

11726
3ej
1473



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

LA PSICOTERAPIA FAMILIAR EN EL MANEJO
DE LA ULCERA PEPTICA



T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. JUANA JIMENEZ BADILLO

GENERACION
(1983-1985)



1984



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.

INDICE

	Pag.
I. OBJETIVOS	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
IV. HIPOTESIS	12
V. MATERIAL Y METODOS	13
VI. PRESENTACION DE RESULTADOS	16
Cuadro No. 1	18
Cuadro No. 2	19
Cuadro No. 3	20
Cuadro No. 4	21
Cuadro No. 5	22
Cuadro No. 6	23
Cuadro No. 7	24
Gráfico No. 1	25
Gráfico No. 2	26
Gráfico No. 3	27
Gráfico No. 4	28
Gráfico No. 5	29
Gráfico No. 6	30
Gráfico No. 7	31
Gráfico No. 8	32
Gráfico No. 9	33
VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	34
VIII. ANALISIS ESTADISTICO	38

	Pág.
IX. CONCLUSIONES	39
X. COMENTARIOS	40
XI. RESUMEN	42
XII. BIBLIOGRAFIA	44

I. OBJETIVOS

1. Comparar los resultados entre el tratamiento médico y el tratamiento integral (Médico y Psicoterapia) de la úlcera péptica.
2. Evaluar el tratamiento integral en el manejo de la - úlcera péptica.

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La úlcera péptica es un padecimiento crónico, que se ha incrementado en respuesta al desarrollo de nuestro país, lo que ha ocasionado constante estres y angustia que llega a somatizarse, teniendo como órgano blanco al estómago y duodeno entre otros, que son empleados para elaborar ansiedades durante mucho tiempo, hasta que víctima de la fatiga del conflicto y del stress crónico, enferma. (20). Hasta ahora se conoce bastante sobre la fisiopatología de la úlcera, el tratamiento médico es excelente, así como el quirúrgico, pero sucede que la úlcera es más frecuente; ante esto, surgen las interrogantes: ¿ No es suficiente el tratamiento médico ?, ¿ Podría intentarse la psicoterapia ?, ¿ Es únicamente el enfermo ulceroso el afectado y solo a él debe dirigirse el tratamiento ?; para dar respuesta a estas cuestiones, se inicia el presente estudio, partiendo de la concepción del individuo enfermo como parte de una familia, en donde él es el portavoz, el emergente, la expresión de la patología familiar; si comprendemos a la familia como una unidad que tiene un principio, un estado actual y un futuro como grupo, comprenderemos que cuando se altera uno de los integrantes, se ve afectado el grupo (18); por tanto, el tratamiento se encaminará a todo el grupo familiar, de tal manera, que los conflictos existentes dejen de serlo, una vez que del inconsciente pasen a ser conscientes, y de ésta forma dejen de ser un factor estresante, que aunado a otros factores propicien la aparición de la úlcera péptica.

Es el Médico Familiar capaz de otorgar dicha terapéutica, pues a él compete el conocimiento de la Familia y la participación en el mantenimiento del bienestar biológico, psicológico y social de cada individuo y del grupo familiar como unidad, ya que concibe a la familia como "La unidad básica del desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, y unidad básica de salud y enfermedad" (2).

Pichon Riviere da pasajes entre estructura familiar y la enfermedad individual; localiza tres supuestos que organizan el diagnóstico y el pronóstico, y que como un continuum trata de llevar de la familia al paciente. Se inicia con un juego entre el depositante, lo depositado y el depositario, en donde una carga de ansiedad no elaborada, se moviliza entre los diferentes integrantes del grupo familiar, ese movimiento es multidireccional y se convierte en unidireccional, convergiendo sobre un miembro que se sobrecarga y se ve imposibilitado a despojarse de los depositados; el grupo aplica un mecanismo de segregación del depositario, no reconociéndose ya lo que al sujeto le sucede, como propio del grupo, sino ajeno, surgiendo entonces el enfermo como emergente.

La teoría de la depositación, segregación y concepto de emergente, constituyen una explicación y una relación entre enfermedad individual y grupo familiar (19).

Expresado de ésta manera, el tratamiento se aplica a nivel familiar, haciendo manifiesto un conflicto no exteriorizado, generador de angustia y ansiedad, rompiéndose la comunicación; que al esclarecer el problema se favorece la redistribución de roles, logrando adecuados canales de comunicación y claridad en los vínculos. La terapéutica -

comprende tres niveles de abordaje que son: psicosocial, sociodinámico e institucional.

La úlcera péptica es una lesión de la pared, de profundidad variable, debida a un incremento en la secreción de pepsina, ácido clorhídrico y mala calidad de moco; es una entidad multicausal, en cuya presentación influyen los siguientes factores:

- 1.- Herencia: se conocen familias de ulcerosos, en donde se comparten un mismo ambiente y costumbres
- 2.- Malos hábitos alimenticios: ayunos prolongados, ingestión de bebidas alcohólicas, de alimentos - condimentados y picantes.
- 3.- Tabaquismo: tiene influencia bien demostrada en la - producción de úlcera péptica (13).
- 4.- Ingesta de medicamentos agresores de la mucosa gástrica: salicilatos, antirreumáticos, relajantes - musculares, vitaminas orales, antihipertensivos, etc.
- 5.- Factor psicógeno: la frecuencia de la úlcera se incrementa en forma considerable, en individuos cuyas edades oscilan entre los 20 y 60 años con personalidad agresiva, necesidad de dependencia, sujetos aparentemente tranquilos pero con grandes tensiones internas. Se describen situaciones específicas en la enfermedad ácido-péptica, relacionándola con intensas tendencias orales respectivas y hostiles, que reprimidas por el sujeto actuarían desde corteza cerebral como estímulos irritativos crónicos, provocando una disfunción gastroduodenal.

En cuanto a la fisiopatología de la úlcera duodenal, se habla de la excesiva formación de ácido clorhídrico, pepsina y mala calidad de moco; las tensiones emocionales aumentan la secreción ácida del estómago por hiperfunción vagal, que responde con aumento en la motilidad y con vaciamiento acelerado, exponiendo la mucosa a los ácidos gástricos, es decir, el aumento de pepsina condiciona mayor liberación de ácido, que en el estómago con aumento en la motilidad no se efectúa una mezcla adecuada, llegando a la mucosa duodenal, elevado contenido de ácido que lacera y finalmente úlcera.

