

# Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar

Association of kind and family life cycle with the presence of psychosomatic problems in an academic family practice outpatient setting

Maria Cuba-Fuentes<sup>1,2,a,b</sup>, Zoila Romero-Albino<sup>3,a</sup>, Yuri Cuellar-De la Cruz<sup>4,c</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la relación entre el tipo de familia y el ciclo vital familiar con el desarrollo de problemas psicosomáticos en pacientes que acudieron al consultorio de medicina familiar. **Material y métodos:** Estudio observacional de corte transversal, en el que se revisaron las historias clínicas de un consultorio docente de medicina familiar y se buscó asociación entre el tipo de familia y ciclo vital familiar con el desarrollo de problemas psicosomáticos. **Resultados:** Se encontró un mayor porcentaje de familias nucleares según el tipo familiar y en plataforma de despegue según el ciclo vital familiar, se encontró en un 41% del total de la muestra con al menos un problema psicosomático en la historia clínica. No se encontró asociación entre el tipo de familia y el ciclo vital familiar con el desarrollo de problemas psicosomáticos. **Conclusiones:** El desarrollo de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar no está asociado con el tipo de familia ni con el ciclo vital familiar.

PALABRAS CLAVE: Familia, núcleo familiar, trastornos psicofisiológicos. (Fuente: DECS BIREME)

## SUMMARY

**Objectives:** Determine an association of kind of family and family life cycle with the presence of psychosomatic problems in an academic family practice outpatient setting. **Methods:** Cross-sectional study that involved revision of patient's charts in an outpatient setting. **Results:** A higher proportion of nuclear families was found, 41% had at least one psychosomatic problem. No association between kind of family and family life cycle with the development of psychomotor problems was found. **Conclusions:** Psychosomatic problems are not related with kind of families or family life cycle in an academic family practice outpatient setting.

KEYWORDS: Family, Psychophysiological disorders (Source: DECS BIREME)

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, EsSALUD. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Gerencia de Prestaciones Primarias de la Salud, EsSALUD. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médica Especialista en Medicina Familiar.

<sup>b</sup> Magister en Gerencia Social.

<sup>c</sup> Médico Residente de Medicina Familiar.

## INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad, se produce en un contexto social. La familia se encuentra en el corazón de este. Hacer del contexto social del paciente una parte explícita de la atención médica, conociendo que este afecta a cada paso del proceso de toma de decisiones clínicas, desde lo básico hasta lo más complejo, es parte del paradigma de la práctica del médico familiar (1).

Existe una relación recíproca entre un sistema familiar saludable y la salud física y mental de sus miembros. Un entendimiento del ciclo vital familiar y del ciclo individual, puede ayudar al proveedor a hacer una hipótesis acerca de los problemas que está experimentando esa familia (2).

En el curso de este desarrollo, la familia suele pasar por transiciones predecibles: el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la escolaridad, la adolescencia, el ingreso de los hijos al ámbito laboral, la salida de los hijos del hogar, la jubilación y la viudez, a estas transiciones las denominamos ciclo vital familiar (3).

Existen además otras clasificaciones de la familia no relacionadas a su formación, expansión o contracción, sino relacionadas al tipo de miembros que la conforman, las familias pueden ser nucleares, cuando viven los padres e hijos; monoparentales, cuando solo uno de los padres viven con el o los hijos; extendidas, cuando conviven tres generaciones en la familia y ampliada, cuando viven otros familiares como tíos o primos junto a la familia nuclear (4).

Los síntomas físicos y enfermedades pueden influir en el estado emocional de la familia y su comportamiento causando disfunción en las relaciones familiares y en el sistema familiar, que puede generar estrés y llevar a la enfermedad física de otros miembros. Lo opuesto también ocurre, cuando un problema familiar, ya sea relacionado al ciclo vital y los desafíos que implica afectan a los miembros de la familia de una u otra forma (5).

