

f Atención familiar



El “espanto” o “susto” en el medio popular y bajo el enfoque médico

Dra. Imelda Díaz Ruíz[□], Dra. Maribel Juárez Mora[□],
Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega^{□□}, Dra. Alicia Hamui Sutton^{□□}

Aten Fam 2007;14(1):1-4.

Una de las expresiones psicosomáticas frecuentes en comunidades tradicionales rurales e incluso urbanas en México, es el llamado “susto” o “espanto”. El “susto” puede dañar en cualquier edad y a cualquier persona. Con base en la sintomatología que se presenta cuando se sufre de “espanto”, creemos pertinente que el médico adquiera conocimientos acerca de este fenómeno aún tan común en nuestros días, ya que de este modo puede brindar una atención integral al paciente y evitar que dicho evento enmascare otra patología orgánica. En la medida en que el médico esté consciente de la existencia de creencias populares de enfermedades (en este caso el “espanto”) también será capaz de poseer una visión integral del paciente y podrá prevenir padecimientos y complicaciones ulteriores que pueden incluso tener impacto en la salud pública. Pensamos que se trata de un tema relevante debido a que en no pocas ocasiones nuestros pacientes recurren a curanderos por distintos motivos antes que al médico alópata, y para poder ayudarlos es importante comprender los diagnósticos y tratamientos que utiliza la Medicina Alternativa.

El “susto” es una variante del fenómeno conocido en diversas partes del mundo como *pérdida del alma*, sin embargo en México y Latinoamérica (en el medio popular) adopta un carácter muy particular pues es considerado una enfermedad. El “espanto” o “susto” puede definirse como un “impacto psicológico” de intensidad variada que se padece a consecuencia de factores diversos entre los que se encuentran los de índole sobrenatural, fenómenos naturales y circunscritos en experiencias personales que emergen como eventualidades fortuitas del todo inesperadas.¹ Si bien el “susto” es una entidad nosológica de filiación tradicional extendida prácticamente en todo el territorio nacional, las formas como se le conoce, la propensión a adquirirlo y las prácticas terapéuticas o los rituales preventivos, poseen connotaciones particulares, esto depende de las diversas regiones geográficas.

El “susto” es a la vez causa y enfermedad. Una persona que recibe un “susto” contrae la enfermedad conocida como “susto”: es decir, el

[□]Pregrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510. ^{□□}Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510

Aten. Fam. 2007 Vol 14 No 1 enero-febrero

<http://www.facmed.unam.mx>

Registrada en el Directorio LATINDEX,
<http://www.latindex.org>, e incluida en la base de datos
PERIÓDICA, [http://www.dgbiblio.unam.mx/
directorio.html](http://www.dgbiblio.unam.mx/directorio.html), del departamento de Bibliografía
Latinoamericana de la Dirección General de Bibliotecas,
(DGB), UNAM.

CONTENIDO

DESDE EL CONSULTORIO 4

Estudio de Salud Familiar
Dra. Fabiola Geraldine Ochoa Tapia

ARTÍCULO DE REVISIÓN 9

Eyaculación precoz
en la práctica del médico familiar
Dra. Consuelo González Salinas

ARTÍCULO ORIGINAL 12

Conocimientos generales
y uso de métodos anticonceptivos
en mujeres en edad reproductiva
de 14 países de América Latina
Dr. Samuel Santoyo Haro y cols.

DESDE LA RADIOTECA 16

Gastritis por Radiología;
“Pligues gigantes” ¿úlcera? ¿linfoma?
Dr. Guillermo Santín García

IDENTIFIQUE EL CASO 18

A TRAVÉS DE LA IMAGEN
Dr. Francisco J. Gómez Clavelina y cols.

REVISIÓN FARMACOLÓGICA 19

Macrólidos
Dra. Yolanda Estela Valencia Islas

ABORDAJE CLÍNICO 21

Dra. Ana María Navarro García y col.

TEMAS DE INTERÉS 22

Paradigmas
de la salud-enfermedad
MF Bertha Moedano Jiménez y cols.



padecimiento es designado con el mismo término que se aplica a la vivencia traumática”, señala Carlos Zolla.² A diferencia de otras enfermedades que afectan principalmente a los niños, el “susto” puede afectar en cualquier edad y a cualquier persona.

Los síntomas y signos que produce el “susto” son diversos:

Sintomatología del “susto”²

- Visible ataque al estado general
- Falta de apetito
- Decaimiento
- Tendencia a sentarse o acostarse en lugares donde pueden recibir sol
- Frío en las extremidades
- Somnolencia
- Tendencia a dormir muchas horas
- Inquietud en la vigilia y en el sueño
- Insomnio
- Palidez
- Tristeza
- Angustia
- Hipersensibilidad en el trato con terceros
- Esfuerzo al caminar
- Ocasionalmente desvanecimientos
- Temor a los sueños en los que se repiten estereotipos amenazadores
- Ataques repentinos de “locura”
- Fiebres leves
- Ocasionalmente diarreas y vómitos
- Dolores de cabeza
- Dolores en el “corazón”³

Los tratamientos del “susto” o “espanto” son variados y conservan, empero, ciertas coincidencias. A diferencia del “mal de ojo”, cuya curación puede ser realizada por cualquier persona que conozca el ritual del

tratamiento, el “susto” deberá ser tratado por el terapeuta tradicional. La etiología del “susto” no es la pérdida del “ánimo”, sino la pérdida de una entidad anímica.

A diferencia de la concepción cristiana que considera una alma única, los nahuas suponen que existen tres almas; ellos creen que la primera *tonalli*, localizada en la cabeza, está relacionada con los dioses, en ella se ubica la razón y la conciencia y se le considera la productora del pensamiento. La segunda, *teyolia*, se encuentra en el corazón, ahí están la vitalidad y los afectos. Una tercera, *ihiyotl*, se ubica en el hígado, en el que se encuentra el vigor del hombre, las pasiones; una vez muerta la persona regresa como “aire de noche”. Las ideas acerca de la pérdida de un alma específica, lo mismo que de la captura de ésta por seres del inframundo están presentes en casi todas las culturas prehispánicas del continente americano, lo que demuestra su gran antigüedad.³

Para comprender los vestigios actuales de tales creencias y su relación con la salud y la enfermedad hay que enfatizar que una de estas almas tiende a separarse durante la vida del individuo, mientras que las otras dos lo hacen hasta la muerte del mismo. La falta de *tonalli* o sombra, cuando es capturada o perdida como efecto del “espanto”, provoca padecimientos y debilitamiento por carencia. Ante tal estado suele suceder que agentes extraños, como la emanación del alma en un cadáver o *ihiyotl* que sale en forma de gas denso, penetren en el organismo y ataquen a la persona desprovista de sombra.

La enfermedad está vinculada con el lugar donde se sitúa la persona cuando el alma se ha desprendido del cuerpo: si la sombra fue capturada por la tierra se presenta la enfermedad, si no se sabe su paradero, sobreviene una enfermedad aún más grave, si entra la emanación de un cadáver u otro elemento extraño al sujeto se enferma todavía más. La pérdida de la sombra o el alma a causa del “susto” o “espanto” produce por lo general síndromes muy claros, pues emocionalmente la persona se siente incompleta, además de los síntomas orgánicos antes descritos. La curación tiende a restituir a la sombra ausente por lo que está cargada de actos mágicos que en pueblos mestizos se han vuelto ininteligibles, pues han perdido las ideas médicas que en la época prehispánica las sustentaban.⁴

Para entender la manera en que los curanderos abordan este mal se entrevistó a una curandera, que realiza los rituales necesarios para librar de esta enfermedad a las personas afectadas, Susana Ruiz Martínez, originaria de San Pedro Tututepec, Oaxaca.^{**}

“...Las personas que viven en pueblos se espantan porque ven cómo se desbordea un río, por el mar al ver una ola muy grande o porque una ola los avienta, al ver animales de campo como una culebra o cuando se caen del caballo o el burro. Las que viven en la ciudad se espantan por un choque, un asalto, por ser o ver atropellados, por ver un herido o muerto. Una persona espantada tiene la piel pálida, como amarilla, no tiene hambre, los niños no crecen, están tristes, tienen mucho sueño, no



tienen ganas de hacer nada. Cuando el “susto” es muy fuerte *la sangre se vuelve agua*, tanto que ya no tiene fuerzas, tienen la mirada perdida, los ojos están tristes, algunos dicen que tienen miedo y si son bebés brincan cuando están dormidos.

En mi pueblo aprendí a curar con velas de sebo; se piden 10 de estas velas, aguardiente, ruda y albahaca. Las velas se ponen a fuego lento en una cacerola de peltre, se derrite la cera y ya derretida se le pasa por todo el cuerpo al niño y se le llama tres veces *Juan no te espantes* y se reza para que salga la *cosa mala* que no lo deja estar sano; después la cera se echa en una jícara con agua y la cera forma la causa por la que la persona está espantada. Ya que se le pasó la cera, el niño empieza a dormirse, entonces se le unta principalmente en sus coyunturas la mezcla del aguardiente, la ruda y el tabaco. Esta curación se hace a niños grandecitos y gente grande, los días martes y viernes.

Para curar a un bebé, los días martes y viernes preparo una tina con agua calentita, le echo flores blancas, rojas y *un chorrito* de alcohol; y aparte preparo un ramo de flores rojas y blancas. Ya preparado se *encuera* al bebé, se voltea de cabeza y se dice Pedro no te espantes tres veces y se le pasa el ramo de flores formando una cruz a la vez que se dice una oración. Después se baña y se tapa bien; si se duerme es que el “espanto” ya salió, y uno se da cuenta porque cuando despierta está contento y ya come bien...”

El “susto” no es una enfermedad sino un síndrome de filiación cultural, es decir,

un complejo mórbido que sólo es reconocido, diagnosticado, clasificado y tratado como tal dentro de las claves culturales y médicas del grupo. Los síntomas incluyen a menudo agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, hay datos depresivos e introversión. Puede presentarse ansiedad generalizada o estrés producidos por conflictos sociales o por una autoestima baja.

En numerosos casos, los curanderos tienen logros en sus prácticas curativas. *¿Cuáles son las razones?* Numerosos padecimientos son autolimitados y su historia natural es que desaparecen espontáneamente. Los curanderos no son totalmente ignorantes de la terapéutica utilizada por los médicos alópatas: cuando lo consideran apropiado administran antimicrobianos, analgésicos, antialérgicos, purgantes, etcétera.

Sin embargo, seguramente el recurso terapéutico más importante, aplicado con singular maestría por los curanderos, es la psicoterapia, y en especial una rama de ella, la sugestión. *¿Cómo se explica el poder de la sugestión?* Podríamos decir que el efecto placebo tiene un supuesto ineludible: la integridad del organismo requiere de la totalidad para hacerse patente. Actúa a través del nivel superior de la integración y por tanto constituye una serie concertada de acontecimientos extraordinariamente selectivos, precisos y limitados en el tiempo, que modifican al propio organismo para mejorar o sanar.⁵

Un conjunto de factores se asocian para amplificar el efecto terapéutico del

curandero. Para empezar, éste es un miembro de la comunidad, con quien comparte la manera de vivir, idioma, costumbres, familia y amigos, religión, mitos, creencias y sistemas explicativos. El acceso a él es fácil, desprovisto de los obstáculos burocráticos y del proceso deshumanizante de la atención médica institucional. El curandero conoce y trata al paciente, no como un órgano enfermo, sino como una totalidad biopsicosocial y como parte de sistemas aún más altos: la familia y la comunidad. El curandero combate el padecer y no la enfermedad.

El curanderismo tiene orígenes primitivos, está saturado de ideas inexactas, de supersticiones y magia. Puede ser útil para aliviar males menores, en su mayoría psicológicos y psicosomáticos, pero es ineficiente en el resto de los casos. Lo importante es que la práctica del curanderismo incluye elementos valiosos que la Medicina científica ha menospreciado injustamente. Estos elementos son: la visión del hombre en su totalidad biopsicosocial, la atención a la persona y su entorno, la atención al padecer y no solamente a la enfermedad, la utilización inteligente de la sugestión y el efecto placebo que, quiérase o no, desempeñan un papel de importancia insospechada en todo quehacer de naturaleza médica.

Para concluir podemos decir que el “susto” en la Medicina Alópata debe ser clasificado y tratado como una totalidad en la que pueden reconocerse elementos específicos, más o menos al determinar un complejo mórbido e incluso complica-

Desde el Consultorio

Estudio de Salud Familiar

Dra. Fabiola Geraldine Ochoa Tapia[□]

Aten Fam 2007;14(1):4-8.

ciones... es dentro de esta lógica que hay que comprender la diabetes por “susto”, la tisis (tuberculosis) por “susto”, así como los “sustos” retenidos en la garganta”, los retenidos en el corazón o en el estómago, por lo cual no debemos olvidar que pueden derivar en enfermedades peligrosas “bilis”, “diabetes”, “tisis”, “presión”, “hepatitis”, “úlceras” diversos grados de parasitosis intestinal y en general a un estado de deficiencia inmunológica (anemia y síndromes mieloproliferativos) asociado a estados de desequilibrio emocional (la depresión y el estrés), que afecta predominantemente a hombres y mujeres jóvenes, además de anemia, apatía y pérdida de apetito. Si bien no existe el equivalente exacto de esta enfermedad popular dentro de la Medicina Alópata, se trata de un padecimiento, que en ocasiones es confundido con diversos padecimientos, e incluso puede llegar a ocultar distintas patologías orgánicas, atribuidas al “susto” o “espanto”.²

Referencias

1. Moden ME. **Madres, Médicos y Curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica.** 1ª ed. Ediciones de la Casa Chata. SEP. México. 1990.
2. Zolla C, del Bosque S, Tascon Mendoza A, Mellado Campos V, con la colaboración de Maqueo C. **Medicina Tradicional y Enfermedad.** Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, 1998.
3. López Austin A. **Cuerpo Humano e Ideología.** UNAM. Instituto de Investigaciones Antropológicas. México. 1989.
4. Sasson Lombardo Y. **El alma y los síndromes patológicos actuales.** Tlahui-Medic. México. 1996.
5. Viniegra Velásquez L. **Cómo Acercarse a la Medicina.** Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México. 1991.

Notas:

^{*}El dolor del corazón es con frecuencia el dolor epigástrico, asociado a padecimientos gastrointestinales: gastritis y úlcera gástrica principalmente

^{**}Entrevista directa y abierta con la señora Susana Ruiz Martínez, curandera indígena. México, D.F. Octubre de 2005.

Ficha de identificación

Nombre de la familia: RO Domicilio: conocido
Fecha de inicio: 03 mayo de 04
Fecha de presentación: 24 febrero de 05
No. de sesiones con la familia: nueve Religión: católica

Integrantes de la familia

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Edo. Civil	Ocupación
Jorge	38 años	Padre	Secundaria incompleta	Casado	Seguridad
Martha	36 años	Madre	Primaria	Casada	Comercio
Jorge	16 años	Hijo	Bachillerato	Soltero	Estudiante
Laura	10 años	Hija	Primaria	Soltera	Estudiante

Motivo de la consulta

Jorge acude a consulta de Urología acompañado de su esposa, porque no la satisface sexualmente.^a

Justificación del estudio

El interés para realizar este estudio se fundamenta en el impacto que tiene sobre la familia la problemática referente a la disfunción sexual.^b

Antecedentes familiares de importancia

Biológicos, psicológicos y sociales. Hereditarios. Jorge. Abuela materna finada por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Padre, padeció miopía, finado por Cirrosis Hepática Alcohólico-Nutricional (CHAN). Madre viva con *Diabetes mellitus* tipo 2 desconoce evolución y tratamiento. Martha. Abuelo paterno finado por CHAN. Abuela paterna finada por cardiopatía isquémica. Abuela materna finada por Ca Cu. Padre finado por CHAN. Madre finada por Ca Cu.

