



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**ASOCIACION DE DISPEPSIA CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
HGZ/UMF No 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA
EN EL 2010**

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

PRESENTA:

DR. DAVID ALEJANDRO MUÑOZ GUERRERO

NUEVA ROSITA, COAH.

2010



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.

**ASOCIACION DE DISPEPSIA CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
HGZ/UMF No 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA
EN EL 2010**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. DAVID ALEJANDRO MUÑOZ GUERRERO

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

NUEVA ROSITA, COAH.

2010

**ASOCIACION DE DISPEPSIA CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
HGZ/UMF No 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA
EN EL 2010**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. DAVID ALEJANDRO MUÑOZ GUERRERO

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
ASESOR METODOLOGICO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR DE TEMA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nueva Rosita Coahuila

2010

**ASOCIACION DE DISPEPSIA CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL HGZ/UMF No 24 DEL IMSS
NUEVA ROSITA COAHUILA EN EL 2010**

INDICE

	Pagina
Resumen -----	5
Marco teórico -----	6
Planteamiento del problema -----	15
Justificación -----	16
Objetivos -----	17
Metodología -----	19
Resultados -----	24
Tablas y graficas -----	25
Análisis de Resultados -----	28
Conclusiones y Recomendaciones -----	30
Bibliografía -----	31
Anexos -----	36

RESUMEN

En el HGZ/UMF de Nueva Rosita Coahuila se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Sobre una muestra de 100 trabajadores del servicio de enfermería en donde se intento determinar la asociación entre dispepsia funcional y la funcionalidad familiar.

Se encontró una prevalencia de 34% de dispepsia funcional, mayor que la reportada a nivel nacional (8-8.5%), en su asociación con disfuncionalidad familiar contrario a otros estudios no se demostró mas dispepsia en los que tienen disfunción familiar, aun cuando la muestra no es representativa para toma conclusiones.

Se encontró un 9% de disfuncionalidad familiar por lo que recomendamos sesiones departamentales sobre funcionalidad familiar, dinámica, roles, etc. para tratar de ayudar a este grupo en el manejo de crisis.

MARCO TEÓRICO

La dispepsia funcional (DF) presenta, en los últimos 25 años, más de veinte definiciones. Estas definiciones han ido cambiando, desde basarse en criterios clínicos, a criterios fisiopatológicos, a criterios endoscópicos, para volver nuevamente a criterios clínicos en los consensos de Roma II y III ^{1,2,3}

En Roma II (1999) la DF se define como un dolor o molestia abdominal centrada en el abdomen superior, de por lo menos 12 semanas continuas o no durante los 12 meses previos, que se presenta en forma episódica o persistente. El dolor puede asociarse con otros síntomas como sensación de distensión, plenitud postprandial, náuseas, eructos y ocasionalmente vómitos.

No debe haber evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas, no debe existir evidencia de que los síntomas dispépticos se alivian con la defecación, o esté asociada con el comienzo de un cambio en la frecuencia o forma de las heces (síndrome de intestino irritable). ^{4,5}

La dispepsia funcional a la cual nos referiremos es también llamada no orgánica o no ulcerosa, siendo un diagnóstico de exclusión ya que razonablemente debe descartarse la existencia de patología local o sistémica. ^{6,7}

Estas definiciones no han cambiado en los últimos 30 años, a pesar de la mejora de los métodos diagnósticos ⁸

La clasificación de Roma III, recomienda la subdivisión de DF en 2 subgrupos: síndrome de dolor epigástrico (SDE) y síndrome de estrés postprandial (SEP). Esta subdivisión tiene utilidad para identificar subgrupos que tienen una fisiopatología homogénea y que podrían responder a una terapia específica. ⁹

La prevalencia reportada a nivel mundial es de 11.5 a 14.7 %. ¹⁰

La prevalencia global de la dispepsia varía entre 7% y 45% y esto obedece a las distintas definiciones así como a la población estudiada ^{11,12}.

La dispepsia es una afección de elevada prevalencia en el mundo occidental. En EE.UU. y España es de aproximadamente 25%, en la población general constituye un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (2-5%), como en centros especializados, llegando a constituir hasta 20 y el 40% de las consultas al gastroenterólogo. Sólo una cuarta parte de las personas afectas solicitan valoración médica. ^{13,14}

En México la prevalencia reportada en un estudio refiere que la frecuencia relativa fue de 8 a 8.5% con rango de edad de 37.9 más-menos 15 años, predominando en el género femenino (65.5%) con una relación 6:1. ^{15,16}

La etiología de la Dispepsia funcional es variable, dependiendo de la población estudiada. La DF es considerada una enfermedad de naturaleza multifactorial.¹⁷

La heterogeneidad de las manifestaciones clínicas sugiere la implicación de varios mecanismos: probablemente ciertos trastornos de la función junto con la percepción anormal de fenómenos normales. Ello, unido a la importancia de ciertos rasgos psicológicos y la influencia del medio externo, permite dibujar un modelo biopsicosocial de la enfermedad que contribuye, a su manejo diagnóstico y terapéutico. Aunque se ha sugerido una posible influencia del tabaco y el alcohol en el origen de los síntomas, la evidencia es escasa.¹⁸

Otro es el *Helicobacter pylori*: su prevalencia es ligeramente superior en los pacientes con dispepsia funcional, en comparación con la población general. Sin embargo, no se ha podido establecer ninguna relación entre este agente y ninguna de las alteraciones funcionales observadas en la dispepsia funcional, además, su erradicación no parece modificar la historia natural de la enfermedad.¹⁹

Factores psicológicos: los pacientes con dispepsia funcional presentan con mayor frecuencia depresión, ansiedad y ciertos rasgos de la personalidad, es posible que en un subgrupo de sujetos estos factores tengan relevancia en la percepción y la actitud ante la enfermedad.

Los Factores externos: La aplicación de estrés ambiental es capaz de inducir diversas alteraciones en la fisiología digestiva. Los pacientes con dispepsia funcional refieren un mayor número de acontecimientos vitales estresantes y experiencias traumáticas en la infancia, además, el estrés puede desencadenar, perpetuar o exacerbar los síntomas dispépticos en estas personas.

