

138
11224



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA**



**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA
DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS**

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

**P R E S E N T A :
DR. RAQUEL (ROJAS AVALOS**



ISSSTE

PUEBLA, PUE.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.



I.S.S.S.T.E.

SECRETARÍA DE
ENSEÑANZA

UNIDAD 21-02-11-01-90

PUEBLA

[Handwritten signature]

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA**

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS**

Rojas Avalos
450 copias

Trabajo que para obtener el diplomado de especialista en medicina Familiar.

Presenta :

DRA. RAQUEL ROJAS AVALOS

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE
ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS**
Trabajo que para obtener el diplomado de especialista en medicina familiar

**PRESENTA
DRA. RAQUEL ROJAS AVALOS**

AUTORIZACIONES



**DRA. ANAVELLE HERNANDEZ SOSA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
PARA MÉDICOS GENERALES EN
PUEBLA**

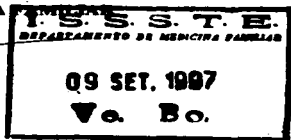
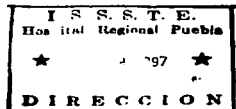


**DR. HECTOR PEREZ LUCAS
PSIQUIATRA PSICOANALISTA
JEFE ESTATAL DE MEDICINA PREVENTIVA
ASESOR DE TESIS
I.S.S.T.E.**



**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.T.E.**



**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE
ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS**

Trabajo que para obtener el diplomado de especialista en medicina familiar

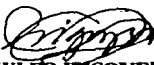
Presenta:

DRA. RAQUEL ROJAS AVALOS


AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIONO	18
OBJETIVOS	19
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	44

MARCO TERICO

ANTECEDENTES:

Conn: La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar la completa satisfacción de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y el adecuado crecimiento y desarrollo como ser humano eminentemente social. Todo ello ratifica la importancia de considerar a la familia como eje y base de la cultura social.(1)

Irigoyen: La familia se define como el grupo formado por marido, mujer e hijos y es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, con la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo físico y emocional, por lo tanto miembros que integran al grupo social de la familia, es decir padres e hijos.(2)

El estudio de la historia de la familia comienza en 1861 con Bachofen quien en su obra titulada "El derecho materno"; formula las siguientes proposiciones.

1.- Primitivamente los seres humanos vivieron en promiscuidad sexual a lo que se le dio el nombre de "heratismo".

2.- Tales relaciones excluyen toda responsabilidad de establecer con certeza la paternidad, por lo que la filiación sólo podía encontrarse por línea femenina según el derecho materno; esto se dio en todos los pueblos antiguos.

3.- A consecuencia de este hecho, las mujeres como únicos progenitores conocidos de la nueva generación, gozaba de gran aprecio y respeto llegando hasta el dominio femenino absoluto lo que se denominó ginecocracia.

4.- El paso a la monogamia, en que la mujer pertenece a un solo hombre, encerraba la transgresión de una antiquísima ley religiosa.

5.- Bachofen halló las pruebas de estas tesis en numerosas citas de literatura clásica antigua, donde se afirma que el paso de heratismo a la monogamia y del derecho materno al paterno se produce a consecuencia del desarrollo de las concepciones religiosas que representan ideas nuevas en el grupo de los dioses tradicionales griegos, lo cual determinó los cambios históricos en la situación social recíproca del hombre y la mujer.(3)

L.H. Morgan fue el primero que con conocimiento de causa trató de introducir un orden preciso de la historia de la humanidad habiendo pasado la mayor parte de su vida entre los Iroqueses y siendo adoptado por una de sus tribus, la de los Sonkas, cuenta con el

el mérito de haber descubierto y establecido los rasgos generales prehistóricos de nuestra historia. Según Morgan, el desarrollo de la familia en la prehistoria se divide en tres épocas principales que fueron:

1.- Salvajismo; para su estudio lo dividió en tres estadios:

a) Estado inferior en este periodo, según el hombre vivía encima de los árboles, se alimentaba de los productos recolectándolos como frutos, raíces, etc. Destaca en este periodo la elaboración de un lenguaje articulado.

b) Estadio medio se establece cuando el hombre puede obtener alimentos por medio de la pesca así como el uso del fuego, con esta nueva alimentación los hombres se hicieron independientes del clima y de los lugares dispersándose por la mayor parte de la tierra, se inicia la fabricación de instrumentos de piedra.

c) Estadio superior se inicia con la invención del arco y la flecha, gracias a los cuales llega la caza, en este periodo no se conoce la alfarería, pero ya se encuentran algunos comienzos de residencia fija en aldeas.

2.- Barbarie: dividido también en tres estadios:

a) Estadio inferior, se inicia con la introducción de la alfarería al momento característico de este periodo es la domesticación, cría y el cultivo de los cereales.

b) Estadio medio comienza con la cría de los animales domésticos el cultivo de las hortalizas por medio del riego y el empleo de adobe y la piedra para la construcción de edificios.

c) Estadio superior se inicia con la fundación del mineral de hierro a este estadio pertenecen los riegos de la época heroica, las tribus itálicas poco antes de la fundación de Roma.

3.- Civilización, se inicia con el invento de la escritura alfabética y su empleo para la notación literaria. En este periodo el hombre aprende a elaborar productos artificiales.

En la historia de la familia existió un estado primitivo en el cual imperaba dentro de la tribu el comercio sexual promiscuo de modo que cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y cada hombre a todas las mujeres. Así surgen cuatro formas de familia que son; la familia consanguínea, punalúa, sindiásmica y monogámica.

FAMILIA CONSANGUÍNEA.- Esta forma de familia se caracteriza por el ejercicio del ejercicio carnal recíproco, hermanos y hermanas, primos y primas, en primero, en segundo y en más grados son todos ellos entre sí hermanos y hermanas, excluyendo el derecho de matrimonio a los ascendientes y descendientes.

Este tipo de familia ha desaparecido. Ni aún en los pueblos más salvajes de que habla la historia se presenta algún ejemplo de ella.

FAMILIA PUNALUA.- El primer progreso de esta familia consiste en excluir a los padres y a los hijos del comercio sexual recíproco, el segundo fue la exclusión de los humanos, esto se realizó paulatinamente comenzando por la exclusión de los hermanos uterinos y acabando con la prohibición del matrimonio de los hermanos colaterales. Esta forma de familia fue llamada así porque "punalúa" significa compañero íntimo y según la costumbre, cierto número de hermanas carnales o más lejanas eran mujeres comunes de sus maridos comunes, de los cuales quedaban excluidos sin embargo, sus propios hermanos, esos maridos por su parte no se llamaban hermanos entre sí sino punalúa, de igual modo una serie de hermanos uterinos o más lejanos tenían en matrimonio común cierto número de mujeres con exclusión de sus propias hermanas y esas mujeres se llamaban entre sí punalúas.

Este tipo clásico de formulación de la familia que sufrió más tarde una serie de variaciones y cuyo rasgo característico esencial era la comunidad recíproca de maridos y mujeres dentro de un determinado círculo familiar. En ésta forma de familia se indican con exactitud los grados de parentesco, naciendo aquí por primera vez la clase de los sobrinos y sobrinas, de los primos y primas.

En ninguna forma de familia por grupos puede saberse con certeza quien es el padre de la criatura, pero sí se sabe quien es la madre, aún cuando ésta llama a hijos suyos a todos los de la familia común y tiene deberes maternos para con ellos, no por eso deja de distinguir a sus propios hijos de los demás, así pues en todas donde existe el matrimonio por grupos la decencia sólo puede establecerse por línea materna y por consiguiente sólo se reconoce a la línea femenina como progenitora.

FAMILIA SINDIASMICA.- En el régimen de matrimonio por grupos, formábanse ya parejas conyugales para un tiempo más o menos largo el hombre tenía una mujer principal entre sus numerosas esposas, ellas tenían esposo principal entre todos los demás .

