



EDITORIAL

- 135** ATENCIÓN FAMILIAR. REFRENDANDO COMPROMISOS Y ABRIENDO HORIZONTES
Gómez Clavelina Francisco J.

CASO CLÍNICO 08-15-6

- 136** FAMILIA DEPRESIVA
Carrasco Becerril María del C.

REVISIÓN TÉCNICA DEL CASO CLÍNICO 08-15-6

- 141** FAMILIA DEPRESIVA
Quiroz Pérez José R. y cols.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 144** EL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO
Peniche Dubón María del C.

IDENTIFIQUE EL CASO A TRAVÉS DE LA IMAGEN

- 146** *Gómez Clavelina Francisco J. y cols.*

TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

- 147** GLUCOCORTICOIDES
Gómez Vera Javier

CARTA AL EDITOR

- 150** ¿FAMILIA SIN FAMILIA?

ÍNDICES VOLUMEN 15 (2008)

- 151** ÍNDICE ANALÍTICO
153 ÍNDICE DE AUTORES
153 ÍNDICE POR MATERIA

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

Dr. Carlos Lavalle Montalvo
Jefe Interino del Departamento de Medicina Familiar

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

ATENCIÓN FAMILIAR

Editor
Dr. Juan José Mazón Ramírez

Editor Ejecutivo
Dr. Carlos Lavalle Montalvo

Editores Asociados
Dr. Miguel Angel Fernández Ortega
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. 6,
noviembre-diciembre de 2008
ISSN 1405-8871

Publicación bimestral del departamento
de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina, UNAM,
circuitos 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 4,000 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@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: _____

Atención Familiar. Refrendando compromisos y abriendo horizontes

Gómez Clavelina Francisco J[□]

El pasado 15 de octubre de 2008, el doctor Miguel Angel Fernández Ortega tomó posesión de la dirección del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, ISSSTE, por lo que dejó la jefatura del Departamento de Medicina Familiar; **Atención Familiar** agradece al doctor Fernández su colaboración de tantos años como director ejecutivo y el staff le desea éxito y un brillante futuro en esta etapa. Como consecuencia de ello, el doctor Carlos Lavalle Montalvo, secretario académico de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, tomó posesión como jefe interino del Departamento de Medicina Familiar, así mismo será editor ejecutivo de **Atención Familiar**, por lo que la publicación agradece su apoyo y colaboración.

Ha transcurrido un año durante el cual **Atención Familiar** ha desarrollado un modelo de edición basado en la difusión de contenido científico, con el propósito de presentar al lector material útil para su actualización profesional y aplicación a la práctica clínica.

En los seis números publicados se incluyeron secciones como caso clínico, en la cual se presentaron y analizaron Estudios de Salud Familiar realizados por médicos familiares. La crítica constructiva de expertos en terapia familiar amplía sin duda alguna la visión de los casos hacia una perspectiva más integradora de los múltiples elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad en los individuos y sus familias.

La sección de abordaje clínico ha sido diseñada para favorecer el ejercicio de análisis de aspectos característicos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las patologías más frecuentes.

La sección de terapéutica farmacológica presenta un resumen de los fármacos que con mayor frecuencia se ocupan en la práctica clínica, con la expectativa de facilitar su revisión y consulta de tal forma que el clínico pueda hacer una selección de los que considere más apropiados a las características específicas de sus pacientes.

Identifique el caso a través de la imagen es una de las secciones más consultadas, ya que los aspectos gráficos que se presentan confirman que “una imagen dice más que mil palabras” y más aun para el profesional médico, quien debe siempre considerar las manifestaciones dérmicas que producen algunas enfermedades, así como signos que son evidentes con la simple observación y que contribuyen al diagnóstico clínico.

Archivos de radioteca busca estimular al lector para que, a través de ejemplos seleccionados, agudice su capacidad de observación y considere a los estudios radiológicos y en general a los ahora llamados “estudios de imagenología” como importantes auxiliares para corroborar o rectificar diagnósticos clínicos.

Se publicó un artículo original, del cual se recibieron comentarios relacionados con aspectos metodológicos cuestionables. Estas valiosas observaciones propiciaron que el comité editorial estableciera procedimientos de arbitraje externo al Departamento de Medicina Familiar, con lo cual se busca evitar sesgos en la revisión. Esto a la vez fortalece al comité editorial y dirige a **Atención Familiar** hacia un funcionamiento más apegado al ideal deseable de las publicaciones científicas: el rigor metodológico, la evaluación imparcial y la fiabilidad en sus contenidos.

En este año también se publicaron las memorias del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar, reunión académica de gran trascendencia que reúne a los especialistas en Medicina Familiar del ámbito nacional, para intercambiar experiencias y presentar sus trabajos de investigación. Esperamos que esta publicación sea un estímulo para el desarrollo de más proyectos de investigación y para la difusión de sus resultados. Asimismo, y como resultado de talleres especiales efectuados durante el congreso referido se publicaron los resultados de la Segunda Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar.

Los editores de **Atención Familiar** agradecen a todos los autores de los artículos publicados durante este año su valiosa e importante aportación, y reiteran una cordial invitación a los interesados en participar y dar continuidad al intercambio de conocimientos y experiencias enviando a **Atención Familiar** sus trabajos de investigación, comentarios y sugerencias. Estamos convencidos de que a través del intercambio de conocimientos y la difusión de la ciencia se contribuye a la consolidación de la Medicina Familiar como disciplina académica.

□ Editor asociado

Correspondencia:
Gómez Clavelina Francisco:
igc@servidor.unam.mx

Aten Fam 2008;15(6):135.

Familia depresiva

Carrasco Becerril María del C.[□]

Ficha de identificación

Nombre de la familia: BA

Domicilio: conocido

Fecha de inicio del estudio: 01 de noviembre de 2007.

Fecha de presentación del estudio: abril 2008.

Número de sesiones con la familia: 10

Religión: católica

Integrantes de familia

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil
Tomás	71	Padre	Profesional incompleta	Ninguna	Viudo
María	40	Hija	Aux. de Educativa	Educativa	Soltera
Juan	28	Hijo	Profesional incompleta	Comerciante	Soltero

Motivo de consulta

María refiere que desea morir al igual que su padre y Juan manifiesta ansiedad con dicha situación. Tomás y María viven el duelo desde hace dos años por la pérdida de Guadalupe (esposa y madre).^a La paciente María ha faltado a sus citas con el médico familiar, no acepta indicaciones de Trabajo social, está renuente a cooperar con apego al tratamiento y acudir a sus citas, porque su padre no acepta más intervenciones médicas que la de su médico familiar y su tratamiento médico mensual para sus patologías crónicas, no acepta la interconsulta con Medicina Interna por derrame pleural basal derecho y síndrome depresivo mayor de dos años de evolución sin mejoría.

Justificación del estudio

Es importante estudiar los ámbitos psicológico, biológico y social de la familia de María, ya que cursan con patologías crónicas degenerativas y un duelo no resuelto, se han presentado diversos episodios de depresión alternados con ansiedad en los tres integrantes de la familia monoparental. El padre refiere que su hija “si tiene sentimientos” porque le ha dicho que si ella muere primero vendrá por él, pero que si él “se le adelanta” que venga por ella.^b

Antecedentes de importancia. Biológicos

Heredo-familiares. Tomás. Padre finado a los 73 y su madre a los 74 años por complicaciones tardías de la *Diabetes mellitus* tipo 2. Único hermano finado a los 54 años por complicaciones tardías de la *Diabetes mellitus*, insulino dependiente. María. Fue producto de la cuarta gesta, presentó sufrimiento fetal agudo por trabajo de parto prolongado.

Mostró buen desarrollo psicomotor, padeció hepatitis viral a los 12 años. Juan. Producto de la octava gesta con preeclampsia y diabetes gestacional.

Patología de importancia.^c Tomás padece de *Diabetes mellitus* tipo 2 de 40 años de evolución, descontrolada, con ceguera total como secuela del desprendimiento de retina del ojo izquierdo y retinopatía diabética en el ojo derecho, con síndrome depresivo mayor, con datos de deterioro psicomotor intenso, presenta hiporexia. Refiere que su hija se enferma porque “quiere” ya que siempre que se enoja o trasgrede su dieta “se pone mal” y no acepta ser llevada al médico. María ha cursado con precordialgia, con crisis de taquicardia sinusal desde noviembre de 2005, disnea de moderados esfuerzos, no acepta revisión ni tratamiento médico, ya que desea morir para estar con su madre, cursa con agudizaciones de gastritis crónica que a los 23 años ameritó internamiento y observación durante 72 hs. Es alérgica a diversos medicamentos, entre ellos a la penicilina. Juan presenta “tic nervioso” en cara.^{ch}

Defunciones. Guadalupe falleció en noviembre de 2005 de un infarto agudo al miocardio posterior a su larga estancia en cama (nueve meses) por complicaciones de la *Diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. En el momento del deceso se encontraba con su esposo Tomás en la misma recámara pero no se dio cuenta debido a la ceguera total, enseguida entró María y Juan, posteriormente hablaron al resto de hijos y familiares. María queda inconsciente después de la entrada de sus amistades.^d

Historia de la familia.^e Fase de matrimonio.^f El matrimonio fue en 1958, tras tres años de noviazgo, con el desacuerdo de la madre de Tomás, debido a que él trabajaba y estudiaba su carrera profesional.^g Al casarse

[□]Especialista en Medicina Familiar

Correspondencia: Carrasco Becerril María del C.
mcarrascobecerril@yahoo.com.mx

Aten Fam 2008;15(6):136-140.

dejó la universidad y ya no concluyó sus estudios, continuó trabajando,^h para sostener a su nueva familia.ⁱ Un año antes había fallecido el padre de Guadalupe, desde entonces tenía dos trabajos^j para ayudar a su madre con los gastos del hogar y los de su hermana menor que aún estudiaba, debido al maltrato que recibía en su hogar decidió casarse, su familia era muy estricta y al casarse cursó con estrés por el hecho de ir a vivir a casa de sus suegros, tener diferentes costumbres alimenticias, una suegra muy exigente y un suegro alcohólico en esa época. Ella estaba anémica,^k recibió tratamiento médico para mejorar su estado de salud y así lograr embarazarse al año de casada. Ella dejó de trabajar y se dedicó exclusivamente a labores del hogar, con lo que ayudaba a sus suegros^l los cuales trabajaban.

Fase de expansión.^m En 1959 Guadalupe queda embarazada. El embarazo fue altamente deseado, esperado por la pareja y por los abuelos paternos,ⁿ recibe atención médica en forma regular y mensual. Las expectativas de la pareja en cuanto al matrimonio eran muy buenas.^ñ Él deseaba tener muchos hijos. En 1960 nace su primer producto, del sexo femenino, de término, obtenida por parto fisiológico atendido en medio particular. Es muy querida por sus padres y por sus familiares paternos. La pareja no acepta control de la fertilidad por desear un hijo varón.^o

En 1961 queda embarazada nuevamente, resurgió el entusiasmo por tener otro hijo, deseaban que fuera varón, recibe atención médica. En 1962 nace por parto eutócico, producto del sexo femenino. La pareja acepta control de la fertilidad con hormonales orales.^p En 1964 queda embarazada nuevamente, con gran entusiasmo en espera del varón tan deseado, recibe atención médica. En 1965 nace por parto eutócico su tercer producto del sexo masculino, de término, sin complicaciones. Presenta buen desarrollo neuropsicomotriz. La pareja acepta control de la fertilidad con hormonales orales.

En 1966 Guadalupe queda nuevamente embarazada, éste es planeado, deseado. En esta época tienen un mejor nivel socioeconómico, y reciben control mensual. Su esposo se encuentra trabajando fuera del estado, pero llega a tiempo al nacimiento de su cuarto producto en 1967, del sexo femenino,

la cual cursó con sufrimiento fetal agudo obtenida por parto eutócico de embarazo de término. Presenta buen desarrollo neuropsicomotriz. La pareja acepta control con hormonales inyectables.^q En 1969 se embaraza por quinta ocasión, planeado, deseado, acude a control mensual. En 1970 nace un hijo varón, de término, sin complicaciones, la pareja acepta control con hormonales inyectables. Debido a que cambia su nivel socioeconómico, Guadalupe tiene que trabajar en un comercio propio de materiales de construcción. Se embaraza en dos ocasiones más y pierde a sus productos en 1973 y 1977 respectivamente, lo cual desencadena malestar con su pareja.

Para 1979 a la edad de 43 años Guadalupe se embaraza por última ocasión, fue un embarazo no planeado; al acudir con los médicos de una institución social le dijeron que era su menopausia y otros que era amibiasis, finalmente al darse cuenta que está embarazada lo acepta, éste fue criticado por su suegra, que nuevamente convive con ella. Acude a control prenatal en forma muy irregular, y en 1980 le detectaron preeclampsia, fue hospitalizada y finalmente nace un varón por parto eutócico,^r de término, sin complicaciones para el producto, la madre permaneció hospitalizada por una semana hasta que estableció cifras tensionales, desde entonces es hipertensa. Es un producto aceptado por toda la familia y el cual recibió la mayoría de los cuidados por su abuela paterna y por la tercer hermana, ya que Guadalupe siguió trabajando.^s

Fase de dispersión. A los tres años la hija mayor es enviada al Kinder, a este cambio se adapta bien la pareja ya que durante los primeros nueve años de casados vivieron con los padres de Tomás y se apoyaron en las funciones de cuidado y afecto.^t Igualmente los demás hijos al cumplir la edad de tres años fueron enviados al Kinder, adaptándose al cambio. La responsabilidad de la administración de la economía en el hogar durante esos nueve años fue desempeñada por la madre de Tomás.^u Posterior a esos años, la pareja cambia de domicilio por factores socioeconómicos, y dejó al cuidado de los padres de Tomás a sus dos primeras hijas para no cambiarlas del colegio particular al que asistían.

