



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

**“COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y SATISFACCIÓN FAMILIAR
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA Y PACIENTES SANOS”**

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN

ASESOR:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
PROFESOR ASOCIADO “C”, T.C. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

COASESOR:

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.**

MÉXICO D.F. OCTUBRE 2006

No. de Registro: 2004 - 3607 – 0023



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.

“COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA Y PACIENTES SANOS”

AUTORIDADES DEL IMSS

DR. GERARDO VELAZQUEZ ESPEJEL
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS.

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

“COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA Y PACIENTES SANOS”

ASESORES DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
PROFESOR ASOCIADO “C”, T.C. DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR. FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ROBERTO PÉREZ BLANCAS
MÉDICO GASTROENTEROLÓGO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL No. 1 “GABRIEL MANCERA”

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ofrecerme la oportunidad de vivir.

A mi Madre:

Por su amor, apoyo incondicional, fortaleza, comprensión y perdón.

A mi Hermano:

Compañero de juegos, amigo, columna indispensable en mi formación.

A mi Padre:

Siempre presente en mí.

A mis Asesores de Tesis:

Titanes de la Investigación, luz constante en mi camino.

A mis Profesores:

Soldados de la práctica clínica diaria.

Al servicio de Gastroenterología del

HGR 1 Gabriel Mancera:

Por su colaboración en la captación de pacientes

Turnos matutino y vespertino.

A mis compañeros residentes:

Grupo heterogéneo formados para un fin común.

A mis amigos(as):

Por compartir el tesoro invaluable de la amistad.

A Rodrigo TA

El Amor de mi vida,
por su paciencia y apoyo incondicional

INDICE

		Página
1	MARCO TEÓRICO	
1.1	Definición de Enfermedad Ácido péptica.....	09
1.3	Clasificación de Enfermedad Ácido péptica.....	10
1.4	Prevalencia de Enfermedad Ácido péptica.....	11
1.5	Factores de riesgo para la Enfermedad Ácido péptica.....	11
1.6	Definición de familia.....	12
1.7	Familia y Enfermedad.....	12
1.8	Familia y Enfermedad Ácido péptica.....	13
1.9	Planteamiento del problema.....	15
1.10	Justificación.....	15
1.12	Objetivos.....	16
1.3	Objetivo General.....	16
1.4	Objetivos específicos.....	16
2	MATERIAL Y MÉTODOS	17
2.1	Tipo de estudio.....	17
2.2	Diseño de investigación del estudio.....	18
2.3	Población, lugar y tiempo.....	19
2.4	Muestra.....	19
2.5	Criterios de inclusión.....	20
2.5.1	Criterios de eliminación.....	20
2.5.2	Criterios de exclusión.....	21
2.6	Variables.....	21
2.7	Definición conceptual de las variables.....	21
2.7.1	Definición operativa de las variables.....	24
2.8	Diseño estadístico.....	29
2.9	Instrumento de recolección de datos.....	29

INDICE

2.10	Método de recolección de datos.....	29
2.11	Maniobras para controlar o evitar sesgos.....	29
2.12	Prueba piloto.....	30
2.13	Procedimientos estadísticos.....	31
2.13.1	Plan de codificación de los datos.....	31
2.13.2	Diseño y construcción de la base de datos.....	31
2.13.3	Análisis estadístico de los datos.....	31
2.14	Cronograma de actividades.....	32
2.15	Recursos humanos.....	33
2.15.1	Recursos materiales.....	33
2.15.2	Recursos físicos.....	33
2.15.3	Financiamiento del estudio.....	33
2.16	Consideraciones éticas.....	33
3	RESULTADOS.....	34
4	DISCUSIÓN.....	44
5	CONCLUSIONES.....	48
6	REFERENCIAS.....	50
7	ANEXOS.....	54

COHESION ,ADAPTABILIDAD Y SATISFACCION FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA EN COMPARACION CON PACIENTES SANOS.

Autores: Dra. Vargas León Concepción, Dr. Gómez Clavelina Francisco Javier, Dr. Pérez Blancas Roberto, Dr. Torres Salazar Bernardo Augusto. Hospital Regional de Zona No 1 Gabriel Mancera IMSS. México, D.F.

Resumen

EL Faces III y Apgar familiar son instrumentos de evaluación familiar que indican la cohesión, adaptabilidad y satisfacción de los integrantes de la familia.

Objetivo: Identificar si existe diferencias en la cohesión, adaptabilidad y satisfacción en pacientes con enfermedad ácido péptica en comparación con pacientes sanos.

Material y métodos.

Tipo de estudio: Prospectivo, Transversal, Comparativo, Descriptivo. Se estudió a pacientes sanos y con enfermedad ácido péptica derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 28 y del Hospital General de Zona Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social en el lapso de noviembre del 2004 a octubre del 2005.

Criterios de inclusión: Portadores de enfermedad ácido péptica con reporte endoscópico, comparándose con un grupo control. Muestra probabilística 166 pacientes. Nivel de confianza 95% error permisible 0.03. Análisis de resultados con estadística descriptiva con el programa SPSS, versión 12. Variables: Datos personales, años de portar la enfermedad, endoscopia, genograma estructural, aplicación de Test FACES III y APGAR familiar.

Resultados: Los pacientes se dividieron en dos grupos: sanos y enfermos, en ambos grupos predominio del sexo femenino. Rango de edad de 21 a 30 años, religión católica, estado civil: casados, Escolaridad: profesional, Ocupación: profesionista 35(42.2%) en los sanos y en los enfermos hogar 25 (30.1%).

En la población enferma el rango de años de diagnóstico predominante fue de 1 a 5 años en 39 (47%).

El tratamiento más frecuente los antiácidos 41(49%). Reporte endoscópico Hernia hiatal y gastritis 44(46%). En ambos grupos en el Genograma no se encontraron antecedentes de enfermedades digestivas 35(45.8%), el ciclo vital de familia ambos en fase de Independencia y el tipo de familia nuclear 44(53%). En FACES III la dimensión de cohesión fue relacionada 30(36.1%), Adaptabilidad caótica. En ambos grupos el tipo de familia que predominó fue en rango medio, de igual forma con alta satisfacción de los pacientes al aplicar el Apgar familiar.

Conclusiones:

En los dos grupos hay diferencias de edad y ocupación, se observan en los dos grupos similitudes en el ciclo vital, genograma, tipo de familia, y en el área de FACES III las familias predominan en rango medio, sin embargo en la población enferma tienden a ser más caóticas. En el apgar no se encontraron diferencias significativas.

Palabras clave:

Enfermedad ácido péptica, FACES III, APGAR familiar, genograma estructural

COHESION, ADAPTABILITY AND FAMILIAR SATISFACTION ON PATIENTS WITH PEPTIC-ACID-GASTRIC DISEASES COMPARED WITH HEALTHY PATIENTS.

Authors: Vargas Leon Concepcion, Gomez Clavelina Francisco Javier, Perez Blancas Roberto, Torres Salazar Bernardo Augusto. Regional hospital of Zone Number 1 Gabriel Mancera IMSS. Mexico, D.F.

Summary

The FACES III and familiar Apgar are instruments of familiar evaluation that assess the cohesion, adaptability and satisfaction of the members of the family.

Objective: To identify differences in the cohesion, adaptability and satisfaction in patients with peptic-acid-gastric diseases in comparison with healthy patients.

Material and methods.

Type of study: One prospective, cross-sectional, comparative and descriptive study was made both with healthy and peptic-acid-gastric diseases patients, users of the Primary Care Unit and of the Regional Hospital of Zone No. 1 "Gabriel Mancera" of the Mexican Institute for Social Services (IMSS), during the period of November 2004 to October 2005.

Criteria of inclusion: Patients with peptic-acid-gastric diseases with endoscopic report were compared with a control group. Probabilistic sample of 166 patients with confidence level of 95% and permissible error 0.03. Statistical analysis of results was done using descriptive procedures with SPSS program, version 12. Variables: Personal data, years of the disease, endoscopies reports, genogram, application of FACES III and FAPGAR.

Results: The patients divided themselves in two groups: healthy and ill, predominance of feminine sex in both groups. Rank of age of 21 to 30 years, catholic religion, married. Schooling. Professional. Occupation: healthy are professionals 35 (42.2%) and the patients home labors 25 (30.1%).

In the ill population, the rank of years of ill was of 1 to 5 years in 39 (47%).

The most frequent treatment is antacid on 41 (49%). Endoscopic report hiatal hernia and gastritis 44 (46%). In both groups in the genogram were not antecedents of digestive diseases 35 (45.8%), the vital cycle of family was of Independence and the type of family was nuclear 44 (53%). In FACES III the dimension of cohesion was related 30 (36.1%), chaotic adaptability. In both groups the type of family that predominated was in average rank, similarly with high satisfaction of the patients when FAPGAR was applied.

Conclusions:

In both groups there are age differences and occupation, the groups are similar in the vital cycle, genograma, type of family, and in FACES III the families predominate in average rank, but in the ill population tends to be chaotic. In FAPGAR were not significant differences.

Key words:

PEPTIC-ACID-GASTRIC DISEASES, FACES III, FAPGAR, structural genogram

1. MARCO TEÓRICO

La enfermedad ácido péptica es una entidad crónica recurrente en la cual por acción del ácido y la pepsina y con la presencia de factores predisponentes, se produce ulceración de la mucosa digestiva, es decir, una solución de continuidad que sobrepasa la muscular de la mucosa en cualquiera de los segmentos superiores del tubo digestivo. (1)

La enfermedad ácido péptica es producida por la agresión del ácido clorhídrico, pepsina y sales biliares en aquellas partes del aparato digestivo que están expuestas al jugo gástrico y con menor frecuencia en el esófago terminal.

Según la clasificación internacional de enfermedades, las enfermedades del aparato digestivo K00 – K99, enlista a las enfermedades del esófago, estómago y duodeno (k20-k31), donde se especifican la esofagitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, otras enfermedades del esófago, úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica de sitio no especificado, úlcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis, dispepsia y otras enfermedades del estómago y del duodeno. (2)

Se define a la dispepsia como un síntoma o conjunto de síntomas (síndrome) que se origina directamente en la parte alta del tracto digestivo y que se relaciona con la presencia o ausencia de alimentos en el estómago o duodeno. Desde 1979 se realizaron los primeros intentos por clasificar los trastornos funcionales, introduciendo el término de dispepsia en 1979 por Grant Thompson, sufriendo modificaciones en los siguientes años. El grupo de Roma realiza una unificación de criterios, los cuales fueron expuestos en 1988, en el 13º Congreso de Roma surgiendo los Criterios de Roma I, este grupo continúa trabajando y en 1997 a 1998 aparecen los Criterios de Roma II. Se espera que la tercera edición o los criterios de Roma III sea publicada en el año 2006.

Se calcula de forma arbitraria, una incidencia mundial de dispepsia entre 1 a 8 % en la comunidad. Asimismo, se estima que 10 a 15% de las visitas al médico de la población general serán por dispepsias. Entre 15 a 30% de la población alguna vez la ha padecido. En adultos se calcula que 25 a 40% padecerán dispepsia en un año. (3)

La prevalencia de úlcera péptica en la población mundial es de 10% con una incidencia anual de 0.3% y la frecuencia de úlcera duodenal es más elevada que la úlcera gástrica. En México la prevalencia de úlcera péptica durante el periodo de 1960 a 1993 registro una disminución en la frecuencia de úlcera duodenal y un ligero aumento en la úlcera gástrica (4,5)

Según datos del estudio internacional DIGEST la prevalencia de la dispepsia en población general en los últimos 6 meses, cuando se consideran todos los síntomas gastrointestinales localizados en la parte superior del abdomen, es del 40.6%; cuando se consideran aquellos moderadamente graves y que al menos, ocurren una vez por semana, se sitúa en el 28.1%.