Durante siglos se ha subrayado una estrecha relación entre el estrés y la función gastrointestinal. En el ámbito clínico se ha observado que cuando los sujetos están perturbados, tensos o ansiosos, refieren molestias abdominales o intestinales.²⁰

Aunque se ha documentado una asociación entre diversos factores psicosociales y la DF continúan sin resolverse dos grandes problemas:

- a) Falta claridad sobre la influencia del estrés psicosocial y de los factores psicológicos en esta condición médica, así como de los posibles mecanismos psicobiológicos implicados.
- b) El tratamiento de la DF continúa siendo estrictamente médico, con escasa consideración a los factores psicosociales, lo cual podría explicar la alta tasa de recurrencia observada en esta enfermedad.^{21,22,23}

La dispepsia funcional constituye un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud tanto por su alta prevalencia como por su carácter crónico y ausencia de un tratamiento satisfactorio. Además, la dispepsia, pese a su naturaleza en

general benigna, afecta de forma significativa a la calidad de vida de quienes la sufren ²⁴

Para la medición se utilizó un Test de dispepsia: "Evaluación de síntomas del tracto gastrointestinal superior elaborado y validado por Bisbal y León Barúa 1998 con el objetivo de evaluar cualitativa y cuantitativamente los síntomas sugestivos de dispepsia. Para efectos de este estudio sólo se utilizó la evaluación cualitativa del test.

La encuesta consiste en un cuestionario con 9 preguntas acerca de síntomas o molestias que hayan estado presentes en las dos últimas semanas. Además se establece el grado de molestia. Se define "dispepsia" cuando se presenta por lo menos un síntoma que molesta medianamente o mucho, y otro que simplemente este presente sin importar el grado de molestia.

Esta prueba presenta una sensibilidad de 95% y una especificidad del 100%. Además ya ha sido utilizado por otros investigadores en Latinoamérica. ^{25, 26, 27}

Por otro lado, la familia es la estructura social básica que a pesar de su constante transformación a persistido atreves del tiempo de la humanidad, quizá con diferentes estructura, dinámica y funcionalidad, pero sigue siendo familia, su transformación constante es el resultado del incesante proceso de evolución de la humanidad.

De acuerdo con algunas corrientes, la primera familia fue completamente matriarcal.

El termino familia puede ser aplicado en 2 unidades sociales que son diferentes en su composición y sus posibilidades funcionales, en los que se designa a un grupo compuesto por el padre, la madre y sus descendientes, o bien un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos a los que se les llama familia conyugal y familia consanguínea, respectivamente.

La familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas, que son sus miembros y a la vez integrada de un sistema mayor que es la sociedad.

La funcionalidad familiar no es fija, sino que es un proceso que se tiene que reajustar continuamente para que promueva un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando las funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

La buena funcionalidad familiar es clave en el control de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del

tratamiento, así se puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de salud favorable.^{28,29,}

Para hablar del estado de salud en la familia es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo, sus condiciones y su estilo de vida. Este modo de vida puede ser tan variado que lo que es adecuado para una familia, para otra no lo es, ya que cada una de ellas tiene un modo de vida familiar diferente, dependiendo del cómo se formó o se desarrolló esa familia.

Al hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único de medición. Los intentos para medir y describir a la familia tienen tinte empírico, ya que la evaluación o medición del funcionamiento familiar es muy complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman, algunos autores lo consideran multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento deferente los cuales nos dan estilos de vida con un funcionamiento específico.

El estudio de la funcionalidad familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias:

Modelo sistémico de familia de Beavers: Beavers 1981 propone modelo del funcionalidad familiar basado en dos dimensiones que tratan de explicar como funciona la familia: la primera describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia. Y la segunda dimensión describe el estilo de la familia.

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster. Este se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia en donde este es un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, en donde se relaciona con otros sistemas sociales.

Modelo del ambiente familiar de Moos. Este enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal, y la organización estructural de la misma, lo que permite una discriminación entre familias con trastorno psiquiátrico y las que se consideran "normales".

Modelo circunflejo marital y sistémico familiar: este modelo se refiere a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: la cohesión y adaptabilidad en donde aseguran un desarrollo marital y familiar funcional. La dimensión de la cohesión presenta dos componentes: los límites emocionales que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de la familia. La dimensión de la adaptabilidad tiene relación con el concepto de "sistema familiar" debido a que toma como punto de partida la capacidad de este para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, roles y sus reglas al estrés situacional o mejor dicho a las situaciones de crisis que se presentan. Por otro lado da origen a la que Olson Miller y Ryder en 1978 identifican como "modelo circunflejo de la conducta"

Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar: este modelo incluye para su estudio predominantemente al estrés familiar, se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento, sobretodo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero. El modelo determina los estresores familiares y la magnitud en que operan dentro de ella, y mediadores personales, familiares y comunitarios.

Modelo de factores de riesgo: toma encuentra los factores de riesgo como aquellos fenómenos que pueden desencadenar un buen o mal funcionamiento de la familia, ya sea cualquier condición o aspecto biológico, psicológico y/o social que este asociado a una mayor probabilidad que cause una disfunción familiar futura en cualquier momento del ciclo evolutivo de la familia.

Estos modelos nos dan una pauta de referencia de cómo se genera la funcionalidad y disfuncionalidad familiar, también es necesario conocer algunas teorías de cómo se da la funcionalidad y como se llega a la homeostasis del sistema familiar.

Teoría estructural del funcionamiento familiar: esta considera a la familia como un sistema, el cual tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado, estableciendo pautas o limites que decidan de cómo, cuando y con quien cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos.

Teoría explicativa del funcionamiento familiar: esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no esta basado al considerar solo al sistema familiar como normal o anormal, sino que depende de sus posibilidades, estas dependen de su capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo del ciclo evolutivo.

Teoría interaccional de la comunicación: tiene su fundamento en el modelo de McMaster y un desarrollo posterior por Virginia Satir, en donde se menciona que la comunicación es el foco de incubación primario de los problemas familiares.

Considerando todos estos puntos la funcionalidad familiar pasa por diferentes momentos de acuerdo con la corriente de estudio, de acuerdo a esto la evaluación de la funcionalidad familiar deberá ser evaluada con la utilización de instrumentos de evaluación. Como uno de esos instrumentos son los de autoevaluación que nos proporciona una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados.³⁰

El FACES forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico de la familia en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación. El FACES III es una herramienta de asesoría familiar (percibida e ideal) que es útil empírica y clínica.

