



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF N° 64**

**CD. MORELOS, COAHUILA**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON  
ENFERMEDAD PSICOSOMATICA**

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

**PRESENTA:**

**DR. SERGIO ANDRADE BRICEÑO**

**CD. MORELOS, COAHUILA**

**2013.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON  
ENFERMEDAD PSICOSOMATICA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. SERGIO ANDRADE BRICEÑO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON  
ENFERMEDAD PSICOSOMATICA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. SERGIO ANDRADE BRICEÑO**

AUTORIZACIONES

**DR. FERMIN PEREZ ORTIZ**

TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PARA MEDICOS GENERALES

UMF N°79 IMSS, CD. PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

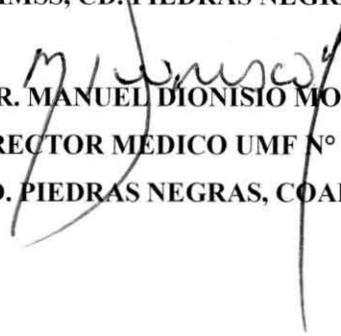
  
**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR**

ASESOR METODOLOGICO

  
**DRA. GRACIELA ROSALES SORIA.**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

UMF N° 79 IMSS, CD. PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

  
**DR. MANUEL DIONISIO MONTIEL**

DIRECTOR MEDICO UMF N° 79 IMSS

CD. PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 506  
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA **14/05/2012**

**DR. SERGIO ANDRADE BRICEÑO**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**cohesión y adaptabilidad en la familia del niño con enfermedad psicósomática**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
-------------------------

<b>R-2012-506-14</b>
----------------------

ATENTAMENTE

**DR.(A) RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 506

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS:**

Le agradezco principalmente a DIOS, por llenarme de bendiciones durante el transcurso de mi vida, especialmente durante el tiempo que permanecí en éste curso de especialización; por darme la oportunidad de adquirir mayor conocimiento para servir mejor y con mayor calidez a mis pacientes.

Agradezco de una manera muy especial a mi esposa NANCY GARCIA REYNA, quien siempre me ha brindado su apoyo de manera incondicional tanto en mi vida personal como profesional; por el sencillo hecho de permanecer a mi lado aún en situaciones adversas.

A mis profesores y asesores, quienes de manera única compartieron sus conocimientos y su tiempo conmigo; haciendo posible mi trayecto a través de éste curso de especialización. Hago especial énfasis en mis profesores DR. GUILLEROMO SALINAS CUELLAR y DR. JESUS ADOLFO CALDERON HERNANDEZ, quienes me han brindado espacio, tiempo y su experiencia aún fuera del aula de estudio.

## **DEDICATORIA:**

Dedico el presente estudio principalmente a mis hijos: SANTIAGO YARIK y DIEGO ADAIR, que siempre me han contagiado de su alegría entre juegos y fantasías infantiles. Y porque siempre serán para mí un motivo más para continuar preparándome y superándome.

A mis padres, MARÍA LUISA BRISEÑO CARRILLO y FRANCISCO ANDRADE ALVELDAÑO, por fundar en mí las bases para enfrentar la vida, siempre con la mejor disposición de ofrecerme el apoyo y el consejo basado en su experiencia; por lo cual siguen siendo el cimiento de todo lo que soy.

## INDICE

Resumen .....	1
Título .....	3
Marco teórico .....	4
Planteamiento del problema .....	11
Justificación .....	12
Objetivos .....	13
Objetivo general .....	13
Objetivos específicos .....	13
Material y métodos .....	14
Criterios de inclusión .....	15
Criterios de exclusión .....	15
Criterios de eliminación .....	16
Variables .....	16
Variable independiente .....	16
Variable dependiente .....	17
Procedimiento para recabar información .....	18

Aspectos éticos .....	21
Resultados .....	22
Discusión .....	48
Conclusiones .....	50
Referencias bibliográficas .....	52
Anexo 1 .....	54
Anexo 2 .....	55
Cronograma de actividades .....	56
Carta de consentimiento informado .....	57

## **RESUMEN**

Durante muchos años en práctica médica diaria, se ha observado la presencia de síntomas psicosomáticos aislados como vitíligo, asma bronquial, alopecias, trastornos alimentarios, así como trastornos digestivos, en los menores; llamando la atención que va en aumento la aparición de dichos síntomas como motivo principal de consulta.

**OBJETIVO:** Analizar la influencia de las alteraciones de la cohesión y adaptabilidad familiar en la presentación de enfermedades psicosomáticas en niños de 6 a 14 años de edad.

**METODOLOGIA:** El presente estudio es de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. El análisis de las familias con niño con enfermedad psicosomática a estudiadas se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Morelos, Coahuila. Se evaluó los tipos de familia involucrados con la aparición de síntomas psicosomáticos con hijos de 6 a 14 años de edad, a través de la aplicación de la escala de evaluación familiar FACES III.

**RESULTADOS:** De un total de 36 familias estudiadas, se observó que en relación a la adaptabilidad las familias flexibles representan el porcentaje mayor; siendo del 44.3%. De la misma manera, en relación a la cohesión el mayor porcentaje correspondió a familias aglutinadas, correspondiendo al 41.6%.

**CONCLUSION:** se puede concluir que tanto la flexibilidad, como la aglutinación dentro del sistema familiar, favorecen o se relacionan con la aparición de enfermedad psicosomática en los niños de 6 a 14 años de edad.

# **TITULO**

## **COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON ENFERMEDAD PSICOSOMATICA.**

**MARCO TEORICO.**

## FAMILIA. DEFINICION:

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio; en tanto que el diccionario de la lengua española dice que “la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales afines de un linaje”. (1)

## EVALUACION DE LA FAMILIA:

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del estudio de salud familiar. (2)

El diagnóstico está entonces destinado a aclarar dónde el conflicto familiar está controlado, compensado o descompensado y hasta dónde induce daño progresivo en la relación, bloquea la reciprocidad en las relaciones de roles y frustra, por consiguiente, las necesidades individuales.(3)

A fines de los setenta se iniciaron en la universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podía expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.

La cohesión es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir a dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de reacción.

La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder, estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. (3)

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en este caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. (4)

El modelo circunplejo de FACES III ( family adaptability and cohesion evaluation scales ), se enfoca a la evaluación de la adaptabilidad y la cohesión dentro del núcleo familiar, describiendo 16 tipos de familia basado en la combinación de los diferentes grados de adaptabilidad y de cohesión. Dicho sistema surgió hace más de 30 años, a finales de los años setentas. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y

Russell en 1979. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrollo FACES en 1980, del cual han surgido cuatro versiones.

Cada una de las dimensiones está dividida en cuatro niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada baja), y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, constituye familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad baja).

Cada ítem de la escala de faces III presenta cinco alternativas de respuesta, cuyas puntuaciones oscilan entre 1-5 puntos: nunca (1) casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), el puntaje general resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en los 20 ítems. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos de los ítems pares, y la calificación en adaptabilidad en igual a la suma de los puntajes obtenidos de los ítems pares. (4)

Este instrumento de evaluación clasifica a las familias según su cohesión en: no relacionada con valor entre 10 y 34, semirrelacionada con valor entre 35 y 40, relacionada entre 41 y 45 y aglutinada entre 46 y 50 puntos, y según su adaptabilidad en rígida con valor de 10 a 19 puntos, estructurada entre 20 y 24, flexible entre 25 y 28 puntos y caótica entre 29 y 50 puntos, de esta manera resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas.(5)

## ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS:

### DEFINICION:

La somatización consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos, que no son atribuibles a una enfermedad física, y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso. Podríamos resumir, afirmando que la somatización se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas que son, erróneamente, atribuidos a una enfermedad orgánica. (6)

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas que sugieren una enfermedad medica (de ahí el término somatomorfo) y que no puede explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (por ej. Trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (7)

### CLASIFICACIÓN:

La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos.

1.- Los trastornos de somatización es un trastorno poli sintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.

2.- el trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

3.- el trastorno de conversión consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.

4.- el trastorno por dolor consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

5.- la hipocondría es la preocupación y el miedo a tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

6.- el trastorno dismórfico corporal es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

7.- en el trastorno somatomorfo no especificado se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos. (7)

Los cuadros clínicos pueden clasificarse, de acuerdo con Garralda, en:

1.- cuadros en que los factores psíquicos sustituyen o tiene un peso etiológico fundamental en los síntomas físicos, como pueden ser los trastornos de conversión.

2.- cuadros en que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de una patología física, como pueden ser la colitis ulcerosa o el asma.

3.- cuadros en que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental, siendo el paradigma los trastornos de la alimentación.

Sin embargo, la mayoría de los niños con trastornos somatomorfos no reúnen síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de las clasificaciones más habituales, presentando un número menor de síntomas y, a veces, siendo alguno de los criterios requeridos inapropiados o extremadamente infrecuentes en la infancia. Ya que no existen pruebas definitivas, el diagnóstico deberá hacerse por exclusión. (6)

Sólo una minoría de niños con problemas psicosociales son sometidos a tratamiento. Si no se trata, los problemas son susceptibles de persistir en etapas posteriores de la vida y puede dar lugar a serias limitaciones en el funcionamiento diario. Las investigaciones han demostrado que la detección precoz y tratamiento de estos niños mejora de forma sustancial el pronóstico.