Enfermedades agudas y crónicas. Jorge. Padre: miopía; seguimiento anual control por medio de lentes. Laura: miopía; seguimiento control por medio de lentes.

Actividades médico preventivas realizadas. Cuentan con Seguro Social. Martha acude a detecciones de DOCMA y CACU, DM, HAS, vacunas: Td y hepatitis. Jorge asiste también a detección de DM y HAS, y a valoración anual de su miopía. Todos con esquemas completos de vacunación.

Historia de la familia.^c Los orígenes de Jorge se remontan a la unión libre de Don Gregorio y Doña Sara (abuelos), los cuales procrearon una hija llamada Rosa, al enterarse que fue niña, decide abandonarlas. Rosa conoció a Don Jorge con el cual decidió formar una familia, tuvo 12 embarazos, los que terminaron en abortos, posteriormente nacen Angélica, Jorge y Pedro. Jorge nació en Guadalajara, deseado y planeado, su infancia refiere que fue muy bonita, ya que no tuvo privaciones. A la edad de 10 años se mudaron a vivir a Tuxpan,

[□]Clínica 11 “Doroteo López”, IMSS, Colima, Colima



por los negocios de su padre, ya que su mamá se quejaba constantemente de la falta de dinero y además porque era alcohólico. Jorge (hijo) se hizo cargo de un negocio de su padre, y continuar la secundaria abierta, la cual no terminó, debido a los constantes pleitos con su hermana porque le daba vergüenza la cantidad de novios que tenía.

Martha nació en Tecomán, no deseada ni planeada, tuvo una infancia en la que ella debía de hacer el aseo y comida de la casa y si no lo hacía correctamente era maltratada física y psicológicamente por su madre, lo que dio como resultado bajo aprovechamiento en la escuela, de la cual se sale para trabajar en la población del Limón, Jalisco, con una tía, pues a su mamá no le alcanzaba el dinero que su padre le daba. Su padre se daba cuenta del abuso de su esposa hacía Martha y lo único que él hacía era abrazarla. Él decidió separarse de su esposa, cuando Martha tenía 12 años y la economía empeoró aún más. El dinero que Martha ganaba la madre se lo quitaba y lo repartía para gastos de sus demás hermanos y nunca traía dinero en su bolsa, pero a pesar de eso su tía le guardaba dinero. Su abuela materna vendía alimentos en su casa, Martha le ayudaba para que le diera de comer cuando salía de trabajar, un día un primo intentó abusar sexualmente de ella.

Etapas del ciclo vital.^{ch} Etapa constitutiva. Jorge y Martha se conocieron a la edad de 10 años en la playa en unas vacaciones, él se enamora y le dice que cuando sean grandes se casarán, pasó el tiempo y como el padre de Jorge empeoró por su problema de alcoholismo, se vuelven a ver hasta que Jorge tiene 19 años y busca a Martha, le pregunta que si lo recuerda y ella le responde que no; vuelve nuevamente al otro día y le pide que sea su novia. Ella nunca había tenido un amigo o amiga y le responde que no, pero él insiste y le dice: “o entro en tu vida o salgo de ella”, y le da un día para pensarlo. Al siguiente día ella se siente presionada y le contesta que sí, durante la semana él le pide matrimonio y ella contesta no estar preparada, pero Jorge

nuevamente insiste con la misma frase. Como la relación de Martha con su familia no es del todo buena acepta, y él plática con su familia para formalizar la relación.

Ponen de plazo seis meses, Jorge visitaba los fines de semana a Martha, pero nunca tuvieron un momento de privacidad por que siempre estaba alguien de la familia y no tenía permiso de salir como sus otras hermanas. Al llegar el día de la boda, en el registro civil le pidieron el acta de nacimiento a Jorge y notó que el nombre ahí escrito no concordaba con el nombre de Doña Rosa, pero no comentó nada. Se realizó la boda en Tecomán a petición de la familia de ella debido a sus costumbres.

La luna de miel fue en Tuxpan. Al tener su primera relación ella le pide a él que no eyacule dentro de ella, y él sorprendido le pregunta por qué, ella le contesta que su hermana le aconsejó eso para que no se embarazara. Se quedaron a vivir en la casa de la familia de él, y atendía los negocios de Don Jorge. En esta etapa Martha fue maltratada psicológicamente por parte de su suegra, la trataba como su empleada doméstica; le decía “ponte a trabajar, ve con Jorge al negocio, porque el dinero no alcanza”, de esto su esposo no se daba cuenta. Su suegro la trató bien, pero cuando se fue empezó su sufrir. Jorge le entregaba lo que salía de ganancias durante el día a su madre para que ella lo administrara ya que su padre se la pasaba tomando.

Etapas procreativa. Seis meses después de haberse casado ella se siente sola y le dice a su esposo que ya es tiempo de tener su primer hijo. Nació Jorgito, quien es deseado y planeado, pero la situación con su suegra se torna cada vez más difícil. El suegro fallece hospitalizado por la cirrosis, por lo que Jorge queda a cargo de todo. Él no supera su duelo, en esta etapa Martha le pidió que vivieran aparte, a lo que su suegra se opone por lo que decide irse a Tecomán nuevamente, Jorge se quedó con su mamá. Cinco meses después fallece el padre de Martha, el duelo lo superó aproximadamente en un año.

Al mes de este fallecimiento Jorge va por ella para regresar, como condición le pide que renten una casa, esto le molesta mucho a la madre de él, Jorge le pide que le entregue los negocios y un terreno que su padre le había ofrecido para que construyera su casa. Su madre le dice que ya nunca los va a querer nuevamente allí, por lo que él decidió iniciar por su propia cuenta otro negocio. Posteriormente nació Laura, deseada y planeada, con quien juega mucho Martha, pero conforme fue creciendo también le asignó obligaciones en la casa y si no las hacía, la regañaba.

Como Martha se sentía sola debido a que su esposo trabajaba todo el día, un maestro de la escuela la notó triste y empezó a platicar con ella, quien se sintió a gusto con su compañía, se ven casi diario por espacio de 15 minutos al salir el niño de la escuela, así lo hacen por seis años, ella se enamora de él a tal grado que le pide que deje a su esposa, y decide comentarle a su esposo esa situación. Jorge fue a la escuela para corroborar lo que cuentan, notó cierto acercamiento del maestro con Martha, él le reclama sin que ella se entere. Jorge discute con ella, y le pregunta si tuvo relaciones sexuales con el maestro, a lo que respondió que únicamente eran amigos.

En ese tiempo la madre de Jorge se fue con su hermano a EEUU, y dejó el negocio; Jorge decidió trabajarla junto con su esposa. La madre le pidió que le guardara sus pertenencias en su casa, al regreso de ambos de EEUU van a vivir con Martha y Jorge. Su hermano empezó a insinuársele a Martha, y ella le comentó a Jorge esa situación y deciden ir a radicar a Colima, con este cambio pierden todo. Con el dinero que ella reunió a escondidas, compra un terreno. El le reclama que de dónde lo sacó o que quién se lo dio, llegaron a agresiones verbales delante de los niños. Al poco tiempo fallece la madre de Martha sin que ello la afecte psicológicamente.

Jorge buscó trabajo, le pidieron acta de nacimiento, como no la tenía fue a Guadalajara y solicitó una. Sintió curiosidad de saber por qué después de que falleció su padre, su madre empieza a tornarse fría con él,





y daba preferencia a sus hermanos. Como se quemaron los libros en el Registro Civil, el acta que le entregan tiene los datos de doña Rosa por lo que decide olvidarse de ello. Le dan trabajo de seguridad en una tienda, ganaba muy poco, por lo que Martha decide poner una tienda de abarrotes con la desaprobación de su esposo.

En varias ocasiones encontró a Martha platicando con su vecino, quien se metía a su casa sin siquiera saludarlo. También se percató que cuando cierto proveedor le surtía mercancía, ella desde temprano estaba más arreglada y tenía la casa limpia. También saca cuentas que desde que conoció al maestro en la escuela, ella ya no quiere tener relaciones sexuales, ponía de pretexto que tenía cefalea y estaba cansada. Cierta ocasión ella le comentó que quisiera tener cierta fantasía, él accedió y fabricó un dildo de mayor tamaño que su pene, con tal de tenerla feliz. Cuando tienen relaciones sexuales que son cada 15 días, él presenta eyaculación precoz, y ella se siente insatisfecha. A la fecha ella no quiere que él eyacule dentro. Ella le comentó que quisiera que su fantasía fuera realidad, por lo que él se siente enojado e impotente. Ella refiere que su esposo ya no quiere ir a trabajar, para estar en su casa, hostigándola y teniéndola abrazada todo el día. Jorge le reclama frecuentemente de sus relaciones amorosas delante de los hijos, a lo que ella contestó que olvidara lo pasado.

En una ocasión Jorge se deprimió, y se encerró en el cuarto e intentó quitarse la vida con una navaja. Ella refiere que está cansada, que no es feliz, que quisiera irse lejos y no regresar, ya que desde que nació ha tenido responsabilidades, que su esposo no la deja tener amigas, mucho menos platicar con hombres. Nunca salen a pasear en familia ni ellos dos, ya que la quiere tener en la casa. Aunque él le ayuda en los quehaceres, ella refiere que le hace falta algo, dice que él no tiene iniciativa para trabajar, y eso la desespera. El refiere que ella no lo toma en cuenta para las decisiones del hogar. Sus hijos refieren que su padre es celoso y, que a ellos los

ignora por estar cuidando a su mamá, pero que si los quiere.^d

Crisis familiares.^e Crisis normativa.^f

El trabajar con la familia de Jorge, y da todo el dinero a su madre. El coito interrumpido, para la planificación de sus hijos. La dificultad de Jorge para asumir el rol de padre de familia. La intromisión de la suegra de Martha en su matrimonio. La somatización de Martha para evitar las relaciones sexuales.

Crisis paranormativas.^g

De Jorge, no conocer su verdadero origen. El intento de abuso sexual por parte del primo de Martha. Martha se vio forzada al matrimonio con Jorge. La toma de decisiones por parte de Martha. Los problemas por parte de la familia de Jorge. La separación de Martha. El acoso sexual por parte del hermano de Jorge a Martha. La pérdida de la autoestima de Jorge. El intento de suicidio por parte de Jorge. La eyaculación precoz. La insatisfacción sexual de Martha. Supuestas infidelidades hacia Jorge. La muerte del padre de Jorge. La muerte de los padres de Martha. El cambio de residencia.

Tipología familiar

Con base en su composición: nuclear

Con base en su desarrollo: tradicional

Con base en su integración: integrada^h

Con base en su ocupación: jornaleraⁱ

Con base en su demografía: urbana

Etapa actual del ciclo de vida familiar.^j

Etapa procreativa. Fase de consolidación y apertura, tienen a una escolar que es Laura de 10 años, y un hijo adolescente, Jorge, de 16 años.

Funciones familiares básicas.^k

Asegura la subsistencia de cada uno de sus miembros ya que proporciona, alimento, vestido, y seguridad física a los integrantes de la familia incluye la satisfacción pero no sexual ni de Jorge ni de Martha.

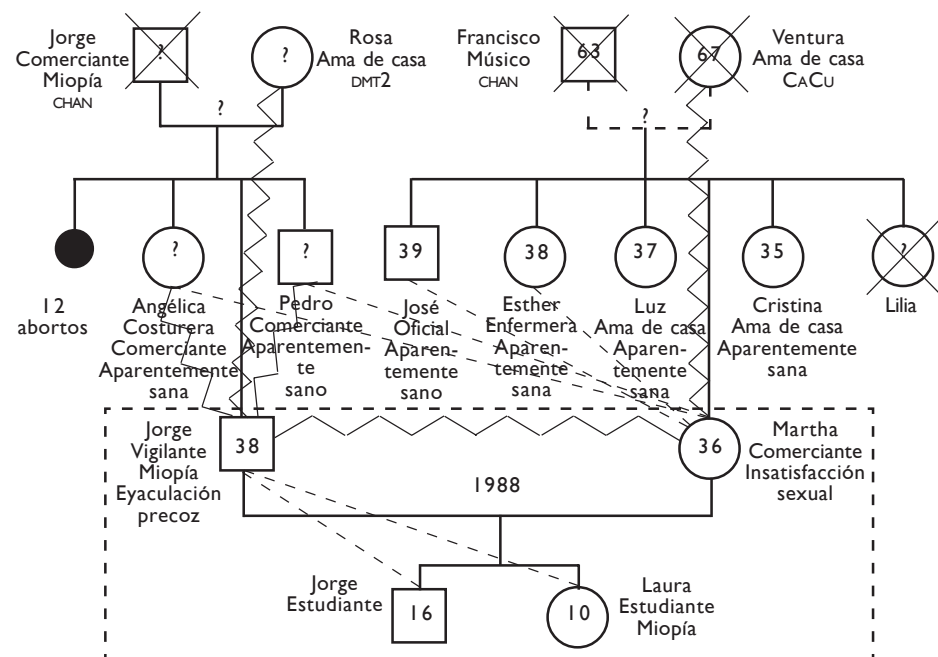
Promueve el afecto y la unión entre los hijos, y de los hijos a sus padres, pero no así la capacidad de relacionarse con la sociedad.

Educación y estimulan el aprendizaje de Jorge y Laura ya que ellos están estudiando, y se fomenta el respeto recíproco.

Estudio de interacción familiar.^l Enfoque triaxial. Eje II. Dimensión horizontal disfunción en el subsistema conyugal.

A. Disfunción complementaria. Jorge trae patrones repetitivos de dominancia de la madre, y se repite con Martha que en su

Estructura familiar. Genograma





caso también era dominada por su madre, y por lo tanto se complementan.^m

B. Disfunción conflictiva. Ya que discuten por la insatisfacción sexual de ambos, y los celos que Jorge presenta.

C. Disfunción dependiente. Jorge depende mucho de lo que realice o diga Martha, refiere que preferiría ya no ir a trabajar para cuidar todo el tiempo a su esposa, ya que con lo que ganan en la tienda podían comer, aunque se molesta por la actitud que toma ella; Martha comenta que él no tiene iniciativa, a pesar de que él trabaja, dice que parece un niño con sus actitudes.

Eje III dimensión global disfunciones globales

A. Familia socialmente aislada. No salen a divertirse ni participan en actividades comunitarias; los deportes solo los realizan sus dos hijos.

Estrato socioeconómico. Obrero. Se aplicó a la familia, se encontró que: la profesión en el caso de Jorge, jefe de familia, es de un obrero especializado, “seguridad”, y el nivel de instrucción de Martha, madre de familia, es de educación primaria completa; su principal fuente de ingresos es del salario semanal de Jorge, y de un negocio de abarrotes de Martha; la vivienda cuenta con espacios reducidos pero es confortable y con buenas condiciones sanitarias.