Las dos variables principales, la cohesión y adaptabilidad, que en gran parte explican la conducta familiar.

El FACES III, es la tercer versión de The Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales desarrollado por (David H. Olson, Portner y Lavee, 1985).

Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen.

Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinarlo tanto al modelo que lo sustenta, como los 11 instrumentos que forman el circumplex Assessment Package del que forma parte también FACES III.^{30,31}

El FACES III es un instrumento de fácil aplicación y calificación, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años.

El cuestionario se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento ("Familia Real"), sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese ("Familia Ideal") alterándose para ello la consigna inicial.

**La Cohesión*, hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la "unión emocional", las relaciones padre-hijo y las fronteras internas y externas de la familia.

**La Adaptabilidad*, hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad así como la adaptabilidad

es un elemento fundamental particularmente de las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.^{32,33}

En vista que la medicina biopsicosocial, la familia es un fondo social importante que es la base de la asistencia sanitaria. En donde se demuestra que las familias disfuncionales presentan asociación con la dispepsia.³⁴

En un estudio realizado en de la Unidad de Medicina Familiar No.28 y del Hospital General de Zona "Gabriel Mancera" del Instituto Mexicano del Seguro Social de noviembre de 2004 a octubre de 2005, se estudió a 166 pacientes con dispepsia y enfermedad ácido péptica a un grupo control de personas sanas derechohabientes en relación con la funcionalidad familiar, en donde se encontró que en la población con dispepsia, las familias tienden a ser más caóticas.³⁵

En otro estudio de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS de la Delegación Michoacán se relaciona la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con dispepsia funcional, se estudiaron 77 pacientes, 65 del sexo femenino y 12 del masculino; en donde se encontro disfunción familiar en 60% de pacientes estudiados.³⁶

En un estudio realizado en el 2007 por la Universidad Veracruzana en donde se analiza el síndrome de Burnout en personal de enfermería y médicos, se reporta la prevalencia de trastornos digestivos como la dispepsia con predominio en las enfermeras así como trastorno en relaciones interpersonales y de la familia.³⁷

La carrera de enfermería tiene una relación importante con el género femenino existen varios estudios nacionales e internacionales, en diferentes poblaciones, que han notado una preponderancia femenina en el mundo como en nuestro país con relación a la dispepsia.^{38,39,40}

Al respecto, recientes estudios muestran cómo la psicoterapia tiene efectos positivos tanto sobre el malestar emocional como sobre los síntomas de la DF, aunque la evidencia muestra que lo más recomendable parece ser un tratamiento que combine medicación con psicoterapia, con el fin de tener un mayor efecto sobre la calidad de vida de estas personas.⁴¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dispepsia es una afección de elevada prevalencia en el mundo occidental. En EE.UU. y España es de aproximadamente 25%, en la población general constituye un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (2-5%), como en centros especializados.

La prevalencia global de la dispepsia varía entre 7% y 45% y esto obedece a las distintas definiciones así como a la población estudiada

En México la prevalencia reportada en un estudio refiere que la frecuencia relativa fue de 8 a 8.5% con rango de edad de 37.9 más-menos 15 años .predominando en el género femenino (65.5%) con una relación 6:1.¹⁵

Además, existe un porcentaje importante de personas que aunque presentan síntomas de dispepsia no acuden al médico y optan por la automedicación.

La dispepsia es un motivo de consulta frecuente, determinando un importante impacto personal, laboral, sanitario y económico.

Los pacientes con dispepsia funcional presentan con mayor frecuencia depresión, ansiedad.

Los Factores externos, como la aplicación de estrés ambiental es capaz de inducir diversas alteraciones en la fisiología digestiva. Los pacientes con dispepsia funcional refieren un mayor número de acontecimientos vitales estresantes y experiencias traumáticas en la infancia. Además, el estrés puede desencadenar, perpetuar o exacerbar los síntomas dispépticos en estas personas

La familia es un sistema social importante donde se gesta la salud y/o la enfermedad. En diversos estudios se demuestra que las familias disfuncionales presentan asociación con la dispepsia.

Diversos estudios en México evidencian porcentajes superiores al 70% con disfuncionalidad familiar en las sociedades actuales.

Por todo lo anteriormente mencionado es que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe mayor dispepsia funcional en familias disfuncionales que, en familias funcionales en personal de enfermería del HGZ 24?

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de dispepsia a nivel nacional es de 8% y a nivel mundial es de 7 a 45% con predominio en el género femenino 1.6:1.

La dispepsia es una afección que presenta una elevada prevalencia constituyendo un motivo de consulta frecuente, determinando un importante impacto personal, laboral, sanitario y económico.

En la consulta hemos visto frecuentemente que gran número de pacientes consulta por síntomas vagos digestivos y gran parte de ellos tienen o pudieran tener disfunción familiar.

Por lo tanto la dispepsia afecta a la persona y repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia. O también pudiera ser que la disfunción familiar provoque estrés lo cual en muchos pacientes lo pueden manifestar como síntomas de dispepsia funcional.

La enfermedad no solo afecta a lo estrictamente gastroenterológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social.

En vista que la medicina biopsicosocial, la familia es un fondo social importante que es la base de la asistencia sanitaria se demuestra que la familias disfuncionales presentan asociación con la dispepsia.

La disfunción familiar representa en un 60% relacionada con dispepsia, de acuerdo con estudio realizado de noviembre del 2004 a octubre del 2005, se concluyó que los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales tienden a presentar enfermedad relacionada con dispepsia.

Debido al gran porcentaje de dispepsias y su impacto económico, y laboral, es factible medir la funcionalidad familiar y abordar el problema de la dispepsia con 2 cuestionarios, que no repercutirán en costos para nuestra institución, y que si podrán dejarnos una enseñanza a los médicos familiares.

