



EDITORIAL

109 *Fernández Ortega Miguel A.*

CASO CLÍNICO 08-15-5

110 BORDERLINE
Herrera Ortega María del C.

REVISIÓN TÉCNICA DEL CASO CLÍNICO 08-15-5

114 BORDERLINE
Membrillo Luna Apolinar y cols.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

117 II REUNIÓN DEL CONSENSO ACADÉMICO EN MEDICINA FAMILIAR. GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL ABORDAJE FAMILIAR Y ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR
Fernández Ortega Miguel A. y cols.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

122 BREVE HISTORIA DE LA PROTECCIÓN LEGAL A LA SALUD EN MÉXICO
Gutiérrez Zurita Joseba A.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

124 SITUACIÓN ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS EN MÉXICO, AMÉRICA Y EL MUNDO
González Saldaña Napoleón y col.

IDENTIFIQUE EL CASO A TRAVÉS DE LA IMAGEN

127 *Fernández Ortega Miguel A. y cols.*

ARCHIVOS DE LA RADIOTECA

128 ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y/O DE TRAUMA QUE CAUSAN PROBLEMAS PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES
Zamudio Leonardo y col.

TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

132 VACUNACIÓN EN EL ADULTO
Halabe Cherem José y cols.

ATENCIÓN FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Director

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán
Secretaria General

Dr. Pelayo Vilar Puig
Jefe de la División de Estudios de Posgrado

Dr. Melchor Sánchez Mendiola
Secretario de Educación Médica

Dr. Juan José Mazón Ramírez
Secretario de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social

Dr. Luis Felipe Abreu Hernández
Secretario de Planeación

Dr. Ricardo Valdivieso Calderón
Secretario de Servicios Escolares

Lic. Raúl A. Aguilar Tamayo
Secretario Jurídico y de Control Administrativo

Dra. Irene Durante Montiel
Secretaria del H. Consejo Técnico

C.P. Francisco Cruz Ugarte
Secretario Administrativo

Lic. Graciela Zúñiga González
Coordinadora Administrativa
División de Estudios de Posgrado

ATENCIÓN FAMILIAR

Editor
Dr. Juan José Mazón Ramírez

Editores Asociados
Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Dr. José Rubén Quiroz Pérez

Comité Editorial
Dr. Pablo Bonal Pitz (España)
Dr. Víctor Chávez Aguilar
Dr. Javier Domínguez del Olmo
Dra. Lilia González Fernández (Cuba)
Dra. Celia J. Pérez Fernández

Coordinación Editorial
Lic. Lilia A. Arévalo Ramírez

Asistente Editorial
Lic. Karina Ma. Aguilar Lelo de Larrea

Diseño
Dg. David Cortés Álvarez

Atención Familiar
vol 15, no. 5,
septiembre-octubre de 2008
ISSN 1405-8871

Publicación bimestral del departamento
de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina, UNAM,
circuito interior s/n,
Ciudad Universitaria, delegación
Coyoacán, 04511, México, D.F.

Editor responsable:
Dr. Juan José Mazón Ramírez.

Número de certificado de reserva de
derechos al uso exclusivo del título:
04-2002-061717431700-102.
Certificado de licitud de título:
11938;
Certificado de licitud de contenido:
8342.

Se distribuye entre las Instituciones
del Sector Salud y Educativas; y
los médicos familiares de la
República Mexicana.

Tiraje 5,000 ejemplares.
Impreso por
Equipo Gráfico, S.A. de C.V.
Ixcateopan 102-101
Col. Letrán Valle
Delegación Benito Juárez
C.P. 03650, México, D.F.

Para consultarse en internet:
www.facmed.unam.mx

Cualquier comentario o información
se agradecerá a:
arevalor@servidor.unam.mx

Las opiniones expresadas en los
artículos firmados, que se publican
en *Atención Familiar*, son responsabilidad
de sus autores.

Los artículos contenidos en esta
publicación pueden reproducirse citando
la fuente.

“El Comité Editorial se reserva el derecho
de realizar las adecuaciones pertinentes a
los artículos.”

Atención Familiar se distribuye bajo suscripción anual.

Favor de enviar su suscripción al departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina,
apartado postal 70-422, Ciudad Universitaria, 04511 México, D.F.

Informes al teléfono (01 55) 56220068

Llenar a máquina

Sí deseo recibir Atención Familiar

Nombre _____

Calle y no. _____

Col. _____ CP _____

Ciudad _____ Estado _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Especialidad _____

Anexo:

Efectivo Giro postal a nombre de: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cooperación: \$ 200.00 Extranjeros \$25.00 US DL

Fecha de expedición _____/_____/_____ Renovación

Para llenado interno:

Periodo de suscripción: del no. _____ al no. _____

Folio: _____ No. de recibo: _____ No. de giro: _____

Fernández Ortega Miguel A. □

Sin duda, la presentación de este número ha significado para todo el equipo de **Atención Familiar** un esfuerzo por satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros colegas médicos familiares, ya que los temas de las diferentes secciones son de suma importancia en la esfera clínica. Partimos al presentar el Caso clínico y su revisión, con un tema muy complejo, además de frecuente, un caso de Bordine ¿Quién durante su vida personal y/o profesional no se ha encontrado con gente con esas características? y que incluso cuesta trabajo identificar sus conductas como patológicas. ¿Qué hacer con esos pacientes?, ¿cómo atenderlos?, ¿qué tenemos que considerar en su abordaje y el de su familia? Sin duda, su presentación nos ayudará a ilustrar este dramático problemas que viven muchas personas y que padecen tantas familias.

Uno de los grandes problemas que tiene el médico familiar en ejercicio clínico es sin duda el abordaje familiar. Al respecto se ha hablado mucho, sin embargo, el llevar a la práctica los conceptos de integralidad, continuidad de la atención, enfoque de riesgo, desde una perspectiva individual, familiar y social, resulta muy complejo.

Por ello, el Colegio Mexicano de Medicina Familiar; el Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM; y el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar se dieron a la tarea de conjuntar a los académicos y líderes institucionales de los programas de especialización en Medicina Familiar de todo el país y de las tres instituciones de salud más grandes de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud, para colaborar en la revisión de dos grandes temas: Elaboración de un instrumento de “Tamizaje familiar”, que generó al final una Guía de entrevista para el abordaje familiar y la revisión y, en su caso, modificación del Estudio de salud familiar.

El XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar celebrado en Guadalajara, Jalisco, el 1, 2 y 3 de mayo pasado, fue considerado el escenario ideal, ya que en el confluyeron los médicos especialistas y en formación de todo el país, además de ser considerado el máximo evento anual de esta disciplina. En este número, **Atención Familiar** presenta los resultados de la II Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar.

Se presenta, además, un artículo sobre la protección legal a la salud en México. **Atención Familiar** está interesada en que los médicos familiares tengan mayor información y puedan de manera intencional ampliar sus posibilidades de protección médico legal. Hoy no sólo es una cuestión de cultura médica, es una responsabilidad y seguridad personal y profesional estar mejor preparados en esos aspectos.

¿Quién dice que la tuberculosis ha dejado de ser un problema de salud en México?, el artículo de revisión pretende sensibilizar y documentar a nuestros lectores sobre la presencia de este problema de salud pública. Se habla tanto de la mejora epidemiológica y de calidad de vida de las personas que la padecen, sin embargo, la polarización epidemiológica que vive nuestro país sigue apuntando a que problemas como éste, que corresponde a los países más pobres, sigue siendo muy frecuente; desgraciadamente ya no se ven muchos casos como los de hace 30 años, pero sin duda están ahí. El primer problema es diagnosticarlos y el segundo más grande es tratarlos y limitar las fuentes de contagio.

Por otro lado, el reto que implica identificar el caso a través de la imagen nos muestra la importancia del diagnóstico y manejo adecuado de la hiperplasia gingival, para muchos quizá sea solamente un efecto secundario por el uso de difenilhidantoína. Sin embargo, para los pacientes implica una dificultad más, sumado al problema crónico que sufre y que sin duda limita su relación con los demás. Recordemos que la cara es nuestra carta de presentación, tiene que ver con una alta o baja autoestima y que padecer lesiones en ella puede disminuir la seguridad o empobrecer de la imagen de las personas, independientemente del daño gingival producido.

Por otra parte, Archivos de la Radioteca presenta una selección de casos que tienen como objetivo ayudar al médico a través de la ilustración, de imágenes radiológicas; en la valoración, gradación y otorgamiento de incapacidades en los casos de patologías crónicas degenerativas o de trauma agudo o crónico que limitan el funcionamiento de la capacidad física de los pacientes.

Finalmente, la sección de Terapéutica farmacológica presenta el tema “Vacunación en el adulto”. El asunto de vacunas es fundamental. ¿Cuánto ha cambiado el esquema de vacunación en nuestro país en los últimos 10 años? Y ¡Lo que está por cambiar! Debemos estar al tanto de estos avances y de esta manera poder prevenir una gran cantidad de padecimientos que incluso en años anteriores eran considerados como mortales.

□ Profesor del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Fernández Ortega Miguel A. miguelaf@servidor.unam.mx

Aten Fam 2008;15(5):109.

BorderlineHerrera Ortega María del C.[□]**Ficha de identificación**

Nombre de la familia: R.F.

Fecha de inicio del estudio: enero de 2007

Fecha de presentación del estudio: octubre de 2007

Número de sesiones con la familia: 15

Religión: católica

Integrantes de la familia

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. civil
Miguel	50	Padrastro	Secundaria	Cocinero	Casado
Luz María	50	Madre	Secundaria	Asistente médica	Casada
Oscar	30	Hijo	Enfermería	Estudiante	Unión libre
Miguel Ángel	23	Hijo	Estudiante	Ingeniería	Soltero
Daniel	21	Hijo	Medicina	Estudiante	Soltero

Motivo de consulta

La inestabilidad emocional de Oscar y la facilidad con que establece nuevas relaciones de pareja, en cuanto tiene problemas con la pareja con la que vive en ese momento. Además de embarazar a cada una de ellas.^a

Justificación del estudio de salud familiar

Se decidió realizar este estudio por la problemática que presenta Oscar en la dinámica familiar, ya que debido a la inestabilidad emocional comete constantes actos fallidos que le complican la vida, tanto a él como a su familia. Acostumbra establecer nuevas relaciones de pareja en cuanto tiene problemas con la pareja con la que vive. A sus 30 años ya ha tenido cuatro parejas con las que ha vivido en unión libre y con las cuales ha tenido hijas. Además ha tenido dos novias entre la relación con Alcida y Diana, una de ellas madre soltera y la otra casada. Su pareja actual está embarazada.^b

Por otro lado ha sido alcohólico desde los 17 hasta los 28 años. Actualmente no toma ya que ha ido a jurar (como católico ha realizado una promesa ante Dios de no beber alcohol) en dos ocasiones, también ha consumido drogas, esto ha sido por corto tiempo. Luz María es la madre de Oscar, ella ha sufrido las consecuencias del comportamiento de su hijo y ha luchado por alejarlo de las drogas. Actualmente Oscar está trabajando en una institución de seguridad social y ha sido becado para realizar la carrera de enfermería en el Instituto, sus hermanos lo apoyan para que estudie.^c

Antecedentes familiares de importancia: biológicos, psicológicos y sociales

Heredofamiliares. Por parte de la familia de Luz María: padre fallecido por enfermedad vascular cerebral secundaria a hipertensión arterial, fue alcohólico. Madre con *Diabetes mellitus* en control. Tres hermanos alcohólicos desde su juventud y nunca han buscado ayuda profesional ni de Doble AA.^{ch} Por parte de la familia de Raúl (su primer esposo): las desconoce.

Defunciones. El papá de Luz María falleció en 1988, este acontecimiento “lastimó” a Oscar^d ya que era la figura paterna.

Enfermedades agudas y crónicas actuales. Miguel padece hipertensión arterial y es hipotiroideo bajo tratamiento médico. Luz María presenta conjuntivitis alérgica también en tratamiento. Oscar es alcohólico y obeso.^e La familia se encuentra involucrada con las enfermedades de los integrantes, especialmente con los problemas de Oscar.^f

Actividades médico preventivas realizadas por la familia. Luz María está al pendiente de las vacunas de sus hijos, que acudan a su revisión dental en forma regular, les lleva condones y han acudido a asesoría en planificación familiar. Por el momento Luz María ya no ha acudido a las asociaciones para ayuda del paciente alcohólico, ya que Oscar “ha jurado no tomar” desde hace dos años. El trabajar en una clínica de primer nivel le ha ayudado para estar al pendiente de las actividades de fomento a la salud para su familia.^g

Historia de la familia. Noviazgo. Luz María conoció a Raúl (su primer esposo, el papá de Oscar) en su colonia, ya que era su vecino y se hicieron novios cuando ella tenía 17 años y Raúl 21,^h decidieron casarse

□ Médica familiar. Adscrita a la UMF 10, IMSS.

Correspondencia:
Herrera Ortega María del C.
nutriacastor@hotmail.com

Aten Fam 2008;15(3):110-113.

por el civil y se independizaron.¹ Luz María menciona que lo que la motivó a casarse fue el estar abrumada con los problemas de su familia, quería alejarse de estos,¹ pero al vivir con Raúl se dio cuenta que la vida en su matrimonio era peor, ya que había maltrato físico y verbal. Luz María vivía con miedo y un día después de que la golpeó fuertemente, decidió abandonar la casa conyugal y refugiarse en la casa de sus padres. Su papá la envió a Tijuana por cuatro meses para esperar a que la situación se calmara, trascurrido ese tiempo, Luz María decidió regresar a la casa de sus papás y empezó a trabajar y nunca supo más de Raúl.^k

Oscar creció en el seno de una familia de alcohólicos, ya que Luz María se separó de Raúl cuando Oscar tenía seis meses de edad y se refugió en la casa de sus padres, por lo que su papá fungió como padre de Oscar, y quería mucho a su nieto; Oscar aprendió los comportamientos y actitudes de su abuelo, como mentir, seducir para lograr sus objetivos y en cierta forma el fomentar la informalidad e irresponsabilidad en sus compromisos, así como el alcoholismo.

Cinco años después de vivir con sus padres conoció a Miguel (su actual esposo) era compañero de la secundaria, fueron amigos durante dos años y después novios, su noviazgo duró dos años. Él le dijo que la quería y que deseaba formar una familia con ella, Miguel habló con los papás de Luz María y vivieron en unión libre durante diez años, posteriormente se casaron por la iglesia y siete años después por lo civil.¹

Menciona que Miguel es un buen hombre que la quiere y respeta, es trabajador y responsable de su familia, no acostumbra tomar alcohol, sólo en eventos sociales y lo hace con moderación, no fuma, es un buen ejemplo para sus hijos. Luz María refiere que al principio Miguel tomaba alcohol con moderación y que él mismo le dijo que ya no lo haría ya que era un mal ejemplo para sus hijos, y lo ha cumplido. Cuando Luz María se casó con Miguel, dejó a su hijo a cargo de sus papás, ya que su papá le dijo que era mejor para Oscar quedarse a vivir con ellos y así fue hasta los 12 años, cuando Oscar entró a la secundaria (ya había fallecido el papá de Luz María).^m

Oscar desde pequeño fue muy travieso y precoz en la esfera sexual,¹ fue “noviero”

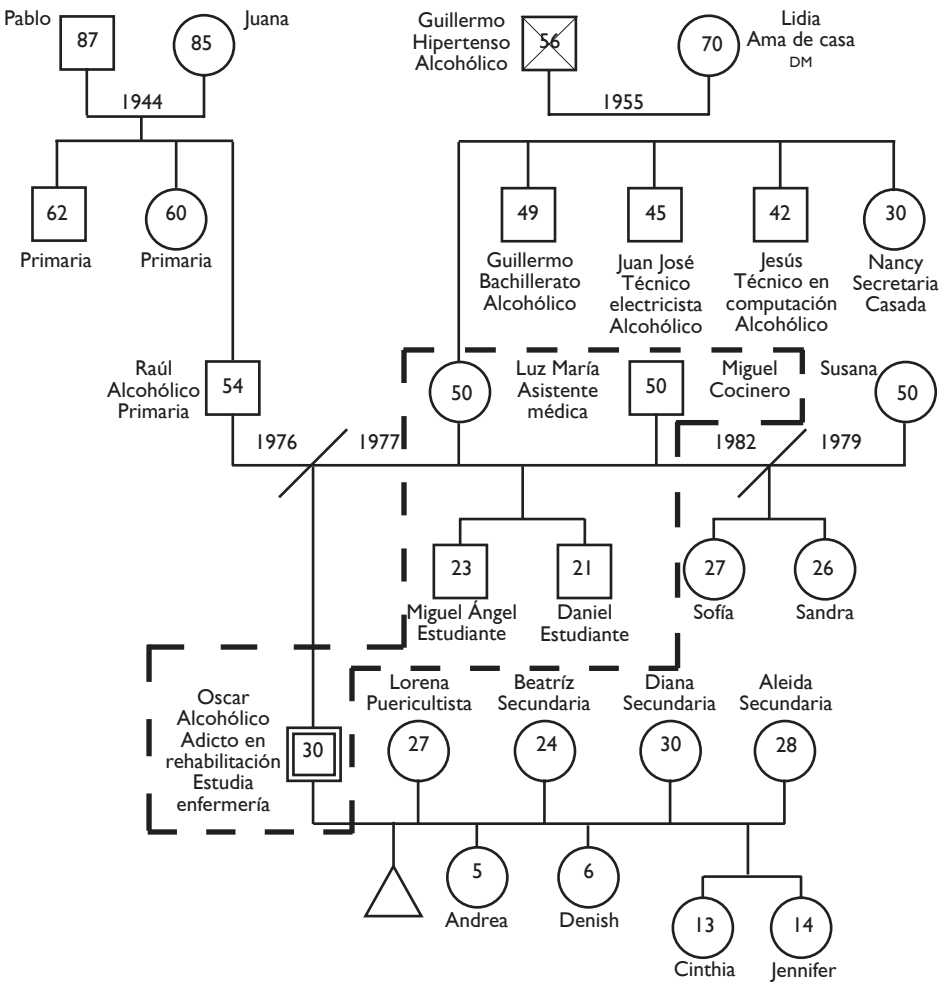
desde pequeño. Tuvo su primera relación de parejaⁿ a los 14 años y su novia Aleida tenía 13, su primera hija nació cuando él tenía 16.^o Así fue como empezaron los problemas con Oscar, con una relación conflictiva debido a la edad de ambos. Vivieron juntos dos años y tuvieron dos hijas.