En 1971 la pareja y sus tres hijos menores se mudan a una colonia fuera de la ciudad

donde Tomás tenía un terreno propio para terminar de construir su casa. Desde la edad de ocho años hasta los 12 años el tercer hijo (1er varón) fue enviado a casa de los padres de Tomás, por que la madre refirió que al niño lo reportaban en la escuela primaria por que se dormía y al llevarlo al médico éste dijo que era porque extrañaba a sus abuelitos, por tal motivo tomaron esa decisión. Los tres primeros hermanos vivieron con sus abuelos paternos, las mayores hasta terminar la secundaria, después fueron a vivir con sus padres para cursar la preparatoria y sus siguientes estudios, aunque viajaban de la colonia de sus padres a la ciudad. Al quedar sólo el varón con sus abuelos, la tercera hija fue enviada hasta que los dos hijos terminaron la primaria en la misma escuela y regresaron a vivir con sus padres. Tomás menciona que también lo hizo porque no quedaran solos sus padres, y tuvieran la compañía de sus nietos. Los únicos hijos que no se desprendieron de su hogar fueron los dos últimos varones.^v

Fase de independencia. Erick fue el primero en procrear familia, él ocupa el cuarto lugar en los hijos y es el segundo varón. Vive con su pareja y dos hijos en casa propia cerca del domicilio de sus padres. Francisco fue el segundo en procrear familia, él ocupa el tercer lugar de los hijos y es el primer varón. Vive en Guanajuato con su esposa y dos hijos en casa propia, fincada en el terreno de sus suegros. Consuelo fue la tercera en salir del hogar, la primera en casarse por lo civil y por la religión católica, ocupa el segundo lugar de los hijos. Vive con su esposo y tres hijos varones en casa propia cerca del domicilio de sus padres. Rosa fue la cuarta en salir del hogar, la primera de todos los hijos, vive con su esposo de nacionalidad norteamericana en los Estados Unidos de Norteamérica, no desearon ni procrearon hijos.^w

Fase de retiro y muerte. Guadalupe es el primer integrante de la familia que fallece.^x

Crisis familiares.^y Tomás refiere que supieron enfrentar positivamente las crisis normativas: matrimonio de la pareja, los embarazos y nacimientos de cada uno de sus seis hijos, ahora que Tomás es viudo reconoce que su esposa fue “una santa”.

También refieren que pudieron manejar en forma aceptable las etapas de crisis no normativas tales como: las hospitalizaciones

y cirugías de sus dos primeras hijas, tuvieron el apoyo de los padres de Tomás para el cuidado del resto de sus hijos. También lograron superar la hospitalización de la tercera hija que cursó con síndrome doloroso abdominal, que les habían dicho que era apendicitis y resultó ser una crisis de gastritis aguda, tuvieron el apoyo de los hijos mayores. Durante los LUI de Guadalupe en sus dos abortos no requirió hospitalización y contaron con el apoyo de dos de las hermanas de Guadalupe para acompañarla junto con su esposo.^z

Tipología familiar^{a*}

- Con base en su estructura: monoparental.
- Con base en su desarrollo: moderna.
- Con base en su demografía: urbana.
- Con base en su integración: desintegrada.
- Con base en su tipología: empleada.

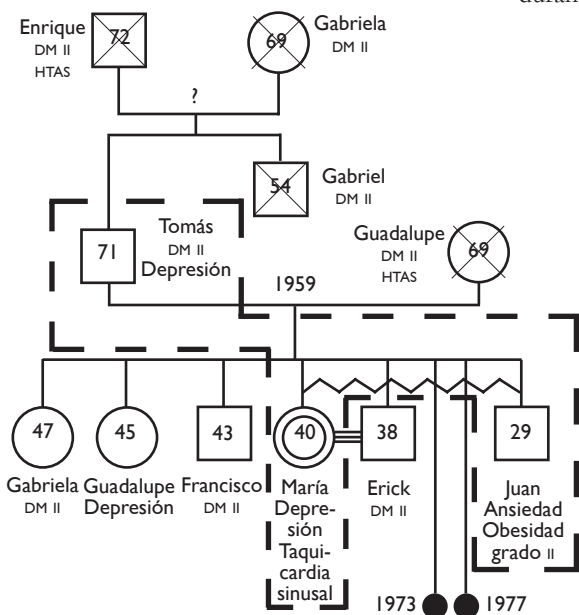
Etapas actuales del ciclo vital familiar.^{b*} De acuerdo con la clasificación de Geyman, la familia se encuentra en la fase de retiro y muerte, viven la nostalgia de la pérdida de Guadalupe y en fase de dispersión ya que el hijo menor asiste a la universidad, y de independencia porque los cuatro hijos mayores ya se han retirado del hogar familiar para formar sus propias familias.

Ámbito social

Ingreso familiar y distribución. Se desconoce la cantidad de ingreso de la familia ya que no la ha precisado, pero refieren que Juan (el

Estructura Familiar

Genograma sociodinámico



hijo soltero) es el que sustenta los gastos del hogar en forma total, los ingresos de María los ocupa para sus propias necesidades y aporta alimentos al hogar. Las hijas casadas les dan ayuda económica con motivo de celebraciones para Tomás, una hija le da una ayuda económica mensualmente a su padre lo cual administra María. Con la ausencia de Guadalupe, Tomás se ha deprimido y actualmente ya no desea colaborar en nada, tampoco acepta consejos.^{c*} Juan administra los ingresos y trabaja para proporcionar los gastos de subsistencia, poseen casa propia, negocio propio, hay un automóvil compacto propiedad de la hija, la cual paga los gastos del mismo. Juan acude a universidad particular cercana a su domicilio.^{ch*}

Vivienda. Habitan en casa propia de una planta, en una zona popular, cuentan con sala-comedor, cocina-antecomedor, cuatro recámaras, un baño completo, y medio baño, un cuarto utilizado como bodega, patio, cochera para dos automóviles. Algunos muebles los poseen desde hace varios años y se encuentran en aceptables condiciones. En cada habitación hay una televisión, cuentan con lavadora y secadora de ropa, estufa de gas, refrigerador. Cuentan con un automóvil vw.^{di*}

Alimentación. El Padre de familia sólo hace dos alimentos al día por que así se siente bien en su salud: el desayuno y la comida. María también hace dos alimentos en el hogar: la comida y la cena, el almuerzo lo realiza durante el recreo en la escuela donde labora.

Juan realiza dos alimentos al día. Su dieta es variada y balanceada, María prepara los alimentos.

Recreación. Tomás es visitado todos los lunes por el sacerdote de la iglesia católica de la colonia para darle la comunión, los hijos no acuden a misa. El hijo ocasionalmente sale con sus amigos a pasear y algunos domingos con la novia.^{ej*} María suele salir a pasear más con su segundo hermano varón (Erick) y familia, que con su hermana y cuñado que viven cerca de su domicilio, a decir de ellos por tener diferentes gustos. María perdió el placer por escuchar música, ve televisión en las noches, visita a dos sobrinos de 10 y de ocho años respectivamente, hijos

de su hermano Erick que viven cerca, ya no sale a nadar o a comer con sus amistades del Colegio donde labora.

Adicciones. No se registraron.

Utilización de los servicios de salud y sociales. El padre de familia es el único que recibe atención de una institución de seguridad social. El hijo no es derechohabiente, acude a nivel particular cuando lo necesita. La hija tiene derecho a seguridad social, sin embargo no lo ha utilizado por falta de tiempo, refiere que prefiere acudir a nivel particular cuando lo necesita.^{ef*}

Participación comunitaria. Hace años el padre participaba en partidos políticos y la madre asistía con frecuencia a la Iglesia de su comunidad. La familia no participa en grupos comunitarios, asociaciones civiles ni de carácter social ni religioso, no se encuentran inscritos a ningún club. Debido al trabajo de Juan, que es atender una lechería de Liconsá, mencionan ayudar a la comunidad a consumir la leche a bajo precio ya que el litro cuesta cuatro pesos.

Ámbito laboral. Juan quedó en lugar de Tomás como concesionario de la lechería, y se encarga de todo lo relacionado con la misma. Refieren haber sufrido un asalto en diciembre de 1987,^{eg*} este evento repercutió más en la madre, ya que desde entonces padeció de *Diabetes mellitus*.^{eh*}

Se realizó evaluación del estrato socioeconómico con el método de Graffar con 12 puntos, se ubicó como familia de nivel medio bajo.^{ei*}

Ámbito biológico. Actividades médico preventivas realizadas. María refiere no necesitar de métodos anticonceptivos por no tener vida sexual activa. Los esquemas de inmunizaciones de los tres integrantes de la familia se encuentran al corriente de acuerdo con su edad. Acuden a servicios de odontología en forma particular ocasionalmente y refieren les han dado medidas preventivas. Conocen y siguen lo más posible las medidas de saneamiento de su vivienda. La higiene personal de cada uno es satisfactoria, uno de los hijos casados, Erick, baña al padre cada tercer día.

Ámbito psicológico. Funciones familiares básicas.^{ej*} De acuerdo con la jerarquía de necesidades establecidas por A. Maslow, este grupo familiar tiene cubiertas las necesidades elementales. El cumplimiento de los roles

de cada uno de los miembros de la familia son bien adoptados, los límites son claros, no se aprecia tendencia a la rigidez.^{k*} Existe afecto entre los subsistemas paterno filial, y filial. El padre sigue lamentándose el no tener a su compañera y cada vez que platica con alguien la refiere como “una santa”. No les gusta ampliar su círculo de amistades y casi no aceptan amistades del resto de sus hermanos. La función de cuidado de los hijos hacia el padre viudo se lleva a cabo, así como de los hermanos solteros entre sí, y de los hermanos casados con los solteros y su padre.

Crisis familiares actuales.^{l*} La actual crisis no normativa, el fallecimiento de Guadalupe no ha sido aceptado,^{m*} y tanto Tomás como María esperan que “venga por ellos”. Manifiestan falta de deseo de seguir viviendo. Otra crisis no normativa actual es la situación económica^{n*} que tiene que manejar Juan de la mejor manera posible, como son el pago de medicamentos, alimentación ya que él se hace cargo de la gran mayoría de los gastos.

Estudio de la interacción familiar.

Para el estudio de la familia es necesario considerar dos aspectos fundamentales:

- La estructura familiar y funcionalidad familiar por medio del genograma. ^{n*}
- La funcionalidad familiar, por medio de diversos instrumentos, entre ellos: 1. FACES III facilita valorar tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.^{o*} 2. Holmes para valorar los eventos que provocan estrés y el grado de crisis provocada. 3. APGAR familiar para valorar el grado de satisfacción intrafamiliar.^{p*}

Al aplicar el test de FACES III: Tomás en cohesión 30 puntos, en adaptabilidad 28 puntos. María en cohesión 26 puntos, en adaptabilidad 13 puntos. Juan en cohesión 24 puntos, en adaptabilidad 12 puntos.

Al analizar la puntuación obtenida de cohesión da: una familia no relacionada, y en adaptabilidad encontramos que mientras el padre es flexible, los hijos son rígidos. De acuerdo con el test de FACES III se trata de una familia no relacionada-rígida. Al aplicar el test de Holmes: los tres integrantes están pasando por una crisis severa al cuantificar más de 300 puntos cada uno, sus puntuaciones en orden decreciente fueron Juan con 544 puntos, Tomás con 456 puntos y María con 332 puntos.

Al aplicar el test de APGAR familiar se obtuvieron estas puntuaciones: Tomás y Juan con 3 puntos cada uno, y María con 2 puntos, lo cual demuestra que los tres tienen disfunción grave.

Genograma. Para María la figura más relevante es su padre y la más alejada con comunicación indirecta es Juan. Con el resto de los hermanos hay adecuada comunicación y afecto, a excepción de la hermana mayor que vive en el extranjero con la cual hay comunicación con agresión subliminal y carece de afecto.^{q*}

Identificación y jerarquización conjunta de problemas.^{r*} Se jerarquizaron los problemas familiares una vez evaluada la magnitud y trascendencia de los factores de riesgo, así como la vulnerabilidad y factibilidad para incidir sobre ellos: a) Padecimientos crónicos en María, duelo no resuelto. b) Padecimientos crónico degenerativos en Tomás, duelo no resuelto. c) Trastorno de ansiedad en Juan. d) Disfunción familiar por problemas de comunicación entre el padre y los hijos.

Factores de riesgo individuales y familiares^{s*}

La patología orgánica que presenta Tomás está relacionada directamente con la disfuncionalidad familiar.^{t*} Al acudir a las entrevistas a María se le indica cuáles son los factores de riesgo que pudieran evitar para no tener mayores problemas individuales con la consecuente repercusión familiar.

- La falta de compromiso de Tomás en el control de sus padecimientos, su rebeldía y renuencia al cumplimiento de las indicaciones médicas, así como la no aceptación de su viudez.
- La falta de compromiso de María en el control de sus padecimientos y el no aceptar ayuda institucional para los mismos, el no admitir la pérdida de su madre.^{u*}
- El que Juan tenga la responsabilidad económica.
- La falta del deseo de seguir viviendo de Tomás y María.

Plan de manejo conjunto^{v*}

Desde las etapas iniciales en que se identificaron los problemas de salud tanto a nivel individual como familiar.^{w*}

A María se le ha hecho énfasis en las medidas necesarias para el manejo de la

gastritis crónica, el cólico vesicular, para controlar la precordialgia y taquicardia sinusal, la depresión. Ella ha seguido ocasionalmente las indicaciones, lo cual ha repercutido en mejorar su nivel de salud.^{x*}

Para mejorar la funcionalidad familiar se ha llevado al domicilio al médico cardiólogo, a un médico familiar con maestría en Tanatología para que superen el duelo de la mejor manera posible,^{y*} a lo que Tomás contestó que el tanatólogo es el “abrecaminos” y la hija se negó a dialogar con ellos. Desafortunadamente no se ha logrado gran control sobre Juan ya que como no es derechohabiente evita acudir a las sesiones con la psicóloga que se le indicó, estuvo durante una sesión con el tanatólogo, pero por motivos de trabajo no estuvo en las siguientes sesiones.

