)

Otros autores como Lonnie K. Wen, y Cortés-Funes refieren que la escala fue desarrollada como una herramienta para medir un miembro de la familia la percepción de cinco dimensiones de la función familiar: adaptabilidad, asociación, crecimiento, afecto, y resolución (31,32).

Pero en general Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: (30)

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia.

Más adelante se observó que la precisión del instrumento se aumentaba cuando cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categorizada bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación. (30).

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas: "siempre" (4 puntos), "casi siempre" (3 puntos), "algunas de las veces" (2 puntos), "casi nunca" (1 punto), y "nunca" (0 Puntos). La puntuación se calcula sumando los resultados de los cinco elementos de la escala. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es el nivel de

percepción de la función familiar. La escala de 5 puntos fue interpretado como funcional (15-20), disfunción leve (9-14), y disfuncionales (0-8). (31)

Los índices de la escala global test-retest son de 0,86 y 0,81 para cada grupo, mientras que la correlación ítem-escala se sitúa entre 0.61 y 0.71 (1,).

La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89). (30)

El APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (29,30)

Su consistencia interna explica el 61,9% de la varianza (1) La consistencia interna de 0,86 (alfa de Cronbach (31)

La homogeneidad o consistencia interna de la escala puede considerarse buena, siendo el alfa de Cronbach de 0,84, observándose que todos los ítems contribuyen a mejorar este coeficiente. Su intervalo de confianza al 95% y el nivel de significación de la ji al cuadrado. (28)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes que buscan atención médica para los síntomas físicos sin explicación son frecuentes y es una problemática en la atención primaria, y estos síntomas pueden augurar problemas de somatización, que repercutirán en su salud física.

Es difícil el enfoque de estos pacientes desde una perspectiva de salud, debido a que sólo algunos de ellos reconocen sus problemas psicológicos.

La demanda de atención médica en unidades de medicina familiar es en ocasiones sobrepasada a la capacidad del médico y en varias ocasiones se presenta en la consulta pacientes con problemas de somatización sin que se diagnostique.

La mayoría de los estudios con respecto a este tema se han realizado en América Latina, no incluyendo a México, como lo reporta la Organización Mundial de la Salud quien coordinó la investigación transcultural sobre "Problemas Psicológicos en la Atención General de Salud", realizada entre los años 1991 y 1992, y en la que Chile participó junto a Brasil, Alemania, Francia, Grecia, India, Italia, Japón, Holanda, Nigeria, China, Turquía, el Reino Unido y los Estados Unidos. Se investigó la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en los consultantes de nivel primario de atención

En el Instituto Mexicano del Seguro Social existen las condiciones para que se de este fenómeno de la somatización, así como de individuos que busquen atención médica como un refugio a sus problemas psicosociales, pero en qué medida se da esta frecuencia y que factores se asocian.

Por lo que nos planteamos la pregunta:

¿Cuál es la prevalencia y factores que se asocian a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La preocupación por plantear la somatización, y abordar la problemática desde los servicios de salud y la cronicidad del malestar psicológico.

El conocimiento de los médicos del primer nivel sobre este padecimiento a fin de evitar la cronicidad de la somatización que repercutiría en el paciente y en nuestra labor como médicos al no identificar oportunamente estos trastornos.

Así surgió el interés de éste estudio debido a que se ha observado que en las Unidades del primer nivel de atención, existen aspectos psicosociales, que probablemente se vean alterados por el entorno sociocultural de la localidad, la emigración, que tienen que hacer los pacientes, para trabajar debido a que la gran mayoría de los pacientes son de otra localidad y se encuentran lejos de su familia (conyugal, fraternal, o filial) y en algunos casos de su familia de origen.

Y la importancia radica que al generar un mayor conocimiento de la frecuencia y la causalidad de la somatización en la consulta permita una mejor identificación y se pueda actuar con oportunidad con este tipo de pacientes a fin de darles una mejora en los servicios de salud que se otorgan.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia y analizar los factores que se asocian a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS

1.4.2.-Objetivos específicos:

1. Determinar la relación que existe entre disfuncionalidad familiar Y la prevalencia de somatización.
2. Determinar sí la edad, se asocia a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS.
3. Determinar si la escolaridad, se asocia a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS.
4. Determinar si el alcoholismo, se asocia a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS.
5. Determinar si el estado civil se asocia a la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención del IMSS.

1.5 Hipótesis general

La prevalencia de la demanda de consulta por somatización en el primer nivel de atención es igual a la reportada en la literatura mundial teniendo como factor fuertemente asociado el sexo.

Hipótesis alternas.

A mayor prevalencia de demanda de consulta por somatización, mayor disfuncionalidad familiar.

Las mujeres, se asocian a la mayor prevalencia de Somatización en la consulta de primer nivel de atención.

La edad, es un factor asociado a la mayor prevalencia de somatización en la consulta de primer nivel de atención.

La escolaridad, es un factor asociado a la mayor prevalencia de somatización en la consulta de primer nivel de atención.

El alcoholismo, es un factor asociado a la mayor prevalencia de somatización en la consulta del primer nivel de atención.

El estado civil, es un factor asociado a la mayor prevalencia de somatización en la consulta de primer nivel de atención.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La preocupación por plantear la somatización, y abordar la problemática desde los servicios de salud y la cronicidad del malestar psicológico.

El conocimiento de los médicos del primer nivel sobre este padecimiento a fin de evitar la cronicidad de la somatización que repercutiría en el paciente y en nuestra labor como médicos al no identificar oportunamente estos trastornos.

