

11226  
N:24  
2Ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
" VALLEJO "**

**ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR  
DE LOS PACIENTES VIH/SIDA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. SILVIA RAMIREZ CALDERON**



**IMSS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F. 1994**

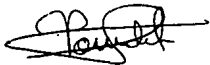


## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **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.



DR. TOMAS CHAPA LUQUE.  
JEFE DE EDUCACION MEDICA  
E INVESTIGACION.  
U.M.F. #20 "VALLEJO"  
MEXICO, D.F.



U. M. F. No. 20  
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION



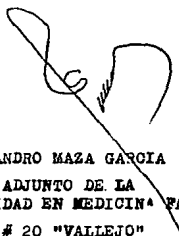
DR. SALVADOR ILIZALITURRI SALINAS.  
ASESOR DE TESIS.  
COORDINADOR DELEGACIONAL SIDA.



DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ.  
PROFESOR TITULAR DE LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

U.M. F. # 20 "VALELEJO"

Delegación 1 Noroeste del D.F.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



DR. ALEJANDRO MAZA GARCIA  
PROFESOR ADJUNTO DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
U. M. F. # 20 "VALELEJO"

Delegación 1 Noroeste del D.F.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



# I N D I C E

Página

Título .....	1
Objetivos .....	2
Justificación .....	3
Etiología .....	5
Historia del Descubrimiento del VIH .....	7
Componentes estructurales del VIH .....	9
Ciclo de Vida .....	10
Factores relacionados en la transmisión del VIH ....	11
Mecanismos de transmisión del VIH .....	12
Exposición al riesgo .....	14
Transmisión sexual .....	15
Transmisión sanguínea .....	17
Transmisión perinatal .....	17
Transmisión vertical .....	18
Antecedentes científicos .....	20
Planteamiento del problema .....	25
Situación geográfica .....	26
Material y métodos .....	27
Metodología .....	28
Cuestionario .....	29
Apgar familiar .....	32
Cuadros de resultados .....	33
Análisis de resultados	
Conclusiones .....	56
Alternativas de solución .....	57
Bibliografía .....	58

**"ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS  
PACIENTES VIH/SIDA, DE LA DELEGACION 1  
NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL".**

## **OBJETIVOS.**

### **GENERAL:**

Identificar las principales alteraciones en la dinámica familiar que se presentan en los pacientes VIH/SIDA, de la delegación 1 Noroeste del Distrito federal.

### **PARTICULARES:**

- 1.-Identificar a que tipo de familia pertenece cada paciente afectado.
- 2.-Determinar en que fase del ciclo de vida familiar se encuentra cada paciente afectado, y las funciones familiares afectadas.
- 3.-Clasificar a los pacientes de este estudio por grupos de edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, etcétera.
- 4.-Determinar el mecanismo de transmisión más frecuente de los pacientes VIH/SIDA, así como en que etapa de la enfermedad se encuentra cada paciente.
- 5.-Proponer alternativas de solución.

#### JUSTIFICACION:

Se decide realizar el presente trabajo considerando que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es un problema de salud universal, que afecta a todos los grupos de edad, independientemente de sus características particulares, observándose mayor frecuencia en las personas en edad reproductiva, por lo que la información sobre el SIDA, y las acciones para su prevención, se deben de difundir a la población en general, haciéndose énfasis en los grupos con situaciones y actividades de riesgo.

Se ha observado que la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que conduce al SIDA, encuentra y revela despiadadamente las vulnerabilidades de nuestro sistema de cuidado médico y nuestras estructuras sociales, económicas y políticas; el SIDA parece penetrar en casi toda la esfera de la existencia humana: investigación científica, ética, ley, prisiones, mundo del arte, economía, relaciones internacionales e intimidad personal y muchos aspectos más quedan afectados por lo que cada individuo como miembro de un sistema, esto es su familia, tiene repercusiones en su dinámica familiar principalmente, y se ven afectadas las funciones familiares independientemente del ciclo de vida familiar en el que se encuentran, así como el tipo de familia e el ámbito en el que se desenvuelven.

El SIDA, evoluciona de modo inexorable para aprovechar los nichos de oportunidad que aparecen en la sociedad humana, por lo que los Médicos Familiares deben estar preparados para afrontar los problemas que plantea la infección por VIH, pues en la actualidad será cada mayor el número de pacientes afect



tados, esto aumenta la necesidad de: asesorar a familiares y seres queridos ansiosos, confundidos y contrariados; proporcionar guía racional y liderazgo a comunidades confundidas y atemorizadas; lidiar con problemas de control de infección, así como valorar e intuir nuevos tratamientos y técnicas diagnósticas, por lo que al conocer cuales son las alteraciones dinámicas más frecuentes en este tipo de pacientes y su repercusión dentro de su núcleo familiar, podemos plantearnos alternativas de solución para llevarlas a cabo y así -- cumplir adecuadamente con nuestra función como Médicos familiares.

Solo se resta definir el concepto de SIDA:

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad transmisible causada por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema inmunológico y daño multistático atribuible a la acción directa del virus.

## ETIOLOGIA:

El agente causal del SIDA es un retrovirus conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La familia de los retrovirus, almacena su información genética en forma especial, de ARN no compatible con la estructura genética celular, por ello debe transcribir dicha información a otra molécula capaz de ser leída por la célula parásitada y convertida a productos virales. Esto se logra gracias a una enzima viral que tiene la función de transcribir - la información viral de formato ARN a formatos DNA; debido a que la enzima se conoce como transcriptasa reversa (por convertir el ARN en ADN).

Los retrovirus humanos se clasifican en endógenos y exógenos. Los retrovirus endógenos, integrados como provirus - en el DNA de las células de nuestros ancestros hace mucho tiempo, se transmiten de padres a hijos por las células germinales, sus genes se conocen como oncogénes y sus productos (factores de crecimiento y receptores de membrana de crecimiento) son utilizados por las células para funciones tan importantes como son la división y la diferenciación celular; en otras palabras, no solo se han integrado a los genes de las células, sino que forman parte esencial de las mismas.

Los retrovirus exógenos que afectan al ser humano - están presentes en el medio ambiente, se transmiten de humano a humano por contacto sexual, o por la sangre y sus derivados, no se conoce su reservorio natural y constan de 3 subfamilias: Oncornavirus, Lentivirus y Spumavirus. La familia de los Oncovirus ataca a los linfocitos T, posee acción transformante celular a corto plazo, sus integrantes con acción en el humano, son el HTLV-1 y el HTLV-2I y son responsables de la leucemia de células T colaboradoras y a las células accesorias de la -

inmunidad, a la cual destruye, conduciendo al Síndrome de -  
Inmunodeficiencia; los miembros de esta subfamilia que poseen  
sobre el humano son el VIH-1 y el VIH-2. La subfamilia de los  
Spumavirus no parece mostrar efecto patógeno.

El VIH-1 y el VIH-2 pueden localizarse tanto fuera  
de las células, en forma de partícula viral o virión, como -  
dentro de ellas en la forma de provirus. Fuera de las células  
tiene una vida media muy corta (unos cuantos minutos), es po-  
co infectante y fácilmente destructible (es muy sensible a los  
detergentes y desinfectantes comunes y se destruye con facilidad  
con temperaturas de 56°C o más, durante 30 minutos).

Dentro de las células tiene una vida media muy larga  
(varios años), es más infectante y resiste mejor la acción  
de los diversos agentes que lo dañan.

Por ésta razón no se transmite por las lágrimas, sa-  
lica, sudor, u orina (donde se encuentra libre) y sí por la -  
sangre o por contacto sexual, (por localizarse dentro de las -  
células de la sangre y del esperma). El provirus del retrovirus  
VIH integrado a los cromosomas de las células posee 3 grupos -  
de genes: uno con función estructural, otro con función regu-  
ladora, y otro con función desconocida.

Los genes con función estructural son: "gag",  
"pol" y "env". Los genes con función reguladora son: "tat" y  
"trs", los genes del grupo cuya función aún es desconocida son  
"sov" y "3' orf" y "R".

## HISTORIA DEL DESCUBRIMIENTO DEL VIH.

El dr. Gallo, en el año de 1983, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con - los HTLV descubiertos por él en 1980, en el Instituto Nacional del Cáncer (INC) de estados Unidos.

Pensó que esta enfermedad era infecciosa por ser - transmisible por la sangre, sospechó que era de origen viral por el hecho de que podía transmitirse por filtrados de sangre(factor VIII) empleado en el manejo de individuos hemofílicos y sugirió que estaba emparentado con los HTLV dado que el agente causal del SIDA dañaba la misma población celular que los HTLV: los linfocitos T colaboradores o CD4, cuyo número se encontraba notablemente reducido en los pacientes - con SIDA.