Evolución y seguimiento^{z*}

Tomás recibe las indicaciones de su médico familiar, del grupo de ADEC, del cardiólogo sin llevarlas a cabo estrictamente. Le han favorecido las sesiones con el tanatólogo ya que platica abiertamente con él de diversas situaciones de su vida. María se niega a recibir comentarios sobre su enfermedad y su vida, pero se ha visto que sus cuadros dolorosos ya no son tan frecuentes, por lo que ha cuidado su alimentación y el excederse en realizar esfuerzos.^{aa*} Juan ya no tiene el tic nervioso, sigue con ansiedad leve ya que siente que al ser el menor de los hijos tiene que llevar toda la responsabilidad económica de su padre y hermana soltera. Se está tratando de que mejore la comunicación con su hermana María. Su vida sentimental ya se ha estabilizado^{bb*} y ya efectúa ejercicios cardiovasculares de 3 a 4 veces por semana y procura apegarse más a una dieta libre de grasas. La relación entre María y su padre ha mejorado desde que falleció Guadalupe,^{cc*} pero el carácter explosivo y enérgico de María a veces es difícil de controlar, el resto de hermanos (as) y el padre son los que mejor se controlan para evitar conflictos mayores.^{ch*}

Pronóstico

Para Tomás el pronóstico es reservado^{dd*} debido al avance del daño orgánico que han provocado las complicaciones de la *Diabetes mellitus*, no es insulino dependiente, la visita

a su domicilio por diversos médicos ha colaborado a mejorar su aspecto y su apego al tratamiento aunque aún falta trabajar con el médico familiar y el tanatólogo para la superación del duelo y el mejor apego a su dieta y tratamiento médico. Para María el pronóstico es incierto ya que no acepta colaborar, diciendo tanto a familiares como a los médicos que respeten su vida,^{e**} que si no entienden que ella sólo desea morir, porque los demás ya están con sus parejas, algunos tienen hijos, pero que ella a nadie le hace falta, piensa terminar el ciclo escolar y renunciar a su trabajo de educadora para quedarse en su recámara. Es necesario redoblar esfuerzos y encontrar alguna motivación en su vida y que el médico familiar siga trabajando muy de cerca con ella,^{f**} no acepta hablar con la enfermera, trabajadora social, o doctora de ADEC, es déspota y evita el diálogo con ellas, al cardiólogo sólo lo saludó y dijo que no aceptaba ninguna revisión, del tanatólogo se escondió en su recámara y no salió hasta que se fue.^{g**} Para Juan el pronóstico es favorable, ya que ha entendido que como a él le heredaron el negocio tendrá que subsanar los gastos de su padre, pero piensa que su futuro se verá recompensado cuando forme una familia, él ha mejorado la comunicación con su familia de origen y dejar de ser un punto problemático.^{h**}

Comentarios^{i**}

La familia en estudio^{j**} es por sus características: monoparental, urbana, moderna, desintegrada, obrera, en fase de independencia y retiro-muerte. Los diagnósticos a nivel orgánico son enfermedades crónicas degenerativas en su mayoría. Tomás con *Diabetes mellitus*, no insulino dependiente, derrame pleural basal derecho, ceguera total en ambos ojos, síndrome depresivo crónico. María con gastritis crónica, litiasis vesicular, taquicardia sinusal, síndrome depresivo, que nos orienta a pensar en una insuficiencia cardíaca ya que se ha aunado disnea de medianos esfuerzos. Juan con obesidad grado II, con síndrome de ansiedad en control. Hay disfunción familiar^{k**} en los subsistemas: parental y fraternal, hay dificultad para establecer una comunicación cordial. La necesidad sentida por el caso pista, Tomás, es que desea estar con su esposa. La necesidad sentida por el médico tratante: es

el de mejorar la comunicación^{l**} familiar y con esto la funcionalidad familiar y la superación del duelo.

De acuerdo con los niveles de implicación con la familia, de Doherty y Baird, no se debe subestimar el escuchar las preocupaciones de la familia, averiguar y preguntar en forma respetuosa al abordar la enfermedad de un familiar.

Los niveles de intervención son:

- El nivel II: información y consejos médicos continuos. El médico comprende la naturaleza triangular de la relación médico-paciente-familia. El médico familiar sabe que escuchar con respeto es la clave de este nivel.
- El médico actúa al preguntarle al paciente sobre la forma en que los familiares hacen frente a su enfermedad, para mejorar el apego al tratamiento de las enfermedades crónicas de la familia.
- El nivel III: sentimiento y apoyo. El médico familiar a través de la realización de este estudio de salud familiar con el seguimiento durante 10 sesiones ha logrado profundizar su conocimiento del desarrollo de esta familia y la forma en que reacciona ante el estrés. El médico es consciente de cómo puede afectar su actitud ante el paciente y sus familiares. A través de diversas entrevistas con la familia en estudio se ha averiguado sobre las preocupaciones y sentimientos, que es el inicio de una integración plena de los sistemas familiares en la práctica de la Medicina de Familia.
- El nivel IV: evaluación e intervención. Detectar y tratar inicialmente el síndrome depresivo y canalizar con un psicoterapeuta familiar a los pacientes, lo cual ha ocasionado una disfunción familiar moderada.^{m**}

El desafío en este caso consiste en valorar en forma adecuada el papel que desempeña el estrés familiar, el duelo no resuelto, la depresión en los síntomas de cada integrante de la familia con un enfoque biopsicosocial, evaluar la dinámica familiar que contribuye a ocasionarlos y decidir si la disfunción familiar se debe derivar a un especialista en salud mental ya que con atención primaria no ha mejorado, para ayudar a los miembros de la familia a afrontar la situación y superarla de la mejor manera posible. La comprensión de

la influencia de la estructura - funcionalidad de esta familia en la salud de cada uno de sus miembros es de gran trascendencia, pues ha influido tanto en el desarrollo y agudización de enfermedades como en el abordaje del tratamiento médico y psicoterapéutico.^{n**}

Bibliografía

- Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER, Terán Trillo M, y cols. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de genogramas. Arch Med Fam. 1999;1(1):5-12.
- Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de salud familiar. En: Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ (Eds). Fundamentos de medicina familiar. 5ª ed. México. Medicina Familiar Mexicana. 1998;101-104.
- Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Terán Trillo M, Fernández Ortega MA y cols. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam 1999;1(1):13-20.
- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Fernández Ortega MA, Mazón Ramírez JJ. Orientación familiar o terapia de familias. Disyuntiva del médico familiar. Bol Med Fam 1998;5(3-4):20-22.
- Irigoyen Coria A, Morales de Irigoyen H. Nuevo Diagnóstico Familiar 1ª ed. México. Medicina Familiar Mexicana. 2005; 61-64.
- Medalie JH. Los elementos de una Historia Clínica Familiar. En: Medalie JH, edit. Medicina familiar. Principios y práctica. México. Limusa. 1987;393-401.
- Satir V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax. México. 1994.

Familia depresiva

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

- ^a La definición del motivo de consulta es confusa, refiere varios motivos como son la falta de apego al tratamiento, que tal parece que es de toda la familia, otro motivo es la depresión, otro el derrame pleural, el duelo no resuelto.
- ^b La visión médico-familiar al manejar familias debe ir más allá y explicar el porqué quiere hacer el estudio de salud familiar, existen muchas situaciones que hacen sufrir a la familia por ejemplo: la existencia de un duelo patológico, una depresión con la posibilidad de acabar en suicidio por parte de María, la situación social de esta familia, al parecer María que tiene 40 años no ha logrado realizarse en su trabajo ni en su familia, y por último serían las enfermedades crónico degenerativas que los aquejan, por la magnitud de los problemas se puede justificar el estudio, pero además hay trascendencia, importancia, y también lo justificaría el encontrar los recursos que tiene esta familia para resolver su problemática.
- ^c El médico utiliza un formato de estudio de salud familiar del año 2000, que ya no es vigente. El apartado debe llamarse Enfermedades agudas y crónicas, en éste se describen las enfermedades de los miembros de la familia, su evolución, seguimiento y manejo, así como el involucramiento del resto de la familia con los miembros que están enfermos.
- ^{ch} El médico utiliza una narración hasta cierto punto anecdótica, que difiere de la narrativa médica objetiva y concisa, por lo que da la impresión de ser un estudio poco serio, en este rubro se debe hablar de patología orgánica.
- ^d Los sucesos alrededor de la muerte de Guadalupe son muy importantes y nos permiten entender el porqué les cuesta tanto trabajo el elaborar el duelo de la pérdida, sin embargo, escrito en un apartado en que se deben plasmar los antecedentes hereditarios y patológicos resultan anecdóticos y le restan la importancia que tienen.
- ^e Cuando se utiliza el ciclo evolutivo de la familia de Geyman para narrar la historia familiar, se corre el riesgo de carecer de los antecedentes del origen de la pareja que forma la familia, los cuales son muy importantes para clarificar qué los unió como pareja, y si ese motivo aún los sigue uniendo, se desconocen cuáles fueron las características que vio uno del otro y qué les representaban para su vida futura.
- ^f Aunque la paciente identificada es María, el médico describe a la familia ascendente, como si hubiera interrogado a Guadalupe (la cual falleció dos años antes), relata los pormenores como sus aspiraciones y expectativas para formar una familia, así como los convenios que realizó con Tomás. Llama la atención la descripción sin problemas que hace de su vida familiar, incluso hasta llevar control de la fertilidad y embarazos con control prenatal cada mes, lo cual no se estilaba en aquella época. No señala la interrelación de las etapas del ciclo vital familiar con los valores, reglas, la satisfacción y cumplimiento de las expectativas individuales, de pareja y de grupo.
- ^g Se carece del dato de cuáles fueron las características del noviazgo, y las expectativas con las que se formó la pareja. Si existía desacuerdo en la familia de Tomás, no dice ¿por qué?, tampoco cuál era la posición de la familia de Guadalupe. Da la impresión de que el médico no le dio la debida importancia a la formación de esta pareja durante el noviazgo, y se corre el riesgo de que se escapen muchos datos importantes para el estudio de la familia, también mezcla en este apartado datos que son importantes para el desarrollo del matrimonio, pero manejados de manera superficial.
- ^h Sería adecuado conocer en qué trabajaba él y sobre todo si este trabajo le satisfacía, ya que estaba forzado a trabajar.
- ⁱ Este suceso ¿le permitió darle un nuevo sentido a su vida o le marcó de manera negativa al frustrar sus expectativas tanto de él, como de su familia, de ser profesionista?
- ^j Es importante saber en qué trabajaba, ya que tal parece que existiera alguna situación de explotación, si se tuviera ese antecedente nos aclararía ciertos comportamientos de ella.
- ^k Este dato está incompleto y es importante, ya que nos daría un mejor conocimiento de la paciente, sobre todo si su anemia se debía a malnutrición, ya que si tenía dos trabajos y la posibilidad de invertir en su alimentación, el estar mal nutrida implicaría mal trato familiar.
- ^l ¿Esto podría interpretarse en el sentido de que ella se convirtió en la ama de casa de la familia, o en la sirvienta de la familia?

[□] Coordinador de evaluación, ^{□□} Profesor de asignatura "A" TC, Departamento de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente.

Correspondencia:
Quiroz Pérez José R
joserubenquiroz@usa.net

Aten Fam 2008;15(6):141-143.

- ^m Como relato ginecoobstétrico es deficiente, también como narración de la historia familiar, ya que no profundiza sobre los aspectos familiares necesarios para su desarrollo.
- ⁿ No se menciona a los abuelos maternos, ¿acaso Guadalupe rompió relaciones con su familia?
- ^ñ Este dato debería ir en la fase de matrimonio.
- ^o En ese año no había metodología de la anticoncepción como la tenemos concebida actualmente, por lo tanto no se ofrecían los métodos actuales, en los años 60 en algunas instituciones se empezó a probar alguna metodología, pero fue en los años 70 en que se inicia el acceso al público en general, con la debida promoción.
- ^p No existían.
- ^q Los anticonceptivos inyectables fueron posteriores a los orales que iniciaron en los años 70.
- ^r Es importante personalizar a los individuos que componen las familias que estudiamos, el médico no pone los nombres de los hijos y sólo se refiere a ellos como números, lo que le impediría relacionarse adecuadamente con ellos.
- ^s Tal parece que una de las características de esta familia es la gran capacidad de trabajo, además de la aptitud para cambiarlo y encontrarlo, pero no se detalla este recurso.
- ^t ¿Cuáles fueron las repercusiones para la relación de pareja y en la formación de los hijos? ¿Quién proporcionaba mayormente las funciones parentales?
- ^u ¿Qué significado y repercusión tuvo esta situación para la funcionalidad de la familia?
- ^v Aquí se puede inferir que los hijos como producto de la cultura en la que viven son utilizados para cuidar a los ancianos. Este puede ser un valor importante en la familia, pero no fue replicado por los nietos de Tomás y Guadalupe. Pudiera ser que María sea la designada para hacer estas labores, es probable que por ello no tenga otro tipo de vida con otras personas, y que le sea muy difícil vivir ahora que su madre falleció y su padre está a punto de hacerlo.
- ^w La información vertida en esta sección está incompleta, ya que sólo se describen algunos elementos de cada etapa, lo cual no sirve para el estudio completo de la familia en cuestión.
- ^x En otros incisos del estudio hace una descripción dramática de la muerte de Guadalupe, y no en esta sección que es en la que debió realizarla, además en ningún lado menciona las repercusiones que tuvo en cada uno de los individuos que conforman la familia. Ante este hecho nos hacemos las siguientes preguntas ¿La familia es tan depresiva que contagia a los que se ponen en contacto con ellos? ¿Los sentimientos en la familia se ocultan a los extraños? ¿Al médico le dio miedo abordar los sentimientos? ¿Existe riesgo de que la familia se desborde en sus sentimientos si se tratan asuntos tan álgidos?
- ^y No existe una narración adecuada para formarse la idea de que hubo crisis, el autor del estudio menciona que las hubo y que fueron resueltas, pero no dice cómo las resolvieron porque tal pareciera que la familia es muy eficiente y tiene muchos recursos para solucionar las crisis a las que se enfrenta, sin embargo esta crisis que están viviendo no tiene trazas de resolverse positivamente como lo hicieron con las anteriores. Nos hacemos las siguientes preguntas ¿Cómo enfrentó Guadalupe vivir nueve años con sus suegros? ¿Estuvo de acuerdo con que los hijos se quedaran a vivir con los suegros? Esta familia ha pasado por más crisis que no se describen.
- ^z Se dan muchos datos de enfermedades que no se mencionaron en el apartado correspondiente y que deberían ser mencionados ya que provocaron crisis en la familia, es muy importante conocer cómo la manejaron, ya que actualmente no han resuelto la crisis de las enfermedades que les aquejan.
- ^{a*} ¿En la tipología de la familia cuál fue clasificada, la de Tomás o la de María?
- ^{b*} El médico tiene mucha confusión en cómo abordó la familia, la de Tomás, uniparental, en fase de retiro y muerte, o la familia de María, que vive con un padre pensionado y un hermano productivo e independiente; o es la familia de Juan con un padre pensionado muy enfermo y una hermana funcional pero enferma física y emocionalmente. Las etapas las marca el primer hijo, la familia de Tomás entró en fase de independencia cuando la primera hija empezó a trabajar.
- ^{c*} Queda la duda si estos juicios son elaborados por la familia o son del médico que realizó el estudio.
- ^{ch*} Existe la duda sobre de quién es la des-organización, si es de la familia o del que hizo el estudio, la primera por no tener un orden para registrar y distribuir los ingresos, o fue del investigador que no le preguntó a la persona adecuada.
- ^{d*} Falta describir condiciones de higiene, ventilación, material de construcción de la vivienda, zoonosis, disposición de basura, servicios públicos, que son datos más importantes que la marca del automóvil que tienen.
- ^{e*} No se había mencionado este elemento en la historia de la familia y es muy importante sobre todo si se mencionara cómo influye en el comportamiento de Juan, si siente el suficiente apoyo para soportar la dinámica de la familia en la que vive. En este estudio de salud familiar se muestra a Juan como periférico y no se describen muchas cosas de él y hay que tomar en cuenta que es éste quien maneja el negocio familiar y quien da aparentemente el mayor aporte económico.
- ^{f*} Falta describir la accesibilidad a los mismos.
- ^{g*} Esta crisis no se refiere en el apartado específico ni en la historia familiar.
- ^{h*} Comúnmente se describen antecedentes, accidentes, incapacidades y el impacto en la salud familiar, en este punto se omitieron los datos de María.
- ^{i*} Esta última parte se debe describir en el apartado de Estudio de la interacción familiar.
- ^{j*} No se describen las funciones familiares básicas, se habla de las necesidades individuales.
- ^{k*} Esta conclusión es dudosa, al empezar porque no se describe cuál es el rol que tiene cada uno de ellos, existe mucha confusión en la familia y en el médico que hizo el estudio, ¿quién tiene el rol de proveedor?, ¿quién de ama de casa?, ¿quién el de cuidador del discapacitado?, etc. No hay evidencias que fundamenten el que los límites sean claros, tal pareciera que es al contrario, ya que hay evidencias de intrusión hasta de los médicos que atienden a los miembros de la familia.
- ^{l*} Ésta descripción debería estar en el apartado de Crisis familiares
- ^{m*} La cronicidad de esta crisis habla de la incompetencia que tiene la familia para resolver sus crisis.
- ^{n*} No concuerda con lo referido en el estudio de su situación económica.