Así surgió el interés de éste estudio debido a que se ha observado que en las Unidades del primer nivel de atención, existen aspectos psicosociales, que probablemente se vean alterados por el entorno sociocultural de la localidad, la emigración, que tienen que hacer los pacientes, para trabajar debido a que la gran mayoría de los pacientes son de otra localidad y se encuentran lejos de su familia (conyugal, fraternal, o filial) y en algunos casos de su familia de origen.

Y la importancia radica que al generar un mayor conocimiento de la frecuencia y la causalidad de la somatización en la consulta permita una mejor identificación y se pueda actuar con oportunidad con este tipo de pacientes a fin de darles una mejora en los servicios de salud que se otorgan.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional

2.2. Diseño del estudio:

- Observacional
- Transversal.
- Analítico
- Prospectivo.

2.3 Universo de trabajo:

Población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar en el Primer nivel de atención del IMSS No.31 Temascal, Oaxaca.

Periodo de estudio: Octubre – Diciembre. 2008.

2.4. Tamaño de la muestra.

Se calculo mediante el programa epi info. 2000 para un estudio transversal esperando una prevalencia del 30% reportado en estudios previos con un nivel de confianza al 95% y un poder del 80% obteniéndose un mínimo de muestra de 142 sujetos.

El muestreo fue probabilístico.

a) Criterios de inclusión:

Pacientes que demanden atención médica en consulta externa de medicina familiar en el primer nivel de atención del IMSS UMF No.31 Temascal, Oax...

Población mayor de 18 años de edad

Que aceptaron participar en el estudio.

Que tuvieran expediente en la unidad

b) Criterios exclusión:

Pacientes que tuvieran alguna enfermedad Psiquiátrica en control.

Pacientes con enfermedades crónicas.

Paciente con trastornos del lenguaje.

Pacientes que no pudieran contestar el cuestionario.

Pacientes que no desearán participar.

b) Criterios de eliminación:

Pacientes que contestarán el instrumento menos del 90%

2.6. Variables:

2.6.1. Dependiente:

Conceptualmente.

Somatización. Demanda de consulta de un individuo mediante síntomas físicos no justificados por la presencia de una enfermedad médica en el Primer Nivel de Atención. (PNA).

Operacionalmente:

Para fines de este estudio se considerara como Demanda por Somatización en el Primer Nivel de Atención (DSPNA) a toda solicitud de consulta por pacientes que se le identifique de acuerdo a la escala de Souza y PHQ 15. y que presenten datos de somatización. La cual será calificada de la siguiente forma:

La escala de Souza. Consta de 6 ítems de respuestas dicotómicas sí o no. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos localizados en garganta, órganos genitales/recto, dificultades de la memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y dolores de manos y pies. Este test tiene una sensibilidad del 93% y especificidad del 59% para 2 síntomas (24).

La versión en español en Atención primaria por García –Cobayo y colaboradores reportaron una sensibilidad del 88%, 78% de especificidad (27). En mediante anamnesia, la presencia de los siguientes síntomas: **T** trastornos o dificultad para tragar, **S** síntomas sexuales, **A** Amnesia., **R** dificultad respiratoria, **V** vomito, **D** Dismenorrea, **D** dolor de extremidades. Siendo el punto de corte de 3 síntomas muestra una sensibilidad del 87% y una especificidad del 97% para el trastorno por somatización. Menos de 3 síntomas sugieren somatización. O especificado el punto de corte para la versión española es de 0-2 sin trastorno de somatización, de 3-6 posible trastorno de somatización (24).

El cuestionario PHQ 15: Es una subescala de síntomas somáticos derivados del PHQ; es auto-administrado (25,26). Tiene consistencia interna de (0.80).El Cuestionario evalúa la gravedad actual de 15 quejas Somáticas que se han demostrado entre los síntomas somáticos (25). Y evalúa 9 de los 12 temas de la OMS, 7 de la Hopkins, 8 de los 11 de Swartz et al., y 4 de los de los 7 puntos de Othmer y De Souza. (26). Clasificando a los síntomas como 0 ("no molesta en absoluto"), 1 ("molesta un poco"), o 2 ("una molestia Mucho "). Y otros 2 síntomas físicos-sensación de cansancio o tener poca energía, y problemas para dormir-depresión, y se evalúan 2 semanas previas al estudio, se demuestra de la siguiente manera: "Durante las 2 últimas semanas, ¿cuántas veces se ha molestado por alguna de las siguientes Problemas? Las opciones de respuesta para estos 2 síntomas son codificados como 0 (" nada "), 1 (" varios días "), o 2 (" más de la mitad de los días "o" casi todos los días "). Y la puntuación total oscila entre 0 y 30.

Las categorías del PHQ 15 fueron evaluadas como: mínimas (0-4), baja; (puntuación de 5-9), medio; (puntuación de 10-14), y alta (puntuación de 15-30); los niveles de gravedad de los síntomas somáticos. (26)

2.6.2 Independiente

Conceptualmente.

Disfuncionalidad Familiar:

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar.

Operacionalmente.