En España, los datos de prevalencia disponibles indican que el 39% de la población ha presentado alguna vez en su vida síntomas de dispepsia, y el 24% los ha presentado en los últimos 6 meses. La elevada frecuencia de la dispepsia conlleva un consumo de recursos sanitarios importante. Esto es evidente ya que el 2% de las personas encuestadas precisó ser hospitalizada y 27% necesitó baja laboral, reducción de días de trabajo, escuela y/o otras labores. No obstante, los resultados del impacto económico entre los diferentes países no son comparables, ya que tienen diferentes sistemas sanitarios y sociales y existen amplias diferencias en los costes del diagnóstico y de los tratamientos. (6,7)

En México, la tasa de morbilidad de los 15 casos nuevos de enfermedad más importante del 2000 incluyó a las úlceras, las gastritis y duodenitis con una tasa de 1285.6 número de casos por 100 mil habitantes. (8)

Se ha mostrado que existe una asociación entre los diversos problemas de salud mental (ansiedad, depresión, neurosis, estrés crónico, hostilidad, hipocondriasis, crisis de pánico, etc.) y la dispepsia funcional (6)

Los factores de riesgo para la úlcera péptica son los genéticos, la edad, la historia personal y o familiar de úlcera péptica, los estilos de vida no saludables, los trastornos de ansiedad, el consumo de agresores gástricos: cigarrillo, alcohol y Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) riesgo relativo siete veces mayor. (1,6)

Álvarez y cols. realizaron un estudio en siete consultorios médicos en Artemisa, Cuba, observando que la prevalencia de úlcera péptica fue de 1%, la úlcera duodenal fue cuatro veces más frecuente que la úlcera gástrica, de predominio en el sexo masculino, con consumo de café y tabaco, la mayoría de los pacientes realizaba solo dos comidas, el 45.5% tenían antecedentes familiares de úlcera gastroduodenal y el 59% de los ulcerosos eran personas estresadas. (9)

Rodríguez y col. realizaron un estudio de 1990 a 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social donde encontraron que los factores de riesgo para la úlcera péptica fueron la ingesta de AINES, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la presencia de *Helicobacter pylori* en 39.3% (10)

Jinich Brook menciona que las enfermedades del esófago, estómago y duodeno, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son entidades clínicas que constituyen una parte considerable de los motivos de consulta en la práctica clínica de gastroenterólogos, internistas y médicos familiares, la bibliografía relacionada con la participación del estrés y factores psicológicos en su etiología y patogénesis es muy amplia y sugiere que la teoría psicosomática ha sido desplazada por el refinamiento de la investigación científica en biomedicina para entender la etiología y patogénesis de entidades atribuidas a causas psíquicas. (11)

Asimismo, el autor enfatiza que han sido importantes las limitaciones que se imponen al estudio de sujetos humanos necesariamente inmersos en su ambiente natural y no en condiciones de experimentación controlada. Retoma que el modelo biopsicosocial tiene como objeto de atención al enfermo y se concentra en su padecer el cuál esta integrado por la percepción, vivencia y respuesta del paciente, de su familia y entorno social ante los síntomas y la invalidez. (11)

El tracto gastrointestinal es una de las localizaciones más frecuentes de los trastornos psicósomáticos, puesto que es muy rico en terminaciones del sistema nervioso autónomo. En la clínica diaria se puede observar la comorbilidad de alteraciones gastrointestinales en trastornos depresivos y ansiedad, además de aerofagia, boca seca, estomatitis, disfagia, náuseas, mericismo, acalasia, hipersalivación, vómitos, piloroespasmo, diarrea nerviosa, estreñimiento y la hiperémesis gravídica.

En las diversas investigaciones que se han realizado se relacionan los perfiles de la personalidad, la neurosis, la ansiedad, sin embargo sigue existiendo controversias en cuanto a la relación con enfermedades como la úlcera péptica, el síndrome de colon irritable, enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. (12)

Se realizó un estudio en la ciudad de Bogotá entre los meses de junio y noviembre de 2001 y se encontró que los factores de riesgo psicosocial laboral asociados a la patología como la enfermedad ácido péptica y el intestino irritable son las características de las condiciones de organización y otras variables asociadas son: la pérdida de un ser querido y las características de personalidad individual, la mayor fuerza de asociación se encontró en las características de la personalidad. (13)

En cuanto a la relación de enfermedades con el estrés y la función gastrointestinal, en el ámbito clínico se ha observado que cuando los sujetos están perturbados o ansiosos, refieren molestias abdominales o intestinales. Sin embargo, en los estudios realizados a nivel mundial surgen problemas sin resolverse como la falta de claridad sobre la influencia del estrés psicosocial y de los factores psicológicos en la condición médica, así como los posibles mecanismos psicobiológicos implicados y los tratamientos de las enfermedades abdominales continúan siendo estrictamente clínicos, con escasa consideración a los factores psicosociales, lo cual podría explicar la alta tasa de recurrencia de las mismas. (14)

Es más difícil todavía, establecer entre el ser humano y su entorno familiar una relación directa o indirecta como causa o factor contribuyente a las enfermedades del tracto digestivo como la enfermedad ácido péptica.

La familia y enfermedad ácido péptica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, definió a la familia con un enfoque antropológico y demográfico como "miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio." (15)

En 1983, Santacruz analiza la definición de familia y la considera unidad de estudio de la medicina familiar. Así, menciona que la familia es "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar." (15)

La familia es un grupo primario institucionalizado que permite la satisfacción de necesidades esenciales de sus integrantes, lleva implícito una gran variedad de elementos que pueden ser identificados como las funciones de la familia, que incluyen la regulación sexual, sustento económico, reproducción y educación en sus más amplias connotaciones. (15)

El concepto de salud familiar hace referencia a la familia como un grupo social primario que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. (15)

La familia es un sistema social abierto en constante transformación según las diferentes etapas existenciales de sus integrantes, en un equilibrio dinámico que facilita su relación emocional y física para el desarrollo tanto individual como la familiar en interacción con el entorno. (15)

A pesar de que es el individuo donde se manifiesta la enfermedad, la calidad de la organización y funcionamiento familiar está fuertemente relacionada con el mantenimiento de las condiciones básicas para la salud, con la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades. Es bastante sabido que la mayor parte de los factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés, desinformación, etc.) están relacionados con que incluya el problema dentro del grupo familiar. (16)

Las relaciones interpersonales (las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor. Los patrones de interacción pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos.

Los trastornos orgánicos a menudo generan estados depresivos que retroactúan sobre esos trastornos, se ha comprobado la influencia de la depresión y el estrés en trastornos fisiológicos, por ejemplo del sistema inmunológico. Las emociones y el estrés se dan siempre en el marco de las relaciones interpersonales.

Se adjudica mayor riesgo de enfermedad y muerte a aquellas personas que atravesaron hace poco situaciones críticas (divorcio, muerte de un familiar, desastre económico). (16)

La repetición generacional de ciertas enfermedades puede tener que ver no sólo con las cuestiones hereditarias, sino con la repetición de estructuras familiares enfermantes. Es necesario investigar el significado de la enfermedad y del enfermar en la historia familiar. (16)

Las enfermedades terminales suponen una profunda crisis en el funcionamiento de la familia. La familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo.

El cuidador primario familiar se asigna (por patrones culturales en nuestro medio casi invariablemente a una mujer: cónyuge, hija, nuera) y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge...) lo que motiva tanto asignaciones como percepciones de sentimientos de culpa, problemas de pareja y disfunción familiar.

El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento. (17)

Está comprobada la notable influencia del apoyo social en la salud individual y familiar. Su importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante.

La enfermedad produce una crisis que somete a reajuste a los miembros de la red social del paciente, produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno u otro tipo de apoyo: la familia más cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumir el apoyo informacional. (18)

Los miembros de la familia y las personas próximas también pueden atravesar las cinco fases descritas por Elizabeth Klüber-Ross ante la enfermedad terminal: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Al igual que los pacientes, pueden pasar de una a otra en el orden señalado, alterar ese orden, o quedar anclados en alguna de ellas, sobre todo depresión y rabia. (19)

El contexto primario de la salud del paciente es la familia, puede ser la red social en la cuál está insertada la persona enferma o que consulta, puede ser la relación médico- paciente o la relación con el sistema de salud. Para un diagnóstico contextualizado el Médico de Familia debe de tener en cuenta: las relaciones dinámicas de la familia, los patrones de salud-enfermedad de esa familia, la interconexión generacional, las transiciones del ciclo vital familiar. Para definir o establecer este contexto familiar se tiene en cuenta además el ciclo vital de la familia y el ciclo vital del individuo. La enfermedad se inserta en el acontecer de la vida. Se sabe que los períodos de transición en las familias pueden ser fuente de estrés intenso y dar lugar a la aparición de manifestaciones somáticas.

En el contexto familiar es necesario que el médico sepa reconocer los recursos de la familia, sus potenciales aliados, quiénes dan apoyo emocional, económico o logístico. Tomando como referencia el modelo biopsicosocial de Ángel en 1977 surge el modelo clásico de la relación médico paciente. Doherty y Baird 1983, proponen pensar en una relación en términos triangulares: médico-paciente-familia y sus interacciones recíprocas. Estas interacciones afectarán el cumplimiento, o el acuerdo del paciente con las indicaciones que se le dan. (20)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se desconoce si existen diferencias de la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en los pacientes con enfermedad ácido péptica y los pacientes sanos.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad ácido péptica, es un motivo de consulta diaria en la Medicina familiar, y aunque existen diversos tratamientos farmacológicos, no se aborda al paciente en forma integral en su familia. En la revisión de la literatura no hay estudios que demuestren la relación directa de la enfermedad ácido péptica y las relaciones familiares, sería útil saber si hay alguna relación para identificar alteraciones en la dinámica familiar y tomar medidas de prevención o modificar conductas que puedan favorecer o acentuar la enfermedad.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es identificar si existen diferencias de la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica en comparación con pacientes sanos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar pacientes con enfermedad ácido péptica en el servicio de Gastroenterología confirmado el diagnóstico por gabinete.

Identificar a pacientes sanos que puedan servir como grupo control para comprobar la presencia de enfermedad ácido péptica.

Describir la composición familiar a través de la cédula básica de identificación y el genograma en pacientes con enfermedad ácido péptica.

Describir la composición familiar a través de la cédula básica de identificación y el genograma en pacientes sanos.

Evaluar la dinámica familiar en los pacientes con enfermedad ácido péptico a través de los Instrumentos FACES III, Apgar familiar.

Evaluar la dinámica familiar en los pacientes sanos a través de los Instrumentos FACES III, Apgar familiar

HIPÓTESIS

Se estima que existen diferencias en la funcionalidad familiar entre grupos de pacientes con enfermedad ácido péptica y personas sanas.

Los resultados que se obtengan mediante la aplicación de FACES III y APGAR familiar permitirán identificar diferencias entre las familias de pacientes con enfermedad ácido péptica y de las familias de personas sanas. Esto propiciará establecer posibles relaciones entre las características de la dinámica familiar y la enfermedad ácido péptica.

Es posible que la dinámica familiar pueda estar alterada y/o disfuncional en los pacientes con enfermedad ácido péptica en comparación con los pacientes que están sanos, lo que establecería una relación directa de la enfermedad ácido péptica con la funcionalidad de la familia.