- ^{n*} El genograma no valora funcionalidad, solo permite recabar información de la familia.
- ^{o*} El FASES III no explora comunicación. No explica por qué se eligió este instrumento ni por qué es el indicado para este caso.
- ^{p*} Se desconoce si se aplicó en sus dos partes para la calificación de la familia, ya que no se describe cómo lo aplicó.
- ^{q*} Hace diagnósticos con el Genograma que van más allá de lo que se obtiene al realizarlo.
- ^{r*} Si el estudio es familiar la jerarquización de los problemas está invertida, el principal problema es la disfunción familiar y el duelo no resuelto, que si bien es cierto lo propicia en gran medida la problemática individual no están por encima de la familia.
- ^{s*} No se mencionan los factores de riesgo en lo individual ni en lo familiar, solo se hace una disertación vaga de los que el autor considera adecuado.
- ^{t*} Podría ser al revés que la patología de Tomás estuviera produciendo la disfunción familiar.
- ^{u*} Habría que hacer la distinción entre que si no quiere y no puede, es posible que no sea falta de compromiso, sino que ella no puede en este momento.
- ^{v*} Es muy evidente la necesidad del médico para implementar medidas no solicitadas o realizadas en conjunto con la familia, él decide que esta bien o no para la familia, en una actitud paternalista, o sobreinvolucrada con la familia. Tal parece que tuvo problemas para poner distancia sana y terapéutica con la familia.
- ^{w*} Sería muy importante que los que identificaran los problemas y decidieran resolverlos fueran los propios pacientes, ya que con las acciones del médico sin la participación de la familia no se van a resolver, como lo describe en este mismo párrafo.
- ^{x*} Estos datos no fueron reportados en enfermedades agudas y crónicas.
- ^{y*} Con estos datos queda la duda de que si ésta es la forma de modificar los aspectos de funcionalidad familiar. ¿Es ético obligar a los pacientes a hacer o a recibir una terapia que no tiene?, ¿el médico familiar debe llevar a los otros médicos al domicilio de los pacientes aunque estos no lo quieran?
- ^{z*} ¿De que se hace seguimiento, de los problemas biológicos o de los problemas familiares?
- ^{a**} Con estos datos surgen las siguientes preguntas: ¿El paciente tiene deseos de seguir viviendo?, ¿el prolongarle la vida le ayuda a no sentirse sólo y sin la compañía de la que fue su compañera de vida?, ¿Se está propiciando una vida digna a un individuo con tantas limitaciones y discapacidades? Y ¿hasta dónde debe llegar el médico familiar?
- ^{b**} Debe aclarar de quién es el dato. Si es de Juan ¿qué problemas sentimentales tenía?
- ^{c**} ¿Cómo era antes?
- ^{ch**} Por la redacción da la impresión de que la persona hace el estudio de salud familiar conviviera con ellos y los va guiando a lo que necesitan.
- ^{d**} Es malo, no reservado.
- ^{e**} Tiene razón, la han querido manipular o tratar sin su consentimiento.
- ^{f**} El médico familiar le debe ayudar a que ella encuentre un sentido de vida y con el medicamento para su depresión.
- ^{g**} Este punto corresponde a una crisis no a un pronóstico, debido a que esta paciente cursa con un estado depresivo profundo, al igual que el resto de los integrantes de la familia, lo cual no se menciona en el apartado correspondiente, y este punto es de suma importancia para el fin del estudio.
- ^{h**} ¿Cuál era el problema?
- ^{i**} Se hacen comentarios sobre diagnósticos que no se sabe cómo o porqué se hicieron, al parecer no se aprecia mejoría a pesar de todo el esfuerzo del médico.
- ^{j**} Llama la atención que en el comentario mencione cuál es el diagnóstico de la familia.
- ^{k**} La familia más que disfuncional es patológica y puede considerarse como: "familia deprimida", ya que no tiene problemas en la comunicación, sino en las emociones, sentimientos y en el estado de ánimo, la familia está siendo incompetente, se está aislando y tiene muchos problemas en su funcionamiento como grupo, no hay liderazgo, el clima social es malo, no hay objetivos comunes, los roles no están bien definidos, etc. Con todos estos datos si se puede hablar de una familia patológica.
- ^{l**} Este propósito que tiene el médico tratante es muy vago, a qué parte de la comunicación se refiere, ¿a la instrumental o a la afectiva, a la comunicación verbal o no verbal?, ¿o su objetivo es mejorar la comunicación depresiva que tienen los pacientes?
- ^{m**} De ninguna manera es una disfunción familiar moderada, es probable que estos lineamientos sobre la consejería que debe desempeñar el médico familiar sean buenos en las familias con disfunciones, pero en una familia con estas características es muy difícil que den resultados.
- ^{n**} Con este comentario da la sensación de que el médico a pesar de su muy buena voluntad no pudo comprender la magnitud del problema, que no hizo un diagnóstico integral, y por lo tanto sus acciones que han sido mayores a las esperadas de un médico comprometido serán infructuosas.

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.

El Modelo de Arbitraje Médico

Peniche Dubón María del C. □

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto, consagra el derecho a la protección de la salud como elemento necesario para el bienestar físico, psicológico y social, que propicie una vida plena.¹

La Ley General de Salud constituye el cuerpo legal, en el que se establecen las bases jurídicas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, pues define el contenido básico de la Salubridad General y determina la conformación del Sistema Nacional de Salud, establece sus objetivos y el modelo de operación mediante mecanismos de coordinación, concertación e inducción. Así mismo, distribuye las competencias en materia de Salubridad General entre el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud (SSA) y los gobiernos de los Estados.

La prestación de servicios de salud comprende todas las acciones realizadas en beneficio del individuo y sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y colectividad. Por su parte, la atención médica se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, a través de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, brindadas en instituciones públicas, sociales, privadas y de seguridad social.²

En ese sentido, la prestación de servicios de atención médica se realiza para beneficiar a los pacientes, y la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que la conforman aportan beneficios importantes; sin embargo, pueden existir deficiencias, como el riesgo de que ocurran situaciones adversas.

Por cuanto hace a la relación jurídica que se establece con los profesionales y las instituciones que prestan los servicios, los medios judiciales de defensa aparecieron en el área de la salud, ante la necesidad de proteger a las personas que resulten afectadas, por deficiencias que producen daño. De igual forma, es necesario mencionar que los medios alternativos de solución de controversias consisten en una amplia gama de mecanismos y procesos (conciliación, mediación, arbitraje, etc), destinados a ayudar en la solución de conflictos.³ Estos medios no tienen intención de suplantar la justicia ordinaria, persiguen complementarla, al encontrar el procedimiento que mejor se adapte a la resolución de cada disputa. Por ello el arbitraje se perfila como uno de los instrumentos principales en la solución de conflictos, prueba de esto es su empleo en el ámbito internacional pues constituye, por excelencia, el mejor método de resolución de controversias.

El arbitraje ha cobrado mayor relevancia, lo que ha producido que se incremente su utilización, ya que se trata de un instrumento práctico y útil, y entre otras cosas, permite no caer en la avalancha de asuntos que se atienden en tribunales. Así, el crecimiento del arbitraje surge por que cada vez es más visto como el sistema idóneo que otorga a las partes, entre otras cosas, abreviación del tiempo empleado para resolver conflictos.⁴

En este contexto, la población mexicana requería de mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyeran a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Mediante decreto del Ejecutivo Federal del 3 de junio de 1996 fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano en el que

asisten usuarios y prestadores de servicios de salud, para dilucidar sus conflictos.⁵ Es un procedimiento por el cual las partes involucradas en un conflicto tienen voluntad para someter sus diferencias a la decisión de un tercero, con el fin de que éste evalúe, analice y decida sobre el mérito de sus respectivas pretensiones.

Se trata de un órgano desconcentrado de la SSA, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, entre sus atribuciones están:

- Brindar asesoría e información a usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- Recibir, investigar y atender quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de servicios.
- Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y usuarios en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidarlas, y practicar las diligencias que correspondan.
- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.
- Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- Emitir opiniones sobre quejas de que conozca, e intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.
- Elaborar dictámenes o peritajes médicos que le soliciten las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.

La CONAMED atiende las inconformidades planteadas y propicia mejorar la atención al inducir en los prestadores del servicio la responsabilidad de actuar correctamente, con apego a los principios de la Medicina y la Ética, sin descuidar el aspecto humano de la relación con los pacientes, independientemente si lo hace en una institución pública o privada. Es una instancia benéfica para la sociedad, pues por una parte, los usuarios de los servicios so-

□ Directora Arbitro Médico.
Comisión Nacional
de Arbitraje Médico, SSA

Correspondencia:
Peniche Dubón María del C.
mdubon@conamed.gob.mx

Aten Fam 2008;15(6):144-145.

mos todos, y por la otra, el personal de salud es el principal interesado en mejorar la calidad de los servicios.⁶

Los servicios brindados son gratuitos y se rigen por el principio de voluntad de las partes, quienes expresamente deciden someter su controversia al proceso arbitral, el cual se realiza con absoluta imparcialidad, y garantiza sus derechos, un elemento de gran importancia es el carácter especializado de la Institución, la cual por su naturaleza fue creada para atender asuntos en materia de prestación de servicios de salud.

La CONAMED durante su desarrollo ha ajustado progresivamente el modelo de atención de inconformidades, mediante la integración del proceso arbitral en tres etapas: inicial, conciliatoria y decisoria, hasta alcanzar un proceso integral, estandarizado, que satisfaga las expectativas de sus usuarios.⁷

Etapa inicial. Se realizan acciones de orientación para atender los planteamientos que los ciudadanos formulan de manera personal, telefónica o mediante correo electrónico, sobre aspectos que van desde información general (datos sobre ubicación, quehacer y alcances de la Comisión), requisitos para presentar inconformidades, información para realizar trámites ante instituciones de seguridad social en asuntos como incapacidades o pensiones, hasta criterios para elegir médicos y/o clínicas u hospitales privados.

Así mismo, brinda asesoría especializada en relación con acciones médico-legales que tienen que ver con la prestación de servicios de salud. Las asesorías constituyen un filtro para la selección de asuntos procedentes; es decir, evitan que se atiendan casos sin fundamento, que no tendrían posibilidad de solución y generarían falsas expectativas en los usuarios.

Cuando por el estado de salud del paciente se debe obtener pronta intervención para la solución de la controversia, o bien, porque las pretensiones para dirimirla se refieren exclusivamente a solicitud de atención médica o de información, la CONAMED interviene para que mediante su gestión se atiendan las necesidades de atención o de información del paciente, al resolver así el conflicto o prevenir uno mayor. Con esta modalidad se ha logrado la resolución de asuntos en un plazo menor a 48 horas.

El proceso arbitral se refiere al conjunto de actos procesales y procedimientos, que se inician con la presentación y admisión de una queja y terminan por alguna de las

causas establecidas en el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED.

Por lo anterior, cuando se presumen irregularidades en la prestación de servicios se procede a la admisión de la queja. En la etapa conciliatoria se informa al prestador del servicio médico la naturaleza y alcances del proceso arbitral, así como las vías existentes para la solución de la controversia, debiéndose obtener su aceptación para el trámite arbitral; a partir de esto, el prestador del servicio dispone de un término de nueve días hábiles para presentar su informe médico, que debe contener la contestación de la queja y el resumen clínico del caso.

A efecto de promover la avenencia de las partes, después de la revisión del asunto, se efectúa audiencia conciliatoria, en la cual se proponen vías de arreglo, que de ser aceptadas originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondiente) en el que se expresan las contraprestaciones que se pacten, siempre y cuando no sean contrarias a derecho; un elevado número de quejas se resuelven de esta forma.

Cuando no se logra la conciliación se plantea la continuación del proceso a la etapa decisoria, en la cual, mediante el juicio arbitral, la CONAMED resuelve el fondo del asunto atendiendo a las reglas del derecho, a los puntos debidamente probados por las partes, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

Esta etapa comienza con la audiencia preliminar, durante la cual se explica a las partes el mecanismo de trabajo de la Sala Arbitral, se informa acerca de las atribuciones de la Comisión, así como las etapas del juicio arbitral, y se detallan las reglas del mismo. De igual forma, las partes reciben el proyecto de Compromiso Arbitral, se otorga tiempo suficiente para su revisión, y se fija una fecha para firmarlo.

El Compromiso Arbitral consiste en el acuerdo otorgado por partes capaces y en pleno ejercicio de sus derechos civiles, por el cual designan a la CONAMED para la resolución arbitral de su controversia. En este documento se establecen el objeto y reglas del procedimiento, tipo de pruebas que se pueden presentar, y lo referente a los términos y notificaciones.

En virtud del carácter especializado de la Institución son admisibles en el proceso arbitral las siguientes probanzas:⁸

- La instrumental (comprende las pruebas documentales, entre ellas el expediente clínico, recetas médicas, constancias de atención médica, etcétera).
- La pericial.
- El reconocimiento médico del paciente.
- Las fotografías (quedan comprendidas en esta denominación estudios de imagen, cintas y fotografías referentes a la atención médica).
- La presuncional.

Transcurrido el término fijado para el ofrecimiento de pruebas se realiza la audiencia arbitral y se establece el periodo de alegatos.⁹ Cabe mencionar que la CONAMED puede intentar la avenencia de las partes hasta antes de la emisión del laudo.

La etapa decisoria concluye mediante la emisión del laudo, que tiene fuerza de cosa juzgada. Es una resolución definitiva, en la que se establecen las obligaciones que, en su caso, tienen las partes en términos de demostrado durante el juicio arbitral.