Para fines de este estudio se tomara como disfuncionalidad familiar al resultado obtenido después de haber aplicado la escala de apgar familiar la cual mide funcionalidad familiar y si se obtienen Funcional con la siguiente puntuación: (15-20).Disfunción leve (9-14) puntos .Disfuncionalidad familiar con (0-8) puntos.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición. Operacional	Escala de medición	Indicadores.
Somatización	Cualitativa	Queja de un individuo mediante síntomas físicos no justificados por la presencia de una enfermedad médica, que aparece de forma notoria en la labor asistencial, refiriéndose en este sentido a la tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o experimentarse a sí mismo en términos físicos predominantemente; que causan deterioro funcional importante, del individuo.	Se definirá de acuerdo al resultado de dos escalas para somatización, la Escala de Souza. identifica los pacientes con somatización y la Escala PHQ15 Que determina el grado de somatización	Nominal.	Escala de Souza 0-2: sin somatización. 3-6: probable somatización. Escala PHQ15 Puntuación de 0-4: baja. Puntuación de 5-9): medio Puntuación de 10-14): alta Puntuación de 15-30: los niveles de gravedad de los síntomas somáticos.
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto norma funcional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno, la existencia de conflictos familiares	Para valorar la funcionalidad familiar se utilizará el APGAR familiar; que es considerado como una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar; siendo una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y	Nominal.	Escala de Apgar Familiar. Funcional (15-20). Disfunción leve (9-14). Disfuncionalidad (0-8)

		y otras situaciones que modifican la dinámica familiar	dada su simplicidad es posiblemente el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica.		
Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en relación con los bienes.	Estado dado por el número de salarios mínimos que ganan diarios el jefe de familia entre el número de personas que dependen de él.	Ordinal	.muy bajo 0-1un salario mínimo. . Abajo 1. 1.2. Medio 2. 1.3 Medio alto 3.1-4 Falto 4.1y más (Quiébrela - 1994).
ocupación	Cualitativo	Trabajo o que hacer en el que se emplea el tiempo	Trabajo que desempeña en el momento del registro.	Nominal	Puesto que desempeña en su trabajo.
Edad	Cuantitativo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Numero de años vividos hasta el momento del registro	Razón.	Años cumplidos.
Sexo	Cualitativo	Características fenotípicas del individuo.	Diferencia entre hombre y mujer	Nominal.	Hombre Mujer.
Estado Civil	Cualitativa	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho familiar.	Situación jurídica de una persona física desde el punto de vista del derecho de familia en el momento del registro.	Nominal	Casado. Soltero. Viudo. Separado. Unión libre. Divorciado.
Grado de escolaridad.	Cuantitativa	Duración de los estudios en un centro docente oficial	Grado de estudios del individuo al momento del registro.	Nominal	- Analfabeta. -Primaria. -Secundaria. -Preparatoria. -Licenciatura.
Numero de hijos	Cuantitativa.	Persona respecto de su madre o de su padre.	Numero de hijos al momento del registro	Razón.	1.2.3.4. etc.-

Tipo de familia Por su desarrollo social	Cualitativa	La actividad que desarrollen los miembros de la familia.	El rol que desarrollen al momento del estudio	Nominal	-moderna. -tradicional.
Tipo de Familia Por su desarrollo comunitario	Cualitativa.	Clasificación de la familia de origen con base a su estructura.	Clasificación de la familia de acuerdo a sus hábitos, costumbres, patrones de comportamiento.	Nominal	-Rural -Urbana.
Estructura Familiar	Cuantitativa.	Clasificación de la familia con base a su estructura.	Número de miembros de la familia del entrevistado que viven con ellos bajo el mismo techo.	Nominal	Nuclear, Extensa simple. Extensa. Compuesta.
Ciclo familiar.	Cualitativa.	Concepto ordenador, para entender la evolución secuencial de Las familias y las crisis transaccionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.	Fase de evolución por la que atraviesa la familia en el momento del registro	Nominal	Constitutiva. Fase Preliminar. Recién Casado... Fase de expansión. Fase consolidación-apertura. Dispersión. Fase de desprendimiento. Final. Independencia. Disolución.
Tiempo de convivir con la pareja.	Cuantitativa.	Periodo de tiempo que transcurre desde la unión, hasta la separación de ambos conyugues por diversas causas.	Periodo de tiempo que transcurre desde la unión hasta el momento de la encuesta.	Discreta.	1.2.3.4.5. etc.
Alcoholismo en la pareja.	Cuantitativo	Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas.	Utilización de alcohol en forma frecuente en el momento del registro.	Razón.	Numero de bebidas consumidas diariamente.

2.8. ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizo para el análisis uní variado medidas de tendencia central y dispersión media y mediana con desviación Standard para variables cuantitativas y para las nominales porcentajes.

Para el análisis divariado se utilizara T student cuando las variables tuvieron una distribución normal y se comparo una variable nominal y una de razón, y cuando no tuvieron distribución normal se utilizo la prueba no paramétrica de kruskall Wallis.

Para comparar dos nominales se utilizo X2 de Mantel Haenzel como prueba de hipótesis el valor de significancia será de $p < 0.05$ Para determinar asociación en los factores medidos se utilizo razón de prevalencia con intervalos de confianza al 95%

Se utilizo regresión logística múltiple para el análisis multivariado para crear un modelo matemático que permitió determinar la causalidad y el control de posibles variables confusas o modificadoras del efecto.

2.9 Instrumento de recolección de datos. (Ver anexos al final)

2.10 Método de recolección de datos o Procedimiento:

Previa autorización del comité local de investigación y autorización de las autoridades correspondientes.

Se entrevistó a la totalidad de los pacientes que demandaron atención médica en el primer nivel de atención, de la unidad de Medicina Familiar No. 31, durante el periodo de Octubre-Diciembre de 2008.