Posteriormente el grupo de investigadores franceses dirigidos por el dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus pero que éste no pertenecía a los oncovirus como los HTVL, sino a los lentivirus como los VISNA.

En 1983 el Dr. Montagnier y su grupo de colaboradores publicaron un informe en el cual señalaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA, al que denominaron LAV; sin embargo no pudieron en esos momentos establecer su relación con el agente causal del SIDA.

En 1984, el Dr. Gallo y sus colaboradores publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaron que el virus - descubierto por ellos, al que denominaron HTLV-III, era el agente causal del SIDA. Esto lo lograron debido a que desarrollaron una línea de células que era capaz de ser infectada por el virus sin ser destruida y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo.

Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades del virus para su estudio y para la fabricación de la prueba de laboratorio que permite detectar a los individuos infectados por dicho virus.

En San Francisco, a fines de 1984, Levy y sus colaboradores aislaron el agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA (ARV).

En mayo de 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus recomendó que al agente causal del SIDA se le denominara Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), señalando con ello la acción del virus y sus huésped específico.

#### ORIGEN DEL VIH.

El tiempo "real" de evolución de un organismo vivo, como los virus, puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de mutación genética en las diferentes especies.

En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución un millón de veces más rápido que los organismos constituidos por DNA, se ha calculado su tiempo real de evolución. Para ello se han analizado las mutaciones de los virus aislados a través del tiempo (el más antiguo que se conoce procede de Zaire y data de 1959) en diversas regiones del mundo (Zaire, Estados Unidos, Francia, etcétera) y se han comparado con los obtenidos con el VIH-2 descubierto en 1986. Con base en esto es posible concluir que tanto el VIH-1 como el VIH-2 se originaron en el continente africano hace no menos de 40 años y no más de 100.

#### COMPONENTES ESTRUCTURALES DEL VIH.

De acuerdo con el dr. Montagnier y colaboradores, - el dr. Gerderblom y colaboradores y el dr. Haseltine y colaboradores, de los Institutos Pasteur de París, Robert Koch - de Berlín y del Dana-Farber Cancer de Estados Unidos, respectivamente, los principales componentes estructurales del - VIH son: envoltura, nucleocápside y enzimas.

## CICLO DE VIDA.

Debido a que ambos VIH poseen un solo tipo de ácido nucleico(RNA), y carecen de citoplasma para producir su propia energía y elaborar sus propios componentes, unicamente pueden vivir y multiplicarse en el interior de las células; por tal motivo son considerados como "parásitos intracelulares obligados".

Para que el VIH penetre a las células y se multiplique en su interior, debe llevar a cabo los pasos siguientes:

- 1) Reconocimiento celular, 2) adhesión, 3) entrada, 4) formación de provirus, 5) integración del provirus al genoma celular, 6) biosíntesis de los componentes virales, 7) ensamblado, y 8) salida. Los primeros cinco pasos constituyen la primera mitad del ciclo de vida del VIH y conducen al establecimiento de la infección, los siguientes pasos representan la segunda mitad del ciclo de vida del virus y conducen a la enfermedad.

#### FACTORES RELACIONADOS CON LA TRANSMISION DEL VIH.

El VIH puede vivir dentro de las células que parasita durante muchos años. Sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce notablemente; por ello la sangre y los líquidos corporales que poseen linfocitos, tales como la esperma y las secreciones cervicales y vaginales, son excelentes vectores del VIH. En los líquidos corporales como lágrimas, saliva, sudor y orina el VIH se encuentra fundamentalmente en forma libre, -- siendo por ello poco infectante, además de que su concentración en estos sitios es muy baja; por tal razón, estos líquidos corporales no actúan como vectores del virus.

Fuera del organismo en superficies inertes, tales como objetos de uso común, su vida se reduce aún más. El VIH no puede multiplicarse en el interior de las células de insectos y artrópodos hematófagos, por lo que éstos no actúan como vectores de la infección por la proliferación activa del virus en su interior. El volumen de sangre en la luz del intestino de un mosquito hematófago es tan pequeño que pueda transmitirse en forma pasiva el VIH por esta vía se requiere de no menos de 2 500 piquetes de insecto.

#### INACTIVACION DEL VIH.

Por el hecho de que la envoltura del virus es sumamente rica en lípidos, puede fácilmente ser degradable por diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rutinaria como el agua y el jabón, los blanqueadores caseros (hipoclorito de sodio), el alcohol de 70° y el calor; estos procedimientos son útiles cuando se aplican a superficies inertes, pero, desafortunadamente, esto no sucede cuando el virus se encuentra dentro del organismo.



## MECANISMOS DE TRANSMISION DEL VIH.

Los mecanismos por medio de los cuales puede transmitirse el VIH son:

- 1) Sexual (tanto homosexual como bisexual);
- 2) Sanguíneo (fundamentalmente a través de transfusiones de sangre y derivados);
- 3) perinatal (durante el embarazo, parto y el puerperio), y
- 4) trasplante de tejidos y órganos, aunque existe la tendencia a incluir este último dentro del sanguíneo.

### CADENA DE TRANSMISION

Al igual que otras enfermedades transmisibles, en la infección por VIH, la cadena de transmisión incluye:

Agente causal. Naturaleza del agente: El agente responsable de este padecimiento es el virus de inmunodeficiencia humana o -- VIH, del cual se conocen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. Ambos son microorganismos intracelulares obligados, ya que aun cuando poseen información genética para multiplicarse, carecen de los medios para ello.

Labilidad del virus inmunodeficiencia humana. El VIH es sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente. Son capaces de -- inactivarlo los cambios de temperatura, humedad, pH o la acción de desinfectantes de uso común como el hipoclorito de sodio o -- el alcohol, así como sustancias contenidas en los espermaticidas, como el nonoxynol-9.

Antigenicidad. Cada uno de los componentes proteicos del VIH es capaz de inducir una respuesta inmune humoral con la producción de anticuerpos neutralizantes, ninguno de los cuales resulta ser protector dado que el virus pasa directamente de una célula a otra, escapando con ello a la acción de los anticuerpos, así -- como por la gran capacidad que posee el VIH para modificar la estructura molecular y antigénica de sus proteínas, particularmente de las glucoproteínas de su envoltura externa.

Infectividad. La concentración del VIH en los distintos líquidos corporales, y el volumen que se intercambia, influye en la efectividad de la transmisión. El semen y la sangre son líquidos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido en linfocitos, por lo que resultan ser los más eficientes en la transmisión.

Aunque no se conoce la cantidad mínima de partículas virales que se requieren para provocar una infección; en relación con la sangre, se ha visto que en casos de punción ocupacional ha ido sido suficiente 1.4 ml para transmitir la infección, y en casos de transfusión esto ha ocurrido con los paquetes de 400 ml. En el caso de transmisión sexual no se ha documentado el tamaño del inoculo; sin embargo existen casos bien documentados de transmisión por un solo contacto.

Patogenicidad y virulencia. El VIH ataca únicamente aquellas células que poseen receptores específicos para el virus. Actualmente se sabe que existen varios receptores de receptores de virus celulares para el VIH, por lo tanto, las células que poseen alguno de estos receptores son susceptibles de ser atacadas y destruidas por el virus. Estas son las células inmunológicas, del sistema fagocítico mononuclear, de la glía, del sistema neuroendócrino y del endotelio de los vasos sanguíneos. Una vez que el virus ha penetrado y permanecido latente en el interior de las células atacadas (dos a diez años), puede activarse y multiplicarse con claridad. La gran variedad de células atacadas por el VIH explica la diversidad de manifestaciones con que cursa la infección por VIH, siendo el SIDA su etapa final.

#### RESERVARIO

El VIH únicamente puede reproducirse en el interior de células vivas del humano, y sólo en forma experimental en chimpancé.

Todos los individuos infectados (con o sin síntomas) de SIDA) son potencialmente infectantes para otras personas.

Desde el momento en que el VIH entra al organismo, el individuo se convierte en reservorio y puede transmitir el virus a través de la actividad sexual, al donar sangre, por compartir con otros agujas o jeringas, durante el embarazo o parto (y probablemente la lactancia), y al donar órganos o tejidos para trasplante.

#### VIA DE SALIDA

El VIH ha sido aislado en diversos líquidos corporales en personas infectadas; sin embargo, sólo la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus. Cuando los líquidos corporales (incluido el pus y otras secreciones infectadas, o líquidos infectados obtenidos de cavidades corporales como el derrame pleural o el líquido cefalorraquídeo) contienen sangre o leucocitos, también pueden participar en el transmisión del virus.