Evaluación del subsistema conyugal. Diagnóstico. Pareja moderadamente disfuncional 66 puntos.

Escala de eventos críticos. Escala de Holmes. 350 puntos. Diagnóstico. Crisis grave.

Ámbito socialⁿ

Ingreso económico familiar. Es de \$6,000.00 pesos, y se distribuye de la siguiente forma: comida \$1,200.00, luz \$1,800.00, gas \$60.00, teléfono \$300.00, escuela \$400.00, vestido \$200.00, transporte \$1,000.00, médico \$200.00. Total: \$5,160.00.

Ámbito laboral. Jorge trabaja como personal de seguridad en una tienda comercial. Martha refiere que la mayor parte del di-

nero que gana se gasta en gasolina, que debería buscarse otro trabajo. Martha trabaja en su tienda de abarrotes.

Vivienda. Propia, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, con tres recamaras, sala comedor, cocina, dos baños y un patio de servicio. Un local comercial. Buenas condiciones de higiene.

Alimentación. Martha hace comida para dos días. Carne 3/7, frutas 5/7, verduras 4/7, cereales 7/7, leche, 7/7, huevo 3/7.

Recreación: Nunca salen a pasear.

Adicciones. Ninguna.

Participación comunitaria. No la tienen.

Participación religiosa. De vez en cuando.

Deportes. Solo sus hijos y en la escuela.

Utilización de servicios sociales y de salud. Acuden al IMSS. Martha asiste a detecciones de DOCMA y CACU, DM, HAS, vacunas Td y hepatitis. Actualmente en terapia con Psicología.ⁿ Jorge acude a detección de DM y HAS. Y a valoración anual de su miopía. Actualmente en tratamiento por Urología y terapias en Psicología. Ambos con sus esquemas completos de vacunación. Laura en control por Oftalmología.

Factores de riesgo y protección para la salud^o

Carga genética para DM 2 por parte de Jorge y de cáncer por parte de Martha. Eyaculación precoz de Jorge por que predispone a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) de Martha.^p La depresión de Jorge que es un riesgo potencial de suicidio. Los problemas de promiscuidad de Martha,^q que predispone a enfermedades infectocontagiosas. El equipo multidisciplinario participa al otorgar pláticas de enfermedades crónicas degenerativas, de nutrición, participación comunitaria y enfermedades infectocontagiosas, así como su terapia.

Diagnóstico integral^r

Alteración en el subsistema conyugal secundario a la disfunción sexual de ambos.

Pronóstico^s

Por el momento la familia acude a sus detecciones e inmunizaciones, con lo cual está consciente y comprometida, en lo que respecta a su disfunción de pareja ya reconocieron su problemática, motivo por el cual acudieron a la consulta de Urología. Ahora les falta saber con qué recursos individuales y de pareja cuentan, para afrontar lo que motivó su consulta; ya existieron a sesiones por parte de Psicología. El pronóstico se reserva a evolución y compromiso de cada individuo.^t

Plan de manejo integral^u

Terapia breve por parte de Psicología,^v y por parte de Urología para Jorge.

Evolución, seguimiento e impacto de la interacción del equipo de salud-familia

Se revisó el expediente de Jorge y de Martha, se encontró que sí asistieron a las sesiones programadas.^w Ambos refirieron haber reconocido la problemática que los aquejaba, y que repercutía mayormente en Jorge. Cuando Jorge se enteró de los secretos^x que por mucho tiempo no le contó Martha, refirió haberla perdonado porque la ama, ya se tienen más confianza uno al otro. Jorge creció, continuó con sus estudios de secundaria y bachillerato abiertos,^y trabaja como personal de seguridad, al terminar de estudiar buscará otro trabajo que le remunerará más. Jorge refiere que por el momento no confrontará a su madre respecto a su procedencia, ya que ella todavía se encuentra en EE UU y que esperará. Jorge y Martha siguen trabajando al interior de su familia, en la educación de sus hijos, en la alimentación y nutrición. Ya dedican más tiempo a la convivencia y recreación familiar. Tratan de solucionar alguna diferencia de opiniones en privado. Con el tratamiento y ejercicios que recomendó el urólogo, Jorge ya no eyacula tan precozmente, y su autoestima mejoró. Hasta el momento no ha habido intentos de suicidio. Ambos se sienten más seguros de sí mismos, pero continúan trabajando en ello.^z





Revisión técnica del estudio de salud familiar

Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández[□],

Dr. Apolinar Membrillo Luna[□], Dr. José Rubén Quiroz Pérez[□]

- ^a En este apartado es conveniente describir completamente con semiología el padecimiento actual, el paciente probablemente no acudió de manera directa al servicio de Urología, se desconoce cuál fue el cuadro clínico que refirió con su médico familiar, es posible que existan varios problemas en el paciente; en Urología no tratan la insatisfacción de las parejas, sino problemas de funcionamiento en este caso del aparato reproductor del hombre.
- ^b Una vez que se conoce el problema, hay que emitir diagnósticos y sobre éstos elaborar breves descripciones para tener una base más clara del porqué desea realizar el estudio de salud familiar. Da la impresión de que el interés para realizar el estudio es de tipo personal, y no para beneficio de la familia, la justificación propuesta parece ser más un objetivo de estudio de la familia.
- ^c Esta primera parte podría ser muy buena, solo que se queda trunca, no se describe el resto de la historias de familia.
- ^{ch} No da referencias para fundamentar el análisis. Por otro lado, en la descripción de las etapas iniciales de la relación de pareja, no menciona las expectativas como pareja en relación con su vivienda, su empleo y la llegada de los hijos, los valores, reglas y satisfacción de los integrantes. No menciona aspectos relevantes en relación con el motivo o justificación del estudio.
- ^d En todo este relato se muestra la problemática que motivó la consulta, sin embargo no se identifica plenamente este elemento. En la historia de familia se encuentra problemática de pareja muy importante que provoca insatisfacción en ellos. Por la descripción parece ser que la pareja no afronta directamente su problemática y esta fuerza del sistema conyugal es transmitida al entrevistador, ya que al haber tantos problemas de desacuerdos, frustraciones, insatisfacciones, probables infidelidades, falta de objetivos comunes y falta de lealtades, los plantea como situaciones o conductas cotidianas de la vida de esta pareja.
- ^e Confunde las crisis normativas y no normativas, no las analiza detenidamente y no describe quién las refirió.
- ^f Lo que se describe son crisis paranormativas, no se refiere ninguna crisis normativa, a pesar de encontrarse muchas como el matrimonio, la llegada de los hijos, el inicio de la vida sexual en pareja, etcétera.
- ^g En la narración de la historia de la familia existen otro gran número de crisis paranormativas que no se mencionan, que son importantes para el estudio de la familia, por ejemplo: las celotipias y las expectativas de la vida sexual de la pareja.
- ^h No tomó en cuenta los factores emocionales para calificar la integración.
- ⁱ Ni él ni ella tienen actividades de jornalero, ella es comerciante y él empleado de seguridad.
- ^j Se debe señalar de acuerdo con qué autor se hace la descripción, incluso señalar la visión de otros autores.
- ^k No analiza cada función, y si éstas se cumplen o no. No dice si se cumplen los roles asignados. No menciona el autor de esta clasificación de las

funciones, lo cual acarrea que se pase por alto que exista una alteración en una función que genera el motivo de consulta y que es la función reproductiva; ésta es aparentemente cubierta, pero el ejercicio de la sexualidad está por debajo de los niveles esperados, ya que no se planteó desde el noviazgo, punto por demás importante y que quedó fuera de la descripción en el estudio.

- ^l La interacción familiar es el estudio de la dinámica familiar y como punto anexo se refiere al funcionamiento de la familia, el cual debe de describirse en algunos de los elementos de la dinámica familiar, para luego pasar a la aplicación de los instrumentos que nos permitan tener una idea de la disfunción familiar, lo que aquí se presenta solo es la aplicación de los instrumentos.
- ^m Normalmente en las parejas existe cierta lucha por el poder, pero no existe una relación de dominador–dominado; cuando se da esta relación complementaria rígida es una relación patológica que va más allá de una disfunción, pues funciona de manera estructurada pero patológica. Esta relación de pareja parece ser complementaria entre un individuo inmaduro e inseguro y una persona con pocos escrúpulos, poco comprometida y probablemente egocéntrica, que maneja muchos factores culturales de sometimiento del sexo que tiene.
- ⁿ En general hace descripciones simples, no hace análisis ni interpretación de los resultados de la aplicación de los instrumentos, no comenta que no hay relación entre los resultados y lo narrado en el texto.
- ^ñ No se mencionan los motivos por los cuales se solicitó o se está dando la atención psicológica.
- ^o No se incluyeron los hijos en este apartado.
- ^p La eyaculación precoz más bien es factor de riesgo para disfunción sexual y no para una enfermedad pélvica inflamatoria.
- ^q En el documento no se mencionan infidelidades como tales, solo se dan presuntos hechos, que el relato en el texto no confirma.
- ^r El diagnóstico quedó incompleto, ya que no se incluyen aspectos: individual, familiar y de acuerdo con la aplicación de los instrumentos de evaluación, solo se hace referencia a uno de estos instrumentos. Por otro lado no se refiere qué tipo de disfunción sexual tienen ambos, solo se dan presunciones, que no se expresan en forma adecuada (*eyaculación precoz, disrritmia, anorgasmia, disfunción eréctil?*). Cabe la posibilidad de que exista depresión en la familia, la cual no se exploró. También en el diagnóstico se omitió: qué tipología tiene la familia, alteraciones en el afecto y la comunicación a nivel de pareja, se ignora en los otros subsistemas, etcétera.
- ^s Finalmente no dice si es malo o bueno, no toma en cuenta la historia de la familia y cómo se formó, cómo evolucionó y todos los problemas que tienen.
- ^t Solo una parte del penúltimo enunciado se refiere al pronóstico.
- ^u A la esposa y a los hijos no los tomó en cuenta, por las repercusiones que pueda haber en ellos. No hace uso del equipo de salud
- ^v No se menciona el criterio utilizado para otorgar terapia breve.
- ^w No especifica a qué sesiones se refiere.
- ^x Es conveniente mencionar cuáles fueron esos secretos.
- ^y No se mencionó en el estudio.
- ^z No se menciona ninguna bibliografía para el estudio.

[□]Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510



Artículo de Revisión

Eyaculación precoz en la práctica del médico familiar Premature ejaculation in family practice

Dra. Consuelo González Salinas[□]

Aten Fam 2007;14(1):9-11.

Palabras clave: eyaculación precoz, disfunciones sexuales
Key words: premature ejaculation, sexual disfunctions

Introducción: la función sexual en varones y mujeres implica tanto la mente (pensamientos y emociones) como el cuerpo. El sistema nervioso juega un papel muy importante en la sexualidad, ya que es el sistema de percepción, pensamiento y control del organismo, que al interactuar con el sistema circulatorio y endócrino (hormonal) da lugar a una respuesta sexual.

A través de una serie de estímulos sexuales tanto del exterior como del interior se generan respuestas orgánicas, anímicas y emocionales que dan lugar al ciclo de la respuesta sexual humana, la cual fue descrita por Masters y Johnson en cinco fases: de deseo, excitación, meseta, orgasmo, y resolución o refractaria. A la capacidad de respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo.¹ La Organización Mundial de la Salud considera que la salud sexual es de suma importancia para el bienestar del individuo y la define como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la comunicación y el amor”.

La función sexual se convierte en un problema de ansiedad, que genera angustia o frustración, y produce una sensación de malestar e insatisfacción de las relaciones interpersonales.³ En los hombres de muchas sociedades la suficiencia sexual se considera un patrón con el que se mide la idoneidad del individuo como persona y si se presenta un problema en el plano sexual el hombre se siente deprimido ya que se pone en entredicho su virilidad.¹

Cuando se señala que existen alteraciones en la respuesta ante estímulos sexuales se dice que existe disfunción. Alvarez-Gayou define las disfunciones como: “alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas o molestias al individuo y/o la pareja”.⁴

Rubio y Díaz las puntualizan como “una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente”.⁵ Helen Kaplan las expone como: “trastornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él”, y las divide en tres síndromes para el varón: trastorno de la erección, eyaculación retardada y eyaculación precoz; en el caso de la mujer: vaginismo, deseo sexual hipoactivo y trastorno del orgasmo. Su principal aportación consiste en el uso integrado de técnicas estructuradas sistemáticamente para mejorar el funcionamiento sexual y sesiones terapéuticas conjuntas para tratar las causas remotas y recientes que influyen en una vida sexual insatisfactoria. El trabajo de Helen Kaplan se desarrolló sobre el análisis de la causalidad de las disfunciones sexuales.⁶

En la actualidad existen clasificaciones más completas como la establecida por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, en el que se define: “las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. En este manual las disfunciones sexuales se dividen en: deseo sexual hipoactivo; trastorno por aversión al sexo; trastorno de excitación en la mujer; trastorno de la erección en el hombre; trastorno orgásmico femenino; trastorno orgásmico masculino; eyaculación precoz; dispareunia; vaginismo y disritmia.⁷ De acuerdo con estas definiciones queda clara la razón del por qué las disfunciones sexuales tienen un componente multifactorial en el que se incluyen factores biológicos, psicológicos, socioeducativos y los problemas en las relaciones de pareja.

Son muchas las causas que alteran la respuesta sexual, dentro de los factores biológicos intervienen los cambios anatómicos y fisiológicos a través del ciclo evolutivo del individuo, propios de la edad, que pueden producir insatisfacción y alteración de la respuesta sexual. También existen procesos fisiopatológicos y bioquímicos dentro de los cuáles está cualquier enfermedad que provoque alteraciones en la respuesta sexual de los individuos, o en la capacidad de obtener y dar placer, como las enfermedades sistémicas, del aparato genital masculino o femenino de origen genético, congénito, metabólico, degenerativo, traumático e infeccioso.¹⁶⁻¹⁸ Se han descrito causas iatrogénicas originadas por el empleo de ciertos medicamentos como antihistamínicos, barbitúricos, etc, y secuelas de cirugías neurológicas, endócrinas y vasculares.^{13,14}

En la dimensión psicológica, la personalidad y trastornos de la misma tienen cierta influencia en el desempeño sexual y desarrollo de disfunciones. Los miedos al embarazo, al dolor, a la intimidad, anticipados al coito inhiben la respuesta sexual.¹⁸ Dentro de los factores sociales se menciona el nivel de tensión o estrés laboral, familiar o personal en que se vive. En familias numerosas en las cuáles la privacidad se ve afectada, o en familias de escasos recursos y bajo nivel cultural se promueve una mayor represión hacia la sexualidad; las presiones por falta de trabajo o escasez de recursos económicos genera estrés a la familia, lo que afecta su estado emocional y por lo tanto su desempeño sexual.¹⁶

La ansiedad, culpa, depresión y baja autoestima son causantes de algunas disfunciones sexuales, así mismo las malas experiencias sexuales por abuso sexual en la infancia, primera experiencia sexual dolorosa o frustrante, experiencias traumáticas de la masturbación en la adolescencia por castigos o amenazas que generan sentimientos de culpa ocasionan que el desempeño sexual se vea alterado. La educación con actitudes y creencias erróneas restringe la capacidad de disfrutar plenamente la actividad sexual, la falta de información con-

[□]Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510





duce a mitos que producen serias limitaciones para ejercer adecuadamente la sexualidad.^{8,13-18}

Purnine y Carey refieren que el ajuste sexual está íntimamente ligado a la comunicación positiva de la pareja que tiene que ver con el entendimiento mutuo y la capacidad para llegar a acuerdos.^{10,11} Recientemente Morales y colaboradores encontraron que la disritmia, eyaculación precoz y deseo sexual hipoactivo se asocia significativamente con algunas dimensiones de la comunicación marital como: sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida; el tema de los hijos; el trabajo y la relación marital, así como la percepción de un estilo reservado y de un estilo violento y negativo de la pareja.¹²

Las disfunciones también se clasifican de acuerdo con su origen, en: primarias y secundarias. Otra clasificación: selectivas (que aparecen con ciertas personas) y situacionales (que ocurren en determinadas circunstancias).^{8,13} En la práctica del médico familiar las disfunciones sexuales constituyen un problema que se manifiesta frecuentemente de manera indirecta en los pacientes, por lo que su estudio es de gran importancia por las repercusiones que tienen para la salud del individuo, pareja y familia.