Así, la CONAMED mediante el proceso arbitral garantiza a la ciudadanía atención especializada e imparcial, que logre la solución de controversias con eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Como se puede observar, el arbitraje constituye el procedimiento idóneo para atender controversias derivadas de la prestación de servicios de atención médica. Las ventajas del arbitraje son la posibilidad de elección de un auténtico juzgador imparcial, seleccionado, confiable, que no propicia publicidad o escándalo de los asuntos; que aleja el peligro de las maniobras retardatorias de los litigantes, y que en él, se desarrolla un ritmo procedimental más acelerado que en el del proceso judicial.¹⁰

Referencias

1. Artículo 4º, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Artículos 23 y 32, Ley General de Salud.
3. Flores García Fernando. Arbitraje, Conciliación, Amigable Composición. Revista de la Facultad de Derecho de México. UNAM. México, 1995;57-90.
4. Serrate Paz. Arbitraje y Conciliación desde la óptica de un proyecto de reforma a la nueva ley de arbitraje en Bolivia, "I Congreso Nacional y Regional sobre Arbitraje y Mediación". Asunción, Paraguay. 2003.
5. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.
6. García Ramírez Sergio. "CONAMED: Una institución con autoridad moral". Revista CONAMED, México. 1997;1(3):21-27.
Más referencias en: www.facmed.unam.mx

Gómez Clavelina Francisco J [□], Guerrero Zulueta Alejandro ^{□□}, Hamui Sutton Alicia ^{□□□}

Masculino de 30 años, campesino. El cuadro que se presenta tiene varios meses de evolución.



Respuesta del diagnóstico de la imagen *Aten Fam* 2008;15(5):127.

Impétigo buloso

El impétigo es una infección cutánea muy frecuente que se observa principalmente en niños de edad preescolar.¹⁻³ Su diagnóstico y tratamiento se realiza fundamentalmente con criterios clínicos.⁴

Hay dos formas clínicas: el impétigo buloso y el impétigo no buloso, el cual constituye entre 70% y 86% de los casos.^{4,5} El impétigo buloso se caracteriza por la presencia de bulas (ampollas) superficiales de 5 a 30 mm de diámetro que fácilmente se rompen, lo que origina una costra fina con collarete descamativo. Generalmente afecta tronco y genitales y rara vez se observa adenopatía regional. El impétigo no buloso comienza como lesiones vesiculares o pustulares de 1 a 4 mm de diámetro que rápidamente se rompen, y da origen a costras gruesas de aspecto mielicérico. Estas lesiones se ubican generalmente en zonas expuestas como la cara y extremidades, y la presencia de adenopatía regional es frecuente. En ambas patologías el hallazgo de dolor, fiebre o compromiso del estado general son excepcionales.^{5,7}

El agente etiológico implicado en el impétigo buloso es el *Staphylococcus aureus*, generalmente fago grupo II, que actúa a través de una exotoxina que afecta al estrato granuloso de la epidermis y produce las lesiones características.^{1,4,6,7}

Clínicamente no es posible distinguir un impétigo no buloso en que se aísla *Staphylococcus aureus* del causado por *Streptococcus pyogenes*,⁸ por lo que la primera aproximación terapéutica se basa en los hallazgos epidemiológicos de la población afectada.

Referencias

1. Sadick N. Current aspects of bacterial infections of the skin. *Dermatologic Clinics* 1997;15:341-349.
2. Birke E. Impétigo: etiología y tratamiento. *Rev Chil Pediatr* 1989;60:166-168.
3. Brook I. Microbiology of nonbullous impetigo. *Pediatric Dermatology* 1997;14:192-195.
4. Rasmussen J. The changing nature of impetigo. *Patient Care* 1992;15:233-238.
5. Darmstadt G, Lane A. Impetigo: an overview. *Pediatric Dermatology* 1994;11:293-303.
6. Dagan R. Impetigo in childhood: changing epidemiology and new treatments. *Pediatric Annals* 1993;22:235-240.
7. Petter Y. Infecciones bacterianas de piel. *Dermatología Venezolana* 1993;31:47-63.
8. Demidovich C, Wittler R. Impetigo. *AJDC* 1990;144:1313-1315.
9. Esterly NB, Markowitz M. The treatment of pyoderma in Children. *JAMA* 1970;212:1667-1670.
10. Schachner L, Taplin D. A therapeutic update of superficial skin infections. *Pediatric Clin North Am* 1983;30:397-403.
11. Feder H, Abrahamian L. Is penicillin still the drug of choice for non-bullous impetigo? *The Lancet* 1991;338:803-805.
12. Murray P, Baron E. *Manual of clinical microbiology*. 6th ed. Washington DC. American Society of Microbiology, 1995.
13. Baltimore R. Treatment of impetigo: a review. *Pediatric Infectious Disease* 1985;4:597-601.
14. Williams R, Mackie R. The Staphylococci. *Dermatologic Therapy* 1993;11:201-206.
15. Shriner D, Schwartz R. Impetigo. *Cutis* 1995;56:30-32.

□ Profesor asociado "C" TC, 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; División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador Nacional Nivel II.

Correspondencia:
Gómez Clavelina Francisco J
igc@servidor.unam.mx

Guerrero Zulueta Alejandro
agzulueta@hotmail.com

Hamui Sutton Alicia
lizhamui@gmail.com

Aten Fam 2008;15(6):146.

Glucocorticoides

Gómez Vera Javier [□]

Los glucocorticoides son hormonas de la corteza adrenal y sus análogos sintéticos los esteroides son los medicamentos utilizados en el tratamiento de diversas enfermedades.

Los esteroides son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias y al tomar en cuenta que el asma es primordialmente una enfermedad inflamatoria del árbol traqueobronquial se considera a los esteroides como “la piedra angular en el tratamiento del asma”.

Los primeros esteroides se estudiaron desde 1940, se inició con el cortisol (hidrocortisona), cortisona, corticoesterona, y aldosterona. Durante los primeros años en que se estudió la estructura de los esteroides Hench y colaboradores utilizaron la cortisona para tratar la artritis con resultados tan notables que lo hicieron merecedor del premio NOBEL, sin embargo, muchos de los efectos de la corticoterapia a largo plazo tardan en manifestarse, por lo que el impacto de estos efectos no se apreció si no hasta después de algunos años.

Los efectos secundarios de los esteroides orales comprenden los siguientes puntos:

La administración inmediata produce efectos centrales que comprenden cambios de humor que van de la euforia a la psicosis, irritabilidad, depresión, aumento del apetito, supresión del eje hipotálamo-hipófisis, todos estos síntomas remiten al suspender el tratamiento.

Los efectos crónicos secundarios al uso de esteroides son más graves; se reportan depósitos de tejidos grasos en la espalda, mejillas y área abdominal denominados “cara de luna llena” y “cuello de búfalo”, aumento de los hematomas, osteoporosis, hipertensión arterial, atrofia cutánea, estrías,

debilidad muscular de las extremidades, cataratas, hiperglucemia. Por esto el control de los pacientes que reciben esteroides orales debe ser muy estricto; además, la supresión de esteroides en forma brusca sin un periodo progresivo de disminución que restablezca en forma fisiológica el eje hipotálamo-hipófisis produce un síndrome de supresión esteroidea que se caracteriza por malestar general, fiebre, vómito, y alteraciones emocionales.

Farmacología de los esteroides

La hidrocortisona tiene una estructura de cuatro anillos y 21 carbonos con numerosos elementos estructurales importantes en su acción antiinflamatoria como el anillo (A) que es esencial en la acción antiinflamatoria, la adición de un doble enlace aumenta la actividad mineralocorticoide y produce más retención de líquidos como en la prednisolona, prednisona, metilprednisolona y dexametasona; en el anillo (B) la adición de un grupo fluorado aumenta todas las actividades biológicas glucocorticoides y mineralocorticoides; como en la dexametasona, betametasona y triamcinolona; el anillo (C) es esencial para la acción glucocorticoide antiinflamatoria.

Más de 90% del cortisol circulante se encuentra unido a proteínas plasmáticas, la transcortina es una globulina de unión a esteroides y el cortisol tiene una gran afinidad a esta proteína, también los esteroides se unen con baja intensidad a la albúmina sérica que es un reservorio de gran capacidad, por lo que a concentraciones bajas de esteroide la unión a transcortina es cuantitativamente más importante para regular los niveles de esteroide libre; por el contrario con altas dosis de esteroide, la unión a la transcortina está saturada y el enlace a la albúmina cobra mayor importancia. Muchos esteroides como la dexametasona tienen una unión baja o nula a la transcortina y su transporte en la circulación es exclusivamente por la albúmina.

Los esteroides naturales y sintéticos son compuestos lipofílicos que se absorben en forma inmediata tras la administración oral, subcutánea, intravenosa o tópica.

Los esteroides que se encuentran libres en plasma se difunden a través de la membrana plasmática y se asocian al Receptor de los Glucocorticoides (GR) que es miembro de una familia de receptores nucleares que también incluyen receptores para estrógenos, progesterona, testosterona y retinoides.

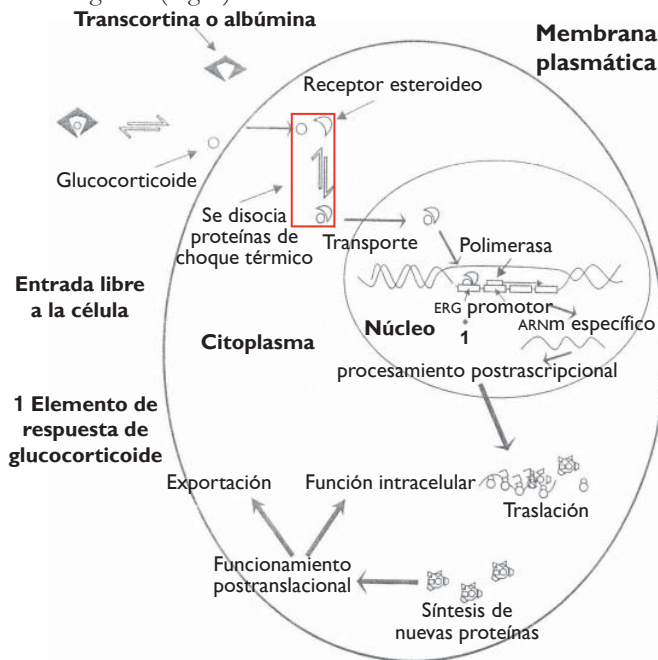
El receptor de glucocorticoides contiene distintos dominios que provocan transactivación y unión del ADN después se produce una transformación molecular de este complejo que involucra su asociación con las proteínas de choque térmico, fosforilación del receptor y trans-

[□] Jefe del Servicio de Alergia, HR “Lic. Adolfo López Mateos”, ISSSTE

Correspondencia:
Gómez Vera Javier
jgomezvera@yahoo.com

Aten Fam 2008;15(6):147-150.

ubicación al núcleo, en donde el esteroide reprime o activa la expresión de varios genes. (Fig. 1)



En la transactivación el receptor ocupado se une a un dímero denominado elemento de respuesta de glucocorticoide en la cromatina dentro de los cromosomas, esto va a permitir el desenrollamiento de la doble hélice de la cromatina, lo que permite la asociación de polimerasa del ADN a promotores más próximos y facilita la transcripción para formar al RNA mensajero, el cual es blanco de activación de RNA polimerasa y forma nuevas proteínas para expresar la transcripción de proteínas a nivel del citoplasma. El proceso de activación en el núcleo es regulado por quinasas y envuelve la fosforilación de numerosos sitios dentro de la célula. La supresión de la expresión de varios genes inflamatorios ocurre por diversos mecanismos en los cuales el receptor de glucocorticoides provoca la supresión de la expresión del gen.

Existen evidencias de que los esteroides y otros miembros de la familia de receptores nucleares pueden tener efectos en la estructura de la cromatina. Los esteroides actúan sobre receptores que están localizados en el epitelio y endotelio de la vía aérea, las citocinas y otros mediadores proinflamatorios son responsables de los efectos celulares por activación de varios factores como la interleucina-1 beta, TNF alfa, GM-CSF, NF-kB que juegan un papel muy importante en la inflamación crónica.

Los genes de los receptores betaadrenérgicos son desregulados por los glucocorticoides, lo cual provoca que existan más receptores y por lo tanto una mejor broncodilatación en los pacientes con asma persistente.

Efectos metabólicos

Los glucocorticoides regulan el metabolismo de carbohidratos, lípidos, proteínas, homeostasis del agua y electrolitos; y la mayoría de los sistemas orgánicos como el pulmón, riñón, sistema cardiovascular y sistema nervioso. La regulación del metabolismo de la glucosa comprende la estimulación de la formación de la misma, la producción del uso periférico de glucosa en forma de glucógeno por lo que los

glucocorticoides mantienen los niveles de glucosa durante periodos de inanición, tienen una acción protectora de los centros cerebrales que dependen de glucosa como fuente de energía, estimulan la gluconeogénesis a partir de aminoácidos derivados de los músculos y de los huesos, lo que induce el catabolismo muscular y la osteoporosis con el uso prolongado de estos medicamentos.

Cuadro I
Dosis de corticosteroides inhalados

Modificado de National Institutes of Health. NHLBI Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Whoshop. Report: Global Iniativa for Asthma 2004, NIH Publication 3659.

Medicamento	Dosis diaria (µg)					
	Baja		Media		Alta	
	>12 años	<12	>12 años	<12	>12 años	<12
Beclometasona-CFC 42 µg 84 g/disparo	168-504	84-336	504-840	336-672	>840	>672
Beclometasona-HFA 40 mg 80 µg/disparo	80-320	80-160	240-280	160-230	>480	>320
Budesonida DPI 200 g/ inhalado	200-600	100-400	600-1200	400-800	>1200	>800
Budesonida- nebulizada	---	500	---	1000	---	>2000
Flunisolide 250 µg/disparo	500-1000	500-750	1000-2000	1000-1250	>2000	>1250
Fluticasona IDM:44, 110 o 200 mg/ disparo DPI:50, 100, 250 Mg/ inhalado	88-264	88-176	264-660	176-440	>660	>440
Triamcinolone acetonide 100 µg/disparo	400-1000	400-800	1000-2000	800-1200	>2000	>1200

Efecto de los esteroides sobre las células inflamatorias

Los esteroides producen diferentes cambios en las células inflamatorias, por ejemplo disminución de basófilos, eosinófilos y monocitos en 20% de los niveles circulantes, disminución de linfocitos especialmente de las células T cooperadoras CD4 y aumenta el número de neutrófilos circulantes, y esto se debe al aumento de producción de neutrófilos por la médula ósea y a la disminución de los granulocitos marginales de depósito.

El efecto de los eosinófilos es el más importante en el proceso inflamatorio alérgico, ya que producen disminución de los eosinófilos circulantes secundaria a la inhibición de la supervivencia. Los esteroides producen apoptosis (muerte celular programada) sin afectar funciones de los eosinófilos como la quimiotaxis, degranulación y adhesión, las cuales permanecen constantes después de la administración de esteroides.