Oscar empezó a consumir alcohol a los 17 años^p y a ser agresivo, por lo que los papás de Aleida decidieron separarlos, Oscar intensificó su alcoholismo y se inició en el consumo de otras drogas. Tuvo otras dos relaciones de noviazgo, la primera con una muchacha, madre soltera y la segunda con una mujer casada y de mayor edad que él.^q Después conoció a Diana^r de la misma edad que él, vivieron juntos y tuvieron a su hija Denish, se separaron y conoció a Beatriz, seis años más joven, también vivieron juntos y tuvieron a su hija Andrea, se separaron y conoció a Lorena quien trabajaba en la guardería donde llevaban a su hija Andrea y ahora vive con ella y están en espera de un bebé.

Oscar ha buscado ayuda en diferentes sitios como: Doble AA, Grupo de Neuróticos Anónimos y Retiro de cuarto y quinto paso, también ha acudido a la iglesia y ha solicitado terapia de apoyo en Psiquiatría.^s Oscar estuvo en psicoterapia por corto tiempo en el año 2002 y la abandonó. Cuando Oscar tenía 23 años le pidió a su mamá que lo anexara a una granja de retiro durante tres meses para su recuperación,^t sólo resistió mes y medio ya que se escapó.¹¹

Luz María ha sufrido mucho desde la adolescencia de Oscar, ya que él solo se complica la vida y se la complica a su familia.^v Durante un tiempo Miguel y Luz María decidieron prohibirle la entrada a la casa ya que consideraron que él era un mal ejemplo para sus hermanos menores,^w Miguel Ángel y Daniel. Ahora tiene 30 años y no toma alcohol desde hace dos, ya que ha jurado no hacerlo. Trabaja en una institución de seguridad social y hace

Estructura Familiar. Genograma



un año le dieron una casa por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y la está pagando, vive con Lorena y estudia enfermería a través de una beca que ganó en la institución.

Desde hace unos meses Oscar entra nuevamente a la casa de Luz María. Sus hermanos lo asesoran en sus estudios. Luz María le ha propuesto que le realicen la vasectomía pero Oscar no lo acepta.^x

Crisis familiares.^y Matrimonio. Luz María y Miguel vivieron en unión libre 10 años, después se casaron por la iglesia y siete años después por el civil.^z

Aspiraciones y expectativas. Miguel le pidió a Luz María que vivieran juntos ya que deseaba tener estabilidad de pareja y formar una familia (él era divorciado), y ella correspondió a su petición ya que deseaba lo mismo. Al principio lo dudaba ya que recordaba la primera experiencia de pareja negativa que había vivido. Decidieron vivir juntos y seguir trabajando los dos para poder cubrir todas sus necesidades, una de ellas era construir su casa.^{a*}

Convenios. Solidarizarse en pareja para educar a sus hijos. Miguel ha tenido un convenio no verbal^{b*} para apoyar a Luz María en su relación de madre con Oscar.

Nacimientos. Tuvieron dos hijos, Miguel Ángel de 23 años y Daniel de 21. Luz María decidió que le realizaran la salpingoclasia (OTB).

Cambios de residencia. Al principio vivieron en un cuarto de renta, después rentaron un departamento por un año, posteriormente vivieron con los padres de Luz María, luego rentaron un departamento, después compraron un departamento y ahora viven en casa propia, ésta sigue en construcción. Toda la familia se levanta muy temprano para dirigirse a sus centros de trabajo y escuela, todo está concentrado en el Distrito Federal.

Tipología familiar

- Con base en su conformación es una familia nuclear, reconstruida (ambos tuvieron una relación anterior).^{c*}
- Con base en su desarrollo: tradicional, jefe de familia, esposa e hijos.^{ch*}
- Con base en su integración familiar: integrada, resuelven sus problemas en familia.^{d*}
- Con base en la ocupación del jefe de familia: empleado, recibe un salario quincenal.

- Con base en su demografía: urbana, viven en el Estado de México.

Etapa actual del ciclo de vida familiar. En fase de dispersión ya que Oscar salió de su casa a los 15 años.^{e*}

Ámbito social

Ingreso económico familiar y su distribución. El ingreso mensual es de \$10,000.00^{f*} el cual es distribuido en: alimentos, teléfono, luz, gas, pasajes, diversión, escuela, automóvil y gasolina. La alimentación se lleva 40% y pasajes 24%. El nivel socioeconómico de la familia de acuerdo con el método de Graffar es de un nivel medio bajo por un puntaje de 10. De acuerdo con el Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF) es de 2, sin evidencia de pobreza familiar.

Aspectos laborales. Empleos. Cuando Luz María conoció a Miguel era cantinero y siete años después de vivir juntos entró a trabajar al IMSS, ahora trabaja en el área de Nutrición en un hospital del Seguro Social. Luz María trabaja como asistente médica en una clínica de Medicina Familiar, también en el Instituto. Ella está a punto de jubilarse. No han tenido accidentes de trabajo.^{g*}

Vivienda. Viven en casa particular, cuenta con cuatro recámaras, un estudio, dos baños completos, una cocina, un patio, una cochera y un pequeño jardín.

Alimentación. Aparentemente bien balanceada y suficiente.

Recreación individual y conjunta. Casi no salen, debido a lo lejos que viven llegan tarde a su casa. Cuando sale Miguel del trabajo recoge a Luz María en la clínica y se dirigen a su casa, llegan a las 16:30 hs. aproximadamente y entre los dos hacen el quehacer de la casa y la comida para el día siguiente. Tienen que dormir temprano ya que se despiertan a las 4:00 de la mañana para iniciar sus labores. Los hijos se van al cine, o salen con sus amigos o con sus novias, una vez por semana.

Adicciones. Miguel y Luz María sólo toman alcohol en las reuniones sociales, no fuman.^{h*}

Utilización de servicios de salud y sociales. Utilizan los servicios médicos del IMSS.^{i*}

Participación comunitaria. Miguel y Luz María acaban de tomar un curso de evangelización. También participan en mejoras del ambiente en su comunidad, tal como sembrar árboles para la reforestación, remozar las pañales con "grafitis".

Funciones familiares básicas.^{j*} Socialización.^{k*} Conviven dentro de su hogar, la situación económica no les permite salir frecuentemente ya que Miguel Ángel y Daniel estudian para obtener el grado de licenciatura y Miguel y Luz María aportan los recursos económicos para la construcción de su casa. Una vez al año salen juntos de la ciudad. Oscar ya no participa en estas salidas ya que él vive con Lorena. No refieren tener relaciones con amigos ni reuniones de pareja. Miguel es retraído y hogareño, pero le permite a Luz María salir a algunos eventos. Oscar los visita frecuentemente o acude a la casa para trabajar en la computadora y hacer sus investigaciones por internet.

Cuidado.^{l*} Miguel y Luz María son los proveedores de la casa, juntos están al pendiente de Oscar, Miguel Ángel y Daniel.^{m*}

Afecto. Miguel y Luz María demuestran su afecto al estar al pendiente uno del otro, Miguel le ayuda en la limpieza de la casa y en la preparación de los alimentos.^{n*}

Reproducción. Sólo decidieron tener dos hijos y Oscar como hijo mayor. Luz María determinó practicarse la salpingoclasia cuando nació Daniel.

Estatus. La familia tiene reconocimiento por parte de los vecinos. Es una familia aceptada debido a sus valores morales y buen comportamiento ante la sociedad.^{o*}

Roles.^{p*} Cada uno cumple con su rol, Miguel como jefe de familia, Luz María como madre protectora y los dos como proveedores para su familia. Los muchachos como estudiantes.^{p*}

Crisis familiares actuales.^{q*} Toda la familia identifica los problemas que tiene Oscar y cómo repercuten en ellos, quienes los enfrentan son Miguel y Luz María, sobre todo ella como madre de Oscar. Luz María se encuentra a la expectativa de la problemática de Oscar, tiene clara la inestabilidad emocional de su hijo,^{r*} sabe que no aceptará regresar a psicoterapia ni acudir a Doble AA. Se pregunta cuánto tiempo durará la relación que mantiene con Lorena. Le ha sugerido que se realice la vasectomía, pero Oscar no la acepta. Reconocen también que Oscar no está siendo responsable al tener hijos en cada nueva relación que establece, las compañeras que ha tenido saben de sus otras relaciones y de sus hijas. Luz María lo cataloga como carismático y seductor. A pesar de que ella y su esposo han hablado en múltiples

ocasiones con Oscar, él continúa haciendo caso omiso al respecto, es por esto que Luz María solicita ayuda profesional.^{s*}

Estudio de la interacción familiar.^{t*} En el ámbito social familiar se califica como una familia socialmente integrada por una calificación de 215 puntos. En cuanto a la evaluación del Subsistema conyugal se califica con disfunción moderada 52.5 puntos. El Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF) es de 2, sin evidencia de pobreza familiar. De acuerdo con el método de Graffar la calificación es de 10, que es un nivel medio bajo.

Identificación y jerarquización conjunta de problemas.^{u*} Oscar fácilmente establece nuevas relaciones de pareja en cuanto tiene problemas con la pareja del momento.^{v*} Tiene hijos con cada pareja sin paternidad responsable.^{w*} No acepta la vasectomía.^{x*} Luz María no ha reconocido que necesita psicoterapia para analizar su trayecto de vida, especialmente su papel como madre de Oscar.^{y*}

Factores de riesgo y protección para la salud^{z*}

Miguel es hipertenso y practica carrera los fines de semana. Luz María tiene sobrepeso, no tiene actividad física. Oscar presenta alcoholismo, actos fallidos, obesidad, falta de actividad física. El ejercicio que realizan tanto Miguel Ángel como Daniel es insuficiente.

Plan de manejo integral^{aa*}

Miguel: llevar control de su presión arterial y practicar ejercicio en forma regular. Luz María: diseño de dieta de reducción de peso y practicar caminata diariamente durante 40 minutos. Sensibilizarla para acudir a psicoterapia. Oscar: acudir a Doble AA y a psicoterapia. Miguel Ángel: continuar practicando carrera, y Daniel: agregar otro tipo de deporte además de su ejercicio con pesas.

Evolución, seguimiento e impacto de la interacción del equipo de salud-familia^{ab*}

Miguel se ha organizado para realizar su ejercicio en forma regular. Luz María había iniciado la modificación de sus hábitos de alimentación, reduciendo algunos kilos, pero nuevamente los ha ganado. Ella se muestra esquiva y evita las entrevistas, al parecer no quiere continuar con el estudio, lo demuestra

en su actitud. He percibido cierto sentimiento de culpa al haber dejado la custodia y educación de su hijo a cargo de sus padres, sobre todo por la influencia negativa de su papá para con Oscar. Ella no lo refiere en forma explícita,^{ac*} Oscar sólo ha acudido a dos de las citas a las que se le han convocado. Él menciona que todo va bien, que como ya no toma ni consume ningún otro tipo de droga ya no hay problema. Aún no ha modificado sus hábitos de alimentación. Me dice que no tiene tiempo para acudir a la consulta ya que está muy ocupado con sus estudios.

Pronóstico^{ad*}

Ha sido difícil el trabajo con Oscar ya que no ha acudido a todas las sesiones^{ae*} en que se ha citado.^{af*} Por un lado dice estar preocupado por la manera en que se ha conducido a lo largo de su vida y estar consciente de la irresponsabilidad de tener hijos con cada nueva relación de pareja, y por otro lado, menciona que ya no tiene problemas de alcoholismo, puesto que “ha jurado” ya no tomar ni consumir ningún otro tipo de droga. Menciona que aún no está preparado para regresar a psicoterapia, que no se encuentra lo bastante sensibilizado para comprometerse a un Psicoanálisis^{ag*} y no acepta la vasectomía. Luz María es quien se ha encargado de seguir hablando con él para que recapacite y retome la Psicoterapia.^{ah*} Es importante mencionar que ella no se ha planteado o no ha verbalizado el que asista a Psicoterapia para que trabaje el abandono que hizo de su hijo con sus abuelos y por lo tanto la mala influencia del abuelo con Oscar.^{ai*} Hasta este momento el pronóstico es incierto ya que Oscar no es quien solicitó ayuda profesional, sino quien lo hizo fue su mamá, y al parecer el hecho de recordar su historia de vida^{aj*} la ha cuestionado y asustado, por lo que ahora se repliega y evita continuar con el estudio.

Comentarios^{ak*}

Sabemos que mientras que la persona o personas involucradas en una gran problemática no tomen conciencia de su situación, cualquier intento de ayuda por parte de la familia y el equipo de salud no redundará en beneficio del o los afectados. Intentaré lograr una entrevista más con Luz María para informarle las conclusiones que he obtenido

del estudio de familia e invitarla a que realice su introspección para su posible adición a Psicoterapia.^{al*}

Referencias

1. Huerta JL. La familia en el proceso de salud enfermedad. 1ª ed. Biblioteca de Medicina Familiar. Alfil México, D.F. 2005;10-27.
2. Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. Medicina Familiar Mexicana. 2000.
3. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Guía de Estudio de la Salud Familiar. México, D.F. 2005.
4. Taylor RB. Conceptos centrales en Medicina Familiar. En: Ceitlín J, Gómez GT. Medicina de Familia: la clave de un modelo. Madrid, Sem FVC y CIME. 1997;29-35.
5. Michel A. Sociología de la Familia y del matrimonio. Península. Barcelona. 1974.
6. Goode WJ. La familia como elemento en la estructura social. En: Goode WJ. La familia. UTEHA. México. 1982;12-18.
7. Chagoya BL. Psicoterapia familiar. En: Rivera JL, Vela A, Arana J. Manual de psiquiatría. Karpó. Madrid. 1980;1048-1054.
8. Irigoyen-Coria A, Gómez Clavelina F. Diagnóstico Familiar. Medicina Familiar Mexicana. México. 1995.
9. Geyman J. Faces del ciclo vital de la familia. Citado por Irigoyen CA y cols. En: Diagnóstico familiar. 4ª ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 1994.
10. Taylor Robert B. Medicina Familiar. Principios y Práctica. Doyma. Barcelona. 1991.
11. Jinich H. El paciente y su médico. 1ª ed. JGH. México. 1997.
12. Mc Whinney IR. Medicina de Familia. Mosby/Doyma. Barcelona. 1995.
13. Gómez-Clavelina FJ et al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57.
14. Smilkstein G. The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-1239.
15. Ponce-Rosas R et al. Validez de constructo del índice simplificado de pobreza familiar (ISPF). Arch Med Fam 2002;4(1):6-12.
16. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miya M. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Digital. España. 1995;661-666.

Se invita a nuestros lectores a participar con sus comentarios y análisis relacionados con el estudio de salud familiar publicado en este número.

Estos deberán ser enviados en un periodo no mayor de cuatro semanas ulteriores a esta publicación a: arevalor@servidor.unam.mx Los comentarios y análisis estarán sujetos a revisión y posible publicación como cartas al editor.

Borderline

Membrillo Luna Apolinar[□], Quiroz Pérez José R^{□□}, Hernández Hernández Miguel Á[□]

ATEN FAM 2008;15(5)

^a Dentro de las deficiencias que se pudieran encontrar en un estudio de salud familiar, éste tiene algunas que son singulares, por ejemplo lo que escribe como objetivo de consulta, en realidad es la necesidad que tiene el médico de realizar un estudio de salud familiar, puesto que el paciente no acude a consulta, sino que la madre le refiere al médico un problema y el médico lo convierte en motivo de consulta, naturalmente que el que tenga varias parejas con hijos sí podría justificar un estudio familiar, pero no fue el motivo de consulta.

^b Este sería un punto a analizar en la dinámica familiar, no la justificación del estudio.

^c Tanto este párrafo como el anterior muestra una situación de vida muy dramática en la que se plantea un problema familiar muy importante, sin embargo esta es la visión de la madre del paciente, el cual no vive en el hogar de los padres, por lo tanto aunque la familia de origen de Oscar puede estar sufriendo con la vida de él, éste no solicita ayuda ni la pareja con la que vive. Es muy difícil ayudar a alguien cuando siente que no necesita la ayuda y no la pide, por lo tanto sin la participación de los actores principales de un problema difícilmente se puede hacer algo, y uno parte de una verdad diferente a la de los actores principales del problema. Se refiere que tiene el problema de alcoholismo, aunque dice que actualmente no toma; no menciona si la problemática por el alcoholismo, cualquiera que ésta sea, disminuyó con la abstinencia o siguió igual.

