

RELACION ENTRE EL FUNCIONALISMO FAMILIAR, EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD.*

Jorge Ramón Alchaer Alchaer. Fadlalla Bahsas Bahsas¹. Rafael Hernández Nieto.²
Pedro José Salinas¹

* Parte de la Tesis de Postgrado en Medicina Familiar

¹Postgrado de Medicina de Familia, Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

²Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Resumen

Se estudió la relación entre el funcionalismo familiar (medido por el APGAR Familiar), el estrés medido por la escala de reajuste social según eventos estresantes de Holmes y Rahe, y la ansiedad medida por la escala de Hamilton; y la relación particular del funcionalismo familiar con la edad, el sexo, el estado civil, la profesión, las enfermedades psicosomáticas, algunos riesgos de salud y el estrato socio-económico laboral. Para esto se determinó el nivel de funcionalismo familiar, de reajuste social según eventos estresantes, ansiedad y del resto de las variables en una muestra de 500 habitantes mayores de 13 años de la población de Mérida-Venezuela. Los resultados demuestran que: 1. Los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socio-económico laboral obrero, sedentarios, alcohólicos, los de profesión obrera y los adolescentes tienen una significativa tendencia a producir disfunción familiar moderada y severa. 2. El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por el sexo, el estado civil, algunas profesiones y algunos riesgos de salud. 3. El reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad, estuvieron en correlación negativa altamente significativa con el funcionalismo familiar. Se discuten los resultados obtenidos, en especial los referentes al reajuste social según eventos estresantes, ansiedad y funcionalismo familiar y las posibles consecuencias de su interrelación, concluyéndose que existe correlación entre dichas variables, y que el mayor nivel de eventos estresantes y la ansiedad tienen valor predictivo del nivel del funcionalismo familiar, aunque de modo poco relevante.

Palabras clave: Funcionalismo familiar, estrés, ansiedad, APGAR familiar, escala de reajuste social, escala de ansiedad.

Abstract

Relationship between familiar function, stress and anxiety.

The relationship between familiar function (measured by Familiar APOAR), Stress (measured by Holmes and Rahe social readjustment scale according to stressing events), and Anxiety (measured by Hamilton's scale); and the particular relationship between Familiar Function with sex, age, marital status, profession, psychosomatic diseases, some health risks, and labor, social and economic status. The level of familiar functionalism, social readjustment according to stressing event, anxiety and the remaining variables, were determined in a sample of five hundred inhabitants older than 13 years, from Mérida, Venezuela. The results showed that: 1. The subjects with higher levels of stressing events, anxiety, psychosomatic diseases, lower socioeconomic status, and/or were sedentary, alcoholics, and/or adolescents, had a significant tendency to produce moderate and severe familiar dysfunction. 2. The familiar function was not significantly influenced by sex, marital status, some professions or health risks. 3. The social readjustment according to stressing events and anxiety, showed highly significant negative correlation with familiar functions. The results obtained are discussed, specially those concerning to social readjustment according to stressing events, anxiety and familiar function and the possible consequences from their relationship; concluding that the highest level of stressing events and anxiety have predictive value of the familiar function level, although with little relevance.

Key words: Familiar function, stress, anxiety, Familiar APGAR, social readjustment scale, anxiety scale.

INTRODUCCION

Los estímulos psicosociales se han estudiado como precursores de enfermedad. Al utilizar para su estudio una visión sistémica. Bertalanfy (1982) observa como estos estímulos interactúan en el individuo desde el punto de

vista biológico y ambiental que comprenden por consiguiente factores genéticos e influencias ambientales físicas y psicosociales. Para mantener el equilibrio, los individuos actúan con mecanismos de adaptación ante noxas del medio ambiente para impedir la génesis de precursores de enfermedades

(Herrera y González, 1987). La teoría de sistemas es el enfoque dominante en la terapia familiar y está siendo utilizada cada vez más en las investigaciones sobre la familia y la salud (McWhinney, 1987). La familia es el ambiente social al cual los profesionales de la Medicina de Familia tienen acceso directo. Si a ésta la consideramos como el primer laboratorio de relaciones humanas, la célula de la sociedad, con funciones elementales como son las de dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros, podríamos señalar que para cumplir satisfactoriamente su rol con el individuo y la sociedad, la familia debe ser estudiada dentro de un concepto holístico de salud-enfermedad. Abordarla de esa manera sería lo más apropiado para obtener mejores resultados.