La úlcera gástrica se produce por otro mecanismo; el vaciamiento gástrico retardado favorece el reflujo biliar de duodeno a estómago que posee moco de mala calidad, produciéndose una lesión ulcerativa.

La manera en que las emociones y situaciones de estrés participan en la formación de la úlcera, se explica estableciendo una relación neural y endócrina de las emociones para ser captada por los diferentes órganos de la economía; las visceras responden a las emociones con incremento o disminución de su actividad, en el estómago, tanto el efecto placentero de disposición a comer, como los sentimientos de agresión y angustia manifiestan en algunos individuos un aumento global de la función gástrica, como hipervascularidad, hipersecreción e hipermotilidad (9).

El diagnóstico de la úlcera, se obtiene después de una historia clínica adecuada, completa, auxiliándose del laboratorio y estudios de gabinete (serie esofagogastroduodenal y endoscopía); hecho el diagnóstico, se inicia el tratamiento.

El tratamiento médico comprende varios aspectos:

- 1.- Dieta: a base de lácteos en la fase aguda, continuando, con dieta blanda, libre de irritantes y - fraccionada.
- 2.- Antiácidos: Gel de Hidróxido de aluminio y magnesio, - que es capaz de neutralizar el Ph gástrico; al - gunos estudios han concluido que son necesá - rios 40-80 mEq, para mantener el Ph intragás - trico por arriba de 4, lo cual se logra con - 40 ml. de Gel; en cuanto a su administración, en base a que el vaciamiento gástrico ocurre - entre 60 y 90 min., posterior a la ingesta de alimentos que es cuando la mucosa se ve some - tida a los ácidos gástricos (8).
- 3.- Anticolinérgicos: reducen la secreción de ácido gá - trico y la motilidad, pero los efectos secun - darios son diversos; los más comunes, son - la Propantelina y el Tridixetilo; por sus - efectos están proscritos en la úlcera gástri - ca, ya que favorecen en reflujo duodenogástri - co y la estásis gástrica.
- 4.- Metoclopramida: es un estimulante de la motilidad gas - trica, acelera el peristaltismo, disminuyendo el reflujo gastrobiliar.
- 5.- Bloqueadores de los receptores H₂: inhiben la secre - ción de ácido; ingerida con los alimentos se prolonga su acción. Puede emplearse hasta por 6 semanas.
- 6.- Tranquilizantes: se mencionó el factor de stress como favorecedor de hipersecreción gástrica; lo - que fundamenta el empleo de tranquilizantes, para disminuir la tensión y estimulación v -

7.- Psicoterapia: el empleo de la Psicoterapia se justifica al comprender que los conflictos no resueltos, son capaces de ser introyectados, alterando el funcionamiento de un órgano susceptible de enfermar.

La Psicoterapia intenta disminuir la angustia, ansiedad, el temor a la pérdida y al ataque, de manera tal que el individuo no recurra a conductas estereotipadas que configuran la enfermedad pidiendo una adaptación en forma activa a la realidad. Esta adaptación activa implica que el sujeto sea capaz de modificar su medio ambiente, modificándose así mismo, para dejar de ser el portavoz de las alteraciones del grupo familiar. Se ha considerado a la enfermedad de un miembro de la familia como el denunciante de una situación conflictiva que él trata de resolver, convirtiéndose en depositario de las tensiones y conflictos grupales; entendiéndose esto, se comprenderá que la aplicación de la psicoterapia no está dirigida únicamente al individuo ulceroso, sino a todo el grupo familiar.

A la familia se le aborda desde tres puntos de vista:

1. Psicosocial: estudia la conducta del individuo, en función de su grupo familiar, reacciones de agresión y sometimiento en relación a los diferentes tipos de autoridad familiar, el impacto que produce el ingreso -

de nuevos miembros al grupo familiar, creencias y actitudes como resultado de educación y experiencia familiar.

2. Dinámica Familiar: Investiga las crisis por las que ha pasado el grupo y la forma de resolver las.

3. Institucional: comprende la estructura de la familia en las diferentes clases sociales.

La terapia familiar requiere del análisis de las relaciones del paciente con cada uno de los miembros de la familia, investigando la representación interna que el enfermo tiene de cada uno de sus familiares, analiza los vínculos internos para mejorar los externos, abordando a la familia en su historia, estructura sociodinámica, relación intergrupal con otras familias y con la sociedad.

La acción terapéutica del Médico Familiar, consiste en señalar parte de lo consciente y esclarecer el inconsciente señalando conductas adoptadas, para que el conflicto latente emerja, al surgir, el grupo es incapaz de abordarlo, recurriendo a la orientación para que el propio grupo encuentre la solución, todo ello mediante esclarecimiento e interpretación.

En forma más concreta, la psicoterapia familiar, se inicia con la investigación de la dinámica familiar, llegando con esto, a establecer un diagnóstico estructural y funcional, identificando la demanda real; posteriormente se plantean objetivos de la tarea correctora y se elabora un plan de seguimiento para lograr los objetivos. Esta acción requiere de varias entrevistas, individuales, familiares o con dos o más miembros de la familia, que de alguna manera estén implicados en el abordaje terapéutico.

Durante las entrevistas, se procederá a entablar una relación humana con el paciente, empleando los momentos libres

y los dirigidos. Los momentos libres consisten en dejar - expresar libremente al paciente, de donde obtenemos datos muy importantes expresados en forma verbal o no verbal, - que son empleados mediante señalamientos e interpretaciones en la tarea correctora. Los momentos dirigidos se emplean para descubrir lo que el paciente no ha expresado. Estos comprenden instrumentos como los cuestionarios, - que son una forma de interrogatorio dirigido, encaminado a descubrir como se ha presentado la Patología, que piensa al respecto, como solucionará el problema; es decir, - ofrece una idea respecto al grado de consciencia que se tiene de la alteración. Los señalamientos permiten indicar al paciente posibles relaciones entre hechos que él - no ha podido relacionar por sí solo a lo largo de su relato.

Las interpretaciones arriesgan hipótesis sobre las manifestaciones latentes de ciertas acciones. Existen técnicas que Kesselman nombra de acción y expresión, empleadas como recurso movilizador para obtener formas de expresión de conflictos que el paciente no ha sido capaz de verbalizar; éstas son las dramatizaciones, utilizadas para representar situaciones de la realidad conflictiva, pidiéndose al paciente que actúe "como si" estuviera sucediendo algo cotidiano, mostrándonos con ésta técnica la realidad que no ha logrado verbalizar.