^{ch} Este es un dato relevante para el estudio, pero solo es el efecto, falta analizar la causa del alcoholismo.

^d Al leer este antecedente resulta un tanto dramático, salió lastimado, pero ¿de qué manera? o ¿por qué? Es posible que posteriormente el médico utilice este antecedente para explicar la conducta de Oscar.

^e Falta describir la evolución, seguimiento y manejo de las enfermedades.

^f Es muy importante mencionar hasta dónde llega el involucramiento, ya que el paciente es un adulto que vive independiente, éste ¿es dentro de límites sanos o hay sobre involucramiento? Llama la atención que el médico no se entrevista con el “paciente identificado”, sin embargo hace eco a la preocupación de la madre de Oscar, que trata de solucionar el problema y no se sabe si así lo quiere su hijo, en pocas palabras parece ser una madre muy intrusiva. ¿El médico también está sobreinvolucrado?

^g No concuerda este relato con la historia general que se describe previamente, ya que muestra a una madre muy apegada a la salud de su familia, muy previsor de enfermedades de transmisión sexual y embarazos, etc. Parece una familia perfecta. Pero da la impresión que es una madre que no permite el crecimiento de los hijos, ¿cuál es la responsabilidad sobre la salud de los hijos y el Sr. Miguel?

^h No menciona cuánto tiempo duró el noviazgo y cuáles fueron las expectativas de éste.

ⁱ Sería muy interesante conocer la razón por la que se casaron para

comprender la facilidad con que se separaron y no se buscaron.

^j No menciona cuáles fueron los problemas que la hicieron huir del hogar paterno, que le produjeron tomar una decisión inadecuada en la elección de pareja.

^k No menciona si se divorció o no ni cuánto tiempo estuvo casada, esta conducta de huir como alternativa de sobrevivencia es buena; pero el no enfrentar los problemas, el no deshacer el vínculo matrimonial es una manera poco productiva de resolver los conflictos.

^l Si ella no estaba divorciada cuando se casa nuevamente, su matrimonio es nulo y está cometiendo bigamia.

^m Para entender un poco más el origen de la problemática de Oscar, sería muy importante saber como llegó a tomar la decisión de dejar a su hijo y no integrarlo a su nueva familia, ¿sería por inmadurez de Luz María?, ¿no tuvo la fortaleza para enfrentarse a su padre?, ¿su nueva pareja aceptaba a su hijo?, ¿alguna vez Oscar ha manifestado cómo vivió el abandono de su madre?, surge otra pregunta ¿esta necesidad tan grande de ayudar a su hijo la origina un sentimiento de culpa por abandono?

ⁿ Los comportamientos sexuales, así como el grupo cultural al que pertenezcan los individuos son los que determinan la precocidad o lo “normal o anormal”, sería muy importante saber si el calificativo lo hace la mamá del paciente o lo hace la propia médica, y por qué se hace.

^ñ Es importante saber cómo fue la relación de noviazgo, qué tipo de enamoramiento existió y cuál era la interacción como pareja.

^o Para tener una mejor apreciación del caso es importante saber si sus hijas fueron deseadas o no, y cómo fueron recibidas.

^p Habría que distinguir si la violencia era secundaria al alcohol, o era una violencia inherente a Oscar, ya que su manejo es diferente.

^q Nuevamente la información es insuficiente, pues era importante saber cuál fue

□ Profesor de asignatura “A” TC, □□ Coordinador de evaluación, Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente.

Correspondencia: Quiroz Pérez José R. joserubenquiroz@usa.net

Aten Fam 2008;15(5):114-116.

- la idea de Oscar al realizar este tipo de noviazgo, si fue por obtener una ganancia secundaria o si existió algún incentivo para realizar estas uniones.
- ^r Nos sorprende ¿cuáles fueron los motivos que lo orillaron a vivir con Diana y bajo que expectativas?
- ^s Un dato muy valioso es saber ¿quién lo orientó para buscar este tipo de ayuda? y cuál es el papel de la mamá en este punto, es importante porque si fue iniciativa de Oscar habla de una fortaleza interna que le hace buscar ayuda para mejorar y sentirse bien.
- ^t Tal parece que la madre era la que intervenía en la atención del hijo, que puede aparecer como una buena acción de cuidado a un hijo con necesidades especiales, sin embargo en ese entonces ¿con quién vivía el paciente? ¿si vivía con su pareja cómo participaba ella? ¿Es la madre apoyadora o intrusiva?
- ^u Con toda la sintomatología y signos que se refieren en los tres últimos párrafos, y tomando en cuenta los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad Borderline, según el DSMIV, se puede pensar que el paciente probablemente tenga este trastorno, ya que para hacer el diagnóstico se requiere presentar cinco de las siguientes manifestaciones: 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracciones de comida). 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (ejemplo: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales. En las historias de la infancia de los sujetos con trastorno límite de la personalidad son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental.
- ^v Es esperado el sufrimiento ante una conducta “anormal” de los hijos, sin embargo había conductas aunque menos intensas de ese tipo que tenía Oscar en la casa de su abuelo y no le hacían sufrir tanto a Luz María. La conducta de Oscar era mucho más aversiva cuando vivía con Luz María y Miguel de tal manera que nuevamente lo expulsan de la familia nuclear.
- ^w Como no fue interrogado el paciente identificado no sabemos cómo fue tomado esto por él, y tampoco cuál fue su respuesta.
- ^x Por lo relatado en estos dos últimos párrafos, tal parece que Oscar ha modificado su conducta (quizá por eso ya fue aceptado nuevamente en casa de su madre), que está en período de recuperación, sin embargo, no se entiende porqué la madre desea que se haga la vasectomía, ¿la madre de un adulto tiene el derecho de hacer esa solicitud?, ¿qué la motiva?, ¿es como infringir un castigo?
- ^y No menciona cómo están clasificadas las crisis y bajo que modelo lo hace. Describe el inicio de formación de la familia, sin embargo ya no continúa describiendo los valores, reglas, satisfacción y cumplimiento de las expectativas individuales, de pareja y de grupo en las siguientes etapas del ciclo de vida familiar.
- ^z Sería muy interesante conocer cuáles son los datos que le hacen marcar como crisis cada una de estas etapas.
- ^{aa*} Nuevamente se presenta la confusión, ya que las crisis que se relatan son de la familia de Luz María y no de la familia con la que vivía Oscar, tomando en cuenta que Oscar ha vivido poco tiempo en el hogar de Luz María.
- ^{bb*} ¿Cómo llegaron a tal acuerdo?
- ^{cc*} Independientemente de cuál es la familia a la que se refiere tanto la de Luz María como la de Oscar son familias reconstruidas.
- ^{ch*} Es moderna porque ambos trabajan en ambas familias.
- ^{di*} Cabe la siguiente pregunta: ¿cumplen con sus funciones?
- ^{ee*} Nuevamente existe confusión, si bien es cierto que Oscar es corrido de su casa a los 15 años hay que tomar en cuenta que el llegó a los 12 años, ya que no fue llevado a vivir con su madre ante un segundo matrimonio, existe la duda si Oscar ha pertenecido a la familia de Luz María y Miguel. Por lo tanto no se especifica de que familia está hablando.
- ^{ff*} No menciona quiénes aportan a este gran total y cuánto aportan cada uno.
- ^{gg*} No se hace referencia a la historia laboral de Oscar y dado que es el paciente identificado y adulto, el conocer ésta nos daría una visión mejor de cómo se ha comportado en obtener el sustento para su vida, por lo poco referido parece que está en trabajo estable y en proceso de superación.
- ^{hh*} Faltó describir cada cuándo y si llegan a la embriaguez.
- ^{ii*} Falta describir la accesibilidad hacia ellos, no describe la existencia y uso de otros servicios sociales (y de seguridad social); centros sociales, religiosos deportivos, culturales, etcétera.
- ^{jj*} Están descritos en la familia que no toma parte del estudio, ya que no esta bien delimitada cuál fue la que se estudió, ya que Oscar no vive con ellos en forma permanente.
- ^{kk*} Aquí importa describir si se cumplió esta función o no (hacer individuos funcionales y productivos en una sociedad), por lo que describe pareciera que socializar es tener “vida de sociedad” fiestas, convivios, reuniones, etcétera.
- ^{ll*} El cuidado va más allá que proveer.
- ^{mm*} Con Oscar no, por muchos años fue excluido de esta familia.
- ^{nn*} Esto es cuidado.
- ^{oo*} ¿Esa sociedad, conoce del rechazo de esta familia hacia Oscar?
- ^{pp*} Este es un apartado del estudio de la interacción familiar, no de las funciones, ya que el rol no es función.

- ^{p*} Miguel tiene hacia Oscar un rol de padrastro ausente, Luz María aparenta ser madre sobre protectora, controladora e intrusiva, y por último Oscar el hijo adicto, con rol idiosincrásico del malo.
- ^{q*} No las clasifica en crisis normativas y no normativas
- ^{r*} Se menciona la inestabilidad de Oscar, pero no se mencionan los fundamentos clínicos para llegar a dicho diagnóstico, tal parece que la médica fue absorbida por el sistema y adquiere la visión que tiene la familia del paciente y no logra hacer diagnósticos bien fundamentados.
- ^{s*} Lo que redacta la médica en este párrafo son las inquietudes, preocupaciones, mortificaciones, deseos, etc, de la madre del paciente, pero no hace una valoración médica del problema, sobre todo porque ella también excluye a Oscar y lo considera como todo el problema de la familia, al igual que los demás, quizá no se dio cuenta que tuvo una conducta muy parcial hacia el paciente identificado.
- ^{t*} Aplica varios instrumentos sin señalar a que familia se les aplicó, presenta resultados, sin hacer una interpretación y presentación de conclusiones.
- ^{u*} No hay una verdadera jerarquización de muchos problemas que existen, no concluye con todo lo investigado, no hay un involucramiento de la familia, el médico familiar y el equipo de atención a la salud para dar orden de importancia a los problemas identificados e iniciar una atención integral.
- ^{v*} Esta afirmación fue dada ¿por el paciente, por la madre? o bien parece ser que es un juicio de valor del médico, ya que no menciona datos con los cuales se pudiera hacer este diagnóstico.
- ^{w*} Nuevamente parece un juicio de valor sin fundamento teórico, ya que no menciona datos para llegar a esa conclusión, de la poca información manifestada de ese rubro, solamente se tiene que Oscar llevaba a su hija a la guardería, no menciona otras acciones de paternidad.
- ^{x*} Aparentemente no hay datos que apoyen la indicación de vasectomía. ¿será que la médica se alía con la madre para castigar al paciente? ¿Será que la médica se refleja en la paciente y por eso intenta hacer un estudio de familia a una persona nunca entrevistada, en lugar de estudiar a Luz María por algún síntoma?
- ^{y*} Hay que recordar que Luz María proviene de una familia alcohólica, cuyos integrantes tienden a ser negadores igual que el alcohólico.
- ^{z*} No toma en cuenta antecedentes familiares, la historia de la familia ni la aplicación de los cuestionarios para el estudio de la interacción familiar, tampoco los sociales, sólo toma en cuenta los factores de riesgo biológicos.
- ^{a**} Sin diagnósticos precisos es complicado establecer un buen plan de manejo. Con la familia de origen de Luz María se puede establecer el diagnóstico de familia alcohólica, con Oscar de enfermedad fronteriza – Borderline, por lo que es necesario la evaluación y confirmación por parte de Psiquiatría. Parece existir una disfunción conyugal que finalmente no se diagnostica. Está enfocado a problemas biológicos solamente.
- ^{b**} Solamente está enfocado a problemas biológicos.
- ^{c**} La conducta mostrada por Luz María manifestada en este párrafo resulta muy interesante, ya que podría interpretarse como un rechazo hacia algo que no le resolvió su problema, o que se encuentra enojada con el médico por haberle hecho sentir algo que no quería sentir ni darse cuenta. Es probable que Oscar no se haya identificado con la médica, y que tenga muchas reservas por el nexo con la madre, la conducta parece que dice “no necesito ayuda, yo estoy bien”.
- ^{ch**} Es muy difícil hacer un pronóstico, si no hay un diagnóstico de la salud familiar, el plan de manejo y el seguimiento son muy inespecíficos. No concluye con un pronóstico familiar, valdría la pena incluso señalar un pronóstico de pareja e individual.
- ^{d**} No menciona qué tipo de sesiones se le propusieron.
- ^{e**} Es muy difícil trabajar con un paciente que no nos ha dado su confianza, con este tipo de pacientes la dificultad aumenta, ya que podría ser negador como los alcohólicos, o aceptar lo que el médico quiere que le digan con tal de que no sea presionado a hacer algo que no quiere. Es probable que no se haya sembrado la duda de la visión que tienen los integrantes de esta familia sobre su vida; y es muy difícil, ya que existe desorden; de hecho la médica se confundió y no supo a
- quién estaba estudiando y por qué. Da la impresión de que Luz María buscaba aliados para poder controlar a su hijo y al no poder conseguir su objetivo cortó con la relación médico – paciente.
- ^{f**} Es accesible para el paciente un psicoanálisis, y habría que ver qué tipo de psicoanálisis se le propondría.
- ^{g**} Tal parece que es importante para la familia este papel de madre abnegada que asume Luz María para salvar a su hijo del “mal”.
- ^{h**} Si para esta mujer es muy doloroso ese episodio de su vida, y aún no tiene la fortaleza para poder manejarlo, no es necesario que lo haga en este momento, todo tiene sus tiempos y sus modos, y no tiene que afrontar algo que no puede manejar porque un médico le hizo un diagnóstico y le prescribe resolver ese problema.
- ^{i**} Es probable que este sea el aspecto más importante del estudio de Oscar y el cual no se toca en todo el estudio.
- ^{j**} El estudio se puede dividir en dos apartados: el primero relacionado con la vida de Oscar con sus abuelos y posteriormente vivir sólo con sus parejas, en lo cual no se hizo énfasis. En la segunda parte se dan datos incompletos de la familia de Luz María y su esposo, sin mencionar interrelación de sus hijos con Oscar y con la propia familia que se menciona, por lo que el estudio parece estar mal enfocado y deficientemente estudiado, ya que es un caso interesante para confirmar o descartar el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, o es un caso de rebeldía al tipo de vida de Oscar, lo que incluye el abandono de la madre, lo cual se puede relacionar con la forma de abandono que tiene con sus propias hijas e hijos en sus relaciones con diferentes parejas. Finalmente no hay un diagnóstico de salud familiar que permita evaluar lo que sucede con la familia, se utilizan instrumentos sin una indicación específica, hubiera dado más resultado utilizar la clasificación triaxial de la familia y no el APGAR y el FACES III. No se aborda el tipo de relación, comunicación, límites que tienen Luz María y Oscar.
- ^{k**} Sería dudoso el beneficio de dar una conclusión por dos razones, la primera no hay un buen diagnóstico y la segunda el paciente se replegó y ya no quiere continuar con la interacción médica.

Guía de entrevista para el Abordaje familiar y Estudio de salud familiar II Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar

Fernández Ortega Miguel A,[□] De Los Santos Resendiz Homero,^{□□} Arellano López Jorge,^{□□□} Quiroz Pérez José R,^{□□□□}
Hernández Torres Isaías,^{□□□□□} Membrillo Luna Apolinar^{□□□□□□}

Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de entrevista para el Abordaje familiar

Aguilar Cruz L, Avalos Carranza María T, Boschetti Fertanes Bertha, González Dzib Roxana del S, González Salinas Consuelo, Hernández Orozco Martha L, Juárez Zavala Rafael A, Loera Romo Gloria, López Armenta Alma L, López Cerón Virgen P, López Montoya Marco A, Márquez Huizar Rosa, Martínez Rentarías Carlos A, Méndez López Jafet F, Monroy Caballero Catalina, Morales Hernández Guillermo P, Ocampo Barrio Patricia, Ramírez López Miguel Á, Reyes Ruiz María E, Rosas Domínguez María de los Á, Sánchez Torres Genaro, Vargas León Concepción, Vela Otero Yolanda, Velázquez Valassi Beatriz.

