

11226
29.50

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 75

TUBERCULOSIS Y ALTERACIONES EN LA
DINAMICA FAMILIAR

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DR. LUIS GUSTAVO GARCIA LEE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSION Y COMENTARIOS	14
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXOS	18

INTRODUCCION.

La tuberculosis es tan antigua como el hombre, y en la actualidad, sigue siendo un problema, sobre todo en países del tercer mundo, en este caso México, un problema serio en cuanto a Salud Pública. Debemos tener una visión en cuanto a este problema de salud, desde sus aspectos biológicos hasta su repercusión psicosocial. Desde el descubrimiento del bacilo de Koch en 1882, se avanzó en forma importante para contrarrestar los efectos del padecimiento. (6). Se sabe que el microorganismo es aerobio y tiene relación importante en su localización en el aparato Respiratorio, sobre todo en regiones apicales (debido a la perfusión, ya que es mínima) (3). Ahora bien no únicamente afecta el Aparato Respiratorio, sino a otros órganos, siendo la mayor predilección en el antes mencionado. Dada la fisiopatología del padecimiento y sus manifestaciones clínicas, es relativamente fácil sospechar de él, ya que está en relación directa al estado sociocultural de nuestra gente. Sabemos que el germen penetra por la vía aérea y de ahí producir un proceso morboso para desencadenar la enfermedad, es ahí en donde el papel del médico debe influir importantemente para erradicar y hacer un diagnóstico oportuno, así como un tratamiento adecuado, evitando el posible daño que pueda desencadenar. En nuestro tiempo sigue siendo la tuberculosis un problema serio las estadísticas aunque frías nos dan una idea de lo que estamos mencionado por ejemplo: La tasa de muertes del año 1975 fue de 18.2 x 100 000 hab. siendo dentro de las diez primeras causas de muerte, un factor de alerta, así como para 1971 la tasa de Morbilidad fue de 32 x 100 000 habitantes (2).

Tasas que por demás nos hablan en forma apróximada de la realidad que es más crítica, ya que muchos casos no son reportados y más aún diagnosticados siendo una desgracia, puesto que probablemente no tengamos idea a lo que nos estamos enfrentando. Teniendo en cuenta esto, tenemos que concientizarnos y es por ello, que hay un amplio campo para investigar este padecimiento al respecto.

Ya que es un problema de Salud Pública en México, es importante tener programas sobre todo a nivel rural, para abatir estas importantes cifras de pacientes que no llevan ningún control médico (4).

Es de consideración importante notar que el médico familiar es punta de lanza ya que tiene que hacer un manejo integral del paciente, en apoyo de un equipo adecuado y dispuesto a cooperar en dicho aspecto.

Es de hacer notar que las cifras de Morbi-mortalidad en comparación con países desarrollados, denotan las diferencias sociales, económicas y culturales, con respecto a la forma de vida, si se quiere decir inhumanas en las que vive el mexicano.

Desgraciadamente los escasos recursos para satisfacer las necesidades primarias como lo menciona Maslow y secundariamente los escasos recursos de salud que cubren adecuadamente las necesidades de la población, condicionan un gran número de muertes que podrían evitarse, grave repercusión social y culpa de la mala administración en recursos de salud y en sí de todo el sistema consumista (2).

De ahí podemos vislumbrar, cuales son las soluciones al respecto, pero gracias a este sistema, que tal parece no le interesa o no puede resolver esta situación, la reflexión es angustiante. La tuberculosis es altamente transmisible y su morbilidad es muy alta, dada por la gran cantidad de casos que se observan.

La lucha del hombre y su afán de combatir la enfermedad, su ingenio e investigación le han dado instrumentos para neutralizar e incidir importantemente en la enfermedad en este caso la tuberculosis (4).

Desde que Roberto Koch con su descubrimiento y la posterior investigación de -- farmacos contra el bacilo, hicieron más fácil el manejo de los pacientes, en -- contraste con lo que se hacía antes de la aparición de ellos.

Inclusive la segregación de la sociedad y de sus núcleos familiares. El manejo terapéutico se ha hecho más sencillo, con las diversas drogas y combinaciones - de ellas, nos ha hecho acortar los tratamientos de los 24 meses hasta los 6 meses (2).

Entonces es de llamar la atención, ya que al avance científico y logro positivo para atacar este padecimiento nos hace entrar en reflexión profunda y nos obliga a sentir la necesidad de hacer que las condiciones básicas para la subsistencia del ser humano sean satisfechas, así como una intrincada infraestructura en materia de salud sea extendida y utilizada en beneficio del mismo enfermo.

Con esto abatiríamos en forma importante la Morbi-mortalidad de dicho padecimiento.