El PSC (pediatric symptom checklist) es un cuestionario de 35 temas para padres y apoya a la identificación de problemas psicosociales a pediatras. Se tarda menos de 5 minutos para completar y calificar, y refleja la matriz de impresión de su hijo o hija del funcionamiento psicosocial. (8)

El Cuestionario PSC-Y, creado por M.S. Jellinck and J.M. Murphy, en el hospital general de Massachusetts, para detección de deterioro psicosocial en niños en edad escolar 6-16 años, en el cual una puntuación total de 28 ó superior es tomada como una indicación de

deterioro significativo psicosocial. En éste se otorga la siguiente puntuación: nunca: 0, algunas: 1, y seguido: 2. (ANEXO 1). (9)

El cuestionario PSC-Y, tiene 35 ítems, que se puntúan del uno al tres. Entrega un puntaje global que refleja la visión del padre acerca del funcionamiento psicosocial del niño. (10)

Rodríguez-Orozco A.R. en su estudio “perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático” encontró que respecto a la organización de las familias nucleares con un niño asmático, éstas se presentaron bajo el siguiente perfil: roles bien definidos y rígidos. Se encontró que en forma general los hijos reconocen la autoridad al seguir reglas y respetarlas, el padre se mantiene en la periferia, su función es de proveedor y es también quien castiga. La madre y los niños pequeños pueden aglutinarse hasta el punto que determina que el padre sea periférico.

El tratamiento del niño con asma, desde la posición de la terapia familiar sistémica, ha mostrado eficacia con respecto a la mejoría clínica así como a la integración del niño a la familia y la sociedad. (12)

A pesar de que las enfermedades psicósomáticas incluyen una gran variedad de patologías, en el presente estudio sólo se incluyeron gastritis, colitis, alopecia, vitíligo y asma, por ser las que se presentaron durante el periodo de tiempo establecido para el mismo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Durante muchos años, en la práctica médica diaria, los prestadores de servicios de salud en general y específicamente el médico familiar en primer contacto de atención, se ha enfrentado a múltiples padecimientos que aquejan en forma persistente a sus pacientes, pero un grupo específico de trastornos, los psicósomáticos, pocas veces son detectados, diagnosticados y finalmente tratados en forma correcta.

Este tipo de enfermedades como el asma, el vitíligo, las alopecias, algunos trastornos gastrointestinales, entre otros; tienen el potencial para interferir en el apego al tratamiento, y de esta forma complicar los cuadros clínicos llevando al paciente a presentar enfermedades más severas o graves, así como, aumentar su angustia y alteraciones en las emociones al no obtener el alivio deseado.

De esta manera, las enfermedades psicósomáticas también tienen la capacidad de establecer alteraciones en la dinámica, en la estructura y en la funcionalidad familiar. Por lo cual el médico familiar tiene la obligación de detectar este tipo de enfermedades y tratarlas en forma correcta, para romper con las amenazas a puedan afectar al núcleo familiar. Es por este motivo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Influirán las alteraciones de cohesión y adaptabilidad familiar en el desarrollo de enfermedad psicósomática del niño de 6 a 14 años de edad?

## **JUSTIFICACIÓN:**

Durante mi práctica médica diaria, he observado la presencia de enfermedades psicosomáticas como vitiligo, asma bronquial, alopecias, trastornos alimentarios, así como trastornos digestivos; tanto en adultos como en menores; llamándome la atención que va en aumento la aparición de dichas enfermedades como motivo principal de consulta, esto, tal vez esté determinado o bajo la influencia de múltiples factores a los que se enfrentan las familias de hoy, como pueden ser problemas sociales, económicos y ambientales.

Basado en la prevalencia de enfermedades psicosomáticas en niños en la población adscrita al consultorio 1, turno matutino de la unidad de medicina familiar núm. 64, del instituto mexicano del seguro social, de Morelos, Coahuila, al cual me encuentro adscrito, y dada la frecuencia de la consulta con síntomas orgánicos agravados por la presencia de dichas enfermedades, las cuales fueron identificadas durante el periodo de noviembre del 2010 a mayo del 2011; y así mismo, observando que dichas enfermedades interfieren en la terapéutica y apego al tratamiento, así como en el seguimiento y la demanda del servicio médico en busca del bienestar y remisión de este tipo de síntomas, se realiza el presente estudio, prestando interés a este importante perfil médico y psicológico.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

-Analizar la influencia de las alteraciones de cohesión y adaptabilidad familiar en el desarrollo de enfermedad psicosomática en el niño de 6 a 14 años de edad.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Analizar el grado de cohesión familiar en relación a las enfermedades psicosomáticas más frecuentes en niños de 6 a 14 años de edad, en la unidad de medicina familiar No. 64 de Morelos, Coahuila, a través del instrumento de funcionalidad familiar FACES III.

-Analizar el grado de adaptabilidad familiar en relación a las enfermedades psicosomáticas más frecuentes en niños de 6 a 14 años de edad, en la unidad de medicina familiar No. 64 de Morelos, Coahuila, a través del instrumento de funcionalidad familiar FACES III.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. El análisis de las familias con niño con enfermedad psicosomática a estudiadas se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Morelos, Coahuila, la cual cuenta con un consultorio de atención externa, un área de atención médica continua, así como un consultorio de salud pública y medicina preventiva y un área de farmacia.

La unidad de medicina familiar numero 64, del instituto mexicano del seguro social, en Morelos, Coahuila, cuenta con una población adscrita de 4,794 derechohabientes, de los cuales 2,294 están asignados al turno matutino, al cual me encuentro adscrito. Debido a que la presencia de enfermedades psicosomáticas en niños, se ve aumentada en el grupo de 6 a 14 años; para la elaboración de este estudio se ha tomado este grupo etario, dicha población está representada por 327 pacientes, entre los cuales se tomará en cuenta 36 de aquellos pacientes que manifiesten síntomas psicosomáticos, durante el periodo de mayo del 2012 a julio del 2012, establecido para el estudio. Para la detección de los niños con enfermedad psicosomática se utilizó el Cuestionario PSC-Y, M.S. Jellinck and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital. Para niños en edad escolar 6-16 años, una puntuación total de 28 ó superior es tomada como una indicación de deterioro significativo psicosocial. En el cual se otorga la siguiente puntuación: nunca: 0, algunas: 1, y seguido: 2. (ANEXO 1).

Para la toma de muestra se realizó el cálculo con el sistema operativo STATS 2.0, debido a que la variables que se manejan son de tipo cualitativas, se tomó en relación a la

información otorgada por la revista de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (AEPNYA), protocolos del 2008, donde se manifiesta una tasa de prevalencia de enfermedad psicosomática de 12,5% en niños del grupo de edad de 6 a 11 años.

De esta manera, esperamos que el doce por ciento de los 327 niños asignados al consultorio en estudio, corresponda a 40.8 niños; convirtiéndose estos en nuestro universo. Así, al ejecutar el sistema de STATS, se utilizó un máximo de error aceptable del 5%, porcentaje estimado de la muestra del 50% y un nivel deseado de confianza del 95%, obteniendo como tamaño de la muestra 36 niños.

Se incluyeron aquellas familias que cumplieron con los siguientes criterios:

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

-Pacientes con diagnóstico de gastritis, colitis, alopecia, vitíligo y asma bronquial que manifiesten síntomas por enfermedades psicosomáticas.

-Grupo de edad entre los 6 y los 14 años de edad.

-Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

-Adscritos al consultorio 1 matutino de la Unidad de Medicina Familiar Número 64.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

-Pacientes con enfermedad orgánica no psicosomática.

- Menor de 6 años y mayor de 14 años de edad.

-No derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

-Derechohabientes del instituto mexicano del seguro social adscritos a otra unidad, o al turno vespertino de la unidad de medicina familiar número 64.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

-Pacientes que fallezcan durante el estudio.

-Pacientes que migren a otra ciudad.

**VARIABLES:**

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**ENFERMEDAD PSICOSOMATICA:**

**DEFINICION CONCEPTUAL:**

Grupo de trastornos mentales que se caracteriza por la alteración de un órgano o sistema controlado por el sistema nervioso autónomo, que puede estar causada o agravarse por factores emocionales, del tipo tensión o ansiedad. (12)

**DEFINICION OPERACIONAL:**

Las emociones, el estrés y la ansiedad influyen sobre el sistema nervioso autónomo de tal manera que se liberan diferentes sustancias como adrenalina y noradrenalina, que pueden alterar o afectar a diferentes órganos blanco, desarrollando, perpetuando o exacerbando síntomas orgánicos. (12)

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Cuestionario PSC-Y, M.S. Jellinck and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital. Para niños en edad escolar 6-16 años, una puntuación total de 28 o superior es tomada como una indicación de deterioro significativo psicosocial. En el cual se otorga la siguiente puntuación: nunca: 0, algunas: 1, y seguido: 2. (9)

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD.**

**DEFINICION CONCEPTUAL:**

Cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en este caso) tienen entre sí. La adaptabilidad es la habilidad de dicho sistema para cambiar. (3)

**DEFINICION OPERACIONAL:**

Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. (3)

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**ESCALA DE EVALUACIÓN:** Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES)

## **PROCEDIMIENTO PARA LA RECABAR LA INFORMACIÓN:**

Para la recolección de los datos personales y generales de los pacientes y su núcleo familiar previamente detectados de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se aplicó historia clínica familiar, así mismo, para el análisis del funcionamiento del grupo familiar del niño con enfermedad psicósomática se utilizó el modelo circumplejo de FACES III ( family adaptability and cohesion evaluation scales ), el cual se enfoca a la evaluación de la adaptabilidad y la cohesión dentro del núcleo familiar, describiendo 16 tipos de familia basado en la combinación de los diferentes grados de adaptabilidad y de cohesión. Dicho sistema surgió hace más de 30 años, a finales de los años setentas. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell en 1979. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló FACES en 1980, del cual han surgido cuatro versiones.