Grupo de trabajo para la elaboración del Estudio de salud familiar

A Lugarell Godínez Carlos, Alteri Martínez Juan C, Alvarez Medina Verónica, Arena Chávez Moisés A, Arizmendi López Gisela A, Avila Ramírez Rosa del C, Caballero Campos Jorge L, Caballero Cervantes Ana O, Campos León Saúl, Carranza Bucio Octavio, Castellanos Sandoval Ricardo, Castillo Enríquez Serapio M, Castro Ramírez Alicia, Cetz Mugarte Deisy T, Colín García María de los Á, Corona Hernández Martha B, Cuellar Valle Alfredo B, Chávez Arana Luz E, Chulines Valencia Teresa C, Díaz Antunez Esteban, Fernández Zamora Ana R, Flores Carreto Adriana, Fong Jaramillo María G, Gama Valdez Lucía, Ganan Parra Jessica, García Aguilera Minerva, García Rodríguez Manuel, González Ortega Eduardo, González Salinas Consuelo, Guzmán Pantoja Jaime, Ham Zúñiga Adolfo, Hernández Benítez Catalina T, Hernández Domínguez Juan, Hernández Hernández Miguel Á, Landázuri Amores Azeneht, León Vázquez María de la L, Luna Ruiz Miguel Á, Manríquez Martínez Adolfo, Martínez Rentería Carlos A, Martínez Torres Gloria, Mendiola Zamora José L, Mendoza Saavedra María P, Meneses Garduño Jorge, Mesina Suárez Alejandra, Montes Campos Ana M, Mora Contreras María del P R, Morales Sotelo Laura, Moreno Alcocer Hilda, Moreno Gutiérrez Ignacio, Morúa Ramírez Juan C, Muñoz Cortés Gerardo, Murillo Aguirre María G, Orrantía Durán Brenda B, Pérez Macedo Irma, Preciado Hilda G, Ramírez Bautista Leticia, Rentería Ortiz María de los Á, Rivera Cuevas Rosalía, Rivera Hernández Bertha A, Rivera Ruiz María L, Robles Ramírez Antonio B, Rodríguez López José L, Rodríguez Ramírez Ernesto, Sagahón Sandoval Agustín, Saiz Calderón Gómez Manuel, Salazar Cruz Jovita, Sánchez Hernández Norma A, Sánchez Reyes Alejandro, Santos Flores Samuel, Serrano Salgado Mónica K, Solís González Augusto R, Tapia Chávez Martha, Torres Sánchez Luz M, Trejo Ruiz Susana, Valle Camacho Lidia C A, Valles Ramírez Elías A.

Durante los días 1 y 2 de mayo de 2008, se llevó a cabo la II Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar con dos grupos de trabajo: el primero para la elaboración de un instrumento de “Tamizaje Familiar” y el segundo para la revisión y en su caso modificación del Estudio de salud familiar. Dicha reunión fue organizada por el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, el Departamento de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y con la participación de autoridades académicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSPDF). Así mismo, participaron profesores titulares y adjuntos de los programas de Especialización en Medicina Familiar de todo el país.

Fueron seleccionados 45 médicos familiares profesores del programa de especialización en Medicina Familiar que se desarrolla en casi toda la República Mexicana, así mismo, un alto porcentaje de estos tienen formación como terapeutas familiares egresados de diferentes escuelas, y por ende, con diferentes enfoques terapéuticos, lo que permitió una mayor riqueza de

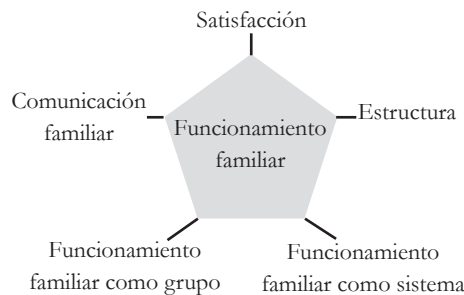
conocimientos y aristas de discusión sobre el tema a tratar: desarrollo de un instrumento de “Tamizaje familiar”.

El objetivo de este instrumento es crear una guía de entrevista breve para el médico familiar, con preguntas detonantes, que de forma sencilla y rápida permitieran detectar la manera en que funciona la familia de cualquier paciente. Se establecieron cinco grandes áreas: satisfacción, estructura, funcionamiento familiar como sistema, funcionamiento familiar como grupo y comunicación.

Durante las discusiones sobre familias, objeto de este instrumento, se presentó una gran polémica y no se logró un acuerdo que permitiera definir de manera precisa el tipo de paciente y/o familia blanco del instrumento; tampoco se logró un acuerdo relacionado con que un instrumento tan breve permitiera detectar de manera confiable disfunciones familiares, además de los posibles riesgos que conlleva el realizar entrevistas dirigidas a indagar aspectos tan sensibles y a la vez vulnerables en los pacientes como las relaciones familiares, ya que si la formación del médico familiar no es la adecuada se podría poner en riesgo la estabilidad emocional y familiar del paciente a través de una entrevista iatrogénica, ya que los valores del médico podrían dañar al paciente más que ayudarlo.

Por lo anterior, el grupo acordó que no podría desarrollar el citado instrumento de “Tamizaje familiar” y al redefinir el objetivo se acordó como Guía de Entrevista para el Abordaje Familiar.

Figura 1. Pentágono del Funcionamiento Familiar



□ Presidente del Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. □□ Presidente del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. □□□ Jefe del Área de Educación Continua y Capacitación, IMSS. □□□□ Coordinador de Evaluación, □□□□□ Coordinador de Docencia, □□□□□□ Profesor de asignatura “A”, Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente.

Correspondencia: Fernández Ortega Miguel A. miguelaf@servidor.unam.mx

Aten Fam 2008;15(5):117-121.

Guía de entrevista para el Abordaje Familiar

Objetivo: proporcionar una guía de entrevista para el médico familiar, con preguntas que de manera sencilla y rápida puedan orientar al médico sobre los siguientes componentes del funcionamiento familiar: Satisfacción, Estructura, Funcionamiento Familiar como Sistema y Funcionamiento Familiar como Grupo. Se omite la comunicación porque ésta debe ser observada.

¿A quién será aplicado? Se sugiere este abordaje en los casos de interés que ya han sido considerados por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, como los hiper-frecuentadores, portadores de enfermedades crónicas degenerativas o terminales, violencia intrafamiliar, adicciones, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, cuando exista una autopercepción de insatisfacción entre salud-enfermedad vs individuo y/o la familia, cuando las familias se encuentren en riesgo de pobreza extrema, aislada, estructuralmente desvinculada, etc. Sin embargo, a todas las familias se les puede aplicar; el médico familiar está en la posibilidad de aplicarlo en quien considere necesario, esto dependerá de sus recursos personales, institucionales y de tiempo.

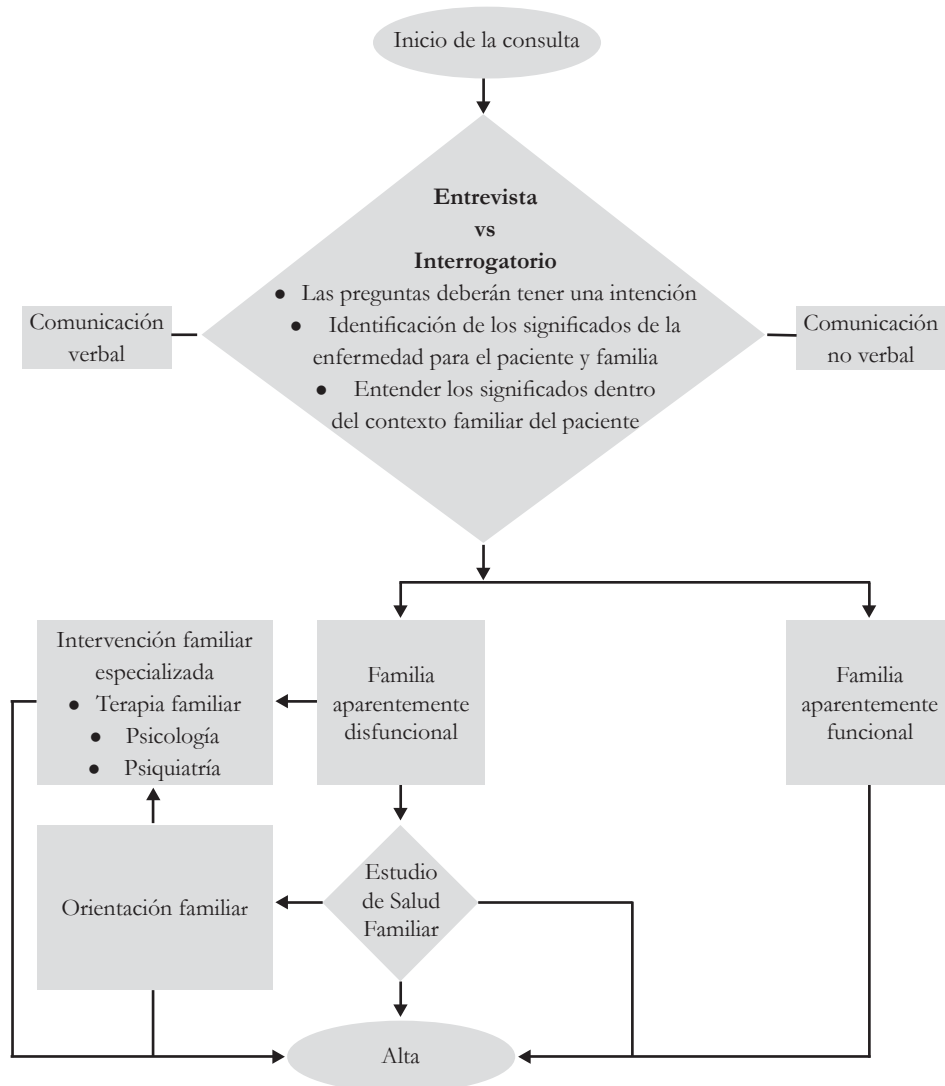
Se sugiere utilizar el esquema de Abordaje Familiar (Fig. 2).

El proceso siempre tendrá como entrada al paciente que demanda un servicio de atención médica, en el que el médico familiar será responsable de abordar la consulta haciendo una clara diferenciación entre entrevista e interrogatorio, por lo que se precisa obtener información para definir si requiere o no una posible intervención; por ello se recomienda abordar los aspectos familiares a manera de entrevista, y considerar los siguientes aspectos:

- Las preguntas que realice deben contener una intención precisa y que además nos muestre el significado que tiene para el paciente la enfermedad y la relación de ésta con la familia.
- Es necesario que el médico tenga clara su posición científico-filosófica para poder comprender los significados del paciente dentro de su propio contexto, y definir el tipo de intervención requerida, ya sea con orientación o envío a atención especializada.

El médico familiar cuenta con una cualidad personal muy valiosa -para la mejor aplicación de la guía de entrevista- la observación, la cual le permite ver la actitud del paciente o familia,

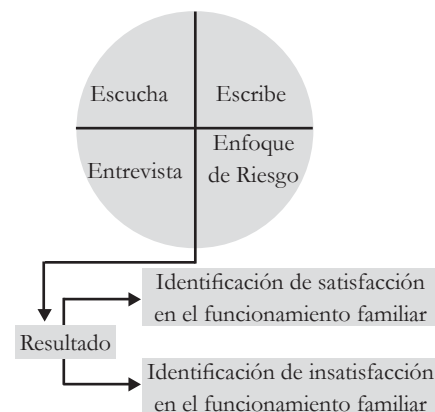
Figura 2. Diagrama de flujo del Abordaje Familiar



su lenguaje corporal y verbal, para dirigir su entrevista de acuerdo con el comportamiento del paciente e identificar si el funcionamiento general de la familia es o no adecuado, en cuanto a las cinco dimensiones enunciadas para evaluar el funcionamiento de la familia. Se recomienda que como método nemotécnico los médicos familiares hagan uso de las cuatro "E": la primera es Escucha, ésta debe ser activa y reflexiva, pero con todos los sentidos lo que incluye la percepción. La segunda es la de Escribe, que es hacer una descripción lo más completa posible de lo que se escucha, se observa, se siente y se percibe. Es necesario que el médico familiar haga otro tipo de entrevista diferente a la que ha venido realizando, por lo tanto la tercera es Entrevista la cual debe ser con una intención específica, ya sea para obtener

información o para hacer una intervención. Y la última es algo inherente al trabajo del médico familiar que es el Enfoque de Riesgo.

Figura 3. Las cuatro "E" en la entrevista familiar



Las preguntas que haga el médico familiar deberán estar encaminadas a obtener información sobre aspectos de relación que nos den idea del contexto, estructura, roles, coaliciones, alianzas, elementos de la dinámica familiar enfocados básicamente hacia las expectativas y funciones de la familia. Dentro de los aspectos relacionales hay que identificar sus elementos entre la enfermedad, el paciente y su familia, y el vínculo del médico con el paciente, con sus sistemas de creencias y valores. Se deben evitar las preguntas iatrogénicas y no aplicar los propios prejuicios. Los pies de pregunta concernientes a la relación serían: ¿Qué ocurre con _____ mientras? Para las

de contexto ¿Qué ocurre durante _____? Pregunta de estructura ¿Qué hace _____ que _____ y cómo? Para la dinámica ¿Qué es lo que espera de _____? Y para funciones ¿Quién cuida _____? Las siguientes preguntas se deben de hacer dentro del cuerpo de la entrevista: ¿Qué le hizo venir?, ¿con quién cuenta para solucionar el problema? y ¿qué tendría que cambiar para saber que mejora el problema?

A continuación se presentan distribuidas de manera esquemática las preguntas que puede hacer el médico familiar de acuerdo con cuatro grandes dimensiones del funcionamiento familiar: Satisfacción, Estructura, Sistema, Grupo.

En el caso de que la familia resulte con sospecha de algún tipo de disfunción familiar el médico familiar deberá determinar si debe profundizar en el estudio del paciente a través del Estudio de salud familiar, o por la gravedad del caso, si requiere canalizar al paciente directamente para una intervención especializada (terapeuta familiar, psicólogo o psiquiatra).

En general, los diferentes niveles de intervención, tanto el de orientación, consejería o terapia especializada tienen por objeto incorporar o reincorporar al paciente y su familia a una vida armónica, estable y funcional.

Dimensión/Área	Personal	Pareja	Padre	Hijo	Hermano
Satisfacción	¿Qué ha sucedido con su vida a partir del diagnóstico de esta enfermedad? ¿Platíqueme cómo estas molestias afectan su vida?	¿Cómo ha intervenido su enfermedad en la relación con su pareja? ¿Cuál es el apoyo que recibe de su pareja?	¿Cómo ha intervenido su enfermedad en la relación con sus hijos? ¿Qué tan importante es Usted para sus hijos? ¿Se siente complacido con el apoyo que le brindan sus hijos?	¿Cómo ha intervenido su enfermedad en su relación con sus padres? ¿Se siente complacido con el apoyo que le brindan sus padres?	¿Cómo ha intervenido su enfermedad en su relación con sus hermanos? ¿Se siente complacido con el apoyo que le brindan sus hermanos?
Dimensión/Área	Límites	Jerarquía	Poder	Roles	Alianzas/triangulaciones
Estructura	¿Cuáles son las actividades de su vida diaria que se han visto afectadas por su enfermedad? ¿Cuáles son las actividades de autosuficiencia que se han visto afectadas por su enfermedad?	¿Quién es el miembro de su familia a quien Usted consulta o comenta un problema? ¿Que miembro de su familia es quien tiene mayor experiencia o sabiduría de la vida?	¿A partir del diagnóstico de su enfermedad quien es el miembro de su familia que toma las decisiones? ¿Antes de su enfermedad cómo se tomaban las decisiones en su familia?	¿Las molestias que le ocasiona su enfermedad cómo han venido a modificar sus tareas dentro de su familia?	¿Platíqueme que apoyo recibe de su familia cuando sus molestias se agudizan o prolongan? ¿Señáleme si alguien de su familia no le da apoyo o incluso le recrimina sus molestias?
Dimensión/Área	Finalidad	Totalidad Organización	Interacción dinámica	Retroalimentación Homeostasis-Morfogénesis	Entropía
Sistema	¿Qué expectativas tiene respecto a su pareja? ¿Qué expectativas tiene respecto a su hijos?	¿Cómo es que las molestias y cambios originados por su enfermedad han modificado sus metas en la vida? ¿Al pensar en el futuro qué es lo que más le preocupa de su enfermedad? ¿Cuáles han sido los cambios que su enfermedad ha traído a su familia? ¿Platíqueme qué miembro de su familia es quien toma generalmente las decisiones?	¿A partir del diagnóstico de su enfermedad han surgidos otros problemas en su familia? ¿Habla con su familia sobre los temores y miedos que su enfermedad ha generado en cada uno de ellos?	¿Cuénteme, ha buscado ayuda en otros sitios para resolver sus molestias? ¿Cuál ha sido el apoyo que ha pedido o recibido de familiares y amigos?	¿Considera que su enfermedad ha sido un desgaste para su familia, o por el contrario ha venido a unirla? ¿Por qué tiene esta idea?
Dimensión/Área	Roles	Clima social	Cohesión	Resistencia al cambio	Liderazgo
Grupo	¿Cuáles son las tareas y funciones del hogar que ha tenido que abandonar a partir de su enfermedad?	¿Explíqueme cómo se siente el ambiente en su familia?	¿En su familia qué es lo que los hace seguir juntos? ¿De que están orgullosos los miembros de su familia? ¿Cómo manifiestan en su familia que están contentos de pertenecer a ella?	¿Qué hace su familia cuando alguno de ustedes lleva una idea nueva sobre el comportamiento familiar, o cómo se deben educar a los hijos?	¿Quién es el que convence a los demás para que hagan las cosas? ¿Cómo es la autoridad en su familia?

Esta propuesta de Abordaje Familiar es un gran esfuerzo de consenso académico, basado en la experiencia clínica y cognitiva de diferentes corrientes de estudio médico familiar, proporcionada por los profesores titulares y adjuntos de nuestros programas de especialización en Medicina Familiar del país.

Esperamos que pueda servir para orientar el trabajo clínico de nuestros médicos familiares y residentes en la forma de realizar de manera cotidiana la consulta médico familiar.

Recordemos que es la forma de hacer Medicina lo que nos diferencia de otros especialistas, incluso de los médicos generales.

Glosario o definiciones operacionales

Tamizaje familiar: el tamizaje consiste en la aplicación de pruebas que permitan, en familias aparentemente sanas, identificar aquellas que presentan un riesgo mayor que la población general de presentar una patología determinada, de una manera sencilla y rápida.