2. Material y Métodos

2.1 Tipo de estudio:

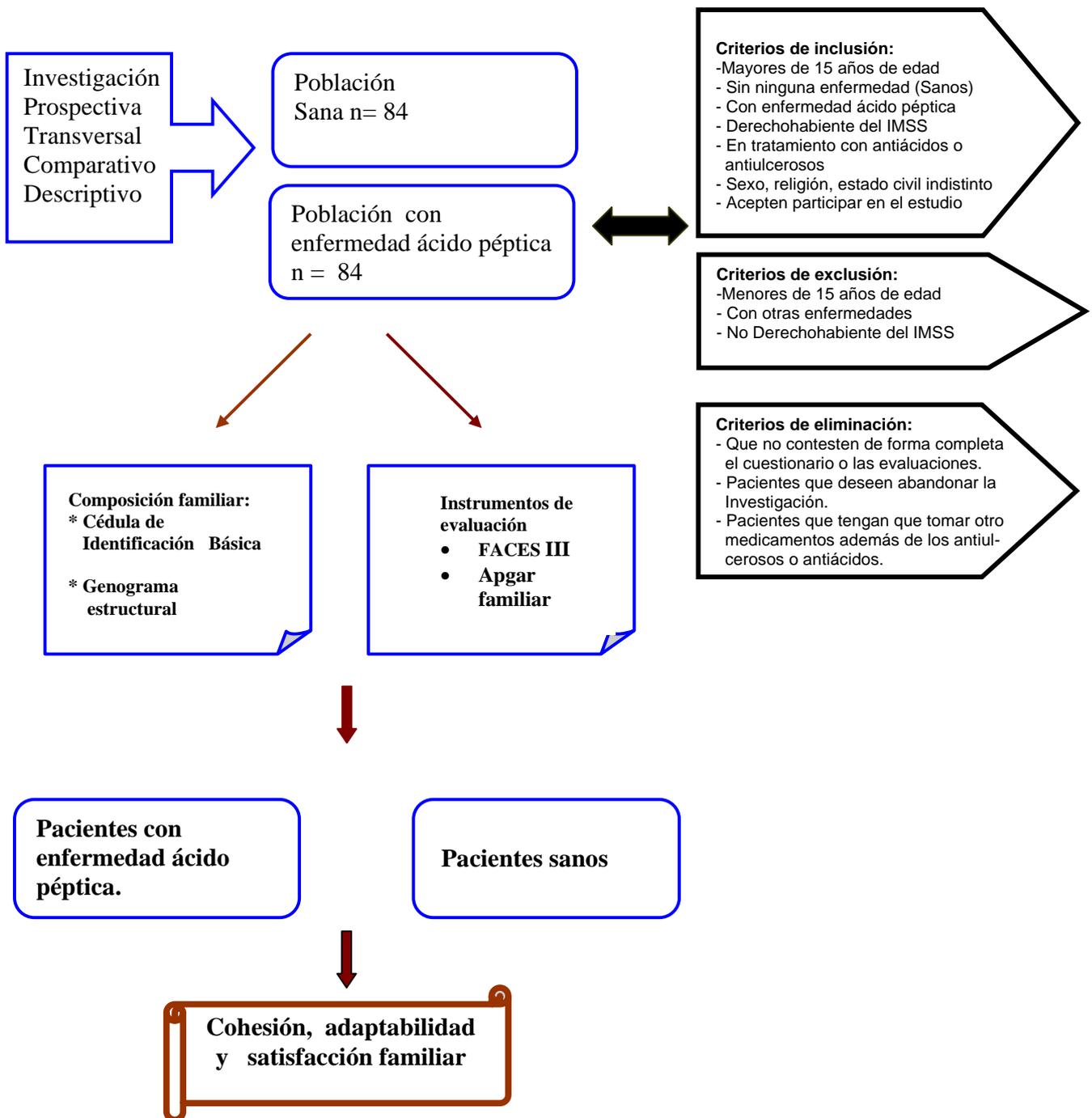
Prospectivo. Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.

Transversal: Según el número de mediciones de una misma variable o el período de secuencia del estudio

Comparativo Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo o grupos estudiados

Descriptivo. Según las variables o el análisis y el alcance de resultados.

2.2 Diseño de la Investigación



2.3 MATERIAL Y MÉTODOS

Población universo:

Se estudió a pacientes sanos y con enfermedad ácido péptica derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 28 y del Hospital General de Zona Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social en el lapso de noviembre del 2004 a octubre del 2005.

Tamaño de la muestra:

Características del muestreo.

Tipo de muestreo estratificado. Es el resultado de dividir a la población en grupos o estratos de acuerdo a ciertas características que se muestrean por separado.

Los valores de probabilidad bajo la curva "Z" son los que se utilizan en las fórmulas para calcular la muestra.

Nivel de confianza expresado en % 95, con un valor de probabilidad bajo la curva Z = 1.960 (21)

Diseño transversal fórmula (22)

$$N = \frac{[Z \text{ alfa } 2r^2] [P(1-P)]}{d^2}$$

Suponer o conocer el tamaño de la población

Conocer la cifra de la población enferma

Fijar el intervalo de confianza

Establecer el error permisible: error estándar 1.96

Para una prevalencia de 2%

Un valor inferior de 10%

Un valor superior de 16%

P=0.2

D= Valor esperado – error permisible

$$13 - 10 = 3$$

$$16 - 13 = 3$$

$$\underline{0.03}$$

$$N = \frac{[1.96] [0.2 (1-0.02)]}{0.0009}$$

$$N = \frac{[Z \text{ alfa } 2r^2] [P(1-P)]}{d^2}$$

Muestra total : 83 pacientes

N= 83

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión

Pacientes con enfermedad ácido péptica:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad ácido péptica de 6 meses a 5 años de evolución.
- Edad mayor de 15 años de edad
- Sexo masculino o femenino
- No tener otra enfermedad diagnosticada
- Escolaridad indistinta
- Religión: indistinta
- Que acudieron a consulta de forma regular a la Unidad de Medicina Familiar # 28 o al Hospital Gabriel Mancera del IMSS
- Acepten participar en el estudio
- En Tratamiento con antiácidos o antiulcerosos de más de 6 meses

Criterios de inclusión

Pacientes sanos:

- Pacientes sin ninguna enfermedad diagnosticada.
- Edad mayor de 15 años de edad
- Sexo masculino o femenino
- No estar tomando ningún medicamento
- Escolaridad indistinta
- Religión indistinta
- Estado civil indistinto
- Acepten participar en el estudio
- Que acudan a consulta de forma regular a la Unidad de Medicina Familiar # 28

Criterios de eliminación

- Pacientes con enfermedad ácido péptica, que durante la investigación desarrollen o se les diagnostique otras enfermedades
- Pacientes con enfermedad ácido péptica, que durante la investigación deban de tomar otros medicamentos además de los tratamientos antiulcerosos o antiácidos
- Pacientes que desearon no acepten el terminar con las evaluaciones utilizadas para la investigación
- Pacientes con respuesta incompletas o cuestionarios incompletos

Criterios de exclusión

- Pacientes niños
- Pacientes con otras enfermedades a demás de enfermedad ácido péptica
- No acepten participar en el estudio
- Que no sean derechohabientes del Instituto Mexicano Del Seguro Social
- Que no acudan de forma regular a consulta de Instituto Mexicano Del Seguro Social
- Pacientes con otros tratamientos farmacológicos además de antiulcerosos o antiácidos

2.6 Variables y escalas de medición:

- Sexo
- Edad
- Tipos de familia
- Ciclo de vida de la familia
- Funcionalidad de la familia
- Enfermedad ácido péptica
- Tratamientos antiácidos o antiulcerosos

Variables independientes: - Pacientes sanos
 - Pacientes con enfermedad ácido péptica

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

NOMBRE COMPLETO DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES (23)	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	TRATAMIENTO ESTADISTICO
No de folio	Número cardinal consecutivo	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de la n	-----
Nombre de la clínica o del hospital	Institución de salud a la que pertenece	Cualitativa	Nominal	1= UMF 28 2= HGR GM	-----
Nombre del paciente	Palabra que se le designa a una persona para distinguirla de otra	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombre del paciente	-----
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde que nació	Cuantitativa	Continua	Números enteros	Descriptivo
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o las plantas	Cualitativo	Nominal (dicotómico)	1=femenino 2= masculino	Descriptivo

NOMBRE COMPLETO DE LAS VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES (23)	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	TRATAMIENTO ESTADISTICO
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativo	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión libre	Descriptivo
Escolaridad	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento docente. Tiempo que duran esos cursos.	Cuantitativa	Continua	Número de años que estudio apartir de la primaria (No son válidos los años reprobados)	Descriptivo
Ocupación	Acción y efecto de emplearse. Trabajo, oficio, empleo.	Cualitativo	Nominal	Textual agrupación por grupos	Descriptivo
Estado de salud del paciente	Condiciones físicas en la que se encuentra un organismo.	Cualitativo	Nominal	1= Sano 2= Enfermedad ácido péptica	Descriptivo
Religión	Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad.	Cualitativo	Nominal	1= Católico 2= Testigo de Jehová 3= Mormón 4= Otra religión	Descriptivo
Tratamiento farmacológico	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad	Cualitativo	Nominal	1= Antiácidos 2= Ibp 3= Procinéticos 4= Dieta 5= Combinación	Descriptivo
Enfermedad ácido péptica	Enfermedad crónica recurrente por la acción de ácido y pepsina provocando una solución de continuidad en la parte superior del tubo digestivo. (1)	Cualitativo	Nominal	1= Reflujo gastroesofágico 2= Dispepsia 3= Gastritis 4= Úlcera gástrica 5= Úlcera duodenal 6= Esofagitis	Descriptivo

NOMBRE COMPLETO DE LAS VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES (23)	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	TRATAMIENTO ESTADISTICO
Número de Integrantes de la familia	Número cardinal que indica la cantidad de habitantes de una familia	Cuantitativo	Discretas continuas	Valor del número de integrantes	Descriptivo
Tipo de familia	De acuerdo a la Clasificación De Revilla y Márquez Clasificación con base a su parentesco	Cualitativo	Nominal	1= Nuclear 2= Extensa 3= Extensa compuesta 4= Monoparental 5=Personas solas 6=Equivalentes familiares	Descriptivo
Etapas del ciclo vital de la familia	De acuerdo a la clasificación de Gemian	Cualitativo	Nominal	1= Matrimonio 2= Expansión 3= Dispersión 4= Independencia 5= Retiro	Descriptivo
Apgar familiar	Instrumento de evaluación familiar Que evalúa la funcionalidad familiar	Cualitativo	Nominal	1- Baja satisfacción (0-3) 2- Moderada satisfacción(4-6) 3- Alta satisfacción (7-10)	Descriptivo Analítico
FACES III Cohesión	Instrumento de evaluación familiar que evalúa la cohesión de la familia.	Cualitativo	Nominal	1-No relacionada (10-34) 2-Semirelacionada (35-40) 3- Relacionada(41-45) 4- Aglutinada (46-50)	Descriptivo Analítico
FACES III Adaptabilidad	Instrumento de evaluación familiar que evalúa la adaptabilidad familiar.	Cualitativo	Nominal	1.Rígida(10-19) 2.Estructurada(20-24) 3.Flexible(25-28) 4.Caótica(29-50)	Descriptivo Analítico

Procedimiento para la captación de la información

Se realizará la investigación los meses de enero a julio del 2005, Una vez que se captado a los pacientes con enfermedad ácido péptica y a los pacientes aparentemente sanos, utilizándose la hoja de consentimiento informado (anexo 1), La cédula básica de identificación (anexo 2), el genograma, la escala de apgar familiar (anexo 3), la escala de evaluación FACES III (anexo 4).