Eyaculación precoz (eyaculación rápida, eyaculación prematura)

Definición: es un trastorno sexual común, difícil de definir con precisión, se han utilizado criterios de tiempo de latencia de eyaculación intravaginal, de satisfacción de la pareja y de habilidades psicomotoras en el retraso del reflejo orgásmico (control de la eyaculación).^{1,8} Helen Kaplan señala que debe hablarse de eyaculación precoz cuando el hombre no ejerce un control voluntario sobre el momento de la eyaculación.² El DSM IV y la Asociación Americana de Urología incluyen en la definición distrés individual e interpersonal y la describen como la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en res-

puesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y previa a que el sujeto la desee.⁷ Respecto al tiempo de latencia, Althof concluye que no existe consenso en el criterio de tiempo, ya que para algunos podría ser de 1 a 2 minutos; y otros consideran que el criterio más apropiado sería la interacción entre los compañeros sexuales y la satisfacción de ambos.¹⁵

Causas: las orgánicas son poco frecuentes y pueden ser lesiones de la uretra, de la próstata y del sistema nervioso (lesiones raquídeas inferiores, neuropatías desmielinizantes); traumatismo quirúrgico (cirugía pélvica o medular).^{8,15} Las psico-emocionales como la ansiedad, inseguridad, temor al fracaso, depresión, estrés, cansancio y problemas entre la pareja pueden desencadenar la eyaculación precoz, que interfiere en el control del reflejo eyaculatorio. Las de origen conductual o aprendido frecuente en jóvenes, se presentan cuando el aprendizaje sexual se basa en la masturbación o en relaciones coitales rápidas que condicionan la respuesta sexual del hombre a la rapidez, lo que afecta el reflejo eyaculatorio.^{6,8,15,18}

Prevalencia: se ha reportado de 16 hasta 40%, estas diferencias pueden ser debidas a imprecisión en la definición, a que no existen criterios diagnósticos estandarizados o a la falta de promoción en la terapia médica.^{15,18} Estudios en México reportan entre 35 y 40%; las alteraciones más frecuentes fueron trastornos de la erección, eyaculación precoz y disritmia.^{9,12,13}

Cuadro clínico: la eyaculación se presenta antes de que el individuo o la pareja lo desee, ya sea antes de la penetración o muy poco después de la penetración, desde el punto de vista clínico la eyaculación precoz se basa en percepciones individuales del control de la eyaculación, insatisfacción del individuo y su pareja, asociada a distrés; el examen físico es generalmente normal. En la actualidad se han diseñado instrumentos cortos de tamizaje validados para apoyar al clínico en el

diagnóstico.²² Se recomienda realizar una historia sexual detallada en la que se incluya frecuencia y duración de la eyaculación, su relación con parejas específicas, ocurrencia bajo algunas circunstancias, grado de estímulos, naturaleza y frecuencia de la actividad sexual, tipos y calidad de las relaciones interpersonales así como calidad de vida y relación con el uso y abuso de drogas.²³

Tratamiento: actualmente los factores cognitivos tienen gran importancia en las disfunciones. Lopiccolo, Heiman (1989) y Cottraux (1990) proponen un modelo integrador (cognitivo-relacional) para el tratamiento de las disfunciones centrado en cuatro causas interrelacionadas.^{6,20,21,24}

1. La historia del aprendizaje, de actitudes y conductas negativas, experiencias de la niñez y adolescencia, modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas.
2. Factores físicos, presencia de enfermedades físicas, uso de drogas o medicamentos.
3. Factores de relación, papel del síntoma en la relación global de la pareja.
4. Factores cognitivos, papel del nivel de conocimiento del individuo sobre sexualidad; de sus actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual. La ansiedad de desempeño deriva de la creencia irracional de "debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad".

Por lo anterior las técnicas de intervención básicas, propuestas por estos autores son:

1. Responsabilidad mutua compartida por ambos en la pareja.
2. Información y educación sexual.
3. Cambio de actitudes negativas hacia el sexo, hacia sí mismo y el (la) compañero (a).
4. Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
5. Eliminación de la ansiedad ante la relación sexual.
6. Indicaciones o entrenamiento de habilidades sexuales específicas.
7. Tratamiento previo, si aparece un trastorno psicopatológico.



8. Tratamiento de trastornos somáticos asociados.

La técnica de intervención más común para la eyaculación precoz es la técnica de presión, parada y repetición descrita por Masters y Jonson, 1995.¹ La mujer estimula el pene del hombre hasta que la eyaculación es inminente, repite el proceso varias veces; cuando falta poco para la eyaculación se retira la estimulación (parada) o bien puede ser utilizada la presión (presionar el pene justo debajo del glande o en la base). El objetivo es experimentar estimulación sexual sin que ocurra la eyaculación; si esta ocurre accidentalmente se debe de retirar la estimulación.

El uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina han mostrado su eficacia, su efecto es prolongar la estimulación sexual antes de la eyaculación.^{15,24} Se usan también condones, anestésicos tópicos en crema o aerosol, su empleo se basa en considerar que el eyaculador precoz es hipersensible a la estimulación peneana.¹⁵ Inhibidores de PDE-5 solos o combinados con inhibidores de la recaptura de serotonina también mejoran el tiempo de latencia.¹⁹

Pronóstico: en la mayoría de los casos el hombre es capaz de aprender a controlar la eyaculación a través de la educación. La eyaculación precoz puede ser un signo de ansiedad o depresión, condiciones que se pueden resolver con intervención médico-psiquiátrica.⁸

Referencias

1. Masters W, Johnson V, Kolondy R. **La Sexualidad Humana**. 13ª ed. Grijalbo. Barcelona. 1995;1:18-19 y 3:617.
2. Kaplan H. **La eyaculación precoz**. Grijalbo. Barcelona. 1981.
3. Masters W, Johnson V, Kolondy R. **EROS: Los Mundos de la Sexualidad**. Grijalbo. Barcelona. 1996.
4. Alvarez-Gayou J. **Sexoterapia Integral**. El Manual Moderno. México. 1986;16, 64-69.
5. Rubio E, Díaz J. **Introducción al estudio de la sexualidad humana**. En CONAPO: Antología de la Sexualidad Humana. Porrúa. México. 1994;I 17-46.
6. Kaplan H. **La Nueva Terapia Sexual**. Alianza Editorial. México. 1990.
7. American Psychiatric Association: **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)**. Masson. Madrid. 1995;505-535.
8. Rubio E, Díaz J. **Problemas de la sexualidad**. CONAPO: Antología de la Sexualidad Humana. Miguel Angel Porrúa. México. 1994;III:203-246.
9. González G. **Panorama Sociodemográfico del Servicio de Preconsulta de la Clínica de Salud**. AMSSAC. Gaceta AMSSAC 1993;1 (1): 5-7.
10. Purnine D, Carey M. **Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles understanding and agreement**. J Consult Clin Psychol 1997;65:1017-1025.
11. Nina E. **Comunicación marital y estilo de comunicación**. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1991.
12. Morales F, Sánchez C, Pimentel D, Carreño J. **Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital: Un estudio comparativo**. Perinatol Reprod Hum 2002;16(1):16-25.
13. Sánchez C, Carreño J, Martínez S. **Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México**. Salud Mental 2005;28(4):74-80.
14. Heiman J. **Dysfunction: overview of prevalence, etiological factors and treatments**. J Sex Research 2002;1(39):73-78.
15. Althof SE. **Prevalence, Characteristics and Implications of Premature Ejaculation/Rapid Ejaculation**. J Urol 2006;175(3):842-848.
16. Guibert RM, Prendes LM, Portuondo VO. **Factores Asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina**. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998;14(1):1-18.
17. Pérez FM. **Sexualidad Humana y causas de disfunciones sexuales**. Rev Fac de Med, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela 1987;1(3):101-109.
18. Rosen RC. **Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women**. Curr Psychiatry Rep 2000;2:189.
19. Chen J, Majeesh NJ, Matzkin H. **Efficacy of sildenafil as adjuvant therapy to selective serotonin reuptake inhibitor in alleviating premature ejaculation**. Urology 2003;61:197.
20. Cottraux J. **Les Thérapies comportementales et cognitives**. Masson. Paris. 1990.
21. LoPiccolo J, Herman J. **Cultural Values and the therapeutic of sexual function and dysfunction**. J Soc Issues 1987;33(2):166-183.
22. Althof SE. **Assesment of rapid ejaculation: review of new and existing measures**. Curr Sexual Health Rep 2004;1:61.
23. Montague DK, Jarow J, Broderick GA et al. **AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation**. J Urol 2004;172:290.
24. **Manual de Psicoterapia cognitiva**. Disponible en URL: www.psicologia_online.com/esmubeda/libros/manual/manual.htm

Artículo Original

Conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de 14 países de América Latina General knowledge and use of contraceptive methods in women in reproductive age of 14 Latin American countries

Aten Fam 2007;14(1):12-16.

Dr. Samuel Santoyo Haro,¹ Dra. Gloria Alvarado Saldivar,² Lic. José Luis Corral Ruiz,¹ Dr. José Enrique Pons Chirigliano,³ Dr. Santiago Córdova Egüez,⁴ Dr. Javier Domínguez del Olmo,⁵ Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas,⁶ Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina,⁶ Dr. Arnulfo Irigoyen Coria,⁶ Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega,⁶ Dr. Felipe de Jesús García Pedroza,⁶ Dra. Diana Galimberti,⁷ Dra. Inés de la Parra,⁷ Dr. Freddy Febres Ballestrini,⁸ Dra. Sandra Maucó,⁸ Dr. Luis Olivares Caputo,⁹ Dr. Gloria Penagos,¹⁰ Dr. Germán Salazar,¹⁰ Dr. Desirée Mostajo,¹¹ Dr. Elizabeth de la Fuente,¹¹ Dr. Daniel Aspilcueta,¹² Dr. Ramiro Molina,¹³ Dr. Ignacio Flores Sánchez,¹⁴ Dr. Roberto Uribe Elías,¹⁴ Dr. Alberto Alvarado Durán,¹⁴ Dr. Juan Carlos Hinojosa,¹⁴ Dr. Alfonso Murillo Uribe,¹⁴ Dr. Martín Tulio Santa Rita,¹⁴ Dr. Manuel Cortés Bonilla,¹⁴ Dr. José Luis Pérez Díaz,¹⁴ Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez,¹⁴ Dr. Pedro Tonda Ribo,¹⁴ Dr. Ignacio Saldaña Caro,¹⁴ Dr. Alejandro Padilla Fitch,¹⁴ Dr. Luis Barrera González,¹⁴ Dr. Raúl A Marín Rufino,¹⁴ Dr. Vicente Díaz,¹⁴ Dr. Marco Antonio Olaya,¹⁴ Lic. Luz María García Pérez¹⁵

Resumen

Se describen los datos obtenidos acerca de los conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en 14 países de América Latina, a partir de una encuesta aplicada por CELSAM a 7456 mujeres en edad reproductiva. Se observó que los métodos anticonceptivos que con mayor frecuencia declararon conocer fueron los anticonceptivos orales, preservativos y dispositivo intrauterino. Las entrevistadas consideran que los métodos anticonceptivos deben ser de alta efectividad y que no produzcan daños a la salud; 30.2% de las mujeres entrevistadas no utilizaron método anticonceptivo al inicio de su vida sexual activa, 85% de las entrevistadas ignoran el contenido y efectos de los anticonceptivos orales. La edad promedio de inicio de uso de métodos anticonceptivos fue de 20.5 años, con mínimo de 12 y máximo de 49. Es necesario mejorar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos así como el acceso a los mismos, sobretudo en los adolescentes, para disminuir el riesgo de embarazos no planificados.

Palabras clave: planificación familiar, anticonceptivos, embarazos no planificados

Summary

Data about general knowledge and use of birth-control methods in 14 countries of Latin America are described. The information was obtained from a survey applied by CELSAM at 7456 women in reproductive age. It was observed that the contraceptive methods that the women declared to know with more frequency were the oral contraceptive, condoms and intrauterine devices. The interviewed women consider that the contraceptive methods should be of high effectiveness and must not produce health damages; 30.2% didn't use contraception method at the beginning of its active sexual life,

85% ignores the content and oral effects of the oral contraceptive. The age average of beginning of use of contraceptive methods was of 20.5 years, with minimum of 12 and maximum of 49. It is necessary to improve the knowledge about the contraception methods, as well as access to them overalls in the adolescents, to diminish the risk of not planned pregnancies.

Key words: family planning, contraception, not planned pregnancy

Introducción

Se presenta la continuación del reporte sobre el estudio de los Métodos Anticonceptivos (MA) en 14 países de América Latina realizado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) cuya primera parte se publicó en este mismo órgano de difusión.¹

Los detalles correspondientes a los objetivos y metodología se mencionaron también en ese artículo. Este trabajo describe los conocimientos generales y el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de los países referidos.

Con este propósito se seleccionaron los reactivos de la encuesta aplicada y que conformaron dichos constructos.

Resultados

Se entrevistó a 7456 mujeres en edad fértil con edades comprendidas entre 15 y 45 años. Para explorar los conocimientos, se les preguntó *¿Cuál o cuáles métodos anticonceptivos conocían?* La frecuencia y porcentaje de las respuestas obtenidas se presentan en el cuadro 1.

En el cuadro 2 se presentan datos correspondientes al nivel de desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Esta pregunta se exploró mediante un reactivo de respuestas múltiples.

¹ Centro Latinoamericano Salud y Mujer Latinoamérica (CELSAM). México. ² Dirección General de Administración. Universidad Juárez de Durango. México. ³ Centro Latinoamericano Salud y Mujer Latinoamérica (CELSAM). Latinoamérica. ⁴ Dirección General de MEXFAM. ⁵ Dirección de Programas de Salud Reproductiva para México y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas. ⁶ Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510. Integrantes CELSAM: ⁷ Argentina, ⁸ Venezuela, ⁹ Rep. Dominicana, ¹⁰ Colombia, ¹¹ Bolivia, ¹² Perú, ¹³ Chile, ¹⁴ México. ¹⁵ Dirección de Justicia y Derechos Humanos. Instituto Nacional de las Mujeres. México, D.F.