Significado: es el sentido de una palabra, frase o acción de los individuos, o una interpretación que hacen los individuos de un hecho, que representa algo o alguien, que es compartido por otros del mismo grupo cultural, y en términos muy generales es una noción subjetiva de las representaciones sociales.

Satisfacción familiar: alegría, placer, gozo que sienten los integrantes de una familia, provocado por el cumplimiento de sus necesidades.

Funcionamiento familiar: se refiere a las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia; dentro de las funciones que tienen las familias, desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y sea aceptado socialmente. La función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Límites: espacio emocional que cada individuo de la familia establece como propio.

Jerarquía: organización por categorías o grados de importancia entre los diversos integrantes de la familia.

Poder: característica de dominio, imposición, facultad o jurisdicción que ejerce algún miembro de la familia para mandar o ejecutar algo.

Roles: conductas esperadas, asignadas y asumidas por los integrantes de la familia en su interacción cotidiana.

Alianzas: unión de acciones que hacen dos o más integrantes de la familia en beneficio de ésta o de uno de sus integrantes.

Triangulaciones: interacciones que se realizan con un tercero para afectar o involucrar a un segundo.

Equifinalidad: propiedad de las familias en la que da resultados idénticos con orígenes diferentes. Cualquier fenómeno puede producir respuestas diferentes en las familias.

Interacción dinámica: conjunto de fuerzas positivas y negativas que surgen de la interacción que se da entre los miembros de la familia, en el desempeño de sus roles y cumplimiento de tareas.

Retroalimentación: cualidad que tienen las familias para autoregularse y modificarse a sí misma de acuerdo con los resultados obtenidos en su interacción.

Homeostasis: propiedad que define el nivel de respuesta de adaptación al contexto en el que se desenvuelven las familias.

Morfogénesis: origen de la estructura o dinámica de las familias.

Entropía: acciones producidas por las familias por desgaste que ocurre a través del tiempo, o que causan modificaciones en el funcionamiento.

Clima social: atmósfera emocional que prevalece durante un período relativamente largo dentro del ambiente familiar.

Cohesión: grado de atracción mutua que existe entre los miembros de la familia. Tiene relación directamente proporcional con el éxito familiar percibido por la propia familia, con la claridad de los objetivos familiares y la distribución de roles.

Resistencia al cambio: es la actitud de rechazo o defensa que muestran los integrantes de la familia ante un hecho o situación que les obliga a realizar cambios que no consideran necesarios, sobre su estructura u organización. La resistencia es mayor cuando los miembros de la familia desconocen la causa y el propósito del cambio.

Liderazgo: ejercicio de actividades de un miembro de la familia al cual los otros integrantes reconocen como jefe u orientador.

Estudio de salud familiar

Para la presentación de este documento se ha tomado como punto de partida el estudio propuesto y validado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, así como las aportaciones de los profesores de la especialidad de diversas partes del país, recabadas en forma previa y consensuadas durante el XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar.

En este trabajo se presentan las propuestas metodológicas en relación con el Estudio de Salud Familiar (ESF), se consideraron los aspectos teóricos necesarios para poder realizarlo en forma adecuada.

Debe tomarse en cuenta que la realización del ESF representa un ejercicio académico, convirtiéndose en un espacio para que el médico familiar pueda poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante su formación y experiencia previas. Se reconoce que en la práctica clínica cotidiana es difícil realizar este estudio en un solo momento, sin embargo, el ESF representa un mecanismo para que el médico de familia ejercite su capacidad de análisis, síntesis y sistematización de la forma adecuada en que se debe estudiar a la familia, a fin de que eventualmente esté en condiciones de realizarlo durante su práctica profesional.

Objetivo: la revisión y, en su caso, la modificación del Estudio de salud familiar.

1. Ficha de identificación

- 1.1 Genograma estructural. Presentar sólo el genograma familiar estructural, es decir, sin incluir en este apartado elementos de la interacción familiar.
- 1.2 Zona geográfica de residencia familiar.
- 1.3 Fecha de inicio del estudio.
- 1.4 Fecha de presentación del estudio.
- 1.5 Número de sesiones con la familia.

2. Motivo de consulta

Precisar los motivos de la consulta expresados por el paciente y su familia, tomando en cuenta la actitud del paciente al momento de la consulta.

3. Justificación del estudio de salud familiar

Analizar la relación entre el motivo de consulta, la situación actual y la necesidad del estudio, desde la perspectiva del médico familiar, considerando la semiología y la exploración física del paciente.

4. Historia de la familia

En este apartado se narrarán las motivaciones para formar la pareja y la familia hasta el

momento actual, se consideran la ascendencia de la pareja, el inicio del noviazgo, expectativas y aspiraciones, convenios, empleos, nacimientos, cambios de residencia, lo que incluye valores, reglas y satisfacciones durante el desarrollo de la familia, así como el cumplimiento de las expectativas individuales, de pareja y familiares.

Este punto no deberá considerar a ningún autor para su descripción (no se narra el ciclo evolutivo), ya que es la historia de la familia con sus eventos relevantes, crisis o eventos sociales por los que ha atravesado.

5. Estudio de la estructura familiar

5.1 Tipología familiar. Sustentar qué tipo de familia es según los ejes de clasificación: conformación, desarrollo, integración, ocupación, ubicación, etcétera.

5.2 Etapa actual del ciclo de vida familiar. Describir con argumentos en qué etapa(s) se encuentra. Lugar de origen de la familia, religión.

5.3 Funciones familiares básicas. Explicar la clasificación acorde con las funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción (relación de pareja, educación de la sexualidad y paridad) y estatus; así como el cumplimiento de los roles estructurales y dinámicos.

5.4 Estudio de la dinámica familiar.

5.4.1 Interpretación del genograma estructural en relación con los siguientes puntos:

5.4.1.1 Estructura familiar.

5.4.1.2 Demografía familiar.

5.4.1.3 Eventos de vida familiar.

5.4.1.4 Problemas sociales y de salud.

El estudio de la dinámica familiar debe contener una visión sistémica de la familia, y referirla también como grupo; examinar los puntos más importantes de la comunicación en la familia, sin dejar de describir los roles familiares existentes, el tipo de liderazgo ejercido, además de reafirmar y jerarquizar las crisis o eventos sociales por los que ha pasado la familia (considerar lo ya descrito en la historia familiar), para así poder realizar el siguiente punto.

5.4.2 Incluir el genograma socio dinámico.

5.5 Aplicación de Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar.

Este apartado incluye la descripción específica de los resultados obtenidos al

aplicar los instrumentos utilizados para el estudio de la funcionalidad familiar, por lo que solo se deberán describir los instrumentos adecuados al caso en estudio.

6. Estudio de los factores de riesgo de la salud familiar y descripción del ámbito social

6.1 Ámbito social. Este apartado deberá describirse sólo si resulta relevante o de importancia para el caso que se presenta, es decir, no deberá presentarse como regla en todos los casos. El apartado incluye:

6.1.1 Ingreso económico familiar y su distribución.

6.1.2 Aspectos laborales: antecedentes, accidentes e incapacidades y su impacto en la salud familiar.

6.1.3 Vivienda: tipo, características, tenencia, número de habitaciones, hacinamiento y condiciones sanitarias.

6.1.4 Alimentación y nutrición: hábitos y características de la dieta.

6.1.5 Recreación: individual y conjunta.

6.1.6 Adicciones: describir las existentes en la familia al momento del estudio.

6.1.7 Utilización de los servicios de salud y sociales.

6.1.8 Participación comunitaria: describir si existen servicios y redes sociales para la promoción de la salud, mejora comunitaria, deportes, asociaciones, participación religiosa.

6.2 Factores de riesgo y protección para la salud familiar.

Identificar, clasificar y jerarquizar los factores de riesgo en lo individual, familiar y social, con base en los puntos 1 a 6. Se debe mencionar cómo participa la familia, el médico familiar y el resto del equipo de atención a la salud, en este proceso.

Factores de riesgo

Individuales	Familiares	Sociales
--------------	------------	----------

7. Diagnóstico familiar biopsicosocial integral y factores de protección familiar

Integra los puntos del 1 al 6, se elaborarán los diagnósticos en lo individual, familiar y social y se mencionará la manera en que participa la familia, el médico familiar y el resto del equipo de salud en dicho proceso.

Este diagnóstico no será biológico/individual, deberá ser un diagnóstico biopsicosocial.

8. Pronóstico

Predecir la evolución de las situaciones establecidas hasta la fecha, estimando los factores de riesgo y protección, los problemas que podrían presentarse, situaciones resueltas y compromisos no cumplidos, en relación con el contexto y los recursos individuales, familiares y sociales, y hacer énfasis en dicho pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

9. Plan de manejo integral

Relacionado con el diagnóstico integral biopsicosocial, se consideran los factores de riesgo encontrados, el resultado de la aplicación de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, y se jerarquizan los problemas identificados, se menciona la participación de la familia, del médico familiar y del equipo de salud en acciones concretas y compromisos específicos de cada uno de ellos. Se menciona la utilización de los recursos para lograr las metas a corto, mediano y largo plazo, se prioriza el enfoque preventivo y las acciones de educación para la salud.

10. Evolución y seguimiento (mínimo 6 meses o 10 sesiones)

Deberá relatarse la evolución a partir de la realización de las acciones diagnósticas o terapéuticas (no considerar como evolución el número de entrevistas para la realización del estudio). Se partirá de la situación encontrada en la primera sesión para describir, analizar y evaluar cada una de las modificaciones, se aclararán las aportaciones de cada uno de los elementos de la familia, el médico familiar y el equipo de salud.

11. Anexos

Se colocarán los instrumentos utilizados para la evaluación del funcionamiento familiar o algún otro instrumento que se haya utilizado durante el estudio de la salud familiar.

12. Bibliografía

Elaborar un listado de las citas consultadas para la realización del estudio. Se deben referir las citas bibliográficas empleadas para fundamentar lo descrito en todos los puntos. Es necesario indicar la cita utilizada en el apartado correspondiente.

Breve historia de la protección legal a la salud en México

Gutiérrez Zurita Joseba A. □

Podemos afirmar que durante mucho tiempo los países y las personas defendieron el concepto que entiende a la salud como “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, o la falta de enfermedad”.

En México, la salud ha sido un tema sumamente importante, se preocuparon por ella desde los antiguos habitantes de estas tierras hasta los actuales gobiernos. Pero cabe resaltar que esta vieja concepción de salud traía aparejadas ciertas consecuencias negativas para el ser humano, ya que no incluía otros aspectos que también debían ser protegidos y que de cierto modo no se aceptaba que formaran parte de la salud de los individuos.

Puede observarse que el proyecto de Constitución Reformada presentada por el Primer Jefe el 1º de diciembre de 1916 ante el Constituyente de Querétaro, no mencionaba ni una sola vez la palabra salud.¹

Es así que después de un gran cabildeo y discusiones álgidas llevadas a cabo por el Constituyente de Querétaro se menciona una sola vez la palabra salud dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857, publicada el 5 de febrero de 1917 en el Diario Oficial.

Y se menciona en la fracción xv del artículo 123 constitucional, la cual estipula lo siguiente:

xv. El patrono estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene² y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte para la **salud** y la vida de los trabajadores la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes.

Aunque también en la fracción II del mismo artículo se señala que:

II. La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas las labores **insalubres** o peligrosas para las mujeres en general y para los jóvenes menores de diez y seis años. Queda también prohibido a unas y otros el trabajo nocturno industrial; y en los establecimientos comerciales no podrán trabajar después de diez de la noche.³

Podríamos decir que son las únicas dos referencias acerca de una protección a la salud como tal, que encontramos dentro de esta Constitución, aunque vale la pena aclarar que el artículo 73 de la carta magna entonces publicada, en su fracción XVI inciso “1 a” hacía referencia a un Consejo de Salubridad General que dependería del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y cuyas disposiciones generales serían obligatorias para todo el país.

De lo anterior se desprende que el tema de la salud fue tomado en manos del gobierno a nivel constitucional, pero de un modo muy limitado en cuanto a su reglamentación y alcances, pues la mayor parte de la discusión del artículo 5º, del proyecto de Constitución reformada por el Primer Jefe,⁴ mismo que fuera debatido por el Constituyente de Querétaro y que diera lugar a la existencia del artículo 123 de la Constitución publicada el 5 de febrero de 1917, justamente 50 años después de que lo fuera la de 1857, el cual tampoco formaba parte original del Proyecto de Constitución reformada, mencionada anteriormente, se refería en su mayor parte a la temática del salario y de la jornada laboral con descanso hebdomadario obligatorio.

Dentro del debate del artículo quinto del proyecto de Constitución reformada, llevado a cabo el día 27 de diciembre de 1916, podemos observar que el diputado constituyente Porfirio del Castillo menciona que:

... *Aun suponiendo que el indio encontrara justicia, que encontrara la tarea compatible con sus energías, que encontrara una remuneración justa, hay todavía una razón para no obligarlo a permanecer en el trabajo, porque aun encontrando esas consideraciones, todavía encontraría elementos contra su vida y su **salud**, para esto, trasladémonos al taller. Vamos al taller, vamos a la fábrica, vamos con la masa obrera y encontraremos esto; desde luego un edificio suntuoso, un edificio de esbelta fachada, costosísima, pero trasponed los umbrales de ese oropel y entonces penetraréis a lo que pomposamente se llaman los talleres y que no son más que galeras insalubres, en los que falta la luz, falta el aire y en los que faltan, en fin, todos los elementos necesarios para conservar la existencia del individuo y allí encontraréis al operario constante, asiduo, desgarrándose los pulmones sobre los telares, sin que tenga más esperanza ni otra ventaja; y mañana, muy pronto, cuando esté inca-*

□ Subdirector de Vinculación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Correspondencia: Gutiérrez Zurita Joseba A. agutierrez@conamed.gob.mx

Aten Fam 2008;15(5):122-123.

pacitado para el trabajo, cuando se haya destruido su organismo, su existencia, entonces no encontrará más consuelo para llevar a sus hijos, a su hogar, más consuelo y más patrimonio que una hereditaria y maldita tuberculosis. (aplausos)...⁵

Podemos ver como una preocupación para los trabajadores revolucionarios lo era las condiciones de su lugar de trabajo, pero el debate se llevó en su mayoría en la temática del salario y la jornada laboral; lo cual resulta entendible pues era el derecho que más urgía recuperar para nuestro pueblo.

Por otro lado tenemos que ya en 1884 aparecía el primer Código Sanitario, la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales en 1899 y más tarde en 1902, el nuevo Código Sanitario, el impacto del gobierno en esta área era más limitado que hoy en día.

La promulgación de la Constitución Política de Querétaro en 1917 y las disposiciones que emanan de ella permiten que se vaya reconociendo la importancia de la Salud Pública, mediante la transformación del Consejo Superior de Salubridad en un organismo nacional y la creación del Departamento de Salubridad Pública, que con apoyo en la Ley de Organización Política del Gobierno Federal establece que en casos de emergencia podría conducir los asuntos de higiene pública en los tres niveles de Gobierno, según lo establece el artículo 73 de dicha Constitución.⁶

Aunque los representantes del pueblo dentro del Constituyente buscaron satisfacer todas las necesidades, se le dio prevalencia a algunas otras, como las que ya hemos mencionado, pero básicamente iban enfocadas a los trabajadores y se tenía debido a las carencias sociales y estructurales una visión muy limitada en cuanto a lo que era la salud, en comparación a como hoy en día la comprendemos.

Por otro lado tenemos que Andrija Stampar propone una nueva definición de salud, misma que primero fue tomada por la OPS y posteriormente en 1946 incorpora en su Constitución la OMS. Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de ser un notable salto cualitativo. Decía que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁷

Esta definición de salud es la que en la actualidad se sigue utilizando cada día.

La salud ha seguido siendo un tema muy discutido y tenemos que a raíz del cambio en la concepción de lo que en realidad representa la salud, en nuestro país se han venido concadenando una serie de factores que han permitido al gobierno impactar de un modo más importante en la sociedad para proteger este derecho ahora reconocido como tal “el derecho a la protección de la salud”.

Es así que, el 3 de febrero de 1983, se publica en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Constitución en su artículo cuarto en la cual se señala que:

Toda persona tiene **derecho a la protección de la salud**.⁸ La ley señalará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.⁹

La importancia de esta reforma es que el gobierno mexicano le da un reconocimiento no sólo legal sino a nivel constitucional a la protección a la salud.

Esta preocupación de los Estados por proteger a cada uno de los elementos que conforman el concepto de salud que se tiene hoy en día ha ido en aumento y debido a esto es que se ha podido lograr la firma de varios tratados internacionales al respecto, así como la aprobación de leyes que reglamenten al respecto, con lo cual se observa el afán por parte del Estado Mexicano y de los demás Estados porque todos los ciudadanos vayan obteniendo al paso del tiempo un mayor nivel de salud y por tanto una mayor calidad de vida.