Así pues, paulatinamente se instaló una creciente complicación de las prohibiciones del matrimonio, se hicieron cada vez más imposibles las uniones entre grupos que tuvieran algún parentesco. En forma de familia un hombre vive con una mujer, pero la poligamia y la infidelidad ocasional siguen siendo un derecho para los hombres, al mismo tiempo se exigía la más estricta fidelidad a la mujer mientras durante la vida común viviese con un hombre y su adulterio se castiga

su adulterio se castiga cruelmente, sin embargo el vínculo conyugal se disuelve fácilmente por una y otra parte y después los hijos solamente pertenecen a la madre.

La familia sindiásmica aparece en el límite entre el salvajismo y la barbarie, para que este tipo de familia evolucionara a una monogamia estable fueron necesarios muchos cambios, quedando el grupo reducido a su última unidad; un hombre y una mujer. La selección natural realizó su obra reduciendo cada vez más la comunidad de los matrimonios.

FAMILIA MONOGAMICA. - Nace de la familia sindiásmica, se funda en el predominio del hombre, su fin expreso es la de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible, esta paternidad se exige porque los hijos en calidad de herederos directos han de entrar en un día en sindiásmico por una solidez mucho más grande de los lazos conyugales que ya no pueden ser disueltos por el deseo de cualquiera de las partes, de ahora en adelante sólo el hombre puede romper este vínculo o repudiar a su mujer. Esta monogamia es válida sólo para la mujer y no para el hombre ya que, la existencia de la esclavitud junto a la monogamia; la presencia de jóvenes bellas pertenecían en cuerpo y alma al hombre, siendo esto lo que imprimía un carácter específico a la monogamia. Por lo tanto este tipo de matrimonio no aparece de ninguna manera en la historia, como un acuerdo entre el hombre y la mujer y menos aún como la forma más elevada de matrimonio, por el contrario entra en escena la primera división de trabajo de acuerdo a los sexos y la primera opresión de clases.

La monogamia fue un gran progreso histórico, pero al mismo tiempo inicia un conjunto con la esclavitud y con la riqueza privada. Este tipo de familia es la forma celular que la prostitución vanal fue el principio de un acto religioso ya que se practicaba en el templo de la diosa del amor.

Durante la monogamia, a consecuencia del hetarismo sexual por parte del hombre, surge el adulterio por parte de la mujer que fue castigado rigurosamente, entre los romanos ya que el hombre tenía garantizada la fidelidad de su mujer por el derecho de vida y muerte que sobre ella tenía.(4)

Lo que se supone es que la familia monogámica desde el comienzo de la civilización hasta nuestros días se seguirá perfeccionando, a pesar de sus contradicciones, hasta llegar a la igualdad de ambos sexos.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Los diversos problemas y responsabilidades que afectan a la familia durante las variadas etapas de desarrollo; variando la función de acuerdo a los diferentes ciclos, existiendo cinco fases en el ciclo vital de la familia que son:

- a) Fase de matrimonio
- b) Fase de expansión
- c) Fase de dispersión
- d) Fase de independencia
- e) Fase de retiro y muerte

FASE DE MATRIMONIO

Cuando las dos personas quedan unidas por un lazo, sus preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida, cambiando recursos, adoptando nuevas funciones, siendo uno de sus principales cambios el de aprender a vivir juntos, satisfaciendo uno a otro las necesidades básicas de su personalidad.

De gran importancia es distinguir entre las fases del ciclo vital de la familia y el proceso existencial de esta , ya que esta última contempla la etapa prenupcial. Esta fase comienza con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar, siendo en esta etapa la mayor preocupación, la adaptación sexual, control de la natalidad e interacción de la personalidad, la falta de información trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, sentimiento de culpa, miedo, embarazos no planeados ya sea antes o después del matrimonio lo que impide planear sus vidas.

FASE DE EXPANSION

El suceso más importante en esta fase es el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro, la llegada de un hijo a la familia produce tensiones, porque se cambia toda la estructura de las relaciones para dar ingreso al nuevo miembro.

El impacto que causa el hijo sobre el matrimonio es importante y en los niños no deseados o inoperados el problema es mayor, las patologías emocionales y psicosomáticas así como las alteraciones del lenguaje son más frecuentes en este tipo de niños que por una u otra causa no reciben el cariño adecuado.

FASE DE DISPERSION

Una vez alcanzado el ajuste familiar por la llegada del nuevo miembro, éste fraguará en forma lenta y paulatina su independencia, fenómeno que se da si la pareja ha logrado una adecuada socialización, del mismo modo la familia debe adaptarse a los nuevos miembros conservando cada quien su individualidad.

Los padres de familia tienen la responsabilidad de transmitir las tradiciones y valores sociales, esperando que los jóvenes las conserven o bien las desafíen. Ocurren cambios sociales como resultado de las demandas de las generaciones de jóvenes que pueden hacer que los valores, actitudes, creencias y tradiciones sean obsoletas. Esta fase es muy importante ya que una juventud responsable se engendra de una niñez grata, llena de cariño y cuidados.

FASE DE INDEPENDENCIA

Esta fase ocurre generalmente en entre los 20 y 30 años de matrimonio en que los hijos forman al casarse nuevas familias, conforme se alejan los hijos los padres nuevamente llegan a vivir solos y por lo tanto independiente. En el reajuste el matrimonio visible si se requiere que sigan satisfaciendo sus necesidades como adaptación social, afectiva y económica.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

El entusiasmo que caracteriza el inicio vital familiar contrasta con la incertidumbre que advierte esta fase, los elementos que agravan la estabilidad familiar son; la incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos y físicos; además la nueva familia de los hijos casados y en fase de expansión que no cuenta con posibilidades de recursos para sus padres por tratar de satisfacer sus propias necesidades.(2,4)

Meissner ha señalado que la enfermedad en el ser humano además de tener una patología consta de una ecología, para conocer mejor su enfermedad es indispensable conocer sus aspectos psicológicos, familiares y sociales.

Al involucrarse emocionalmente el paciente con su sistema familiar se da un aspecto fundamental de la ecología que no se puede ignorar ya que la familia constituye el contexto social más significativo .

La interacción familiar es potencialmente importante en todas las patologías. Es un hecho de observación común el que todos los problemas físicos y sociales tienen un impacto psicológico en cada uno de los miembros de la familia y no se puede negar que en muchos padecimientos psicósomáticos hay factores emocionales ligados a la interacción familiar, ya que ellos frecuentemente precipitan el síntoma o los síntomas.(5)

La familia es una unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan entre sus miembros funciones de comunicación división de roles y transacciones múltiples.

La dinámica de la familia, según Jackson, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro haciendo que esto funcione bien o mal. La familia es más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en cambio y crecimiento constante; constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas abierto de los esposos como matrimonio (conyugal); el de los esposos como padres, el binomio madre-hijo, etc. además los subsistemas que incluyen a los abuelos, otros parientes y personas significativas (familia extensa).(5)

Hofling, agrega que, además de la distribución del poder hay otros atributos especialmente importantes en la estructura familiar, la naturaleza de los límites que definen a sus subsistemas; las alianzas establecidas entre algunos de sus miembros y la capacidad del sistema para cambiar como una respuesta a las modificaciones ambientales. Los límites de un subsistema son las reglas que definen quienes son miembros y como participan en las transacciones personales. Los límites integracionales que son fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares entre padres e hijos, son las siglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos. Hay límites generacionales positivos cuando los padres se comportan como tales, algunas veces los hijos tienen más autoridad que sus padres, entonces, se dice que los límites se han violado.(6)

La función de los límites es marcar una diferencia necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad fundamental para el buen funcionamiento de la familia, los límites pueden

variar desde el amalgamiento hasta la desvinculación. Cuando existe amalgamiento el individuo tiene un sensación exagerada de pertenencia a la familia, lo cual implica cesación de la autonomía personal. Tal tipo de relación interpersonal es frecuentemente observada en la familia en donde existen trastornos psicósomáticos de gran severidad resistentes a tratamiento médico. En cambio las familias desvinculadas permiten un amplio margen de variación entre sus miembros; la autonomía individual es muy respetada pero se pierde el sentido de pertenencia.(6)

Derbez M: Coincide con Hofling en que las familias funcionales han encontrado un justo medio entre el extremo amalgamiento y el extremo desvinculado, tienen la lealtad y estabilidad que les permite mantenerse unidos y son lo suficientemente flexibles para estimular el crecimiento individual. El amalgamiento y la desvinculación producen disfunción familiar.(7)

FAMILIA EN CRISIS

Robert A. Rubin H.L.: Afirman que la crisis familiar puede darse por factores exógenos o endógenos que alteran la homeostasis familiar.