#### MODO DE TRANSMISION

De lo anterior se desprende que el VIH sólo puede transmitirse por el contacto sexual directo de persona a persona a persona, por la exposición a sangre, productos derivados de la sangre o líquidos corporales contaminados con sangre o leucocitos, y por instrumentos médicos empleados durante la realización de procedimientos invasivos (incluyendo agujas, jeringas y endoscopios). No existe evidencia alguna de que el virus puede transmitirse por el contacto casual con un individuo infectado o con SIDA, o por medio de picadura de insectos.

~~XXXXXXXXXX XX XXXXXX~~

## EXPOSICION AL RIESGO

Es obvio que solo ~~quienes~~ se exponen a los mecanismos de transmisión ya mencionados corren al riesgo de infectarse. El grado de exposición guarda relación directa con el grado de riesgo; quienes se exponen en forma ocasional corren el riesgo en forma ocasional, y quienes lo hacen de manera -- continua corren dicho riesgo continuamente. Es por ello que en relación con el riesgo de adquirir la infección por VIH no ~~ig~~ ~~porta tanto a qué grupo de personas se pertenece, sino qué es lo que se hace y con qué frecuencia se expone al VIH al hacerlo. Por ello se puede hablar de riesgo de adquirir la infección por VIH y no de certeza de adquirirla, dado que la eficiencia de la transmisión es muy variable y depende del inóculo, del modo de transmisión, de la puerta de entrada, de la susceptibilidad del receptor, así como de la cepa del virus.~~

### PUERTA DE ENTRADA

De acuerdo con los modos de transmisión y la "permeabilidad" de los tejidos al virus, las ~~principales~~ puertas de entrada del VIH al organismo, en orden decreciente de importancia, son mucosas rectal y vaginal, torrente circulatorio (por vía parenteral), placenta y canal de parto, mucosa oral y tejidos u órganos (trasplantes)

### SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCION

Todos los individuos, ~~sán~~ importan raza, sexo o edad, son susceptibles a la infección por VIH, por lo cual se puede afirmar que se trata de un padecimiento para el cual existe la susceptibilidad universal. La razón por la cual es más común en determinadas regiones del mundo o en ciertos grupos de individuos, tiene más relación con motivos epidemiológicos (tiempo de exposición de dicha población al virus, conduct, sexual, -- control de bancos de sangre) que a susceptibilidad individual, grupal, racial, etcétera.

Se han publicado algunos ~~informes~~ que parecen relacionar ciertos factores genéticos (por ejemplo HLA) con alguna -- susceptibilidad del huésped a la infección; sin embargo edto -- aún no ha sido comprobado.

~~Señ~~ miamo otros factores plenamente demostrados capaces de incrementar la susceptibilidad del huésped a la infección; se les conoce con el nombre de "cofactores". Dentro de -- los cofactores mejor estudiados se encuentran ciertos microorganismos y sustancias químicas. Los microorganismos que se han -- demostrado favorecen la susceptibilidad a la infección a la -- por VIH son el citomegalovirus, el virus del herpes, el virus

Epstein-Barr, el virus de la hepatitis B y algunos otros agentes productores de enfermedad de transmisión sexual como la sífilis, la gonorrea y el linfogranuloma venéreo.

El mecanismo de acción de estos factores es aún desconocido; sin embargo es posible que actúen: 1) provocando lesiones que permitan la entrada del VIH; 2) induciendo inmunosupresión, o 3) incrementando la susceptibilidad de las células inmunológicas al ataque del VIH al elevar el número de sus receptores virales. Por otra parte, la presencia de estas enfermedades constituye un marcador de promiscuidad sexual.

Otros factores que se han asociado con la infección por el VIH y que pueden aumentar la susceptibilidad del huésped son los nitricatos (poppers) y las drogas intravenosas, -- aunque en general quienes las consumen presentan patrones de conducta que favorecen una mayor exposición al riesgo de la infección; por lo tanto, es difícil valorarlos como factores de riesgo asociados.

#### TRANSMISION SEXUAL

El hombre es un animal sexual que, a diferencia del resto de los animales, practica su sexualidad con diversas modalidades. Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transmite líquidos corporales e intercambia numerosos microorganismos. Dependiendo del contacto sexual de que se trate, los líquidos corporales que transfiere <sup>con</sup> el semen, secreciones vaginales, y cervicales, saliva, moco rectal, sangre, orina o heces fecales. Aun cuando el VIH ha sido aislado de todos estos líquidos, solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son espacios de transmitir el virus.

Diversos estudios sobre la eficacia de la transmisión del VIH, según el tipo de práctica sexual empleada, revelan que aunque se ha demostrado transmisión del virus por contacto sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre, la eficacia no es similar en todos los casos, y por ello puede señalarse que existen prácticas con mayor riesgo que otras.

#### Coito rectal

Las relaciones sexuales con mayor riesgo de transmisión del VIH son aquellas en las que el pene penetra en el recto del compañero o de la compañera. La razón de ello se encuentra en la estructura de la mucosa rectal; posee numerosos vasos, abundante tejido linfático y epitelio formado por una sola capa de células cilíndricas entre las que se encuentran abundantes células abundantes células de Yangerhans que pertenecen al sistema fagocítico mononuclear.

La mucosa rectal lacerada ( lo cual es sumamente -- frecuente en quienes practican este tipo de coito debido a lo delgado del epitelio de la mucosa) permite con facilidad el - paso de del VIH a los linfocitos presentes en el tejido lin - foide subyacente o a las células presentes en la reacción in - flamatoria acompañante, de donde pueda viajar por la circula - ción a diversos sitios del organismo. La mucosa rectal, aun - cuando no se encuentre dañada puede permitir la entrada del - virus debida a que las células de Langerhans de su epitelio - poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captar - los, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo. Por otra parte el penetrador puede ~~hacerse~~ ~~lesion~~ ~~es~~ perceptibles o no, en el pene, que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de la mucosa rectal pueden permitir la entrada del virus. Cualquiera otro tipo de prácticas que - produzca daño de la mucosa rectal, como la aplicación de ene - mas pre o postcoito, la introducción de objetos o del puño, - etcétera, aumenta en forma importante el riesgo de transmisión.

**Coito vaginal**

En esta practica sexual la transmisión del VIH es -- manos efectiva que en la rectal. Esto se debe a que el epitelio de la mucosa vaginal se encuentra formado por varias capas de células escamosas (epitelio plano poliestratificado no queratiniz - ado, similar al de la boca y el esófago), que lo hacen ideal para resistir la fricción mecánica durante el coito, además de que poseen muy pocas células de Langerhans.

Las mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de adquirir - el VIH debido a que una mucosa vaginal poco madura, y por lo - tanto poco resistente al ~~paso~~ ~~de~~ del virus. Cualquiera mujer du - rante la menstruación tiene mayor riesgo de ser infectada por el VIH debido a los cambios que presenta la mucosa vaginal por la acción de hormonas, así como por la mayor vascularidad de - la misma. Para el hombre también existe mayor riesgo de contagio durante la menstruación de la mujer por su exposición a la san - gre. Diversos estudios indican que existe mayor riesgo de trans - misión de hombre a mujer que de mujer a hombre, posiblemente - debido a que el semen es más rico en ~~partículas~~ ~~virales~~ que -- las secreciones vaginales y cervicales.

#### SEXO ORAL

Es posible que la participación de la boca en las re - laciones sexuales permita la transmisión del VIH; sin embargo esto es experimentalmente difícil de valorar, ya que habitual - mente terminan en el coito vaginal o rectal, aun cuando existen un caso informado de transmisión por este ~~mecanismo~~. La deglu--

ción del semen o de secreciones vaginales y cervicales no parece tener riesgo alguno, ya que el virus, por tener una envoltura muy lábil al pH gástrico y a la acción de las sales biliares.

La relación homosexual entre mujeres en las que el sexo oral suele ejercerse en forma exclusiva, no constituye una práctica sexual por medio de la cual se transmite el virus. Los pocos casos de infección por VIH reportados en lesbianas tienen el antecedente de drogadicción endovenosa, transfusión sanguínea o inseminación artificial.

Otras prácticas sexuales en las cuales no existe participación genital o en las que sólo se da manipulación manual o de objetos diversos con función sexual, no se consideran riesgosas.

#### TRANSMISION SANGUINEA

Es un hecho bien demostrado que el VIH se transmite a través de la transfusión de sangre y derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación).

La incidencia de infección por VIH postransfusional es muy baja, ya que es del orden de un caso por cada 200 mil transfundidos, lo que significa que el riesgo de adquirirlo es menor al de otras complicaciones transfusionales, tales como la hepatitis B.

El período de incubación, calculado como intervalo entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA, es en promedio de 31 meses en el adulto y de 14 meses en el niño.

Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir el VIH ya que, en promedio, cada uno requiere entre 80 y 100 mil unidades de factor VIII al año, lo que significa una gran exposición a donadores. De 80 a 90% de estos pacientes se encuentra infectado por el VIH en algunas partes del mundo.

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de transmisión de la infección; esto tiene particular importancia para los drogadictos que comparten agujas contaminadas y para aquellos países que, por diversas razones, en vez de usar agujas y jeringas desechables, continúan utilizando su esterilización tanto para fines terapéuticos como no terapéuticos.

#### TRANSMISION PERINATAL

Al igual que en los adultos, los niños pueden contraer la infección por el VIH y el SIDA por transfusión de sangre o hemoderivados o por jeringas o agujas contaminadas, pero también por la transmisión vertical de una madre infectada al feto o al lactante.

#### TRANSMISION VERTICAL

La transmisión vertical del VIH constituye el factor de riesgo más importante a que están expuestos los niños. Ocurre a través de la placenta durante el embarazo, y probablemente durante el parto, como resultado del contacto con la sangre y los líquidos corporales contaminados.

Además se ha demostrado que la transmisión puede ocurrir en el puerperio a través de la leche materna infectada.

#### PATOGENIA DEL BAÑO CELULAR EN LA INFECCION POR VIH

A continuación se analizan los factores celulares y virales que detrainan la infección y el mecanismo de daño celular y sus consecuencias.

Factores celulares y virales.

Una vez que el VIH entra al organismo ataca en forma selectiva determinadas células, que utiliza para su provecho, y que después destruye. Se sabe que el VIH es capaz de dañar linfocitos T, linfocitos B, células del sistema fagocítico mononuclear (SFM), células de la glía y células del sistema enterocromafín.

Receptor celular para el VIH

El receptor celular para ambos VIH es una molécula conocida como CD4. Las células que poseen este receptor son un tipo de linfocitos T con función coordinadora de la inmunidad (linfocitos T colaboradores) y células accesorias de la inmunidad, conocidas como sistema fagocítico mononuclear (SFM).

En el momento actual todo parece indicar que existen dos receptores celulares: uno para la fracción Fc de las inmunoglobulinas y otro para el componente C3b del complemento.

Molécula viral que reconoce al receptor celular

La molécula del VIH responsable de reconocer a los receptores celulares es una glucoproteína de la envoltura conocida como glucoproteína (GP) externa; se ha identificado la secuencia específica de dicha molécula responsable de tal acción, a la cual se ha denominado péptido T, este péptido T se localiza aproximadamente en la región central de la gp externa.

Un aspecto muy importante y aún no bien explicado sobre el ciclo de vida del VIH es su capacidad de traducir una infección latente caracterizada por la escasa o nula producción de virus y ausencia de destrucción celular, así como el mecanismo que convierte a la infección latente en infección activa y los factores (cofactores) responsables de esto.

Mecanismo de daño del VIH sobre el sistema inmunológico

Uno de los principales sitios de ataque del VIH es el sistema inmunológico y sus células, muy particularmente un grupo especializado de linfocitos conocidos como linfocitos T colaboradores (CD4), cuyo daño explica la inmunodeficiencia con que curan estos pacientes. Funciones del sistema inmunológico:

1) Objetivo inmediato, que es producir una respuesta protectora contra los diversos agentes agresores (antígenos). procedentes tanto del medio externo (microorganismos y sus toxinas) como del medio interno (mutaciones celulares); el sistema inmunológico es capaz identificar dichos antígenos extraños y desencadenar una cascada de reacciones de defensa contra ellos (respuesta inmune)

2) Objetivo mediato, que es el de mantener la integridad del organismo para preservar su salud.

+



#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La familia como unidad de análisis es de todos los grupos sociales, probablemente el más controvertido.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe en gran medida, se debe al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad.

Con este enfoque el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

El ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales. A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio.

De ahí que el personal de salud en general y el médico familiar en particular enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrados en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial.

Desde el punto de vista de la medicina familiar, a la familia se define como un grupo social primario, formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.

Hablando específicamente de los pacientes VIH/SIDA de la delegación I Noroeste del Distrito Federal, podremos determinar hasta que punto influyen las interacciones dinámicas de la familia en la evolución de la enfermedad.

Para poder valorar lo anterior necesitamos elementos que permitan al médico familiar cambiar su actitud, tales elementos teóricos son:

- 1.-Ciclo de vida familiar,
- 2.-estructura y dinámica familiar,
- 3.-Tipología familiar,
- 4.-funciones de la familia,
- 5.-principios sobre la teoría general de la comunicación,
- 6.-Principios sobre la teoría general de sistemas,
- 7.-Principios sobre la teoría general de los grupos humanos
- 8.-relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia,
- 9.-Fenómenos de transferencia y contratransferencia y

#### 10.-Técnica de la entrevista.

Estos elementos o puntos de referencia son fundamentales para que el médico familiar pueda, bajo una metodología precisada, entregarse científicamente al estudio de la familia.

El estudio del ciclo familiar permite al médico analizar - genericamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con ello el médico familiar puede estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar.

El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían de entre 4 y 24. La forma más comúnmente usada es la propuesta por Duvall modificada, la cual tiene 8 estadios, que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentran sola y sin hijos, y terminan cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole.

Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicossociales en cada una de estas etapas. El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el médico familiar.

Según Jackson: "La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.

Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los demás.

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicossocial en constante cambio y crecimiento.

Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica.

A este respecto, Saucedo y Foncerrada han hecho una síntesis de gran utilidad para el médico familiar:

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla:

-Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada.

-Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento puede clasificarse como: tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural o urbana.

-Si analizamos a la familia como un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica familiar de las relaciones intra-familiares puede clasificarse en funcional y disfuncional.

-Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

La familia nuclear agrupa tan solo a los padres y a los hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado.

La familia extendida, es la formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo.

Es lo que se refiere a las funciones familiares, se puede señalar que desde el punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas.

Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores culturales a través del tiempo.

En cambio la función interna de la familia, se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Existen otras formas de enfocar las funciones de la familia probablemente más descriptivas, pero que permiten comprender más fácilmente las funciones familiares a los médicos no psiquiatras.

Una de estas formas señala que las funciones de la familia, son la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía y la conservación y la transmisión de las costumbres.

Otro estudio acerca de las funciones de la familia señala que estas son la socialización, la reproducción, el cuidado, el afecto y el estado socioeconómico.

La exploración de la familia no es una tarea fácil y tampoco se logra, como señalan Saucedo y Foncerrada, con el regis-

tro mecánico de una lista larga de preguntas.

Se requiere estar capacitado en técnicas de entrevista grupal; de otra forma, lejos de tener fines de estudio metodológico la reunión con la familia se transforma en lluvia de ideas tanto del médico como de la familia, que a la larga, solo produce frustraciones.

Es necesario que el médico se percate, tanto en la entrevista con el paciente como con la familia, ocurren una serie de expectativas de uno y otro lado que pueden entorpecer o facilitar la propia entrevista.

Estos fenómenos han sido denominados en general transferencias y contratransferencias y el médico puede prepararse para percibirlos y manipularlos y, con ello, facilitar la entrevista.

Las anotaciones que hicieron al respecto los esposos Balint han servido de guía para que, mediante técnicas similares a la desarrollada por ellos, se prepare a los médicos familiares en la interpretación de fenómenos de este tipo.

También es necesario que el médico se percate, que su relación con el paciente se da en un contexto sociocultural determinado, en el que tanto él como su paciente, pertenecen a subgrupos que cuentan con patrones subculturales y que la entrevista se desarrolla en dos niveles o planos, uno de ellos científico y médico o instrumental, y el otro que es un plano expresivo o emocional.

En la actualidad la Medicina Familiar cuenta con instrumentos de registros propios, este instrumento es la historia familiar, de la cual se han diseñado varios formatos según diferentes tipos de necesidades.

La historia familiar, es el registro de datos relacionados con la dinámica familiar.

Es conveniente realizar también el familiograma de cada uno de los pacientes que se incluyan este trabajo.

En la actualidad, la familia como unidad de análisis de la ciencia médica y del médico familiar, ha dejado de ser una utopía o abstracción científica para transformarse en una realidad de nuestro quehacer cotidiano.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Con el estudio sistemático de la familia así como el estudio científico de la misma, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una manera u otra forma a la salud del individuo.

Considerando lo anterior el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo ya inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, con lo que afecta la salud.

De acuerdo a esto nos planteamos el siguiente problema:  
¿Se altera la dinámica familiar en los pacientes VIH/SIDA de la delegación 1 Noroeste del Distrito Federal?