Notas y referencias

1. Proyecto de Constitución Reformada presentada por el Primer Jefe el 1º de Diciembre de 1916. Disponible en URL: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/Proy_CPEUM_06dic1916.pdf
2. Asclepio, el Esculapio de los latinos, era hijo de Apolo, padre además de la Medicina, y de ahí su nombre de Itarón, de la poesía y de la música. Asclepio aprendió de su padre y del centauro Quirón de quien los cirujanos tomaron su nombre. Asclepio tuvo con la ninfa Coronu dos hijas. Panacea que se ha constituido el símbolo Medicina curativa y su hermana Higieya, quien lo fue de la preventiva. A ella se debe el nombre Higiene. (Domínguez

Carmona M. Concepto de medicina preventiva. Apuntes de Salud Pública, Asociación de Masters en Salud Pública de Galicia. 1993).

3. ¿Podría aplicarse esto al día de hoy, que pasaría con los centros nocturnos y establecimientos 24 horas?
4. Venustiano Carranza. Primer Jefe del Ejército Constitucionalista. Toma posesión como Presidente de México en 1917, y muere el 21 de mayo de 1920. www.kokone.com.mx/tareas/biografias/vcarranza.html
5. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Diario de los Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917. México 2005;418-426.
6. Secretaría de Salud. [Consultado el 29 julio 2006]. Disponible en URL: www.salud.gob.mx/historia
7. Stampar A. Definición de salud. [Consultado el 11 de abril de 2007]. Disponible en URL: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm
8. Las negritas son por parte del que suscribe.
9. Publicación del Diario Oficial de la Federación, de fecha 3 de febrero de 1983.

Situación actual de la tuberculosis en México, América y el Mundo

González Saldaña Napoleón,[□] Anzures Gutiérrez Azarell^{□□}

Introducción

La pobreza, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la resistencia a fármacos y la diseminación a partir de pacientes con infección latente son las causas más importantes de la pandemia actual de Tuberculosis (TB).^{1,2}

La TB es un problema mundial de salud pública con una mayor morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo. Cada segundo una persona en el mundo se infecta por el bacilo de la tuberculosis, y cada 20 segundos muere alguien por esta enfermedad, la cual es un mal prevenible y curable.¹ Se estima que una tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo de la TB.¹ De 5-10% de las personas que están infectadas con el bacilo de la TB (pero no infectadas con VIH) enferman o se hacen infectantes en alguna etapa de su vida.¹ Las personas con VIH e infección por TB son más propensas a desarrollar esta enfermedad.¹ En muchos países la infección por el VIH es el factor aislado que más ha contribuido al aumento de la incidencia de la tuberculosis, aunado a esto la aparición de la TB Multidrogos Resistentes (MDR-TB) y de Resistencia Extendida (XDR-TB) amenazan seriamente el control de la TB y confirma la necesidad urgente de fortalecer el control básico y aplicar las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).² Hay tres tipos de resistencia: 1) la resistencia del *Mycobacterium* únicamente a isoniácida; 2) MDR-TB= resistencia a isoniácida y rifampicina y 3) XDR-TB= Multidrogos Resistente (MDR-TB) más resistencia a alguna fluoroquinolona, y al menos 1 de 3 drogas de 2da línea como capreomicina, kanamicina, amikacina.²

Epidemiología de tuberculosis en el mundo

	Incidencia	Todas las formas	Prevalencia		Mortalidad	
Región	No. en miles (%)	Por 100,000 h	No. en miles	Por 100,000 h	No. en miles	Por 100,000 h
América	330,724 (3.6)	37	398,030	44	40,600	4.5
Europa	433,261 (4.7)	49	478,332	54	62,197	7.0
Mediterráneo	569,708 (6.2)	105	826,308	152	107,895	20
Pacífico Oeste	1,915,285 (20)	109	3,512,972	199	291,240	17
África	2,807,688 (30)	363	4,233,723	547	639,089	83
Asia	3,100,355 (33.8)	180	4,974,978	289	514,699	30
Total	9,157,021 (100)	139	14,424,343	219	1,655,721	25

La carga mundial de la tuberculosis

La OMS estimó en el año 2006 que hubo alrededor de 9.2 millones de nuevos casos de TB, de los cuales 80% se encuentra en 22 países, y 0.7 millones de casos corresponden a pacientes VIH positivos (8% del total).¹ En 2006 hubo 14.4 millones de casos prevalentes de tuberculosis en el mundo,¹ 0.5 millones de casos de MDR-TB² y la cifra estimada de defunciones por TB fue 1.7 millones de casos, incluidos 0.2 millones de personas infectadas por el VIH,¹ esto es igual a más de 4400 muertes al día. Aunque el promedio mundial de MDR-TB es de 5.3%, hay países que sobrepasaron 6% en el 2006 con cifras alarmantes en nuevos casos, como por ejemplo China 7.3%, Rusia 15%, República de Moldova 19.4%, República de Azerbaijan, Cd. Baku 22.3%.³ En muchos países aún no se cuentan con métodos de laboratorios para un diagnóstico adecuado principalmente en África y en relación con la XDR-TB, hasta febrero de este año se reportaron por lo menos un caso de XDR-TB en 45 países, 10 países más desde las mismas fechas en 2005.³

Para el 2005 la incidencia estimada de TB era estable o decreciente en el mundo, no obstante esa lenta disminución esta contrarrestada por el crecimiento de la población. Para el 2006 siguió en aumento el número de nuevos casos a escala mundial y

[□]Jefe del Departamento de Infectología, ^{□□}Pediatra infectólogo. Egresada, Instituto Nacional de Pediatría. respectivamente.

Correspondencia: González Saldaña Napoleón drnagosal@yahoo.com.mx Anzures Gutiérrez Azarell azarell77@hotmail.com

Aten Fam 2008;15(5):124-126.

principalmente en las regiones de África, el Mediterráneo oriental y Asia sudoriental.¹

Situación en América

En el 2006 en América sólo cuatro países reportaron tasas de éxito de tratamientos en más de 70% y 85% en tasas de detección que son las tasas objetivo del Plan global alto a la TB, estos fueron Honduras, Costa Rica, Perú y Cuba.¹ En cuanto al programa de detección de la TB, dentro del plan global alto a la TB, únicamente realizaron detección con baciloscopias positivas en la Región de las Américas, fue de 69% que se apegaron a la Estrategia Internacionalmente Recomendada para Control de la TB (DOTS), en las que se incluye el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) y sumado a los casos detectados fuera de la Estrategia Internacional la tasa de detección de casos con baciloscopias positivas fue 76%.¹ Los objetivos en La Región de las Américas fue de una tasa de 70% en la detección de casos con baciloscopias positivas o corroborados y dentro de los programas DOTS pueden alcanzarse simplemente al expandir la cobertura geográfica de estos. Las tasas de éxito terapéutico en las Américas para el 2006 fueron particularmente bajas (78%).¹

En general se ha observado una tendencia a la disminución en la incidencia o casos nuevos a nivel global en Latino América y el Caribe de -3.4% de 2001 a 2006, sin embargo, en el 2006 Brasil fue uno de los países con grandes discrepancias entre los casos notificados de TB y los casos registrados, así mismo, se encuentra dentro de los 22 países a nivel mundial con alta carga de morbilidad;

el presupuesto de los programas nacionales de lucha contra la TB y las estimaciones de la OMS previstos para el 2008 también mostraron discrepancias, este estancamiento es preocupante ya que sugiere una desaceleración en la detección de casos entre 2005 y 2006 que repercuten hasta el 2008.¹

Otro problema importante es el desabasto de medicamentos antifímicos en la región de las Américas. Respecto a MDR-TB, en la Región de las Américas, se estima 17.5% en promedio y es en estos dos aspectos en los que juega un papel fundamental la interacción con el Comité Luz Verde quienes promueven la detección y tratamiento adecuado de los casos de MDR-TB.³

En América, en el 2006 no se reportaron nuevos casos de XDR-TB en otros países fuera de los ya incluidos en el conteo global (Canadá, USA, México, Ecuador, Perú, Chile, Argentina y Brasil), sin embargo la OMS reporta que hubo un incremento en Perú de MDR-TB.³

En 2007, en los Estados Unidos de Norteamérica se reportaron 13,293 casos de TB, 4.4 casos/100,000 habitantes, la tasa disminuyó 4.2% respecto al 2006.^{4,5} La tasa de incidencia en el 2007 fue la más baja registrada desde que se inició el registro de TB en 1953.^{4,5} El porcentaje de nuevos casos de MDR-TB fue de 1.1% en el 2006, comparado con 1.2% del 2005.^{1,4,5} Sin embargo el porcentaje de MDR-TB entre personas con historia previa de TB es de cuatro veces más.^{1,4,5} El porcentaje de TB y MDR-TB es aproximadamente de 84% en la población extranjera de este país y representa casi 50% de la población de México.^{4,5}

El Centro para Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y el comité para la eliminación de la TB están interesados en la lucha contra la TB. Han implantado guías y continúan apoyando la Estrategia Mundial Alto a la TB iniciada desde el 2007 en México, Nepal, Filipinas, Tailandia y para el 2008 en Kenia, Tanzania, Turquía, Vietnam y países de África.⁶

Epidemiología de la tuberculosis en América Latina 2006

	Incidencia /100,000 h	Prevalencia /100,000 h	Mortalidad /100,000 h	Nuevos casos MDR %	Casos tratados previamente MDR %	Casos nuevos TB + VIH %
Argentina	39	48	5.2	2.2	15	4.4
Belice	49	56	6.1	1.5	9.8	13
Bolivia	198	266	30	1.2	4.7	0.5
Brasil	50	55	4	0.9	5.4	12
Colombia	45	59	6.3	1.5	9.7	2.1
Costa Rica	14	17	1.4	1.5	4.8	1.3
Cuba	9	10	0.9	0.0	5.3	0/3
Chile	15	16	1.3	0.7	3.8	1.1
Rep. Dominicana	89	118	15	6.6	20	3.3
Ecuador	128	195	26	4.9	24	1.1
El Salvador	50	64	8.6	0.3	7.0	11
Guatemala	79	103	14	3.0	26	13
Haití	299	402	58	1.9	9.0	6.8
Honduras	76	95	11	1.8	12	6.3
Jamaica	7.3	8.1	1.3	1.4	8.1	26
México	21	25	2.0	2.4	22	1.1
Nicaragua	58	74	7.4	0.6	7.8	0.8
Panamá	45	43	3.7	1.4	10	14
Paraguay	71	100	12	2.1	3.9	1.9
Perú	162	187	16	5.3	24	2.0
Puerto Rico	5	6	<=1			
Uruguay	27	31	3			
Venezuela	41	52	5.6	0.5	13	5.8

WHO Report 2008.¹

■ Países con mayor numero de casos

Situación en México

En México para el 2006 la tasa de incidencia global de TB fue de 21/100,000 habitantes, con una tendencia a la disminución de -6.6 respecto a 2005, la incidencia de casos corroborados con baciloscopia positiva fue de 9.6, la prevalencia para todos los tipos de TB fue de 25 con una tasa de mortalidad de 2/100,000 habitantes.¹

Actualmente en nuestro país la DOTS tiene una cobertura de 100%, sin embargo las tasas de notificación de TB aún no alcanzan las cifras de los casos existentes, cuya tasa fue de 17/100,000 habitantes en el 2006 respecto a 21 de incidencia. Así mismo, la tasa de detección de casos se encontró para el 2006 en 76 por ciento.^{1,7}

En el 2007 se reportaron 14,454 casos de TB pulmonar para todos los grupos de edad y 159 casos de TB meningea. Hasta la semana epidemiológica 22 de 2008 se han reportado 6454 casos de TB respiratoria y 76 casos de TB meningea.⁷

Los casos de TB en nuestro país tienen variaciones significativas en los diferentes estados, con una mayor incidencia en los Estados de Veracruz (TB pulmonar), Distrito Federal (TB meningea).⁷

Casos de Tuberculosis en los estados de mayor incidencia. Estados Unidos Mexicanos 2007. Población general

Estado	TB Pulmonar	TB Meningea
Veracruz	1,581	24
B. C. Norte	1,230	20
Chiapas	1,123	
D. F.		29

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA.⁷

La TB pulmonar constituye la forma clínica más frecuente de la enfermedad (80% de los casos) en todos los grupos de edad; los casos de TB extrapulmonar oscila entre 9 y 23%, la afección del Sistema Nervioso Central (SNC) es la manifestación extrapulmonar más grave de la enfermedad tuberculosa, que se reporta entre 10% y 15% de los casos de TB. Ésta generalmente se manifiesta como meningitis y menos frecuentemente como cerebritis, absceso cerebral y tuberculoma.^{5,6,7}

En nuestro país el grupo de edad más afectado por TB pulmonar es de 25 a 44 años, en segundo lugar los mayores de 65 años y en tercero de 50 a 56 años. En los mayores de 35 años la enfermedad asociada con más frecuencia a TB es la *Diabetes mellitus* seguida por el alcoholismo y VIH. En los menores de esta edad se asocia con más frecuencia la desnutrición, el VIH, y el alcoholismo.⁷

De los casos nuevos de TB 1.1% correspondió a pacientes VIH positivos, 2.4% a TB multidrogo resistente y de los pacientes con TB previamente tratados, 22% correspondieron a TB multidrogo resistente.^{1,7} Es importante mencionar que en nuestro país se cuenta con uno de los cinco laboratorios de referencia en América, para pruebas de sensibilidad a antifímicos esto contribuye a mejorar la cobertura y calidad de cultivos a nivel nacional y global para detección de MDR-TB y XDR-TB.³ Actualmente en nuestro país hay 432 casos acumulados registrados de MDR-TB, 60% son del sexo masculino en edad reproductiva, 416 pacientes vivos, 40 de esos pacientes tienen *Diabetes mellitus* tipo 2 y dos pacientes VIH, 114 pacientes se encuentran en tratamiento estandarizado.^{3,7}

A partir de 1997 se ha observado una reducción en la morbilidad a nivel nacional en 29%, se espera que la reducción en el 2015 sea de 48%. La mortalidad en el 2006 tuvo una disminución de 71% respecto a 1990 y se espera que para el 2015 sea de 85 por ciento.^{1,7}

Conclusiones

En el 2006, la OMS puso en marcha la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis. El núcleo de esa estrategia es el DOTS, iniciado desde 1995.¹ El éxito del programa se basa en seis principios 1. Ampliación y perfeccionamiento del tratamiento DOTS de alta calidad. 2. Afrontar la combinación de tuberculosis y VIH, la tuberculosis multiresistente y otros retos. 3. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de Salud. 4. Colaborar con todos los dispensadores de atención. 5. Potenciar la capacidad de acción de los enfermos de tuberculosis y de las comunidades. 6. Fomentar y promover las investigaciones. La aplicación de esta estrategia se describe en el Plan Mundial 2006-2015 que planea reducir en 50% la prevalencia de TB para el 2015 y las tasas de mortalidad en comparación a 1990. Para el 2050 haber eliminado la TB como problema de salud pública.¹

Estas metas se han visto mermadas por la multidrogo resistencia y el VIH, así mismo, los esfuerzos para limitar la pandemia han sido insuficientes en muchos países y se requiere aplicar medidas extraordinarias. Si se mantienen las tendencias de las tasas de prevalencia y mortalidad de los últimos cinco años, las metas podrían conseguirse en las Regiones de Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y las Américas.^{1,3} No es probable, sin embargo que se alcancen las metas a escala mundial, dado que las Regiones de África y Europa se encuentran alejadas de ellas.

Por otro lado mientras que se reducen las tasas de mortalidad y prevalencia, un nuevo análisis de la OMS sugiere que aún no se ha ejercido un efecto importante en limitar la transmisión de la TB ni en las tendencias de su incidencia en todo el mundo.^{1,3} El reto consiste en demostrar que el diagnóstico de la TB activa puede hacerse con antelación suficiente, y que las tasas de éxito terapéutico con el tratamiento DOTS pueden ser lo bastante altas como para tener un impacto considerable en la incidencia a una escala geográfica importante.^{1,3}

Referencias

- WHO Report 2008. Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. [Consultada el 8 de junio de 2008. 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.who.int/tb/publications/2008/fullreport.pdf>
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. Revised definition of extensively drug-resistant tuberculosis. MMWR 2006;55:1176.
- Division of Tuberculosis Elimination (DTBE) Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. (XDR TB). [Consultada el 18 de agosto de 2008. 2 pantallas]. Disponible en URL: [HTTP://WWW.CDC.GOV/TB/XDR/TB/DEFAULT.HTM](http://www.cdc.gov/tb/XDR/TB/DEFAULT.HTM)
- CDC. REVISED TECHNICAL INSTRUCTIONS FOR TUBERCULOSIS SCREENING AND TREATMENT FOR PANEL PHYSICIANS. MMWR 2008;57:292-293.
- US Census Bureau. Annual estimates of the population for the United States, regions, states, and Puerto Rico: April 1, 2000 to July 1, 2007. Washington, DC: US Census Bureau; 2008. [Consultada el 18 de agosto de 2008]. Disponible en URL: <http://www.census.gov/popest/states/nst-ann-est.html>.
- World Health Organization. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. [Consultada el 18 de agosto de 2008. 2 pantallas]. Disponible en URL: http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf.
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA. Boletín Epidemiológico. Anuarios de Morbilidad. [Consultada el 18 de agosto de 2008. 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.dgepi.salud.gob.mx>

Identifique el caso a través de la Imagen

Fernández Ortega Miguel A,[□] Guerrero Zulueta Alejandro,^{□□} Hamui Sutton Alicia,^{□□□}
Ramírez González María^{□□□□}

Masculino de seis meses, en región plantar presenta lesión causada por aureus de dos días de evolución.