Estas técnicas empleadas de acuerdo a cada situación en particular, permiten el esclarecimiento de la situación latente, que al emerger a la consciencia produce una descarga emocional muy importante. En la terapia correctora, la acción del médico es la de coordinar y dirigir la tarea del grupo familiar empleando los silencios, haciendo interpretaciones y señalamientos, favoreciendo la comunicación, con el objeto de eliminar el conflicto, que pasan de latente a ser manifiesto de ser patológico.

Se pretende demostrar que el tratamiento integral de la familia ulcerosa es de mejor pronóstico, que la aplicación únicamente de tratamiento médico.

Partimos de los antecedentes teóricos referidos, de publicaciones que refieren resistencia y mala respuesta al tratamiento médico, por existir disfunción familiar (7), y de la observación respecto a la rebeldía del paciente al manejo médico, lo que ha despertado una inquietud encaminada a obtener una respuesta, mediante la elaboración de éste trabajo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existen gran número de fármacos, empleados en el manejo médico de la úlcera péptica, sin embargo, algunos pacientes permanecen con la sintomatología y evidencia radiológica del nicho ulceroso, ameritan tratamiento en 2o. y 3er. nivel, brindandose atención orgánica adecuada, de acuerdo a la profundidad dada por las características somáticas de cada individuo, sucede que aún con ésto el paciente muestra persistencia del cuadro, ante ésto surge la interrogante:

¿ Es factible mejorar los resultados del tratamiento de la úlcera péptica, cuando al tratamiento médico, se agrega la psicoterapia familiar ?

IV. H I P O T E S I S .

HIPOTESIS ALTERNATIVA.

La Psicoterapia Familiar y el tratamiento médico producen mejores resultados, que la aplicación únicamente de tratamiento médico al paciente ulceroso.

HIPOTESIS NULA.

La Psicoterapia Familiar y el tratamiento médico No producen mejores resultados que la aplicación de tratamiento médico al paciente ulceroso.

V. MATERIAL Y METODOS.

a).- Caracterización del trabajo.

Es un estudio longitudinal, experimental, comparativo y prospectivo. Se trabajó del 10. de marzo al 31 de octubre de 1984, con una muestra seleccionada, - que constituye el 38 % del universo (156 individuos) que acuden a la consulta de Gastroenterología del - Hospital General de Zona No. 24, Delegación No. 3 - del Valle de México en el IMSS, que reunieron los - criterios de inclusión: ambos sexos, sin límite de - edad, con diagnóstico clínico y radiológico de úlcera péptica.

b).- Procedimiento de Recolección.

La muestra fue dividida, por azar simple, en dos grupos: El grupo A o experimental, integrado por 29 - personas (18%), y el grupo B o grupo control, por - 32 (20%). A todas las personas les fue investigada - su dinámica familiar, sometiendo a tratamiento médi- co al grupo control, mientras que el grupo experimen- tal fue manejado con tratamiento integral (médico y psicoterapia familiar).

Ambos grupos se siguieron en consulta médica mensual durante la primera quincena del mes de octubre se - reunieron a los 61 individuos, con el objeto de valo- rar clínica y radiológicamente, para obtener los re- sultados. Se trabajó en el consultorio de Gastroen- terología, tres veces por semana, 4 horas por día, - con visitas domiciliarias de acuerdo a las familias

en tratamiento. El tratamiento médico comprende: -
dieta, antiácidos, bloqueadores de los receptores
H2, tranquilizantes, anticolinérgicos y estimulan
tes de la motilidad, según el tipo de úlcera (gás-
trica o duodenal).

Se excluyeron individuos con úlcera asociada a -
otra patología, por ejemplo: cirrosis, hiperten-
sión arterial, diabetes, artritis reumatoide o en-
fermedad articular degenerativa, etc..

No se incluyeron personas con alteraciones psi --
quiátricas.

La Psicoterapia Familiar fué abordada basándose en
los siguientes elementos:

Diagnóstico Estructural.

Diagnóstico Funcional.

Identificación de la demanda aparente y de la deman
da real.

Objetivos de la tarea correctora.

Plan de seguimiento.

Resolución de los conflictos.

Se consideraron parámetros de curación, la ausencia
de sintomatología y con serie esofagogastroduode -
nal sin evidencia de lesión.

b.1) Recursos Humanos.

Un Médico Especialista en Gastroenterología.

Un Residente de Medicina Familiar de 2o. año.

61 pacientes de úlcera péptica.

c).- Procedimiento de elaboración.

Por paloteo se obtuvieron datos como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de disfunción familiar, respuesta al tratamiento y complicaciones. Estos datos se presentaron en gráficos de barras simples, compuestas y diagrama de sectores.

Se analizó la información aplicando la prueba de significancia estadística, " diferencia de porcentajes en grupos independientes " con $P < 0.05$.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

1. SEXO: masculino, predominando sobre el femenino, (gráfico No. 1).
2. EDAD: de 30 a 54 años, (cuadros No. 1 y 2).
3. ESTADO CIVIL: 82.7% casados, (gráficos No. 2 y 3).
4. OCUPACION: individuos que se desempeñan como empleados y mujeres dedicadas a labores del hogar, (gráfico No.6)
5. ESCOLARIDAD: 34% para ambos grupos, con educación primaria, 9% profesionistas, (gráficos No. 4 y 5).
6. FACTORES ESTIMULANTES DE LA SECRECION GASTRICA: Alcohólico y tabaquismo positivos, ingesta de alimentos irritantes y condimentados en alta proporción, (cuadros No. 3 y 4).
7. DINAMICA FAMILIAR: familias urbanas 70%, suburbanas 30% para ambos grupos.
Familias nucleares 84%, 16% familia extensa.
Familias en fase de expansión, 23%.
Familias en fase de dispersión, 41, es decir 67%.
Familias en fase de independencia , 10%. (cuadro No. 5).
Familias funcionales 11%.
Familias moderadamente disfuncionales 80%
Familias severamente disfuncionales 9%, (cuadro No.6).
Tipos de disfunción más frecuentes: alteraciones en el subsistema conyugal, por errores en la comunicación y disfunciones sexuales, entre las que predominan eyacu - lación precoz y apatía sexual selectiva.

Alteraciones en el subsistema parental, por deficiente comunicación.