Se realizó una entrevista directa y aplicación de los instrumentos de medición por parte de la investigadora principal a 142 pacientes que cumplieron con los criterios de selección (pacientes que aceptaron participar en el estudio, que estuvieron el día del registro) previo consentimiento informado.

Se les aplicaron tres cuestionarios:

1) uno que mide variables sociodemográficas y familiares (edad, sexo, estado civil, escolaridad, puesto que desempeña, nivel socioeconómico, familiares; por su desarrollo social, por el lugar donde vive, por su estructura, etapa del ciclo vital),

2) una escala para medir la somatización: la de la de Souza, que mide: (Menos de 3 síntomas sugieren somatización. o especificado el punto de corte para la versión española es de 0-2 sin trastorno de somatización, de 3-6 posible trastorno de somatización) (24).

La escala de PHQ 15 que comprueba los síntomas somáticos y se mide mediante la siguiente Puntuación de 0-4: baja. Puntuación de 5-9): medio Puntuación de 10-14): alta Puntuación de 15-30: los niveles de gravedad de los síntomas somáticos (26).

3) el cuestionario apgar familiar que mide la autopercepción del funcionamiento familiar y se mide de la siguiente manera: (15-20).Disfunción leve (9-14) puntos. Disfuncionalidad familiar con (0-8) puntos.

Se revisaron sus expedientes para recabar datos que nos ayudaron a medir cuantas veces acude al paciente a la consulta durante 1 año, recabando si se considera a ése paciente como frecuentador de la consulta en el primer nivel de atención, así como se analizaran sus diagnósticos previos.

2.11 ADMINISTRACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION.

- Cronograma de actividades.

Actividades	Oct. Nov. Dic.	Ene. Feb. Mar	Abr.	May	Jun	Jul.	Ago.	Sep	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb.	Mar.	Abr.	May.
Recopilación de la información	■															
Análisis de la Información		■														
Elaboración de protocolo			■	■	■	■	■									
Revisión y registro de protocolo							■	■	■							
Recolección de datos									■	■	■					
Análisis de los resultados												■	■	■		
Difusión de los resultados														■	■	
Impresión de tesis															■	■
Publicación de estudio.																■

2.12 Recursos humanos, materiales y financieros

Humanos:

3 investigadores

Encuestadora, pasante de enfermería de la facultad de medicina.

Materiales:

1 computadora

1 impresora

2000 hojas blancas

20 lápices

10 bolígrafos

1 engrapadora

1 marcador

1 engrapadora

1 calculadora.

Financieros:

Los propios del investigador:

2.13 Consideraciones éticas.

El presente trabajo se sometió a la aprobación por parte Comité de Ética e Investigación del IMSS del HGZ No 8.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se baso en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial- Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

RESULTADOS:

El estudio final comprendió un total de 152 sujetos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación.

Un total de 77 (50.7%) sujetos fueron hombres y 75 (49.3%) mujeres, dentro de las principales variables demográficas de la muestra, un promedio de edad de 40.8 (12.27ds) años siendo el mas chico de 18 y de 73 años el de mayor edad.

El lugar de origen de los pacientes de la muestra encuestada se mostró que 84.2% (128) no eran originarios del lugar del trabajo y solo 15,8% (24) fueron originarios del lugar en donde trabajaban.

El promedio de ingreso económico quincenal fue de \$3, 732,82 (1879.24ds) el mayor ingreso registrado fue de \$9,000.00 y el menor ingreso fue de \$1,000.00,

En ocupación 69%(105) de la muestra trabajan, y el 30.9% (47) de los sujetos no trabajaban y no percibían ingreso económico ya que eran amas de casa o estudiantes

En nivel de escolaridad se registraron los siguientes datos: el 3.3%(5) de los sujetos estudiados sin educación; 36.85%(56) reporto educación primaria; el 17.1%(26) con educación secundaria; un 23.7%(36) con educación preparatoria, y el 19.15%(29) con educación Universitaria.

En relación a la clasificación de la familia y de acuerdo al desarrollo familiar, 34.9%(53) se considera familias modernas en donde además de trabajar el esposo, también trabaja la esposa y alguno de los hijos y el 65.2% (99) solo trabaja el esposo o el jefe de familia.

Con respecto a la composición familiar el 59% (90) de las familias estudiadas constituyen una familia nuclear en donde viven solo los padres y los hijos; el 31% (47) son familias extensas en donde viven los que integran una familia nuclear más un habitante consanguíneo, y en el 10% (15) son familias extensas compuestas, representada por una familia consanguínea más otras habitantes no consanguíneos. (Cuadro 1)

Cuadro 1

Familia por su desarrollo :	
Moderna	34.9% (53)
Tradicional	65.2% (99)
Por su composición:	
Nuclear	59% (90)
Extensa.	31% (47)
Extensa-compuesta	10% (15)

En relación con el ciclo vital de la familia, 3.3%(5) de la muestra refirió encontrarse en etapa constitutiva, es decir en la fase de Matrimonio o recién casados, sin hijos.

36.4% (55) de los encuestados refirió encontrarse en etapa de procreación o de expansión en donde se encuentra el nacimiento del primer hijo, 17.9% (27) etapa de dispersión o en fase de desprendimiento que se singulariza con la salida del primer hijo del hogar y termina con la separación del último de los hijos.