Respuesta del diagnóstico de la imagen *Aten Fam* 2008;15(4):100.

Hiperplasia gingival secundaria a difenilhidantoína

La Hiperplasia Gingival (HG) es una alteración de la cavidad oral que puede presentarse en relación con efectos secundarios de la administración crónica de algunos fármacos, que en lo general se pueden clasificar en cinco grandes categorías: los anticonvulsivantes, antihipertensivos, calcio antagonistas, inmunosupresores y anticonceptivos orales.

Los primeros son los más frecuentes y de ellos, la Difenilhidantoína (DFH) o fenitoína es la más comúnmente relacionada con la alteración gingival.

La difenilhidantoína es un fármaco primario que funciona muy bien casi para cualquier tipo de epilepsia, excepto para las crisis de ausencia y mioclónicas. Fue sintetizada por Biltz en 1908, y encontró efectos hipnóticos importantes; sin embargo, fue hasta 1938 que se descubrió su actividad anticonvulsivante.

La difenilhidantoína es muy insoluble en pH ácido y por lo tanto es muy deficiente su absorción intestinal, sobre todo en presencia de comida. Su biodisponibilidad es de 95% y los niveles máximos de concentración se obtienen a las 4-12 horas, la semivida es de 22 horas (7-42 horas),

y alcanzó niveles estables a las 2-4 semanas. No se debe administrar por vía intramuscular ya que causa necrosis tisular y por vía intravenosa debe ser diluida en solución salina, ya que en glucosada se precipita.

Su mecanismo de acción es a nivel de la estabilización de membranas excitables de diversas células neuronales e incluso, miositos cardiacos. Los niveles terapéuticos se obtienen con concentraciones plasmáticas superiores a 10 mg/ml, aunque, después de 20 mg/dl ya se observan reacciones de toxicidad.

Sus efectos secundarios más relevantes son hipertricosis, hiperplasia gingival, osteomalacia, infadenopatía, exantema, hiperglucemia, incluso, síndrome cerebeloso, la ataxia y nistagmo se han relacionado con sobredosis. En cambio la hiperplasia gingival no tiene ninguna relación con ella, más bien está asociada con la higiene oral, más aún se ha llegado a proponer la asociación directa que indica que a mayor grado de hiperplasia gingival, menor grado de higiene oral.

Bibliografía

1. Velásquez P L, Moreno A. Farmacología Básica y Clínica. 17ª ed. Panamericana. 2005;255-259.
2. López Hernández E, Bravo J, Solís H. Epilepsia y antiepilépticos de primera y segunda generación. Aspectos básicos útiles en la práctica clínica. *Rev Fac Med UNAM* 2005;48(5):201-208.
3. Galarza Mariño NI, Galarza Anglas A, Castelares Cámac P. Influencia del tratamiento con fenitoína sódica en el tejido gingival de pacientes epilépticos. *Rev Per Neurol* 2001;7(3).
4. Lafzi A, Zadeh Farahani RM, Mohajjel Shoja MA. Phenobarbital-induced Gingival Hyperplasia. *J Contemp Dent Pract* 2007;8(6):50-56.
5. Abdollahi M, Radfar M. A review of Drug-Induced Oral Reactions. *J Contemp Dent Pract* 2003;4(1):10-31.
6. Tamarit Borrás M, Delgado Molina E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:151-162.

□ Profesor del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

□ Adscrito a la UMF 20, IMSS, y clínica hospital del ISSSTE, Teziutlán, Puebla.

□ Profesora del Departamento de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora Nacional Nivel II. □ Enfermera. HR "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Correspondencia:
Fernández Ortega Miguel A.
miguelaf@servidor.unam.mx
Guerrero Zulueta Alejandro
agzulueta@hotmail.com
Hamui Sutton Alicia
lizhamui@gmail.com

Aten Fam 2008; 15(5):127.

Enfermedades degenerativas y/o de trauma que causan problemas para el otorgamiento de incapacidades

Zamudio Leonardo,[□] Santín Guillermo^{□□}

Este artículo intenta contestar las preguntas planteadas por docentes y médicos que actúan en el primer nivel de atención, así como a los médicos-cirujanos profesores, ortopedista y radiólogos para manejar mejor los problemas de consulta y referencias.

Las consultas más comunes por las que piden “incapacidad” los pacientes son: lumbalgia y cervicalgia; dolor y disfunción de rodillas, tobillo y, menos frecuente del hombro.

¿Qué criterio debe seguir para otorgar incapacidad (ya que los trabajadores en general quisieran “estar incapacitados” indefinida o largamente) el médico en primer nivel o “general”, de atención continuada y el ortopedista?^{1,2}

¿Puede realizarse una gradación simple como I, II, III, o debe describirse cómo es ese grado o esa categoría? Con el fin de “manejar, tratar o vigilar” cada grado en los consultorios de “Medicina Familiar” o de primer nivel requerir “radiografías” ¿u otros estudios de “imagen”? ¿O referir cuáles a especialistas?

¿Cuándo referirlos nuevamente a nivel de especialista por insatisfacción del “usuario” - paciente?

Si son devueltos a la atención primaria, que ya no lo es puesto que recorrió otros niveles, ¿qué hacer?

¿Qué respuesta dar a estas interrogantes para las regiones apuntadas: columna lumbar, cervical, rodillas, tobillos, hombro?

En una buena organización en el primer nivel de atención se justifica la referencia y devolución del enfermo para su seguimiento. Y debido a que el ortopedista define los lineamientos de manejo subsecuente podría precisar qué síntomas o cambios merecerán nueva referencia.

Las patologías diagnosticables u ocurrientes en las regiones enunciadas pueden listarse¹ como síntomas, signos y alteraciones reconocibles por la clínica y cuando están suficientemente desarrolladas ser visibles radiográficamente^{3,4} (probablemente el documento con el que se trata de distinguir y proporcionar gradación). Desafortunadamente en Medicina los síntomas y lesiones no pueden separarse, valorarse como en matemáticas y electrónica: “digitalmente”, el mejor argumento en contra de las gradaciones médicas I, II, III y demás; que solo es conocida por ciertos grupos, no es universal, porque se imbrican y, en Medicina -es criterio del autor- requieren siempre de una descripción que si es conocida y aceptada, justifica o da lugar a determinado manejo, que es lo que se pregunta.

De allí, conviene definir:

Esguince: es la lesión articular en la que se rompen no todas las fibras de ligamentos de sostén articular y se conserva la continuidad (quede definido de una vez, pues es uno de los diagnósticos iniciales y más comunes en la consulta). A diferenciar de arrancamiento, bursitis, tendinitis, fracturas, fragmentación, desviaciones de ejes y superficies articulares, subluxaciones espondilolistesis, espondilolisis.

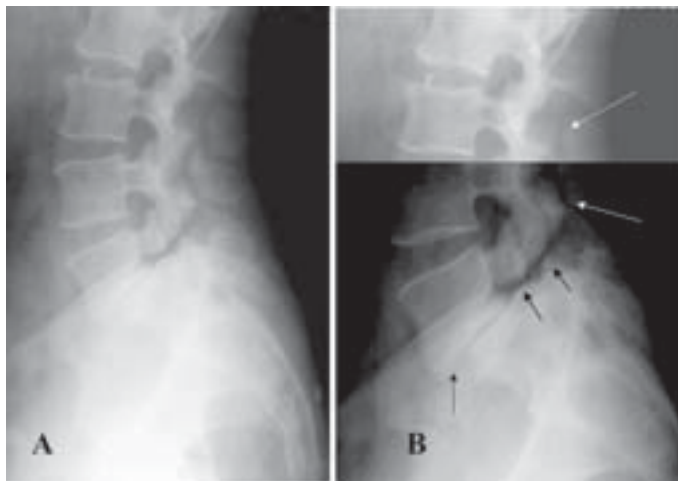


Fig. 1. Columna lumbar (40087). Hombre de 44 años. Vista lateral A. total y B. detalles: con espondilolistesis anterior la 5 L sobre la 1 S de 2 y ½ cms (clasificada ¿G IV?). Tratada un año antes para “fijar” el deslizamiento consecuencia de la espondilolisis indudable (flechas) e injertos para espinales, y sección de los procesos espinosos 3, 4 y 5 L (flechas largas) para formar un bloque de osificación que no se ha logrado. El apoyo y movilidad defectuosa ha causado la esclerosis y destrucción del disco correspondiente entre 5 L y 1 S (requerirá nueva cirugía definitivamente fijadora).

□ Ortopedista y académico de la Academia Nacional de Medicina. Ex presidente de la Asociación Internacional de Ortopedia. □□ M.S. Profesor del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
Santín García Guillermo
santin@servidor.unam.mx

Aten Fam 2008;15(5):128-131.

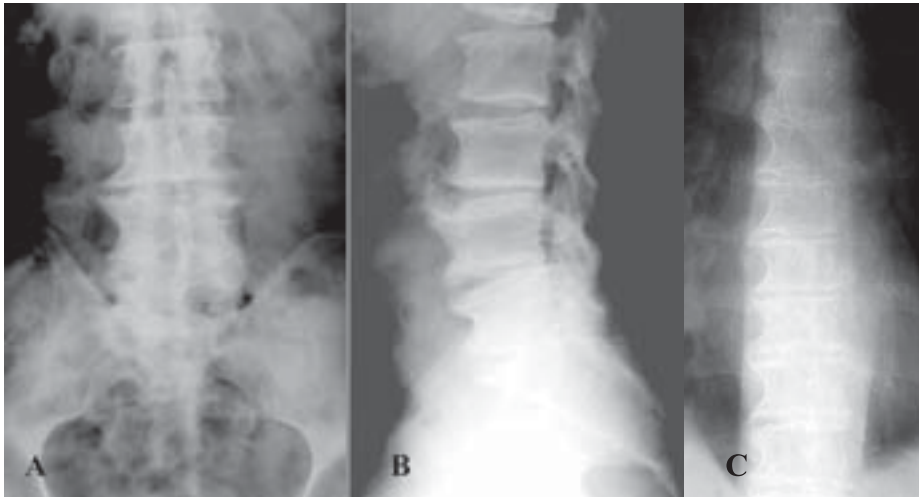


Fig. 2. Columna lumbar (52547). Hombre de 55 años. Ejemplifica los cambios más comunes; A y B. hiperostosis sobre todo anterior en márgenes de cuerpos vertebrales hacia delante y hacia los lados, reducción de discos 3-4, 4-5. y 5 L-1 S, rectificación de la lordosis. C. En la columna dorsal cambios similares de la 8 a la 12 D. A pesar de lo notable estas lesiones no producen dolor significativo sino torpeza de movimientos de la columna. Tratamiento sintomático.

Degeneración: lesiones articulares degenerativas, y que son prácticamente en orden de progreso y reconocibles en radiografías: atrofia o destrucción de cartilago, discos y meniscos; calcificación de ligamentos, discos o meniscos, o sinoviales; esclerosis subcondral articular, geodas, hiperostosis, deformación de superficies articulares y desviaciones (éstas representan fracturas innumerables intraóseas mínimas). (Definiciones de cambios degenerativos en los diversos órganos se dan en la referencia número cinco).^{3,4}

Se ilustran con unos cuantos ejemplos de patología tomados del acervo de la Radioteca.

Lumbalgia: si es un individuo joven lo más probable es que se trate de un esguince sobre todo si el dolor no tiene irradiación ciática aunque a veces puede aparecer ésta simplemente como un reflejo. La inyección local de novocaína en el sitio de máximo dolor (masa lumbar o articulación sacro-iliaca) hace desaparecer la lumbalgia a veces en forma espectacular y también la irradiación ciática si ésta es solo reflejo. Una vértebra transicional (5ª L sacralizada o 1 S lumbarizada) parcialmente articulada puede producir esguinces repetidos. Esto se aplica a la sacralización lumbar o a una costilla cervical accesoria, en casos de dolor cervical o síndrome del escaleno.

En una gran mayoría de casos de lumbalgia sin irradiación neurológica ciá-

tica o a raíces específicas, aun en la especialmente aguda y referida por movimiento brusco, las radiografías de pie AP y lateral (la más objetiva) no identifican alteración significativa. Si se trata de lesiones más avanzadas como espondilolisis y espondilolistesis, espondilartrosis de carillas articulares, la radiografía lateral (Fig.1) puede entonces demostrar esclerosis en los platillos vertebrales o en las carillas articulares, y prueba que hay apoyo y función anormales, crónicas (significativas), y/o hiperostosis marginales, que tienen sintomatología neurológica solamente cuando protruyen hacia atrás; o hacia agujeros de conjugación (Fig. 1 y 2), colapsos de cuerpos vertebrales.

Si se sospecha esa patología severa o más, si es intrarraquídea, indudablemente habrá que referir al enfermo a lo útil e indicado ahora por el ortopedista, que será Resonancia Magnética (RM) desde el principio ya sea a nivel dorso-lumbar o cervical. La RM permite ver las estructuras blandas y líquidas dentro del conducto raquídeo a cualquier nivel.

En cuanto a otorgar incapacidad, los episodios originales bien manejados solo necesitan de 8 a 10 días ¡Ojo con los simuladores!

Si se trata de un individuo de mayor edad, alrededor de 50 años, aunque la molestia aun puede ser de esguince, en el que no hay todavía cambios radiológi-

cos, pero en quien el dolor fue juzgado clínicamente como esguince, podría ser ya osteoartrosis (lesión articular degenerativa) en cuyo caso es más probable que duela al comenzar a mover la o las articulaciones y desaparezca después de un rato de mover la región, de caminar y frecuentemente es condicionado por los cambios de temperatura (estos caracteres son aplicables a columna cervical o lumbar, a caderas y rodillas o aun a tobillos como hechos comunes a las osteoartrosis). Si la incapacidad es mayor de tres semanas sí habrá que enviarse al especialista.

Cervicalgias: frecuentes a partir de los 30 años en que empiezan a ocurrir lesiones de osteoartrosis que condicionan el dolor. Generalmente son hiperostosis en los márgenes de los platillos, mínimas. Cuando son mayores (Fig. 3) además limitan los movimientos. Otra causa frecuente de dolor es consecuencia del "latigazo" productor de esguince por golpe desde atrás en el automóvil.

En el primer caso se recetan antiinflamatorios y analgésicos. Muchas veces no es necesario collar. Incapacidad de dos semanas.

En el segundo caso es indispensable el collar además de los medicamentos. La incapacidad puede variar de 10 días a



Fig. 3. Columna cervical. Vista lateral. La lordosis cambió a xifosis. Esclerosis de las pequeñas carillas y artrosis que ha permitido el deslizamiento y posición anormal (flechas largas). Hiperostosis, formación de puentes óseos por calcificación del ligamento vertebral común anterior (flechas cortas).

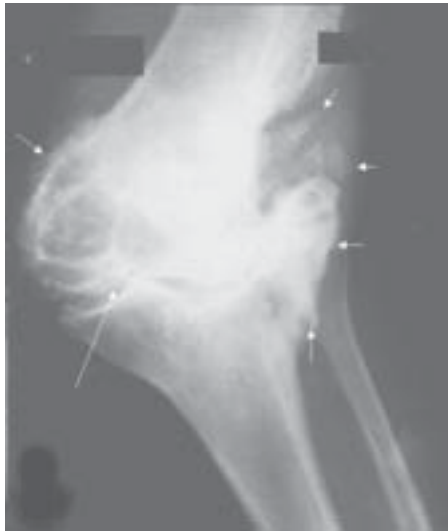


Fig. 4. Rodillas AP (441549). Hombre de 57 años. Vistas AP. Genu valgo acentuado, subluxación, fragmentación ósea (flecha corta) ¡conservando! el espacio articular (flecha larga); esclerosis de los fragmentos. Dx: la forma más avanzada de cambios degenerativos en Neuroartropatía avanzada (casi siempre en sífilis terciaria).

varias semanas. En acción severa, habrá luxación y fracturas.

Si la cervicalgia viene acompañada de irradiación a uno o los dos brazos, debe referirse al ortopedista o al neurocirujano, máximo si en radiografías ya logradas se identifican lesiones.

Rodilla: las lesiones por trauma directo o torcedura al caminar, saltar o levantar pesas; con sobrepeso, sobre-empleo o mayor edad, con esas acciones se producen daños en varias de las estructuras, dado un solo accidente o repetido en el tiempo. Frecuentemente son esguinces a cualquier edad pero sobre todo en los jóvenes.

Las radiografías convencionales de buena calidad indicadas por dolor, equimosis, hinchazón, espasmo muscular, ponen de manifiesto, documentan, lesiones desde cierto umbral de daño óseo o articular, y eventualmente en tejidos blandos: de ligamentos colaterales o de ligamentos cruzados, de meniscos cuando hubo rotación en flexión, o atrofia, esclerosis subcondral, geodas, la luxación de rótula es excepcional, y más aun de la tibia; varo o valgo, calcificaciones sinoviales y tendinosas, secuestros intraarticulares, divertículos sinoviales (de Baker). Si las radiografía AP y lateral son negativas y no hay abombamiento –derrame– articular,

buscar en la cara medial, en el trayecto del ligamento colateral un foco de dolor intenso e inyectarlo con novocaína. Incapacidad de una a dos semanas.

Aunque el interesado tenga más años, no necesariamente será una osteoartrosis la responsable del cuadro, puede todavía ser un esguince. Tratarlo y después valorar aunque aparezcan imágenes radiográficas de osteoartrosis (Fig. 4 y 5).