El médico familiar, es el único responsable de una atención integral del paciente, en todos los aspectos tanto biológicos, psicológicos y social de fundamental apreciación en su problemática de dinámica familiar ya que es el fondo del asunto. (3)

En una sociedad sabemos que la familia es el núcleo y átomo, por lo tanto es el objetivo de esta tesis investigar la dinámica familiar en su aspecto comunicacional (7)

Así como los roles que juega cada uno de sus miembros en la realización de su propia existencia (8).

Entra en juego entonces el médico familiar, ya que él es una de las alternativas de solución.

Pero surge entonces una cuestión, es capaz de hacerlo o estaremos en el otro lado de la moneda, quedarse en el conformismo mental, es una cuestión altamente de concientización y un pensar profundo. (6)

Realmente la solución de fondo está en el cambio de sistema pero fundamentalmente el económico y que la repartición de la riqueza sea igualitaria para todos, satisfacer las necesidades primarias en primera instancia y podríamos obtener realmente logros positivos con un sector salud planificado y bien identificado con las necesidades de un pueblo en su desgracia cultural y económica (1).

MATERIAL Y METODOS.

Universo de trabajo:

Derechohabientes de la zona de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS.

La determinación estadística del tamaño de la muestra:

En vista de que la población de tuberculosis en la UMF No. 75 es de 3 pacientes con las características que se señalaran, no se determinara ésta por lo que tra bajaremos con la población total encontrada.

Criterios de Inclusión y exclusión de los sujetos experimentales. (quedan inclu idos las características del grupo experimental).

Criterios de Inclusión:

- Familias con un paciente de Tuberculosis.
- Cualquier edad
- Clase socioeconómica baja.
- Sin enfermedades concomitantes

Criterios de exclusión:

- Clase social, media y alta.
- Con enfermedades concomitantes.

H₁: Existe relación entre el paciente con Tuberculosis y alteraciones en la Dinámica Familiar.

H₀: No existe relación entre el paciente con Tuberculosis y alteraciones en la Dinámica Familiar. A=B

H₂: La Tuberculosis produce alteraciones en la Dinámica Familiar A B

Tipo de estudio : Una cola a la derecha.

Nivel de significación: 0.05

Tipo de Prueba Apropriada: Probabilidad Exacta de Fisher.

Criterio de Rechazo: Si f experimental f critica rechaza H_0 . P

RESULTADOS.

En la familia Santiago Velazquez, compuesta por esposo de 38 años de edad y cuatro hijos, Javier de 17 años (I), Sandra 15 años (II), Blanca de 12 años (III)- y Jorge Luis de 9 años (IV) se dan los siguientes lazos de comunicación:

Límites claros:

Esposo y esposa

Padre e hijos I y II.

Madre e hijos II, III, IV.

Límites rígidos:

Padre e hijos III, y IV.

Madre e hijos I.

(Ver familiograma 1)

Familia Gutierrez González, compuesta por esposo de 36 años de edad y dos hijos Juan Carlos de 14 años (I), y Carolina de 8 años (II), se dan los siguientes lazos de comunicación:

Límites claros:

Esposo y esposa

Padre e hijos I, II.

Madre e hijos I, II.

Límites rígidos:

No hay.

(Ver familiograma 2)

Familia Rodriguez Ruiz compuesta por esposa de 38 años de edad, y 4 hijos, Fran

cisco Javier de 20 años (I), Carlos de 18 años (II), Miguel Angel 14 años (III) y Agustín de 12 años (IV), se dan los siguientes lazos de comunicación:

Límites claros:

Esposo y esposa

Padre e hijos I, II, III, IV.

Madre e hijos I, III, IV.

Límites rígidos:

Madre e hijos II.

(Ver familograma 3)

En cuanto a Rolles se dan de la siguiente forma:

La familia Santiago Velázquez:

Roll ejecutivo: Padre.

Esposa/madre: madre.

Dirige/organiza: Padre

colaboradores: II, y IV.

Dependiente: II

Destructor: I y II

Toma/ Decisiones: Padre.

La familia Gutierrez González:

Roll ejecutivo : Padre

Esposa/madre: Madre.

Dirige/organiza: Padre.

Colaboradores: I, y II.

Toma/ Decisiones: Padre.

La familia Rodríguez Ruiz:

Roll ejecutivo: Padre.

Esposa/Madre: Madre.

Dirige/Organiza: Madre.

Colaboradores: I, III, IV.

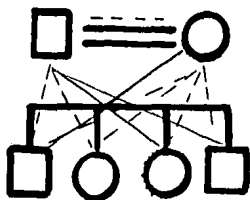
Dependiente: IV.

Destructor: II

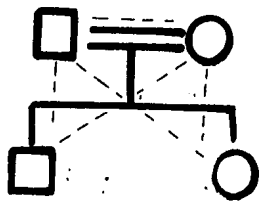
Toma/Decisiones: Madre

(Ver cuadro I).