Como causas exógenas tenemos causas de crisis familiar que pueden ser de dos tipos físicas y sociales, entre las físicas están las crisis de la vida civil como epidemias, inundaciones, terremotos, entre las sociales se encuentran la confrontación con las autoridades, conflictos, civiles o laborales. (8,9)

Entre las causas endógenas es importante descubrir las características económicas de la familia ya que ante un peligro exterior la familia cae en ostracismo; o sea que los lazos se estrechan y pueden llegar a un estado de implosión, en el que la familia se cierra y sus límites se vuelven más rígidos la reacción de ostracismo lleva a los miembros de la familia al fenómeno de reflexión y deflexión; esto significa que la conducta que debía ocurrir fuera de la familia va a ocurrir dentro de la misma, y en éstas condiciones es difícil la entrada del terapeuta, además de que en éstos momentos los integrantes de la familia no pedirán ayuda de este. Es necesario una técnica específica para entrar en una familias en ostracismos y consiste en detectar y aliarse a un miembro de la familia que sea el más accesible y status en la familia para la entrada del terapeuta. (8,9).

La causas endógenas de crisis familiar son las que motivan a la familia a buscar ayuda profesional. Estas causas propician una grave fisiopatología familiar de larga evolución; entre causas tenemos la muerte del padre , madre o algún miembro familiar, así como divorcio, incesto, etc. En esta crisis endógeno la familia explota en forma patológica y puede resumirse en un “yo me voy y quedese el que quiera”, así las relaciones son disruptivas y la familia se dispersa, es aquí cuando una persona con autoridad y capacidad para ayudar a esa familia debe entrar.(9)

Snielkstein G.: Dice que los más frecuente es la muerte de un progenitor y la separación o divorcio, en estos casos si familia hace crisis sus miembros se dispersan, es en este momento cuando el terapéutica indicará su actuación con las sesiones de terapia familiar.(10)

Hannen B.K. y Havens L. Refieren que, el duelo familiar es una causa importante de la disfunción familiar y puede consistir en la muerte o desaparición de algunos de los miembros de la familia. El terapeuta familiar diferencia tres tipos de duelos que son:

- a) Génesis del dolor psíquico.
- b) Duelo en la infancia.
- c) Duelo en el adulto.

a) Génesis del dolor psíquico.- El vínculo o interacción entre dos personas puede ser amoroso o de signos positivos pero también puede ser de rechazo, cuando este vínculo es excesivamente acentuado cae la relación en una frustración detrás de la cual hay agresión, o sea hay ambivalencia. En cualquierá de estas circunstancias por pérdida o separación del objeto amado ocurre que las cargas positivas y negativas queden libres y se vuelven hacia el sujeto mismo provocando confusión mental y sentimiento de culpa.

b) Duelo en la infancia.- En el niño la reacción del duelo de la edad y del vínculo establecido con los padres, así tenemos que los contactos con la madre existen ya de diversas formas, de manera que la aceptación o el rechazo consciente o inconsciente hacia el niño en formación adquiere un valor nada despreciable, en los niños de seis meses ya puede aparecer la depresión llamada anaclítica por Spitz, se ha visto que antes de los dos años de edad la pérdida de un progenitor no es grave si se substituye rápidamente, entre los dos y tres años de edad se establece una relación con el progenitor, vínculo que ya tiene gran importancia cognocitiva y sobre todo afectiva, cuando se pierde a la madre a esta edad ocurre que el niño va a asociar la muerte con sinónimo de vínculo y tendrá posteriormente dificultades para establecer buenas relaciones interpersonales. Cuando entre los tres y cinco años de edad se pierde un progenitor ya sea ha establecido un vínculo, por ejemplo: con el padre donde las cargas son menores y pueden ser negativas, al morir el padre aparece una situación de rechazo muerte-culpa o bien rechazo-muerte-agresión-culpable.

c) Duelo en el adulto.- En el adulto siempre habrá una reacción de duelo que se acompaña de agresión, en esto influye el modo de pérdida del progenitor, ya que si es en forma violenta la agresión será mayor. Al morir un progenitor queda la situación vincular del otro progenitor.(11,12)

Para analizar la disfunción familiar presentaremos la clasificación triaxial de la familia, llamada así por que consta de tres ejes que son:

- I.- Aspectos del desarrollo de la familia.
- II.- Disfunciones en subsistemas familiares.
- III.- Disfunciones de la familia como sistema.

EJE I. ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA

- I. Disfunciones del desarrollo.
 - a) Disfunción familiar prima.
 - b) Disfunción relacionada con la crianza de infantes.
 - c) Disfunción relacionada con la disfunción de los hijos.
 - d) Disfunción de la familia madura.

2.- Complicaciones y variaciones del desarrollo:

- a) Familia interrumpida
- b) Familia de un solo progenitor
- c) Familia crónicamente inestable

EJE II. DISFUNCIONES EN SUBSISTEMAS FAMILIARES

1.- Disfunciones en el subsistema conyugal:

- a) Disfunción marital complementaria
- b) Disfunción marital conflictiva
- c) Disfunción marital dependiente
- d) Disfunción por falta de vinculación
- e) Disfunción por falta de compatibilidad

2.- Disfunción en el subsistema padre-hijo

- a) Reacción ante uno de los padres
- b) Reacción ante uno de los hijos
- c) Disfunción de la relación padre-hijo

3.- Disfunción en el subsistema de los hermanos

- a) Rivalidad destructiva
- b) Sobreidentificación o falta de diferenciación
- c) Coalición contra los padres

EJE III. DIFUNCION DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

1.- Disfunciones estructurales y funcionales:

- a) Familia de bajo rendimiento
- b) Familia excesivamente estructurada
- c) Familia psicopatológicamente integrada
- d) Familia desvinculada
- e) Familia desorganizada

2.- Disfunciones sociales:

- a) Familia socialmente aislada
- b) Familia socialmente desviada
- c) Familia con tema especial (mito, secreto, creencia, etc.).(13)

Seely C. Afirma que la disfunción familiar suele manifestarse porque algunos de sus miembros, se hacen sintomáticos son las "familias propensas a enfermar", gran número de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar, y muchas hiperutilizadores de servicios sanitarios los son porque viven en familias es desequilibrio, patológicos. Los miembros de familias disfuncionales suelen consultar por molestias poco definidas, manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos o ansiedad.(4)

Minuchin S. En 1990 refiere que en los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares, el sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica. Cuando la familia deja de ocuparse de sus hijos, no es sorprendente que en la adolescencia presente crisis de identidad.(15)

Minuchin S. 1991. Afirma la necesidad de comprender la desorganización familiar y considerar la conducta del individuo dentro de la estructura que casi siempre cursa con alternación en la dinámica familiar.(16)

Minuchin S. 1993 Refiere, la familia, fuente de nuestras mayores esperanzas de felicidad, resulta ser también la fuente de nuestras mayores decepciones. La supervivencia de la especie, así como la de la familia, depende de la acomodación y la cooperación. Una sociedad que no valora suficientemente esas capacidades es una sociedad en peligro..., y bien puede ser una sociedad peligrosa.(17)

Smikstein G. Refiere que en las génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas, una negativa, que desajusta la función familiar, la incapacita para realizar sus tareas y modifica los roles de los miembros y que los miembros y que está en relación con el ciclo vital y los acontecimientos estresantes, otra positiva, constituida, por los recursos vienen activos que cada grupo posee, del desequilibrio de estas fuerzas patente la disfunción familiar afectando a uno ó unos de sus miembros.(18)

Saultz J. W. Afirma que la disfunción familiar, condiciona alteraciones en la salud mental que puede consistir desde leves trastornos en la conducta, neurosis y aún psicosis en algunos miembros de la familia, hecho que puede llevar a la desintegración familiar.(19)

Saultz J. W., Lasser L.J. Stewar I.L. Coinciden que las enfermedades psiquiátricas, en un alto porcentaje se fundamentan en alteraciones de la homeostasis familiar, provocadas por circunstancias tales como, enfermedades, muerte de un miembro de la familia, pobreza, esquemas neuróticos de comunicación intrafamiliar etc. dando paso a la enfermedad psiquiátrica en personas susceptibles, casi siempre con rasgos constitucionales como personalidad inmadura, la cual hace considerar que toda patología psiquiátrica se gesta dentro del núcleo familiar en ocasiones permaneciendo en estado latente y hacer crisis en algunas de las etapas del desarrollo del individuo.(19,20).