Agradecimientos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para México y el Caribe, MEXFAM y a su director general Dr. Vicente Díaz; Schering Mexicana SA, Centro Estratégico Canadá Latinoamérica (CECLA), al Dr. Roberto Rivera Dahm de Family Health International (FHI)



Cuadro 1

Métodos anticonceptivos que declararon conocer como primera opción las mujeres entrevistadas. (N = 7456)

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	3803	51.0
Preservativos	1614	21.6
DIU	1099	14.7
Anticonceptivos inyectables	463	6.2
Ritmo	158	2.1
Oclusión tubárica bilateral	141	1.9
Químicos vaginales	93	1.3
Implantes subdérmicos	39	0.5
Vasectomía	20	0.3
Coito interrumpido	15	0.2
Anticoncepción de emergencia	11	0.2
Total	7456	100

Cuadro 2

Métodos anticonceptivos no conocidos por las mujeres entrevistadas

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Implantes subdérmicos	5892	23.4
Anticoncepción de emergencia	5256	20.1
Coito interrumpido	3320	13.3
Vasectomía	2647	10.6
Químicos vaginales	2519	10.1
Ritmo	2077	8.4
Anticonceptivos inyectables	1090	4.4
Oclusión tubárica bilateral	992	4.1
DIU	922	3.8
Preservativos	236	1.0
Anticonceptivos orales	181	0.8
Total	25132	100

En el cuadro 3 se presenta la fuente de información a la que tuvieron acceso las mujeres entrevistadas para obtener los MA. Esta dimensión se exploró en el momento en que mencionaron el primer MA conocido por ellas.

Las características que las mujeres entrevistadas consideraron importantes para recomendar métodos anticonceptivos se exploraron mediante un reactivo de respuestas múltiples en el que cada persona entrevistada pudo dar hasta tres respuestas diferentes a la misma pregunta. En el cuadro 4 se presentan estos resultados.

Cuadro 3

Fuente de información a la que tuvieron acceso las mujeres entrevistadas para obtener los MA (N = 7456)

Fuente de información	Frecuencia	Porcentaje
Amiga/familiar	2524	33.8
Médico/hospital/clínica	2415	32.4
Escuela/trabajo	1436	19.3
Radio/TV/revista	827	11.1
No sabe/no contestó	134	1.8
Otras fuentes	107	1.4
Charlas/ conferencias	13	0.2
Total	7456	100

Cuadro 4

Características que las mujeres entrevistadas consideraron importantes para recomendar métodos anticonceptivos

Característica del MA	Frecuencia	Porcentaje
Que no falle	4462	33.4
Que no dañe a la salud	2748	20.5
Que no produzca molestias	2044	15.4
Que sea barato	1183	8.8
Fácil de usar	1036	7.7
Fácil de conseguir	765	5.7
Otros	437	3.3
No contestaron	309	2.3
Que no limite el placer	269	2.0
Acorde con su religión y creencias	129	0.9
Total	13382	100

Cuadro 5. Uso de métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	3342	44.8
Preservativos	1848	24.8
DIU	1293	17.3
Anticonceptivos inyectables	991	13.3
Ritmo	973	13.0
Oclusión tubárica bilateral	953	12.8
Coito interrumpido	360	4.8
Químicos vaginales	271	3.6
Vasectomía	46	0.6
Otros	33	0.5
Implantes subdérmicos	27	0.4
Anticoncepción de emergencia	23	0.3
Total	10160	100



En relación con el uso de MA, las mujeres entrevistadas mencionaron haber utilizado alguna vez en su vida los que se muestran en el cuadro 5 (respuesta múltiple).

En este estudio 5206 mujeres refirieron haber utilizado algún MA al inicio de su vida sexual activa. Los MA usados como primera elección se muestran en el cuadro 6. Es conveniente aclarar que 2250 mujeres (30.2%) indicaron que no utilizaron MA alguno.

Cuadro 6

Tipo de anticonceptivos que las mujeres utilizaron al inicio de su vida sexual activa (N = 5206)

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	2354	45.2
Preservativos	958	18.4
Ritmo	510	9.8
DIU	509	9.8
Anticonceptivos inyectables	391	7.5
Otros	231	4.4
Coito interrumpido	161	3.1
Químicos vaginales	79	1.5
Implantes subdérmicos	8	0.2
Anticoncepción de emergencia	5	0.1
Total	5206	100

La edad promedio de inicio en el uso de los MA en las mujeres entrevistadas fue de 20.5 años con 4.4 de desviación estándar y con edades que fluctuaron entre los 12 y 49 años. 60% de las mujeres con vida sexual activa eligen algún método de anticoncepción entre los 12 y 20 años.

Las tres fuentes más importantes para obtener MA señaladas por las mujeres entrevistadas fueron: la farmacia con 29.2%, el médico 18% y centros de salud o clínicas 12.4 por ciento.

Las razones para usar el MA elegido por las mujeres entrevistadas se exploraron mediante un reactivo de respuestas múltiples en el que cada persona entrevistada pudo dar hasta tres respuestas diferentes a la misma pregunta. En el cuadro 7 se presentan estos resultados.

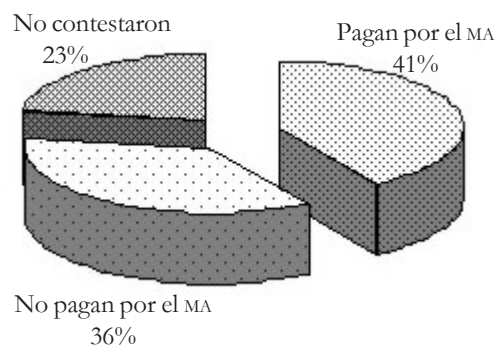
La toma de decisiones para el uso de los MA se definió por la pareja en 44.5% y por la mujer sola en 36.6%. El hombre, sin la participación de su pareja, tomó esta decisión en 6% de los casos.

Las mujeres refirieron pagar por el MA que usaban al momento del estudio en 41% de los casos, 36% no pagaban y 23% no contestaron. (Figura 1)

Cuadro 7
Razones por las que las mujeres usan un MA

Razones para usar el método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Mayor efectividad/seguridad	1649	20.0
Recomendación de un prestador de servicios	1336	16.2
Inocuo	996	12.1
Preferencia por su forma de uso	781	9.5
Fácil disponibilidad	672	8.1
Métodos permanentes/definitivos	607	7.3
Preferencia de la pareja sexual	544	6.6
Económico	534	6.5
Otras	424	5.1
Recomendación de un amigo(a) o familiar	348	4.2
Efectos colaterales con otro método	279	3.4
Único MA conocido	73	0.9
No le pidieron su opinión	21	0.3
Total	8264	100

Figura 1
Pago por adquisición del MA



A las mujeres que manifestaron el uso de anticonceptivos orales se les cuestionó sobre las reacciones secundarias que padecieron, sus principales respuestas fueron: variaciones en el peso corporal 35%, mareos y náuseas 20%, cefalea 19% y manchas en la piel 14%. Las mismas mujeres mencionaron que las principales ventajas de este tipo de MA son: seguridad y eficacia 29.5%, bajo costo 11.3%, fácil disponibilidad 10.1%, sencillez en su uso 6%. No supieron contestar la pregunta 33.5 por ciento.

A todas las mujeres encuestadas se les preguntó acerca de los anticonceptivos orales. En relación con su conocimiento sobre el contenido de este MA refirieron ignorarlo 85%, el resto si lo sabía. En cuanto a su efecto 85.2% también lo ignoraban.



En el cuadro 8 se presentan las frecuencias y porcentajes de respuesta múltiple cuando se cuestionó a las mujeres acerca de los MA que relacionaban con la palabra “hormonas”.

Cuadro 8
Métodos anticonceptivos que asocian las mujeres con la palabra “hormonas”

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	4097	54.4
Anticonceptivos inyectables	1623	21.6
Ninguno	599	8.0
Químicos vaginales	331	4.4
Anticoncepción de emergencia	218	2.9
Implantes subdérmicos	214	2.8
Preservativos	150	2.0
DIU	112	1.5
Oclusión tubárica bilateral	66	0.9
Otros	57	0.8
Ritmo	30	0.4
Coito interrumpido	18	0.2
Vasectomía	11	0.1
Total	7526	100

Discusión

Es conveniente mencionar que en la encuesta aplicada por CELSAM se identificaron sólo elementos básicos de conocimiento acerca de los MA, considerándose solamente aspectos relacionados con información sin cuestionar acerca de elementos técnicos. En este trabajo se encontró congruencia entre las respuestas emitidas por las mujeres en relación con los tres primeros MA mencionados y los que usan (cuadro 1 y 5), aunque con pequeñas diferencias porcentuales. Llama la atención que en los siguientes tres MA, existe congruencia en conocimiento y uso, pero las cifras porcentuales son diferentes con evidente incremento en el uso. No obstante, en otra encuesta realizada en México en 1997 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO),² se estimó que los MA que las mujeres declararon conocer rebasaron los porcentajes obtenidos en el estudio de CELSAM para prácticamente todos los MA. Así, para los anticonceptivos orales CONAPO estimó 93.6%, DIU 89.7%, anticonceptivos inyectables 88.6%, OTB 89.4%, vasectomía 81%, preservativo 90%, químicos vaginales 59%, ritmo 68.6% y coito interrumpido 53.4% (compare estas cifras con las del cuadro 1).

En Paraguay, en 1995 las cifras fueron semejantes, pues en un estudio nacional identificó que los MA que declararon conocer las mujeres de 15 a 44 años de ese país fueron: preservativo 99.4%, anticonceptivos orales 98.1%, anticonceptivos inyectables 97%, OTB

91.5% y DIU 90.2%. Ese mismo país reportó 72.8% de mujeres usuarias de algún MA, cifra semejante a la obtenida en este estudio.³

En México, en 2005, las mujeres que tienen pareja (unidas) entre los 15 y 49 años usaron como MA más frecuente la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) 43.9%, DIU 20.6% y anticonceptivos orales 10.4%. También se observa que en México los MA utilizados tienden a ser cada vez más seleccionados por su grado de eficacia.⁴ Datos semejantes se han publicado en otros estudios como el mencionado en *The Contraception Report* en febrero de 2000⁵ cuyos datos no coinciden con los obtenidos en el presente estudio, pues la OTB muestra una diferencia de 31% y los anticonceptivos orales de 34.4%. La excepción es el DIU cuyo porcentaje es semejante; es probable que estas diferencias se deban a la temporalidad con que fue aplicada la encuesta y a las posibles variaciones en una tendencia a la paridad satisfecha a edades más tempranas.

En este estudio se encontró que 69.8% de las mujeres estudiadas usaron algún MA, y 30.2% no. En los resultados de la encuesta publicados por CONAPO en México se encontraron cifras semejantes para el año 2000, cuando se reportó 70.8% de usuarias de MA y 29.2% sin su uso.²

Cabe mencionar que en un documento publicado en 2006, se refirió que para 1995 en una campaña nacional para reducir el embarazo en adolescentes latinas en los Estados Unidos de Norteamérica, 47% de todas las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, no utilizaron forma alguna de anticoncepción en su primera relación sexual. Esta cifra supera en 14% a la encontrada por CELSAM en 14 países de América Latina.⁶

Es interesante mencionar que CONAPO identificó que casi 9 de cada 10 mujeres han tenido su primera relación sexual sin uso de MA. Las principales causas por las que no lo utilizan incluyen: deseo de embarazo (34%), desconocimiento de los MA (17%), falta de información acerca de la posibilidad de embarazo (16%), no planearon tener relaciones sexuales (13%), negligencia (9%), mitos y temores asociados con la regulación de la fecundidad (6%) y oposición de la pareja (5 por ciento).⁷

En otro estudio realizado en mujeres hispanas o latinas de 15 a 44 años, por el *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* en 2002, se reportó que 26.3% de las encuestadas no usaron MA en su primera relación sexual; de las que sí lo usaron, 61.8% utilizaron preservativo, 18.5% anticonceptivos orales, 6.2% coito interrumpido y 12.7% usaron la combinación de dos MA.⁸ Estas cifras evidencian la necesidad de mejorar el nivel de conocimientos acerca de los MA así como el acceso y disponibilidad de los mismos, sobretodo en la población adolescente, con el propósito de disminuir el riesgo de embarazos no planificados.

Es importante propiciar la consejería en planificación familiar y uso de anticonceptivos por parte de los profesionales de la salud y favorecer el acceso tanto a este tipo de información como de los propios MA a nivel popular. El uso de MA de alta efectividad, así como la información que tengan las mujeres y sus parejas acerca de sus ventajas y



Desde la Radioteca

Gastritis por Radiología; “pliegues gigantes” ¿úlcera? ¿linfoma? Gastritis by radiology: “giant rugae”, ulcer? lymphoma?

Dr. Guillermo Santín García[□]

Aten Fam 2007;14(1):16-17.

forma de uso, favorecerán la salud reproductiva de las mujeres y sus familias.

En este trabajo se han descrito los resultados obtenidos relacionados con los conocimientos generales y el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva de los 14 países latinoamericanos estudiados. En la siguiente comunicación se mostrarán las opiniones y actitudes hacia los métodos anticonceptivos.

Referencias

1. Corral-Ruiz JL, Santoyo-Haro S, Alvarado-Saldivar G, Pons-Chirigliano JE, Domínguez-Del Olmo J, Ponce-Rosas ER, et al. **Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM): estudio sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina.** *Aten Fam* 2006;13(5):104-109.
2. **Cuadernos de Salud Reproductiva.** República Mexicana. Consejo Nacional de Población. 1ª ed. México. 2000;40-66.
3. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. Planificación Familiar. Paraguay. 2004.** Citado: 8 marzo 2005. 5 pantallas. Disponible en URL: <http://www.cepep.org.py/endssr2004/planificacion.htm>
4. **Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer.** Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. 2005;22(17):1-4.
5. **Population Growth and Family Planning: six billion and beyond.** The Contraception Report. 2000;10(6):11.
6. **Partos, Embarazos y Actividad Sexual en Adolescentes Latinos en los Estados Unidos.** *The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.* Citado: 12 enero 2006. 5 pantallas. Disponible en URL: http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/pdf/TSA_hispanic_esp_Oct2006.pdf
7. Consejo Nacional de Población. México. Citado: 28 junio 2005. 3 pantallas. **Persiste la Tendencia a No emplear Métodos anticonceptivos al inicio de la vida sexual.** Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/dic4.htm>
8. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing.** Maryland us. Series 23,(24). Supplement, table 17. 2002.

Palabras clave: estómago, pliegue gigante, linfoma
Key words: stomach, giant rugae, lymphoma

Radiológica y clínicamente el tema es antiguo. Radiográficamente el diagnosticar gastritis no es evidente.^{1,2} Pero es importante poner al día los conceptos sobre la utilidad del estudio con bario, que asiste al tema clínico en esta edición.