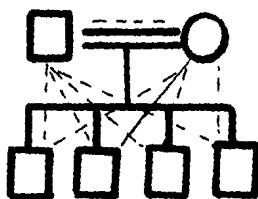
FAMILIOGRAMA 1



FAMILIOGRAMA 2



FAMILIOGRAMA 3



FAMILIA SANTIA/GUTIERREZ/RODRIGUEZ

ROLL EJECUTIVO	PADRE	PADRE	PADRE
ESPOSA MADRE	MADRE	MADRE	MADRE
DIRIGE ORGANIZA	PADRE	PADRE	MADRE
COALBORADORES	II:IV	I,II	I,III,IV
DEPENDIENTE	II		IV
DESTRUCTOR	I,II		II
TOMA DECISIONES	PADRE	PADRE	MADRE

CUADRO No.1

DISCUSION Y COMENTARIOS.

Como se puede observar, en la familia Santiago Velazquez, existen límites claros y rígidos entre los miembros de ella.

El padre trabaja como operador de autobuses foráneos y es la madre, la que por lo tanto tiene mayores vínculos con los hijos, a pesar de ello la familia sigue bajo un mismo techo y sin desintegrarse, lo que viene a confirmar hasta cierto punto, la elasticidad de sus miembros, en sus vínculos, pero que de alguna manera, causa cierto grado de disfunción, el hecho de que algunos de ellos tienen límites rígidos.

En la familia Gutierrez González, al parecer, no hay problemas de comunicación claro las reservas que debemos tomar en su caso, durante la dinámica se insistió en ello, la familia es funcional hasta el momento, sin haber límites rígidos.

En cuanto a la familia Rodriguez Ruiz, observamos que el único elemento en donde de la comunicación es rígida, es entre la madre y el hijo (II), no siendo así con los demás, insistimos, esto puede producir, un cierto grado de disfunción, pero que en el momento, no es tan importante, hasta el grado que desquicie a toda la familia.

Los Roles en cada una de las familias son cambiantes y no estáticos, complementándose, es obvio, que en un momento dado pueda ser disfuncional la familia si alguno de los roles, sobre todo los destructores lleguen a influir en forma tal que desquicie al grupo.

Haciendo un análisis concienzudo de la situación, en estas tres familias, es evidente que los vínculos y roles que se dan, son resultado, en un momento da

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

do de un movimiento que es dinámico y cambiante, a pesar de ello, las familias se mantienen, en un cierto grado de funcionalidad y disfuncionalidad, ya que el proceso, debe entenderse, como una contradicción misma del todo y la parte. De ahí que no es estático no podríamos encajonar cada una de las situaciones - como cartabones.

CONCLUSIONES.

En vista de que nuestra f experimental = a , f crítica y teniendo en cuenta que $P > \alpha$ se rechaza H_0 , y se acepta H_1 .

$$\therefore P = 0.05$$

$$\alpha = 0.05$$

$$P = \alpha$$

Sin embargo con los datos obtenidos, caemos, en los tipos de errores I y II, - para la hipótesis propuesta, por tener una población pequeña y la cual no la podemos incrementar para corregir los errores señalados.

Concluyendo:

Es necesario una muestra más grande para, tener resultados más objetivos, en relación al enfoque del estudio.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- S.S.A., Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Rev. de la Facultad de Medicina 1983; Vol. XXVI: 333-39.
- 2.- Torales TA, González SN. Tuberculosis en Tratado de Infectología. México - D.F.; Editorial Trillas, 1984; 108-46
- 3.- Miller LG. Enfermedades Micobacterianas y Micóticas. México D.F.; Editorial Libros Mc. Graw-Hall de México, 1984: 209-30
- 4.- Trasviña DJ, Detección de Tuberculosis mediante pesquisa microscópica. BOL-MED IMSS 1978; vol. 20: 87-94.
- 5.- Hinshaw HC. Tuberculosis en Enfermedades del Torax. México D.F.: Editorial Interamericana, 1984: 251-98
- 6.- Pacheco CR. Con motivo del descubrimiento del bacilo de la Tuberculosis. - México Salud Pública 1982; vol XXVI: 5.
- 7.- Satir Virginia. Psicoterapia Familiar Conjunta. México D.F.: Editorial la - Prensa Médica Mexicana, 1983.
- 8.- Minuchin Salvador. Terapia Familiar. México D.F.: Editorial Gedisa Mexicana, 1983.

ANEXOS.

COMUNICACION	I A	2 b	3
ROLLES	I C	2 D	3
	2		

Se busca en tab. I
y el valor es 0.05

RESUMEN CLINICO.