Efecto en los receptores betaadrenérgicos

La administración de esteroides restablece la sensibilidad de los betaadrenérgicos en los pacientes asmáticos debido al aumento de receptores betaadrenérgicos en el citoplasma de la célula y por la eficacia del acoplamiento de los receptores beta a la adenilciclasa que es un mediador intracelular. Los esteroides también aumentan la respuesta a los broncodilatadores betaadrenérgicos inhalados en los pacientes que manifiestan resistencia a estos.

Metabolismo del ácido araquidónico

Este es un ácido graso insaturado de 20 carbonos que se almacena en los fosfolípidos de las membranas celulares, es un precursor de los leucotrienos y de los metabolitos ciclooxigenados, los cuales son importantes mediadores inflamatorios. El ácido araquidónico se libera por medio de la fosfolipasa A2 y se metaboliza por medio de la enzima ciclooxigenasa para producir prostaglandinas, tromboxano y prostaciclina; la otra enzima que metaboliza también al ácido araquidónico es la lipooxigenasa y produce leucotrieno A4, B4, C4, D4 y E4; así mismo, por esta vía se producen las lipooxinas y los HETES.

Las principales acciones del ácido araquidónico son: quimiotaxis, secreción de moco, contracción del músculo liso de las vías aéreas, regulación del tono y permeabilidad vascular, activación de los leucocitos, regulación de la actividad neuronal y la regulación de la proliferación celular.

Los esteroides inhiben el metabolismo del ácido araquidónico en muchos tejidos, y bloquea su liberación mediada por la fosfolipasa A2 desde los depósitos de fosfolípidos

Efecto de los esteroides en el asma

El asma es una enfermedad grave, a veces fatal y a menudo debilitante que afecta a más de ocho millones de personas en Estados Unidos de Norteamérica. Existen diversos medicamentos efectivos en el tratamiento del asma y los más efectivos son los esteroides. Desde que estos medicamentos están disponibles en forma inhalada se han considerado como “la piedra angular en el tratamiento del asma”, sobre todo si tomamos en cuenta que la administración del esteroide en forma inhalada es de 100 a 1000 veces menor que la dosis de esteroide vía oral, además actúa en el sitio de la inflamación ya que prácticamente no se absorbe a nivel sistémico y esta absorción es mínima sin causar efectos tóxicos.

Las dosis recomendadas de esteroides inhalados se encuentran en el cuadro 1.

En diversos estudios se ha demostrado la disminución de la hiperreactividad bronquial, mejor control del asma, disminución de uso de esteroides orales, menor uso de broncodilatadores de rescate, disminución de las visitas a urgencias, menos síntomas nocturnos.

La potencia relativa de los esteroides inhalados se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 2

Potencia tópica relativa de esteroides inhalados

*Números asignados en referencia a dexametasona, la cual tiene valor de “1” en la prueba de Mac-Kenzie. Esto significa que el uso de dexametasona por esta vía no tenga ninguna indicación en el tratamiento del asma.

Fuente: National Institutes of Health-National Heart, Lung, and Blood Institute: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma No.97-4051, 1997.

Medicamento	Potencia tópica*	Vida media de la unión al receptor de esteroide	Unión al receptor (afinidad)
Triamcinolona	330	3.9 horas	3.6
Beclometasona	600	7.5 horas	13.5
Budesonida	980	5.1 horas	9.4
Fluticasona	1200	10.5 horas	18

Cuadro 3

Dosis diaria comparativa de esteroides inhalados disponibles para niños

Medicamento	Dosis baja	Dosis media	Dosis alta
Beclometasona “Becotide” 50 µg/disparo 100 µg/disparo 250 µg/disparo	100 a 300 µg 4 a 6 disparos (50 µg) 1 a 3 disparos (100 µg) 1 disparo (250 µg)	300 a 600 µg 6 a 12 disparos (50 µg) 3 a 6 disparos (100 µg) 1 a 2 disparos (250 µg)	> 600 µg > 12 disparos (50 µg) > 6 disparos (100 µg) > 2 disparos (250 µg)
Budesonida ips “Pulmicort Turbobaler” 100 µg/inhalación 200 µg/inhalación	100 a 200 µg 1 a 2 inhalaciones (100 µg) 1 inhalación (200 µg)	200 a 400 µg 2 a 4 inhalaciones (100 µg) 1 a 2 inhalaciones (200 µg)	> 400 µg > 4 inhalaciones (100 µg) > 2 inhalaciones (200 µg)
IDM: “Pulmicot suspensión en aerosol” 100 µg/disparo 200 µg/disparo	1 a 2 disparos (100 µg) 1 disparo (200 µg)	2 a 4 disparos (100 µg) 1 a 3 disparos (200 µg)	> 4 disparos (100 µg) > 3 disparos (300 µg)
Suspensión para nebulizar 125 µg/ml (amp. 2 ml) 250 µg/ml (amp. 2 ml)	1 a 2 sesiones* (1 ml c/u) 1 sesión (1 ml c/u)	2 a 3 sesiones 1 a 2 sesiones	> 3 sesiones >2 sesiones
Flunisolida + 250 µg/disparo	500 a 750 µg 2 a 3 disparos (250 µg)	1000 a 1250 µg 4 a 5 disparos (250 µg)	> 1250 µg > 5 disparos (250 µg)
Fluticasona “Flixotide” IDM: 50 µg/ disparo 250 µg/disparo	100 a 200 µg 2 a 4 disparos (50 µg) 1 disparo (250 µg)	200 a 450 µg 3 a 9 disparos (50 µg) 1 a 2 disparos (250 µg)	>450 µg > 9 disparos (50 µg) > 2 disparos (250 µg)
Triamcinolona (IDM) “Zamacort” suspensión en aerosol 100 µg disparo	400 a 800 µg 4 a 8 disparos (100 µg)	800 a 1200 µg 8 a 12 disparos (100 µg)	> 1200 µg >12 disparos (100 µg)

*Sesiones de inhaloterapia de 10 min cada una, con micronebulizador (de Hudson) y mascarilla o boquilla. +Según disponibilidad en México.

Fuente: Salas H, Chepla M, Vargas M. Asma, enfoque integral para Latinoamérica. (Modificado). Mc Graw Hill. 2005.

Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma, Expert Panel Report 2. NIH publication No.97-4051, April 1997.

IDM, inhalador de dosis media en aerosol; ips, inhalador de polvo seco (puede usarse en niños de 4 años, pero los efectos son más estables en niños de 5 años); SS, sector salud; “___” nombre comercial.

¿Familia sin familia?

Los esteroides inhalados han demostrado mejoría de la sintomatología del asma al usarlos por tiempo prolongado, pero existe reactivación de la hiperreactividad bronquial al suspender la medicación, lo cual demuestra que los beneficios del uso de esteroides existen mientras estos se administren, actualmente se sabe que no modifican la historia natural de el asma.

Los esteroides inhalados pueden ser utilizados en todos los pacientes con asma persistente, algunos estudios sugieren que el retardo en el uso de esteroides inhalados tiende a disminuir la respuesta terapéutica en estos pacientes y esto se debe a que el asma es una enfermedad crónica progresiva que requiere tratamiento antiinflamatorio desde que se realiza el diagnóstico para prevenir la remodelación de la vía aérea. (Cuadro 3)

Los esteroides inhalados de segunda generación (fluticasona, budesonida, mometasona) son de mayor potencia tópica lo cual resulta en un mayor índice terapéutico. Se ha reportado que más de 80% de los pacientes con altas dosis de fluticasona que presentan asma moderada y utilizan esteroides orales eliminan completamente el uso de estos últimos, además provocan la mejoría significativa de la función pulmonar, otros autores han demostrado que los pacientes asmáticos que reciben esteroides inhalados reducen 50% las hospitalizaciones por asma aguda, además al utilizar broncodilatadores de acción prolongada junto con los esteroides inhalados se logra un mayor efecto protector.

La hiperrespuesta bronquial es un componente del asma que se asocia con la severidad de la enfermedad, la frecuencia de los síntomas y la necesidad del tratamiento. Los esteroides inhalados utilizados en pacientes asmáticos han demostrado una mejoría de la hiperrespuesta bronquial tanto en niños como adultos.

Bibliografía

1. Kay AB. Advances in immunology, allergy and allergy disease. N England J Med 2001;344:30-37.
2. Cousins DJ, Lee TH, Staynov DZ. Cytokine coexpression during human Th1 Th2 cell differentiation: direct evidence for coordinated expression of Th2 cytokines. J Immunology 2002;169:2498-2506.
3. Weingberg M. Clinical patterns and natural history of asthma. J Pediatric 2003;142:15-20.
4. Szefer SJ. Glucocorticoid therapy for asthma: Clinical pharmacology. J Allergy Clin Immunol 1991;88:147-156.
5. NgD, Salvio F, Hicks G. Anti-leucotrien agents compared to inhaled corticosteroid in the management of recurrent and chronic asthma in adults and childrens. Cochrane Data base system Rev 2004;cd002314.
6. Allen DB, Bielory L, Derentdorf H. Inhaled corticosteroid: past lesson and future issues. J Allergy Clin Immunol 2003;112:S1-40.

Es muy satisfactorio y gratificante para los médicos familiares disponer de un órgano de difusión científica como este, ya que favorece nuestra actualización y superación profesional; y a su vez contribuye con la consolidación de la identidad de la Medicina Familiar.

Me pareció muy didáctica la conexión que se dio a la editorial 15(4) con los contenidos de la revista, especialmente con el caso clínico presentado. Efectivamente el marco disciplinario que sustenta nuestra especialidad torna apasionante el trabajo del médico familiar, toda vez que nos ofrece como reto el estudio del proceso salud-enfermedad desde una doble metodología: cuantitativa y cualitativa.

Por ende, los médicos familiares debemos disponer de una plurimetodología teórica que nos permita estudiar desde la perspectiva de las ciencias naturales los aspectos biológicos de la enfermedad y paralelamente con la ayuda de las ciencias sociales identificar los significados que la enfermedad adquiere dentro de la estructura y dinámica personal y familiar.

De tal manera, la metodología cuantitativa nos obliga a ser unos clínicos competentes en la descripción, explicación, control y prevención del proceso de enfermedad. En tanto que la metodología cualitativa nos exige ser humanistas capaces de identificar y comprender los valores sobre los cuales descansan las conductas personales o familiares relacionadas con la enfermedad.

Desafortunadamente debemos reconocer que esta exigencia nos ubica en una ambivalencia poco benéfica para nuestra especialidad, ya que por un lado nuestra formación médica continúa privilegiando a las ciencias naturales, de tal manera que hoy en día una gran mayoría seguimos ocupados en atender a la enfermedad. Por otro lado, en la necesidad de identificar el padecer humano de la enfermedad aplicamos de manera “cuantitativa” los preceptos teóricos de las ciencias sociales.

Esta confusión de metodologías se refleja no solo en el caso clínico antes mencionado, sino en muchos más. El Estudio de Salud Familiar finalmente es el reporte del estudio de una persona y su familia desde la metodología cuantitativa y cualitativa. Lo que por último lleva a impresiones y omisiones importantes del actuar médico desde el punto biológico (enfermedad) y a la obtención de un sin número de información familiar desliga del sentir personal y familiar.

En mi opinión la guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar ofrece la oportunidad de realizar este doble reporte, siempre y cuando se tenga la conciencia metodológica de lo que se está haciendo. Por ejemplo, el “motivo de consulta” es el escenario que permite al médico familiar presentar de manera clara y concreta la

interpretación que desde las ciencias naturales realizó de los síntomas y signos referidos por el paciente. Esto quiere decir que el médico familiar debe ser un investigador diestro en la metodología cuantitativa, que le permita establecer un diagnóstico, tratamiento y pronóstico lo más certero posible.

En tanto que el apartado “justificación del estudio” es el espacio destinado a la vivencia que la persona o la familia tiene de la enfermedad, de manera tal que el médico familiar al utilizar el puntal de las ciencias sociales deberá escuchar el relato de la enfermedad a partir de los valores del paciente o su familia.

Desafortunadamente cuando no se rescata la doble función de investigación del médico familiar, los Estudios de Salud Familiar acaban por perder su cometido y por ende no reflejan el trabajo clínico, familiar, docente y administrativo de nuestro perfil.

Otro comentario que deseo expresar está relacionado con el título del caso ¿familia, sin familia? Es incuestionable que existen tantas definiciones de familia como marcos disciplinarios de estudios, sin embargo para los fines del trabajo del médico familiar es importante no perder de vista el sustento que nos ofrece la teoría general de sistemas; perspectiva desde la cual la familia es considerada como un sistema relacional, es decir, “un conjunto de unidades vinculadas entre sí, de tal modo que el cambio de estado de una va seguido por un cambio en las otras unidades”.

Desde esta óptica Minuchin señala que la familia es un grupo social que comparte una historia de interacciones y que generalmente comparten el mismo techo. Condición que no es indispensable mientras que la estructura y dinámica familiar se adapte a cada una de las etapas de su ciclo de vida.

El contenido referido en el caso clínico antes mencionado entredeja ver que Teresa (la paciente identificada) sigue vinculada a su familia a pesar de la distancia geográfica, situación que de alguna manera condiciona su comportamiento actual, ¿entonces realmente es una familia, sin familia?

Atentamente

Dra. Patricia Ocampo Barrio

Coordinador Clínico Educación e

Investigación UMF No. 94 del IMSS

Réplica

Agradezco mucho su comentario en relación con el Estudio de Salud Familiar que elaboré, 15(4), cualquier crítica o comentario enriquecen dicha investigación.

Llamó mi atención el que a diario nos enfrentamos en la consulta con gran cantidad de gente que vive sola y que estamos muy acostumbrados a realizar Estudios de Salud de familias compuestas o extensas y que no es común hablar de la gente que vive sola, Usted sabe que para la realización de un Estudio de Salud Familiar debemos clasificar a la familia en relación con su estructura y según diversos autores corresponde a “sin familia”.

Cabe mencionar que yo elaboré dicha investigación cuando realizaba mi residencia en la especialidad de Medicina Familiar y al exponerla en un caso clínico causó gran polémica el término “familia sin familia”, en esa situación al igual que en ésta le responderé lo mismo: yo me basé en varias definiciones realizadas por diversos autores

como Laslett, De la Revilla, Márquez, todos ellos mencionados en el libro de Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar de Irigoyen Coria; como Usted notará tiene un fundamento bibliográfico y llegamos a la conclusión de que evidentemente no existe familia sin familia y con eso comprobamos que no por el hecho de que aparezca en un libro tenemos que estar de acuerdo con dicha definición, pues evidentemente al existir vínculos entre las personas de un grupo y al no vivir bajo el mismo techo no significa que ya no sean familia; intentamos elaborar una nueva definición para dicha clasificación, sin embargo quedó inconcluso y solo me limité a continuar con mi Estudio.