Se realizará un vaciado de la información para empezar a clasificarla, posteriormente se analizará y describirá los resultados encontrados en los dos grupos de estudio.

2.7 Definición operacional de variables.

Las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o el mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar, y le atribuyo un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia. (24)

Minuchin y Fishman 1986 dice que la familia es un grupo natural, el cuál con el curso del tiempo elabora pautas de interacción, las cuáles rigen el funcionamiento de los miembros y facilitan sus relaciones reciprocas.

La dinámica familiar comprende "los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y funciones asignadas.(25)

Clasificación de las familias.

(Revilla y Márquez)

Clasificación demográfica de la familia basada en la familia nuclear. (26)

Concepto	Definición
Familia extensa	Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones.
Familia nuclear	Es la formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos. Familia nuclear con parientes próximos. Familia que tiene en la misma localidad otros miembros familiares.

Clasificación de las familias.

(Revilla y Márquez)

Clasificación demográfica de la familia basada en la familia nuclear. (25)

Concepto	Definición
Familia nuclear	<p>Familia nuclear sin parientes próximos. Familia que no tiene otros miembros en la misma localidad.</p> <p>Familia nuclear numerosas la que esta formada por los padres y más de cuatro hijos.</p> <p>Familia nuclear ampliada. Recibe esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas: parientes (abuelo,tio,etc.) agregados (personas sin vínculo consanguíneo, servicio) domestico, huéspedes)</p> <p>Familia binuclear. Cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el mismo hogar hijos de distinto progenitor</p>
Familia Monoparental	Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
Personas sin familia	Se incluyen en este epígrafe no solo a los adultos sin pareja, sino también al separado o al viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades del trabajo viven de ese modo, sin implicar rechazo hacia el modo de vida familiar.
Equivalentes familiares	Se trata de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que conviven en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, etc.

Clasificación demográfica de la familia (26)

Tipo	Características	
NUCLEAR		
		Sin hijos
	Simple	Integrada por padre y madre, con 1 a 3 hijos
	Numerosa	Integrada por padre y madre, con de 4 hijos
	Ampliada	Otra(s) persona(s) con parentesco Otra(s) persona(s) sin parentesco Mixta (con y sin parentesco familiar)
	Binuclear	Uno de los cónyuges o ambos es divorciado o viudo y viven con hijos de distintos progenitores
EXTENSA		
	Ascendientes	Hijos casados que se van a vivir a casa de los padres
	Descendientes	Los padres se van a vivir a casa de los hijos casados
	Colaterales	Matrimonio que se va a vivir con tíos, primos abuelos
MONOPARENTAL (Padre solo o madre sola, con hijos)		
	Simple	Con 3 o menos hijos
	Numerosa	Con más de 4 hijos
EQUIVALENTE		
	Homosexuales	
	Grupo de amigos que viven juntos (estudiantes, asilos)	
	Comunas	
	Religiosos	
	Militares	
PERSONA QUE VIVE SOLA		
	Sin familiar, no importa su estado civil	

Clasificación en base a su Parentesco. (27)

SIN PARENTESCO	CARACTERISTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o Madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

Etapa del ciclo familiar (Geyman)

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza del hombre. Hay un Esquema propuesto por Geyman en 1980 es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (28)

Consta de cinco fases.

Fase de Matrimonio: Es la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: Es el momento en el que se incorporan nuevos miembros a la familia.

Fase de dispersión: Todos los hijos acuden a la escuela y ninguno trabaja.

Fase de Independencia: Los hijos de la familia están formando nuevas familias.

Fase de Retiro y muerte: Incapacidad para laborar, Desempleo, Agotamiento de los recursos económicos, Muerte de un integrante.

Instrumentos de evaluación de dinámica familiar.

La atención médica familiar, requiere del estudio de la estructura y funcionamiento de la familia. El análisis estructural implica, entre otros elementos, la identificación de las características de sus miembros, roles, relaciones afectivas, alianzas, enfermedades y etapa del ciclo de vida familiar. Este análisis puede llevarse mediante el uso de varios instrumentos incluyendo el genograma estructural, el cual ha constituido una herramienta ampliamente difundida para registrar información sobre la estructura de la familia.

El estudio clínico y sistemático de la familia ha permitido la identificación de sus funciones básicas y el desarrollo de múltiples modelos que han dado origen a instrumentos cuya finalidad ha sido la evaluación de una familia como un todo. (28,29)

Apgar familiar.

Es uno de los primeros instrumentos diseñados por un Médico familiar. Smilkstein publicó el FAPGAR en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para su uso diario en el consultorio del médico de familia. Se elaboró con base en cinco elementos o constructores esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.

El autor sugiere una familia altamente funcional con puntaje de 7 a 10, moderadamente disfuncional de 4 a 6 y familia fuertemente disfuncional de 0 a 3. (28)

FACES III

A finales de los setentas, Olson y colaboradores desarrollaron FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, teoría y la investigación con familias. Es un instrumento de auto evaluación y permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Faces III consta de 20 reactivos, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Permite clasificar a las familias en 16 combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. (29, 30))

Adaptabilidad se define como la facultad de un sistema familiar marital para cambiar su poder de estructural relación de roles y las reglas de los pacientes en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.

Hay cuatro niveles de adaptabilidad: Rígida, Estructurada, Flexible y Caótica.

Cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen con respecto a otros.

Se observa con el vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones y recreación. Hay cuatro niveles de cohesión :Desvinculada, Separada, Conectada y Amalgamada.

Las dos dimensiones de adaptabilidad y cohesión están dispuestas en un modelo circunflejo de dos dimensiones el cuál da origen a 16 combinaciones posibles de cohesión y adaptabilidad.

Los cuatro tipos del centro del modelo se denominan familias balanceadas por que ellos representan un balance en los extremos de la cohesión y la adaptabilidad constante.

Los cuatro tipos representan las familias extremas generalmente tienden a ser más problemático en términos de funcionalidad familiar.

Los ocho tipos del orden del medio son extremos sobre una dimensión y balanceados sobre la otra. (31,32)

Pacientes Sanos. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.(23)

Pacientes con enfermedad ácido péptica. Se incluyen a los pacientes que estén en control por Gastroenterología con enfermedades como Reflujo Gastroesofágico Dispepsia, Gastritis, Úlcera gástrica, úlcera duodenal y Esofagitis

Diseño Estadístico

Se realizara la investigación los meses de noviembre del 2004 a octubre del 2005, Una vez que se capte a los pacientes con enfermedad ácido péptica y a los pacientes aparentemente sanos, se utilizará la hoja de consentimiento informado (anexo 1), La cédula básica de identificación (anexo 2), el genograma, la escala de apgar familiar (anexo 4), la escala de evaluación FACES III (anexo 3) .

Se realizara un vaciado de la información para clasificarla, posteriormente se analizará y describirá los resultados encontrados en los dos grupos de estudio.

Se realizará una descripción de las proporciones y porcentajes a los tipos de familia de acuerdo con la calificación obtenida con FACES III.

Se describirá los porcentajes de las 3 categorías que se establece en el Apgar familiar.

2.9 Instrumentos para la captura de la información

Se utilizara la cédula básica de identificación (anexo 2), los instrumentos de evaluación Faces III (anexo3) y el instrumento de evaluación Apgar (anexo 4).

2.10 Método de recolección de los datos

Se estudiara a pacientes derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar 28 Gabriel Mancera y del hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se tomarán los pacientes que estén en control de enfermedad ácido péptica del consultorio del turno matutino y vespertino de Gastroenterología con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

Para formar en grupo control de pacientes aparentemente sanos, se captarán a los trabajadores de diferentes las diferentes áreas. Se invitará a participar al personal de salud del turno matutino y vespertino que labora en la Unidad de Medicina Familiar 28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se tomarán en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Además se localizará al grupo de ejercicio de yoga que acude alas instalaciones, y con la participación de trabajo social se localizará a los grupos a los cuales se les darán pláticas de orientación en salud con la finalidad de detectar a población aparentemente sana que participará en la investigación.

Se realizará una cita programada con los pacientes con enfermedad ácido péptica y a los pacientes aparentemente sanos para invitarlos a participar en la investigación, explicándoles en que consiste esta, cuál será la importancia de realizar la investigación con su colaboración, resolviendo dudas y si aceptaran participar llenarán la hoja de consentimiento informado.

Se realizará una cita programada donde se entrevistará al paciente para conocer cual es la composición familiar a través de la recopilación de datos de una cédula básica de identificación y realización del genograma y contestar los instrumentos de evaluación de dinámica familiar (Apgar Familiar y FACES III)

Se registrará los datos y se analizarán posteriormente comparándose a los pacientes sanos y a los pacientes con enfermedad ácido péptica para identificar si existen diferencias entre la composición y la funcionalidad familiar.

2. 12 PRUEBA PILOTO:

Se realizó prueba piloto en la consulta externa del servicio de Gastroenterología, se incluyeron 35 pacientes, consistía en la entrevista directa con los pacientes que contaban con transferencia de alguna de las clínicas de medicina familiar correspondientes a la Delegación Sur del IMSS, y que además contaran ya con reporte de panendoscopia e histopatología de las biopsias realizadas durante en estudio previamente mencionado. En dicha actividad se observó que en el momento de la captación de la información de los pacientes, el tiempo que se requería para dicho procedimiento fue más del que se tenía programado, así como también un gran número de pacientes no contaban con los criterios de inclusión, factor que también favorecía la dificultad para la captación de los pacientes.

PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS:

2.13.1 PLAN DE CODIFICACIÓN DE LOS DATOS:

Para un mejor análisis estadístico de las variables que se incluirán en este estudio se dieron valores a las posibles alternativas de cada variable

2.13.2 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Estadística descriptiva con el programa SPSS, versión 12.

2.13.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se realizará la investigación de noviembre 2004 a octubre del 2005, una vez que se capte a los pacientes con enfermedad ácido péptica y a los pacientes aparentemente sanos, utilizándose la hoja de consentimiento informado (anexo 1), La cédula básica de identificación (anexo 2), el genograma, la escala de apgar familiar (anexo 3), la escala de evaluación FACES III. (Anexo 4)

Se realizará un vaciado de la información para clasificarla, posteriormente se analizará y describirá los resultados encontrados en los dos grupos de estudio, se utilizará estadística descriptiva con el programa SPSS versión 12 para Windows.

Manejo estadístico de variables.

Se realizará una descripción de las proporciones y porcentajes a los tipos de familia de acuerdo con la calificación obtenida con FACES III.

Se describirán los porcentajes de las 3 categorías que se establece en el Apgar familiar.

Recursos

Humanos: Médico residente de Medicina familiar
Asesores de tesis. Médicos gastroenterólogos.

Materiales necesitara material de oficina papel bond (300 hojas) donde se imprimaran los anexos 1-4, una computadora, una impresora, fotocopias, lápices (10 piezas), borradores (1 pieza), fólder (5 piezas)

Financieros: se utilizarán las instalaciones de consulta externa y consultorio de Gastroenterología del a Unidad de Medicina Familiar Gabriel Mancera y del Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera, así como la asesoría en el Departamento de Medicina Familiar de La Universidad Nacional Autónoma de México.

Financiamiento: Interno. A cargo del residente Concepción Vargas León.

