



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 79
PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LAS FAMILIAS CON V.I.H. POSITIVO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PIEDRAS NEGRAS COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA ANA MARIA GAMEZ CONTRERAS
ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



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 esta 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.

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS V.I.H. POSITIVO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.79 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PIEDRAS NEGRAS COAHUILA.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA**

EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA.ANA MARIA GAMEZ CONTRERAS

A U T O R I Z A C I O N E S ;

DR.FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE DPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR.ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS V.I.H. POSITIVO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.79 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN PIEDRAS NEGRAS COAHUILA.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA.ANA MARIA GAMEZ CONTRERAS

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR.GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.79 PIEDRAS NEGRAS COAHUILA.

DR.GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DR.GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA.MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

DEDICATORIA:

Con todo mi amor
A mí: esposo

Fco. Gerardo Aguirre Rodríguez.

Por su gran apoyo incondicional en los momentos mas
difíciles para mí.

A mis hijos: Ana Karen, Gerardo y Jimena

Que me tuvieron paciencia para poder continuar mis estudios.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer con mucho cariño a mi Instituto Mexicano del Seguro Social y a la UNAM que me dieron la oportunidad de realizar mi sueño de continuar superándome, a los directivos de esta unidad que me han apoyado arduamente en especial al Director de la misma,

Dr. Jesús Gregorio Quiroz Serrano.

A mi maestro Dr. Guillermo Salinas Cuellar que con su esfuerzo y dedicación ha sabido guiarme para mi superación académica y personal.

Quiero agradecer a mis compañeros que de una y otra manera me apoyaron a continuar con mis estudios.

A los maestros de subespecialidad que se esforzaron por darme más de lo que pudieron para que me llevase mucho de ellos en el saber.

Agradezco su cooperación y apoyo al Director del hospital por su cooperación.

A todos mis amigos en especial Cristela Cardona que siempre me apoyo, me dio confianza, y permitió mis desahogos con paciencia.

A todos ellos le agradezco con Amor y que Dios los Bendiga.

Marco Teórico

Planteamiento del Problema

Justificación

Objetivos

Metodología

Tipo de estudio.

Población, lugar y muestra.

Criterios

Variables

Procedimientos para recabar la informacion.

Consideraciones éticas

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica. Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, con más razón lo podrá hacer el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, como es el caso del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de enfrentamiento hacia los múltiples problemas.

La infección por VIH y la consecuencia final de ésta, el SIDA, son eventos cada vez más familiares en la población mundial.

El efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente. Ya que cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, es decir, la familia es considerado un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le pasa a uno afecta al otro y viceversa. Por lo tanto, se contempla el todo y sus partes, así como las conexiones entre las partes, y se estudia el todo para poder comprender las partes.

La enfermedad y el sufrimiento que ocasiona ocupan un primer plano en la vida del paciente y muchas veces en la de su familia. La primera reacción del individuo que se siente enfermo o al que se le ha detectado una enfermedad es de temor e incertidumbre.

Desde el punto de vista sistémico, la pérdida, o amenaza de pérdida de un miembro, es la mayor crisis que tiene que afrontar la familia.

Como el VIH/SIDA no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presentaran diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto en la familia como en el paciente.

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos. Las familias funcionales proporcionan una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado.

Por lo general, la familia comparte el proceso de la enfermedad, cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, no sólo alarma al paciente, sino a la familia.

Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo. A nivel personal pueden estar

enfrentándose con la posibilidad de un cambio en su relación. Esto puede implicar la aceptación de nuevos papeles para expresar su sexualidad, aunado a la posibilidad de incrementar su dependencia.

Por todo lo anterior es importante saber si la funcionalidad familiar influye o no en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cómo es la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes con VIH/SIDA de la Unidad de Medicina Familiar 79 de Piedras Negras, Coahuila?

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); siendo uno de los problemas de salud pública más complejos a los que se ha enfrentado la humanidad en las últimas décadas; ya que no solo es una enfermedad que provoca daño al organismo, sino también produce serias repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas a los individuos, familias y comunidades afectadas. (1)

En 1981 se diagnosticó el primer caso de lo que hoy conocemos como SIDA; en ese año existían en el mundo aproximadamente 100,000 personas afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Para finales de 1997, el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

(ONUSIDA) estimó que existían 30.6 millones de personas viviendo con el VIH. (1)

El agente causal del SIDA es un virus conocido como virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus fue conocido al inicio de la epidemia como Virus asociado a Linfadenopatía (LAV) y virus T-Linfotrópico Humano tipo III (HTLV-III), términos que prácticamente no se utilizan en la actualidad. En la actualidad se han desarrollado técnicas de laboratorio que han permitido demostrar sin lugar a dudas que el VIH es el agente causal del SIDA. (1)