Crisis familiares no resueltas.

8. PSICOTERAPIA FAMILIAR: Del grupo experimental, 3 familias, se calificaron como funcionales, recibiendo únicamente orientación e información respecto al curso clínico de la úlcera péptica.

19 familias (66%) dentro de las moderadamente disfuncionales, recibieron psicoterapia breve, lograndose resolución del conflicto en el 52% de ellas, es decir 15 familias; de las 4 restantes, 2 se enviaron al especialista, por disfunción sexual (impotencia), y 2 abandonaron el tratamiento. De éste grupo, las crisis familiares fueron resueltas en su totalidad, (cuadro No. 7).

Severamente disfuncionales, se encontraron 4 familias , que corresponden al 14%; por negarse a la resolución del conflicto, ante la debilidad de vínculos.

9. RESPUESTA AL TRATAMIENTO: el 86% de los individuos, en el grupo experimental, mostraron cicatrización del proceso ulceroso, complicandose el 14% restante, con sangrado, (gráfico No. 9).

En el grupo control, cicatrizaron el 62%, complicandose con sangrado, el 16% y el 22% restante, sin respuesta, con persistencia de la sintomatología y evidencia radiológica de la lesión, (gráfico No. 8).

CUADRO No. I

Porcentaje de individuos con úlcera péptica, por grupo de edad, en ambos sexos, grupo experimental.

Marzo - agosto 1984, HGZ 24.

EDAD EN AÑOS.	SEXO MASC.	PORCEN- TAJE	SEXO FEMENINO	PORCEN- TAJE	TOTAL %
15 - 19	2	6.8%	4	13.7%	20.2%
20 - 39	2	6.8%	4	13.7%	20.2%
40 - 59	13	44.8%	2	6.8%	51.6%
60 - 74	2	6.8%	0	0.0	6.8%
TOTAL	19	65.2%	10	34.2%	99.4%

CUADRO No. 2

Porcentaje de individuos con úlcera péptica, por grupo de edad, ambos sexos, grupo control.
Marzo - agosto, 1984, HGZ 24 IMSS.

EDAD EN AÑOS	NUM. HOMBRES	%	NUM. MUJERES	%	TOTAL %
15 - 34	2	6%	6	19%	25%
35 - 49	7	22%	3	9%	31%
50 - 59	5	16%	3	9%	25%
60 - 74	2	6%	4	12%	18%
TOTAL	16	50%	16	49%	99%

CUADRO No. 3

Número de individuos de ambos sexos, con factores
predisponentes a úlcera péptica, grupo control.

HGZ 24, IMSS. marzo - agosto, 1984/

SEXO	ANTECEDENTES FAMILIARES.	INGESTA DE ALIMENTOS IRRITANTES	ALCOHOLISMO	TABAQUISMO
MASCULINO	6	15	17	16
FEMENINO	6	7	12	7

CUADRO No. 4

Número de individuos, ambos sexos, con factores estimulantes de la secreción gástrica, grupo experimental HGZ 24, IMSS. Marzo - agosto 1984.

SEXO	ANTECEDENTES FAMILIARES	INGESTA DE ALIMENTOS	ALCOHOLISMO	TABAQUISMO
MASCULINO	6	12	13	15
FEMENINO	1	8	3	2

CUADRO No. 5

Porcentaje de familias ulcerosas, de los grupos control y experimental, de acuerdo a la etapa evolutiva de la familia.

HGZ 24, IMSS. marzo-agosto, 1984.

ETAPA EVOLUTIVA	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
EXPANSION	14	23%
DISPERSION	41	67%
INDEPENDENCIA	6	10%
TOTAL	61	100%

CUADRO No. 6

Porcentaje de funcionalidad en familias ulcerosas
de los grupos control y experimental
HGZ. 24, IMSS. marzo - agosto, 1984

DIAGNOSTICO FUNCIONAL	No. DE FAMILIAS. EN AMBOS GRUPOS	PORCENTAJE FAMILIAR.
FUNCIONALES	7	11%
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES.	49	80%
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES.	5	9%
TOTAL	61	100%

CUADRO No. 7

Porcentaje de resultados a psicoterapia familiar,
en familias moderadamente disfuncionales del grupo
experimental.

HGZ. 24, IMSS. marzo- agosto, 1984

RESULTADOS	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE DE FAMILIAS.
RESOLUCION DE CONFLICTO	10	34%
RESOLUCION DE CRISIS	5	17%
ENVIO A ESPECIALISTA	2	7%
ABANDONO DEL TRATAMIENTO	2	7%
T O T A L	19	65%

GRAFICO No. 1

Porcentaje de individuos con úlcera péptica en ambos sexos, gr̄po experimental.

Marzo - agosto, 1984. HGZ 24. IMSS.

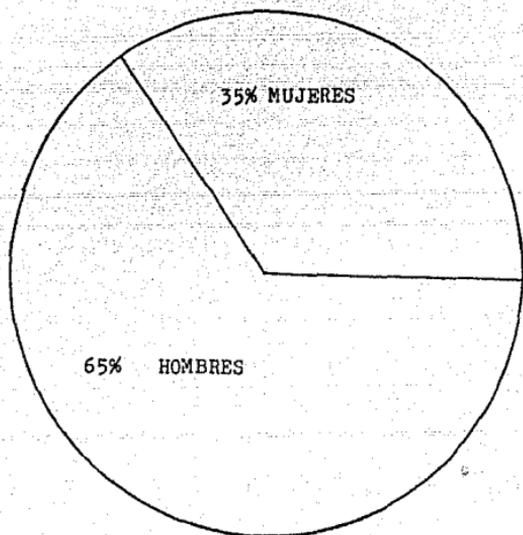


GRAFICO No. 2

Estado civil en porcentajes, para ambos sexos ,
grupo experimental. Marzo - agosto 1984, HGZ 24.

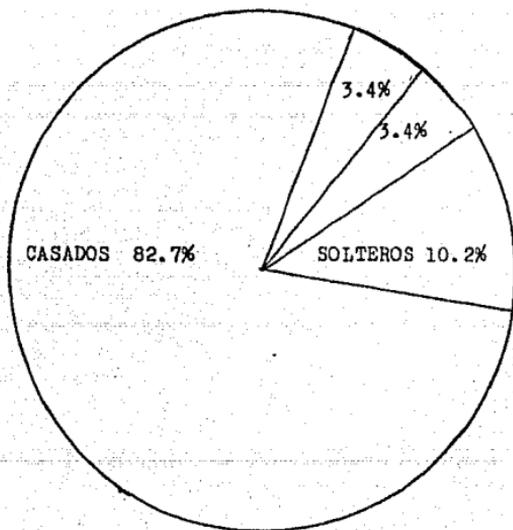


GRAFICO No. 3

Número de individuos, ambos sexos, de acuerdo al estado civil, grupo control.