El modelo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (en 1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora.

Cada una de las dimensiones está dividida en cuatro niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada baja), y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, constituye familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias

caóticas (adaptabilidad baja). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejora funcionamiento familiar.

Cada ítem de la escala de faces III presenta cinco alternativas de respuesta, cuyas puntuaciones oscilan entre 1-5 puntos: nunca (1) casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), el puntaje general resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en los 20 ítems. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos de los ítems pares, y la calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos de los ítems pares. (3)

Este instrumento de evaluación clasifica a las familias según su cohesión en: no relacionada con valor entre 10 y 34, semirrelacionada con valor entre 35 y 40, relacionada entre 41 y 45 y aglutinada entre 46 y 50 puntos, y según su adaptabilidad en rígida con valor de 10 a 19 puntos, estructurada entre 20 y 24, flexible entre 25 y 28 puntos y caótica entre 29 y 50 puntos, de esta manera resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas.(3). (ANEXO 2)

Los resultados obtenidos a través de las encuestas que corresponden al instrumento de evaluación de funcionalidad familiar FACES III, se analizaron por el mismo personal médico que contribuyó en la realización de este estudio, graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel. De este modo se evaluó la cohesión y la adaptabilidad de las familias estudiadas, de manera que se clasificaron de acuerdo a lo ya descrito anteriormente por dicho instrumento.

Ya identificados los niños con enfermedad psicosomática de acuerdo a medición PSC-Y (ver anexo 1) a las familias respectivas se les aplicó el FACES III para determinar cómo influye en la familia dichos niños sobre todo en lo que tiene que ver en la adaptabilidad y cohesión familiar.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

Para la elaboración del presente estudio, Cohesión y Adaptabilidad en la familia del niño con enfermedad psicosomática, se tomó en cuenta los criterios establecidos en la ética profesional médica, no incurrió en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se manejó en forma confidencial, para la autorización de este trabajo de investigación se realizó Consentimiento Informado, que invariablemente fue recabado de manera previa a la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación, así como, la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral del paciente y su familia, cumpliendo con esto los lineamientos de la Ley General de Salud así como las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos.

## **RESULTADOS:**

Se realizó el presente estudio con 36 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión ya especificados; siendo evaluados dieciséis pacientes con asma bronquial que representa el 44.4%, catorce pacientes con colitis, corresponde al 38.8%; tres con gastritis que representan el 8.3%, dos con alopecia que equivale al 5.5%, y uno más con vitiligo que representa el 2.7%. (Cuadros 1 y 2). Todos fueron sometidos a evaluación previa con el cuestionario PSC-Y, para detección de enfermedad psicosomática.

Al estudiar las familias de los pacientes con asma bronquial, en relación a la cohesión, el hallazgo fue que más del 50% son familias relacionadas, y con respecto a la adaptabilidad cerca del 70% son familias flexibles. (Cuadros 3 y 4).

En cuanto a las familias de los pacientes con diagnóstico de colitis se obtuvo que la mayoría son familias aglutinadas en relación a su cohesión, responde al 42.8%; mientras que en relación a su adaptabilidad se encontró que la mayoría son familias caóticas, representados por el 57.1%. (Cuadros 5 y 6).

De las tres familias estudiadas por un miembro de la familia con diagnóstico de gastritis (el 8.3%), se observó que el 66.6% son aglutinadas, y el 100% son familias estructuradas. (Cuadros 7 y 8).

Se estudiaron dos casos de pacientes con alopecia, en ellos se encontró una familia aglutinada-estructurada; mientras que la otra familia es relacionada-flexible. (Cuadros 9 y 10).

Finalmente, la familia estudiada por un miembro que presenta vitiligo; representa una familia no relacionada-rígida. (Cuadros 11 y 12).

Cuadro 1

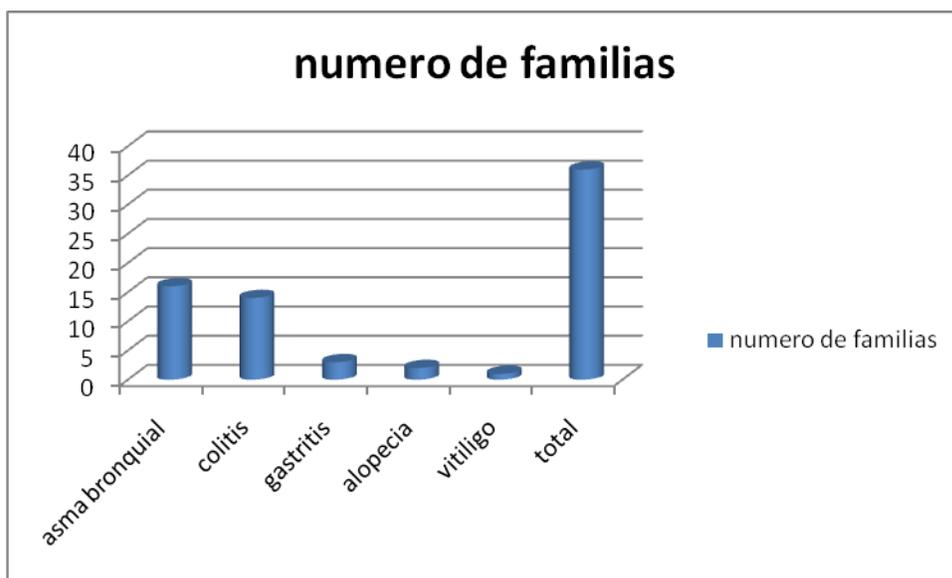
Número de familias estudiadas con un miembro con enfermedad psicosomática, de 6 a 14 años de edad.

<b>PATOLOGIA</b>	<b>NUMERO DE FAMILIAS</b>
asma bronquial	16
Colitis	14
Gastritis	3
Alopecia	2
Vitíligo	1
Total	36

En el presente cuadro se observa el número de familias estudiadas, en las cuales se detectó un miembro de 6 a 14 años con enfermedad psicosomática.

Gráfica 1

Número de familias estudiadas con un miembro con enfermedad psicosomática, de 6 a 14 años de edad.



En la presente grafica se observa el número de familias estudias, en las cuales se detectó un miembro de 6 a14 años con enfermedad psicosomática.

Fuente: cuadro 1

Cuadro 2

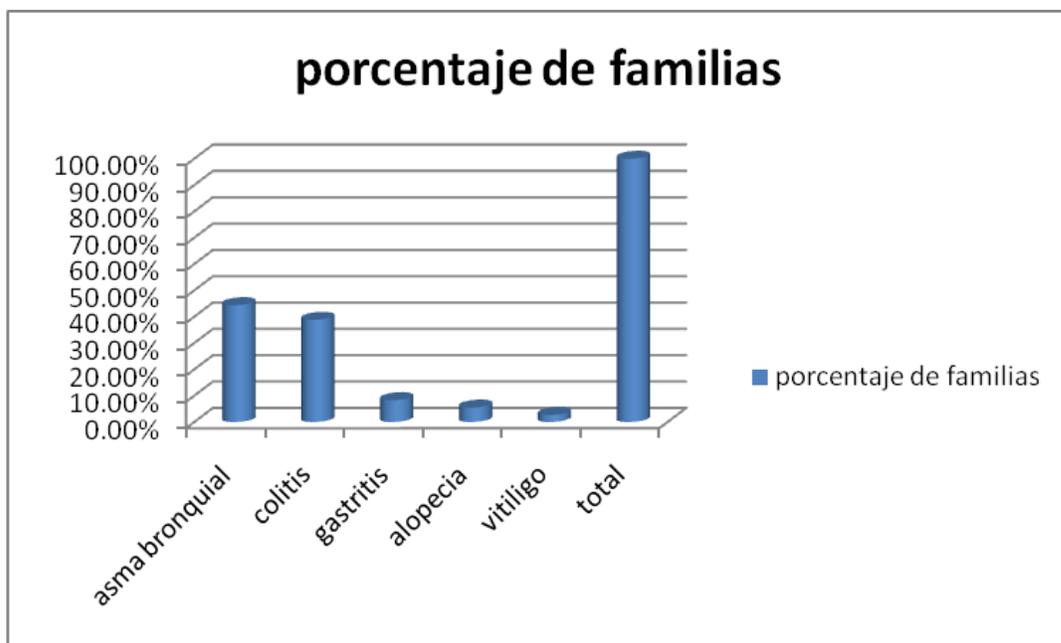
Número de familias estudiadas con un miembro con enfermedad psicosomática, de 6 a 14 años de edad, expresado en valor porcentual.

<b>PATOLOGIA</b>	<b>NUMERO DE FAMILIAS</b>
asma bronquial	44.4%
colitis	38.8%
gastritis	8.3%
alopecia	5.5%
vitiligo	2.7%
total	100%

En el presente cuadro se observa el número de familias estudiadas, en las cuales se detectó un miembro de 6 a 14 años con enfermedad psicosomática, expresado en valores porcentuales.

Gráfica 2

Número de familias estudiadas con un miembro con enfermedad psicósomática, de 6 a 14 años de edad, expresado en valor porcentual.



En la presente gráfica se observa el número de familias estudiadas, en las cuales se detectó un miembro de 6 a 14 años con enfermedad psicósomática, expresado en valores porcentuales.