Varios estudios han demostrado que la percepción individual de la disponibilidad y calidad de la familia como fuente se relacionan significativamente a la salud de ese individuo (Cobb, 1976, Chen, 1960).

Rodríguez y Cols. (1990) en un estudio realizado por el programa de Medicina Familiar en la Policlínica Presidente Remón de la ciudad de Panamá, demostraron la existencia de una estrecha relación entre el grado de Disfunción Familiar y el motivo de consulta en general. Del total de consultas, 67.96% fueron hechas por familias con alteración de su dinámica.

Hay mucha evidencia de que los factores psicosociales como el estrés y la ansiedad afectan tanto la capacidad del paciente para enfrentarse a la enfermedad como la predisposición a contraerla (Smilkstein, 1989; Girard y cols., 1985; Borysenko y Borysenko, 1982; Daufi, 1987; Beautris y cols., 1982).

El presente trabajo surgió del interés de indagar sobre el Funcionalismo Familiar, medido por el APGAR Familiar (Smilkstein, 1978 y 1982), y su relación y comportamiento con el Reajuste Social según Eventos Estresantes (Holmes y Rahe, 1967) y la Ansiedad según la Escala de Hamilton (1959). Creemos que este trabajo contribuirá a esclarecer, especialmente para el equipo de salud de Medicina de Familia, los elementos más importantes a tomar en cuenta, relacionados con la Disfunción Familiar, para poder así, establecer mecanismos de apoyo psicosocial a las familias afectadas, con el objeto de optimizar su funcionalidad y de esta manera darle solución a los problemas de salud que derivasen de esta causa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de observación descriptivo e inferencial, de corte transversal realizado en un sector de la población de Mérida, Estado Mérida, Venezuela, entre los meses de enero y noviembre de 1994.

El sector seleccionado en la Ciudad de Mérida corresponde a las comunidades de El Carrizal, perteneciente a la Parroquia Juan Rodríguez Suárez y Los Curos perteneciente a la Parroquia J.J. Osuna. La población estimada por el método aritmético para el 1-7-1994, basado en el XI Censo de Población y Vivienda del año 1981, es de 24408 habitantes en ambas comunidades. De esta población, el 61,48% es de 13 y más años de edad, resultando del total, 15006 habitantes que representan al universo de la población motivo de este estudio. Se asume que ambas comunidades tienen iguales características socioculturales y de composición de la población por edad y sexo. Las características de las viviendas para cada comunidad son diferentes siendo las de El Carrizal viviendas con áreas bien diferenciadas y espaciosas, dotadas de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicadas en urbanizaciones residenciales bien mantenidas, y las de Los Curos viviendas de tipo interés social, con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos, de donde se deduce que la comunidad de El Carrizal tiene una población con un estrato socio-económico mayor que la de Los Curos.

De un total de 596 muestras recolectadas, se procesaron 500, representando éstas el 84% del total. El restante 16% de las muestras no se incluyeron debido a un llenado incompleto del instrumento utilizado o por su pertenencia a otro estrato socio-económico no requerido para este estudio. La recolección de la muestra se hizo en individuos varones y hembras de 13 y más años de edad, siguiendo el método de muestreo aleatorio no estratificado ni conglomerado, estableciéndose como condición en la selección de la muestra que los sujetos provinieran de dos estratos socio-económicos (obrero y medio alto) controlados mediante la igualdad de "n"(250 y 250), representando cada grupo a las comunidades de El Carrizal y Los Curos respectivamente. El cálculo se hizo utilizando el procedimiento estadístico del sistema de computación Epi Info versión 5 (Center for Disease Control, 1990), asumiendo una frecuencia esperada del 20% en la variable criterio Disfunción Familiar (Smilkstein, 1988) y una tolerancia máxima aceptable del 5% por exceso o por defecto. Utilizando un nivel del 1 % se obtuvo un tamaño de muestra de 413 sujetos, lo cual indica que nuestro muestreo tiene un nivel de confianza superior al 99%.