Con el fin de brindar una atención de calidad, en donde entendiendo los problemas de ellos podamos, escuchar y manejar mejor su problemática. Lo cual obliga a un abordaje familiar Integral, para mejorar la eficacia y calidad de atención del médico familiar, ya que los estudios muestran cómo la psicoterapia tiene efectos positivos tanto sobre el malestar emocional como sobre los síntomas de la Dispepsia Funcional, aunque la evidencia muestra que lo más recomendable parece ser un tratamiento que combine medicación con psicoterapia, con el fin de tener un mayor efecto sobre la calidad de vida de las personas, y así de conocer factores de riesgos para disfunción familiar relacionada con dispepsia.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre dispepsia funcional y funcionalidad familiar.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la prevalencia de dispepsia funcional en un grupo de trabajadores del servicio de enfermería.
2. Determina la funcionalidad familiar de este mismo grupo
3. Definir el género mas afectado de dispepsia funcional.
4. Conocer la relación que existe entre la dispepsia y la funcionalidad familiar.

HIPOTESIS

No amerita por ser un estudio transversal observacional.

METODOLOGÍA

A) Tipo de Estudio.

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

B) Población, lugar y tiempo de estudio.

Personal de enfermería del HGZ C/MF No 24 del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila, las encuestas se realizaron, en agosto 2010

C) Tipo y tamaño de la muestra.

Muestreo aleatorio estratificado, tomando como base los estratos del personal que acudían a la docencia de dicha categoría. Con un tamaño de 100 enfermeras/os, un 52.63% del universo de trabajo. (De una plantilla de enfermera de 190), el tamaño de la muestra se calculo de la siguiente manera.

$$n = \frac{z^2 pq}{B^2}$$

Donde n= Tamaño de la muestra,

z= 1,96 para el 95% de confianza

p= Frecuencia esperada del factor a estudiar

q= 1- p

B= Precisión o error admitido

$$n = 1,96^2 \times 0,07 \times 0,85 / 0,05^2 = 91.39$$

Lo que nos dio un tamaño de muestra de 91-92 pacientes por lo que decidimos completar las 100 encuestas.

D) Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de Inclusión

- ✓ Personal de enfermería de ambos sexos adscritos al HGZ C/MF No 24 del IMSS de Nueva Rosita
- ✓ Personal de enfermería sin distinción de turno laboral
- ✓ Personal de enfermería de base y eventuales

- ✓ Personal de enfermería que desee participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- ✓ Personal adscrito a otras unidades del IMSS de la localidad
- ✓ Personal seleccionado que no acudió a las reuniones de información
- ✓ Personal de enfermería con otra patología gastrointestinal
- ✓ Personal de enfermería con trastornos psicológicos

Criterios de Eliminación

- ✓ Personal de enfermería que contesto en forma incompleta los cuestionarios
- ✓ Personal de enfermería que se retiro del estudio sin previo aviso

E) Información a recolectar (Variables a Recolectar).

VARIABLE INDEPENDIENTE: Dispepsia funcional.

VARIABLE DEPENDIENTE: Disfunción familiar.

Otras Variables: Se recabaron datos generales: Como edad, sexo, estado civil.

Operacionalización de Variables:

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Sexo	Cualitativa	Dos grupos del genero humano hombre ò mujer	El que se consigne en la encuesta	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Cualitativa	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio del sujeto, expresado en	Será la que el sujeto plasme en la encuesta.	De razón	Número de años cumplidos

		años.			
Escolaridad	Cualitativa	Ultimo grado escolar cursado hasta el momento del estudio.	Será la que el sujeto designe en la encuesta.	Nominal	1.-Auxiliar de enfermería. 2.-Enfermera general 3.-Enfermera con licenciatura 4.-Enfermera Especialista.
Dispepsia	cualitativa	Con dispepsia y sin dispepsia	Grado de sintomatología del tracto gastrointestinal superior	Escala de síntomas del tracto gastrointestinal superior.	Con dispepsia y sin dispepsia
Funcionalidad Familiar	cualitativa	Funcional o disfuncional	Cohesión y adaptabilidad	FACES III	Funcional y Disfuncional

F) Consideraciones Éticas.

Se obtuvo de cada participante el consentimiento informado establecido de acuerdo a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. La selección de la muestra fue incluir solo a personal de enfermería de base o suplente, de los turnos matutino, vespertino y nocturno del HGZ 24 de Nueva Rosita Coahuila del IMSS. Se les dio una explicación clara y completa, de tal forma que pudieran comprenderla en la justificación y objetivos de la investigación, sus beneficios y riesgos o inconvenientes que derivados de su participación en el estudio pudiera ocasionar, el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrían. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito y de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte a su trabajo, manteniendo la confidencialidad de su identidad y datos en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio. Prevaleció el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar para los compañeros Médicos.

G) Instrumento de medición.

Se utilizó un cuestionario de datos generales (**Anexo 1**), un cuestionario para medir la dispepsia funcional: “**Evaluación de síntomas del tracto gastrointestinal superior**” (**Anexo 2**). Elaborado y validado por Bisbal y León Barúa 1998 con el objetivo de evaluar cualitativa y cuantitativamente los síntomas sugestivos de dispepsia. Para efectos de este estudio sólo se utilizó la evaluación cualitativa del test. La encuesta consiste en un cuestionario con 9 preguntas acerca de síntomas o molestias que hayan estado presentes en las dos últimas semanas. Además se establece el grado de molestia. Se define “dispepsia” cuando se presenta por lo menos un síntoma que molesta medianamente o mucho, y otro que simplemente este presente sin importar el grado de molestia. Esta prueba presenta una sensibilidad de 95% y una especificidad del 100%. Además ya ha sido utilizado por otros investigadores en diferentes estudios.

La escala FACES III que mide la funcionalidad familiar (**Anexo 3**). Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese (“Familia Ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.

El FACES III, es la tercer versión de The Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales desarrollado por (David H. Olson, Portner y Lavee, 1985). Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen. Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinarlo tanto al modelo que lo sustenta, como los 11 instrumentos que forman el circumplex Assessment Package del que forma parte también FACES III.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se Estudiaron 100 Trabajadores del personal de enfermería de los diferentes turnos hasta completar 100 encuestas.

De ellos 72 mujeres (72%) y 28 hombres (28%) **grafica 1**

El rango de edades es 21 a 58 años, el promedio de edades es 35.69, la mediana la edad de 34 y 35 años, las frecuencias de edades son mas altas fueron las edades de 26 y 29 años con 7 integrantes en cada uno de estos grupos.