Fuente: cuadro 2

Cuadro 3

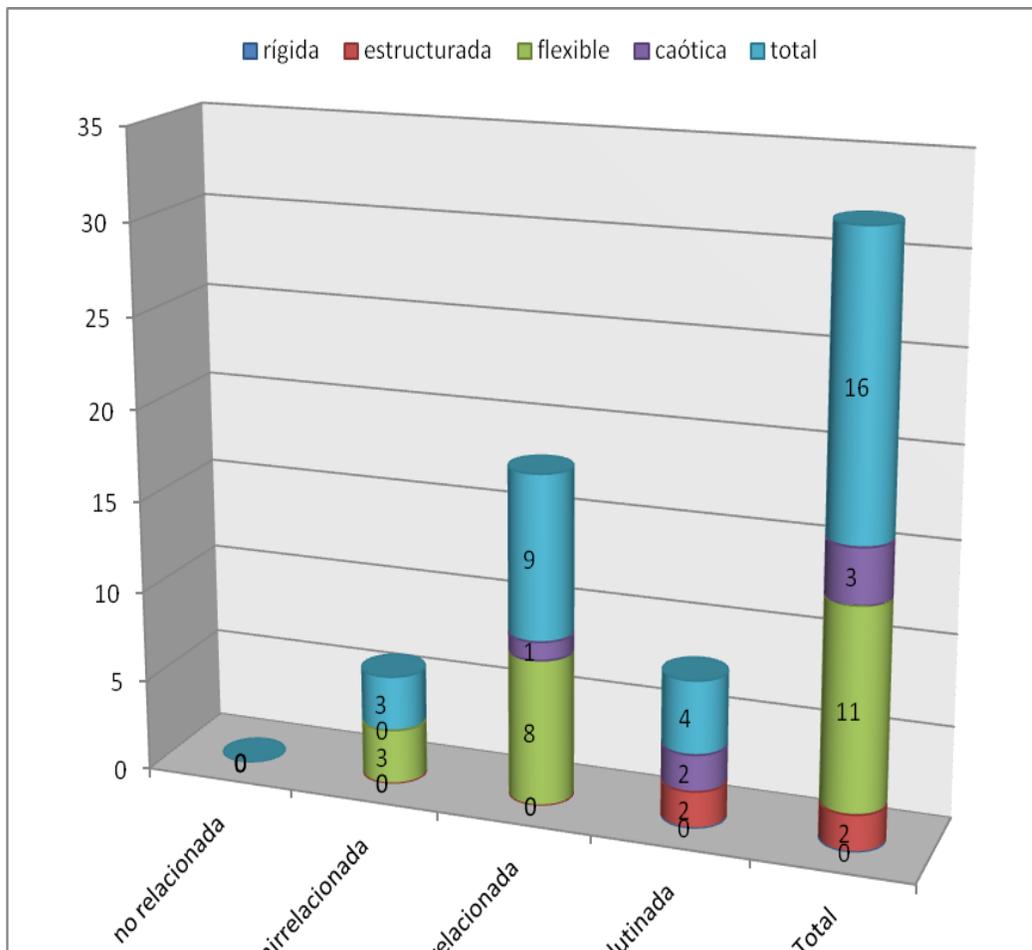
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con asma bronquial, de 6 a 14 años de edad.

Asma bronquial					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	2	2
Flexible	0	3	8		11
Caótica	0	0	1	2	3
Total	0	3	9	4	16

En el presente cuadro se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias flexibles; de la misma manera, en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias relacionadas.

Gráfica 3

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con asma bronquial, de 6 a 14 años de edad.



En la presente gráfica se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias flexibles; de la misma manera, en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias relacionadas.

Fuente: cuadro 3.

#### Cuadro 4

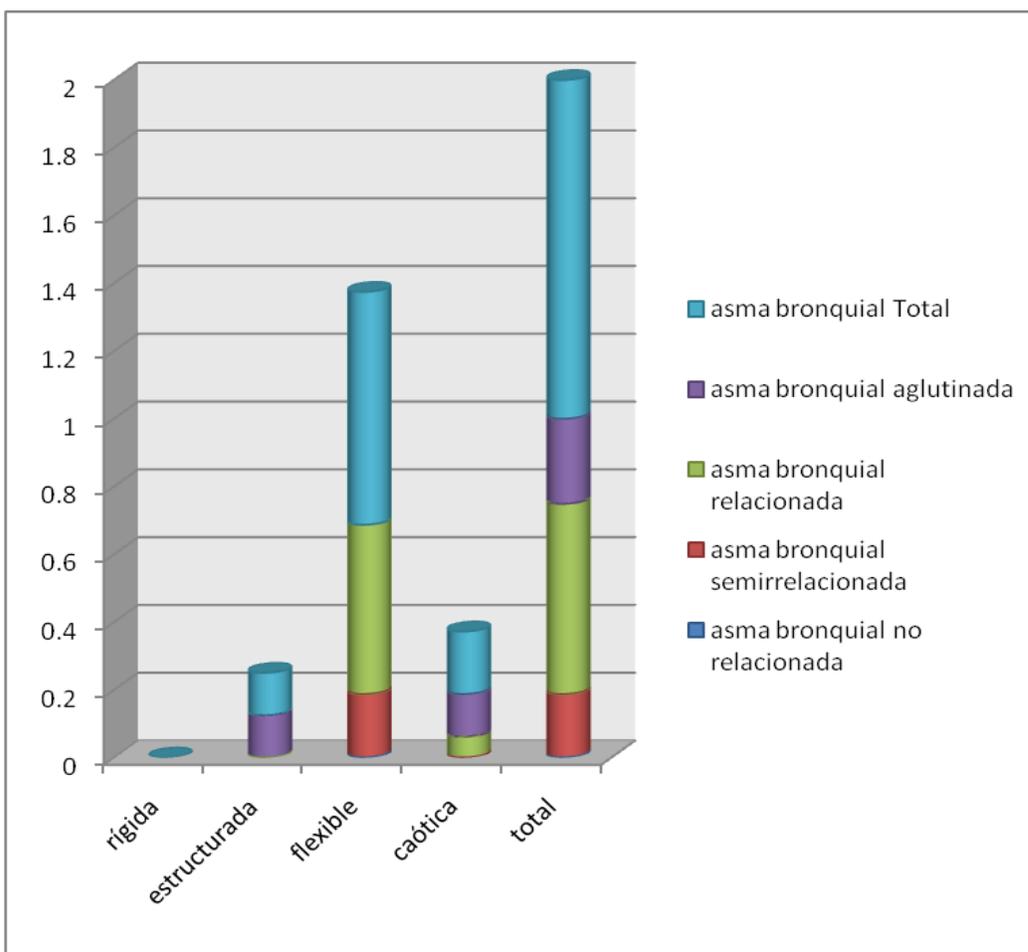
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con asma bronquial, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.

Asma bronquial					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	12.50%	12.50%
Flexible	0	18.70%	50%		68.70%
Caótica	0	0	6.20%	12.50%	18.50%
Total	0	18.70%	56.20%	25%	100%

El presente cuadro representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias flexibles representan cerca del 70 por ciento; de la misma manera, en relación a la cohesión más del 50 por ciento corresponde a familias relacionadas.

Gráfica 4

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con asma bronquial, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.



La presente gráfica representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias flexibles representan cerca del 70 por ciento; de la misma manera, en relación a la cohesión más del 50 por ciento corresponde a familias relacionadas.

Fuente: cuadro 4.

Cuadro 5

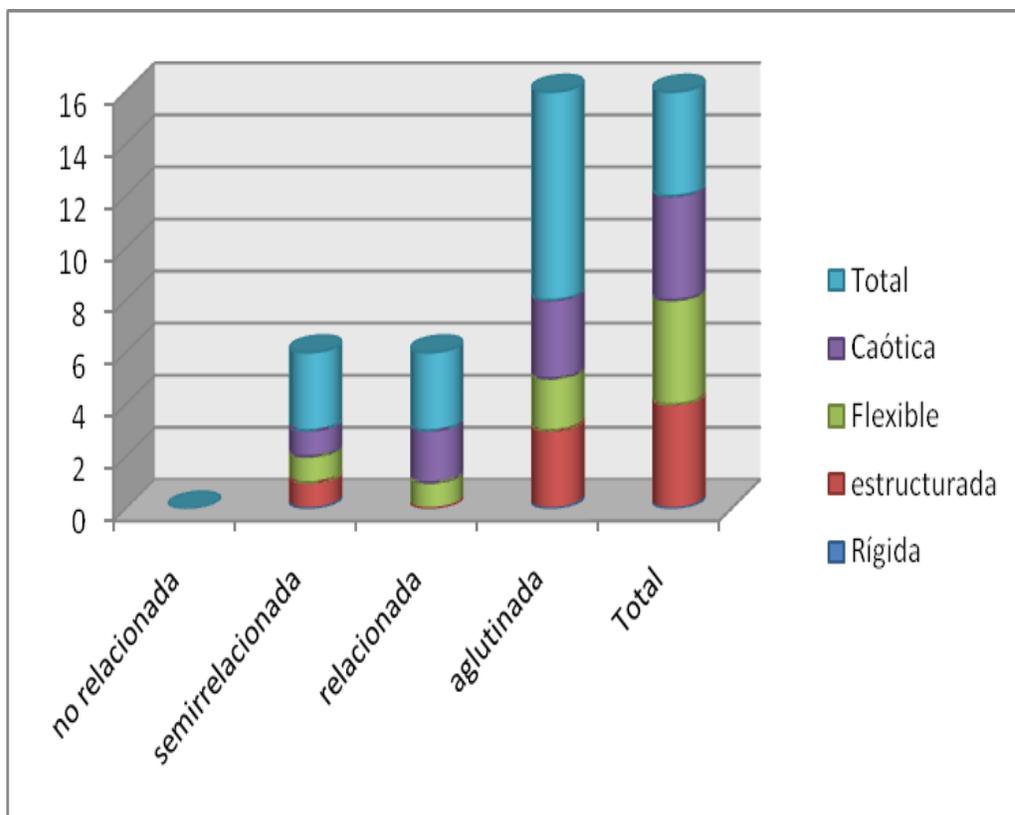
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con colitis, de 6 a 14 años de edad.