42.4% (64) de los sujetos encuestados se encontraba en la etapa final, y de ellos el 24.5% (37) en la fase de caracterizada la etapa por encontrarse los esposos solos o en etapa de jubilación o retiro, y el 17.9% (27) en fase de disolución caracterizada por vejez de la pareja, viudez. (Cuadro 2)

Cuadro 2

Etapa del ciclo vital de la familia:		
	Constitutiva	3.3. % (5)
Procreación		36.4% (55)
	Dispersión	17.9%(27)
Etapa	Independencia	24.5% (37)
Final	Disolución	17.9%(27)

En padecimientos personales patológicos se encontró que 20.4% (31) de los sujetos describió padecimientos alérgicos, como rinitis y sinusitis en control, el 49.3% (75) refirió antecedentes quirúrgicos, y 7,2% (11) de los sujetos confirmo antecedentes transfusionales.

En referencia al alcoholismo el 58,6% (89) de los encuestados ingerían bebidas alcohólicas de manera moderada, y el 41,4% (63) negaron ingesta de alguna bebida alcohólica.

En relación enfermedades crónicas solo 18.4% (28) de los sujetos reporto alguna enfermedad crónica como diabetes o Hipertensión, y 81.6% (124) sujetos que fue más de la mitad de la muestra en donde se registro sin enfermedad crónica.

Acerca de las visitas al medico o la frecuencia con que acuden los pacientes a la consulta con su médico familiar al año se obtuvo un promedio anual de consultas de. 7.82 (3.88ds), con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 24 sujetos que acuden a consulta.

Se utilizo el Apgar Familiar, para valorar la funcionalidad familiar de los sujetos encuestados encontrándose, que el 78.9% (120) de las familias eran normo

funcionales, el 15.1% (23) reporto con disfunción moderada, y 5.9% (9) se reporto con disfunción severa. (Cuadro 3)

Cuadro 3

APGAR FAMILIAR	PORCENTAJE REGISTRADO.
Sin disfunción familiar (familia norma funcional)	78.9 % (120)
disfunción familiar moderada	15.1% (23)
disfunción familiar severa	5.9% (9)

De los instrumentos utilizados para valorar la somatización fueron la escala de SOUZA Y la escala PHQ 15,

Primero se evaluó la escala de SOUZA para identificar a los pacientes que somatizan, posteriormente se evaluó con la escala de PH15 para estandarizar el grado de somatización de los pacientes encontrados.

La prevalencia de somatización en la muestra fue de 37.5% (57) y el 62,5% (95) de la muestra no se registro somatización. (Cuadro 4)

Cuadro 4

Escala de Souza	Porcentaje.
57 sujetos somatizaron	(37.5%)
95 sujetos no somatizaron	(62.5%)

Al 37.5% (57), con somatización se les aplico la escala de PHQ15 para valorar la gravedad de la misma.

Se encontró que 21% (12) presentaron un grado de somatización grave, 46% (26) presentaron un grado de somatización alta, y 30%(17) presentaron un grado de somatización media, y solo 3% (2) presentaron un grado de somatización baja. (Cuadro 5)

Cuadro 5

Escala PHQ 15	Porcentaje.
BAJA	3% (2)
Media	30% (17)
Alta	46% (26)
Grave	21% (12)

En relación con el análisis bivariado se registraron las siguientes cifras en relación con la somatización y los factores desencadenantes encontrados en la muestra en estudio.

La Relación con la somatización y la disfunción familiar se encontró un riesgo relativo de 2.36, IC 95% de de 1.64 a 3.39 X2 de 16.78 y un valor de p= 0.00042

El riesgo de somatizar y la presencia de enfermedad crónica se tuvo un riesgo relativo de 1.58, IC 95% de 1.04-2.45 X2 de 3.76, y un valor de p= 0.052

El ser hombre y somatizar tuvo un riesgo relativo de 1.31, IC 95% de 0.87-1.99 un valor de X2 de 1.68, y un valor de p= de 0.195; en relación con el estado civil de los sujetos encuestados la relación de somatización

El tener una pareja actual reportó un riesgo relativo a somatizar de 1.75 IC 95% de 0.84 a 3.65 , un valor de X2 de 2.77, un valor de p=0.096

Se obtuvo una relación de ser foráneo y la somatización un riesgo relativo de 1.59, IC 95% 0.77 a 3.29 un valor de X2 de 1.89 y un valora de P de 0.169

En relación con el oficio y/o trabajo remunerado económicamente se observo que en relación con la somatización y trabajo se obtuvo un riesgo relativo de 0.83 IC 95% 0.54 a 1.26 un valor de X2 de 0.74, y un valor de P de 0.3908.

Factores asociados a somatización

Cuadro 6

Variable	RR	IC 95	x2	Valor p
Disfunción Familiar	2.36	1.64 - 3.39	16.78	0.000042
Enfermedad crónica	1.58	1.04 - 2.42	3.76	0.052
Masculino	1.31	0.87 -1.99	1.68	0.195
Pareja actual.	1.75	0.84 -3.65	2.77	0.096
Foráneo	1.59	0.77 - 3.29	1.89	0.169
trabajo	0.83	0.54- 1.26	0.74	0.3908

En relación con la edad y la somatización se obtuvo que existe una mayor probabilidad a somatizar a medida que se incrementa la edad, No hubo diferencia significativa, en el tiempo de convivir con la pareja, en el número de consultas en medicina familiar al año o bien de acuerdo a índice de masa corporal (Cuadro 7)

Cuadro.7

Variable	Si	No	Valor p
Edad en años	43.26	39.46	0.06
Tiempo con la pareja en años	13.96	12.68	0.53
Numero de consultas	8.16	7.61	0.3725
Índice de masa corporal	27.59	27.97	0.6194