Al agruparlos por grupos de edad tenemos las siguientes frecuencias:

De 21 a 30 años 37, de 31 a 40 años 33, de 41 a 50 años 22, de 51 a 60 años 8.

Grafica 2

Por **Género** se encontraron 72 mujeres y 28 hombres.

En lo referente a la dispepsia, por genero se encontró del grupo de mujeres con dispepsia 31.94% y sin dispepsia el 68.05. Y del grupo de los hombres con dispepsia 39.28 y sin dispepsia 60.7.

De los 100 pacientes estudiados se encontraron 66 sin dispepsia funcional y 34 con dispepsia Funcional, esto nos representa una prevalencia de 34%, siendo el genero masculino discretamente mas afectado ya que en el grupo de mujeres hay una prevalencia de 31.94% y en el de hombres de 39.28%. **Grafica 3**

Al analizar la funcionalidad Familiar se encontraron 47 familias Funcionales, y 53 disfuncionales de las que 44 se encontraron con disfunción leve, y 9 con disfunción severa. **Grafica 4.**

Estadificando la disfuncion familiar encontramos 44 familias con disfunción leve el 85% y 9 con disfunción severa 15%: **Grafica 5.**

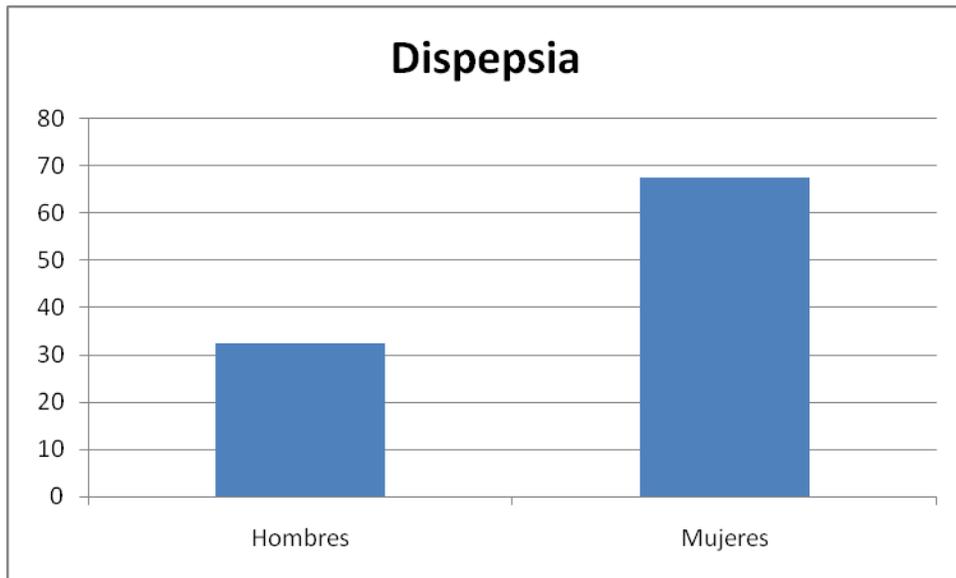
Una vez establecidos los 2 grupos, uno con dispepsia y otro sin dispepsia, se analizo la funcionalidad familiar de ambos grupos, en donde encontramos:

Que en el grupo sin dispepsia: 27 familias funcionales 41%, y disfuncionales 59% (31 disfunción leve 46.9% y disfunción grave 8,12%)

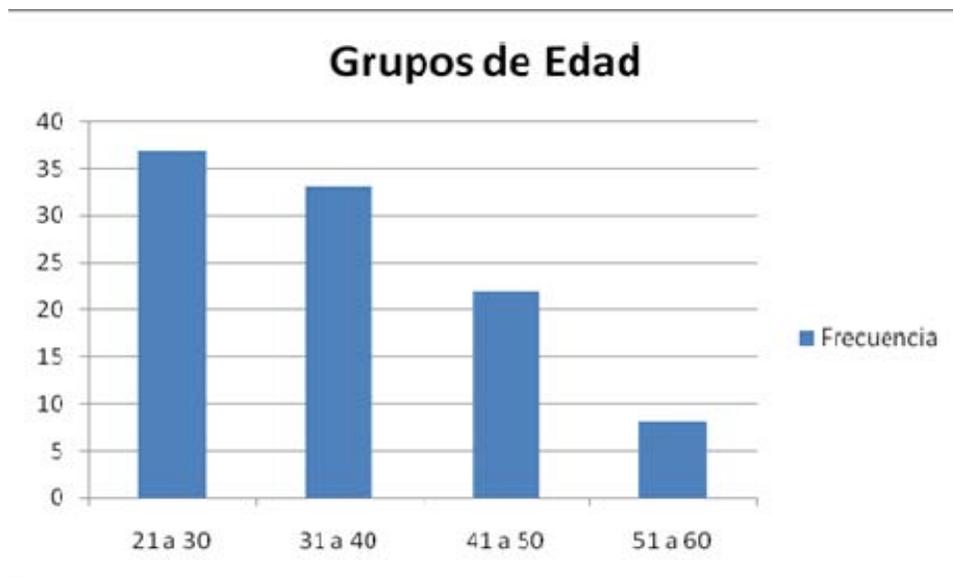
Del grupo con dispepsia se *encontró*: 20 familias 59%, y 14 Disfuncionales 41.1% (13 disfunción leve 38.2% y 1 con disfunción grave 2.9%,) **Grafica 6**

Tablas y Graficas.