Nombre; Rodríguez Lozano Miguel

Fecha de estudio: 4 de julio de 1985

Unidad de Medicina Familiar No. 75

Ocupación: Operador de autobuses.

Se trata de paciente masculino de 37 años de edad, con los siguientes antecedentes de interés:

Tabaquismo positivo intenso (20 años), así como de pleuresis izquierda hace -- aproximadamente 2 años, ameritando pleurotomía cerrada, con drenaje de líquido serofibrinoso (5 litros aproximadamente), con medicación no especificada.

Posteriormente (durante un mes), suspendido por mejoría del paciente.

La sintomatología es manifestada desde el 29 de junio de 1985 por hemoptisis - de repetición, sin antecedentes previos de tos o ataque al estado general, - - siendo repetitiva la hemoptisis desde entonces acudiendo el 2 de julio al Hospital General de Zona de Mérida Yuc., a la EF: Se encontró, expectoración hemoptoica poco frecuente, oscura y presencia de estertores subcrepitantes en - región interescapulovertebral y subescapular izquierda, apreciándose herida -- por pleurotomía antigua en región pleural izquierda, resto sin datos que comentar.

Rx de Torax:

Cavitación importante del lado izquierdo, lóbulo superior cercana el hilio (imagen densa), sin nivel dentro de ella, en el lado derecho, presenta varias cavitaciones pequeñas.

Laboratorio:

BARR +++ (positivo), cultivo con *Neisseria catarrhalis*, su evolución es satisfactoria en el momento actual.

Diagnóstico:

T.B.P. Bilateral activa cavitada.

Plan: Manejo con antifímicos primarios y control en su UMF y con el Neumólogo. Sus familiares se encuentran asintomáticos con Tele de torax normal y PPD negativos.

RESUMEN CLINICO.

Nombre: Velazquez Castillo Guillermina

Fecha de estudio: 2 de Diciembre de 1985

Unidad de Medicina Familiar No. 75.

Ocupación: Hogar

Sin antecedentes heredofamiliares de interés, en relación a su padecimiento actual.

Proviene de medio socioeconómico débil con repercusión en sus hábitos higiénico dietéticos.

Habitación: En malas condiciones tipo suburbano, existe hacinamiento y promiscuidad.

Higiene: Inadecuada baño cada semana, ocasionalmente se lava las manos antes de comer y después de defecar.

Alimentación: Mala en cuanto a calidad y cantidad.

Niega toxicomanías.

Cuenta historia con padecimientos frecuentes de la infancia, sólo la referida en el Padecimiento Actual.

Padecimiento Actual:

Paciente de 42 años de edad, que inicia hace aproximadamente año y medio con dolor torácico posterior, escalofríos, diaforesis, y hemoptisis, astenia, adinamia, pérdida de peso, disnea, fiebre continua no cuantificada, se le han practicado BAARES siendo estos positivos.

Ha llevado tratamiento al parecer en forma irregular, ameritando hospitalización inclusive en Abril de 1985 en el Hospital Oaxaca.

Actualmente se encuentra en control en el servicio de Medicina Preventiva de -
la UMF 75, así como Neumología.

Dentro de sus familiares no hay COMBE +.

Continua con manejo primario con antifilmicos y supervisión de parte de Medici-
na Preventiva.

Estudios de laboratorio y Gabinete de su familia son normales.

RESUMEN CLÍNICO.

Nombre: González Hernández Carmen.

Fecha de estudio: 11 de octubre de 1985

Unidad de Medicina Familiar No. 75

Ocupación: Costurera

Antecedentes heredo familiares:

Cuenta con madre hipertensa controlada, tío paterno diabético, niega resto de interés en relación a su padecimiento actual.

Proviene de medio socioeconómico débil con repercusión en sus hábitos higiénicos dietéticos.

Habitación: En regulares condiciones con todos los servicios intradomiciliaarios.

Higiene: Regular, baño cada 3-4 días con cambio de ropa, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.

Alimentación: Mala en cuanto a calidad y cantidad.

Toxicomanías: Alcoholismo ocasional social, niega tabaquismo.

Refiere enfermedades frecuentes de la infancia sin ninguna otra de importancia Menarca a los 12 años R 30x3 eumenorreica, IVSA 20 años de edad.

Padecimiento Actual:

Inicia padecimiento el 21 de agosto de 1985, con tos húmeda con expectoración blanquecina, fiebre vespertina no cuantificada, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, dolor torácico posterior, acudiendo al servicio de esta unidad en donde se le practica BAARES seriados (3) siendo estos positivos hasta en ++, se inicio manejo con antifímicos primarios estando en control en el mo-

mento actual por parte del servicio de Medicina Preventiva y Neumología.

Cinco de los miembros familiares se encuentran en manejo en el momento actual.