La Relación con la somatización y la disfunción familiar se encontró un riesgo relativo de 2.36, IC 95% de de 1.64 a 3.39 X2 de 16.78 y un valor de p= 0.00042

El riesgo de somatizar y la presencia de enfermedad crónica se tuvo un riesgo relativo de 1.58, IC 95% de 1.04-2.45 X2 de 3.76, y un valor de p= 0.052

El ser hombre y somatizar tuvo un riesgo relativo de 1.31, IC 95% de 0.87-1.99 un valor de X2 de 1.68, y un valor de p= de 0.195; en relación con el estado civil de los sujetos encuestados la relación de somatización

El tener una pareja actual reportó un riesgo relativo a somatizar de 1.75 IC 95% de 0.84 a 3.65 , un valor de X2 de 2.77, un valor de p=0.096

Se obtuvo una relación de ser foráneo y la somatización un riesgo relativo de 1.59, IC 95% 0.77 a 3.29 un valor de X2 de 1.89 y un valora de P de 0.169

En relación con el oficio y/o trabajo remunerado económicamente se observo que en relación con la somatización y trabajo se obtuvo un riesgo relativo de 0.83 IC 95% 0.54 a 1.26 un valor de X2 de 0.74, y un valor de P de 0.3908.

Factores asociados a somatización Cuadro 6

Variable	RR	IC 95	x2	Valor p
Disfunción Familiar	2.36	1.64 - 3.39	16.78	0.000042
Enfermedad crónica	1.58	1.04 - 2.42	3.76	0.052
Masculino	1.31	0.87 -1.99	1.68	0.195
Pareja actual.	1.75	0.84 -3.65	2.77	0.096
Foráneo	1.59	0.77 – 3.29	1.89	0.169
trabajo	0.83	0.54- 1.26	0.74	0.3908

En relación con la edad y la somatización se obtuvo que existe una mayor probabilidad a somatizar a medida que se incrementa la edad, No hubo diferencia significativa, en el tiempo de convivir con la pareja, en el número de consultas en medicina familiar al año o bien de acuerdo a índice de masa corporal (Cuadro 7)

Cuadro.7

Variable	Si	No	Valor p
Edad en años	43.26	39.46	0.06
Tiempo con la pareja en años	13.96	12.68	0.53
Numero de consultas	8.16	7.61	0.3725
Índice de masa corporal	27.59	27.97	0.6194

DISCUSION

El estudio muestra que existe un porcentaje importante de somatización en la población y una asociación con la edad, la disfunción familiar, el padecer alguna enfermedad crónica, y tener una pareja actual.

Encontramos semejanza con respecto a la prevalencia encontrada en la literatura que reporta el 30-60% (17), ya que en nuestro estudio encontramos la prevalencia de somatizar del 37.5%.

Ascensión y Godoy (6) refieren que la somatización puede darse en cualquier edad y no exclusivamente en los ancianos, nosotros apreciamos que a un incremento de la edad y la probabilidad de somatizar es mayor

A pesar de lo anterior encontramos semejanza en nuestros resultados y el reportado por Saucedo Martínez en su estudio sobre enfermedades mentales y la somatización (14), comenta que la somatización no es propia del envejecimiento y las molestias físicas de algunas enfermedades no son tan comunes en el anciano, son más frecuentes los síntomas somáticos dolorosos en adultos mayores deprimidos, sobre todo los que padecen alguna enfermedad médica.

En relación las enfermedades crónicas y Somatización Florenzano (34), señala que el trastorno de somatización se presentan en forma duplicada en estos pacientes. Concordando lo anterior con nuestro estudio en donde encontramos que la Somatización se relaciona con enfermedades crónicas,

Fullerton (23) en su estudio revela que ningún hombre sin patología medica presenta Somatización y señala que la patología crónica, podrían ser el síntoma de un trastorno psicológico;

Encontramos que no tan solo la Somatización se relaciona con alguna enfermedad crónica, sino que también tiene relación con algunas otras patologías agudas que cursan con dolor así como lo señala el artículo en relación con la Somatización y las enfermedades músculo esqueléticas como lo Refiere Palmer K (7) que la experiencia de dolor crónico ejerce un efecto que aumenta la sensibilización de la conciencia corporal de los eventos fisiológicos, es decir, la experiencia de vivir con dolor crónico discapacitante conduce a la somatización.

Este autor señala que la somatización es un factor de riesgo para evaluar a los pacientes con enfermedad crónica y con dolor grave, en la población en general.

El médico familiar tiene la obligación de investigar a fondo las patologías de sus pacientes buscando padecimientos, que pudieran originar su somatización, y por lo tanto tratar a los pacientes con apoyo psicológico para evitar que su Somatización se vuelva crónica, y genere trastornos psicológicos.

En relación con Somatización y tener pareja, García Campayo (33) señala que existe mayor frecuencia de solteros con trastornos de somatización el autor refiere que éstos pacientes presentan dificultades para las relaciones interpersonales estables.