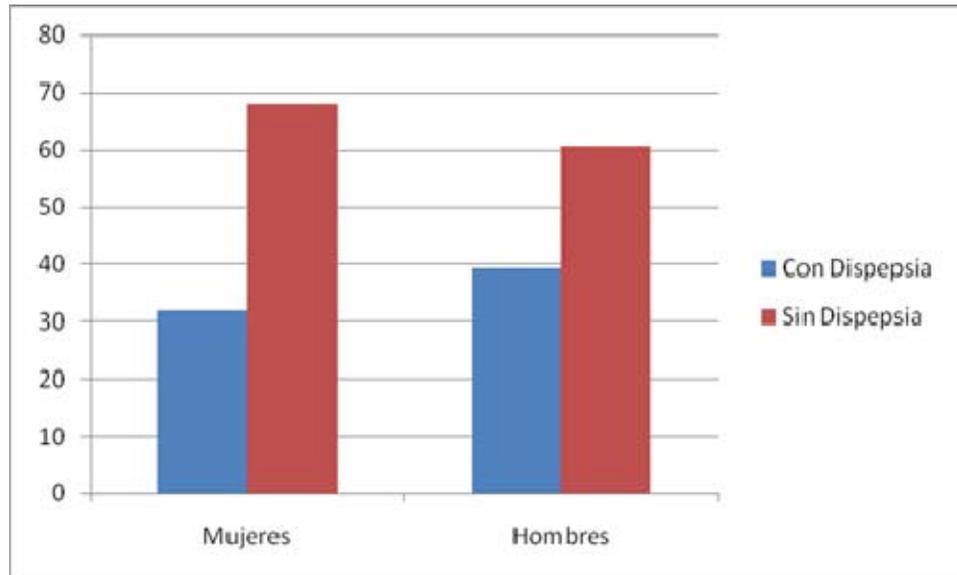
Grafica 1. Universo de trabajo de dispepsia y funcionalidad familiar.



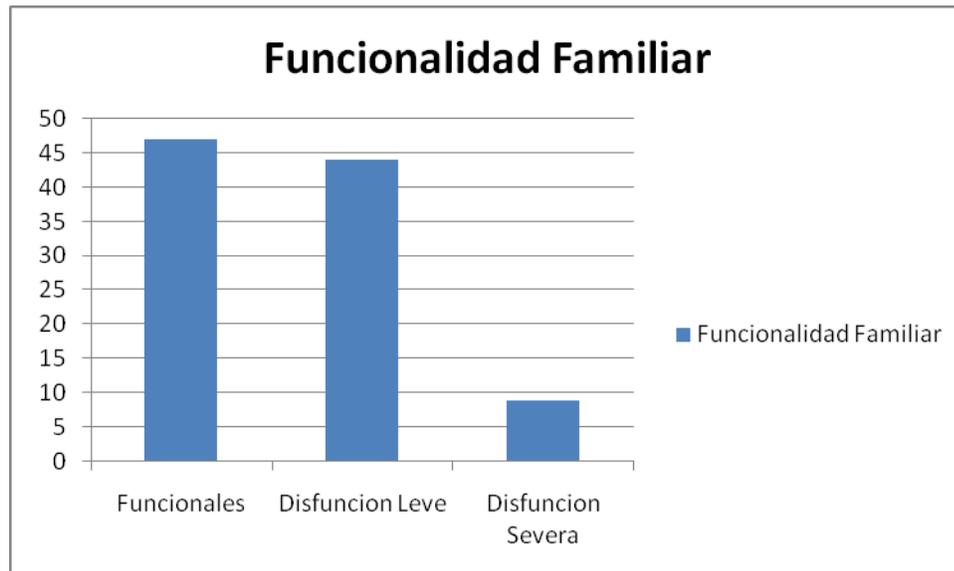
Grafica 2. Estratificación de la muestra por grupos etareos



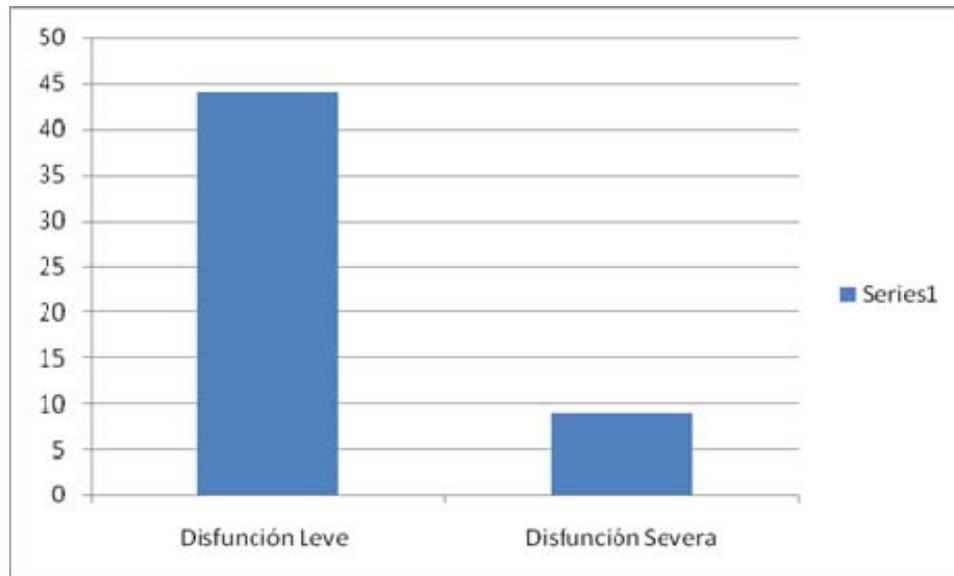
Grafica 3. Prevalencia de dispepsia y su afección por género



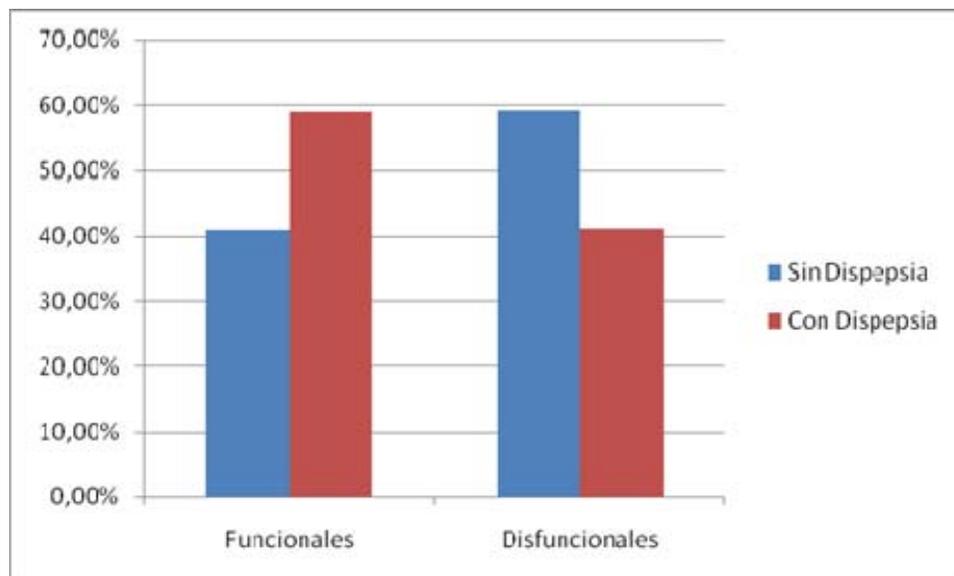
Grafica 4 Funcionalidad familiar del total de la muestra



Grafica 5. Los pacientes Disfuncionales estadiados en disfunción leve y disfunción severa.