Lewis, dice que el subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos, constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales.

Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior, si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia.(21)

Lopowski define los objetivos de la medicina psicosomática como observar, describir y formular hipótesis que expliquen las relaciones entre los estados, procesos y eventos psicológicos y los eventos biológicos que ocurren en una persona, y agregar que la influencia perturbadora de emociones adversas pueden influir sobre la salud del individuo.(22)

Freud dedujo que ciertas enfermedades están íntimamente ligadas con la historia personal quienes la sufren y postuló que experiencias infantiles emocionales cargadas, influyen decisivamente en las funciones corporales.(23)

Wolff, en la Universidad de Cornell, llevó a cabo una investigación por más de 30 años, aplicando la teoría de stress psicológico a las causas de enfermedades somáticas, sus observaciones acerca de cambios viscerales suscitados por estados de perturbación emocional, estos estudios conservan valor y han influido en las investigaciones subsiguientes.(24)

Alexander F. Sostuvo el punto de vista de que para sufrir ciertas enfermedades, es necesaria la presencia de un conflicto psicológico específico, es decir una persona es vulnerable a una clase de padecimientos porque sufre un conflicto que es inconsistente, cuya activación por circunstancias externas, genera cargas emocionales específicas con sus concomitantes fisiológicos, y agrega, para comprender el origen de los síntomas, es necesario conocer ese conflicto psicológico y la configuración dinámica que lo activa.(25)

Selye demostró experimentalmente que ante una variedad de factores que causan stress factores traumáticos, tóxicos, infecciosos ó emocionales, lo organismos reaccionan de una manera general e inespecifica(26).

Solomon P. Refiere que un trastorno funcional es aquel en el cual no hay cambios morfológicos y para el cual no existe causa orgánica alguna y agrega que en el ejercicio general de la medicina de un 60 a 75% de las quejas físicas son funcionales en su origen.(27)

Solomon P. Hace mención de los trastornos psicológicos más importantes, como la úlcera péptica que ha sido descrita como una enfermedad en la cual estómago hambriento se come a sí mismo que se manifiesta en los pacientes que no reconoce sus anhelos pasivo-dependientes. La colitis mucosa en la cual consideran algunos investigadores que colon imperativo puede ser el medio para expresar la hostilidad dehonrosa inconsciente y que pueden incluir una culpa enorme y dependencia infantil intensa. El ama bronquial, la hipertensión arterial, la artritis, el síndrome de espalda baja, síndrome de hiperventilación, la aerofagia, el cardioespamo, el vómito psicógeno, las neurodermis entre otros son de las enfermedades psicósomáticas más frecuentes.(27)

Pichot P. nos hace mención de los criterios para el diagnóstico de los trastornos somatoformes:

A.- Historia de síntomas físicos de varios años de duración, que inicia antes de los 30 años.

B.- Quejas de al menos 14 síntomas en las mujeres y 12 en los hombres de los síntomas que posteriormente se anuncian.

Para poder considerar un síntoma como presente, el individuo debe manifestar que este síntoma le ha cortado la necesidad de tomar alguna medicina (diferente a la aspirina), que ha alterado su forma de vida o que le ha obligado a buscar ayuda médica. Desde el punto de vista clínico los síntomas no se explican adecuadamente a través de un trastorno o lesión física y no son afectados secundarios de medicaciones de drogas o de alcohol.

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos, dificultad para tragar, pérdida de la voz, sordera, visión borrosa, debilidad muscular, dificultad de micción, etc.

Síntomas gastrointestinales.- Dolor abdominal, náuseas, crisis de vómito, (distintos del embarazo) distensión(gases), intolerancia(sentar mal la comida), diarrea.

Síntomas relativos al sistema reproductor femenino, menstruación dolorosa (exagerada) irregularidades menstruales, abortos espontáneos.

Síntomas psicosexuales.- Durante la mayor parte de la vida del individuo, después de oportunidades de tener una actividad sexual aparece indiferencia sexual o dolor durante ella.

Dolor.- dolor de espalda, de articulaciones, del área genital, dolor durante la micción.

Síntomas cardiopulmonares.- Respiración superficial, palpitaciones, dolor precordial, mareos entre los más frecuentes.(28)

Evaluación de las funciones familiares.

El problema que ha tenido que enfrentar el médico familiar para obtener más información sobre la función familiar es la escasez de instrumento de evaluación pragmática. Muchos cuestionarios y procedimientos han sido inventados para establecer el estado de la integridad funcional familiar, sin embargo debido a la complejidad o enfoque limitado, hacen fallar las necesidades del médico, un gran número de cuestionarios se centran en la relación marital en general o en aspectos específicos de la relación esposo-esposa, otros se evalúan, la función familiar más ampliamente desde la perspectiva de los niños o de los adultos, muchos de estos instrumentos han sido usados en protocolos de investigación y son inapropiados para el uso de médico.

En 1973 Pless Satterwhite presentaron un índice de la función familiar ("FF") que fue desarrollado como un simple examen para reflejar las dinámicas de la interacción familiar. El ("FFI") consiste en 15 preguntas y requiere de 15 minutos aproximadamente para realizarse.

La veracidad del "FFI" fue establecida mediante la comparación de puntos índices con los ratings de las mismas familias de trabajadores experimentados. El "FFI" se ha usado para estudiar las familias nucleares de niños con desórdenes físicos crónicos.

Otro estudio es el **APGAR FAMILIAR**. Es un cuestionario que presenta 5 preguntas concretas y que se desarrolló como medida multidimensional de la función familiar global, y que fue diseñado para ser corto fácil de calificar y aplicable a diversas constelaciones familiares en adición a las familias nucleares tradicionales. Las preguntas en el apgar familiar están diseñadas para permitir medidas cualitativas de la satisfacción del miembro de una familia.

La información de la evaluación de la función familiar, no sólo proporcionan al médico la capacidad de arreglar los asuntos familiares sino que servirán de guía para continuar la comunicación. El apgar familiar fue publicado por Smilkstein G. en 1978.(29)

Existen otros cuestionarios para valorar la función familiar como el faces III diseñado con 20 preguntas y cuyas siglas significan escalas para la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar.(2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la consulta diaria de la unidad de medicina familiar ISSTE Puebla, al revisar las hojas de productividad informe diario del médico (SM-10-1), se ha observado aumento hasta del 50% en la consulta de pacientes subsecuentes del servicio, se piensa que probablemente son pacientes que cursan con enfermedad somática, a los que no se les ha establecido un diagnóstico preciso, tal vez por no realizarles un buen diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y enfermedad psicósomática. Generalmente se reconoce que la subestimación de los aspectos psicológicos tienen consecuencias negativas en la práctica de la medicina. Una de esas consecuencias, es que no identifican trastornos psicológicos, que son sumamente frecuentes y causa de grandes sufrimientos. Otra es el abuso de exámenes de laboratorio y el exceso de consulta con otros médicos de una forma "sui-géneris" de "patología orgánica" que es inexistente, o el énfasis exagerado de cambios orgánicos triviales o concomitantes, a los que se les atribuye un papel causal que no les corresponde.