Lo cual se diferencia con los resultados obtenidos en nuestro estudio en donde se reporto que hay mas prevalencia de trastornos de Somatización en pacientes casados y/o con pareja, esto muy probablemente se relaciona con los problemas como pareja y falta de comunicación entre ambos, y no exponer sus problemas, por lo que la mayoría de las pacientes buscan refugio de sus problemas maritales, en padecimientos físicos, e incluso, en ocasiones no le informa al médico que su padecimiento se encuentra dentro de su entorno familiar, x lo que se debe concientizar al médico a que el paciente no solo acude por padecimientos físicos ;

Así García Campayo (33) reporta que las mujeres somatizan más que los hombre, lo anterior se ve reflejado en la consulta de medicina familiar de en donde se ha observado que las mujeres acuden más a solicitar consulta, por padecimientos que no tienen causa orgánica demostrable,

Pero en ocasiones la demanda de consultas, impide al medico de familia investigar a fondo la patología psicológica que demandan los pacientes,

La consulta de medicina familiar en ocasiones es una mayor demanda de mujeres que acuden para platicar al medico sus problemas como una alternativa de escape emocional a sus problemas cotidianos, a pesar de ello no hubo relevancia con respecto al sexo en nuestro estudio.

Mucho de la calidad de la consulta se percibe por parte del paciente a través de el tiempo que el medico familiar le dedica para escuchar sus problemas y en ocasiones funciona de consejero o psicólogo .

Se observa que el 84.2% (128) no eran originarios del lugar de trabajo, esto probablemente repercute en somatizar, el estar alejados de su familia de origen

En la escolaridad se encontró 3.3% (5) sin educación; 36.85% (5) en educación primaria; 17.1 (26) en educación secundaria; 23.7%(36) en educación preparatoria, y el 19.15%(29) en educación universitaria; lo que refleja que no importa el grado de escolaridad del paciente, para somatizar que la gran mayora de los encuestados tenían algún grado de escolaridad.

En relación con el alcoholismo se encontró que el 58.65 %(89), de los encuestados ingerían bebidas alcohólicas de manera moderada; el 41.4%(63) negaron ingesta de alguna bebida alcohólica. Aunque el porcentaje de ingesta de bebidas alcohólica son fu`e muy alto, a diferencia de los que niegan ingesta de bebidas alcohólicas, fue mas de la mitad de la muestra, lo que probablemente

repercute en que los pacientes somaticen mas al ingerir algún tipo de bebidas
alcohólicas .

Conclusión:

La asociación que se encuentra entre somatizar y los factores identificados son plausibles ya que a un mayor incremento de edad la probabilidad de presentar enfermedades crónicas se hace más fuerte

La disfunción familiar es un factor que es significativo ya que al existir este problema en el entorno hace que la persona tienda a buscar una escapatoria a sus problemas de tipo social esto es palpable por que el tener pareja en la población estudiada no garantizaba un estabilidad familiar o de su entorno.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escala R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Rev Chil Neuropsiquiatría 2002; 40 (1): 335-340.

2.- Arranz CC, Giménez TM. Abordaje del paciente somatizador en la práctica médica. Psiquiat Atenc Prim 2004; 5 (2): 19-26.

3. - Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 2006; 41:704-712.

4. - Aragona MD, et al .Somatization in primary care: comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. J Psychiatry Med 2005; 35 (3): 241-248.

5. - Kurt K. et al. A Symptom Checklist to Screen for Somatoform disorders in primary care. Psychosomatics 1998; 39(3): 263-272.

6.- Godoy CA, Ortiz RM, Moro LA, Hernández MM. Pacientes Somatizadores en atención primaria. Del conocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (I). Semergen 2003; 29 (6):311-7

7. - Palmer TK et al. Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: a community-based postal survey. Occupational Med 2005; 55:612-617.

8.- Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2006; 9 (6): 176-180.

9.- Tamayo M J, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29(2):182-7

10.- Rodríguez VB, Fernández LA, Bayón PC. Trauma, disociación y somatización. Anuario Psicología Clínica Salud 2005; 1: 27-38.

11.- Di Silvestre C. Somatización y Percepción Subjetiva de la enfermedad. Cinta de Moebio Rev Elec. Epist Ciencias Sociales 1998; 4.

12.- Zorraquino PE, Giménez SM, Calvo AM. Trastornos somatomorfos en atención primaria. Psiquiatría Atención Primaria 2005; 6(1):4-9.

13.- Aguirre AA, Martínez LH, Núñez OL. Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos. Rev Méx. Neuroc 2005; 6 (6): 480-487.

14.- Saucedo MD, Mendieta CD, Vázquez GA, Salinas MR. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. Medicina Universitaria 2005; 7 (28): 123-127

15.- Kaplan C, et al. Somatization in primary care: Patients with Unexplained and Vexing medical complaints. *J Gen Int Med* mar/apr 1988; 3: 177-191.

16.- Florenzano R. et al. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil. Un estudio empírico. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 2002; 40 (4):355-40.

17.- Velasco A S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria. Cap. 1 Alteraciones psíquicas, dolor, síntomas somáticos y malestar en las mujeres. Cyan, Proyectos y producciones editoriales SA Madrid 2006: p. 17-26

18.- Noguera AE, Bayona OH, Dávila PA. Un caso de un trastorno somatoformo por somatización. *Rev Colomb Psiquiat* 2007; 36(2): 349-358.

19.- Caballero M F. Recomendaciones prácticas para el médico de Familia. Salud mental 72. Síntomas Físicos Inespecíficos. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid 2005:p. 243-245

20.- Per Fink, et al. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner recognition. *Psychosomatic* 1999; 40: 330-338.

21.- Escobar I J, et al. Effectiveness of a Time-Limited Cognitive Behavior Therapy-Type Intervention among Primary Care Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Annals Family Med* 2007; 5 (4): 328-335.

22.- Barsky JA, et al.. Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Int Med* 2001; 16: 266-275.