El instrumento utilizado para obtener la muestra, fue una encuesta que contenía las preguntas para determinar las siguientes variables:

1.- Variables Independientes: Edad (Considerando la clasificación de las crisis psicosociales del desarrollo por grupos de edad de Erik-Erikson (1968). Sexo. Estado Civil (casado, soltero, divorciado y viudo). Profesión (comerciante, universitario, estudiante, obrero y oficio del hogar). Riesgos de salud (ninguno, alcoholismo frecuente, fumador, sedentarismo, obesidad, consumo de drogas, varios de los anteriores). Estrato socio económico laboral (Graffar modificado por Méndez y Sánchez .1985).

2.- Variables dependientes: APGAR Familiar (Smilkstein, 1978 y 1982). Reajuste Social según Eventos Estresantes de Holmes y Rahe (1967). Escala de Ansiedad de Hamilton (1959).

La distribución y recolección de la encuesta se realizó durante las tres primeras semanas del mes de Agosto, las cuales fueron entregadas personalmente a los individuos escogidos al azar de cada comunidad. En todo momento se resguardó el anonimato del encuestado. Inmediatamente después de la recolección de las encuestas del día, éstas eran clasificadas de manera tal que completaran los 250 sujetos de cada estrato socio-económico laboral, necesitados para este estudio.

El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas:

-Chi Cuadrado.

-Análisis de Varianza mediante el programa ANOVA de una vía y dos vías.

-Coeficiente de correlación.

-Coeficiente de regresión múltiple mediante el método Forward con su respectiva ecuación de regresión.

RESULTADOS

La correlación entre el reajuste social y la ansiedad fueron positivas, pero ambas respecto al APGAR Familiar fueron negativas, siendo la correlación de las tres, significativas estadísticamente a un nivel de 0,1%.

A pesar de que los contrastes de hipótesis del APGAR Familiar, utilizando chi cuadrado, muestra una alta significación estadística en relación con los grupos de edad, el estrato socio-económico laboral, la profesión, el reajuste social y la ansiedad (Tabla 1); y utilizando el análisis de varianza, también resulta estadísticamente significativa para el estado civil el estrato socio-económico laboral, las enfermedades psicosomáticas y la profesión (Tabla 2.)

Tabla 1. Contrastes de hipótesis, utilizando el chi cuadrado entre variables. Mérida 1994

Contraste	Grados de Libertad	chi-Cuadrado	Probabilidad
APGAR ¹			
x Grupo de edad	6	20.48296	0.00227****
APGAR ¹ x Sexo	2	2.60788	0.27146
APGAR ¹ x Estado Civil	6	8.52438	0.20215 ²
APGAR ¹ x Estrato Socioeconómico	2	10.08742	0.00645**
APGAR ¹ x Riesgo de Salud	10	18.25301	0.05084 ²
APGAR ¹ x Profesión	8	15.62494	0.04807*
APGAR ¹ x Eventos Estresantes	4	10.50824	0.032268*
APGAR ¹ x Ansiedad	4	29.98763	0.00000
APGAR ¹ x Enfermedad Psicosomática	2	0.46335	0.79320****

¹APGAR Familiar

²Celdas con Frecuencias esperadas < 5 (33.3 %).

*Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.05$

**Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.01$

*** Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.005$

**** Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.00001$

FUENTE: Datos obtenidos de la población encuestada.

Tabla 2 Contrastes de hipótesis, utilizando el análisis de varianza. Variable dependiente APGAR Familiar. Mérida 1994.

	Libertad	F	de F.
Grupo de Edad	3	0.709	0.548
Enfermedad Psico somática	1	6.908	0.009**
Interacción Edad x Enfermedad Psicosomática	3	0.593	0.620
Sexo	1	0.440	0.508
Enfermedad Psico-somática	1	6.891	0.009**
Interacción Sexo x Enfermedad Psico-somática	1	1.537	0.217
Profesión	4	2.593	0.036*
Sedentarismo	1	3.606	0.059

* Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.05$

** Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.01$

FUENTE: Datos obtenidos de la población encuestada.

Para la prueba de regresión múltiple calculada por el método Forward (Tablas 3 y 4), utilizando el APGAR Familiar como variable dependiente y las variables ansiedad, reajuste social, enfermedades psicosomáticas, estrato socio-económico, riesgos de salud (sedentarismo VS. no riesgos), edad y profesión como variables independientes, nos muestran como únicas variables que ingresan a la

ecuación con carácter predictivo del nivel de funcionalismo familiar, a la ansiedad y al reajuste social. Dicha predicción mostró una r Múltiple igual a 0.39328 con una r^2 de 0.15467, siendo poco relevante pero significativa a un nivel del 0.01% (Probabilidad de $F=18.02232$).