2. 16 Consideraciones éticas

La presente investigación esta sujeta a la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial. Adoptada en la 18^a asamblea en Finlandia en junio de 1964 y enmendada en la 52^a. Asamblea general en Edimburgo, Escocia en el año 2000. Esta apegada a los reglamentos del Comité o Comisión de Investigación y Ética de la Institución local. Se integra la hoja de consentimiento informado (anexo 1) de la presente investigación que requiere la firma y autorización de las personas que van participar en la misma, donde se les informa los beneficios y riesgos que pueden tener su aceptación e inclusión en el estudio.

3. RESULTADOS

Para el análisis de la información obtenida, se separó la base de datos en dos grupos, considerando como eje la presencia o ausencia de la Enfermedad ácido péptica. En el caso de los sanos 83 pacientes en total, predominó el sexo femenino 63 (75.9%), en los enfermos total en 83 con predominio del sexo femenino 53 pacientes (63.9%). Figura

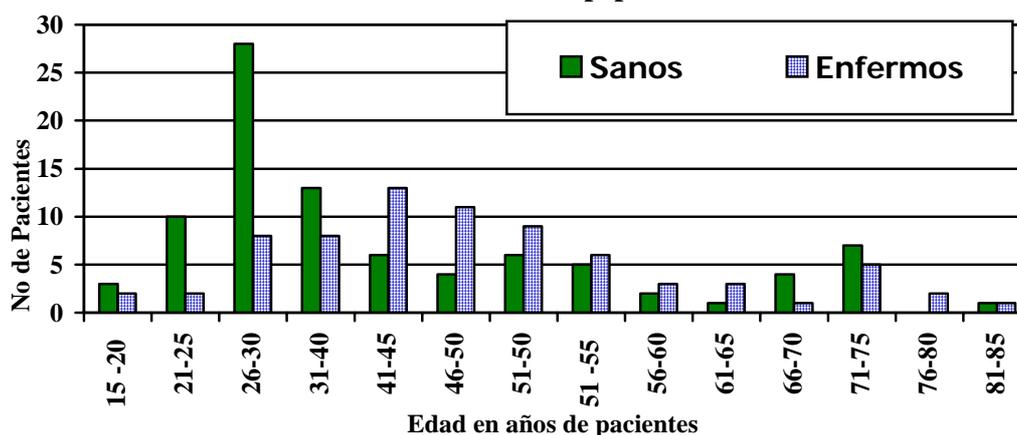
Figura 1. Distribución por sexo de pacientes sanos y pacientes con enfermedad ácido péptica.



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

El rango de edad en la población sana fue de 26 a 30 años de edad 28 (33.7%), de 31 a 35 años de edad de 13 (15.7%) y en la población enferma fue de 41 a 45 años de edad de 13(15.7%) y de 46 a 50 años de edad de 11 (13.3%) Figura 2.

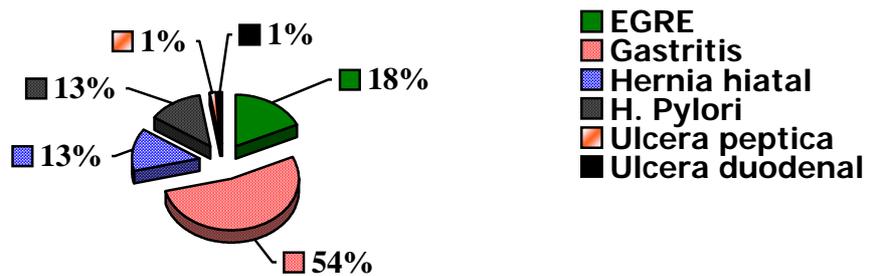
Figura 2. Rango de edad en pacientes sanos y en pacientes con enfermedad acidopéptica



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

En la población de enfermos los diagnósticos más frecuentes fueron gastritis 44(53.0%) y Enfermedad por Reflujo gastroesofágico 15(18.1%). Figura 3

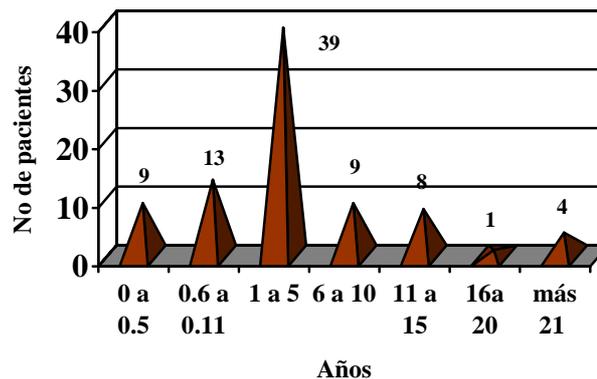
Figura 3. Diagnósticos más frecuentes en pacientes con Enfermedad Acido Péptica



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

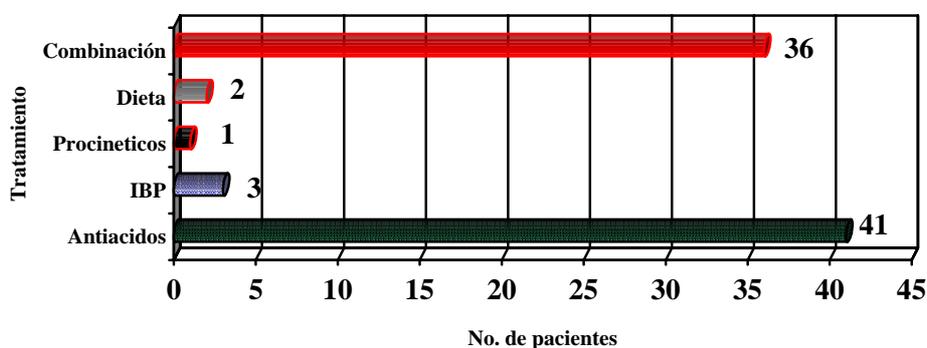
En la población de enfermos, la duración de la Enfermedad ácido péptica con un intervalo de años de diagnóstico fue de 1 a 5 años 39 (47%) y de 6 a 12 meses 13 (15.7%)
Figura 4.

Figura 4. Años de evolución en la población enferma



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

Figura 5 . Tratamientos utilizados en la población con enfermedad ácido péptica



El tratamiento más utilizado fueron los antiácidos 41(49.4%) Figura 5.

Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

Los estudios de endoscopia determinaron Gastritis 20 (24.1%), Hernia hiatal 19(22.9%) y sin realizar la endoscopia a 12 (14.5%). Tabla 1

Tabla 1. Reporte de Endoscopia en la población enferma

Reporte de Endoscopia	No. De Pacientes	Porcentaje
Gastritis	20	24.1
Hernia hiatal	19	22.9
Normal	8	9.6
Esofagitis y hernia hiatal	7	8.4
Esófago de Barret	6	7.2
Gastritis y hernia hiatal	3	3.6
Reflujo gastroesofágico	3	3.6
Esofagitis	2	2.4

Fuente: Reporte De Endoscopia del HGZ No 1 Gabriel Mancera IMSS 2004-2005

Tabla 1. (Continuación) Reporte de Endoscopia en la población enferma

Reporte de Endoscopia	No. De Pacientes	Porcentaje
Incompetencia cardiohital	2	2.4
Úlcera duodenal	2	1.2
No realizada	12	14.5
Total	83	100

Fuente: Reporte De Endoscopia del HGZ No 1 Gabriel Mancera IMSS 2004-2005

El reporte histopatológico indico gastritis crónica 16(19.3%), Helicobacter pylori en 14 (16.9%) y no realizado en 39 (47%). Tabla 2.

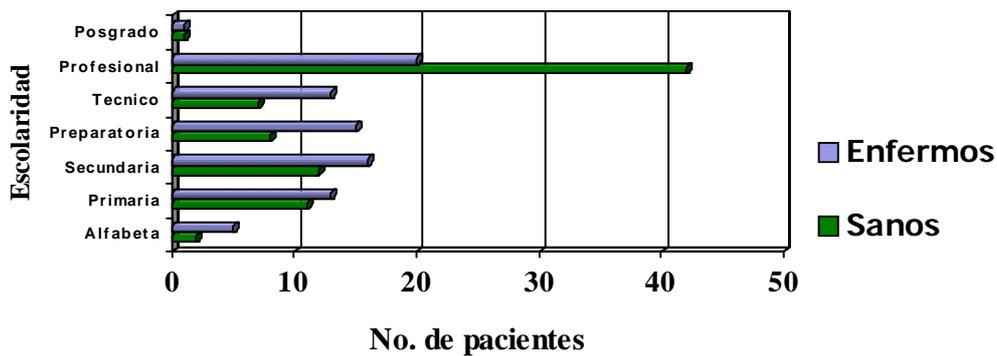
Tabla 2. Reporte Histopatológico en la población enferma

Reporte Histopatológico	No. De Pacientes	Porcentaje %
Gastritis crónica	16	19,3
H.pylori	14	16,9
Metaplasia y Esófago de Barret	4	4,8
Normal	3	3,6
Gastritis erosiva	3	3,6
Esofagitis	2	2,4
Duodenitis	1	1,2
Gastritis biliar	1	1,2
No realizada	39	47,0
Total	83	100

Fuente: Reporte De Histopatología del HGZ No 1 Gabriel Mancera IMSS 2004-2005

En los datos demográficos la población sana tuvo un grado de escolaridad Profesional en 42 (50.6%) y secundaria en 12 (14.5%) en la población enferma el grado de escolaridad fue Profesional en 21 (25.3%) y secundaria en 16(19.3%) Figura 6.

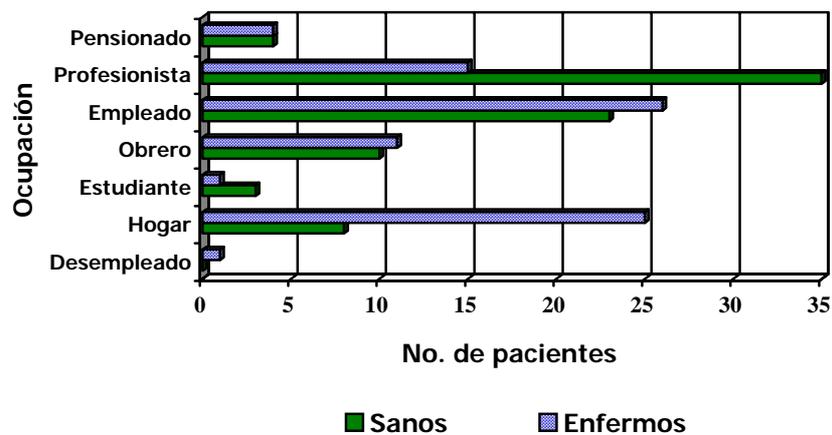
Figura 6. Escolaridad en la población sana y enferma



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

La ocupación en la población sana fue profesionista en 35 (42.2%), empleado o comerciante en 22(26.5%) y en la población enferma fueron empleados o comerciantes en 25(30.1%) y al hogar en 25 (30.1%) Figura 7.

Figura 7. Ocupación de la población sana y enferma

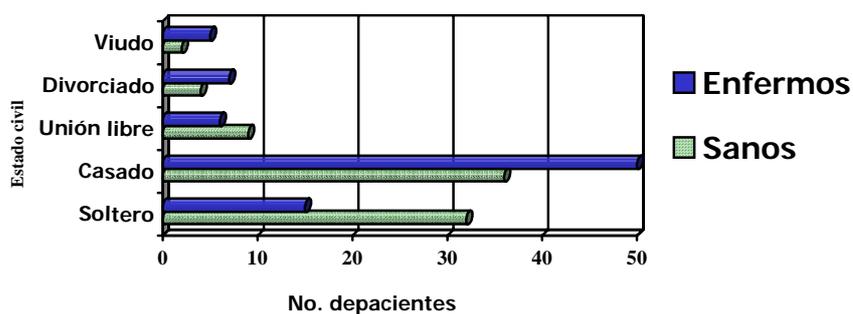


Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

Con relación a la religión en la población sana y enferma predominó la católica en 77 (92.8%).