HGZ 24, IMSS. Marzo - agosto, 1984.

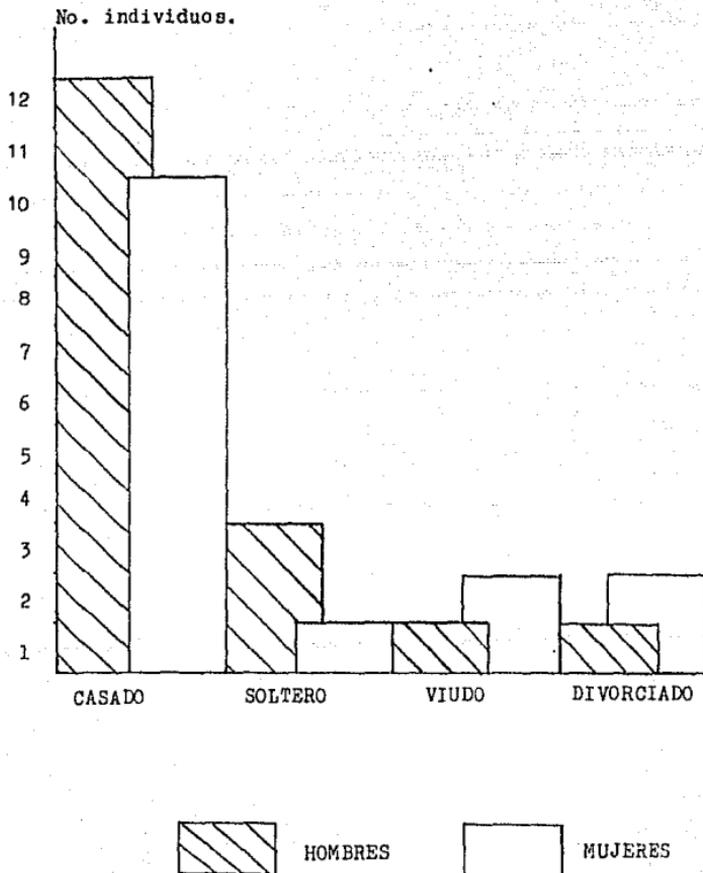


GRAFICO No. 4

Escolaridad en porcentajes, para individuos con úlcera péptica, ambos sexos, grupo experimental.
Marzo - agosto, 1984. HGZ 24. IMSS.

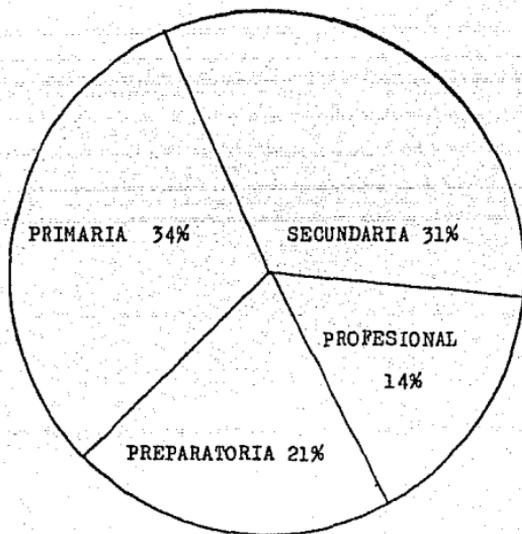


GRAFICO No. 5

Porcentaje de individuos con úlcera péptica de acuerdo a la escolaridad, ambos sexos, grupo control.

HGZ 24, IMSS, marzo - agosto, 1984

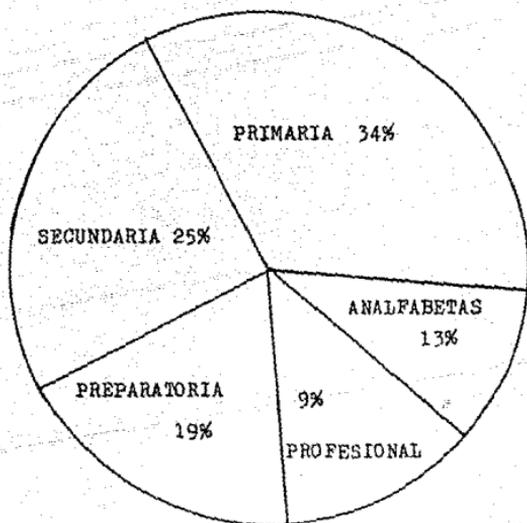


GRAFICO No. 6

Número de individuos ambos sexos, con úlcera péptica,
de acuerdo a la ocupación, grupo experimental.

HGZ 24, IMSS, marzo - agosto, 1984

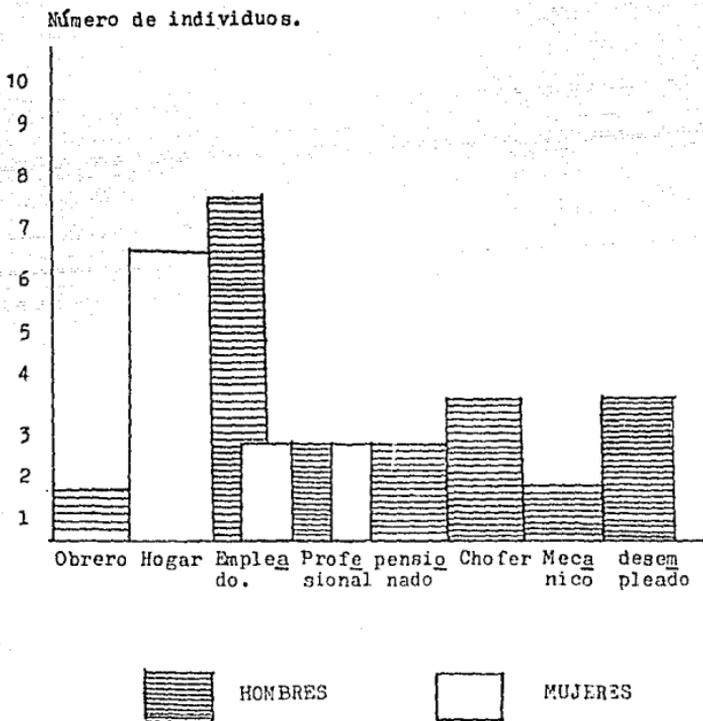


GRAFICO No. 7

Número de individuos con úlcera péptica, de acuerdo a la ocupación, ambos sexos, grupo control.
Marzo - agosto, 1984. HGZ 24, IMSS.