En pacientes que se quejan de regurgitaciones ágras y pirosis o el síndrome ulceroso gastro-duodenal completo, un estudio radiológico de las vías digestivas altas excluye o encuentra úlcera gástrica o duodenal activas y eventualmente pliegues mucosos engrosados, los que a su vez no son radiológicamente patognomónicos de “gastritis”. En cambio, el estudio auxilia al aportar hallazgos o patología insospechada: estenosis, hernias transdiafragmáticas, úlceras, várices, eventualmente neoplasias polipoideas u otras no sospechadas.

Por cultura, convendría leer al primer radiólogo FE Templeton³ quien objetivó los procedimientos de mucosografía, las imágenes generadas por el doble contraste si se empleaba inicialmente un trago de bario y el aire siempre existente en la cámara gástrica (Fig 1). Además, ese capítulo proporciona un relato excelente sobre los estudios endoscópicos y radiográficos, y se refiere a las compaginaciones que se habían realizado a través de gastrostomías antes del descubrimiento de los rayos x.

En “gastritis”, la *endoscopia gástrica moderna* tiene la palabra decisiva,² inclusive se ha producido una clasificación con números romanos. Toda clasificación “en números” presenta dificultad para el no iniciado en ese problema especial, de no tener significación sino -interpreta el médico tratante- “gravedad” si la cifra es alta.

Es recomendable que nuestros colegas *endoscopistas* hagan una descripción (como: J Medina² o Templeton)³ y expresen tanto su diagnóstico: hiperhémica, edematosa, hipertrófica, erosiva, o aun atrófica, como su extensión en el estómago, seguido -si lo creen conveniente- de su grado numérico, pero mejor de su *opinión diagnóstica* (que debe pedir el médico tratante si no se especifica en el reporte), sobre todo si existe la posibilidad de que sea una inflamación precursora o sugerente -por tener pliegues confluentes a un punto- de ser úlcera péptica real, o de neoplasia; y si identifica a la vez *pliegues francamente engrosados*, sugerir su seguimiento a corto plazo y justificar pronto una biopsia por endoscopia, porque en pacientes sin antecedentes crónicos de sintomatología, en unas cuantas semanas ha sido este engrosamiento precursor anatómico de ulceración carcinomatosa (Fig 2) o ya presente, de la infiltración de un linfoma (Fig 3). De hecho como se muestra en nuestros casos ilustrado adelante, es la oportunidad única de “curarlos” en la plena extensión del término. Esta es la razón y conceptos que se

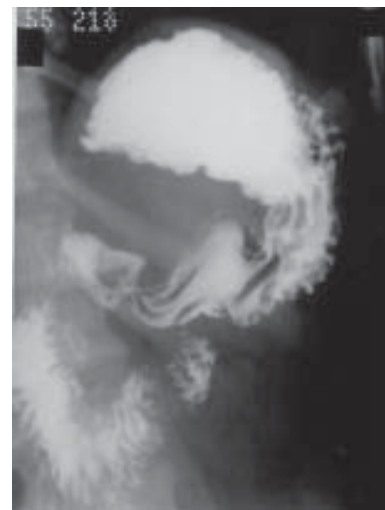


Fig. 1. Estómago con pliegues normales; estudio de doble contraste tomado de nuestro acervo. Para comparar con los pliegues patológicos de los dos casos siguientes.

[□]Radioteca. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510

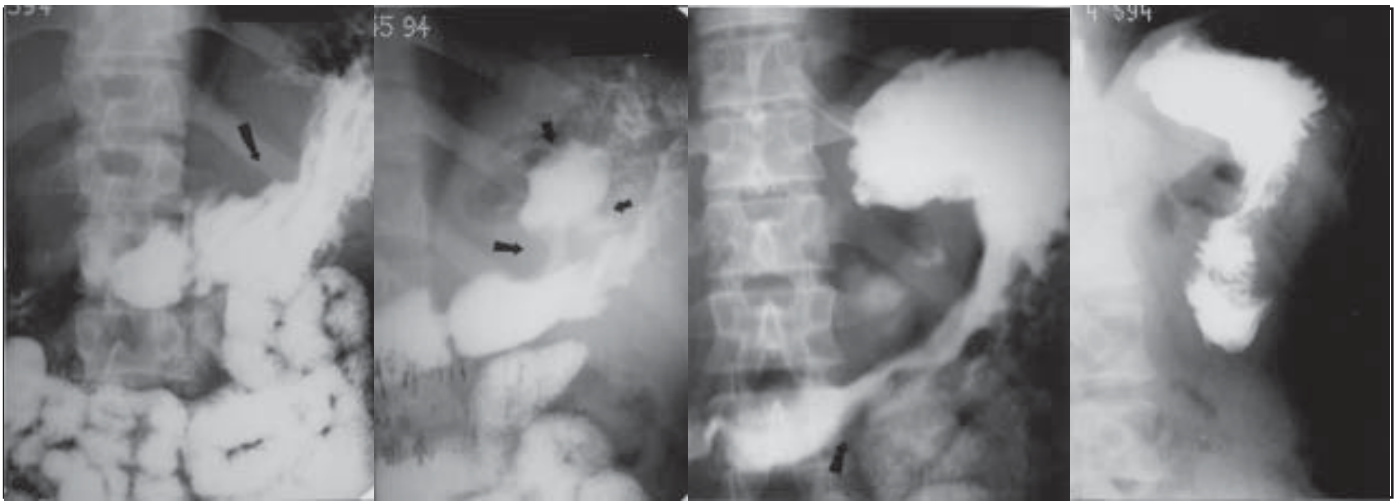


Fig 2. Hombre de 24 años. Dolor intenso de unas semanas, y baja de peso. En A, primer estudio: pliegues hiperplásicos francos considerados como "gastritis". En B, con tres meses de tratamiento médico y persistencia del dolor, enorme úlcera terebrante -cráter de 50 x 30 mm- en la curvatura menor, que al volver al primer estudio en retrospectiva, se distingue ya (flecha) una úlcera de 10 mm, de fondo plano. En C, en preoperatorio, el estómago con poco bario muestra aun mejor el enorme engrosamiento de pliegues "gastritis", acompañante de la úlcera alojada en la trascavidad de epiplones, en este momento alojando muy poco bario e inadvertible a una vista inexperta. **Gastrectomía subtotal:** histológicamente considerado como un "carcinoma mal diferenciado", se revisó radiológicamente cada seis meses por dos años, luego cada año, y en D, el último estudio "curado" a los doce años. Nuevo histopatólogo revisó las láminas y concluyó: se trata de un linfoma (linfoma no Hodgkin).

desean dejar como conocimientos por los casos seleccionados para esta edición.

Los estudiantes y médicos radiólogos interesados, pueden apreciar lo aquí expuesto en los discos compactos No.5 del "Aparato Digestivo" y en el No.70 "Cotejo de casos", de la Radioteca.

A continuación se presenta el aspecto "normal" de la mucosa gástrica en doble contraste (Fig 1) para compararla con la mucosa

engrosada, patológica de los dos casos ejemplares para apoyo de los conceptos vertidos en este artículo.

Referencias en la Radioteca

1. Teplick JG y Haskin ME. **Diagnóstico Radiológico: Gastritis.** InterAmericana. 1976;935-937.
2. Medina J. Gastritis. **En: Martín Abreu L: Introducción a la Medicina Interna. 2ª ed. Méndez Cervantes. 1999.**
3. Templeton FE. **x-Ray Examination of the Stomach: Description of the Roentgenologic, Anatomy, Physiology, and Pathology of the Esophagus, Stomach, and Duodenum** The U of Chicago Press. Gastritis 1944;251-272.

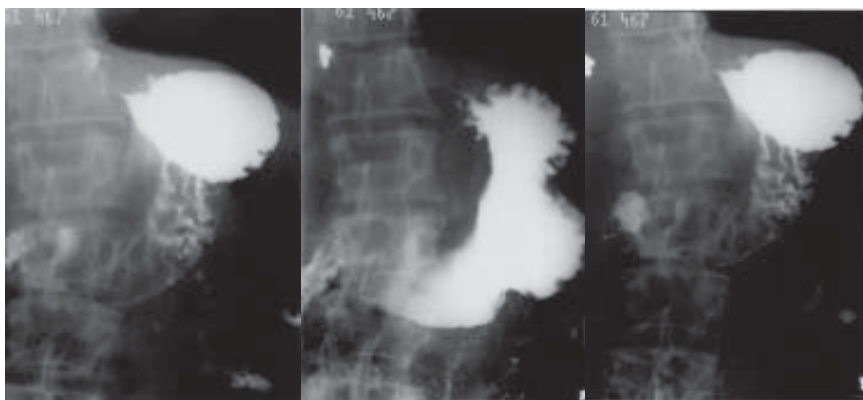


Fig 3: Hombre de 68 años, 65 k. Un mes de baja de peso (10 k), debilidad ocho meses; vómitos, derrame pleural, drenado, gran cantidad de linfocitos anormales, no pueden descartar linfoma. Por la sintomatología se estudió la vía digestiva alta. A, B y C estómago en tres momentos del mismo examen, a los tres meses, con 17 k perdidos, enormes pliegues engrosados lo que deforman la curvatura mayor, el antro y aun los pliegues del duodeno visibles. Gastroenteroanastomosis y toma de tejido retro peritoneal y gástrico: linfoma no Hodgkin. La radiación y tratamiento no lograron detener el proceso: murió al mes siguiente de la intervención abdominal.

Fe de errata

Dentro de la sección: "Desde la Radioteca" 2006 septiembre-octubre, 13(5) artículo: "A propósito del Seguro Médico Popular ¿Por qué radiología en Centros base?" debe decir: "A ninguna sociedad se le puede cambiar desde arriba, si sus miembros no quieren cambiar"

Carlos Olivares Urbina, UNAM

Identifique el caso a través de la Imagen

Dr. Francisco Gómez Clavelina[□], Dr. Miguel Angel Fernández Ortega[□],
Dr. Alicia Hamui Sutton[□], Dr. Arnulfo Irigoyen Coria[□]

Aten Fam 2006;14(1):18.

Paciente masculino de 14 años, sin antecedentes relevantes. Menciona que desde hace dos años presenta lesiones quísticas en cara, espalda y pecho las cuales han sido tratadas con múltiples esquemas antibióticos así como con benzoato de bencilo tópico sin mejoría.



*Respuesta del diagnóstico de la imagen pasada
Aten Fam 2006;13(6):134. Estrías violacias por
síndrome de Cushing*

Síndrome de Cushing. Síndrome resultante de la exposición excesiva a hormonas suprarrenales como el cortisol.

Etiología. Hiperplasia suprarrenal

- Secundaria a sobreproducción hipofisaria de ACTH.
- Disfunción hipotalámico-hipofisaria.
- Micro o macroadenomas hipofisarios productores de ACTH. Enfermedad de Cushing.
- Secundaria a tumores no endocrinos productores de ACTH o CRH. Carcinoma broncogénico microcítico (células de avena), carcinoma de timo, cáncer de páncreas, adenoma bronquial, carcinoma medular del tiroides.

Hiperplasia macronodular suprarrenal

Displasia micronodular suprarrenal

- Esporádica
- Familiar. Síndrome de Carney

Neoplasia suprarrenal

- Adenoma
- Carcinoma

Causas exógenas, iatrogénicas

- Administración prolongada de glucocorticoides
- Administración prolongada de ACTH

Todos los casos de Cushing endógeno se deben a un aumento de la producción de cortisol en las suprarrenales. La más frecuente es la hiperplasia suprarrenal bilateral, por aumento de la secreción ACTH por la hipófisis o por un tumor no hipofisario. La enfermedad de Cushing incluye los tumores de hipófisis productores de ACTH.

Aunque la terapia oral con glucocorticoides es la causa exógena más frecuente de Síndrome de Cushing, estudios recientes han demostrado que los tratamientos con corticoides intraarticulares, epidurales y tópicos (inhalados, nasales, dermatológicos) pueden provocar también Síndrome de Cushing y una supresión del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, según la dosis y el tipo de corticoide.

Síntomas

Por exceso de andrógenos

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 100% - Disminución de libido | 84% - Alteraciones menstruales |
| 81% - Hirsutismo | 21% - Acné, seborrea facial |
| 13% - Calvicies femeninas | |

Por exceso de mineralocorticoides

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 74% - HTA | 55% - Cambios en el EKG |
| 50% - Edema maleolar | |

Por exceso de corticoides

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 97% - Obesidad centripeta | 94% - Plétora facial |
| 88% - Cara de luna llena | 62% - Equimosis |
| 62% - Alteraciones psiquiátricas | 56% - Estrías cutáneas |
| 56% - Fatiga, debilidad muscular | 54% - Joroba de búfalo |
| 50% - Osteoporosis, fracturas | 50% - Intolerancia a glucosa, DM |
| 47% - Cefaleas | 43% - Dorsalgia |
| 25% - Infecciones recurrentes | 21% - Dolor abdominal |
| 15% - Cálculos renales | |

Bibliografía

1. Agadi S. **Iatrogenic Cushing's syndrome: a different store.** Lancet. 2003;361(9362):1059.
2. Arnaldi G, Angeli A, Atkinson AB, Bertagna X, Cavagnini F, Chrousos GP et al. **Diagnosis and complications of Cushing's syndrome: a consensus state.** J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(12):5593-602.
3. Becker M, Aron D. **Ectopic ACTH syndrome and CRH-mediated Cushing's syndrome.** Endocrinol Metab Clin N Am 1994;23:585-600.
4. Bortolotto LA, Cesena FH, Jatene FB, Silva HB. **Malignant hypertensive encephalopathy in primary aldosteronism caused by adrenal adenoma.** Arq Bras Cardiol. 2003;81(1):97-96.

Más referencias en www.facmed.unam.mx

[□]Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510

Revisión Farmacológica

Macrólidos

Dra. Yolanda Estela Valencia Islas ▣

Aten Fam 2007;14(1):19-20.