El desarrollo de la epidemia del SIDA ha transitado por diversas etapas desde sus orígenes: la primera, que abarca desde los casos registrados en 1983 hasta finales de 1987, año en el que hubo un incremento lento en el número de casos; la segunda de 1988 a 1991, en la que el crecimiento ya fue de tipo exponencial con un periodo de duplicación más corto; y la tercera entre 1992 a 1995 que se caracteriza como crecimiento exponencial amortiguado y presenta incrementos importantes, pero con periodos de duplicación más prolongada. Finalmente, se puede considerar que a partir de 1996, se ha observado una aparente estabilización de la epidemia, con un promedio de cuatro mil nuevos casos de SIDA por año. (2)

El virus que causa el SIDA, es el virus de Inmunodeficiencia Humana que se conoce actualmente con las siglas VIH ó HIV. El VIH es un virus lento que tarda varios años en provocar manifestaciones y tiene predilección por atacar las células del sistema de defensa de los seres humanos. El VIH solo ataca a los seres humanos y actualmente no existe duda de que sea el agente causal del SIDA.

A partir del desarrollo de métodos eficaces para la detección de personas infectadas por el VIH, se ha visto que esta infección ocasiona una gama de manifestaciones clínicas, que va desde la ausencia de síntomas hasta formas de infección o tumores que resultan fatales a corto plazo. Como su nombre lo indica, se puede decir que un paciente tiene SIDA a partir del momento en que su sistema inmunológico ha sufrido por efecto de la acción del VIH, un deterioro tal que lo incapacita para defenderse contra ciertos agentes infecciosos que en condiciones normales no producen enfermedad o la producen en forma leve y rara vez fatal (por eso se le denominan agentes oportunistas), o bien que se tenga una mayor susceptibilidad a otras infecciones, tales como la tuberculosis o la tifoidea. Al mismo

tiempo, ese deterioro inmunológico impide que se detenga el crecimiento anormal de ciertos tipos de células o la liberación de algunas sustancias o factores que induzcan este crecimiento celular desordenado, de lo que resulta la formación de tumores malignos.(2)

Esta afección severa del sistema inmunológico es tan solo la etapa final de un largo proceso infeccioso producido por VIH. Para llegar a esta inmunodeficiencia, hubo una serie de etapas previas con otro tipo de manifestaciones. Debe quedar claro entonces, que al estar infectado por el VIH no implica necesariamente tener SIDA; para poder decir que una persona tiene esta enfermedad, se requiere que la inmunodeficiencia se manifieste por infecciones oportunistas o neoplasias.(2)

ETIOLOGIA.

La familia retroviridae comprende virus RNA cuya proliferación está dirigida por un pro virus de DNA bicatenario que se ha sintetizado mediante la transcriptasa inversa (DNA-polimerasa dependiente del RNA) que posee el propio virus. Este DNA pro vírico puede integrarse en el DNA celular o permanecer en el citoplasma. La mayoría de los retrovirus son oncogénicos para los animales o para el hombre. (3)

Posteriormente un comité Internacional de Taxonomía acuñó la denominación Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (HIV-1) y por homología genética lo clasificó en la subfamilia Lentivirinae de la familia Retroviridae, que gracias a la codificación de una transcriptasa inversa es capaz de integrarse en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de los retrovirus humanos el HIV-1 posee un marcado poder citolítico. (3)

La familia de los retrovirus está dividida en tres subfamilias, entre ellas los *lentiviridae*, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células que infectan lentamente, pero de forma progresiva. En este subgrupo figuran los que provocan la enfermedad de los seres humanos: el VIH-1, descubierto 1983; y el VIH-2, en 1986.

A pesar de ser dos virus diferentes, comparten ciertas características biológicas en común, tales como:

- Mismo tropismo celular
- Igual modo de transmisión
- Mecanismo similar de replicación

- Producción de estados de inmunodeficiencia

La característica más importante de estos virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción virus-células y, de ahí, la patogenicidad de la enfermedad. (3)

SEROTIPOS DEL VIH-1

Los serotipos del VIH-1 se clasifican en 2 grandes grupos el M (*main*) y el O (*outlier*), el primero causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G y H: el segundo localizado en cierta parte de África y no sensible a las pruebas de laboratorio para su detección. (4)

El HIV-1 tiene tres genes principales, denominados gag, pol e inv, que codifican las proteínas del core (p17, p24 y p15), la transcriptasa reversa y otras endonucleasas, la glicoproteína de la membrana (gp120 y gp41) y al menos 6 genes más, algunos de los cuales tienen funciones reguladoras. Cabe destacar la existencia del gen tat, cuya misión es la síntesis de una proteína que al unirse a una secuencia receptora del genoma vírico, es capaz de amplificar la replicación.