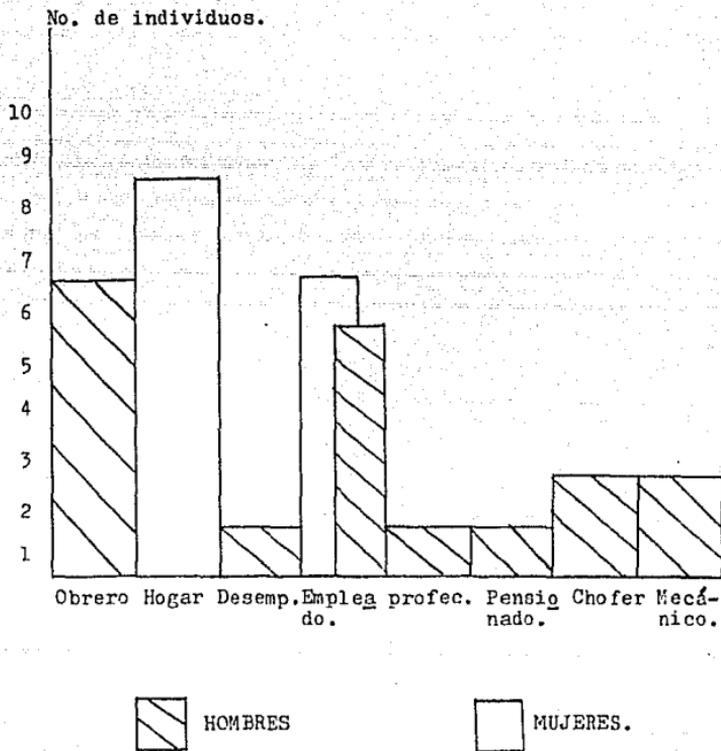


GRAFICO No. 8

Porcentaje de individuos, de acuerdo a resultados del
tratamiento médico, grupo control.

HGZ 24, IMSS. Marzo - agosto, 1984.

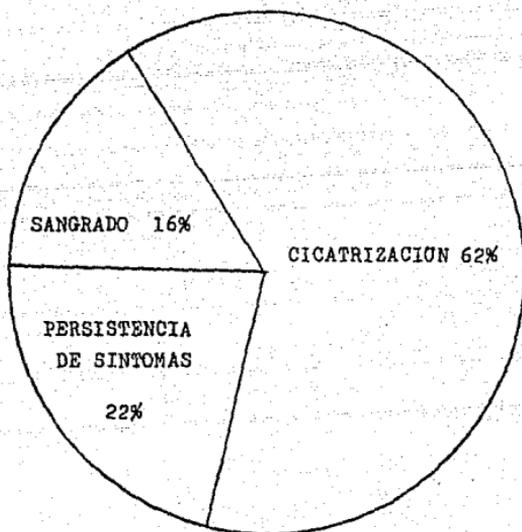
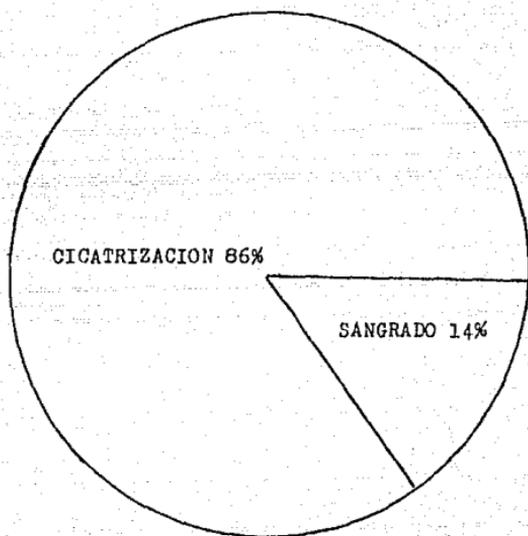


GRAFICO No. 9

Porcentaje de individuos, con cicatrización y complicaciones de úlcera péptica, en el grupo experimental.
Marzo - agosto, 1984. HGZ 24, IMSS.



VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se realizó el estudio en un grupo pequeño, constituido por 61 individuos, que corresponden al 39% del universo que fué de 156 personas, de donde se desprende lo siguiente:

Predominó el sexo masculino, en una relación 2:1; ésto difiere de lo reportado en la literatura, que da una proporción 4:1 (9); la diferencia se explica por la participación de la mujer en actividades laborales, lo cual es común en nuestros días. no así en la década de los 70s.

En cuanto a edad, se encontró entre 30 y 54 años; explicado ésto por ser el periodo productivo y reproductivo del individuo que en nuestra ciudad se encuentra sometido a stress por factores ecológicos y económicos principalmente (5).

Estado civil; individuos casados (graficos 2 y 3), justificado por la responsabilidad que implica el dirigir y sostener económicamente a una familia, creando estados de tensión y angustia en lucha por la supervivencia en un medio cada día más hostil.

Ocupación: los individuos ulcerosos de la muestra, desempeñan actividades como empleados y mujeres dedicadas al hogar (gráfico 6 y 7); en el término empleado, englobé actividad de atender mostrador, agente de seguros, encargados de algún departamento dentro de su empleo y personas con la categoría de secretario. Este parámetro difiere de lo reportado, que da una proporción alta en individuos con puestos ejecutivos y directivos; la diferencia observada se debe -

probablemente al tipo de población derechohabiente que acude al Hospital General de Zona 24.

Escolaridad: Otro factor asociado al anterior difiere de lo reportado en que se establece mayor número de ulcerosos en personas con escolaridad profesional, que desempeñan puestos altos, comparado ésto con el resultado del presente estudio en hay gran proporción de ulcerosos con escolaridad primaria; éste hallazgo puede explicarse por las características de la población adscrita al HGZ 24., personas en quienes influye el medio ambiente, el incremento en el costo de la vida en respuesta al crecimiento demográfico, que se ven obligadas a trabajar doble turno, o luchan por elevar su nivel de escolaridad; muy frecuente en nuestros días es que la mujer además de funcionar como madre y esposa tratan de cumplir un rol de trabajadora.