FARMACO/ NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	MECANISMOS DE ACCIÓN	CONTRA- INDICACIONES	EFECTOS SECUNDARIOS	INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA	TOXICIDAD	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	VIDA MEDIA / EXCRECIÓN
Eritromicina Estereato (pantomicina) Esteloato (Ilosone) Etilsuccinato Pantomicina gránulos	Antibiótico de elección en pacientes alérgicos a la penicilina. Primera elección en infecciones por: micoplasma, urea plasma <i>urealyticum</i> , <i>chlamydia</i> . Enfermedad de los legionarios. Tos ferina, gastroenteritis por campylobacter en desnutridos. Lesiones genitales por <i>haemophylus ducrey</i>	Se fija a la subunidad 50S del ribosoma bacteriano e inhibe síntesis proteínica dependiente del ácido ribonucleico al bloquear la transpeptidación, translocación o ambas	Hipersensibilidad, insuficiencia hepática	Síndrome colesteático, dolor epigástrico, náusea, vómito y diarrea. Tromboflebitis por aplicación iv, hipersensibilidad (exantema fiebre o eosinofilia)	Teofilina, carbamazepina, cumarínicos y digital	Ototoxicidad	Niños 30 a 50 mg/k vo y iv. Adultos 250 a 500 mg c/6 hs vo y 1 a 4 g/ día iv	Vida media plasmática 1 a 2 hs. Metabolismo hepático/renal y biliar 2-5% de dosis oral y de 12 a 15% de dosis iv se excreta sin cambios por la orina
Azitromicina Azitrocin tab de 500 mg, susp frasco de 600 y 900 (200 mg/5 ml) Goxil susp, frasco de 15 ml y 30 ml Goxil sobre 500 mg Goxil comp 500 mg	Infecciones del aparato respiratorio superior e inferior (incluidas otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, bronquitis y neumonía). En enfermedades de transmisión sexual infecciones por <i>Chlamydia trachomatis</i> y en cepas resistentes de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Actúa a nivel de subunidad ribosómica 50S, inhibe la síntesis de proteínas dependientes del Ácido Ribonucleico (RNA) por bloqueo en la transpeptidación, no afecta la síntesis de ácido nucleico	En pacientes con alergia a macrólidos. Usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática	Náusea moderada, diarrea, dolor abdominal y vómito. Raro: palpitación, cefalea, agitación, nerviosismo y exantema, fotosensibilidad, elevación de enzima hepática	Ergotamínicos, la posibilidad teórica de ergotismo	Ototoxicidad y nefritis. Raro: reacciones alérgicas, incluye angioedema y anafilaxia	Niños 10 mg/k/día 1 sola toma c/24 hs, por 3 días vo. Adultos 500mg c/24 hs por 3 días vo	11 a 14 hs/ bilis y riñón
Claritromicina Klaricid tab de 200 mg, susp 125-250 mg en 5 ml Klaricid HP tab de 500 mg Adel tabs de 250 y 500 mg Mabicrol tab de 250 mg y susp de 125-250 mg en 5 ml Mabicrol SR tab de 500 mg	Infección vías respiratorias altas y bajas, <i>mycoplasma pneumoniae</i> . Chlamydia, el complejo de <i>mycobacterium avium</i> . Infecciones de piel y tejidos blandos. Erradicación de <i>Helicobacter pylori</i>	Se fija a la subunidad ribosómica 50S del ribosoma bacteriano e inhibe la síntesis protéica dependiente del RNA al bloquear la transpeptidación, la translocación o ambas	Sensibilidad a macrólidos	Náuseas, vómito y diarrea, en 9% de los casos exantema y prurito. Raro: cefalea, alucinación, síndrome de Stevens-Johnson, incremento del tiempo de protombina, leucopenia, pérdida de la audición, incremento de creatinina	Teofilina y carbamazepina y medicamentos metabolizados a través de citocromo P450 y 3A4 warfarina, alcaloides ergotamínicos, triazolam, mirazolan, lobastatina disopiramida, fenitoína, digoxina, zidovudina	Hepatotoxicidad e incremento de enzimas hepáticas	Niños 15 mg/k/día en 2 dosis vo. Adultos 250 a 500 mg c/12 hs, máx 2 gr	3 a 7 hs/ orina 40% y heces 40% y 20 sin cambio

FARMACO/ NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	MECANISMOS DE ACCIÓN	CONTRA- INDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA	TOXICIDAD	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	VIDA MEDIA / EXCRECIÓN
Roxitromicina Rulid comp de 100-150 y 300 mg Sobres con polvo de 50 mg	Infección de vías respiratorias altas y bajas, del aparato urogenital no gonocócicas, cutáneas, y gastroenteritis por campylobacter	Altera síntesis proteínica en el interior de la célula bacteriana e interfiere a nivel de la subunidad 50S del ribosoma bacteriano	Intolerancia a macrólidos	Distensión y dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea y anorexia. Erupción cutánea y prurito en 0.6%, cefalea y mareos en 0.5%	Alprazolam, astemizol, diazepam, digoxina, midazolam, warfarina	Náusea, vómito, dolor abdominal, dispepsia, erupción cutánea, cefalea, mareo	Niños 5 a 10 mg/k/día c/12 hs vo. Adultos 150 mg c/12 hs vo	12 hs/ 53% en heces y bilis, y 7% orina, por leche materna es escasa
Telitromicina Medicamento no disponible en México	Faringoamigdalitis, sinusitis aguda, neumonía comunitaria; exacerbación de la bronquitis crónica	Similar a la eritromicina uniéndose a la subunidad 50S para inhibir la síntesis de proteínas, bloquea la traslación de nuevos ribosomas, también bloquea la traducción del sitio peptidil transferasa, la cadena C11-C12 inhibe la subunidad 30S	Intolerancia a macrólidos. Miastemia gravis	2% presenta diarrea, náusea, vértigo, vómito, cefalea menos frecuente, urticaria, dolor abdominal, elevación de enzimas hepáticas, insomnio, nerviosismo, prolongación del intervalo Q-T	Astemizol, benzodiazepinas, cisaprida, ergotamida, estatinas, dolor abdominal, pimozida, teofilina, terfenamida	Rara elevación de enzimas hepáticas	800 mg/día dividida en 1 0 2 dosis vo	3 hs/ hepática y renal
Abreviaturas								
Intravenosa							IV	
Vía oral							VO	
Suspensión							susp	
Comprimidos							comp	
Tabletas							tab	

Los antibióticos macrólidos son antibióticos naturales o semi sintéticos con pH básico y espectro antimicrobiano intermedio. Son bacteriostáticos que inhiben la síntesis de proteínas, contienen un anillo lactónico macrocíclico de 12-16 átomos con pocas dobles ligaduras y sin átomos de nitrógeno. El anillo se sustituye con uno o más residuos de azúcar, algunos de los cuales pueden ser amino azúcares. Los azúcares son importantes para su actividad; la eliminación de uno o de más de ellos disminuye considerablemente el efecto antibacteriano.

Los macrólidos se unen a la subunidad ribosómica 50S de las bacterias, pero su capacidad para unirse a los ribosomas de los mamíferos es mucho menor, inhiben la unión del cloranfenicol con la subunidad 50S.

El cloranfenicol no inhibe la unión con los macrólidos. Estas observaciones sugieren que los sitios de unión de los dos tipos de antibióticos se superponen parcialmente pero no son idénticos.

El espectro antimicrobiano macrocíclico microbiano de todos los antibióticos macrólidos es prácticamente similar. Son activos contra bacterias gram positivas en especial neumococos, estreptococos hemolíticos y C diphtheriae, y algunas gram negativas, lo que incluye especies de *Neisseria* y *Haemophilus*. Los principales antibióticos están representados por la eritromicina, oleandomicina, triacetiloleandomicina, y espiramicina. La eritromicina es el antibiótico más importante y seguro de este grupo, oral eficaz, que fue descubierto en 1952 por McGure y colaboradores en los productos metabólicos de una cepa de *Streptomyces griseus* obtenida de la tierra reunida en el archipiélago filipino.

Los macrólidos de nueva generación tienen gran importancia en la práctica clínica, ya que han mejorado sus propiedades farmacocinéticas y sus efectos colaterales son menores, son sintetizados a partir de la eritromicina base, también han perfeccionado su estabilidad en el pH gástrico y por lo tanto su disponibilidad al administrarse por vía oral.

Bibliografía

1. Goodman and Gilman. *The pharmacological basis of the therapeutics*. 10ª ed. New Cork: MacGraw-Hill. 2001;1:250.
2. González SN, Salinger Simmental P. **Antimicrobianos, antivirales, antiparasitarios, antimitóticos e inmunomoduladores**. 6ª ed. MacGraw-Hill 2004;4:111-128.
3. Kucet Acrowe SM, Bennett N, Grayson ML, Hoy JF. *The use of antibiotics*. 5ª ed. London. Butterworth-Heinemann. 1997;587.
4. Contreras Soto J. **Manual de antibióticos**. Disponible en URL: www.conpenece.Org.Mx.Manual
5. **Macrólidos y lincosamidas**. Disponible en URL: uam.es/departamentos/farmacología/especificar/Fgeneral/FG-T66PDF
6. **Mecanismos de resistencia a antibióticos macrólidos, lincosamidas y estreptograminas en Streptococcus**. Disponible en URL: ww/unifroja.es/servicio/sp/tesis/pdfs/409_ind.pdf
7. **Macrólidos, lincosamidas y otros antibióticos**. Disponible en URL: www.Urges/framacol/temas/macrolid/macrolid.htm
8. **Nuevos tratamientos antibióticos en atención primaria**. Disponible en URL: www.medynet.com/elmédico/bioblio/rbcn3htm
9. **Clínica Universitaria de Navarra Azitromicina**. Disponible en URL: www.cun.es/index.php?id=2221944

Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510

Abordaje Clínico

Dra. Ana María Navarro García[□], Dr. Omar Edel Trujillo Benavides[□]

Aten Fam 2007;14(1):21-22.

Paciente femenino de 68 años, acude al servicio de urgencias por presentar hematemesis en dos ocasiones en una cantidad aproximada de 400 ml seguida por evacuaciones melénicas en tres ocasiones en las últimas 12 horas. Refiere colecistectomía por litiasis vesicular a los 62 años. Niega alergias, fracturas, diabetes o hipertensión arterial. Padece enfermedad articular no especificada desde hace cuatro años para lo cual toma naproxen, diclofenaco y ocasionalmente se le aplican supositorios de indometacina. También es portadora de “gastritis” e ingiere ranitidina, hace dos años se le encontró una úlcera duodenal por endoscopia y las biopsias reportaron *Helicobacter pylori*. Previo a este evento presentó cuadro gripal por lo que acudió con facultativo, quien le prescribió antibiótico y betametasona.

Exploración física: TA 110/70 mm Hg, FC 78 x min, FR 16 x min, T 36°.

Alerta, conciente, orientada, pálida, hidratada. Tórax con ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados; campos pulmonares bien aereados, sin fenómenos exudativos. Abdomen blando, depresible, sin dolor, peristalsis presente y normal, no se palpan tumores ni visceromegalias. Tacto rectal: ano cerrado, pliegues simétricos, tono del esfínter conservado, haz puborrectal normal. No se palpan tumores en mucosa rectal, restos de material fecal de aspecto melénico.

Laboratorio: Hb 9.0 gr/dL, leucocitos 12,300, plaquetas 233,000. Glucosa 110 mg, creatinina 1.1 mg, Na 144 mEq, K 4.8 mEq.

Una vez verificada su estabilidad hemodinámica se decidió realizar Esofagogastroduodenoscopia (EGD).

Preguntas

1. ¿Cuál es el diagnóstico?

- Adenocarcinoma gástrico
- Várices esofágicas
- Síndrome de Mallory-Wiess
- Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos con úlcera gástrica activa con estigmas de hemorragia reciente
- Telangiectasias gástricas

En la que se reporta: esófago normal; estómago con múltiples lesiones deprimidas, de forma redonda y oval de 3-4 mm de diámetro, con fondo rojo, algunas cubiertas por fibrina con predominio en antro; sobre pared posterior de cuerpo gástrico se observó una lesión redonda, excavada, de 12 mm de diámetro, con halo rojo, de bordes elevados, hiperémicos y edematosos, base cubierta por fibrina y un coágulo adherido; duodeno con bulbo y segunda porción de aspecto normal.

Conclusión: gastropatía erosiva, úlcera gástrica Sakita-Oguro A2, Forrestt IIb.

2. ¿Cuáles son los factores de riesgo en este paciente?

- Vómito persistente, “gastritis”, antecedente de colecistectomía

- Edad, ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, uso de esteroides, antecedente de úlcera péptica e infección por *Helicobacter pylori*
- Infección por virus c de la hepatitis, cirugía abdominal, transfusión sanguínea

d. Género, alimentos con irritantes gástricos y abundantes en grasa

e. Consumo de alcohol, corajes, personalidad aprensiva

3. ¿Cuál es la vía de administración de los antiinflamatorios no esteroideos que disminuye el riesgo de gastropatía?

- Es preferible utilizar vía rectal para su administración
- Se recomienda utilizar medicamentos con capa entérica
- El mecanismo por el cual se produce el daño es independiente de la vía
- La vía intramuscular es más segura que la vía oral

e. Si se utiliza la vía tópica es menos posible provocar daño

4. ¿El riesgo de gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos aumenta conforme aumenta el tiempo de duración de tratamiento?

- El riesgo es mayor a partir de los seis meses de tratamiento
- A partir del primer mes de consumo
- Desde la primera semana
- El riesgo es igual independientemente de la duración del tratamiento
- El tratamiento intermitente disminuye el riesgo

5. ¿Cuál es el tratamiento en este momento para la paciente?

- En caso necesario usar tratamiento hemostático endoscópico, suspender los antiinflamatorios no esteroideos e instituir tratamiento antisecretores de ácido gástrico
- Gastrectomía parcial, piloroplastia, vagotomía troncular selectiva y gastroenteroanastomosis en Billroth II
- Alta a su domicilio, reposo relativo, dieta blanda sin irritantes gástricos y baja en grasas
- Solución fisiológica 1000 ml p/8 horas con dos ampulas de KCl, transfusión de dos paquetes globulares y plasma fresco congelado
- Colocar sonda nasogástrica, realizar lavados gástricos con solución fría hasta negativizar

Respuestas

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. d. | 2. b. | |
| 3. c. | 4. d. | 5. a. |

Discusión

Aunque en un paciente de más de 50 años y con un cuadro de hemorragia gastrointestinal alta una de las posibilidades diagnósticas es el adenocarcinoma gástrico, el antecedente de consumo de múltiples antiinflamatorios no esteroideos, úlcera péptica y el uso de esteroides nos sugieren la posibilidad de gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. La paciente no tiene factores de riesgo para hepatopatía crónica, ni datos clínicos de hipertensión portal para sospechar várices esofágicas. La paciente no tiene el antecedente de vómitos previos al evento de hemorragia ni se encontró hernia hiatal en la EGD. La imagen endoscópica no es compatible con telangiectasia.

[□]Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. CP 04510. ^{□□}HGZ 57. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuautitlán Izcalli, Estado de México

Temas de Interés

Paradigmas de la salud-enfermedad Health-illness paradigms

MF Bertha Moedano Jiménez[□], CD Ma. Del Carmen Ojeda Luna^{□□},
MC Romeo Adalid Martínez Cisneros[□],
LN María Elena Valdivia Hernández[□] *Aten Fam* 2007;14(1):22-23.

Factor	Riesgo	Estrategia
Sin factores	Bajo	AINES de menor riesgo Dosis efectiva más baja Duración más corta
Edad mayor de 60 años	Modera-	AINES + IBP o Coxib
Dos o más factores	do	AINES + IBP o Coxib
Antecedente de úlcera complicada	Alto Alto	Coxib + IBP + erradica- ción de <i>Helicobacter pylori</i> ⁷

La edad es uno de los principales factores de riesgo ya que éste aumenta a partir de los 60 años y es mayor en pacientes con más de 80 años. Cuando se combinan dos o más antiinflamatorios no esteroideos se aumenta el riesgo, y si se agrega esteroide el riesgo se incrementa más de ocho veces. El antecedente de úlcera péptica es otro factor que eleva casi seis veces el riesgo y hasta 15 veces si fue una úlcera complicada. El *Helicobacter* se reconoce también como factor de riesgo.^{1,2}

El mecanismo de acción de los antiinflamatorios no esteroideos es a través de la inhibición de la enzima Ciclooxygenasa (COX), y este mecanismo es independiente de la vía de administración; por lo que su administración por vía rectal, intramuscular o tópica no disminuyen el riesgo de complicaciones asociadas.³

La mayor incidencia de úlceras asintomáticas detectadas por endoscopia es al tercer día del consumo, pero el riesgo relativo de presentar complicaciones por la úlcera péptica es igual al día 1 (RR 5.7 del día 1 al 30), (RR 3.7 del día 31 al 90), (RR 4.1 del 91 al 180), (RR 5.1 181 al 365) que al día 365; por lo que el riesgo es independiente de la duración del tratamiento.