Grafica 6. Funcionalidad familiar en relación con la dispepsia funcional.



ANALISIS DE RESULTADOS.

Del universo de trabajo que es de 190 trabajadores del servicio de enfermería se hizo un cálculo del tamaño de la muestra obteniendo 91-92. Finalmente se estudiaron 100 compañeros, un 52.63% del universo de trabajo.

El género más frecuente que participo en este estudio fue, por la obviedad de esta labor es el femenino con un 72% y solo un 28%

El rango de edades es 21 a 58 años, el promedio de edades es 35.69, la mediana la edad de 34 y 35 años, Aquí lo que podemos analizar en la gráfica 2 es que en los grupos etaréos de cada 10 años tiene una tendencia decreciente a mayor edad menos integrantes del grupo, como lo podemos analizar en los grupos etaréos mencionados: De 21 a 30 años 37 compañeros, de 31 a 40 años 33 compañeros, de 41 a 50 años 22 compañeros, de 51 a 60 años 8 compañeros.

Al hablar de la patología propiamente dicha encontramos que, un 59% de este grupo padecen dispepsia lo cual esta por arriba de lo reportado en la literatura que no habla de 7 a 45% global a nivel mundial. Y También mucho mas alto que lo que se reporta a nivel nacional que es de 8 a 8.5%.

En lo referente a la dispepsia, por genero se encontró del grupo de mujeres con dispepsia 31.94% y sin dispepsia el 68.05. Y del grupo de los hombres con dispepsia 39.28 y sin dispepsia 60.7. En este apartado a diferencia de lo que nos refiere la literatura tenemos una discreta mayor proporción en el grupo de hombres que en el de mujeres, aunque no tenemos un grupo realmente representativo de hombres para poder sustentar esta relación.

Al analizar la funcionalidad Familiar se encontraron 47 familias Funcionales, y 53 disfuncionales (de las disfuncionales 44 se encontraron con disfunción leve, y 9 con disfunción severa). Aquí tenemos que recordar que el instrumento nos da valores propiamente de riesgo para disfunción pero los mecanismos homeostáticos de la propia familia la mantienen.

Estadificando la disfuncion familiar encontramos 44 familias con disfunción leve el 85% y 9 con disfunción severa 15%: en este caso de la disfunción grave esto si nos alerta a que algo esta pasando por lo que aquí hay que tratar de ofrecer los grupos de apoyo para los pacientes que lo ameriten.

Una vez establecidos los 2 grupos el de dispepsia y el positivo para dispepsia, se analizo la funcionalidad familiar de ambos grupos, en donde encontramos:

Que en el grupo sin dispepsia: 27 familias funcionales 41%, y disfuncionales 59% (31 disfunción leve 46.9% y disfunción grave 8, 12%)

Del grupo de dispepsia se *encontró*: 20 familias 59%, y 14 Disfuncionales 41.1% (13 disfunción leve 38.2% y 1 con disfunción grave 2.9%,)

Aquí contrario a lo que esperábamos encontrar no obtuvimos mayor proporción de disfunción familiar en pacientes con dispepsia, existe mayor proporción de disfunción familiar en el grupo de sin dispepsia funcional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio podemos concluir que la dispepsia funcional está presente en una proporción de 34% de nuestros compañeros de enfermería y que les permite desarrollar su actividad cotidiana, que el género más afectado en este estudio no fue el femenino como nos refiere la literatura.

Lo que recabamos sobre funcionalidad familiar más del 50% de nuestras compañeras nos dan datos disfunción familiar leve pero afortunadamente solo un 9% de toda la muestra nos da datos de disfunción severa.

En lo que podemos decir de la relación que intentamos establecer que el grupo de dispepsia presentaría mas disfunción familiar, no se pudo sustentar y por el contrario habría que identificar las causas por las que al contrario se encontró mas disfunción en el grupo sin dispepsia. Además tomando en cuenta que finalmente nos que damos cortos con el tamaño de la muestra, lo que se puede recomendar hacer este estudio en una población mas representativa para poder tener mayor conclusiones de los resultados.

Lo que este estudio nos puede dejar de enseñanza es que la dispepsia funcional es una patología, en la mayoría de las veces subjetiva, y eminentemente climática, en la que están involucrados muchos factores, pero se deben excluir otro tipo de patologías, y para su manejo, no solo debemos indicar ranitidina, o metoclopramida, sino educar al paciente sobre su alimentación, así como tomar en cuenta su estado psicológico, y su situación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. CORTI RE, GIORDANO RA. Functional dyspepsia: Prokinetic drugs utility in your treatment in year 2008. *Rev Col Gastroenterol*, 2008; 23(3):260-265.
2. Dispepsia no ulcerosa Corti RE, Man FA. III simposio internacional de patología gastroduodenal. Auspiciado por el European Helicobacter Pylori Study Group. Bariloche 14 y 15 de Abril de 2000.
3. Colin Jones DG, Bloom B, Bodemar G, Crean G, Freston J, Gugler R, Malagelada JR, Nyrén O, Petersen H, Piper D. Management of dyspepsia: Report of a working party. *Lancet* 1988; 1:576-579.
4. Corti RE, Sarem M, Escobar A. Dilemas y controversias en patogenia y terapéutica de la dispepsia funcional. *Revista Col Enf Digest* 2005; 1:61-77.
5. Quigley EMM. Gastric emptying in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(7):56-60.
6. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45:1137.
7. Talley NJ, Camillerni M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130-466.
8. Rocha-Mercado G, Durán-Collazos T, Aguilar-Benavides J. DISPEPSIA FUNCIONAL Médicos Familiares Policlínico Central *Rev Paceaña Med Fam* 2007; 4(6):132-135.
9. Moreira VF. López-San Román A. Enfermedades Digestivas. *Rev. Española*. 2004; 96(6):427.
10. Talley NJ y Vakil N. Guidelines for the Management of Dyspepsia *The American Journal of Gastroenterology* 2005; (100):2324-2337.
11. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 127:1239-55.
12. Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. *World J Gastroenterol* 2006; (12):2661-2666.
13. Chua ASB. Reassessment of functional dyspepsia. *World J Gastroenterol* 2006; 12:2656-2659.
14. Corti RE. Bonorino UC. Definición actual de dispepsia funcional y sus cambios a través del tiempo. *Epidemiología, Primera reunión Nacional de expertos en Dispepsia Funcional. ACTA GASTROENTEROL LATINOAM* 2007; 37(1):4-7.
15. Bielsa-Fernández M. V y cols. GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN GASTROENTEROLOGIA, *Rev. Gastroenterol MEX*, 2007; 72(3):136-137.
16. Guía de Práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional. México; Instituto Mexicano del seguro social, 2009.
17. Timmons S, Liston R y Moriarty KJ. Functional Dyspepsia: Motor Abnormalities, Sensory Dysfunction, and Therapeutic Options. 2004; 99(4):739-747.