**SITUACION GEOGRAFICA:**

La clínica de SIDA, funciona en la Unidad de Medicina Familiar # 5, ubicada en avenida Marina Nacional esquina con -- Mariano Escobedo Delegación Azcapotzalco, En la Ciudad de México, D.F.

**Tiempo:**

Desde el 10. de octubre al 31 de diciembre de 1992.

**RECURSOS HUMANOS:**

- a) Personal delegacional, encargado del programa de SIDA.
- b) Médico residente del 2o. año de la Especialización en Medicina Nacional.
- c) Pacientes VIH/SIDA, derechohabientes del IMSS, pertenecientes a la Delegación 1 Noroeste del D.F., que aceptaron el estudio.

**RECURSOS MATERIALES:**

- . Expedientes clínicos de cada uno de los pacientes.
- . Hojas 4-30-6 del IMSS, clínica de SIDA.
- . Papelería: hojas blancas (cuestionarios),
- . Bibliografía médica,
- . Máquina de escribir, computadora e impresora.
- . Bolígrafo, lápiz.

**CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO:**

No se proporcionarán los nombres de los pacientes, solo se usarán sus siglas.

\* Toda la información, es confidencial.

**MATERIAL Y METODOS:**

Tipo de estudio:

Por la época de captación de la información:  
PROSPECTIVO.

Por la evolución del fenómeno estudiado:  
estudio transversal.

Por el tipo de contrastación:  
Observacional.

**UNIVERSO DE TRABAJO:**

El universo de estudio, está constituido por los derechohabientes del IMSS, que pertenezcan a la Delegación 1 Noroeste del Distrito Federal, que acudan a la clínica de SIDA, por dx. de VIH/SIDA.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todos los pacientes VIH/SIDA, que deseen participar en el estudio y que fueron diagnosticados antes del 31 de diciembre de 1992.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

Pacientes con dx. de VIH/SIDA, que acudan a la clínica de SIDA, diagnosticados después del 31 de diciembre de 1992.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes con dx. de VIH/SIDA, que fallezcan en el transcurso del estudio, o no deseen continuar con el estudio, ó por presentar complicaciones propias de la enfermedad, que ameriten hospitalización.

#### METODOLOGIA:

Del total de 99 pacientes en control y tratamiento que acuden a la Clínica de SIDA, de la Delegación 1 Noroeste del D. F., se tomó una muestra de 30 pacientes no aleatoria, los cuales aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Después de acudir a la clínica de SIDA, para que los pacientes me conocieran y me tuvieran confianza, se les realizó -- una entrevista, donde se les aplicó un cuestionario (del -- cual se anexa una forma), el cual contestaron en forma individual y discreta. Dicho cuestionario se obtiene información para conocer las características de cada uno de ellos, que -- información tienen acerca del VIH/SIDA, y también la informa ción que ellos saben que tienen sus familiares m's cercanos, (los que conocen su diagnóstico), la actitud de cada uno de -- ellos y un cuestionario más para calificar EL APGAR FAMILIAR que nos traduce el grado de funcionalidad de la familia, a -- la que pertenecen.

Los resultados se procesaron para su análisis en cuadros y -- gráficas, utilizando el paquete de base IV, para la base de datos y para el análisis se utilizó el programa de PLOTFO 5.0 aplicandose porcentajes y promedios.



**CUESTIONARIO # 1**

NOMBRE:(SIGLAS): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD SEXUAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

!! M E No 20

OCUPACION: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_ DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DOMICILIO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MECANISMO DE TRANSMISION: \_\_\_\_\_

TIENE SITUACION DE RIESGO: \_\_\_\_\_

CIRUGIAS PREVIAS A 1986: \_\_\_\_\_

TRANSFUSIONES DE SANGRE O SUS DERIVADOS ANTES DE 1986: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE ENTERO DE SU DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

HA AMERITADO HOSPITALIZACIONES POR SU ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

CONOCE SU FAMILIA SU DX.: \_\_\_\_\_

ACTITUD DE LA FAMILIA AL ENTERARSE DE SU DX: \_\_\_\_\_

QUE IDEA TIENE SU FAMILIA DEL SIDA: \_\_\_\_\_

CONOCEN EN SU TRABAJO SU DX: \_\_\_\_\_

ACTITUD EN SU TRABAJO AL ENTERARSE DE SU DX: \_\_\_\_\_

QUE INFORMACION TIENE ACERCA DEL SIDA: \_\_\_\_\_

COMO OBTUVO ESA INFORMACION: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL ACTIVA: \_\_\_\_\_

CON QUIEN: \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO ORIENTACION SOBRE EDUCACION SEXUAL: \_\_\_\_\_

DONDE O COMO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL: \_\_\_\_\_

CON CUANTAS PAREJAS TIENE RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_

CONOCE SU DX. SU(S) PAREJA(S): \_\_\_\_\_

UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO: \_\_\_\_\_

CONTINUACION:

SABE LO QUE ES EL SEXO SEGURO: \_\_\_\_\_

UTILIZA PRESERVATIVO O CONDON EN SUS RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_

ACUDE A ALGUN GRUPO DE AUTOAYUDA: \_\_\_\_\_



VISITA DOMICILIARIA:

U. M. F. No. 20  
DEPTO. EDUCACION E INVESTIGACION

CON CUANTAS PERSONAS VIVE: \_\_\_\_\_

QUE VINCULOS EXISTE CON LAS PERSONAS QUE VIVE: \_\_\_\_\_

FAMILIA A LA QUE PERTENECE: INTEGRACION: COMPOSICION O ESTRUCTURA:

INTEGRADA: \_\_\_\_\_ SEMIINTEGRADA: \_\_\_\_\_ DESINTEGRADA: \_\_\_\_\_

DEMOGRAFIA: HABITOS Y COSTUMBRES:

RURAL: \_\_\_\_\_ URBANA: \_\_\_\_\_

EN BASE A SU DESARROLLO:

TRADICIONAL \_\_\_\_\_ MODERNA: \_\_\_\_\_

SEGUN LOS ELEMENTOS QUE LA CONSTITUYEN:

NUCLEAR: \_\_\_\_\_ EXTENSA: \_\_\_\_\_ EXTENSA COMPUESTA: \_\_\_\_\_

ENFOQUE PSICOSOCIAL: DINAMICA DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES:

FUNCIONAL: \_\_\_\_\_ DISFUNCIONAL: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA: \_\_\_\_\_

CAMPESINA: \_\_\_\_\_ OBRERA: \_\_\_\_\_ PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

VARIACIONES EN LOS TIPOS DE FAMILIA:

PAREJA SIN HIJOS: \_\_\_\_\_

PADRE O MADRE SOLTERO(S): \_\_\_\_\_

FUNCIONES FAMILIARES: APECTADAS:

SOCIALIZACION: \_\_\_\_\_ CUIDADO: \_\_\_\_\_

APECTO: \_\_\_\_\_ REPRODUCCION: \_\_\_\_\_

STATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

TIPO DE VIVENDA: TECHO: \_\_\_\_\_ PAREDES: \_\_\_\_\_

PISO: \_\_\_\_\_ No. de cuartos: \_\_\_\_\_ No. de plantas: \_\_\_\_\_

SE SIENTE A GUSTO EL FACIENTE EN SU CASA: \_\_\_\_\_

ASPECTOS DE IMPORTANCIA PARA EL FACIENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONTINUACION:

FASE DEL CICLO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

MATRIMONIO: \_\_\_\_\_

EXPANSION: \_\_\_\_\_

DISPERSION: \_\_\_\_\_

INDEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

RETIRO Y MUERTE: \_\_\_\_\_

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DINAMICA DE LA FAMILIA:

EMOCIONALES: \_\_\_\_\_

PSICOLOGICOS: \_\_\_\_\_

ECONOMICOS: \_\_\_\_\_

AMBIENTALES: \_\_\_\_\_

MORALES: \_\_\_\_\_

ETICOS: \_\_\_\_\_

ASPECTOS FAMILIARES:

AUTOESTIMA: \_\_\_\_\_

COMUNICACION: \_\_\_\_\_

SISTEMA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

ENLACE EN LA SOCIEDAD: \_\_\_\_\_

FAMILIOGRAMA:



U. M. F. No 20  
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

src/Gracias.

APGAR FAMILIAR.

	Casi siempre	Algunas Ocasiones	Difícilmente
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.	_____	_____	_____
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi vida.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.	_____	_____	_____

Casi siempre 2 puntos; Algunas ocasiones 1 punto; Difícilmente 0. De 7 a 10 puntos gran funcionamiento familiar; 4 a 6 puntos moderadamente disfuncional; 0 - 3 puntos severa disfuncionalidad.