En el estado civil en la población sana fueron 36 (43.4%) casados, solteros 32 (38.6%) y en la población enferma 50(60.2%) casados y solteros 15 (18.1%) Figura 8.

Figura 8. Estado civil de la población sana y enferma

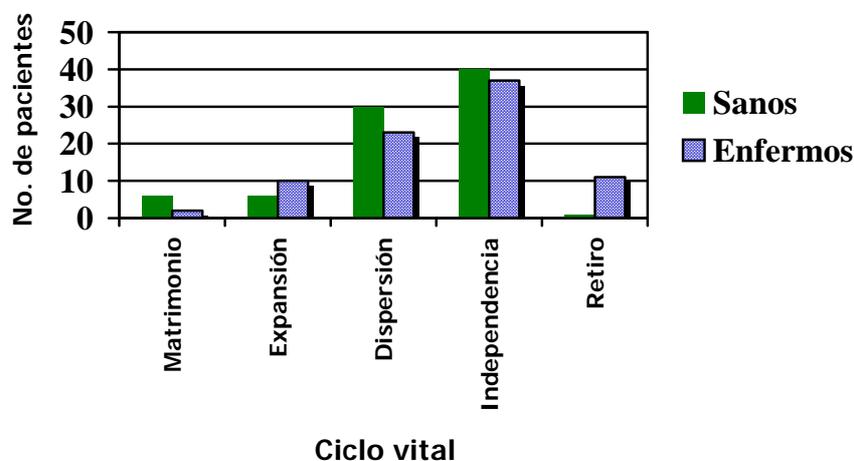


Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

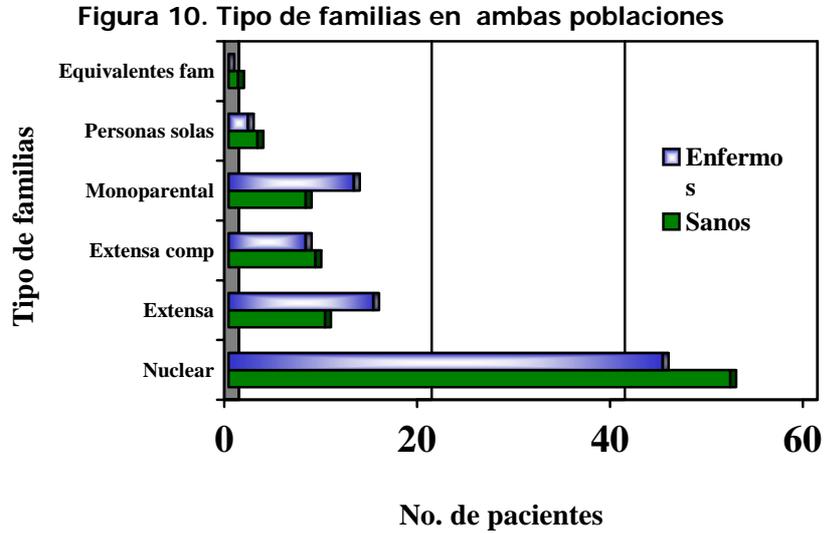
Con respecto al ciclo vital de la familia en la población sana se encontraron en fase de Independencia 40 (40.2%) y en la población enferma Independencia 37 (44.6%) Figura 9.

Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

Figura 9. Ciclo vital según Geyman en población sana y enferma.



El tipo de familia en ambas poblaciones fue nuclear 52(62.7%) en sanos y en enfermos 45 (54.2%) Figura 10.



Fuente: Cédula de Información Básica. Anexo 1

En genograma estructural no se encontraron antecedentes de enfermedad ácido péptica en la población sana en 65 (78.3%) y en la población enferma en 35 (42.2%). Tabla 3, 4

Tabla 3. Genograma en población sana.

Genograma	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	65	78.3
Madre	2	2.4
Padre	2	2.4
Hijos	2	2.4
Hermanos	6	7.2
Tíos	1	1.2
2 miembros de la familia	3	3.6
3 miembros de la familia	1	1.2
4 miembros de la familia	1	1.2
Total	83	100

Fuente: Familiograma estructural población sana.

Tabla 4. Genograma en población enferma.

Genograma	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	35	42.2
Madre	6	7.2
Padre	5	6
Hijos	4	4.8
Hermanos	9	10.8
Tíos	2	2.4
2 miembros de la familia	13	15.7
3 miembros de la familia	4	4.4
4 miembros de la familia	5	6
Total	83	100

Fuente: Familiograma estructural población enferma.

En el reporte de antecedentes de enfermedades encontradas en el genograma en la población sana fue la gastritis en 9 (10.8%), y en la población enferma gastritis en 16 (19.3%). Tabla 5 y 6

Tabla 5. Tipo de enfermedades reportadas en población sana.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	66	79.5
Gastritis	9	10.8
Neoplasias digestivas	1	1.2
Combinación	4	4.8
Enf. Reflujo gastroesofágico	1	1.2
Úlcera gástrica	2	2.4
Total	83	100

Fuente: Familiograma estructural población sana.

Tabla 6. Tipo de enfermedades reportadas en población enferma

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	35	42.2
Hernia hiatal	5	6.0
Gastritis	16	19.3
Neoplasias digestivas	7	8.4
Otras enfermedades digestivas no especificadas	8	9.6
Combinación	9	10.8
Enfermedad por Reflujo	83	100
Úlcera gástrica	1	1.2
Total	86	100

Fuente: Familiograma estructural población enferma.

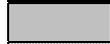
Al aplicar en Instrumento de evaluación de Faces III, se observó que en la dimensión de cohesión en la población sana resultaron Familias relacionadas en 32 (38.5%) y semirelacionadas en 23 (27.8%).

De acuerdo al tipo de familias en la dimensión de adaptabilidad en la población sana se encontraron familias caóticas relacionadas en 13 (15.7%) y caóticas semirelacionadas en 12 (14.5%). Tabla 7

Tabla 7. Faces III En población sana

Cohesión/ Adaptabilidad	No relacionada	Semi - relacionada	Relacionada	Aglutinada	Porcentaje	Total
Caótica	2	12	13	7	41%	34
Flexible	2	8	10	6	31.2%	26
Estructurada	3	2	7	5	20.4%	17
Rígida	1	1	2	2	7.2%	6
Porcentaje	9.7%	27.8%	38.5 %	24%		
Total	8	23	32	20	100%	83

Fuente: Faces III Anexo 3.

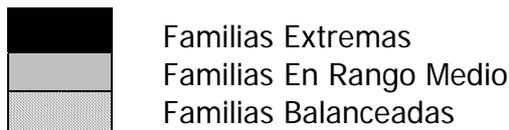
	Familias Extremas
	Familias En Rango Medio
	Familias Balanceadas

En la población enferma en la dimensión de cohesión se encontró Familias relacionadas en 30 (36.1%) y relacionadas en 19 (22.9%).
 En la población enferma en la dimensión de adaptabilidad se encontraron familias caóticas relacionadas en 16 (19.3%) y caóticas aglutinadas en 12 (14.5%). Tabla 8.

Tabla 8. Facés III En población Enferma

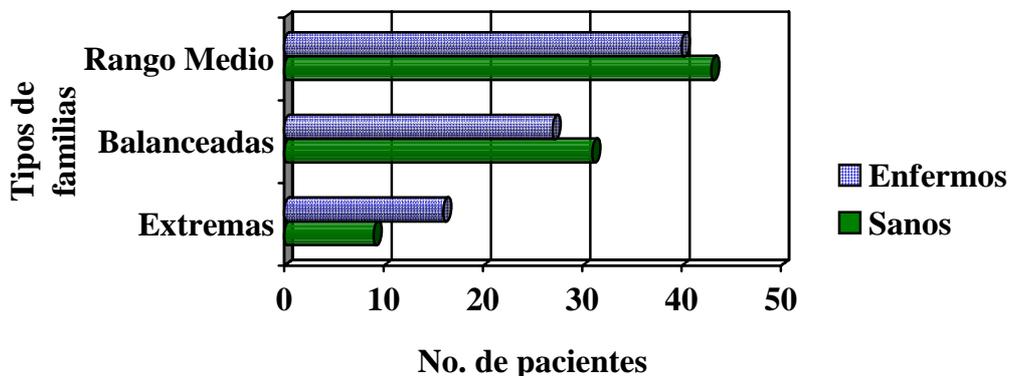
Cohesión/ Adaptabilidad	No relacionada	Semire- lacionada	Relacionada	Aglutinada	Porcentaje	Total
Caótica	6	10	16	12	53 %	44
Flexible	3	8	6	2	22.8%	19
Estructurada	4	0	6	2	14.4%	12
Rígida	4	1	2	1	9.8%	8
Porcentaje	20.4%	22.9%	36.1%		100	
Total	17	19	30	17		83

Fuente: Facés III Anexo 3.



Se reporto al relacionar ambas dimensiones de cohesión y adaptabilidad en la población sana caen en familias en Rango medio 43 (51.8%) y Balanceadas 31 (37.7%); En la población enferma en Rango medio 40 (48.2%) y Balanceadas en 27(32.5%).

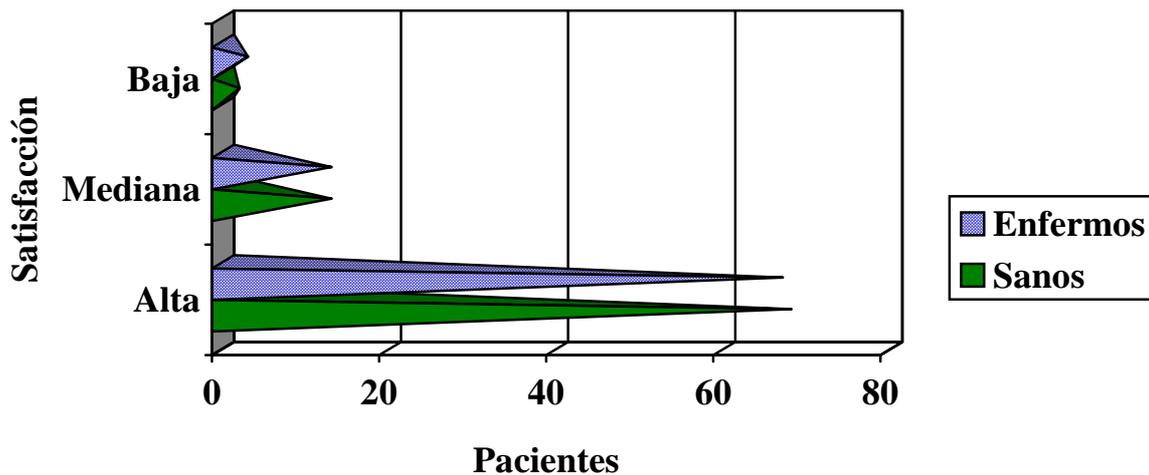
Figura 11. Tipos de familias en ambas poblaciones FACES III



Fuente: Facés III Anexo 3.

Al aplicar el instrumento de Apgar familiar en la población sana se reporta alta satisfacción 68 (81.9%) y en la población enferma 67 (80.7%). Figura 20 y 21

Figura 12. Tipo de Satisfacción por Apgar familiar en población sana y con Enfermedad Acido péptica



Fuente: Apgar Familiar Anexo 4.