Me da mucho gusto ver que existe interés por este trabajo de investigación que ha causado polémica y creo que sería importante una actualización de los conceptos a los que estamos acostumbrados a basarnos para la elaboración de Estudios de Salud Familiar y que nos impulse a los médicos familiares a que continuemos preparándonos y actualizándonos sin que nos de miedo proponer nuevos conceptos y no conformarnos con los ya existentes.

Dra. Jannete Alva Pérez

Adscrita a Consulta Externa de MF

UMF No.180, IMSS

Atención Familiar Volumen 15(1-6) Índices

Índice analítico

A		
Accidentes de trabajo		
factores que influyen en la no calificación de		34
Acné rosácea		78
Actividad física		
efectos de un régimen de		62
supervisada, efectos de una intervención de		50
Adulto mayor		
caídas múltiples, factor de riesgo para		34
funcionalidad del		35
funcionales, perfil de las caídas en		37
opinión sobre la atención médica		37
Anemia aplásica		79
Antimigrañosos, medicamentos		16
Antipruriginosos		84
Apnea obstructiva del sueño en adultos asmáticos obesos		58
Apoyo conyugal de la paciente mastectomizada		53
Aptitud clínica para intervenir en la familia		41
Arbitraje Médico, Modelo de		144
Artritis reumatoide		19
Asma bronquial infantil		106
Atención Familiar,		
nueva etapa de		3
Refrendando compromisos y abriendo horizontes		135
Atención médica		
al paciente hipertenso, evaluación de la calidad de		51
y seguridad del paciente		97
B		
Borderline		110,114
Burnout		

en médicos residentes	67	impacto de una estrategia educativa participativa		relación médico-paciente y su influencia	
en personal de atención primaria	64	en el estilo de vida de pacientes con	48	en el control de la	52
C		retinopatía diabética en pacientes con	47	Hipertrofia ventricular izquierda, efecto	
Cáncer pulmonar, características asociadas	60	diagnóstico de, frecuencia y estadio de	47	de bromocriptina en	50
Cardiovascular		sobrepeso y obesidad en el paciente con	47	I	
correlación de factores de riesgo en adultos jóvenes	31	Diabético(s)		Imágenes radiográficas, recomendaciones	101
factores de riesgo en adultos jóvenes	38	características clínicas de los pies en	43	Impétigo buloso	127
Cartas al editor	150	evaluación clínica de los pacientes	46	Implanon, incremento en la permanencia de	57
Comunicación verbal del familiar con paciente		funcionamiento familiar en la	55	Incontinencia urinaria, calidad de vida del	
geriátrico hospitalizado y el médico responsable,		insuficiencia renal en pacientes	44	adulto mayor con	60
nivel de	66	neuropatía y angiopatía en el paciente	46	Insuficiencia renal	
Control prenatal con base en la Norma Oficial		Dinámica familiar, funcionalidad en el		calidad de vida en pacientes con	60
Mexicana	31	subsistema conyugal	55	pacientes que reciben tratamiento sustitutivo	
Crisis asmática y disfunción familiar	29	Disfunción familiar		con hemodiálisis	64
D		en embarazadas adolescentes	32	Intoxicaciones, uso de antidotos en las diferentes	67
Decisiones consensuadas, la experiencia		en pacientes con <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2	45	IRA, pacientes con	63
de padecer y morir	95	para presentar intento de suicidio	33	L	
Dengue, manifestaciones clínicas en pacientes con	36	sobrepeso y obesidad infantil	32	Lactancia materna	
Depresión		y embarazo en adolescentes	56	conocimientos y mitos	56
en adolescentes	39	Disfunción en las relaciones de parejas		factores que influyen en el abandono de la	64
en estudiantes de secundaria	38	lésbicas con hijos	64	Libido, disminución de la	56
en la comunidad de las Barrancas, BCS, grado de	36	Dispepsia funcional		M	
en mujeres embarazadas de 18 a 32 semanas		prevalencia de disfunción familiar		Maltrato en el adulto mayor	
de gestación	61	en pacientes con	56	dependencia funcional asociada a	31
en pacientes con hipotiroidismo	61	e infección por <i>Helicobacter pylori</i>	65	Medicamentos inhalados en pacientes asmáticos	66
en población femenina obesa, frecuencia de	35	E		Medicina Familiar	
y su relación con la estructura y funcionalidad		Enfermedad crónica degenerativa, atención		atención de síndrome coronario agudo, aptitud	
familiar en el paciente geriátrico	38	médica de una	14	clínica del residente de	58
Dermatosis más frecuentes en edad pediátrica	66	Enfermedad crónica, el padecer en la	62	atención de dermatosis, aptitud clínica del residente	58
Desnutrición en el niño, frecuencia de	35	Enfermedades degenerativas y/o de trauma,		autoestima en los alumnos del Curso de	
Deterioro cognitivo en el adulto mayor	62	otorgamiento de incapacidades	128	Especialización en	63
Diabetes gestacional		Enfermedad renal crónica, prevalencia de	38	control de familias, aptitud clínica en residentes	
en pacientes que acuden a control prenatal	49	Enfisema pulmonar y su relación con EPOC	81	y médicos de	59
validez de la hiperglucemia en ayuno en la		Errores médicos importancia de reportar y analizar	76	curso de especialización en, problemas detectados	52
identificación de	57	Estrés laboral		eje central en el desarrollo de las sociedades	87
Diabetes tipo 2		médico, niveles de	67	expectativas familiares de un grupo de médicos	
actitudes y motivaciones sobre	42	y depresión en personal de primer nivel de atención	33	en la residencia de	41
adherencia al tratamiento del paciente con,		Etapas de retiro, pareja en	7, 12	nivel de satisfacción de los alumnos del curso	
factores asociados	46	Etapas de embarazo, pareja “intelectual” en	70, 74	de especialización en	42
alcoholismo, funcionalidad familiar y apoyo		F		“paciente difícil” en	31
social en pacientes con	43	Familias		II Reunión del Consenso Académico en	117
apego del médico familiar a la norma para		monoparental: evaluación de su funcionamiento	55	Medicinas complementarias y alternativas,	
el control metabólico de	42	uniparentales cohesión y adaptabilidad familiar en	54	utilización de	40
autocuidado diario de los pies	43	¿Familia, sin familia?	90, 94	Médico familiar	
autocontrol y autoconocimiento del paciente con	29	Familia depresiva	136, 141	el trabajo del	89
candidiasis bucal y factores asociados		Función familiar de alcohólicos en recuperación	30	percepción y opinión del paciente y su	
en pacientes con	43	Funcionamiento familiar		familia sobre el	37
control en Medicina Familiar de la	43	ante embarazos de alto riesgo	53	Médico residente, aptitud clínica sobre	
control glicémico mediante hemoglobina		y redes de apoyo en pacientes geriátricos,		patologías ginecológicas del	53
glicosilada a1c de paciente con	44	evaluación del	33	Métodos anticonceptivos, rechazo e indecisión	
control metabólico del paciente con	44	Funcionalidad familiar en el personal de salud	65	en la elección de	57
control metabólico tras una estrategia		G		N	
educativa del paciente con	45	Genograma y el eco-mapa	54	Nefropatía diabética incipiente, referencia	
descontrol glucémico asociado al estilo		Glucocorticoides	147	de pacientes con	48
de vida en pacientes con	45	H		Neuropatía diabética	103
disminución del filtrado glomerular y sus		Hepatitis virales, aptitud clínica para identificar		O	
factores asociados en pacientes con	46	y manejar las	41	Obesidad	20
disfunción familiar en pacientes mayores		Herbolaria y medicina tradicional, uso de	68	en adultos jóvenes, trastornos de la alimentación	
de 18 años con	32	Hiperplasia gingival	100	asociados con	40
funcionalidad familiar y apoyo social		Hipertensión arterial esencial, calidad de vida		en niños y adolescentes, factores socio-ambientales	
en pacientes con	45	de pacientes con	51	asociados con	65
glaucoma de ángulo abierto en pacientes		Hipertensión arterial sistémica		glucosa basal alterada en adolescentes con	
con y sin	47	a insuficiencia renal crónica, evolución de la	51	sobrepeso y	47
hiperglucemia posprandial en	47	cumplimiento terapéutico de pacientes con	50	pacientes, comparación en el estilo de vida	30
impacto de un programa educativo sobre		en Medicina Familiar, control de la	50	NOM para el manejo integral de la	30
el control de pacientes con	48				

y autoestima en mujeres	61
Obesos	
asmáticos adultos, antes y después de una dieta para reducción de peso	59
autopercepción de la imagen corporal y autoestima baja en adolescentes y no obesos, cohesión y adaptabilidad familiar en sujetos	54
Orina en menores, frecuencia de alteraciones en la Osteoartritis	34
calidad de vida en pacientes con disfunción familiar sobre calidad de vida en pacientes con	29
y artritis reumatoide, evaluación de calidad de vida con el SF-36 en	33
P	
Paciente renal y su familia	55
Panicolaou, toma de	37
Parto y puerperio, uso de la herbolaria y medicina tradicional	35
Práctica médica, errores en la	69
Parálisis de Bell, pacientes con	4
Pre hipertensión	
arterial en adolescentes	51
y su relación con las toxicomanías en adolescentes	52
Programa Integral a Pacientes Crónicos, impacto del	36
Protección legal a la salud, breve historia de la	122
Prueba ACT en pacientes asmáticos	58
Psoriasis, calidad de vida	30
Q	
Quimioradioterapia en tratamiento de CaCu IIB	62
R	
Redes personales de cuidadores de enfermos geriátricos	65
Rinitis alérgica y su impacto en el asma en niños	52
S	
Síndrome	
de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor	39
metabólico, prevalencia de	49
Suicidio, intento de	29
T	
Tabaquismo en adolescentes, factores predisponentes para el	34
Tracto urinario, epidemiología de la infección en el	32
Trasplante renal, calidad de vida y apoyo social en pacientes con	60
Trastorno	
del sueño en el adulto mayor	40
deprimido del anciano y maltrato familiar por déficit de atención con hiperactividad	39
Tratamiento con electro acupuntura de procesos dolorosos del aparato músculo esquelético	68
Tuberculosis	
pulmonar, motivos de atención de pacientes con situación actual de la	66
124	
Tubo digestivo, correlación de Diagnóstico clínico, diagnóstico colonoscópico y resultado histológico	61
V	
Vacunación en el adulto	132
Valoración mental y de la capacidad funcional en adultos mayores	41
VIIH/SIDA, la familia con un miembro infectado de	36
Violencia	
cohesión y adaptabilidad familiar, asociación entre	53

contra las mujeres, prevalencia y grado de	68
intrafamiliar en mujeres	67
intrafamiliar y eventos críticos con la presencia de un intento de suicidio	59

Índice de autores

A	
Almaraz González R.	7
Almeida González L.	4
Alva Pérez J.	90, 151
Álvarez Medina V.	106
Anzures Gutiérrez A.	124
Arellano López J.	117
B	
Baillet Esquivel L.	20
C	
Campos Castolo M.	76
Carrasco Becerril M.	136
D	
De Los Santos Resendiz H.	117
F	
Fajardo Dolci G.	97
Fernández Ortega M.	4, 109, 117, 127, 132
G	
García Vite A.	70
Gómez Clavelina J.	69, 78, 135, 146
Gómez Vera J.	147
González Saldaña N.	124
Gracia Ramírez Á.	79
Grijalva M.	16
Guerrero Zulueta A.	100, 127, 146
Gutiérrez Zurita J.	122
Guzmán Pantoja J.	103
H	
Halabe Cherem J.	132
Hamui Sutton A.	19, 78, 95, 100, 127, 132, 146
Hernández Hernández M.	12, 74, 94, 114, 141
Hernández Torres I.	117
Herrera Ortega M.	110
I	
Irigoyen Coria A.	3, 19, 100
L	
Lizcano Esperón F.	4
M	
Membrillo Luna A.	12, 74, 84, 94, 114, 117, 141
N	
Navarro García A.	14
O	
Ocampo Barrio P.	150
P	
Peniche Dubón M.	144
Q	
Quiróz Pérez J.	12, 74, 89, 94, 114, 117, 141
R	
Ramírez González M.	127
S	
Sánchez Ahedo R.	4

Sandoval-Magaña M.	103
Santín García G.	81, 101, 128
Z	
Zamudio L.	128
Zárate Martínez M.	14

Índice por materias

Editoriales

Nueva etapa de Atención Familiar: cambios editoriales y un reto en favor de la divulgación científica	3
Errores en la práctica médica	69
El trabajo del médico familiar	89
Editorial	109
Atención familiar. Refrendando compromisos y abriendo horizontes	135
Artículo original	
Evolución de los pacientes con parálisis de Bell tratados con electroacupuntura	4
Caso clínico	
08-15-1 Pareja en etapa de retiro	7
08-15-3 Pareja "intelectual" en etapa de embarazo	70
08-15-4 ¿Familia, sin familia?	90
08-15-5 Borderline	110
08-15-6 Familia depresiva	136
Revisión técnica del caso clínico	
08-15-1 Pareja en etapa de retiro	12
08-15-3 Pareja "intelectual" en etapa de embarazo	74
08-15-4 ¿Familia, sin familia?	94
08-15-5 Borderline	114
08-15-6 Familia depresiva	136
Abordaje clínico	
Atención médica de una enfermedad crónica degenerativa	14
Paciente con palidez y hemorragia (Anemia aplásica)	79
Patología respiratoria aguda (Asma bronquial infantil)	106
Terapéutica farmacológica	
Medicamentos antimigrañosos	16
Antipruriginosos	84
Neuropatía diabética	103
Vacunación en el adulto	132
Glucocorticoides	147
Identifique el caso a través de la imagen	
Artritis reumatoide	19
Acné rosácea	78
Hiperplasia gingival	100
Impétigo buloso	127
Artículo de revisión	
Obesidad	20
La importancia de reportar y analizar los errores médicos	76
La experiencia de padecer y morir: del principio de autonomía a las decisiones consensuadas	95
Calidad de la atención médica y seguridad del paciente	97
II Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar. Guía de entrevista para el Abordaje familiar y Estudio de salud familiar	117
Breve historia de la protección legal a la salud en México	122
Situación actual de la tuberculosis en México,	