Existen pocos estudios que evalúen la relación entre el desarrollo de problemas psicosomáticos con el tipo de familia y el ciclo vital familiar, a nivel internacional un estudio realizado en España por De la Revilla encontró que, los individuos que viven en familias monoparentales y las familias en extensión con adolescentes o las familias en contracción muestran mayor riesgo de presentar problemas psicosociales (6).

En Latinoamérica y en nuestro país, existen pocos estudios que evalúen esta relación considerando que los problemas psicosociales influyen en el desarrollo dentro del ciclo vital familiar y según el tipo de familia y viceversa (7,8).

La descripción de los tipos de familia y ciclos familiares a las que pertenecen los pacientes que acuden al consultorio de medicina familiar, nos permitirá conocer mejor el contexto proximal de estos pacientes y determinar si este contexto se relaciona con la aparición de problemas psicosociales.

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el tipo de familia y el ciclo vital familiar con el desarrollo de síntomas psicosomáticos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas orientadas al problema de los pacientes que acudieron al consultorio de medicina familiar en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo entre 1° de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2011. En este lapso se atendieron 230 pacientes, teniendo en cuenta que el consultorio funciona un turno a la semana y usualmente se atienden entre 3 a 4 pacientes por turno.

Se incluyeron a los pacientes con historias clínicas que tenían completa la lista de problemas, base de datos y plan de trabajo.

Se calculó un tamaño de muestra mínimo de 93 historias clínicas con un error alfa de 0,05 y un beta 0,20, se analizaron un total 122 historias clínicas de los pacientes.

Se confeccionó una ficha de recojo de información, que incluyó datos sociodemográficos: edad, sexo, trabajo habitual, escolaridad y lugar de residencia. Además, datos del tipo de problema consignado en la historia clínica que de acuerdo a su naturaleza se clasificó en agudo cuando la duración era menor de 6 meses o crónico cuando la duración fue mayor de 6 meses; se verificó la presencia de problemas psicosomáticos: ansiedad, depresión, problemas familiares, lumbalgia, cefalea, cervicalgia y dispepsia. La presencia de problemas psicosomáticos se consideró variable dicotómica, y la presencia de uno de estos problemas consignado en la historia clínica fue tomado como criterio para definir que existió un problema psicosomático.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

El tipo de familia se clasificó en: a) nuclear, cuando conviven los cónyuges y los hijos; b) extendida, familias de tres generaciones; c) ampliada, familias en las que conviven abuelos, hermanos, tíos, primos, todos unidos por lazos de consanguinidad; d) reconstituida, familias en que uno de los cónyuges o ambos son divorciados y en el hogar conviven hijos de al menos uno de los progenitores y e) equivalente familiar, individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional o personas solas (3,10).

El ciclo vital familiar de los pacientes se catalogó de acuerdo a la clasificación de Duvall: *Comienzo de la familia*: familia en nido vacío que comienza con el enamoramiento, noviazgo y que culmina con el matrimonio; *Familia con nacimiento del primer hijo*: hasta que este cumple 30 meses; *Familia con hijos preescolares*: el hijo mayor entre 30 meses y 6 años;

**Tabla 1.** Características sociodemográficas (n=122).

	n	%
<b>Edad</b>		
<16a	1	0,8
18 a 30	19	15,6
31 a 59	55	45,1
≥60	47	38,5
<b>Sexo</b>		
Femenino	80	65,6
Masculino	42	34,4
<b>Instrucción</b>		
Iltrado	5	4,1
Primaria	24	19,7
Secundaria	49	40,2
Superior Técnico	13	10,7
Profesional	24	19,7
Otro	7	5,7
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	38	31,1
Pensionista	16	13,1
Obrero	12	9,8
Empleado	33	27,0
Independiente	18	14,8
Empresario	1	0,8
Estudiante	4	3,3

*Familia con hijos escolares*: hijo mayor entre 6 y 13 años; *Familia con hijo adolescente*: hijo mayor entre 13 y 20 años; *Familia en plataforma de despegue*: desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último; *Familias maduras*: desde el nido vacío hasta la jubilación y *Familias ancianas*: desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos (3,10).