El coeficiente de regresión en la ansiedad fue -0.130003, en el reajuste social fue -0.006993 y la constante fue 17.647794. La prueba de Student dio una t para la ansiedad de -4.197, para el reajuste social de -2.698 y para la constante de 29.091, lo cual es significativo estadísticamente a un nivel de 0.01% para la ansiedad y del 1% para el reajuste social. La ecuación de la variable se expresa a continuación:

$$Y = 17.65 - 0.13 (\text{Ansiedad}) - 0.006 (\text{Reajuste social}).$$

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple de la variable dependiente Apgar Familiar en función de las variables independientes Estrés por Reajuste Social según Eventos Estresantes y Ansiedad. Mérida, 1994.

Variable	B	SE.B	Beta	T	Sig. T
Estrés	-0.006993	0.002592	-0.186830	-2.698	0.0076
Ansiedad	-0.130003	0.030975	-0.290683	-4.197	0.0000
Constante	17.64779	0.606650		29.091	0.0000

* Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.01$

*** Estadísticamente significativo en un nivel $\alpha = 0.0001$

FUENTE: Datos obtenidos de la población encuestada.

Tabla 4. Análisis de regresión múltiple de la variable dependiente APGAR Familiar en función de las variables independientes que no ingresaron a la ecuación. Mérida, 1994.

Variable	T	Sig. T
Enfermedades psicosomáticas	-0.430	0.6676
Estrato socio-económico Laboral	-0.942	0.3476
Riesgo de Salud (sedentarismo).	0.002	0.9981
Grupos de Edad.	1.250	0.2126
Profesión (obrero, universitario).	-0.902	0.3680

FUENTE: Datos obtenidos de la población encuestada.

Sobre las causas de disfunción familiar ($n = 176$), resultó que la Asociación o sea, la manera como se comparten las decisiones, o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas, junto con la Resolución, o sea, la satisfacción con la cantidad de tiempo utilizado por la familia para compartirlo juntos, son las dos primeras causas de disfunción familiar. El 35,80% y el 30,68% de los sujetos respectivamente, respondieron que nunca o casi nunca tuvieron dichos apoyos.

En cuanto al tipo de relación que cada encuestado con disfunción familiar refirió tener con los miembros de su familia, el 50,57 % refirieron regular o mala relación, y un 8,52 % no respondieron al cuestionario de APGAR II.

Dentro de los diez primeros eventos estresantes encontrados en la población encuestada, tenemos que el

cambio en el status social y en las condiciones de vida en los últimos dos años fueron los eventos más frecuentes, observándose el evento "Cambios en la situación económica", en un 50,77 % de la población encuestada.

DISCUSIÓN

Numerosos autores han estudiado la relación entre el estrés, la ansiedad, la disfunción familiar y las enfermedades psicosomáticas (Smith, 1990; Nicholson y cols., 1990; Gupta, 1990b; Perini y cols., 1990; Hurrelman y cols., 1988; Tennant, 1988; Kemeter, 1988; Andrasik y cols., 1988; Weiner, 1987; Masters, 1987; Laihinen, 1987, Varis, 1987).

El término familia tiene múltiples definiciones que valían de acuerdo con la época histórica, como el ambiente cultural que la circunda. Como un sistema activo permeable, ha pasado de una forma estructural y funcional inferior a una forma superior, correspondiéndose con la evolución de la sociedad. Actualmente, en la cultura occidental, la familia es considerada como la agrupación de marido, mujer e hijos, que tiene como finalidad proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarle apoyo emocional y físico. De esta manera, se constituye en la unidad básica de toda estructura social, y por ende, en su unidad epidemiológica (Jaime e Irigoyen, 1985).

Los procesos de salud-enfermedad, también se corresponden con la época histórica y con el ambiente social que les rodea. Ellos van a determinar el modo de producción de las enfermedades en la sociedad. El ambiente social va a estar formado por las condiciones económicas, de vivienda, de alimentación, laborales, de instrucción, etc., y lo que es más importante, por el tipo de estructura y funcionalismo familiar existentes.