América y el mundo	124	en Villahermosa, Tab.	34	Guadalajara, Jal.	41
El Modelo de Arbitraje Médico	144	Factores predisponentes para el tabaquismo en adolescentes de la Huacana	34	Aptitud clínica para intervenir en la familia de los alumnos del curso de especialización en Medicina Familiar en dos modalidades educativas (tradicional y para médicos generales)	41
Archivos de la Radioteca		Factores que influyen en la no calificación de accidentes de trabajo en una UMF	34	Expectativas familiares de un grupo de médicos en la residencia de Medicina Familiar	41
Enfiseema Pulmonar y su relación con EPOC: Radiología	81	Frecuencia de alteraciones en la orina en menores de 5 años	34	Nivel de satisfacción de los alumnos del curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS	42
Recomendaciones al clínico no radiólogo para establecer el diagnóstico con auxilio de imágenes radiográficas	101	Frecuencia de depresión en población femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF No. 2 Champotón	35	Investigación relacionada con la diabetes	
Enfermedades degenerativas y/o de trauma que causan problemas para el otorgamiento de incapacidades	128	Frecuencia de desnutrición en el niño de 1 a 5 años en la UMF No. 6 en 2005 (BCS)	35	Actitudes y motivaciones sobre DM tipo 2 en personal de salud y pacientes diabéticos de la UMF No. 66, Xalapa, Ver.	42
Notas		Frecuencia y uso de la herbolaria y medicina tradicional para el trabajo de parto y puerperio en dos poblaciones	35	Apego del médico familiar a la norma para el control metabólico de diabetes tipo 2	42
La Medicina Familiar, eje central en el desarrollo de las sociedades	87	Funcionalidad del adulto mayor para las actividades de la vida diaria, en Boquerón, centro, Tab.	35	Asociación entre alcoholismo, funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes portadores de DM tipo 2	43
Memorias del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar		Grado de depresión en la comunidad de las Barrancas, BCS	36	Autocuidado diario de los pies de los diabéticos tipo 2 del HGZ. C/MF No. 9	43
Práctica de la Medicina Familiar		Impacto del "Programa Integral a Pacientes Crónicos" aplicado en la UMF 19 del IMSS 2004-2007	36	Candidiasis bucal y factores asociados en pacientes con diabetes tipo 2 adscritos a la UMF No. 20 del IMSS, Morelos	43
Asociación de eventos críticos con presencia de intento de suicidio	29	La familia con un miembro infectado de VIH/SIDA	36	Características clínicas de los pies en diabéticos adscritos al consultorio 4 vespertino de la UMF No. 66 de Xalapa, Ver.	43
Asociación de la disfunción familiar sobre la calidad de vida en pacientes con osteoartritis	29	Manifestaciones clínicas en pacientes con dengue	36	Conocimiento de insuficiencia renal en pacientes diabéticos por el médico familiar de la UMF No. 24	44
Asociación entre crisis asmática y disfunción familiar	29	Opinión del adulto mayor sobre la atención médica en la UMF No. 46 del IMSS en Cd. Juárez, Chih.	37	Control de la DM en Medicina Familiar	44
Autocontrol y autoconocimiento del paciente con diabetes tipo 2 de un grupo sohdi y un grupo de la consulta externa	29	Participación activa del médico familiar en la toma de papanicolaou y su relación en la identificación de alteraciones citológicas	37	Control glicémico de paciente con DM tipo 2, determinado mediante hemoglobina glicosilada a 1c, de la UMF No. 46, IMSS	44
Calidad de vida en pacientes con psoriasis por medio del DLQI en el servicio de Dermatología, consulta externa, hospital "Dr. Carlos Mc Gregor Sánchez" del IMSS	30	Percepción y opinión del paciente y su familia sobre el médico familiar en la UMF No. 70 de Zinapécuaro, Mich.	37	Control metabólico del paciente con DM tipo 2 (1998-2006) en la UMF No. 47, de León, Gto.	44
Comparación de la función familiar de alcoholísticos en recuperación con la de activos	30	Perfil de las caídas en adultos mayores funcionales no institucionalizados, en Villahermosa, Tab.	37	Control metabólico del paciente diabético tipo 2, tras una estrategia educativa en Medicina Familiar	45
Comparación en el estilo de vida entre dos grupos de pacientes obesos después de la aplicación de dos estrategias educativas diferentes	30	Prevalencia de depresión en estudiantes de secundaria	38	Correlación entre funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes con DM tipo 2	45
Conocimiento y aplicación de la NOM para el manejo integral de la obesidad, en Medicina Familiar en BCS	30	Prevalencia de depresión y su relación con la estructura y funcionalidad familiar en el paciente geriátrico	38	Descontrol glucémico asociado al estilo de vida en pacientes con DM tipo 2	45
Conocimiento y aplicación del control prenatal con base en la NOM 007 en médicos de Medicina Familiar	31	Prevalencia de enfermedad renal crónica y factores asociados a adecuada evaluación de función renal y referencia al nefrólogo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo 2	38	Disfunción familiar en pacientes con DM tipo 2 que acuden a la UMF No. 2 de Champotón, Camp.	45
Correlación de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes	31	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes	38	Disminución del filtrado glomerular y sus factores asociados en pacientes con DM tipo 2	46
Definición del "paciente difícil" en Medicina Familiar	31	Prevalencia de la depresión en adolescentes en la secundaria federal "General Albino García" en Salamanca, Gto, año 2007	39	Evaluación clínica de los pacientes diabéticos en la UMF No. 34	46
Dependencia funcional asociada a maltrato en el adulto mayor	31	Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en alumnos de una escuela primaria de ciudad Obregón, Son.	39	Factores asociados a la adherencia al tratamiento del paciente con DM tipo 2	46
Disfunción familiar en embarazadas adolescentes que acuden al hospital rural de Hecelchakan, Camp.	32	Síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, en ciudad del Carmen, Camp.	39	Factores de riesgo asociados a neuropatía y angiopatía en el paciente diabético tipo 2	46
Disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con DM tipo 2 con diálisis peritoneal ambulatoria	32	Trastorno depresivo del anciano y maltrato familiar en la UMF No. 50 Maravatio, Mich. 2005-2007	40	Factores de riesgo relacionados con el glaucoma de ángulo abierto en pacientes con y sin diabetes	47
Disfunción familiar, sobrepeso y obesidad infantil	32	Trastornos de la alimentación asociados a obesidad en adultos jóvenes	40	Frecuencia y estadio de retinopatía diabética en pacientes con diagnóstico de DM de primera vez	47
Epidemiología de la infección del tracto urinario en mujeres adultas de julio 2007 a diciembre 2007 en el HGZ con MF del IMSS Salamanca, Gto.	32	Trastornos del sueño en el adulto mayor de la UMF No. 46 de Cd. Juárez, Chih.	40	Glucosa basal alterada en adolescentes con sobrepeso y obesidad	47
Evaluación de calidad de vida con el SF-36 en osteoartritis y artritis reumatoide	33	Utilización de medicinas complementarias y alternativas en usuarios de la UMF No. 51	40	Hiperglucemia posprandial en DM tipo 2	47
Evaluación de estrés laboral y depresión en personal de primer nivel de atención	33	Valoración mental y de la capacidad funcional en adultos mayores. estudio comparativo en la UMF No. 64 de Tequesquahuac, Edo. de Méx. de marzo a julio de 2006	41	Impacto de un programa educativo sobre el control de pacientes con DM tipo 1 atendidos en Endocrinología en el IMSS de ciudad Juárez, Chih.	48
Evaluación del funcionamiento familiar y redes de apoyo en pacientes geriátricos del consultorio No. 4 de la UMF No. 12 de ciudad del Carmen, Camp.	33	Enseñanza de la Medicina Familiar		Impacto de una estrategia educativa participativa en el estilo de vida de pacientes con DM2	48
Factor de riesgo que confiere la disfunción familiar para presentar intento de suicidio	33	Aptitud clínica para identificar y manejar las hepatitis virales en médicos familiares en		Oportunidad en la referencia de pacientes con nefropatía diabética incipiente a segundo nivel de atención	48
Factores de riesgo para caídas múltiples en adultos mayores funcionales no institucionalizados,				Prevalencia de diabetes gestacional en pacientes	

que acuden a control prenatal en el servicio de Enfermería Materno Infantil en el IMSS de Campeche	49	con dispepsia funcional	56	del Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS	63
Prevalencia de síndrome metabólico de acuerdo con las definiciones de la OMS y el programa nacional de educación en colesterol en derechohabientes del Seguro Social de ciudad Obregón, Son.	49	Salud reproductiva		Expectativas y creencias de los pacientes con IRA sobre el uso de antibióticos	63
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el paciente con DM tipo 2	49	Conocimientos y mitos de la lactancia materna en mujeres derechohabientes de la UMF No. 51	56	Factores correlacionados a la calidad de vida en pacientes con osteoartritis	63
Investigación relacionada con la hipertensión		Disminución de la libido como efecto de hormonales anticonceptivos	56	Factores predictores de Burnout en personal de atención primaria	64
Cumplimiento terapéutico de pacientes con HAS esencial según el test de Morisky-Green	50	Incremento en la permanencia de implanon con una intervención	57	Factores psicosociales que originan disfunción en las relaciones de parejas lésbicas con hijos	64
Control de la hipertensión arterial en Medicina Familiar	50	Rechazo e indecisión en la elección de métodos anticonceptivos en pacientes en puerperio fisiológico inmediato, y su asociación con su nivel de autoestima y funcionalidad familiar	57	Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en madres del ejido Pino Suárez del municipio de Cunduacán, Tab.	64
Efecto de bromocriptina en la hipertrofia ventricular izquierda en pacientes con nefropatía diabética IV	50	Validez de la hiperglucemia en ayuno en la identificación de diabetes gestacional	57	Factores que influyen en el apego de pacientes con insuficiencia renal que reciben tratamiento sustitutivo con hemodiálisis	64
Efectos de una intervención de actividad física supervisada en personal del centro de rehabilitación integral DIF Jalisco	50	Otros		Factores socio-ambientales asociados con obesidad en niños y adolescentes de la UMF No. 48 del IMSS Delegación Jalisco	65
Evaluación de la calidad de atención médica al paciente hipertenso	51	Aplicación de la prueba ACT en pacientes asmáticos. Correlación con sus niveles de control	58	Frecuencia de dispepsia funcional e infección por <i>Helicobacter pylori</i> en trabajadores de 18 a 50 años que acuden al HGZ No.1 del IMSS en Campeche	65
Evolución de la HAS a insuficiencia renal crónica. Estudio retrospectivo	51	Apnea obstructiva del sueño en adultos asmáticos obesos de la UMF No. 28 escala de Epworth	58	Funcionalidad familiar en el personal de salud del HGZMF1 de Durango, Dgo.	65
Factores asociados a la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial esencial adscritos a la UMF No. 66 de Xalapa, Ver.	51	Aptitud clínica del residente de Medicina Familiar en la atención del paciente con síndrome coronario agudo	58	Identificación de redes personales de cuidadores de enfermos geriátricos con demencia y alzheimer	65
Factores familiares y antropométricos asociados a pre hipertensión arterial en adolescentes	51	Aptitud clínica del médico residente de Medicina Familiar en la atención del paciente con dermatosis más frecuentes	58	Las 10 dermatosis más frecuentes en edad pediátrica en el hospital regional ISSSTE, León, Gto.	66
Pre hipertensión arterial y su relación con las toxicomanías en adolescentes	52	Aptitud clínica en residentes y médicos familiares con y sin especialidad en el control de familias en dos UMF	59	Medicamentos inhalados en pacientes asmáticos antes y después de una maniobra educativa	66
Problemas detectados en las supervisiones del curso de especialización de Medicina Familiar del IMSS (CEMFIMSS) en las sedes académicas (SA) del D.F.	52	Asociación de violencia intrafamiliar y eventos críticos con un intento de suicidio	59	Motivos de atención de pacientes con TB pulmonar en un hospital de segundo nivel del IMSS en Tijuana, BC	66
Relación médico-paciente y su influencia en el control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención	52	Autopercepción de la imagen corporal y autoestima baja en adolescentes obesos	59	Nivel de comunicación verbal entre el familiar con paciente geriátrico hospitalizado y el médico responsable	66
Rinitis alérgica y su impacto en el asma en niños de 6 a 15 años que son atendidos en un centro de referencia neumológica pediátrica (CRNP)	52	Calidad de vida de pacientes asmáticos adultos obesos antes y después de una dieta para reducción de peso	59	Niveles de estrés laboral médico en el HGZ. No. 2 de Monterrey, N.L.	67
Instrumentos de evaluación familiar		Calidad de vida del adulto mayor con incontinencia urinaria, en Paraíso, Tab.	60	Prevalencia de uso de antidotos en las diferentes intoxicaciones	67
Análisis de funcionamiento familiar ante embarazos de alto riesgo en la UMFH No. 5 Sahuayo, Mich.	53	Calidad de vida y apoyo social en pacientes con trasplante renal	60	Prevalencia de violencia intrafamiliar en mujeres de Cd. Constitución, BCS	67
Apoyo conyugal de la paciente mastectomizada, de la UMF No. 24 de Tepic, Nay.	53	Calidad de vida y su asociación con factores biosociales en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal	60	Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de la UMF No. 24 de Tepic, Nay.	67
Aptitud clínica de los médicos residentes de Medicina Familiar sobre patologías ginecológicas más frecuentes	53	Características asociadas a cáncer pulmonar en pacientes atendidos en un segundo nivel de atención	60	Prevalencia y grado de violencia contra las mujeres derechohabientes de una UMF del IMSS en Sonora	68
Asociación entre violencia, cohesión y adaptabilidad familiar en familias de la UMF No.80 en Morelia, Mich. de enero 2006 a junio 2007	53	Características epidemiológicas y frecuencia de depresión en mujeres embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación, en la UMF No 16 de Cancún, Q.R.	61	Tratamiento con electroacupuntura de procesos dolorosos del aparato músculo esquelético	68
Cohesión y adaptabilidad familiar en familias uniparentales	54	Características epidemiológicas y frecuencia de depresión en pacientes con hipotiroidismo	61	Uso de la herbolaria y medicina tradicional por derechohabientes y médicos familiares de una UMF del IMSS en Sonora	68
Cohesión y adaptabilidad familiar en sujetos obesos y no obesos	54	Correlación de diagnóstico clínico, diagnóstico colonoscópico y resultado histológico, de patología de tubo digestivo bajo en un tercer nivel de atención	61	Cartas al editor	150
El genograma y el eco-mapa como auxiliares en la identificación de redes de apoyo de adultos mayores	54	Correlación entre obesidad y autoestima en mujeres	61		
El paciente renal y su familia: autoevaluación del funcionamiento	55	Deterioro cognitivo en el adulto mayor que acude a la consulta externa de la UMF No. 1 del IMSS en Campeche	62		
Familia monoparental: evaluación de su funcionamiento	55	Efectos de un régimen de actividad física supervisada sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personal de salud	62		
Funcionalidad de la dinámica familiar en el subsistema conyugal de asegurados que acuden al servicio de urgencias en la UMF No. 223 del IMSS, Lerma, Méx.	55	El padecer en la enfermedad crónica: percepción del proceso por pacientes desde la cultura purépecha	62		
Funcionamiento familiar en la DM	55	Estudio Fase II de terapia epigenética con hidralazina y ácido valpróico asociado a quimioradioterapia en tratamiento de CaCu IIIB	62		
Prevalencia de disfunción familiar en pacientes		Evaluación de la autoestima en los alumnos			



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 unirte 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>