Colitis					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	1	0	3	4
Flexible	0	1	1	2	4
Caótica	0	1	2	3	6
Total	0	3	3	8	14

En el presente cuadro se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias caóticas; mientras que en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias aglutinadas.

Gráfica 5

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con colitis, de 6 a 14 años de edad.



En la presente gráfica se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias caóticas; mientras que en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias aglutinadas.

Fuente: cuadro 5

Cuadro 6

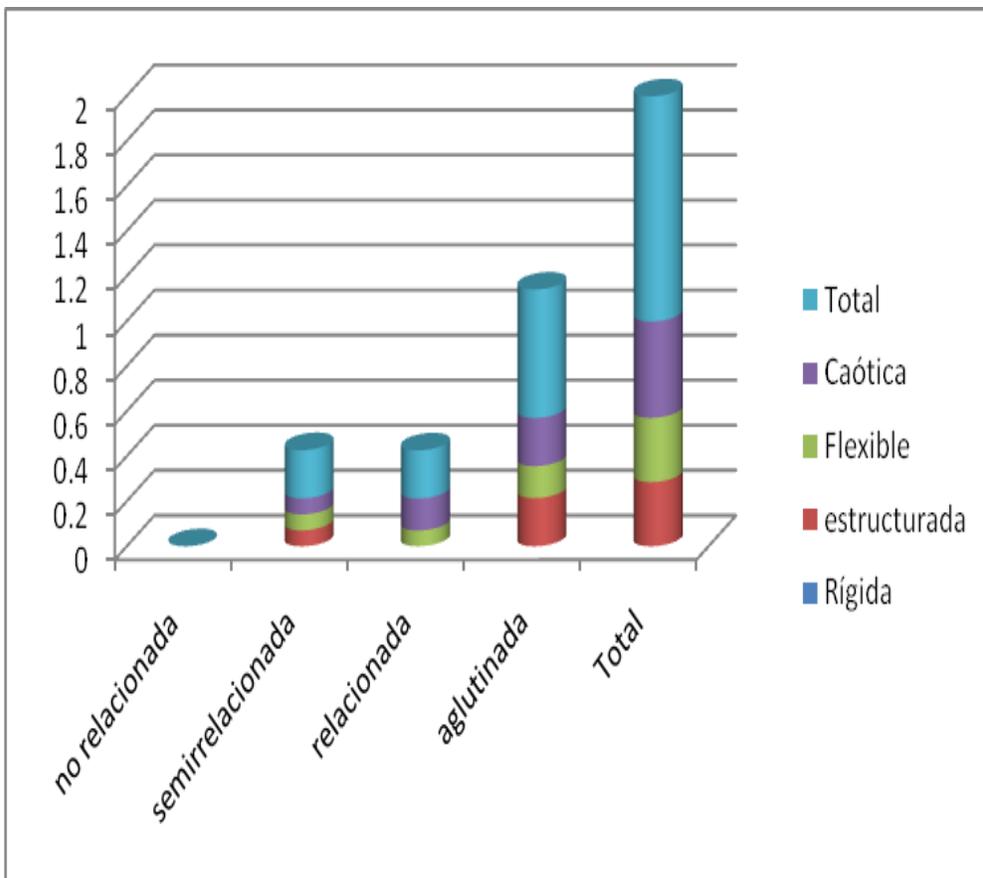
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con colitis, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.

Colitis					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	7.10%	0	21.40%	28.50%
Flexible	0	7.10%	7%	14.20%	28.50%
Caótica	0	7.10%	14.20%	21.40%	42.80%
Total	0	21.40%	21.40%	57%	100%

El presente cuadro representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias caóticas representan más del 40 por ciento; de la misma manera, en relación a la cohesión más del 50 por ciento corresponde a familias aglutinadas.

Gráfica 6

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con colitis, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.



La presente gráfica representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias caóticas representan más del 40 por ciento; de la misma manera, en relación a la cohesión más del 50 por ciento corresponde a familias aglutinadas.

Fuente: cuadro 6

Cuadro 7

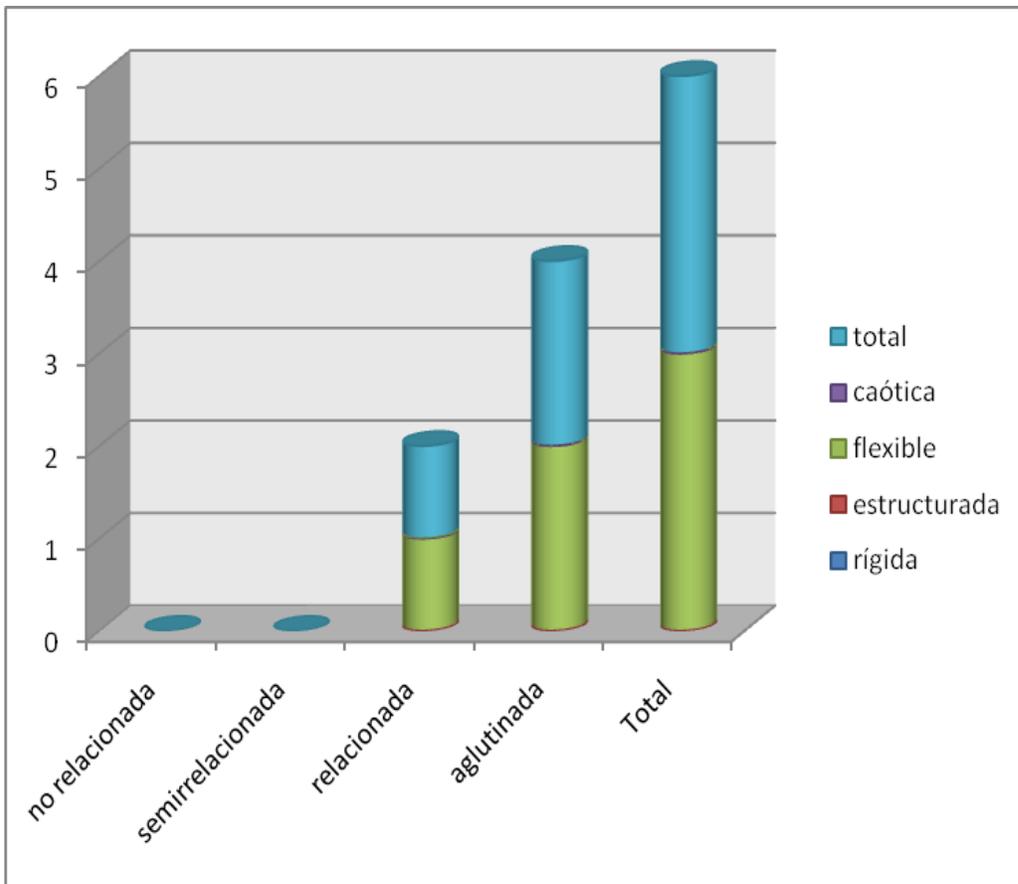
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con gastritis, de 6 a 14 años de edad.

Gastritis					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	0	0
Flexible	0	0	1	2	3
Caótica	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	2	3

En el presente cuadro se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias flexibles; mientras que en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias aglutinadas.

Gráfica 7

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con gastritis, de 6 a 14 años de edad.



En la presente gráfica se observa que en relación a la adaptabilidad la mayoría son familias flexibles; mientras que en relación a la cohesión la mayoría corresponde a familias aglutinadas.

Fuente: cuadro 7

## Cuadro 8

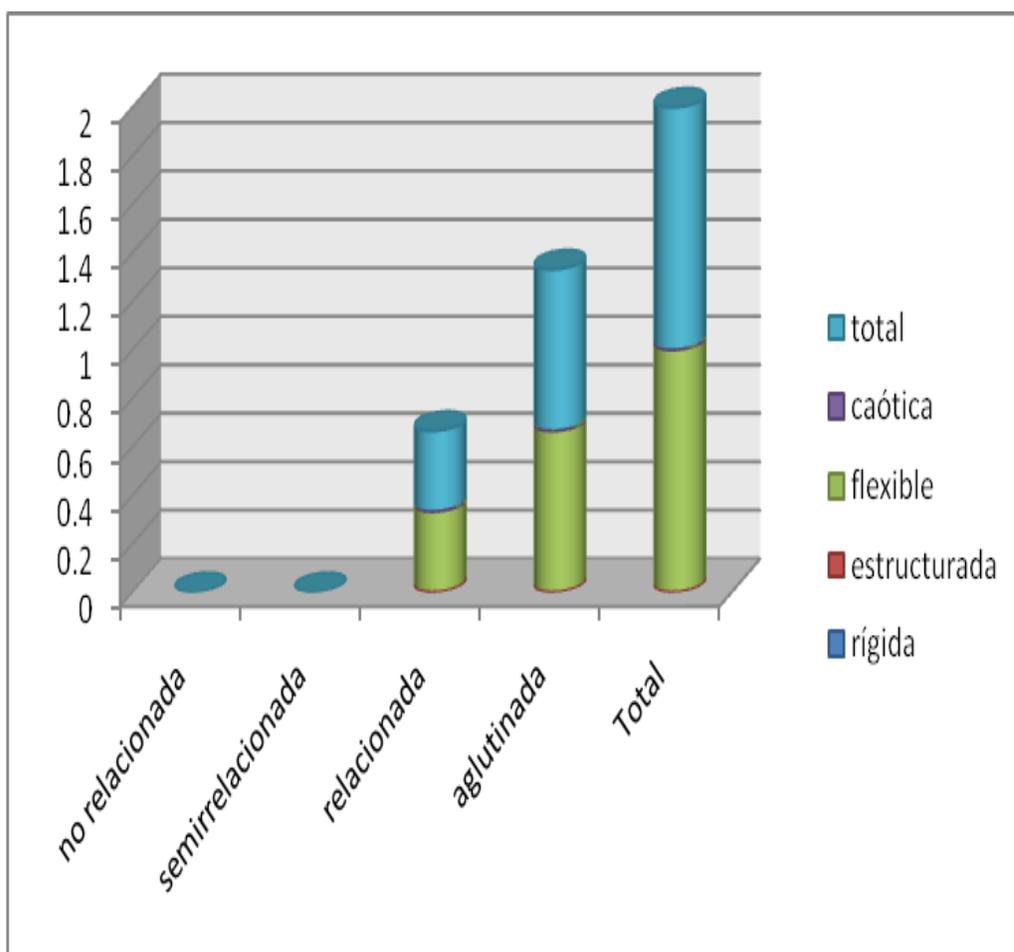
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con gastritis, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.