Es claro que a estos errores se siguen otros en el manejo de la relación con los enfermos.

En los archivos de la Unidad de medicina familiar no existe estudio alguno de la incidencia de enfermedad psicósomática.

Razón por la cual se considera necesario determinar el porcentaje con este tipo de pdecimientos en la zona I de la unidad de medicina familiar, ya que estas alteraciones ocasionan que el paciente continúe con desequilibrio en la salud mental, lo cual repercute con una asistencia subsecuente a la consulta de medicina familiar, lo que trae consigo un alto costo para la institución y el País.

Se cree que un 75% de la consulta de medicina familiar corresponde a enfermedades psiosomáticas y que en la mayoría de los casos van vinculados a disfunción familiar, por lo que:

¿Cómo determinar la frecuencia de enfermedades psicósomáticas secundarias a disfunción familiar en la zona I de la unidad de medicina familiar ISSSTE Puebla?

JUSTIFICACION

La homeostasis de la familia, implica la constancia relativa al medio interno y que es mantenida por un continuo juego reciproco de fuerzas dinámicas que cuando son alteradas se rompe la armonía familiar dando apertura a la patología psiquiátrica.

Que el médico familiar sepa identificar y manejar problemas psicológicos tienen muchas ventajas una de ellas es que puede apreciar y tomar realmente en cuenta el papel de los eventos de la vida y su significado personal y juegan en la iniciación, el curso y el desenlace de muchos trastornos, y otra es que se asegure la participación activa de los enfermos en su curación y ejercer una influencia psicoterapéutica efectiva. Ya que es probable que el enfermo que requiere ayuda psicológica y no la recibe del médico familiar no habrá ya de recibirla. Con este estudio si se logra detectar a los pacientes que cursan con enfermedades psicósomáticas secundarias a disfunción familiar se podrá otorgar beneficios al paciente, y a la Institución tales como:

Canalizar a segundo o tercer nivel de atención donde será manejado con un alto grado de certeza diagnóstica lo que trae consigo disminuir gastos en laboratorio y gabinete, optimizando recursos de una manera adecuada, beneficios que mejorará el servicio de la unidad de medicina familiar asimismo de la Institución y que puede trascender a todas las unidades de medicina familiar del sector salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de enfermedades psicosomáticas, secundaria a disfunción familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer la frecuencia: sexo, edad, ocupación, escolaridad, en que etapa del ciclo vital de la familia se encuentra.

METODOLOGIA

Tipo de estudio. Es una muestra observacional, transversal y descriptiva.

Población, lugar y tiempo: se realizó un estudio a 50 pacientes tomándose de una población de 500 derechohabientes de la zona I de la unidad de medicina familiar ISSSTE Puebla de Enero a Septiembre de 1995.

Pacientes que son hiperutilizadores del servicio de consulta externa, esto comprobado por la estadística que revela la hoja de informe diario del médico SM-10-1.

Tipo de muestra: aleatoria.

Tamaño dela muestra: 50 pacientes de la zona I de la unidad de medicina familiar ISSSTE Puebla.

CRITERIO DE INCLUSION

- Población usuaria asignada al servicio de medicina familiar zona I.
- Pacientes mayores de 12 años, sin importar sexo, escolaridad, nivel socioeconómico o ideología política o religiosa.
- Pacientes a los que se descartó patología orgánica demostrado por laboratorio y gabinete.
- Pacientes que pertenecian a familias nucleares exclusivamente.

CRITERIO DE EXCLUSION

- Pacientes que cambiaron de domicilio.
- Pacientes que no pertenecen a esta unidad de adscripción.
- Pacientes a los que se les demostró patología orgánica, problemas genéticos o parálisis cerebral.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con expedientes incompletos y encuesta incompleta.

Las variables se analizaron en forma cualitativa y su frecuencia por porcentajes

Número total de pacientes

Número total de sexo masculino

Número total de sexo femenino

Ocupación

Escolaridad

En que ciclo vital de la familia es más frecuente

Y en forma cuantitativa la valoración de APGAR familiar modificado

Capacitación de la información

Se realizó a los 50 pacientes de familias nucleares, historia clínica individual, diagnóstico de salud familiar (anexo 1), familograma, laboratorio y gabinete, (se les valoró por interrogatorio directo investigando específicamente para valorar el funcionamiento familiar lo siguiente: El grado de disfunción familiar se realizó de acuerdo a la valorización del APGAR (anexo2) el cual, valora en forma concreta por medio de 5 preguntas la función familiar.

- 1.- **ADAPTABILIDAD.** Valora mediante los recursos intra y extrafamiliares, la resolución de los problemas familiares o conyugales, cuando éstos son forzados o violados.
- 2.- **ASOCIACIONES.** Es la participación de la responsabilidad en trabajo y educación por parte de la relación marido mujer.
- 3.- **PROGRESION.** Que valora la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por el binomio esposa-esposa, a través del apoyo mutuo y conducta de los mismos.
- 4.- **AFFECTO.** En lo que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existe entre los esposos.
- 5.- **VALORIZACION DE ACUERDOS Y DECISIONES.-** Que es la tarea de dedicarse tiempo entre los cónyuges para la educación física y emocional que usualmente también involucra una decisión en la participación de la riqueza y el espacio.

Se investigaron cinco enunciados:

- 1.- **Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.**
- 2.- **Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en resolución de los problemas.**
- 3.- **Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.**
- 4.- **Estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo permanecemos juntos.**

Cada pregunta fue evaluada con un *n* siempre, casi siempre, algunas ocasiones, difícilmente y nunca, y calificados con 4,3,2,1,0 respectivamente. Al ser totalizados tales puntos se obtienen calificaciones de familia, mismos que son puntualizados en la forma siguiente; 16 a 20 puntos excelente funcionamiento, de 11 a 15 puntos buen funcionamiento, de 6 a 10 puntos disfunción moderada, y de 0 a 5 puntos de disfunción severa.(29)

Se optó por utilizar el *apgar familiar* por tratarse de una herramienta de rápido y fácil manejo que no supone un aumento de la carga de trabajo en la consulta.

No conviene olvidar que con el *apgar* no realizamos una medida objetiva de la función familiar, sino que sólo detectamos el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al comunicado por la Secretaría y Asistencia (SSA) en el diario oficial 2 de Enero de 1982 y las declaraciones de Helsinki en 1964, no violan los artículos y recomendaciones ahí expuestas ya que:

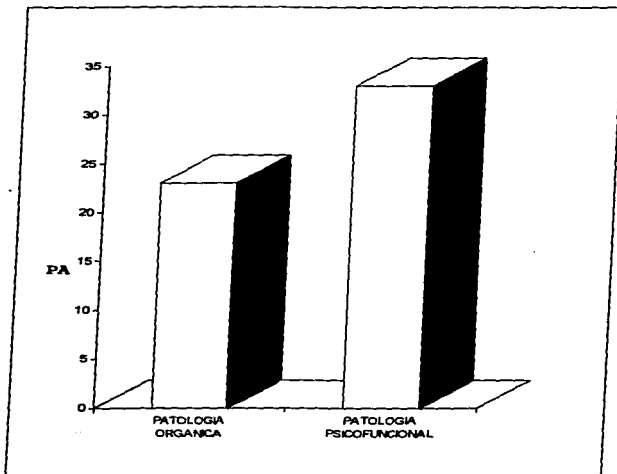
La información recaba es de 100% anónima y con previa autorización del paciente el cual es concientizado del tipo a realizar.

La investigación es considerada no perjudicial para la salud mental o física de los pacientes.

RESULTADOS

Del total de los 50 pacientes estudiados encontramos que 20 pacientes (40%) cursaban con patología orgánica y 30 pacientes (60%) con patología psicofuncional, esto demostrado por estudios de laboratorio y gabinete.

LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS GRAFICA N° 1.



Fuente: Encuesta

Del total de los 50 pacientes encontramos que 20 pacientes (40%) cursaban con patología orgánica, y 30 pacientes (60%) con patología psicofuncional, esto demostrado por estudios de laboratorio y gabinete.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS**

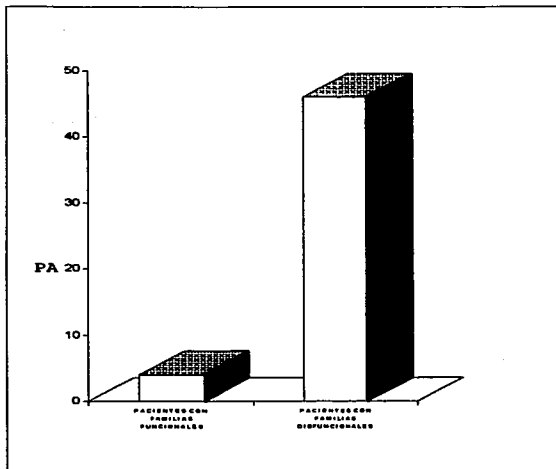
TABLA No. 1

PACIENTES	FRECUENCIA	%
Patología orgánica	20	40
Patología psicofuncional	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a funcionalidad familiar lo siguiente:
En cuanto a funcionalidad familiar encontramos lo siguiente:
De los 20 pacientes con patología orgánica 16 de ellos provenían de familias disfuncionales y 4 pacientes con buen funcionamiento familiar.
De los 30 pacientes con patología psicofuncional todos pertenecen a familias disfuncionales, resultados arrojados por apgar familiar.

GRAFICA N° 2.



Fuente: Encuesta

En cuanto a la funcionalidad familiar encontramos que:

De los 20 pacientes con patología orgánica 16 de ellos provenían de familias disfuncionales y 4 pacientes con buen funcionamiento familiar.

De los 30 pacientes con patología psicofuncional todos pertenecen a familias disfuncionales, resultados arrojados por APGAR familiar.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEADES PSICOSOMATICAS**

TABLA No. 2

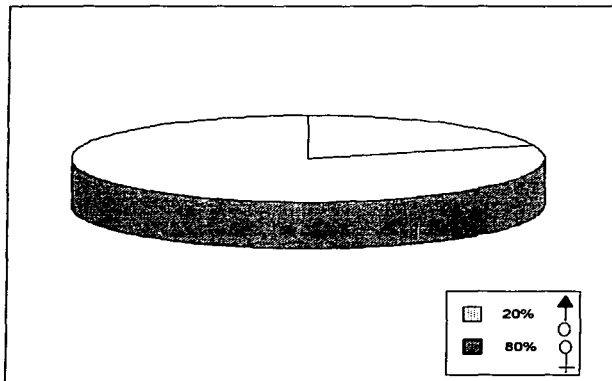
PACIENTES	FRECUENCIA	%
CON FAMILIAS FUNCIONALES	16	32
CON FAMILIAS DISFUNCIONALES	34	68
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta

Resultados.

De los pacientes que cursaron con patología psicósomática secundaria a disfunción familiar, encontramos que 6 de ellos que corresponden a un 20% de total de la población estudiada fueron del sexo masculino, y 24 o sea un 80% al sexo femenino. Lo que nos hace suponer que son quizá las mujeres quienes sean más susceptibles de sufrir alteraciones en su conducta por problemas de disfunción familiar.

LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEADES PSICOSOMATICAS GRAFICA No. 3



Fuente: Encuesta.

De los pacientes que cursaron con patología psicossomática secundaria a disfunción familiar, encontramos que corresponden a un 20% del total de la población fueron del sexo masculino, y 24 o sea un 80% al sexo femenino.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS**

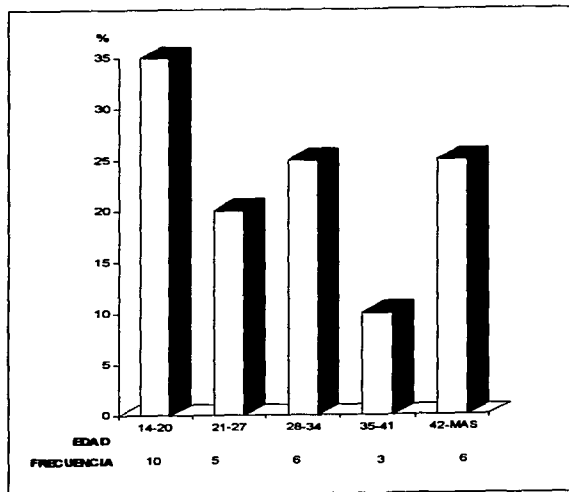
TABLA No. 3

PACIENTES	FRECUENCIA	%
FEMENINO	24	80
MASCULINO	6	20
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
DISTRIBUCIONES POR EDAD.**

GRAFICA No. 4



Fuente: Encuesta

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORAS DE ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS**

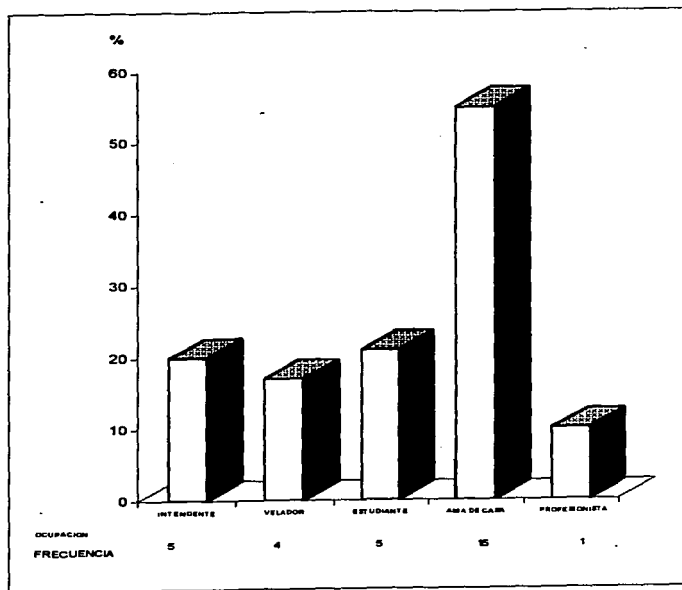
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

TABLA No. 4

EDADES	FRECUENCIA	%
14-20	10	33.4
21-27	5	16.6
28-34	6	20.0
35-41	3	10.0
42-MAS	6	20.0
TOTAL	30	100.0

Fuente: Encuesta.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
OCUPACION.
GRAFICA No. 5**



Fuente: Encuesta

La ocupación de la población estudiada muestra prevalencia de amas de casa por el predominio de mujeres, a continuación se muestra.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS**

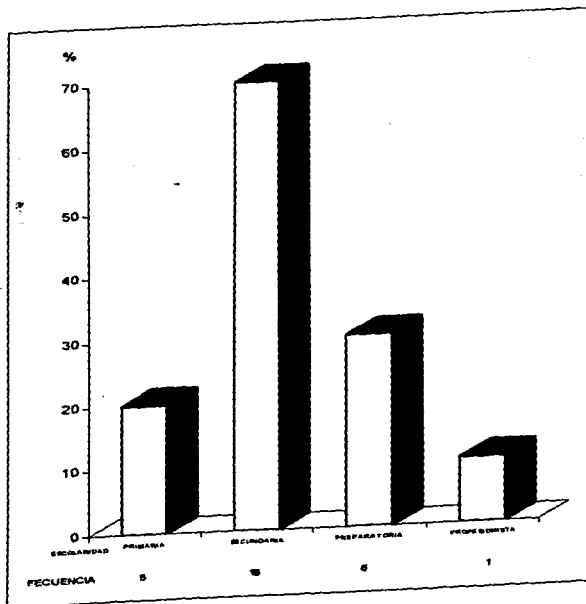
OCUPACION

TABLA No. 5

OCUPACION	FRECUENCIA	%
INTENDENTE	5	16.6
VELADOR	4	13.3
ESTUDIANTE	5	16.6
AMA DE CASA	15	50.0
PROFESIONISTA	1	3.5
TOTAL	30	100.0