Factores estimulantes de la secreción gástrica: Existe un alto número de individuos que ingieren alcohol, en el presente estudio, se descartaron alcohólicos crónicos, ya que éste factor puede falsear los resultados; en la historia clínica se interrogó la proporción y frecuencia en la ingesta de bebidas alcohólicas, asestando a aquellos que refirieron una frecuencia de 1 - 2 veces por mes. El tabaquismo, es frecuente y a la misma proporción para ambos sexos (cuadros 3 y 4). La ingesta de irritantes como picante y alimentos condimentados, se encontró en el 63% del total de la muestra, cifra que no es de sorprender dadas las características culturales de nuestro país.

El 23% de nuestras familias, viven en fase de expansión, es decir tienen hijos pequeños, se encuentran en etapa reproductiva, con desajuste emocional y mala comunicación ésto, creo favorecido por la llegada de los hijos, sin preparación de la pareja para ello, cayendo en la disfunción.

El 67% que se encuentran en fase de dispersión, son familias disfuncionales; las parejas han dejado de comunicarse entre sí y lo hacen através de los hijos, hay mala relación conyugal, provocado ésto por extremo cuidado de los hijos y falta de atención a la pareja, creandose resentimientos que al paso del tiempo terminan en aislamiento; ello explica el gran número de disfunciones sexuales, cuyo origen se establece desde la formación del matrimonio, o quizás desde antes, por inadecuada información sexual, tolerandose en un principio, pero al transcurrir el tiempo, y con deficiente comunicación, se ha caído en la infidelidad consecuentemente en apatía sexual selectiva, afectando ésto directamente a los hijos, que por su parte crean alianzas, ahondando más el problema.

Únicamente el 10% de familias están en fase de independencia, con moderada disfunción, causada ésta, por la incapacidad de la pareja para desprenderse de los hijos, con intervención en su vida conyugal, originando distanciamiento y alteración familiar, no solo en la familia de origen, sino en la de los propios hijos.

Hasta aquí no hubo diferencia en cuanto a las características de ambos grupos; la no similitud fué la terapéutica de donde se desprendieron los resultados plasmados en los gráficos 8 y 9.

Los resultados de la psicoterapia familiar, se derivan de la función de escuchar, facilitar la comunicación, análisis de la dinámica grupal y orientación respecto a la corrección y eliminación del o los conflictos; esta acción es la que diferencia la actividad terapéutica y en consecuencia la respuesta del paciente.

VIII. ANALISIS ESTADISTICO

La hipótesis alternativa quedó probada estadísticamente con la aplicación de la "diferencia de porcentajes en grupos independientes", con $P < 0.05$

Para el desarrollo de ésta prueba se emplearon los siguientes datos:

GRUPOS	TOTAL INDIV.	No. INDIVIDUOS CON CICATRIZAC.	No. INDIVIDUOS NO CURADOS	PORCENTAJE CURACIONES
A	29	25	4	86%
B	32	20	12	62%
TOTAL	61	45	16	74%

$$\text{Error estandar del grupo A. } EE_A = \sqrt{\frac{Pq}{N}} = \sqrt{\frac{74 \times 26}{29}}$$

$$EE_A = 8.14$$

$$\text{Error estandar del grupo B. } EE_B = \sqrt{\frac{74 \times 26}{32}} = 7.75$$

Error estandar de la diferencia de porcentajes:

$$EE_{p1 - p2} = \sqrt{(EE_A)^2 + (EE_B)^2} = \sqrt{(8.14)^2 + (7.75)^2}$$

$$\frac{p1 - p2}{EE_{p1 - p2}} = \frac{24}{11.23} = \boxed{2.13}$$

De acuerdo a la tabla del nivel de significancia para ensayos de una cola $P = 1.645$ a 0.05 ; al obtener 2.13 , $p < 0.05$ es significativo. El tratamiento de la úlcera péptica con psicoterapia familiar, es efectivo, con un margen de seguridad del 95%.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

IX. CONCLUSIONES

La úlcera péptica es frecuente en individuos del sexo masculino, con rango de edad entre 35 y 59 años, mientras que en el sexo femenino, se presenta desde la 2a. década de la vida.

Como factores coadyuvantes a enfermedad ácido-peptica, predominan el alcoholismo, tabaquismo e ingesta de alimentos irritantes.

Es frecuente la úlcera en personas casadas, con escolaridad primaria, cuya actividad laboral es empleado y hogar.

El 67% de nuestras familias se encuentran en fase de dispersión, un elevado número de ellas se encuentran clasificadas como moderadamente disfuncionales.

Con el empleo de psicoterapia familiar se logró resolver conflictos y crisis familiares.

La psicoterapia familiar asociada al tratamiento médico del enfermo ulceroso, ofrece mayor porcentaje de cicatrización y menor incidencia de complicaciones.

X. COMENTARIOS

A la realización de este trabajo, me encontré con aceptación del estudio y buena participación de los pacientes; dificultades en cuanto al tiempo por ambas partes, resuelto esto, mediante entrevistas en fines de semana y algunos días festivos; de parte mía, con dificultades técnicas, debidas a mi falta de experiencia en el manejo psicoterapéutico, por lo que recurrí a la literatura y a solicitar orientación de profesores con mayor experiencia en la materia.

Los resultados del estudio plasmados numéricamente nunca serán más demostrativos que la situación actual de las familias participantes, mostrando objetivamente los resultados.

Bien conocido es que la úlcera tiene un comportamiento crónico y recidivante, por lo que el presente trabajo, abre las puertas a otros, ya que en las 29 familias estudiadas ahora, podrá seguirseles por lo menos durante un año, evaluando la reincidencia o no del cuadro ulceroso, me atrevo a preveer que será mínima, debido a que se ha eliminado uno de los factores predisponentes, como lo es el estado emotivo, que se acentúa en la presencia de disfunción familiar.

Existen limitaciones para el manejo integral, principalmente por parte del médico que se queja continuamente de saturación en su consulta, cayendo en una conducta deshumanizada, lo que es percibido por el paciente, de tal manera que la relación médico - paciente se torna fría y

hostil.