Gastritis					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	0	0
Flexible	0	0	33.3%	66.6%	100%
Caótica	0	0	0	0	0
Total	0	0	33.3%	66.6%	100%

El presente cuadro representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias flexibles representan el cien por ciento; en relación a la cohesión más del 60 por ciento corresponde a familias aglutinadas.

Gráfica 8

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con gastritis, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.



La presente gráfica representa el valor porcentual de las familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias flexibles representan el cien por ciento; en relación a la cohesión más del 60 por ciento corresponde a familias aglutinadas.

Fuente: cuadro 8

Cuadro 9

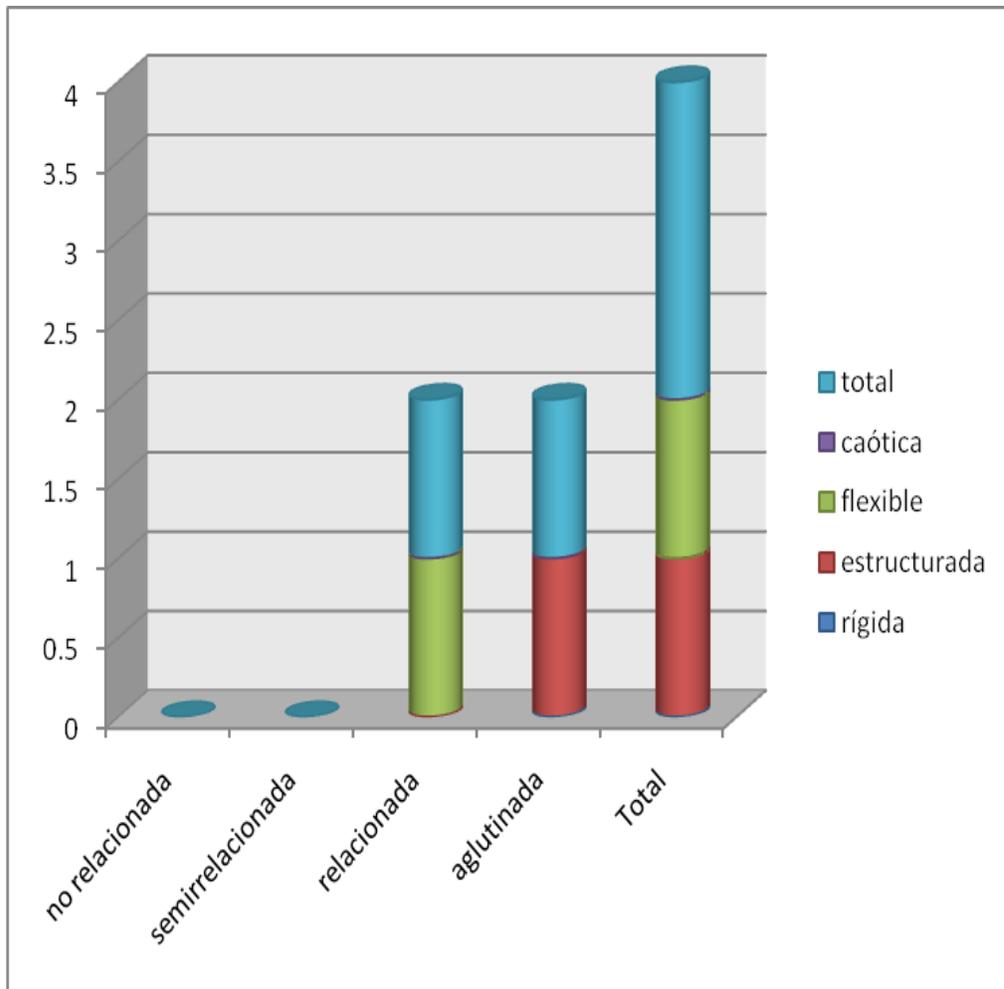
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con alopecia, de 6 a 14 años de edad.

Alopecia					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	1	1
Flexible	0	0	1	0	1
Caótica	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	1	2

En el presente cuadro se observa que en relación a la adaptabilidad de las dos familias estudiadas, una es estructurada mientras la otra es flexible; de la misma manera, en relación a la cohesión una resultó ser relacionada mientras que la otra es aglutinada.

Gráfica 9

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con alopecia, de 6 a 14 años de edad.



En la presente gráfica se observa que en relación a la adaptabilidad de las dos familias estudiadas, una es estructurada mientras la otra es flexible; de la misma manera, en relación a la cohesión una resultó ser relacionada mientras que la otra es aglutinada.

Fuente: cuadro 9

Cuadro 10

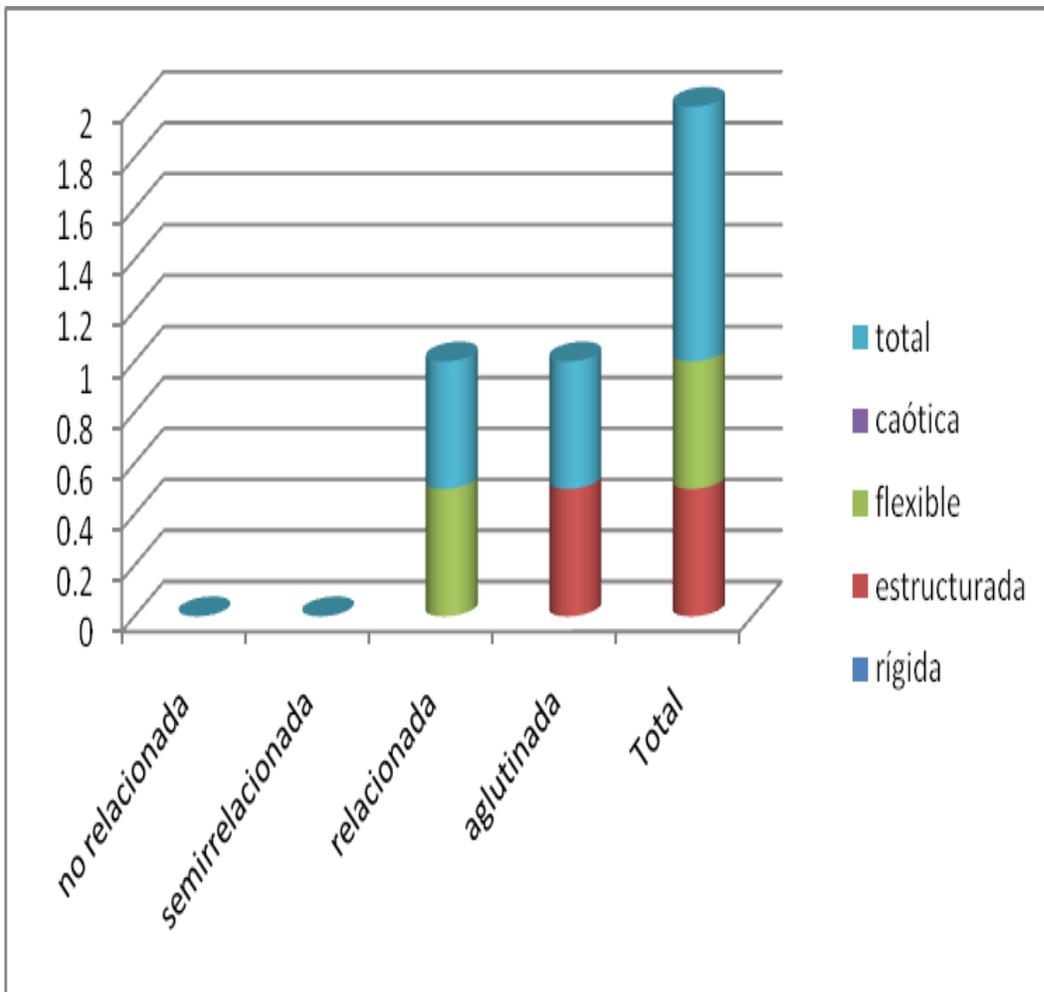
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con alopecia, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.