Fuente: Encuesta.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
ESCOLARIDAD
GRAFICA No. 6**



Fuente: Encuesta

Con respecto a la escolaridad de los pacientes encontramos que no existen analfabetas. Los diferentes grados de escolaridad son las siguientes:

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS**

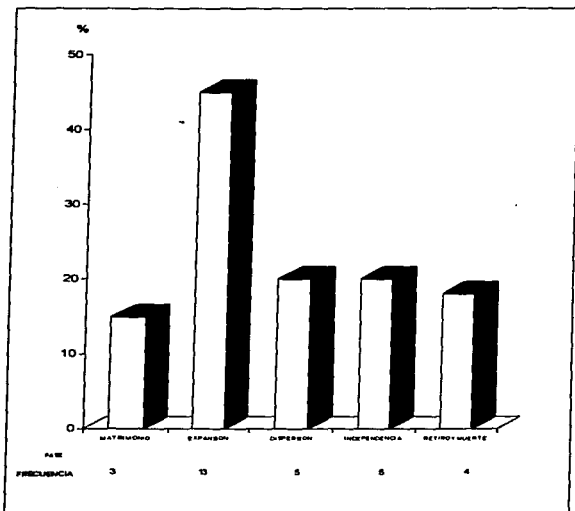
ESCOLARIDAD

TABLA No. 6

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	5	16.6
SECUNDARIA	18	60.0
PREPARATORIA	6	20.0
PROFESIONAL	1	3.4
TOTAL	30	100.0

Fuente: Encuesta.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
CICLO VITAL
GRAFICA No. 7**



Fuente: Encuesta

Distribución de las familias estudiadas según la fase del ciclo vital.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS**

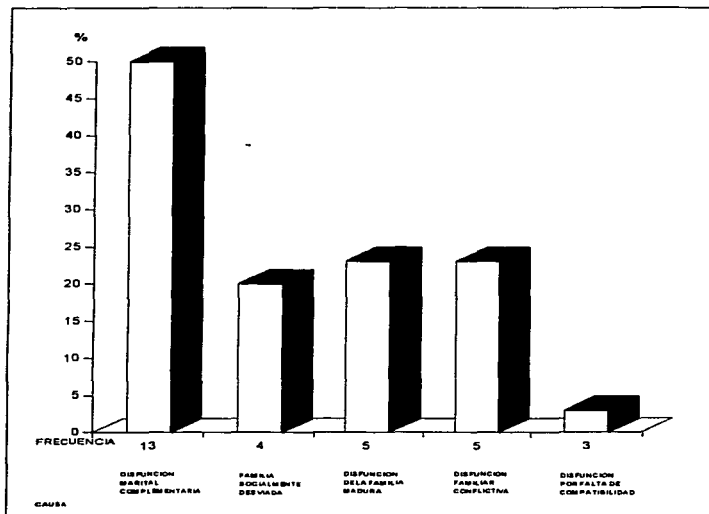
CICLO VITAL

TABLA No. 7

FASE	FRECUENCIA	%
MATRIMONIO	3	10
EXPANSION	13	43.5
DISPERSION	5	16.6
INDEPENDENCIA	5	16.6
RETIRO Y MUERTE	4	13.3
RETIRO	30	100.0

Fuente: Encuesta.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL
COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR
GRAFICA No. 8**



Fuente: Encuesta

La causas más frecuentes de disfunción familiar de los pacientes estudiados son los siguientes.

**LA FAMILIA DISFUNCIONAL COMO GENERADORA DE ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS**

CAUSAS DE DISFUNCION FAMILIAR

TABLA No. 8

CAUSA	FRECUENC	%
	IA	
DISFUNCION MARITAL COMPLEMENTARIA	13	43.5
FAMILIA SOCIALMENTE DESVIADA	4	13.3
DISFUNCION DE LA FAMILIA MADURA	5	16.6
DISFUNCION FAMILIAR CONFLICTIVA	5	16.6
DISFUNCION POR FALTA DE COMPATIBILIDAD	3	10
TOTAL	30	100.0

Fuente: Encuesta.

Solomon: afirma que de un 50 a un 75% de los padecimientos de la medicina general y aún la especializada se trata de padecimientos psicofuncionales.(27)

En nuestros estudios los padecimientos psicósomáticos el porcentaje fue del 60% (30/50).

Del total de los pacientes 46 de ellos pertenecían a familias disfuncionales, y cuatro de ellos a familias funcionales.

Meissner, dice que la interacción familiar es potencialmente importante en todas las patologías, y que todos los problemas más físicos y sociales tienen un impacto psicológico en cada uno de los miembros de la familia y que en la mayoría de los padecimientos psicósomáticos están ligados emocionalmente a la interacción familiar, ya que es precisamente la familia quien frecuentemente precipita el síntoma o los síntomas.(5)

Seely C. Afirma, que un gran número de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar y ésta suele manifestarse porque alguno o algunos de sus miembros se hacen sintomáticos.(14)

Minuchin, refiere que las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad y que cuando la familia deja de ocuparse de sus hijos en formación, es muy frecuente que en la adolescencia presenten crisis de identidad.(15)

En nuestro universo estudiado encontramos que:

24 pacientes (89%) del sexo femenino y 6 pacientes (20%) del sexo masculino lo que nos hace suponer que el sexo femenino está más predispuesto a enfermedades psicósomáticas a consecuencia de disfunción familiar, encontrando como causas principales la disfunción familiar completando, familias socialmente desviada, disfunción de la familia madura, disfunción familiar conflictiva y por último disfunción por falta de compatibilidad.

La edades de nuestro pacientes estudiados fluctuaron entre los 14 y 58 años de edad, con un promedio de 14 años de edad encontrando una mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas en los pacientes del grupo de 14-20 años de edad, previa al matrimonio, así como la falta de comunicación entre la pareja y el resto de los familiares.

Con respecto a la ocupación de la población estudiada, encontramos que un 50% lo ocuparon las amas de casa, seguidas de personas que laboran como intendentes y en la misma proporción estudiantes. Tal vez por el tipo de población a que da servicio esta Institución no encontramos analfabetas.

De los pacientes estudiados encontramos que sus familias cursaban por la fase de expansión.

El suceso más importante en esta fase es el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro, la llegada de un hijo a la familia produce tensiones, porque se cambia toda la estructura de las relaciones para dar ingreso al nuevo miembro.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que:

- En el estudio se realizado se encontró que un 60% de los pacientes cursaron con enfermedades psicosomáticas secundarias a disfunción familiar.
- La población femenina está más afectada o susceptible de sufrir enfermedades psicosomáticas probablemente debido a que es el eje central del núcleo familiar.
- De acuerdo a la edad de los pacientes, los jóvenes fueron los más afectados en enfermedades psicosomáticas esto debido quizá a inmadurez biológica.
- En cuanto a la escolaridad el porcentaje más alto correspondió a quienes cursaron solamente la educación media básica, lo cual nos hace pensar que debido a su baja preparación académica tienen menos oportunidades de mejorar su calidad de vida.
- Por otro lado encontramos que la mayoría de las familias se encontraban en la etapa de expansión, dentro del ciclo vital esta etapa cursa con muchos cambios ya que es cuando la pareja hace ajuste en su vida emocional para dar paso a nuevos miembros de la familia y por lo tanto repercute en toda la economía familiar.