23.- Fullerton UC, Florenzano UR, Acuña RJ. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chil* 2000; 28.128 (7):729-34.

24.-López S P, Belloch F A, Madrigal G M. Valoración del screening de Ohtmer y De Souza para el trastorno de somatización en salud mental. *Medic Psicosc Psiaquiater enlace*. 2005/2006; 76/77: 73-80.

25.- Interian A. et al . Somatic complaints in primary care: Fusrther Examining the Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatic* 2006; 47(5):.392-98.

26.- Kroenke K, et al. The PHQ 15: Validaty of a new measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Med* 2002; 64: 258-266.

27. - Zaballa P, Crega Y, Grandes G, Peralta C. The Othmer and De Souza test for screening of somatisation disorder: is it useful in general practice? *J Gen Pract* 2001; 51:182-186.

28. - Bellón SJ, Delgado SA, Luna CJ J, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Angar –Familiar. *Atención Primaria* 1996: 18(6): 289-296

- 29.-Alegre PY, Suárez BM, Instrumentos de Atención a la familia: El Familiograma y el Apgar Familiar. RAMPA; 2006 1(1): 48-57.
- 30.-Arias LC, Herrera AJ. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25: 26-28.
31. – Wen KL, et al Family support and diet Barriers among Older Hispanic Adults with Type 2 diabetes. Fam Med. 2004; 36 (6): 423-430.
- 32.- Cortes FF, Abián L, Cortes FH. Adaptación Psicosocial del paciente Oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Psicooncología 2002; 10 (1):83-92
- 33.- García-Campayo J. y Cool. Trastorno por somatización en atención Primaria: aspectos clínicos diferenciales. Med Clin. (Barc). 1995; 105: 728-733.
- 34.- Florenzano R. Fullertón C. Goldberg D. Rezaki M. Mavreas V. Maier W. La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la organización Mundial de la Salud.

- 29.-Alegre PY, Suárez BM, Instrumentos de Atención a la familia: El Familiograma y el Apgar Familiar. RAMPA; 2006 1(1): 48-57.
- 30.-Arias LC, Herrera AJ. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25: 26-28.
31. – Wen KL, et al Family support and diet Barriers among Older Hispanic Adults with Type 2 diabetes. Fam Med. 2004; 36 (6): 423-430.
- 32.- Cortes FF, Abián L, Cortes FH. Adaptación Psicosocial del paciente Oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Psicooncologia 2002; 10 (1):83-92
- 33.- García-Campayo J. y Cool. Trastorno por somatización en atención Primaria: aspectos clínicos diferenciales. Med Clin. (Barc). 1995; 105: 728-733.
- 34.- Florenzano R. Fullertón C. Goldberg D. Rezaki M. Mavreas V. Maier W. La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la organización Mundial de la Salud.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Prevalencia De Somatización Y Factores Asociados. En El Primer Nivel De Atención.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC

El objetivo del estudio es

Determinar la prevalencia de somatización y factores relacionados en el I primer nivel de atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Previo consentimiento se me ha informado que se me aplicaran 3 cuestionarios uno que mide variables sociodemográficas. EL cuestionario de

Souza, y de PHQ 15 para valorar Somatización, el Apgar Familiar que mide la autopercepción del funcionamiento familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de Mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Sin riesgo para mi persona

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Además, se me ha informado que la realización de este estudio ayudará para establecer que tanto hay de estas enfermedades, tratarlas oportunamente siempre en beneficio del paciente.

Nombre y firma del paciente

Dr. a .Gabriela Morales Varela
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.
Mat.: 11910828

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:
271 71 6 08 20

Testigos

Screening Othmer Y De Souza (A Partir De García Campayo Et Al, 1993)

SÍ NO

1. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo En la garganta?
2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos Sexuales o el recto?
3. ¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?
5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?
6. ¿Ha sufrido de forma repentina dismenorreas?
7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de Las manos o de los pies?

	SÍ	NO
1. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo En la garganta?		
2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos Sexuales o el recto?		
3. ¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)		
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?		
5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?		
6. ¿Ha sufrido de forma repentina dismenorreas?		
7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de Las manos o de los pies?		

El trabajo de Othmer y De Souza (1985) presenta 2 estudios con muestras diferentes.

Escala de la gravedad de los síntomas: PHQ 15 (Cuestionario sobre la salud del paciente) Detección de trastornos de somatización.

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto ha sido molestado por alguno de los siguientes problemas?

	No en lo absoluto	Molesta un poco	Molesta mucho
1.-Dolor de estómago			
2.- El dolor de espalda			
3.- El dolor en los brazos, las piernas, o de las articulaciones (rodillas, caderas, etc.)			
4.-En la mujer: ha presentado dismenorrea, o metrorragias.			
5.- Cefaleas .			
6.- Dolor en el pecho			
7.- Mareo			
8.- Desmayos.			
9.- Sensación de que su corazón le palpita.			
10.- Falta de aliento			
11.- Dolor o problemas durante la relación sexual			
12.- Estreñimiento, o diarrea			
13.- Náuseas, gases, o indigestión			
14.- Sensación de cansancio o baja autoestima .			
15.-Problemas para dormir.			

Apgar Familiar.

	Siempre. (4)	Casi siempre (1)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna Situación crítica?					
Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa Con Usted, en la resolución de ellos?					
Crecimiento: ¿ Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades O hacer cambios en su estilo de vida?					
Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus Sentimientos, Ya sean de bienestar o malestar?					
Resolución : ¿ Le satisface la cantidad de tiempo que Usted Y su familia pasan juntos?					