Los datos se analizaron en el programa SPSS v19, obteniendo frecuencias y porcentajes de las variables. Se analizó el cruce de variables entre la presencia de síntomas psicósomáticos con el tipo de familia y el ciclo vital familiar como variables categóricas, utilizando el Chi cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher siendo la medida simétrica la V de Cramer.

Los datos se analizaron en el programa SPSS v.19, obteniendo frecuencias y porcentajes de las variables. Se analizó el cruce de variables entre la presencia de síntomas psicósomáticos con el tipo de familia y el ciclo vital familiar como variables categóricas, utilizando Chi cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher siendo la medida simétrica la V de Cramer.

El estudio fue aprobado por el Comité de docencia y capacitación del centro asistencial, después de hacer la consulta al Comité de Ética de la Red Asistencial Rebagliati de EsSalud.

**Tabla 2.** Características familiares (n=122).

	n	%
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	48	39,3
Monoparental	9	7,4
Reconstituida	10	8,2
Extendida	40	32,8
Ampliada	6	4,9
Equivalente familiar	9	7,4
<b>Ciclo familiar</b>		
Pareja sin hijos	8	6,6
Nacimiento del primer hijo	3	2,5
Familia con hijo pre escolar	2	1,6
Familia con hijo escolar	9	7,4
Familia con hijo adolescente	30	24,6
Plataforma de despegue	61	50,0
Familia anciana	5	4,1
Persona sola	4	3,3

## RESULTADOS

El 65% de la población de estudio fue de sexo femenino. El 45% pertenecía al grupo etario de 31 a 59 años, 40% tenían grado de instrucción de nivel secundario y 30% educación superior. (Tabla 1).

La distribución del tipo de familia y el ciclo vital familiar se muestran en la tabla 2; entre la familia nuclear y la extendida sumaron 72,1% y en ciclo vital familiar, plataforma de despegue representó el 50%.

El 41,2% presentaron problemas psicossomáticos y 66,9% enfermedades crónicas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo femenino y presencia de síntomas psicossomáticos ( $p = 0,016$ ). No se encontró asociación con edad, grado de instrucción ni con ocupación.

No se encontró relación entre cronicidad y problemas psicossomáticos, tampoco entre tipo de familia y ciclo vital familiar con la presencia de síntomas psicossomáticos.

## DISCUSIÓN

Este estudio encontró que 41% de los consultantes presentaban síntomas psicossomáticos, estos datos concuerda con la literatura que describe que en ámbito de la atención primaria entre 30 a 60% de las consultas corresponden a este tipo de problema (9). Los datos sobre tipología familiar están de acuerdo a lo encontrado en las encuestas nacionales de familia (ENDES 2011) que también determina un mayor porcentaje de familias nucleares en el Perú (11). El ciclo en el que se encuentran las familias es representativo de la pirámide poblacional de la seguridad social de Perú en la cual la mayor parte de la población adscrita y usuaria de los servicios es adulta. Como hallazgo se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la presencia de síntomas psicossomáticos; no encontrándose asociación con el tipo de familia, ni el ciclo vital familiar, ni con otras características estudiadas.

En España, De la Revilla (6) encontró asociación entre la pertenencia a una familia monoparental y el ciclo vital familiar adolescente, con la presencia de síntomas psicossomáticos.

Nuestro estudio fue realizado en base a la revisión de historias clínicas en las que es probable que algunos diagnósticos de enfermedad psicossomática no hayan sido consignados; además no se estudiaron a todos los

miembros de la familia, lo cual hubiera podido ayudar a aclarar si algunas de las características familiares estudiadas se asociaba con la presencia de síntomas psicossomáticos en cualquiera de los miembros de la familia.