4. DISCUSIÓN

El total de la población sana fue de 83 y de la población con enfermedad ácido péptica fue de 83, al analizar los resultados se observa que en ambas poblaciones se encuentran similitudes: predominio del sexo femenino, religión católica, están casados y son profesionistas. En cuanto al ejercicio de su profesión, los sanos lo hacen, y en cambio los enfermos, en su mayoría no la ejercen.

El rango de edad de los pacientes fue entre la segunda y tercera década de la vida en la población sana y en la 4ª década de la vida en la población enferma, este resultado puede explicarse por que la población control fue tomada del personal que labora en la UMF 28 IMSS Gabriel Mancera.

En la población de enfermos los diagnósticos más frecuentes fueron gastritis y enfermedad por reflujo gastroesofágico, esto difiere de lo reportado en la literatura donde Díaz Rubio y cols., evalúan la prevalencia anual de síntomas de Enfermedad por reflujo reportando el 31.6%. (33)

El tratamiento más utilizado fueron los antiácidos, esto es similar con lo reportado en la literatura, Talley y cols. quienes sugieren que este tipo de tratamiento tiene como ventajas que hay una rápida regresión de los síntomas, con una respuesta alta y se puede reducir el número de endoscopias, sin embargo es una desventaja utilizarlos cuando hay recurrencias de los síntomas. (34)

Los estudios de endoscopia de nuestra población enferma reportaron gastritis, hernia hiatal. El reporte histopatológico indico gastritis crónica y *Helicobacter pylori*, lo anterior concuerda con lo reportado en la literatura, ya que en 1996 se realizó un consenso del American Collage of Gastroenterology quienes sugirieron tres opciones para la evaluación del manejo de dispepsia, no causada por Aines, sugiriendo: 1. Realizar endoscopia a todos los pacientes 2. Iniciar terapia empírica con medicamentos antisecretores y 3. Prueba serológica no invasiva para *H. Pylori* seguido del tratamiento antibacteriano si el test es positivo. (35)

Los pacientes a quienes no se les realizó la endoscopia o la toma de biopsia fueron de acuerdo al criterio del Gastroenterólogo y el Endoscopista, que apoyados en el cuadro clínico y exámenes paraclínicos (laboratorio y/o gabinete) determinaron que no ameritaban la realización de dichos estudios.

En los datos de nuestra población al realizar las comparaciones se observan similitudes en el predominio del tipo de familias y ciclo vital de la familia, esto es importante, ya que no existen en la literatura, poblaciones con las características de este estudio que previamente fueran comparadas, para permitir establecer si la variable enfermedad realmente tiene un valor determinado para que el paciente y su familia se comporten diferente en la población sana y enferma.

En el genograma estructural no se encontraron antecedentes de enfermedad ácido péptica en la población sana en comparación con la población enferma. Además en esta última se reporta dos integrantes de la familia con antecedente de enfermedades digestivas y la enfermedad más frecuente fue la gastritis, lo cuál nos indica que el genograma estructural es una herramienta útil para identificar factores de riesgo, con énfasis en los pacientes enfermos y su realización favorecerá la toma de medidas de prevención para evitar las enfermedades que se presentan en los integrantes de la familia.

En varios países por ejemplo España, México, Chile se ha encontrado que la validez y confiabilidad del instrumento de evaluación familias FACES III puede ser transpolado a otros países (36)

Al aplicar el Instrumento de evaluación de Faces III, en nuestra investigación, se observó que en la dimensión de cohesión en ambas poblaciones se presentan familias relacionadas y semirelacionadas, y en la dimensión de adaptabilidad ambas poblaciones presentan tendencia a familias caóticas, con mayor predominio en la población enferma, lo que pudiera ser una predisposición a generar stress y favorecer la presencia de la enfermedad.

En las familias caóticas el liderazgo es limitado y o ineficaz. La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas, no hay claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten, con frecuentes cambios de reglas y éstas no se cumplen de forma consistente.

En las familias semirelacionadas hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucro se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento - filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos, comparten espacio familiar y se toman decisiones individuales y en conjunto.

Esto es similar a lo reportado por Ramírez y cols. quienes en 2001 estudiaron a 80 familias con un integrante con parálisis cerebral infantil, utilizando el FACES III en la dimensión de cohesión encontraron predominio de familias semirelacionadas y relacionadas y en el área de adaptabilidad eran flexibles y caóticas, y al relacionar el grado de discapacidad con funcionalidad, el número mayor de familias disfuncionales se presentó en los casos de discapacidad leve ya que en los casos de discapacidad moderada y severa los enfermos son más dependientes de las actividades de la vida diaria y se requiere que la familia se una más para cubrir sus necesidades. (37)

En entrevista con 264 adolescentes Pinto y cols. encontraron que las familias predominantes son las caóticas y no relacionadas, en este tipo de familias tenderían a ser más disfuncionales, y por lo tanto sería un factor de riesgo para el consumo de alcohol y drogas en el adolescente. (38)

De la misma forma, Florenzano y cols. al estudiar a 467 adolescentes en una población escolar en Chile, aplicaron Faces III encontrando que la presencia de consumo de drogas y alcohol en la adolescencia se relaciona significativamente con familias de bajos niveles de cohesión (familias no relacionadas), este tipo de familias tiende a ser más disfuncional y es un factor de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes, y a mayor nivel de cohesión entre los miembros de la familia disminuyó el consumo de drogas y alcohol. (39)

Jiménez y col. realizaron entrevistas a 18 pacientes con VIH SIDA se les aplicó el instrumento de evaluación familiar FACES III demostrando que los niveles de cohesión y adaptabilidad son muy bajos, y no existe apoyo familiar a un miembro de la familia que cursa con esta enfermedad. (40)

De Francisco estudió una población de 117 habitantes en Colombia que correspondían a 26 familias, realizando un grupo comparativo con función familiar normal y disfunción familiar, utilizando la escala de ansiedad de Hamilton y Faces III, encontró que el 100% de las familias disfuncionales eran no relacionadas con un bajo grado de cohesión familiar, y en la adaptabilidad la familia ante eventos de estrés situacional fue rígido en 15.4% de las familias disfuncionales. Al evaluar la comunicación del sistema familiar con el instrumento de Faces III tenían una puntuación negativa.

Al registrar las consultas médicas se encontró que las familias disfuncionales consultaron espontáneamente 4 veces más que las familias funcionales. Sin embargo la muestra es pequeña para poder generalizar. (41)

Zdanowicz y cols. en 1998 utilizando el FACES III y el multidimensional health locus of control, estudiaron a dos grupos de adolescentes sanos 814 y otros con trastornos mentales 358 encontrando que los adolescentes enfermos tenían familias menos adaptables y cohesionadas; con respecto al género y la edad no encontraron ninguna influencia. (42) Éstos son algunos trabajos reportados en la literatura donde se comparan poblaciones enfermas y sanas.

Al aplicar el instrumento de Apgar familiar, en nuestra investigación, en la población sana se reporta alta satisfacción en comparación con la población enferma. Esto se relaciona con el estudio De Francisco que estudió una población de 117 habitantes en Colombia encontrando que el funcionamiento familiar con Apgar familiar fue normal 57%. (41)

Cuando se relaciona las dimensiones de cohesión y adaptabilidad se obtienen 16 tipos de familias, las cuales se agrupan en tres rubros de familias, balanceadas (ambas dimensiones están iguales), en rango medio (son extremos sobre una dimensión y balanceados en otra) y familias extremas en las cuales (son problemáticos en funcionalidad familiar, tienen niveles bajos niveles de cohesión y adaptabilidad).

En nuestra investigación, ambos grupos hay predominio de familias en rango medio, sin embargo en la población enferma hay mayor tendencia de familias extremas, lo que puede explicar que por las características de estas familias puedan favorecer o condicionar la presencia de cualquier enfermedad.

5. CONCLUSIONES

Se observa en los dos grupos similitudes con predominio del sexo femenino, escolaridad, estado civil, ciclo vital, tipo de familia. En los dos grupos se encontraron diferencias de edad y ocupación.

En el genograma se evidencia que en la población sana si hay diferencias significativas de ausencia de antecedentes de enfermedades digestivas.

En cuanto al carácter hereditario, la rama ascendente tiene mayor diferencia en el grupo de enfermos de antecedentes que en la rama descendente. En cuanto al número de integrantes que se refieren en la población enferma, sí hay diferencias, pues existen 2 integrantes de la familia con antecedentes de enfermedades digestivas, en comparación a la población sana.

La presencia de gastritis y combinación de enfermedades digestivas son antecedentes importantes relacionados con la presencia de la enfermedad.

Hay diferencias entre las familias caóticas de los pacientes sanos y los pacientes enfermos, lo cual establece que es más frecuente este tipo de familias en el grupo de enfermos comparativamente con las familias de los pacientes sanos que tienden a ser flexibles.

Es probable que se pueda establecer como una hipótesis que debido a su funcionamiento caótico se genera mayor stress y como consecuencia pudiera favorecer la presencia de la enfermedad ácido péptica.

En el área de Faces III, predominan las familias en Rango Medio, sin embargo en la población enferma tienden a ser más caótica.

Con el diseño de este estudio no es posible establecer una relación de causalidad entre las dos dimensiones medidas por el FACES III (Cohesión y Adaptabilidad) y la ausencia o presencia de la enfermedad, pero sí se puede establecer que es más probable la presencia de familias caóticas relacionadas y familias caóticas aglutinadas en pacientes con enfermedad ácido péptica.

No hay diferencias en ambas poblaciones al utilizar el Apgar familiar, la satisfacción de los integrantes de la familia es alta en ambos grupos.

Limitaciones del estudio.

La población sana que fue estudiada como grupo control, no se le realizó algún examen clínico ni de laboratorio para confirmarlo.

Este mismo grupo puede representar un sesgo en la investigación ya que participaron personal que labora dentro de la unidad de medicina familiar # 28 IMSS (Residentes, Médicos de base, Asistentes Médicas, Personal de Intendencia) que puede condicionar que tengan características similares en cuanto a la edad, ocupación, escolaridad.

Existe un sesgo de selección en el grupo control debido a que fueron personas que trabajan en el instituto del seguro social, como consecuencia de su ocupación marca una mayor frecuencia hacia los profesionistas, en este estudio no serían válidas las comparaciones de ambas poblaciones estudiadas tomando como punto de referencia la escolaridad y ocupación.

En las dos poblaciones estudiadas no se estudió a cada uno de los integrantes de las familias respectivas de cada paciente participante, sano o enfermo, y no se les aplicó los cuestionarios de FACES III y Apgar familiar, ya que los pacientes no acuden con toda su familia a consulta médica, por que el diseño de este estudio solo permitía realizar la entrevista y la aplicación de cuestionarios en un solo tiempo, sin dar paso a que se citaran de nuevo con toda su familia.

No es posible correlacionar si el tener una familia en límites extremos de adaptabilidad y cohesión es factor de riesgo para presentar la enfermedad ya que el diseño de este estudio no permite valorar la causalidad de factores de riesgo.

Sugerencias.

Después de realizar la presente investigación, se corrobora que es necesario realizar más investigaciones que puedan indicar el valor de causalidad de los factores de riesgo biológicos y psicológicos, además del tipo de familia según las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, así como estudiar a todos los integrantes de la familia de cada paciente y compararlo con un grupo control sano, el cuál haya sido previamente estudiado, al igual que a sus respectivas familias.