Si hay derrame sinovial-articular, puncionarlo, y si no es hemático proceder como en el párrafo anterior. Si el dolor es preciso en el “espacio” articular puede estar lastimado el menisco. Se da incapacidad primero de una a tres semanas; revalorar y si no hay mejoría es caso para el ortopedista.

Si al puncionar el derrame es hemático, buscar intencionalmente movilidad articular anormal, inestabilidad, desplazamiento de adelante a atrás, y si los hay es caso para referir de inmediato al ortopedista. Dar incapacidad mínima pues ya el ortopedista extenderá lo necesario.

Cuando la osteoartrosis es indudable da diversas molestias que el paciente puede explotar en su beneficio. (Fig. 5) Los medicamentos (no solo los de moda o de propaganda) pueden ser de ayuda, al igual que el reposo relativo.

Tobillo: la consulta más frecuente

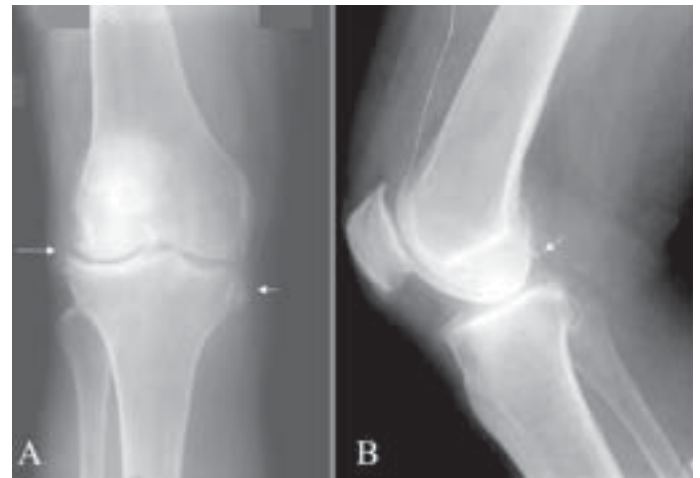


Fig. 5. Rodilla AP y lateral (41188). Con lesiones degenerativas más comunes que debe manejar el médico familiar. En A: atrofia de cartílagos mayor en la porción interna, con esclerosis subcondral del cóndilo y de la meseta tibial que empieza a hundirse, tiende a producir varo. En B: hay osteocondritis con separación de un fragmento (flecha) alojada atrás. No es el sesamoideo Fabela con el que se podría confundir. Hay además un fragmento o calcificación de ligamento afuera de la meseta tibial.

en Ortopedia día con día es por “esguince”. Justifica la toma de radiografía AP y lateral. Puede desde el inicio dar indicación para vistas en aducción o abducción forzadas, “en eversión” forzando la separación del astrágalo, que demostrará la “inestabilidad” o “bostezo articular”; es un caso para el ortopedista. Si no hay “bostezo”: vendaje e inmovilización de

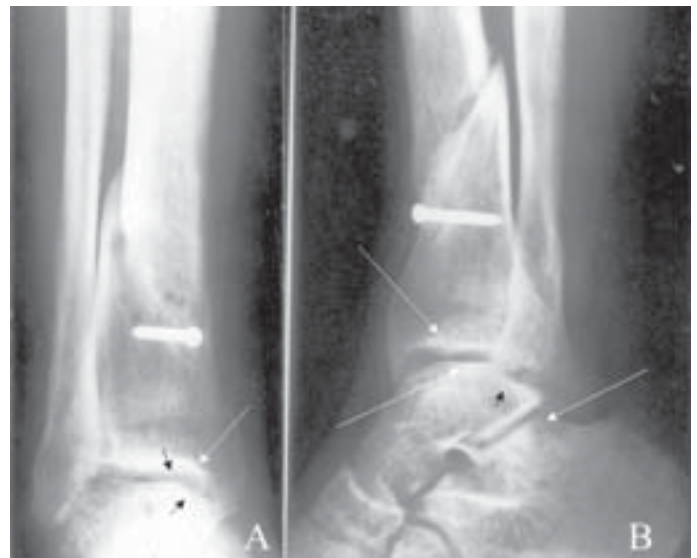


Fig. 6. Tobillos AP y lateral. Fractura de la tibia en tercio distal mal unida, antigua, el paciente claudica y la mortaja tibio-peroneo astragalina tiene osteoartrosis secundaria con atrofia de cartilago de recubrimiento, esclerosis subcondral ostensible en la tibia y en el astrágalo (flechas largas), con irregularidad en las superficies (flechas cortas) incluye aun cambios en otras articulaciones del tarso con esclerosis subcondral y pseudoartrosis (requerirá cirugía).



Fig. 7. Hombro izquierdo vista AP. Justificada por dolor intermitente a intervalos de meses. Calcificación del tendón del supraespinoso en la cabeza humeral: tendinitis calcárea (flecha larga). Este caso se ilustra y se aprovecha a la vez la luxación acromio-clavicular añadida (flecha corta) por golpe contuso el día anterior en accidente de auto. Va a cirugía ortopédica.

una a tres semanas. Las fracturas de huesos de la pierna que están defectuosamente unidas propician artrosis dolorosas como secuela (Fig. 6).

Hombro: la mayoría de las veces las molestias obedecen a tendinitis, que si no se tratan se convierten en dolor crónico e invalidante. Las radiografías pueden ser negativas o mostrar calcificación de tendón (Fig. 7) o de “bursas”. La inyección en el espacio subacromial y sobre el tendón largo del bíceps puede dar buenos resultados. Se recomienda el frío (hielo en bolsa) sobre la región en el episodio agudo. Incapacidad de una a dos semanas.

Referencias

1. Zamudio VL. Ortopedia y Traumatología. 5ª ed. Méndez Editores. México. 2008.
2. Anderson JF, Read JW, Steiweg J. Atlas of Sports Medicine. McGraw Hill Inc. Australia. 1998.
3. Santín G y Santín M. Atlas de Anatomía Radiológica con Orientación Clínica. 5ª ed. McGraw Hill. 2001.
4. Meschan I. Sinopsis of Roentgen Signs. W.B. London. Saunders. 1982.
5. Moore RA. A Textbook of Pathology. London. Saunders CO. 1946.



La Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. y el Colegio de Médicos Familiares y Generales de Xalapa, Veracruz. México
Organizan el II Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2008
Participan profesores, residentes y alumnos de pregrado de Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, España, México, Panamá, Perú y Venezuela
Del 16 al 25 de noviembre de 2008
Se publicarán los Trabajos libres y las Conferencias Magistrales en un Libro de Memorias del Congreso y en la revista **Archivos en Medicina Familiar**
Informes: <http://www.alpmf.org/>

Desde la perspectiva médica el dolor agudo cumple una función vital como símbolo del alma. Desde esta misma perspectiva el dolor crónico ha perdido dicha función y se ha convertido en la enfermedad misma, un padecer que irrumpe en la cotidianidad, que trastoca y transforma la vida misma, no sólo de la persona afectada sino de su entorno social en general. El dolor recurrente o crónico involucra al sufrimiento, pudiendo ser, asimismo, un motor de transformación y creatividad y un lenguaje metafórico de la vida vivida. El dolor se vive como un castigo, una experiencia de estoicismo, una costumbre ritual, un acto de fe, como una posesión y una estrategia de control, una forma de vida y metáfora de múltiples problemáticas sociales e individuales: la pobreza, el abandono la soledad, el sufrimiento crónico, la envidia, el odio, la venganza, la vergüenza, el rechazo, el estigma, el maltrato y la violencia. El dolor es reflejo de la frenética vida contemporánea, enmarcada en la desmesura del consumo, del deseo de la eterna juventud y de la salud y la enfermedad como mercancía.

Anabella Barragán Solís

VIVIR CON DOLOR CRÓNICO

Vacunación en el adulto

Halabe Cherem José,[□] Hamui Sutton Alicia,^{□□} Fernández Ortega Miguel Á.^{□□□}

En los últimos años la tendencia de la Medicina ha pasado de la curación a la prevención. El médico familiar tiene la responsabilidad tanto de curar como de prevenir. Una de las estrategias más exitosas de la prevención en la historia de la Medicina ha sido la vacunación, a tal grado que algunas enfermedades como la viruela prácticamente han sido erradicadas. La práctica de la inmunización en los niños es cotidiana, conocida y aceptada por los padres, los médicos y la sociedad en general; sin embargo, en los adultos aún no se logra la misma cobertura. Los médicos que tratan a adultos deben proponer a todos

los pacientes esquemas de vacunación apropiados a su edad y estilo de vida. En las tablas siguientes proponemos los esquemas de vacunación en el adulto sano de acuerdo con su edad, las vacunas que deberán de aplicarse con algunos factores de riesgo, las reacciones secundarias y las contraindicaciones.

Vacunación en el adulto sano por grupos de edad (Recomendado por la CDC 2006-2007)

	19-49 años	50-64 años	65 años y más
Tétanos, difteria y pertussis (Td/Tdap)	1 dosis de Td cada 10 años		
	Sustituir 1 dosis de Tdp por Td		
Papiloma humano	3 dosis en mujeres (se puede administrar desde los siete años)		
Rubeola, Paperas y Sarampión (MMR)	1 o 2 dosis	1 dosis	
Varicela	2 dosis (0, 4-8 semanas)	2 dosis (0, 4-8 semanas)	
Influenza	1 dosis anual	1 dosis anual	
Neumococo (polisacárido)	1-2 dosis		1 dosis
Hepatitis A	2 dosis (0, 6 – 12 meses, ó 6 – 18 meses)		
Hepatitis B	3 dosis (0, 1-2, 4-6 meses)		
Meningococo	1 o más dosis		

- Para todas las persona en esta categoría que tengan la edad y sin evidencia de inmunidad.
- Recomendada si existe algún otro factor de riesgo (de tipo médico, laboral, de estilo de vida u otra indicación).

□ Jefe de la División de Educación e Investigación del Centro Médico ABC. □□ Investigadora Nacional Nivel II. Profesora, □□□ Profesor del Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente.

Correspondencia:
Halabe Cherem José
jhalabec@abchospital.com
Hamui Sutton Alicia
lizhamui@gmail.com
Fernández Ortega Miguel A.
miguelaf@servidor.unam.mx

Aten Fam 2008;15(5):132-133.

**Vacunación en el adulto:
reacciones secundarias y contraindicaciones**

Vacuna	Reacciones secundarias	Contraindicaciones
BCG	Eritema local, úlcera y linfadenitis regional	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, leucemia, embarazo
Cólera	Diarrea leve	Inmunosupresión grave, embarazo
Difteria	Eritema y dolor local	Hipersensibilidad
Encefalitis japonesa	Reacción local, fiebre, mialgias y síntomas gastrointestinales	Hipersensibilidad
Fiebre amarilla	Fiebre, cefalea, debilidad muscular	Inmunosupresión grave
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Fiebre, eritema, tumefacción	Hipersensibilidad, embarazo
Hepatitis A	Dolor en el sitio de la inyección, fiebre cefalitis, fatiga, náusea e hiporexia	Hipersensibilidad
Hepatitis B	Náusea, fiebre, malestar general, artralgias, mareo, prurito, ictericia, síntomas gripales, dolor abdominal	Hipersensibilidad
Influenza	Dolor en el sitio de aplicación, febrícula, malestar general, mialgias	Hipersensibilidad, embarazo
Meningococo	Dolor local, eritema, tumefacción, fiebre, convulsiones febriles	Hipersensibilidad, embarazo
Neumococo	Eritema, dolor leve, induración en el sitio de la aplicación, exantema, mialgias	Hipersensibilidad
Parotiditis	Fiebre, inflamación leve de las parótidas, erupción, prurito, púrpura y, de forma muy ocasional, sordera y encefalitis	Hipersensibilidad, embarazo e inmunosupresión grave
Polio	Cefalea, vómito y diarrea	Inmunosupresión grave, embarazo, diarrea
Rabia	Cefalea, mialgia, náusea, edema y fiebre	
Rubéola	Artritis aguda y crónica, neuropatía, trombocitopenia	Inmunosupresión grave, embarazo
Sarampión	Fiebre entre el 5º y 12º días, exantema mínimo, malestar general, tos, coriza y cefalea. Dolor y eritema en el sitio de la inyección	Hipersensibilidad, embarazo e inmunosupresión grave
Tétanos	Eritema y dolor local	Hipersensibilidad
Varicela	Exantema y fiebre	Inmunosupresión grave, embarazo

Vacunación en grupos especiales de población

Vacuna	Grupo de riesgo
Influenza	Pacientes con trastornos renales crónicos Diabéticos Pacientes con neoplasias hematológicas Neumópatas Personal de salud Residentes en asilos
Neumococo	Diabéticos Alcohólicos Pacientes con neoplasias Neumópatas Asplénicos Pacientes con trastornos renales crónicos
Hepatitis B	Personal de salud Personal en contacto con sangre o derivados Prisioneros Enfermos mentales Drogadictos Sujetos en promiscuidad sexual
Meningococo	Contacto con individuos con meningococo
Fiebre Q	Veterinarios Personas en contacto con ganado
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Anemia de células falciformes Pacientes con neoplasias hematológicas Asplénicos

Bibliografía

- Halabe J, Hamui A, Lifshitz A, Nellen H, Tapia R. Vacunación en el Adulto. 3ª ed. México. McGraw Hill. 2008.
- Mettens P, Monteyne P. Life-style vaccines. British Medical Bulletin 2002;62:175-86.
- Doherty P. Viral studies illuminate the nature of immunity ASM NEWS 1999;65:1-7.
- Munguía ME, Osuna J, Soberón X. Avances hacia una vacuna recombinante contra el tétanos. En: Cabrera Contreras R, Gómez de León P, Cravioto A. Vacunas. Fundamentos Para su Desarrollo. México. Manual Moderno. UNAM, 1996;61-74.
- Isaacs D y Menser M. Measles, mumps, rubella and varicella. En: Richard Moxon E. Modern Vaccines. Current practice and new approaches. A Lancet Review. Great Britain. Edward Arnold. 1990;50-58.
- Cutts FT. Measles Elimination: Progress and Challenges. En: Plotnik and Mortimer. Vaccines. 4th ed. USA. W.B. Saunders Company. 2004;47-52.
- Krugman Saul and Stevens, Cladd E. Hepatitis B vaccine. En: Plotnik and Mortimer. Vaccines. 4th ed. USA. W.B. Saunders Company. 2004;419-438.
- Dear K, Holden, Andrews R, Tatham D. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000422.
- Vaccine – Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents and Adults. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR. 1999;48:RR-8.
- Recommended Adult Immunization Schedule, by Vaccine and Age Group. United States. [October 2006-September 2007]. Advisory Committee on Immunization Practices. Disponible en URL: www.cdc.gov/nip/publications/acip-list.htm



colima

2009

xxii Congreso Nacional de Medicina Familiar
28, 29 y 30 de mayo

Envejecimiento poblacional y calidad de vida:
el gran reto de la Medicina Familiar

Se otorgará una beca por inscripción grupal

Sede:

Centro de convenciones Allegra, Colima

Informes en
la ciudad de México:
(01 55) 56 22 00 68

<http://www.colegiomexicanomedfam.org.mx>

Informes en Colima:
045 31 23 17 22 00

medfamcolima@hotmail.com
(Dra. Monserrat Salinas Cordero)



Registro en línea:

<http://www.colegiomexicanomedfam.org.mx>

<http://www.ecodsa.com.mx>

Registro a trabajos libres:

<http://www.colegiomexicanomedfam.org.mx>

Fecha límite de recepción de trabajos libres:

31 de marzo de 2009, 18:00 horas

XIX Congreso Mundial de Medicina Familiar WONCA Cancún 2010



19th Wonca World Conference of family doctors

Centro de convenciones

Cancun center

19 al 23 de mayo de 2010

En octubre de 2004 el Consejo Directivo del Colegio Mundial de Medicina Familiar (WONCA) eligió al Colegio Mexicano de Medicina Familiar (Colegio) como organizador del XIX Congreso Mundial de Medicina Familiar. Este Congreso se efectuará del 19 al 23 de mayo del año 2010, en la ciudad de Cancún, Quintana Roo.

El Colegio Mexicano de Medicina Familiar te invita a unirse a más de 6,000 colegas internacionales en Cancún, Quintana Roo, México 2010. Este Congreso permitirá difundir los avances científicos y tecnológicos más relevantes de nuestra disciplina, llamará a la acción a las y los médicos familiares de las diversas regiones del mundo, y permitirá reflexionar sobre el rol técnico y social que la Medicina Familiar debe tener para el logro de las metas internacionales propuestas durante la Cumbre del Milenio del año 2000: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (los ODM).

Con el propósito de facilitar la participación de congresistas mexicanos, el Comité Organizador está impulsando el **Programa de Registro Anticipado**, consistente en el pago gradual de la inscripción a lo largo de varios años (2007 a 2010).

¿Cuáles son los beneficios del Programa de Registro Anticipado?

Descuento automático de USD \$100.00 en el monto de la inscripción al Congreso.

Información anticipada y preferencial sobre descuentos en tarifas de transporte aéreo y alojamiento, así como de tours pre-congreso y poscongreso.

Información periódica de los avances en la organización del evento.

Prioridad de registro en actividades académicas de cupo limitado.

Accesibles pagos semestrales, en número y monto variable según fecha de inscripción.

Informes y registro:

<http://www.wonca2010cancun.com>