La familia tiene los siguientes efectos principales sobre la salud del individuo: Influencias genéticas, Influencias sobre el desarrollo del niño, Influencias sobre la transmisión de enfermedades, Influencias sobre la morbilidad y la mortalidad en adultos y las influencias familiares sobre la recuperación de la enfermedad (Mc Whinney, 1987).

El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o

negativamente en la salud de sus individuos. De igual manera, el funcionalismo familiar puede verse alterado por cualquiera de las otras variables que configuran el ambiente social. En este estudio observamos que los adolescentes, los divorciados, los del estrato socio-económico laboral obrero, los de profesión obrera, los obesos, los alcohólicos y los que cursaban con enfermedad psicosomática, presentaban mayores niveles de disfunción familiar que los otros grupos estudiados.

La predictibilidad del APGAR Familiar respecto a las demás variables, nos señalaron que solamente el reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad tuvieron carácter predictivo altamente significativo, aunque poco relevante. Es necesario tomar en cuenta que la poca relevancia de dicha predictibilidad pueda deberse a múltiples factores. Entre los más importantes podemos mencionar el hecho de que el estrés fue medido solamente por la escala de reajuste social según eventos estresantes de Holmes y Rahe (1967), es decir, por eventos tenses, sin tomar en cuenta la capacidad de respuesta del individuo para lograr el equilibrio emocional frente a dichas agresiones. Otro de los factores podría ser la forma como fue presentado el instrumento para medir la ansiedad (Escala de Ansiedad de Hamilton, 1959), en donde en un solo rubro se colocan múltiples opciones sintomatológicas para que el encuestado sin hacer diferenciación alguna entre los síntomas tome una decisión para su calificación por frecuencia de aparición. Esto podría ser motivo de confusión al calificar el rubro, por lo que creemos que valdría la pena desglosar más esta encuesta hasta el punto de tener un síntoma por rubro y así obtener mayor exactitud en la valoración de la ansiedad. Aunque no se pueda conocer en toda su magnitud el trastorno somático subyacente a la ansiedad, de lo que no cabe duda es que se trata de una enfermedad real, y como tal debe ser considerada por los médicos. Parece ser, también, que la ansiedad tiene como base biológica a los mecanismos innatos del estrés, admitiéndose además la existencia de factores genéticos que predisponen a determinados sujetos a sufrir las manifestaciones angustiosas de la ansiedad (Daufí, 1987). Llama también la atención el hecho de que a pesar de que las causas de disfunción familiar más frecuente fueron la insatisfacción de la ayuda recibida por la familia y la manera como se comparte el tiempo, el espacio, el dinero y los recursos existentes, los sujetos con disfunción familiar en casi la mitad de los casos manifestaron en la encuesta de APGAR Familiar II, que tenían buenas relaciones con todos los miembros de su familia. Para efectos de nuevas investigaciones, estas

interferencias podrían eliminarse en la medida que en el proceso de recolección de la muestra intervengan los Médicos de Familia, quienes conociendo a su población, podrían controlar en los sujetos estudiados, las causas que alterarían su ritmo emocional habitual, permitiéndose así una mayor confiabilidad en los resultados obtenidos de la encuesta.

El resto de las variables usadas en este trabajo, no presentaron valor predictivo del nivel de funcionalismo familiar.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación demuestran que:

1.- Los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socio-económico laboral obrero, sedentarios, alcohólicos, los de profesión obrera y los adolescentes tienen una significativa tendencia a producir disfunción familiar moderada y severa.

2.- El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por sexo, el estado civil, algunas profesiones y algunos riesgos de salud.

3.- El reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad, estuvieron en correlación negativa altamente significativa con el funcionalismo familiar.

Se discuten los resultados obtenidos, en especial lo referente al reajuste social según eventos estresantes, ansiedad y funcionalismo familiar y las posibles consecuencias de su interrelación, concluyéndose que existe correlación entre dichas variables, y que el mayor nivel de funcionalismo familiar, aunque de modo poco relevante

REFERENCIAS

- Andrasik F, Kabela E, Quinn S., Attanasio V, Blanchard EB, Rosenblum EL. 1988. Psychological functioning of children and who have recurrent migraine. *Pain* 34: 43-52.
- Beautrais A, Fergusson D, Shannon F. 1982. Life events and childhood morbidity: A prospective study. *Pediatrics* 70: 935- 940.
- Bertalanfy L. 1982. Perspectivas en la teoría de sistemas. Ed. Alianza Universidad.
- Borysenko M, Borysenko J. 1982. Stress, behavior and immunity. Animal models and mediating mechanisms. *Gen. Hosp. Psychiatry* 4: 59-67.
- Centers for Disease Control. 1990. *Epi Info* (versión 5.0). Atlanta, Georgia.
- Cobb S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 38: 300-314.