Es importante resaltar que este estudio se realizó con pacientes de la seguridad social del Perú, los cuales podrían tener características que los protegen del desarrollo de problemas psicossociales relacionados al tipo familiar y ciclo vital familiar, como son tener por lo menos un miembro de la familia con un empleo fijo, pertenecer a un nivel socioeconómico medio o medio bajo y escolaridad nivel superior en un 32% de los casos.

La familia es un factor importante en la salud de las personas, pero es necesario reconocer que existen factores que pueden tener un efecto similar o mayor cuando se trata del desarrollo de síntomas psicossomáticos; como pueden ser factores inherentes al individuo y factores de su entorno más allá de la familiar como el trabajo y los recursos externos. La salud depende de condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo. Se trata de un proceso de mejora en niveles psicológicos y sociales, como indicadores básicos de calidad de vida (12).

Es posible que un estudio prospectivo en el que se involucre a los prestadores en la recolección de datos sobre el tipo y ciclo familiar y la presencia de problemas psicossociales pudiera dar resultados diferentes, debido a que los pacientes en el nivel primario, suelen traer a la consulta muchos problemas inespecíficos y en algunos casos no se logran consignar todos en la historia clínica.

Otros estudios deberían incluir variables que puedan influir con la aparición de problemas psicossociales, como nivel económico, educativo y presencia de eventos estresantes

Esta investigación puede ayudar a focalizar la estrategia para la aproximación a un paciente con problemas psicossomáticos, no solo entendiéndolo desde su contexto inicial que es la familia, sino también desde sus características personales y los recursos que manejan, que finalmente pueden ayudar a determinar el manejo de los problemas de salud.

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

### Agradecimientos:

A las doctoras: Betzaida Baldarrago y Shirley Pumasupa, por su colaboración en la tabulación de los datos de las historias clínicas.

### Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

Los autores declaran haber realizado la presente investigación con recursos propios y no tener conflictos de interés en la realización de la presente investigación

### Contribución de autoría:

MC participó en el diseño de la investigación, recolección de datos y análisis; ZR y YC en el análisis de datos.

### Correspondencia:

María Sofía Cuba Fuentes  
Calle Micaela Bastidas 146 dpto. 101 Santa Patricia  
La Molina  
Lima, Perú.  
Correo electrónico: maria.cuba@upch.pe  
Teléfono 958914161

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feldman M, Christensen J. Behavioral medicine: A guide for clinical practice. 3era edición. New York: The McGraw Hill Companies; 2008. p.247.
2. McWhinney I, Freeman T. The Family in health and disease. In: Text book of family medicine. New York: Oxford University Press, Inc; 2009. p. 217-248.
3. De La Revilla L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol 1. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención Familiar; 1999.
4. Membrillo A, Fernández M. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 2da edición. México: Editores de textos mexicanos; 2011.
5. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. How Families affect illness: research on the family's influence in health. In: Family Oriented Primary care. New York: Springer; 1990. p. 16-27.
6. De la Revilla L, de los Ríos A, de Dios J. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. Rev Aten Primaria. 2007; 39(6):305-11.
7. Hennen BK. Estructura y función familiar. En: Shires DB, Hennen BK Medicina Familiar: Guía Práctica. México: McGraw-Hill; 1980. p. 16-22.
8. Estrada L. La ayuda terapéutica a la Familia, a través del análisis de su nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte. En: El ciclo vital de la familia. México: Editorial Grijalbo; 1982. p. 11-15.
9. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. 2da edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2006. p. 273 – 279.
10. Zenarutzabeitia A, Rodríguez JJ, López M. Atención a la Familia. En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. España: Editorial Panamericana; 2007. p.1783.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Internet). Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2011.
12. Clemens H, Jané E. Desafíos Políticos 2: Salud mental: El trabajo de la promoción de la salud para enfrentarse a una crisis creciente “una epidemia” de enfermedad mental. En: Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Madrid, España: Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. p. 30.

Recibido: 29/08/2013

Aceptado: 15/05/2014