**C U A D R O    1**

**CASOS DE VIH/SIDA, POR GRUPOS ETARIOS**

EDAD	No. Casos	Porcentaje
25 - 29 años	8 casos	26.68 %
30 - 34 años	9 casos	30.00 %
35 - 39 años	7 casos	23.33 %
40 - 44 años	3 casos	10.00 %
45 - 49 años	1 caso	03.33 %
50 - 54 años	1 caso	03.33 %
55 - 59 años	1 caso	03.33 %
<b>T O T A L:</b>	<u>30 casos</u>	<u>100.00 %</u>

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**C U A D R O    2**

<b>CASOS DE VIH/SIDA, DISTRIBUCION POR SEXO</b>		
<b>SEXO</b>	<b>No. casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>MASCULINO</b>	26 casos	86.67 %
<b>FEMENINO</b>	04 casos	13.33 %
<b>T O T A L:</b>	30 casos	100.00 %

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**CUADRO 3**

---

**CASOS DE VIH/SIDA, POR ESTADO CIVIL**

---

<b>SOLTERO</b>	21 casos	70.00 %
<b>CASADO</b>	07 casos	23.34 %
<b>UNION LIBRE</b>	01 caso	03.33 %
<b>DIVORCIADO</b>	01 caso	03.33 %
<b>T O T A L:</b>	30 casos	100.00 %

---

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
 Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      4

---

**CASOS DE VIH/SIDA, POR ESCOLARIDAD**

---

Primaria incompleta	01 caso	03.33	%
Primaria completa	06 casos	20.00	%
Maestra de belleza	01 caso	03.33	%
Secundaria incompleta	02 casos	06.67	%
Secundaria completa	03 casos	10.00	%
Academia comercial	04 casos	13.33	%
Bachillerato incompleto	02 casos	06.67	%
Bachillerato completo	03 casos	10.00	%
Técnico en procesador electrónico de datos	01 caso	03.33	%
Profesional incompleta	04 casos	13.33	%
Profesional completa	<u>02 casos</u>	<u>06.67</u>	<u>%</u>
<b>T O T A L:</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00</b>	<b>%</b>

---

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992



C U A D R O      5

Albúñil	01 caso	03.33 %
Agentes de viajes	02 casos	06.69 %
Aseo doméstico	01 caso	03.33 %
Auxiliar contador	03 casos	10.00 %
Capturista de datos	02 casos	06.68 %
Cocinera (o)	03 casos	10.00 %
Chofer	01 caso	03.33 %
Demorador	01 caso	03.33 %
Empleado cobr nsas	01 caso	03.33 %
Empleado federal	01 caso	03.33 %
Empleado línea aérea	01 caso	03.33 %
Empleado Restaurant	01 caso	03.33 %
Empleado construcción	01 caso	03.33 %
Empleado comercial	01 caso	03.33 %
Labores del hogar	01 caso	03.33 %
Obrero	01 caso	03.33 %
Peluquero	02 casos	06.69 %
Programador de computadoras	01 caso	03.33 %
Profesor bilingüe	01 caso	03.33 %
Puesto administrativo	01 caso	03.33 %
Secretaria	01 caso	03.33 %
Técnico en teléfonos	01 caso	03.33 %
Supervisora de costura	01 caso	03.33 %
<b>T O T A L</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

FUENTE: Clínica de SIDA,

Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**C U A D R O      6**

<b>CASOS DE VIH/SIDA, POR RELIGION</b>			
<b>CATOLICA</b>	<b>24 casos</b>	<b>80.00</b>	<b>%</b>
<b>CREYENTE</b>	<b>03 casos</b>	<b>10.00</b>	<b>%</b>
<b>ESPIRITUALISTA</b>	<b>01 caso</b>	<b>03.33</b>	<b>%</b>
<b>SIN RELIGION</b>	<b>02 casos</b>	<b>06.67</b>	<b>%</b>
<b>T O T A L:</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00</b>	<b>%</b>

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      7

**CASOS DE VIH/SIDA, POR LUGAR DE NACIMIENTO**

MEXICANOS	No. de casos	Porcentaje
AGUASCALIENTES	01 caso	03.33 %
CHIAPAS	02 casos	06.67 %
DISTRITO FEDERAL	16 casos	53.33 %
EDO. DE MEXICO	02 casos	06.68 %
GUANAJUATO	01 caso	03.33 %
JALISCO	01 caso	03.33 %
OAXACA	01 caso	03.33 %
QUERETARO	01 caso	03.33 %
SAN LUIS POTOSI	01 caso	03.33 %
VERACRUZ	02 casos	06.67 %
<b>EXTRANJEROS:</b>		
TAMPA FLORIDA, E.U.	<u>01 caso</u>	<u>03.33 %</u>
<b>T O T A L:</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

CUADRO 8

CASOS DE SIDA, POR SEROPOSITIVIDAD

AÑO:	No. de casos	Porcentaje
1986	01 case	03.33 %
1987	02 cases	06.66 %
1988	01 case	03.33 %
1989	03 cases	09.99 %
1990	03 cases	09.99 %
1991	03 cases	09.99 %
1992	17 cases	56.71 %
<b>TOTAL:</b>	<b>30 cases</b>	<b>100.00 %</b>

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F.

CUADRO 8 (a).

CASOS DE VIH/SIDA, POR ESTADIOS CLINICOS

INFECCION AGUDA	0 cases	00.00 %
INFECCION ASINTOMATICA	05 cases	16.67 %
LINFADENOPATIA GENERALIZADA	01 case	03.33 %
S.I.D.A.	24 cases	80.00 %
<b>TOTAL:</b>	<b>30 cases</b>	<b>100.00 %</b>

C U A D R O 9

CASOS DE VIH/SIDA, POR ACTIVIDAD SEXUAL		
HETEROSEXUAL	10 casos	33.33 %
HOMOSEXUAL	15 casos	50.00 %
LESBIANAS	00 casos	00.00 %
BISEXUAL	05 casos	16.70 %
T O T A L:	30 casos	100.00 %

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O 10

CASOS DE VIH/SIDA, POR MECANISMO DE TRANSMISION		
VIA SEXUAL	29 casos	96.67 %
TRANSFUSION SANGUINEA	01 caso	03.33 %
T O T A L:	30 casos	100.00 %

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**C U A D R O 11**

**CASOS DE VIH/SIDA, Familiares que conocen su seropositividad**

<b>PADRES</b>	<b>02 casos</b>	<b>06.66 %</b>
<b>SOLO PADRE</b>	<b>02 casos</b>	<b>03.33 %</b>
<b>SOLO MADRE</b>	<b>04 casos</b>	<b>13.34 %</b>
<b>ESPOSA</b>	<b>01 caso</b>	<b>03.33 %</b>
<b>1 HERMANO</b>	<b>06 casos</b>	<b>20.00 %</b>
<b>1 HIJO</b>	<b>02 casos</b>	<b>06.66 %</b>
<b>+ 2 familiares</b>	<b>07 casos</b>	<b>23.33 %</b>
<b>Ningun Familiar</b>	<b>07 casos</b>	<b>23.33 %</b>
<b>T O T A L:</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Norte del D.F. 1992

**C U A D R O 12**

**ACTITUD DE LA FAMILIA AL CONOCER SU SEROPOSITIVIDAD**

<b>APOYO</b>	<b>26 casos</b>	<b>82.60 %</b>
<b>INDIFERENCIA</b>	<b>01 caso</b>	<b>04.35 %</b>
<b>OTRO</b>	<b>Clínica de SIDA Delegación 1 Norte del D.F. 1992</b>	<b>13.05 %</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>31 casos</b>	<b>100.00 %</b>

C U A D R O 13

CASOS DE VIH/SIDA. CONCIERTE EN SU TRABAJO SU SEROPOSITIVIDAD		
NO	24 casos	80.00 %
SI	05 casos	20.00 %
TOTAL:	30 casos	100.00 %

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O 14

ACTITUD EN EL TRABAJO AL CONOCER SU SEROPOSITIVIDAD		
APOYO	05 casos	66.67 %
RECHAZO	02 casos	33.33 %
TOTAL :	06 casos	100.00 %

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      15

---

**INFORMACION DE LA FAMILIA SOBRE VIH/SIDA**

---

SUFICIENTE	04 casos	13.33 %
POCA	08 casos	26.56 %
MUY POCA	18 casos	60.00 %
	30 casos	100.00 %

---

FUENTE: Clínica de SIDA,  
 Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**CONCEPTOS DE INFORMACION:**

- SUFICIENTE :** Tienen conocimientos amplios sobre: etiología de la enfermedad, mecanismos de transmisión, fases de la enfermedad, cuidados del paciente VIH/SIDA, etcétera.
- POCA? :** Tienen conocimientos sobre la enfermedad, - pero menos específicos que en el párrafo anterior.
- MUY POCA :** Solo saben que es una enfermedad mortal, contagiosa y que aún no hay un tratamiento preventivo ó 100 % curativo.