El HIV-1 infecta preferentemente a la subpoblación de células CD4+ tras unirse a los propios receptores y produce en ellas un efecto citopático. Aunque con menor afinidad puede infectar otras células como los macrófagos o las células glias del sistema nervioso central. (4)

EPIDEMIOLOGIA.

Desde su primera manifestación pública en 1981, en la costa occidental de Estados Unidos, el SIDA ha sido una enfermedad que ha estado y sigue estando íntimamente relacionada con la sexualidad de la gente. Con el tiempo y gracias al tremendo esfuerzo de investigación que ha acompañado a la epidemia, se ha documentado que el primer caso de VIH sucedió en 1959 en África. Desde este origen no tan remoto, se ha distribuido paulatinamente a todos los países del mundo, afectando cada vez más a los sectores de población con mayor marginación económica y social. (5)

La OMS estima que en todo el mundo hay 30 a 40 millones de individuos infectados por HIV.

De los 40 millones de personas que se calcula que vivían infectadas por el VIH o con SIDA

en el mundo en 2005, las mayores concentraciones se calculaban entre 25 y 28 millones en África, entre 4.6 y 8.2 millones en Asia y entre 1.3 y 1.9 millones en América Latina.

En México, al igual que en el resto de países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. Por esta razón, es necesaria la participación de diversos sectores de la sociedad y la coordinación entre instituciones, sectores y países para poder combatirla.

México ocupa el décimo tercer lugar a nivel mundial y el tercero en el continente americano. El registro nacional de casos de SIDA en 2006, contabilizo en forma acumulada 107,625 casos de SIDA, de los cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres. Las

personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con el 78.7% de los casos registrados. (5)

En nuestro país la distribución de personas infectadas por el VIH según entidad federativa, de acuerdo a fuentes de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en primer lugar se encuentra el Distrito Federal seguido por el estado de Veracruz, Estado de México, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo y Tamaulipas; así donde se reportan la menor incidencia es en el estado de Baja California Sur, Aguascalientes, Campeche, Zacatecas y nuestro estado de Coahuila de Zaragoza. (5)

De acuerdo a la vía de transmisión en las estadísticas nacionales se refleja que la transmisión sexual ocupa un 96.9%, transfusión sanguínea 3%, usuarios de drogas inyectables con 3% y por exposición ocupacional 0%.

Según la institución notificante de casos nuevos y acumulados se reportan de la siguiente manera: SSA 56.4%, IMSS 31%, ISSSTE 5.3% y otras 6.6% y sector privado el 0.7%.

Se ha visto un avance importante en los registros así como en la concientización de la oportunidad de la notificación para ejercer tempranamente los cercos epidemiológicos lo que se refleja en que en el 2004 los casos reportados oportunamente era de 18.6% y en 2006 se reporta en 64.6%, por lo que debemos de continuar con los reportes oportunos de los casos de incidencia.

Hasta hoy se han identificado 2 virus causantes de esta enfermedad: VIH-1 y VIH-2. La mayoría de las personas infectadas en el mundo y en nuestro país portan el primero, el cual es más agresivo que el segundo. (5)

Por tal razón, el periodo que media entre la infección con el virus y el desarrollo del SIDA es más largo en el caso del VIH-2; sin embargo, como los aspectos clínicos y epidemiológicos son muy similares entre ambos tipos de virus, más adelante se hará referencia a ellos de forma conjunta.

Una vez identificada la afección, la OMS reconoció 3 patrones epidemiológicos de infección por el VIH, que actualmente no se toman en cuenta pues el número de infectados se ha incrementado en todas las áreas.

También la mortalidad por SIDA ha ido disminuyendo como consecuencia del progreso de la terapéutica antirretroviral y el empleo más racional de la quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas que más inciden en estos pacientes. (5)

Las vías de transmisión descritas en toda la literatura son:

- Vía sexual: Representa la principal vía de infección en nuestro país y en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral.
- Uso de sangre y hemoderivados contaminados: Sobre ella se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica; sin embargo, no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión a través de ella, dada la existencia del periodo de ventana

(corresponde a los primeros meses de la infección, cuando los resultados de las pruebas serológicas son negativos por la ausencia de anticuerpos).

- Drogadicción: En nuestro medio no constituye una vía de contagio importante.
- Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical. Incluye 3 momentos:
 1. Último trimestre del embarazo
 2. En el trabajo de parto por contaminación en el canal.
 3. Durante la lactancia materna.

El riesgo de trasmisión al feto varía entre 15 y 25%, pero hoy en día se puede reducir a 4% con la administración de AZT a partir de la 14 semana de gestación, en el parto y luego durante 6 semanas al recién nacido, así como la ejecución de la operación cesárea y la no lactancia materna. (5)

PERIODO DE INCUBACION

Varía de 6 meses hasta 11 y 13 años y a veces más. Durante todo el período de incubación el V.I.H. es activo en particular en las glándulas linfáticas. Pero las formas más severas de la infección tardan en manifestarse porque el organismo tiene defensas considerables que la infección va agotando lentamente. El período de transmisibilidad se estima que puede durar toda la vida del paciente. (6)

La duración promedio entre la infección primaria y la evolución hasta la enfermedad clínica es de casi 10 años.