18. Morris C. Non-ulcer dyspepsia. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991; 35:129-140.
19. Hauser, W, y Grandt, D. Tabaco asociado a trastornos gastrointestinales, terapia para cesar de fumar. Una tarea para los gastroenterólogos. *Zeitschrift fur Gastroenterologie*. 2002; 40:815-821.
20. Hui WM, Ho J, y Lam SK. Pathogenetic role of helicobacter pylori in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse. *Digestive Diseases and Sciences*. 1991; 36:424-430.
21. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC. y Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1982; 83:529-534.
22. Tack J, Bisschops R, y DeMarchi B. Causes and treatment of functional dyspepsia. *Current Gastroenterology Reports*, 2001; 3:503-508.
23. Haug TT. Dispepsia funcional-una enfermedad psicósomática. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2002; 122:1218-1222.
24. Haug TT. Cognitive therapy in functional dyspepsia. *International Congress Series*. 2002; 1241:127-130.
25. Bisbal O. Validación de un test para diagnosticar dispepsia. Lima Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1998.
26. Walter HC, Donaires-Mendoza N, et al. Prevalencia i asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva Peruana Rev. Gastroenterol. 2002; 22(2):129-140.
27. Vidurizaga de Amezaga C. Niveles de estrés y depresión en pacientes con dispepsia sin “dolor de hambre” y con “dolor de hambre”. Lima Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1999.
28. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, DOYMA, 1994; p.167.
29. FAMILIA. Introducción al estudio de sus elementos. En su: Impacto de la enfermedad en la familia. México, Campaña editorial ETM. 2008. pp. 221-241.
30. León Anzures R, Chávez Aguilar V, García Peña M.C, Pons Álvarez O. N. Medicina Familiar Edit Corinter 2008; pp.227-271.
31. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. 2006; 8(1):27-32.
32. Del Valle GF. Uso de la escala de evaluación y adaptabilidad y cohesión familiar FACES III en población clínica de un equipo de intervención en crisis. Comité de docencia e investigación-Hospital Central de San Isidro-residencia de Psicología región sanitaria x.
33. Ponce Rosas ER et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria 2002; 30(10):224-230.
34. Ahn MK, Lee SY, Kim YJ. Korean Acad Fam Med The relationship between functional dyspepsia and family function 1999; 20(7):917-924.
35. Vargas León C, Gómez C, Pérez Blancas R, Torres Salazar B. Cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica. Aten Fam. 2007; 14(3):68-71.

36. Salcedo GP, Carranza BO. Prevalencia de disfunción familiar en pacientes con dispepsia funcional. Mazón-Ramírez. Memorias del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar. Medicina Familiar Mex. DF. 2008 15; (2):56.
37. Ortega-Herrera M, Ortiz-Viveros GR, Coronel-Brizio PG. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad persistente. Psicología y Salud. 2007 17; (1):5-16.
38. Santoyo R. Noruega JR. Grupo Mexicano de Estudio de los trastornos Funcionales Digestivos 29 de abril 2000. México D.F. Estudio no publicado.
39. Rodrigo de Vivero, DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE, Colombia Medica, 2005 36; (2):39-41.
40. Lu CL, Lang HC, Chang FY, Chen CY, Luo JC, Wang SS, Lee SD. Prevalence and health/social impacts of functional dyspepsia in Taiwan: a study based on the Rome criteria questionnaire survey assisted by endoscopic exclusion among a physical check-up population. Scand J Gastroenterol 2005; 40: 402-411.
41. Tobon S Vinaccia S y Sandin B. implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. Anales de Psicología 2003 19; (2):231

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DATOS GENERALES

DATOS GENERALES

I. Datos de identificación:

Edad _____

Sexo _____

Estado civil _____

Ocupación _____

Categoría-----

II. Datos clínicos del paciente:

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

ANEXO 2

EVALUACION DE SINTOMAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR.

No. De Encuesta _____ FECHA _____

NOMBRE: _____

GRADOS

SÍNTOMAS	NUNCA MOLESTA O SOLO RARAMENTE	MOLESTA UN POCO	MOLESTA MEDIANAMENTE	MOLESTA MUCHO
1. Sensación de llenura fácil con menos cantidad de alimento que la de costumbre				
2. Sensación de llenura o pesadez en la "boca del estómago" después de comer				
3. Vinagreras o sensación de ardor que sube de la boca del estómago hacia el pecho				
4. Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado), amargo o de alimentos				
5. Náuseas o ganas de vomitar				
6. Vómitos de alimentos, jugo ácido o bilis amarilla y amarga				
7. Dolor o ardor en la boca del estómago inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.				
8. Tres o más eructos después de las comidas o eructos sin haber comido				
9. Dolor o ardor en la boca del estómago con estómago vacío y que calman al comer.				

ANEXO 3

FACES III

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5	Respuestas
					de 1 a 5
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
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 vivir solo con los familiares mas cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia de modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
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 familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos 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 tiene que hacer las labores del hogar					