**CUADRO 16**

**INFORMACION DEL PACIENTE ACERCA DE VIH/SIDA**

SUFICIENTE	12 casos	40.00 %
POCA	16 casos	53.33 %
MUY POCA	02 casos	06.67 %
<b>TOTAL :</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

**CUADRO 17**

**CASOS DE VIH/SIDA, COMO OBTUVIERON ESA INFORMACION**

CONASIDA	07 casos	23.33 %
Médicos tratantes	12 casos	40.00 %
Folleto, revistas	05 casos	16.67 %
En el trabajo	01 caso	03.33 %
Grupo de autoyuda	05 casos	16.67 %
<b>T O T A L :</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O 18

CASOS DE VIH/SIDA, INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL		
NO	22 casos	73.40 %
SI	08 casos	26.60 %
<b>TOTAL:</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O 19

CASOS DE VIH/SIDA, SEXO SEGURO		
UTILIZAN CONDON A VECES	11 casos	36.67 %
NO UTILIZAN CONDON	17 casos	56.67 %
<b>TOTAL :</b>	<b>30 casos</b>	<b>100.00 %</b>

FUENTE: Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      20

---

**CASOS DE VIH/SIDA, DE ACUERDO A LA FAMILIA QUE PERTENECEN**

---

**CLASIFICACION HISTORICA**

PRIMITIVA	00 casos	00.00 %
TRADICIONAL	18 casos	60.00 %
MODERNA	12 casos	40.00 %
<b>TOTAL:</b>	<u>30 casos</u>	<u>100.00 %</u>

**INTEGRACION**

INTEGRADA	02 casos	06.67 %
SEMIINTEGRADA	15 casos	50.00 %
DESINTEGRADA	13 casos	43.33 %
<b>TOTAL:</b>	<u>30 casos</u>	<u>100.00 %</u>

**ESTRUCTURA**

NUCLEAR	11 casos	36.66 %
EXTENSA	12 casos	40.00 %
EXTENSA COMPUESTA	05 casos	16.28 %
. SOLOS	<u>02 casos</u>	<u>06.66 %</u>
<b>TOTAL:</b>	<u>30 casos</u>	<u>100.00 %</u>

. Viven solos

---

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      21

---

CASOS DE VIH/SIDA, FASE DEL CICLO FAMILIAR

---

MATRIMONIO	03 casos	10.00 %
EXPANSION	00 casos	00.00 %
DISPERSION	03 casos	10.00 %
INDEPENDENCIA	21 casos	70.00 %
RETIRO Y MUERTE	03 casos	10.00 %
<b>TOTAL:</b>	30 casos	100.00 %

---

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992

C U A D R O      22

---

CASOS DE VIH/SIDA, FUNCIONES FAMILIARES AFECTADAS

---

SOCIALIZACION	00 casos	00.00 %
CUIDADO	00 casos	00.00 %
AFECTO	10 casos	33.33 %
REPRODUCCION	21 casos	70.00 %
<b>STATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	22 casos	73.33 %

**NOTA:** No se suman los totales, ya que algunos pacientes tenían afectada más de una función familiar.

---

**FUENTE:** Clínica de SIDA,  
Delegación 1 Noroeste del D.F. 1992.

**ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Los 30 pacientes estudiados en el presente trabajo estan -- distribuidos de la siguiente manera:

Cuadre 1, por grupos etarios; de los cuales los grupos de edad más afectados son de: 25-29 años, 30-34 y 35-39 años, con 8,9 y 7 casos respectivamente que suman un total de 24 casos del total de este grupo de pacientes, y que corresponde a un 80% respectivamente, lo cual coincide con la bibliografía médica hasta el momento reportada, en que los grupos de edad más afectados por el VIH/SIDA, son en la edad reproductiva.

Cuadre 2, de los 30 pacientes, 26 casos corresponden al sexo masculino, lo cual representa el 86.67%, y al sexo femenino 04 casos, que corresponde al 13.33% del total.

De los 99 pacientes VIH/SIDA, en control en la clínica de SIDA, encontramos que el 09.52% corresponden al sexo femenino, (10 mujeres) que a su vez representan el 4.08% del total de pacientes de la Delegación 1, Noroeste del D.F.

De las 4 mujeres afectadas, 3 de ellas tienen su paridad -- satisfecha, menos una, esto repercute en una de las funciones más importantes de la Mujer, como es la reproducción. Respecte al sexo masculino; también se ve afectada, la función familiar de la reproducción; ya que 10 pacientes (33.33 %) tienen actividad homosexual y no les interesa reproducirse, lo que indudablemente altera su dinámica familiar; pues la actividad homosexual aún no es bien aceptada en nuestra sociedad; esto aunado a su problema de VIH/SIDA, aumenta -- su ya de por sí Disfunción familiar.

Cuadre 3, en este grupo, el más afectado lo representan los solteros, 21 pacientes igual al 70%, y aquí se incluyen los -- 10 pacientes homosexuales.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 4, aquí se representa el grado de escolaridad, el cual es muy variable, no hay predominio de alguna tipo en especial. Este corrobora que la infección por VIH/SIDA, ha afectado a personas de diferentes grados de escolaridad y nivel socioeconómico, y que este depende más bien de las actividades y situaciones de riesgo, pero sí influye el grado de información sobre VIH/SIDA.

Cuadro 5, En relación directa al grado de escolaridad se encuentra la ocupación de los pacientes VIH/SIDA, objeto de nuestro estudio, independientemente de la ocupación, la cual se puede observar que es muy variada, tiene repercusiones en el ambiente laboral; lo cual modifica de manera importante su dinámica familiar.

Cuadro 6, 24 pacientes manifestaron profesar la religión católica, y solo 2 pacientes manifestaron no tener religión ni ser creyentes. Este no influye en forma importante en su dinámica familiar, pero sí llama la atención de manera importante que unos 5 casos o sea el 16.67%, estaban en seminarios o encaminados a ser sacerdotes de la religión católica.

Cuadro 7, en cuanto al lugar de nacimiento sí llama la atención de manera importante que 14 casos, provienen de la provincia y solo 16 casos manifestaron ser del distrito federal, al ser interrogados al respecto, la mayoría manifestó que se desplazaban de sus lugares de origen por 2 situaciones muy importantes y una, es que en la provincia aún no existen estas clínicas para atención de este grupo de pacientes y que son rechazados y marginados por sus familiares y médicos tratantes aún dentro de la institución, ya que todos son derechohabientes y la otra situación, es la que su familia desconoce sus desviaciones sexuales en algunos casos y en otros el que son seropositivos, por lo menos cuando se encuentran en fase asintomática.

tica.

Cuadro 8, en este cuadro se representa el tiempo de evolución de los pacientes incluidos en este estudio, y aquí sobre sale que pocos casos tienen más de 6 años de saberse portadores y que la mayoría: 17 casos, 56.71%, tienen menos de 1 año.

El cuadro 8 (a), nos representa en que etapa de la enfermedad se encuentra cada paciente y aquí el 80% de los pacientes, 24; se encuentran ya con toda la gama de manifestaciones clínicas e síndrome de desgaste lo que hace más difícil su situación ya que es imposible ocultar la enfermedad y esto aumenta en algunos la disfuncionalidad familiar.

Cuadro 9, como ya se mencionó 10 pacientes corresponden a actividad sexual homosexual, 15 son heterosexuales, 5 bisexuales y no se reportaron casos de lesbianismo.

Cuadro 10, los mecanismos de transmisión, coinciden con la que reporta la literatura médica, pues la vía sexual sigue ocupando el primer lugar como mecanismo de transmisión, de aquí que es importante la educación sexual a edades tempranas y sobre todo la difusión de la enfermedad del SIDA.

Cuadro 11, solo 7 casos manifestaron que ninguno de sus familiares conocían su situación de seropositividad, lo que repercute en forma importante en su dinámica familiar, del resto de pacientes, por lo menos un familiar, está enterado de su seropositividad y por lo general (9 casos), encontraron apoyo, lo que representa el 82.60% de los 23 pacientes que sus familiares están enterados.

Cuadro 13, en 24 casos No conocen su seropositividad en su trabajo, lo que genera más estrés y disfuncionalidad familiar, pues en cuanto empiezan a aparecer los síntomas y llegan a necesitar su incapacidad laboral por el problema de VIH/SIDA, viven angustiados, por que siempre son rechazados por sus



Cuadre 15, respecto a la información que ellos creen que tiene su familia acerca del VIH/SIDA, se encontró que solo en 4 - casos la información se puede considerar como suficiente, de acuerdo a lo estipulado en la hoja del mismo cuadro 15.