Alopecia					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	0	0	0	0	0
Estructurada	0	0	0	50%	50%
Flexible	0	0	50%	0	50%
Caótica	0	0	0	0	0
Total	0	0	50%	50%	100%

El presente cuadro representa el valor porcentual de las dos familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias el 50 por ciento son flexibles y el 50 por ciento estructuradas; de la misma manera, en relación a la cohesión el 50 por ciento corresponde a familias relacionadas y el 50 por ciento a aglutinadas.

Gráfica 10

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con alopecia, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.



La presente gráfica representa el valor porcentual de las dos familias estudiadas. Se observa que en relación a la adaptabilidad las familias el 50 por ciento son flexibles y el 50 por ciento estructuradas; de la misma manera, en relación a la cohesión el 50 por ciento corresponde a familias relacionadas y el 50 por ciento a aglutinadas.

Fuente: cuadro 10

Cuadro 11

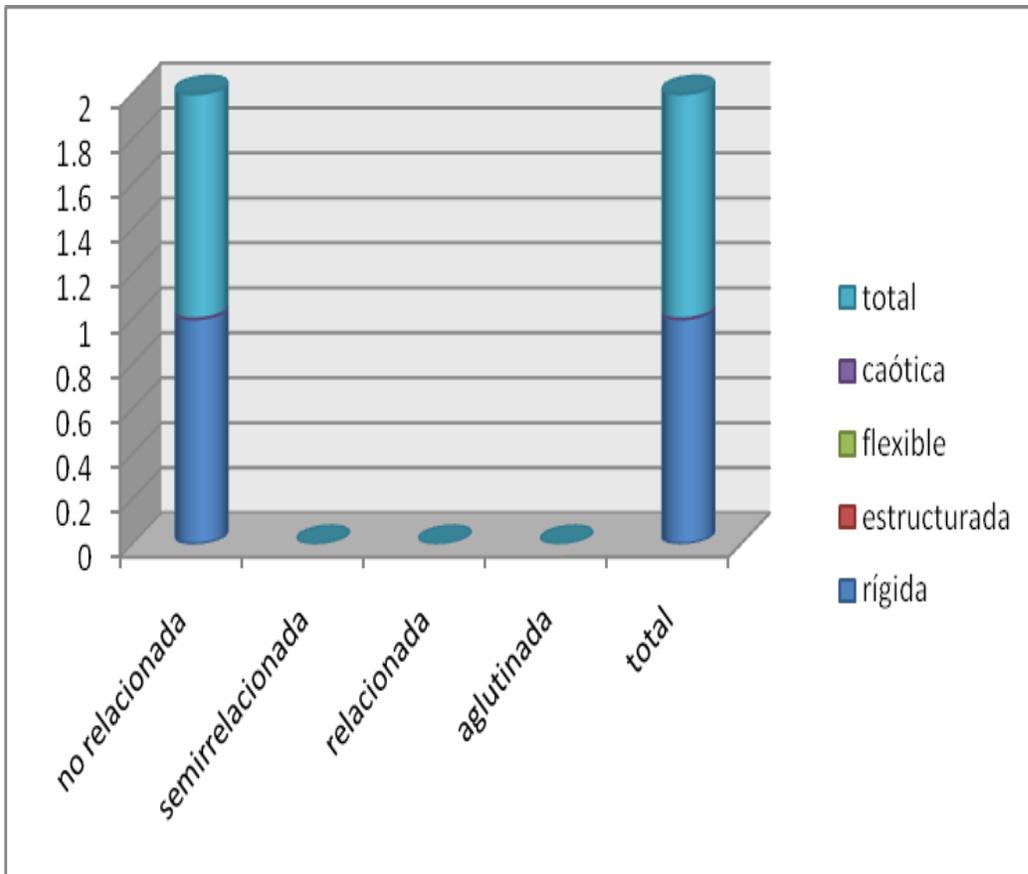
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con vitiligo, de 6 a 14 años de edad.

Vitiligo					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	1	0	0	0	1
Estructurada	0	0	0	0	0
Flexible	0	0	0	0	0
Caótica	0	0	0	0	0
Total	1	0	0	0	1

En el presente cuadro se observa que en relación a la adaptabilidad la única familia estudiada resultó ser rígida, y en relación a la cohesión, no relacionada.

Gráfica 11

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con vitiligo, de 6 a 14 años de edad.



En la presente gráfica se observa que en relación a la adaptabilidad la única familia estudiada resultó ser rígida, y en relación a la cohesión, no relacionada.

Fuente: cuadro 11

Cuadro 12

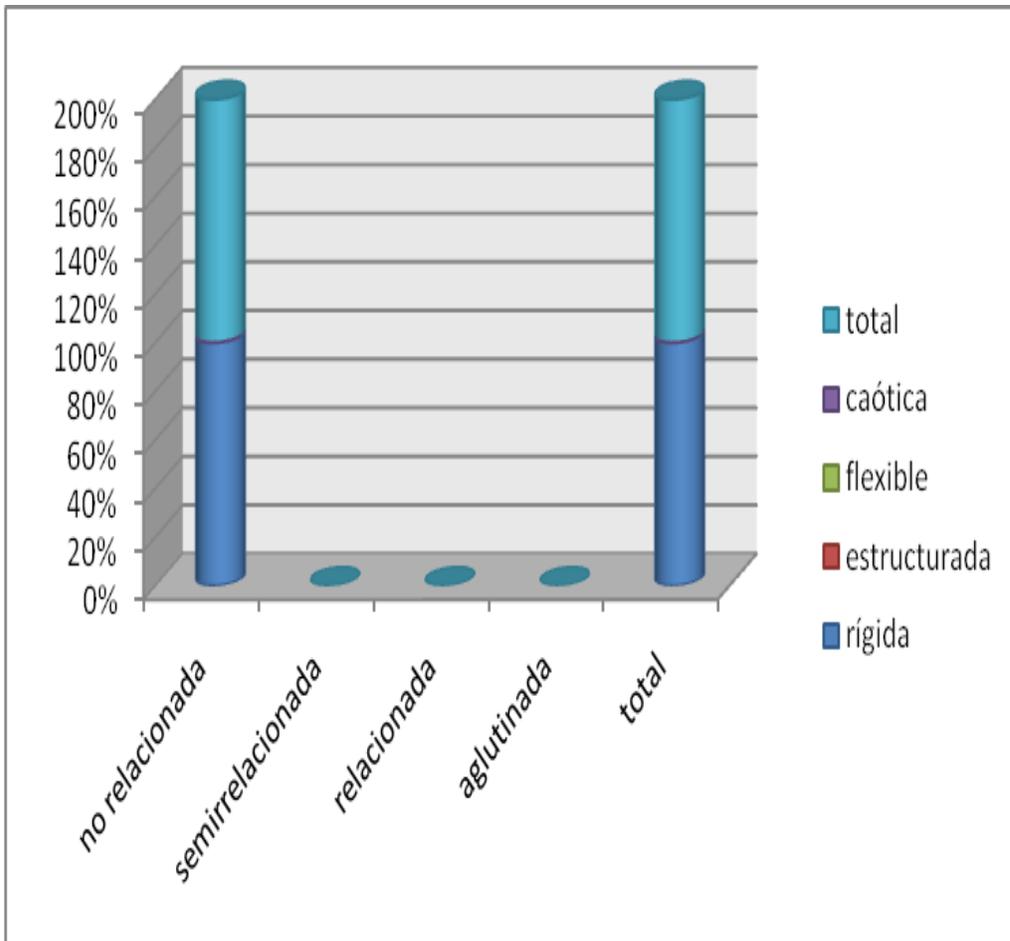
Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con vitiligo, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.

Vitiligo					
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
Rígida	100%	0	0	0	100%
Estructurada	0	0	0	0	0
Flexible	0	0	0	0	0
Caótica	0	0	0	0	0
Total	100%	0	0	0	100%

El presente cuadro representa el valor porcentual de la familia estudiada. Se observa que el 100 por ciento corresponde a una familia rígida no relacionada.

Gráfica 12

Cohesión y adaptabilidad en la familia con un miembro con vitiligo, de 6 a 14 años de edad; expresado en valor porcentual.



La presente gráfica representa el valor porcentual de la familia estudiada. Se observa que el 100 por ciento corresponde a una familia rígida no relacionada.

Fuente: cuadro 12

## **DISCUSION:**

En el presente estudio se ha podido identificar, de acuerdo a los datos obtenidos a través de los instrumentos de evaluación familiar, que en la mayoría de las familias encuestadas, presentan aglutinación o amalgamiento; de esta manera se puede explicar que, la aparición de enfermedades psicosomáticas en los niños de 6 a 14 años está relacionada con la aglutinación en el núcleo familiar.

En cuanto a la adaptabilidad encontramos que la mayoría corresponde a familias flexibles; de modo que podemos observar que existe una correlación entre la flexibilidad del círculo familiar y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas en el grupo etario estudiado.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (7) menciona que para que en una familia se origine enfermedad psicosomática debe haber las siguientes condiciones:

1. Tener un hijo o hija que sea fisiológicamente vulnerable.
2. Que en la familia existan cuatro modalidades de interacción específica:
  - a. Amalgama familiar
  - b. Marco estático o rígido.
  - c. Sobreprotección.
  - d. Evasión de conflictos

De esta manera, concuerda con el resultado encontrado en este estudio, en relación a la amalgama o aglutinación familiar al estudiar la cohesión; pero no en cuanto a la rigidez, ya que en este estudio se encontró flexibilidad al estudiar la adaptabilidad familiar.

Rodríguez Orozco y cols. En su estudio "perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático" (11) encontró una relación entre el asma y la aglutinación similar a lo encontrado en este estudio en relación a la cohesión. Sin embargo Rodríguez menciona una relación con la rigidez en cuanto a la adaptabilidad; mientras que en el presente estudio encontramos que predomina la flexibilidad.