- Chen E, Cobb S.1960. Family structure in relation to health and disease. *J Chr. Dis.* 12: 544-567.
- Daufí L. 1968. *La enfermedad hoy*. Salvat. Barcelona, España.
- Erikson, EH 1968. *Identity: Youth and Crisis*. W.W. Norton and New York.
- Girard D, Arthur R, Rauler J.1985. Psychosocial events and subsequent illness. *West. J. Med.* 142: 358-363.
- González – Méndez H, Sánchez J.1985. *Psiquiatría para estudiantes de medicina*. Producciones Alfa. Mérida, Venezuela.
- Gupta MA, Gupta AK, Ellis C, Voorhees 3. 1990a. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv. Dermatol.* 5: 21-30.
- Gupta MA, Gupta AK, Schork N, Ellis C, Voorhees J. 1990b. Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. Some preliminary observations. *Int. J. Dermatol.* 29: 719-721.
- Hamilton M. 1959. The assesment of anxiety tales by rating. *Br. Med.* 3.32: 50-54.
- Herrera J, González M. 1987. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. *Medicina Familiar* 4: 4-10.
- Holmes T, Rahe R. 1967. The social readjustment rating scales. *J. Psychosom. Res.* 11: 213-218.
- Hurrelmann K, Engel V, Holler B, Nordlohne E. 1988. Failure in school, family conflicts, and psychosomatic disorders in adolescence. *J. Adolesc.* 11: 237-249.
- Jaime Alarid H, Irigoyen CA. 1985. *Fundamentos de Medicina Familiar*. Editorial Francisco Méndez Cervantes. México, D.F.
- Kemeter P. 1988. Studies on psychosomatic implications of infertility effects of emotional stress on fertilization and implantation in-vitro fertilization. *Hum. Reprod.* 3: 41-52.
- Laihinén A. 1987. Psychosomatic aspects in dermatosis. *Ann. Clin. Res.* 19: 147-149.
- Masters R. 1987. The psyche and the skin. *Neurol. Clin.* 5: 489-497.
- McWhinney I. 1987. *Introducción a la medicina familiar*. Editorial Venezolana. Mérida. Venezuela.
- Méndez H. 1988. *Método GRAFFAR Modificado por Méndez Castellano para Venezuela*. Universidad de Los Andes. (Mimeografiado).
- Nicholson N, Blanchard E, Appelbaumk. 1990. Two studies of the occurrence of psychophysiological symptoms in chronic headache patients. *Behav. Res. Ther.* 28: 195-203.
- Perini C, Muller F, Rauchfleisch V, Battegay R, Hobi V, Buhler F. 1990. Psychosomatic factors in borderline hypertensive subjects and offspring of hypertensive parents. *Hypertension* 16: 627-634.
- Rodríguez J. Cabalerio M, Ponce F. 1990. Perfil familiar de los pacientes ambulatorios en la policlínica Presidente Remón. *Medicina Familiar.* 2: 97-104.
- Smilkstein G. 1978. The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Am. Pract* 6:1231-1239.
- Smilkstein G. 1988. *The Apgar questionnaires*. University of Louisville. Kentucky. USA. (Mimeografiado).
- Smilkstein G. 1989. Ayudar al paciente a manejar al estrés beneficia su salud. *Medicina Familiar.* 9: 27-32.
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano M, 1982. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J. Fam. Pract.* 15: 303-311.
- Smith MS. 1990. Psychosomatic symptoms in adolescence. *Med. Clin. North Am.* 74:1121-1134.
- Tennant C. 1988. Psychosocial causes of duodenal ulcer. *Aust. N.Z.J. Psychiatry.* 22:195-201.
- Varis K. 1987. Psychosomatic factors in gastrointestinal disorders. *Ann Clin. Res.* 19:135-142.
- Weiner H. 1987. Some unexplored regions of psychosomatic medicine. *Psychoter. Psychosom.* 47:153-159.