Durante el estudio endoscópico se debe retirar al coágulo adherido, y tratar la lesión subyacente en caso necesario. La piedra angular del tratamiento es la inhibición de la secreción ácida gástrica, los Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs) son los fármacos de elección,⁴ los bloqueadores de los receptores 2 de la histamina son una buena alternativa en las que no se dispone de inhibidores de la bomba de protones. Se debe suspender el empleo de antiinflamatorios no esteroideos y para su reinstalación deberán analizarse los factores de riesgo de cada paciente. Otra opción de tratamiento es emplear inhibidores selectivos de la ciclooxygenasa 2 (Coxibs) con evaluación previa del riesgo cardiovascular.^{5,6}

Referencias

1. Cryer B, Hochberg M, et al. *Chaging the patterns of coxibs/NSAIDs prescribing: Balancing CV and GI risks*. Disponible en URL: <http://www.Medscape.com/viewprogram/5060>
2. Ji KY, Hu FL. *Interaction or relationship between Helicobacter pylori and non-steroidal anti-inflammatory drugs in upper gastrointestinal diseases*. World J Gastroenterol 2006;12(24):3789-3792.
3. Wolfe M, Lichtenstein D, Singh G. *Gastrointestinal toxicity of Nonsteroidal anti-inflammatory drugs*. N Engl J Med 1999; 340(24): 1888-1899.
4. Singh G, Triadafilopoulos G. *Appropriate choice of proton pump inhibitor therapy in the prevention and management of NSAID-related gastrointestinal damage*. Int J Clin Pract 2005;59(10):1210-1217.

Más referencias en www.facmed.unam.mx

Palabras clave: salud, enfermedad, Medicina Familiar

Key words: health, illness, Family Medicine

El desarrollo de la investigación epidemiológica en ciencias de la salud ha pasado por diferentes etapas, en las que los factores económicos, políticos y sociales han sido determinantes tanto en su concepción como en el planteamiento de soluciones. En este desarrollo se pueden identificar tres grandes teorías epidemiológicas o paradigmas (procesos que permiten explicar la realidad a partir de una visión del mundo y la identificación de problemas concretos)¹ a saber: unicausal, multicausal e histórico social.²

Paradigma unicausal (enfermedad)

En los siglos XVIII y XIX surge el estudio sobre la anatomía patológica, clínica, médica y los planteamientos de la enfermedad como resultante de la pobreza y otras condiciones sociales, de ahí partió el debate teórico de la causalidad de las enfermedades entre contagio *versus* condiciones sociales; este debate fue resuelto por los descubrimientos de Pasteur y Koch a fines del siglo XIX cuando se aceptó la teoría de los gérmenes como la dominante y representó un reforzamiento del organicismo o biologicismo, e implementó el estudio de lo individual sobre lo colectivo para la comprensión de la enfermedad y sus condicionantes.²

Este es el paradigma unicausal en epidemiología, el cual trata de reconocer una causa única y fundamental para la producción de las enfermedades como un fenómeno ligado a los gérmenes y virus que sustituyó a las concepciones míticas sobrenaturales.

En 1910, Flexner intenta asentar firmemente el conocimiento que emplea el médico en su práctica cotidiana en ciencias básicas sustentadas en el estudio exploratorio y experimental del organismo humano o animal.² Este modelo genera una desintegración del conocimiento biológico-clínico, lo que desarrolló una planeación normativa, en el camino se pierde la formación de los recursos humanos y la visión integral del paciente. No existe un replanteamiento de la formación y conocimientos que debe poseer el profesional por lo que los factores psicológicos y sociales quedan relegados en materias aisladas, y no son percibidas como materias básicas en el conocimiento médico.³

Este paradigma se encuentra vigente tanto en escuelas de Medicina como en las instituciones. La enfermedad era y es analizada a través de conocimientos etiopatogénicos, diagnósticos terapéuticos y profilácticos en el hombre, y la respuesta a este objetivo se realiza por medio de un quehacer profesional de tipo curativo, que no comprende totalmente al hombre, ya que no explica la complejidad de los fenómenos ni intenta modificar su relación con la naturaleza de manera favorable.³

[□]Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta. Servicios de Salud Pública del D.F. México, D.F.

^{□□}Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México, D.F.



Paradigma multicausal (salud)

Este paradigma surgió en la tercera década del siglo XX, ante la necesidad de dar respuesta adecuada al sistema social en el campo de la salud; se consideró la teoría unicausal insuficiente para interpretar la realidad; ante los grandes avances tecnológicos y la especialización se inició un redescubrimiento del carácter social y cultural de la enfermedad, así como articulación con la estructura de la sociedad.²

Los problemas médicos, de acuerdo con este paradigma, se encuentran definidos por la intervención de una triada estructural: huésped-agente-medio, la cual interviene favorable o desfavorablemente para la aparición de los fenómenos que integran a la enfermedad.²

Se consolida el denominado movimiento preventivista, el cual no impactó a las ciencias de la salud y sólo generó la aparición de los departamentos preventivos y sociales en las diferentes facultades y escuelas. Surgen entonces las disciplinas de Salud Pública, Administración, Epidemiología, Estadística, Saneamiento Ambiental y Educación para la Salud, que se manejan al margen de los componentes biológico-clínicos de los planes de estudio.²

En el quehacer profesional el paradigma multicausal se incorpora a la prevención, sobre todo de tipo individual, sin considerar aun la historicidad social de los problemas médicos, y mantiene todavía algunas características del enfoque anterior respecto al quehacer elitista y costoso, así como a la planeación, la cual a pesar de incorporar aspectos pedagógicos es normativa.³

Paradigma histórico-social

En América Latina la tendencia actual, futura e ideal en el campo de la Medicina es utilizar no solamente a las ciencias biológicas, sino también a las ciencias sociales para conocer los problemas del proceso salud-enfermedad y sus relaciones con la práctica profesional integral. Este paradigma se propone construir el objeto de estudio de la epidemiología al reconocer su carácter histórico-social en el nivel colectivo y su articulación con el conjunto de procesos

sociales, esto es: el proceso salud-enfermedad.²

La respuesta científico-técnica y social al proceso salud-enfermedad se realiza a través de una práctica profesional conformada por tres elementos articulados entre sí.² El primero se refiere a la formación de recursos humanos, en los que toman importancia la práctica profesional integral, multi e interdisciplinaria, la relación entre la teoría, la práctica, y el trabajo grupal; así como la integración entre lo biológico, social, individual y colectivo. El segundo elemento es la producción de conocimientos que parte de la realidad actual. El tercero es la producción de servicios con una prevención integral, bases políticas, económicas y culturales, así como la práctica de una planeación y administración estratégica,⁴ lo que permite un desarrollo de la prevención integral hacia los valores positivos de la salud en relación con la naturaleza, la técnica y la cultura del hombre y de la mujer, globalmente considerados.

Lograr un abordaje integral en las instituciones formadoras de recursos humanos sólo va a ser posible si se tiene como objeto de estudio al proceso salud-enfermedad y su respuesta a través de una práctica profesional integral, que permita conocer y transformar los distintos problemas que componen dicho proceso.²

Referencias

1. Lara Rosano F. **Metodología para la planeación de sistemas: Un enfoque prospectivo.** Cuaderno de planeación universitaria. México, UNAM. 1990.
2. Adriano Anaya P, Caudillo Joya T, Gómez Castellanos A. **Epidemiología Estomatológica.** Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, UNAM. México. 2000.
3. Gómez Castellanos A, Adriano Anaya P, Pizeta Andrade L, Caudillo Joya T. **La articulación de lo social y lo biológico en el campo estomatológico.** Panorama Estomatológico. Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, UNAM. México.

Más referencias en [www/facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx)

FACULTAD DE MEDICINA

Dr. José Narro Robles
Director

Dr. Joaquín J. López Barcena
Secretario General

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Jefe de la División de Estudios de Posgrado

Dr. Isidro Ávila Martínez
Secretario de Servicios Escolares

Dr. Juan José Mazón Ramírez
Secretario de Educación Médica

Dr. Malaquías López Cervantes
Secretario de Ens. Clín., Inter. y Serv. Soc.

Dr. Luis Felipe Abreu Hernández
Srío. de Planeación y Desarrollo Institucional

Lic. Alejandro Fernández Varela Jiménez
Secretario Jurídico de Control Administrativo

Dra. Ma. Eugenia Ponce de León Castañeda
Secretaria del Consejo Técnico

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán
Coordinadora de Investigación

Dra. Sara Morales López
Coordinadora de Ciencia Básicas

Dra. Gloria Bertha Vega Robledo
Coordinadora de Educación Médica Continua

Dr. Arturo Ruiz Ruisánchez
Coordinador de Servicios a la Comunidad

Lic. Guadalupe León Villanueva
Secretaria Administrativa

Departamento de Medicina Familiar

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
Jefe del Departamento

Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza
Coordinador de Investigación

Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Coordinador de Evaluación

Dra. Claudia Teresa Monobe Hernández
Coordinadora de Educación Continua

Dr. Guillermo Santín
Jefe de la Radioteca

Lic. Henriette D. Ríos Orlandi
Jefa de la Unidad Administrativa

Editor

Dr. Juan José Mazón Ramírez
Coeditores

Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Comité Editorial

Dr. Pablo Bonal Pitz (España)

Dr. Víctor Chávez Aguilar

Dr. Javier Domínguez del Olmo

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

Dra. Lilia González Cárdenas (Cuba)

Dra. Celia J. Pérez Fernández

Dr. Rubén Quiroz Pérez

Coordinación Editorial

Lic. Lilia A. Arévalo Ramírez

Asistente Editorial

Lic. Karina M. Aguilar Lelo de Larrea

Diseño

DG. David Cortés Álvarez

AGENDA

Medicina Familiar

Colegio Mexicano de Medicina
Familiar, AC, y Colegio de Medicina
Familiar del Estado de Puebla, AC

Invitan al
xx Congreso Nacional "Puebla 2007"
Del 17 al 19 de mayo
Puebla, Puebla

Sede: Centro de Convenciones de Puebla

Convocatoria a trabajos libres

Se invita a la comunidad científica a presentar resúmenes sobre investigaciones relacionadas con el campo de la Medicina Familiar, de acuerdo con la siguiente temática

- Investigación social
- Investigación epidemiológica
- Investigación clínica
- Presentación de casos
- Servicios de salud
- Docencia en Medicina Familiar

Instructivo para la presentación de los resúmenes:

Para la presentación de trabajos libres es necesario elaborar y enviar un resumen estructurado, en el que se describa un trabajo original que no haya sido presentado previamente. El resumen debe estar redactado en términos precisos desarrollando los puntos esenciales del trabajo de investigación. Su extensión en ningún caso debe exceder de 250 palabras (una cuartilla a doble espacio), y debe contar con los siguientes apartados:

Objetivo: identificación clara del propósito del estudio. Si hubiese más de uno conviene señalar sólo el principal.

Diseño: descripción del diseño básico del trabajo (prospectivo/retrospectivo,

observacional/experimental, etc) y, el nivel de atención médica, en el que se ubique.

Métodos: resumen de las características de la serie estudiada, criterios de selección y técnicas utilizadas.

Resultados: relato breve de los resultados clave y su tratamiento estadístico.

Conclusiones: presentación resumida de las conclusiones más importantes justificadas por los resultados de la investigación y su posible aplicación. En la parte superior deberá anotarse el título del trabajo en letras mayúsculas sin subrayar, a continuación se escribirán los nombres de los autores, empezando por el apellido paterno, y la primera letra del nombre: Hernández J, y la institución de procedencia con letras mayúsculas y minúsculas.

Todos los resúmenes deberán cumplir con los requisitos establecidos, ya que de lo contrario no serán aceptados.

La aceptación de los trabajos estará sujeta a una evaluación por parte del Comité Científico del Congreso que tomará en cuenta la relevancia, el rigor metodológico, los resultados y la claridad de la presentación. El fallo será inapelable y su notificación se enviará por correo electrónico al primer autor. En caso de aceptación se indicará la sesión o clave, en la cual deberá ser presentado por sólo uno de los autores.

Si es aceptado para exposición oral contará con 10 minutos para la exposición, seguido de 5 minutos para preguntas.

De ser aceptado para cartel deberá llenar los siguientes requisitos:

Normas para presentación en cartel:

1. El despliegue será horizontal. El tamaño será como máximo de 100 x 100 cm.

2. Utilice tipografía de tamaño y aspectos nítidos, visibles a tres metros de distancia. En el cartel los resultados constituyen la parte más extensa, y deben ilustrarse mediante tablas, gráficos o cualquier otro sistema imaginativo visual. Las conclusiones finales deberán exponerse en forma clara y concisa.

3. No olvide estar junto al panel el día y la hora especificada para una breve exposición oral.

Los trabajos junto con la hoja de registro deberán enviarse a más tardar: **el 30 de marzo.**

Favor de distinguir qué medio audiovisual requiere, y cómo desea presentar su trabajo, exposición oral o escrita.

Registro en línea de trabajos libres:

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/congreso.html>

Al autor principal de los trabajos libres que sean seleccionados para su presentación oral o en cartel, se le otorgará una beca de 50% de la aportación por inscripción al xx Congreso.

Registro al Congreso:

www.medicinafamiliar2007.com

Una mirada social a la nueva genética



Liz Hammi Sutton, Doctora en Ciencias Sociales, profesora-investigadora del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM y miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1.

Las repercusiones de los desarrollos genéticos actuales tienden a modificar la práctica médica, reconceptualizando lo que entendemos como salud y enfermedad. Este libro aborda los aspectos médicos, éticos, económicos, jurídicos y culturales que tienen los recientes descubrimientos en áreas como el diagnóstico y las terapias genéticas, así como en las múltiples formas de la reproducción asistida.

Además, plantea los ajustes que la nueva genética traerá en las estructuras sociales e institucionales, sobre todo en el manejo de la información y en la relación médico-paciente.

ATENCIÓN FAMILIAR

vol 14, no. 1, enero-febrero de 2007

ISSN 1405-8871

Publicación bimestral del departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM, circuito interior s/n, Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, 04511, México, D.F. Editor responsable: Dr. Juan José Mazón Ramírez. Número de certificado de reserva de derechos al uso exclusivo del título: 04-2002-061717431700-102. Certificado de licitud de título: 11938; Certificado de licitud de contenido: 8342. Se distribuye entre las Instituciones del Sector Salud y Educativas; y los médicos familiares de la República Mexicana. Tiraje 5000 ejemplares. Impreso en los talleres de la Facultad de Medicina, UNAM, Facultad de Medicina, edificio "B" (sótano) circuito interior s/n, Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, 04510, México, D.F. Para consultarse en internet: www.facmed.unam.mx Cualquier comentario o información se agradecerá a: arevalor@servidor.unam.mx

Las opiniones expresadas en los artículos firmados, que se publican en *Atención Familiar*, son responsabilidad de sus autores. Los artículos contenidos en esta publicación pueden reproducirse citando la fuente.