A través del presente trabajo podemos darnos cuenta que existen diferentes factores que influyen negativamente en el buen funcionamiento familiar y que el médico de primer nivel, podría ayudar a cambiar esta situación si se preocupara un poco más por la salud mental de sus pacientes desde una edad temprana, por lo que sugerimos que el médico familiar reciba cursos de actualización en terapia familiar que retroalimenta el conocimiento y así podrá ayudar con mayor facilidad a sus pacientes y disminuir gastos a la Institución (laboratorio, gabinete y medicamentos) que generan las enfermedades psicosomáticas,

Deseamos que a través del presente trabajo se despierte la inquietud del médico familiar para detectar pacientes que sufran enfermedades psicosomáticas y disfunción familiar para mantener un buen estado bio-psico-social de los individuos con el fin de perpetuar la célula de la sociedad que es la familia.

El trabajo realizado fue positivo ya que se alcanzaron las metas deseadas, pero podría mejorarse y ser más representativo si se ampliara el tiempo de la investigación y se ingresaran pacientes de las cuatro zonas que maneja la unidad de medicina familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. - Conn. F." LA FAMILIA" EN: Conn F. familiar teoría y práctica, de. Méndez Oteo 1989, 52-68
2. - Irigoyen C. "LA FAMILIA" En: Irigoyen C. y Cols. fundamentos de medicina familiar. México de. Medicina familiar Mexicana 1995, 1-8.
3. - Enguells F. "EL ORIGEN DE LA FAMILIA, LA PROPIEDAD PRIVADA Y EL ESTADO" Moscú de. Progreso 1979.
4. - Estrada Inda Lauro, "EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA". En Estrada Inda Lauro, El ciclo vital de la familia, de. Posada México 1993, pag. 99-106.
5. - Meissner A. "LA FAMILIA Y EL ENFERMO MENTAL" En Beristein Isodoro, familia y enfermedad mental, Buenos Aires, de. Paidós 1193 54-65.
6. - Hofling Ch. "Psicopatología". En Hofling Ch. tratado de psiquiatría, México de. interamericana 1991, 130-132.
7. - Derbéz Muró J. "Enfoque socioanalítico, familia desarrollo y enfermedad". México Gaceta médica de México vol. 114, (4) abril 1978, 157-163.
8. - Robert. A. "FAMILIA EN CRISIS". EN. Sherman N. Nuevas psicoterapias. México de. Diana 1989, 15-32.
9. - Rubin H.L. "LA FAMILIA EN CRISIS" Am. Fam. Pgs. 11 132, 1190.
- 10.- Sniellkstein G. "LA FAMILIA EN CRISIS" En Taylor R.B. medicina familiar principio y práctica. Nueva York Springer-Verlang 1989, 43-50.
11. - Hennen BK "LA FAMILIA Y EL STREES" En shires ND. Hennen BK Medicina familiar guia práctica de. Mc Graw Hill México 1989, 43-50.
- 12.- Havens L, L "CLINICAL METHODS IN PSYCHIATRY" Int J. Psychiatry 1987(4)10-17.
- 13.- Jaime Alarid H. Irigoyen C.A. "CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA". En Irigoyen Coria A. fundamentos de medicina familiar México 1985 de. Fco. Méndez Cervantes pag. 97-112.
- 14.- Cristie Seely J. "FAMILY A AS SISTEM JR." Soc. med. 1980, 68(3) 5-10
- 15.- Minuchin S. "LA MATRIZ DE LA IDENTIDAD" En Minuchin S. Familiares y terapia familiar México de Gedisa Mexicana 1990, 78-86.
- 16.- Minuchin S. "CALIDOSCOPIO FAMILIAR". En Minuchin Salvador. Calidoscopio familiar imágenes de violencia y curación México de. Paidós 1991, 12-21.

- 17.- Minuchin S "LA CANCION SILENCIOSA" En Minuchin S. Nichols. P.M. La recuperación de la familia México de. Paidos 1993-307.
- 18.- Smilkteing G. "VALORACION DE LA FUNCION FAMILIAR" En Taylor RB. de. medicina familiar Nueva York Springer 1983 3-12.
- 19.- Saultz J.W. "LA ATENCION CENTRADA EN LA FAMILIA" En Taylor R.B. Medicina Familiar principio y práctica 3ra. de. ediciones Doyma Barcelona 1990, 31-37.
- 20.- Lasser LJ Stewar IL. "PSICODINAMICA FAMILIAR" En: Conn: HF Rakel RE, Medicina familiar principio teoria y práctica 1ra de. editorial Interamericana México 1992, 17-25.
- 21.- Lewia Thomas "FAMILIAS" En. Minuchin S. Fishman, Técnicas de terapias familiar 9ª edición de. Paidos, México 1988 25-40.
- 22.- Lipowski Z.J.: REVIEU OF CONSULTATION PSYCHIATRY AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE. Psychosom Med. 330(4) 395-422, Jul-Aug 1968
- 23.- Freud S: THE PSYCHO-ANALYTIVIC VIEW OF PSYCHOGENIC DISTURBANCE OF VISION, Standard Ed. Complete Psychol Works, vol. II; Boqorth Press, London, 1957.
- 24.- Wolff H. G. LIKE STREES AND BODILY DISEASE. A Formulation. res, Neru. Ment. Dis. 29:(1059), 1950.
- 25.- Alexander F. Pollock G.B. PSYCHOSOMATIC SPECIFICITY. University of Chicago Press Vol. I 403-412 1968.
- 26.- Selye B:STORY OF THE ADAPTION SYNDROME. Acta Inc. Montral 1952.
- 27.- Solomon Philip: TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS. En Solomon Philip Psiquiatría México de. El Manual Moderno 3ª edición 1983 pag. 147-160.
- 28.- Pichot Pierre: TRASTORNOS SOMATOFORMES. En Pierre Pichot DSMIII, American Psychiatric Asociation México Ed. Masson 1983 pag. 133-137.
- 29.- Smilkstein G: THE FAMILY APGAR. A proposa for Family Function Test and its use by physilians. J. Fam Prac 6: 1231-1239, 1978.

Anexo I

ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE LA SALUD FAMILIAR

1. FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Incluye el nombre de la familia, domicilio, fecha de inicio del estudio e integrantes de la familia.

2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Se anotarán las razones por cuales considera importante efectuar este estudio.

3. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Biológicos

3.1.1 Heredo familiares

3.1.2 Patología de importancia

3.1.3 Defunciones

3.2 Psicosociales

3.2.1 Historia de la familia (etapa del ciclo vital familiar).

3.2.2 Crisis familiares.

4. SITUACION ACTUAL DE LA FAMILIA

4.1 Estructura familiar.

4.1.1 Familiograma.

4.1.1 Tipología familiar.

4.1.3 Etapa actual del ciclo vital.

4.2 Ambito social

4.2.1 Ingreso familiar y distribución

4.2.2 Vivienda

4.2.3 Alimentación

4.2.4 Recreación

4.2.5 Adicciones

4.2.6 Utilización de servicios de salud y sociales

4.2.7 Participación comunitaria

4.2.8 Ambito laboral.

- 4.3 **Ambito biológico.**
 - 4.3.1 **Enfermedades agudas y crónicas actuales**
 - 4.3.2 **Actividades médico preventivas realizadas por la familia**
- 4.4 **Ambito psicológico.**
 - 4.4.1 **Funciones familiares básicas**
 - 4.4.2 **Crisis familiares actuales**
 - 4.4.3 **Estudio de la interacción familiar**
- 5. **IDENTIFICACION Y JERARQUIZACION CONJUNTA DE PROBLEMAS.**
- 6. **EXPLICITACION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES.**
- 7. **PLAN DE MANEJO CONJUNTO, HACIENDO ENFASIS EN LA EDUCACION Y LA PREVENCION.**
- 8. **EVOLUCION Y SEGUIMIENTO**
- 9. **PRONOSTICO**
- 10. **COMENTARIOS**
- 11. **HISTORIA(S) CLINICA(S) INDIVIDUAL(S).**

Anexo 2**MARQUE CON UNA "X"**

APGAR FAMILIA	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Difícilmente	Nunca
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de los problemas conmigo.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a sentimientos tales como ira aflicción.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo permanecemos juntos	_____	_____	_____	_____	_____