6. REFERENCIAS

1. Alvarado BJ, Hani DAC, Rodríguez VA.; Archila FPE, Beltrán G. Guías de práctica clínica basadas en evidencias. Enfermedad ácido péptica Proyecto ISS. Ascofame (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina)
www.ascofame.org.co/guiasmbe/enferm consultado 25.mayo.04
Pantallas 7, 8, 9,10 de 70
2. Organización Panamericana de la salud. Oficina sanitaria Panamericana Organización Regional de la Organización mundial de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión Vol. 1 Washigton,E.U.,1995 Págs. 537-541
3. Yrribery US. " Dispepsia: Conceptos, tipos de dispepsia, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento " Revista diagnóstico año 2003 Vol. 42 No 5-6 www.fihu-diagnostico.org.pe/ revista/numeros/2003/setdic03/209-216.html consultado el 03. junio 2004 pantalla 2 de 11
4. Guías en gastroenterología. Epidemiología de la dispepsia. Coordinación del grupo de trabajo: Marzo CM. Centro Cochrane Iberoamericano, Almira y Ediciones Doyma 2000-2001 www.guiasgastro.net/ consultado 28 de mayo de 2004 pantalla 2 de 5.
5. Villalobos P J.J., Quiñónez N., Cruz G, Vargas F. Epidemiología de la úlcera péptica. Rev. Gastroenterol Méx. 1993; 58:299-300.
6. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). Scand J Gastroenterol Suppl 1999; 231: 20-28
7. Bessaso Horacio. III Simposio Internacional de Patología Gastroduodenal, Neuquen, Abril 2000. www.caded.org/dispepsia.htm consultado 19 de mayo.04 pantalla 2 de 9
8. SSA. Boletín de información estadística No. 20 Vol. II Daños A la salud, 2000, México, D.F. 2001.

9. Álvarez S R, Adelquis C F; Álvarez R; Álvarez C M.R. Epidemiología de la úlcera péptica en siete consultorios del médico de familia Rev. Cubana Medicina General Integral julio-septiembre, 1995.
10. Rodríguez H H, Jacobo K J, Guerrero R F. Factores de riesgo para la recurrencia de la úlcera péptica Gac Med Mex 2001; 137 (4) 303-310
11. Jinich B H. Factores psicológicos y el aparato digestivo. Rev Med IMSS 2000;38(1):69-76.
12. Sánchez G J.M., Garzón P M.A., Bueno C G.M., Vega E.D. Trastornos psicossomáticos. Somatizaciones. Manual del residente de Psiquiatría El Comité Editorial y SmithKline Beecham 1996
13. República de Colombia, Ministerios de trabajo y seguridad social. Estudio de morbilidad gastrointestinal y actores psicosociales. 2001 www.minproteccion-social.gov.co/WEB_Trabajo/dpendencias/dir_ries.asp consultado en 03.junio.04 pantalla 1,3 de 7
14. Tobon S., Vinaccia S.; Sandín B. Implicación del estrés psicosocial y factores psicológicos e la dispepsia funcional. Anales de Psicología 2003:19 (2) 223 – 234
15. Gómez CFJ, Terán TM; Familias. Conceptos, funciones y clasificaciones. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC págs 1-13
16. Galfre O. Barinboim B. Documentos de trabajo. Facultad de ciencias de la Salud. Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del tema. Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina. Departamento de investigación Mayo 2001 Págs. 25
17. Muñoz CF, Espinosa AJM, Portillo SJ, Rodríguez GMG. La familia en la enfermedad Terminal (I) Artículo de revisión Medicina de familia (And) 2002; 3:190-199
18. Muñoz CF, Espinosa AJM, Portillo SJ, Rodríguez GMG. La familia en la enfermedad Terminal (II) Artículo de revisión Medicina de familia (And) 2002; 4:262-268

19. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. Serna de Pedro, I. La familia. Los miembros de la familia ... www.red-farmamedica.com/spo/terminal.htm consultado 10 julio 06 pantalla 1 de 1
20. Zurro MA, Cono PJF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª edición, Ed. Harcourt Vol. I España 1999, Págs. 205- 221
21. Gómez CJF, Irigoyen CAE, Ponce RER. Bases para la investigación en las Especialidades Médicas. Guía para el seminario de Investigación del PUEM. Ed. Medicina familiar Mexicana, México, 1999. 121 pp.
22. Mejía AJM, Fajardo GA, Gómez DA, Cuevas UML, Hernández DM, Garduño EJ, Navarrete NS, Velásquez PL, Martínez GMC. El tamaño de muestra: un enfoque práctico en la investigación clínica pediátrica. Boletín del Hosp. Inf. Méx. 1995;52: pp.
23. Real Academia Española. 22.ª edición. Madrid: España Calpe, 2003. Edición en 2 volúmenes, formato 13 x 19. Edición en CD-ROM, versión 1.0.
24. Sucedo GJM, Maldonado DJM. La Familia: Su dinámica y tratamiento. Organización panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud. Instituto Mexicano del seguro social. Washington, D.C. 2003
25. Minuchin, Salvador y Fishman, Charles (1993). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós
26. Revilla de la AL, Fleitas CL. Influencias socioculturales en los cuidados de la Salud. Enfoque familiar en atención a la salud. Capítulo 6. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín ZA, Cano PJF. Tercera Edición. Mosby/Doyma, Madrid. 1994. p.78
27. Elementos esenciales de la Medicina familiar Conceptos básicos para el estudio de las familias Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de organismos e Instituciones Educativas y de Salud. México, D.F. 2005: pág 10
28. Márquez CE, Gastón VJ, Domínguez GB, Gutiérrez MC, Garrido BC. Clasificación demográfica de la familia en la zona básica de salud La Orden de Huelva. Aten Primaria 1995;15(1):30-32
29. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª. Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2000 págs 25-29

30. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER . Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1(2) 45-57
31. Oslon D.H.,Gorall D.M. Circumplex Model of Marital & Family Systems. In F. Walsh(Ed) Normal Family Processes 3rd ed. New york:Guilford pp.514-547
32. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER, Mazon RJJ, Dickinson BME, Sánchez GME, Fernández OMA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. (Family Adaptability and cohesion evaluation scales) Arch Med Fam 1999;1(3) 73-79
33. Diaz RM, Moreno EO, Locke GR. Symptoms of gastroe-oesophageal reflux: prevalence, severity duration and associated factors in a Spanish population. Aliment Pharmacol Ther.2004;19(1)95-105
34. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998;114:582-95
35. Bazaldua OV, Schneider D. Evaluation and Management of Dyspepsia - October 15, 1999 - American Academy of Family Physicians 1999:60(6)
36. Validez y confiabilidad de la versión española de la cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) DE Oslon, Rusell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena.
37. Ramírez LER, Méndez EE, Barrón GF, Riquelme HH, Cantú LR. Funcionalidad familiar y Enfermedad Crónica Infantil www.nuevonuevomanecer.edu.mx//imgs/p
38. Pinto HF, Livia SJ, Zerraga MV, Ortiz MM, Camacho O, Isido j. Trastornos de la conducta y funcionamiento familiar en adolescentes.
39. Florenzano UR, Sotomayor P, Otava TM. Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las fármaco dependencias juveniles. Rev. Chil.Pediatr 72 (3) 2001
40. Jiménez RGE, Gómez SV. La función familiar: VIH-SIDA Respyn 2003:2
41. De francisco VC, Cerón Y, Herrera J.A. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia Médica 1995;26:51-4
42. Zdanowicz N, Pascal J, Reynaert C. ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? Eur.J.Psychiat.2004;18(4):215-224

7. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.

Anexo 2. Cédula de Identificación básica Y APGAR Familiar

Anexo 3. FACES III

Anexo 4. Apgar familiar

Carta de consentimiento informado.

Consentimiento informado para participar en la encuesta "La dinámica familiar en pacientes sanos y pacientes con enfermedad ácido péptica".

El presente cuestionario tiene como propósito describir las relaciones familiares que tiene influencia en la enfermedad ácido péptica, ya que no existen investigaciones que la relacionen directamente con la enfermedad.

Esta investigación tiene la autorización de realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas son de carácter confidencial y será obtenida de forma voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s), respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herido o lastimado o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores morales, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que le permitan obtener información útil para mejorar la atención integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

Se le realizará una entrevista breve preguntándole datos de su familia con duración de 15 minutos, para saber como esta compuesta, se le darán unos cuestionarios de 25 preguntas que podrá leer y contestar de forma inmediata (aproximadamente 15-20 minutos).

No existen respuestas buenas ni malas, únicamente se le solicita que sus respuestas sean sinceras y honestas. En esta investigación no se le solicita ningún tipo de ayuda económica, ni usted recibirá ningún pago económico.

ACEPTA CONTESTARLA ? SI ____ NO ____

"Estoy de acuerdo y enterado." _____ Firma del Participante

Firma de testigo

Firma de testigo

Para cualquier aclaración comunicarse al teléfono 52340874
Domicilio: Av. Morelos 132 Edificio C Maxtla Departamento 17 Col. San Miguel Amantla Delg. Azcapotzalco C.P. 02700 México, D.F.

Anexo 2.

FOLIO _____

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN BÁSICA.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____ - No de afiliación: _____ UMF Correspondiente: _____ Domicilio: _____ Turno M V Teléfono: _____ HGR 1 () UMF 28()							
Estado de salud del paciente: 1. Sano 2. Enfermedad ácido péptica							
Enfermedad ácido péptica: 1. Reflujo gastroesofágico 2. Dispepsia 3. Gastritis 4. Úlcera gástrica 5. Úlcera duodenal 6. Esofagitis 7. Hernia hiatal 8. duodenitis							
Reporte de Endoscopia: Reporte de Biopsia:							
Tratamiento: 1. Antiácidos 2. Antiulcerosos 3. Dieta 4. otros							
Años de diagnóstico: 1. De 0 – 6meses 2. 6-12 meses 3. 1-2 años 4. 2-5 años 5. 5- 10 años 6. más de 10 años							
Religión: 1. Católico 2. Testigo de Jehová 3. Mormón 4. Otra religión 5. Sin religión							
Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo 7. Amasiato							
Ciclo vital de la familia: 1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro							
Tipo de familia: 1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta 4. Monoparental 5. Personas solas 6. Equivalentes familiares							
DATOS DEMOGRAFICOS							
	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
Escriba al margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario							

Anexo 3.
FACES III.

FOLIO _____

Oslon DH., Ponther J, Lavee Y.

Versión en español; Gómez C. Irigoyen C.

1. NUNCA 2. CASI NUNCA 3. ALGUNAS VECES 4. CASI SIEMPRE 5. SIEMPRE

DESCRIBA A SU FAMILIA.

- ___ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- ___ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- ___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- ___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- ___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
- ___ 7. Nos sentimos más unidos entres nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.
- ___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- ___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- ___ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.
- ___ 11. Nos sentimos muy unidos.
- ___ 12. En nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- ___ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
- ___ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- ___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia.
- ___ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- ___ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- ___ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- ___ 19. La unión familiar es muy importante.
- ___ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

COHESION: _____

ADAPTABILIDAD: _____

COHESION		ADAPTABILIDAD	
NO RELACIONADA	10-34	RIGIDA	10 - 19
SEMIRELACIONADA	35 - 40	ESTRUCTURADA	20 - 24
RELACIONADA	41 - 45	FLEXIBLE	25 - 28
AGLUTINADA	46-50	CAOTICA	29 - 50

ANEXO 4.
Cuestionario de evaluación para aplicar el Apgar familiar

1. ¿ Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?		
Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (1)
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?		
Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (1)
3. ¿Las decisiones se toman en conjunto en la casa?		
Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (1)
4. ¿ Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?		
Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (1)
5. ¿ Siente que su familia le quiere?		
Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (1)

TOTAL