Estas diferencias en la adaptabilidad familiar se deben explicar por diferencias en factores socioculturales de cada región estudiada.

Dichas diferencias en los resultados obtenidos, pueden explicarse también por los diferentes instrumentos de medición utilizados para valorar la enfermedad psicósomática del niño, (en nuestro caso el cuestionario PSC-Y), así como para el análisis de la cohesión y la adaptabilidad familiar en los grupos estudiados. Rodríguez Orozco y cols. Utilizaron la escala de funcionalidad familiar de Emma Espejel Acco para conocer el funcionamiento familiar, mientras que en el presente estudio se utilizó la escala de FACES III.

## **CONCLUSIONES:**

A través de éste estudio, se observó la dinámica familiar, y su influencia sobre la aparición de enfermedades psicosomáticas en los niños de 6 a 14 años, partiendo de la capacidad de adaptabilidad y de la cohesión familiares.

De esta manera, se encontró que la mayoría de las familias que cuentan con al menos un miembro en este grupo etario y con datos clínicos compatibles con enfermedad psicosomática; corresponden a familias aglutinadas, según la cohesión; Así mismo, se encontró que la flexibilidad fue un factor importante, ya que estudiando a las familias de acuerdo a la adaptabilidad se encontró que la mayoría son familias flexibles, lo cual debe estar relacionado a factores ambientales, socioeconómicos y culturales.

De esta manera se puede concluir que tanto la flexibilidad, como la aglutinación dentro del sistema familiar, favorecen o se relacionan con la aparición de enfermedad psicosomática en los niños de 6 a 14 años de edad.

Cornella J. Canals I. (6) mencionan que los trastornos por somatización pueden alcanzar una incidencia de casi un 4% en una consulta pediátrica de atención primaria; mientras que Pedreira J.L. (13) menciona “los pediatras identificaban los factores psicológicos asociados con las presentaciones somáticas de un 33% a un 55% de los niños/as”. De esta manera debemos tener en mente que la valoración y detección temprana de los trastorno psicosomáticos en los niños no debe ser solo una prueba complementaria más, si no una mejor forma de diagnosticar y tratar a nuestros pacientes que, en ocasiones, se han

cansado de ser estudiados y valorados por múltiples médicos, así como haber sido sometidos a infinidad de tratamientos sin encontrar alivio a sus malestares.

La alternativa al tratamiento debe ser el diagnóstico temprano, y la anticipación del médico a la aparición de la enfermedad, a través de un enfoque sistémico de la familia que permita observar la aglutinación y la flexibilidad del núcleo familiar en estudio, para anticipar oportunamente los factores de riesgo que determinan la aparición de enfermedad psicósomática en la población pediátrica.

El presente trabajo tiene como limitantes, en primer lugar que se intentó englobar las patologías más frecuentemente presentadas en la clínica en estudio, lo cual provoca diferencias en los resultados, tal vez sea necesario estudiar cada una de ellas por separado y posteriormente realizar estudios comparativos.

Otra limitante es que solo medimos cohesión y adaptabilidad, en relación al funcionamiento familiar, quizás se deba profundizar más acerca de la tipología familiar, la estructura de las familias estudiadas y otras variables que pueden ser intervinientes en el resultado final del estudio.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

### **INTERNACIONAL:**

- 3.- Zegers B, Larrín M.E., Polaino-Lorente A., Trapp A. , Díez I. validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr vol.41 n.1 Santiago ene 2003
- 4.- Martínez-Pampliega A. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health, mayo 2006, vol.6 n. 2 pag 317-338.
- 7.- Pierre-Pichot. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) editorial MASSON.S.A.1995, pag 457.
- 8.- Reijneveld Sijmen A. El uso de la pediatric symptom checklist para detección de problemas psicosociales en los niños la atención sanitaria preventiva, BioMedCentral Public Health, 2006, 6: 197.
- 9.- Jenllinck M.S. identifying psychosocial dysfunction in school-age children: the pediatric symptom checklist as a self-report measure, Psychol Sch . 2000 March 1; 37(2): 91–106.
- 10.- George M. adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud en escolares de 1º básico. Rev de psicología, vol v, años 1994-1995.

11.- Rodríguez-Orozco A.R. perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicossomática con un hijo asmático. Salud mental. enero-febrero 2008.Vol.31, n. 1, pag 63-68.

12.- Diccionario MOSBY medicina , enfermería y ciencias de la salud. 5ª edición, Editorial Harcourt, pag 26,265.

13.- Pedreira J.L. los trastornos psicossomáticos en la infancia y adolescencia, Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc, 2001,vol, 3 n. 1: pag 35.

#### NACIONAL:

1.- Huerta-González J.L. estudio de salud familiar, PAC MF 1 tomo 4, Colegio Mexicano de Medicina Familiar.

2.- Archivos de medicina familiar, medigrafic, aspectos básicos para el estudio de las familias, 2005, vol 7 supl 1, 15-19.

5.-Mendoza-Solis L.A. Analisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, archivos de medicina familiar, 2006 vol 8, n. 1 pag 27-32

6.- Cornella J., Canals I., Trastornos psicossomáticos, Pediatría Integral, órgano de expresión de la sociedad de pediatría extrahospitalaria y atención primaria,nov 2008, vol 12 n. 9 pag 889-897

# ANEXO 1

## CUESTIONARIO (PSC-Y)

La salud física y emocional van juntas. Usted pueda ayudar al doctor/a a obtener el mejor servicio posible, contestando unas pocas preguntas acerca de usted. La información que nos de es parte de la visita de hoy.

Indique cual síntoma mejor describe a su niño/a:

		NUNCA	ALGUNAS	SEGUIDO
1. Se queja de dolores y malestares	1	_____	_____	_____
2. Pasa mucho tiempo solo(a)	2	_____	_____	_____
3. Se cansa fácilmente, poca energía	3	_____	_____	_____
4. Es inquieto(a)	4	_____	_____	_____
5. Problemas con un maestro(a)	5	_____	_____	_____
6. Menos interesado en la escuela	6	_____	_____	_____
7. Es incansable	7	_____	_____	_____
8. Es muy sonador	8	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	9	_____	_____	_____
10. Temeroso(a) a nuevas situaciones	10	_____	_____	_____
11. Se siente triste, infeliz	11	_____	_____	_____
12. Es irritable, enojon	12	_____	_____	_____
13. Se siente sin esperanzas	13	_____	_____	_____
14. Tiene problemas para concentrarse	14	_____	_____	_____
15. Menos interesado(a) en amigos(as)	15	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños(as)	16	_____	_____	_____
17. Falta a la escuela a menudo	17	_____	_____	_____
18. Están bejando sus calificaciones	18	_____	_____	_____
19. Se critica a si mismo(a)	19	_____	_____	_____
20. Va al doctor y no encuentran nada	20	_____	_____	_____
21. Tiene problemas para dormir	21	_____	_____	_____
22. Se preocupa mucho	22	_____	_____	_____
23. Extranas a tus padres	23	_____	_____	_____
24. Cree que eres malo(a)	24	_____	_____	_____
25. Se pone en peligro sin necesidad	25	_____	_____	_____
26. Se lastima fácilmente	26	_____	_____	_____
27. Parece divertirse menos	27	_____	_____	_____
28. Actúa como un niño a su edad	28	_____	_____	_____
29. No obedece reglas	29	_____	_____	_____
30. No demuestra sus sentimientos	30	_____	_____	_____
31. No comprende el sentir de otros	31	_____	_____	_____
32. Molesta a otros	32	_____	_____	_____
33. Culpa a otros de sus problemas	33	_____	_____	_____
34. Toma cosas que no le pertenecen	34	_____	_____	_____
35. Se rehusa a compartir	35	_____	_____	_____

Total \_\_\_\_\_

Necesita usted ayuda con problemas de comportamiento, emocionales o aprendizaje? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

## ANEXO 2.

Fases III Olson DH, Porther J, Laves Y.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Describe a su familia

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

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes Actividad	Periodo 2012											
	Ene- ro	Febre- ro	Marzo	Abril	Mayo	junio	Ju- lio	Agosto	Sept	Oct.	Nov	Dic.
planteamiento del problema	X											
elaboración de hipótesis	X											
formulación de objetivos		X										
estructurar la justificación		X										
elaboración de marco teórico		X										
elaboración de antecedentes científicos		X										
Presentación en SIRELCIS			X									
correcciones				X	X							
identificar los casos a estudiar							X					
realización y aplicación de encuestas								X	X			
captura y análisis de datos										X	X	
Conclusiones y presentación del estudio												X

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN**

### **PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA**

Lugar y Fecha: Agosto de 2012, UMF No. 64 Morelos, Coahuila.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON ENFERMEDAD PSICOSOMATICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 64 MORELOS, COAHUILA Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No. 506

El objetivo del estudio es: Analizar la cohesión y la adaptabilidad en la familia del niño con enfermedad psicósomática en la unidad de medicina familiar # 64 Morelos, Coahuila

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: la aplicación de una encuesta en la que se pide información para saber cómo es el subsistema conyugal, Preguntas en las que se involucra la relación 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: no se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar.

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 del 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 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.

---

Nombre y firma del paciente

Dr. Sergio Andrade Briceño mat.99054178

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio: 8781027642

Testigos

---

Testigo 1

Testigo 2

**DR. SERGIO ANDRADE BRICEÑO**  
**MEDICO GENERAL.**  
**CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MEDICINA FAMILIAR.**