El Médico Familiar, cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten diferenciarse del Médico General, quien otorga atención a quien lo solicita, dando por terminada su acción, con la curación de la enfermedad, o simplemente con el abandono del paciente en el consultorio. El Médico Familiar presta atención continua, ilimitada al individuo sano o enfermo y a su grupo familiar, conoce a la familia y es capaz de organizar al individuo en acciones comunitarias. La gran demanda de consulta médica en las clínicas y hospitales es por padecimientos susceptibles de ser prevenidos, mediante educación a la comunidad; si partimos de ésta premisa, la misma consulta podrá disminuir el número de asistentes. Por lo tanto la acción del Médico en nuestro tiempo va más allá del consultorio, en la medida en que se establezca una relación médico-paciente, más armoniosa, --lograremos mayor cooperación en la solución de los problemas de salud.

Con el simple hecho de escuchar al individuo, se favorece la descarga de ansiedades, que permiten identificar conflictos latentes, de ésta manera plantear soluciones. El Médico Familiar es capaz de seguir individuos con padecimientos crónicos, haciendo participar al grupo familiar en el cuidado y manejo adecuado del enfermo; la úlcera puede manejarse en primer nivel, y solo se enviará a 2o. nivel en caso de complicaciones o resistencia al tratamiento, sin olvidarse del paciente, ya que el especialista ve al individuo en su integridad biológica, emitiendo un diagnóstico y tratamiento, pero desconoce los factores ambientales y familiares del paciente, campo que no es del especialista sino del Médico Familiar.

XI. RESUMEN

Mediante un estudio experimental, comparativo, longitudinal y prospectivo, se trabajó con 61 individuos (39%) del universo de pacientes con úlcera péptica que acuden a la consulta de Gastroenterología del Hospital General de Zona 24 con el fin de comparar y evaluar el tratamiento médico y psicoterapia familiar en el manejo de la úlcera péptica.

A los 61 individuos, mediante azar simple, se les clasificó en 2 grupos: el grupo A, con 29 personas, que recibieron psicoterapia familiar y tratamiento médico; el grupo B con 32, sometidos a tratamiento médico exclusivamente. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a factores predisponentes, y con alteraciones de dinámica familiar, resultando el 23% en fase de expansión, con desajuste emocional mala comunicación, 67% en fase de dispersión, con alteraciones en el subsistema conyugal y disfunciones sexuales; el 10% restante, en fase de independencia con alteraciones del subsistema parental.

La psicoterapia familiar se basó en los siguientes elementos:

1. Diagnóstico estructural
2. Diagnóstico funcional
3. Identificación de la demanda real
4. Planteamiento de objetivos de la tarea correctora.
5. Plan de seguimiento.
6. Resolución de conflictos.

El grupo A reveló 86% de cicatrizaciones, 14% se complicaron con sangrado.

El grupo B mostró cicatrización en el 62%, 22% con persistencia de la sintomatología y 16% complicado con sangrado.

Como parámetros para evaluar la curación, se consideró - la ausencia de síntomas y de lesión en estudios de gabinete.

Se concluyó que la úlcera péptica, es susceptible de ser manejada con tratamiento médico y psicoterapia familiar.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Balint M. "Técnicas psicoterapéuticas en Medicina", en El ambiente en la practica general. Ed. Siglo XXI, 1a. ed., México, 1966.
2. Bauleo A. "Ideologia, grupo y familia", en: La practica de la psicoterapia. Ed. Kargieman, 2a. ed. Buenos A.
3. Broor S.L. et al. Nocturnal gastric acid secretion in duodenal ulcer: inhibition by Cimetidine. Am.J.Med. 1981, nov-dic; 282(3): 120-4.
4. Chuong S.S. et al. Cimetidine and duodenal ulcer: an analysis of methodologic probs in randomized controlled trials. J. Clin.Gastroenterology, 1982, Aug; 4(4)311-20.
5. Farreras R. "Medicina Interna", en Ulcus Péptico. Ed. Marín, 8a. ed. reimp. Mexico, 1976.
6. F. Pérez J. "Terapia familiar en el trabajo social" La familia en terapia. Ed. Pax-México, 1a. ed. 1981
7. Garcia A.J. Medicina General, especializada y familiar diferencias. Rev. Fac. Med. XXII, (6) 19-26.
8. Doodman G. "Eases farmacológicas de la terapéutica", en Antiácidos y digestivos gástricos. Ed. Panamericana, 6a. ed. Buenos Aires, 1982.

9. Harrison, et al. "Medicina Interna", en Úlcera Péptica
Ed. Prensa Médica Mexicana, 5a. ed. Colombia, 1982.
10. Hirschowitz B.I. Natural history of duodenal ulcer.
Gastroenterology, 1983, oct; 85(4) 967-70.
11. Ippoliti A., et al. Recurrent ulcer after successful -
treatment with, Cimetidine or antiacid.
Gastroenterology 1983, oct 85 (4) 875-80.
12. Kesselman H. "Psicoterapia breve", en Consideraciones
sobre técnica en psicoterapia individual planificada
Ed. Fundamentos, 2a. ed. 1979, España.
13. Korman M.G. et al. Influence of cigarette smoking on
healing and relapse in duodenal ulcer disease.
Gastroenterology 1983, oct; 85 (4) 871-4.
14. Lyman C. Algunas indicaciones y contraindicaciones de
la terapia familiar exploratoria.
Mecanograma, UMF 20, 1984.
15. Minuchin S. "Familia y terapia familiar", en Un modelo
familiar. Granica editor, 1a. ed. Barcelona, 1977.
16. Minuchin S. "Familia y terapia familiar", en Terapia
estructural de la familia. Granica editor, 1a. ed.
Barcelona, 1977.
17. Murray S.S. "Estadística", en Teoría de la decisión
estadística, ensayos de hipótesis y significancia .
Mc. Graw-Hill, 1982.

18. Pichon Riviere. "El proceso grupal", en Familias un enfoque operativo.
Ed. Nueva sisión, Buenos Aires, 1980.
19. Pichon R. "El proceso grupal". en Tratamiento de6 grupos familiares, psicoterapia colectiva.
Ed. Nueva Visión, Buenos Aires. 1980.
20. Pichon R. "Psiquiatria una problemática", en Ulcera Péptica y psicosis maniacodepresiva.
Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
21. Sainz J.J. Funciones del Médico Familiar en el sistema de atención médica.
Rev. Fac. Med. XXII (II)16-21, 1979.