Cuadre 16, de los 30 pacientes estudiados solo 12, 40.00%, tenían suficiente información acerca del VIH/SIDA, por lo que se les capacitó y dió amplia información acerca de su enfermedad al resto de pacientes.

Cuadre 17, es importante conocer las fuentes de información, de los pacientes con VIH/SIDA, ya que esto nos obliga a lo que se ha estado manejando desde el principio de este trabajo, hacer amplia difusión sobre la etiología, mecanismos de transmisión y la Prevención del VIH/SIDA.

Cuadre 18, La educación sexual, como fuente primaria de las enfermedades transmitidas por contacto sexual es la base de la prevención del VIH/SIDA, y se observa que 22 pacientes manifestaron que nunca han recibido orientación sobre este punto.

Por lo anterior se les dió amplia información sobre la educación sexual a este grupo de pacientes y también se investigó sobre la práctica del SEXO SEGURO, ya que hasta el momento es una opción para evitar la infección con el VIH.

Solo 11 pacientes tienen precaución de utilizar un condón al tener relaciones sexuales, 36.67%, 2 lo utilizan a veces, 6.66% y la mayoría a pesar de saberse portadores del VIH, no utilizan preservativo, 56.67%, alto porcentaje al que se concientizó para que no se reinfecten continuamente ya que esto último aumenta las posibilidades de que las manifestaciones clínicas parezcan más tempranas.

CUADRO 20, ahora vamos a analizar las características familiares de los 30 pacientes estudiados.

En este cuadro, se clasifican de acuerdo a su evolución histórica primero: 18 casos son de familia tradicional, 60%, y 12 pertenecen a familias modernas, de acuerdo a su integración solo 2 casos, su familia está integrada, esto nos habla de la disfuncionalidad en que se encuentran el resto de los pacientes: 15 semiintegrada, 50% y 13 casos totalmente desintegrada 43.33%, por las causas que ya se citaron previamente.

En base a su estructura: 11 corresponden a la familia nuclear 12 a familias extensa compuesta y 2 pacientes manifestaron vivir completamente solos, 16.28 y 6.68% respectivamente.

El cuadro 21, nos representa la fase del ciclo familiar en -- que se encuentra cada uno de los pacientes con VIH/SIDA, 3 -- en fase de matrimonio, 10%, en expansión ningún caso, 0%, -- dispersión 3 casos, 10%, en fase de independencia se encontró la mayoría de estos pacientes con 21 casos, el 70% respectivamente, y solo 3 en fase de retiro y muerte, 10%.

La fase de independencia corresponde a la edad reproductiva, por eso ocupa el primer lugar, ya que es donde se encuentra la mayor parte de dichos pacientes.

EN CUANTO A LAS FUNCIONES FAMILIARES AFECTADAS tenemos que: el cuadro 22, nos representa, socialización o casos, 0%, cuidado: también 0 casos, 0%, afecte: 10 casos, 33.33%, La reproducción es la más afectada con 21 casos, que presentan el 70% de los casos y status y nivel socioeconómico en 22 pacientes, 73.33%, en quienes está combinada esta función con otras de las ya mencionadas en el mismo cuadro 22.

Y por último tenemos el cuadro 23, que nos presenta el APGAR FAMILIAR de los pacientes VIH/SIDA, de la delegación 1 Noreste del Distrito Federal.

Después de aplicarseles el cuestionario respectivo, se encontró: con gran funcionalidad; el 50%, 15 pacientes, moderadamente funcional: 10 casos, 33.33% y solo 5 casos, 16.67%, manifestó vivir en severa disfuncionalidad, lo que nos hace reflexionar sobre el objetivo del presente trabajo, abordar al paciente en VIH/SIDA, en forma integral, además de los puntos ya mencionados anteriormente y son importantes, para que estos pacientes afronten su problema, y hacer que la familia participe en el tratamiento y cuidado del paciente hasta llegar a la etapa final, que por desgracia es mortal e irreversible.

## CONCLUSIONES:

Los pacientes con VIH/SIDA, de la Delegación 1 Noroeste del - Distrito Federal, son personas en edad reproductiva, que afectan a la población económicamente activa, ya que se encuentran también en fase del ciclo familia en Independencia, el mayor - porcentaje está representado por personas del sexo masculino, pero 10 de los 30 pacientes son de actividad homosexual, y - afecta en grado importante la función familiar de la Reproducción, el nivel socioeconómico no influye para la infección del VIH, pues ya observamos que existen pacientes de diferentes - actividades y escolaridades y más bien depende de la enorme - falta de información sobre la educación sexual y la forma de - transmisión del VIH, su etiología y prevención, así como hacer concientización en la práctica del preservativo en los pacien - tes que ya se saben seropositivos, pero que continúan en pro - miscuidad, y agravando más su situación de salud y su disfun - ción familiar, que en algunos se aumenta pues tienen desviacio - nes sexuales que les marginan e impiden llevar una vida sexual libre y segura, que los obliga muchas de las veces a continuar en promiscuidad y aislados de su núcleo familiar.

Por todo lo anterior se debe difundir los conocimientos bá - sicos sobre VIH/SIDA, a la población en general, y sobre todo a los padres de familia y jóvenes que inician su vida sexual, para que eviten las enfermedades de transmisión por contacto - sexual como lo es el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

#### ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

En primer lugar orientación y amplia información sobre: VIH/SIDA, a los médicos familiares y médicos tratantes de los pacientes con este problema, ya que ellos se quejan de que han sido maltratados y marginados por los propios trabajadores de la salud, incluyendo todas las categorías dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, como son: empleados del laboratorio, enfermeras, personal de cocina, intendencia y sus propios familiares también. Esto, es un problema grave. Conocer con certeza los mecanismos de transmisión, y como se puede ayudar a un paciente o a un familiar con VIH/SIDA, y sobre todo en la población en general difundir también conceptos básicos sobre la educación sexual ya que es muy deficiente o nula en la mayoría de la población adulta con vida sexual activa, para evitar en algunos casos desviaciones sexuales, así todas las enfermedades que se sabe se transmiten por contacto sexual y la práctica del sexo seguro antes y después de la infección con el VIH.

En segundo lugar que una vez que se sabe ser portador de VIH, acudir a los centros de información adecuada para no cometer errores que podrían calificarse como delictivos y muchas veces actitudes de venganza por falta de esa información en forma adecuada.

Que la educación sexual sea impartida ampliamente en las escuelas desde la primaria y sobre todo por los médicos familiares, quienes son el primer contacto con la población en general, y que de lo que el médico familiar haga por mejorar esta situación depende la actitud de mucha gente que está en riesgo de contagiarse por el virus de la inmunodeficiencia humana.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.-El médico frente al SIDA, CONASIDA. Edición 1989  
Editorial Fangea Editores, S.A. de C.V.
- 2.-SIDA: Un problema de Salud Universal.  
Simposio syntex. SYNTEX, S.A. de C.V.
- 3.-SOCIEDAD Y SIDA.  
José Antonio Platas. Suplemento de EL NACIONAL no.22  
Julio de 1992.
- 4.-Gonzalez Saldaña N. y cols. S.I.D.A. INFECTOLOGIA CLINICA  
PEDIATRICA. 4a. Edición Editorial Trillas. Pág. 685 701.
- 5.-HARRISON Y COL. S.I.D.A. Medicina Interna. J.B. Wangardin  
y cols. 16a. Edición, 1989.
- 6.-Programa de Ansayes pediátricas sobre SIDA pediátrico.  
INFECTOLOGIA. Baldwin E. New NIAID Programs expand study of  
drugs in children with AIDS. New and features from NIH,  
marzo, 1989. Página no. 6
- 7.-ARENAS Y COLS. S.I.D.A. Atlas de Dermatología.
- 8.-A Portfolio of AIDS/STA Behavioral interventions and Re-  
search. Lydia S. Band Editor. 1992.  
PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION.
- 9.-S.I.D.A. INFORMACION BASICA PARA EL PERSONAL DE SALUD SSA.
- 10.-S.I.D.A. La epidemia que afecta a todos. Dr. Gustavo Olaz.  
Editorial DIANA.
- 11.-La prueba de detección del SIDA y su significado.
- 12.-CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. Tratamiento médico de pa-  
cientes con SIDA.
- 13.-GUIA PARA ENFERMERAS en la detección del paciente VIH/SIDA.
- 14.-GUIA Para la atención médica de pacientes con infección --  
por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.