La muerte habitualmente ocurre durante los dos años posteriores al inicio de los síntomas clínicos.

Luego de la infección primaria ocurre replicación viral, y la viremia puede detectarse durante casi 8 a 12 semanas. En este periodo el virus se disemina ampliamente a todo el cuerpo y se siembra en los órganos linfoides. En muchos pacientes (50-75%) se puede desarrollar un síndrome agudo parecido a la mononucleosis de 3 a 6 semanas después de la infección primaria. (6)

FISIOPATOLOGIA

Este es uno de los puntos más discutidos acerca de esta patología. En esencia se está de acuerdo en que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ejerce sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión.

El VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo cual trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos, a causa de la replicación viral dentro de ellos. El virus se replica constantemente: en una fase es más alta que en la otra; se calcula que se producen entre 100 y 1000 billones de virus por día.

Los linfocitos CD4 constituyen una subpoblación heterogénea de células con variadas funciones: inductora, ayudadora o colaboradora (helper) y de memoria. Son tan importantes en la ejecución de una adecuada función inmune, que su disminución trastornara las demás

respuestas inmunológicas y, a su vez, la susceptibilidad del huésped a infecciones oportunistas y neoplasias raras. (7)

Resultan muy variados los mecanismos por los cuales se lleva a cabo esta destrucción celular o efecto citopático. Hay factores, tanto virales como del huésped, que favorecen un aumento de la replicación viral, tales como:

- Infección por herpes simple.
- Parasitismo intestinal.
- Pobre ingestión de proteínas.
 - Inadecuado consumo de vitaminas antioxidantes.
 - Desequilibrio hormonal.
 - Abuso de drogas.
 - Inestabilidad emocional.
 - Infección con el virus de la hepatitis B
 - Fenómeno de re-infección por relaciones sexuales desprotegidas entre personas seropositivas al VIH.

Se describen varios tipos de células infectantes.

- No inductoras de sincitios.
- Inductoras de sincitios.
- Alta/rápida(*rapidlhigh*)
- Lenta/baja(*slowllow*)

Otro elemento importante son las fases de la replicación viral, las cuales varían de acuerdo también con la fase clínica. Durante el cuadro agudo retro viral aumenta inicialmente la viremia; luego, en la medida en que se desarrolla la lenta e insuficiente respuesta inmunológica (producción de anticuerpos), esa viremia disminuye, con un desarrollo máximo de la producción de anticuerpos: fase que corresponde a la de la infección asintomática o de portador asintomático. (7)

Según progresa la enfermedad, comienzan a descender los títulos de anticuerpos y a incrementarse progresivamente la replicación viral, lo que se aviene con las fases clínicas de complejo relacionado con el SIDA y caso SIDA. En este último estadio, la replicación viral es mayor que en los comienzos del proceso y hay prácticamente un agotamiento o ausencia de anticuerpos. (7)

ANATOMOPATOLOGIA.

Las alteraciones Anatomopatología se agrupan en:

- Las que corresponden a las infecciones oportunistas.
- Las que se deben a los tumores raros asociados a la infección por VIH.
- Las causadas por el virus en el sistema inmune y otros órganos.

Entre las principales alteraciones que provocan las infecciones oportunistas, figuran:

- **Neumonía por *Pneumocystis carinii*.** Se caracteriza por la aparición de una respuesta inflamatoria pulmonar, con trasudado intraalveolar y un infiltrado intersticial a base de linfocitos, macrófagos y eosinófilos. En los alveolos suele encontrarse un material proteico con quistes y trofozoitos. La afectación del

pulmón es casi siempre difusa, aunque con menor frecuencia está localizada en un lóbulo. Microscópicamente, los pulmones adquieren una consistencia gomosa.

- **Neumotoxoplasmosis** Es producida por el protozoo *Toxoplasma gondii*. Afecta a varios órganos (músculo, miocardio, hígado, riñones, páncreas, bazo y encéfalo) y formas quísticas variables durante toda la vida del hospedero, únicas o múltiples, que contienen un material necrótico, con reacción inflamatoria o sin ella.⁽⁷⁾

Sistema inmune y otros órganos:

Ganglios linfáticos constituyen uno de los principales órganos diana, por su gran población de linfocitos con receptor CD4, y ocasionan el cuadro de linfadenopatía generalizada persistente.

Erupciones eritematosas maculopapular, asociadas a seroconversión por V.I.H. Los estudios histopatológicos muestran un infiltrado de células mononucleares, sobre todo linfocitos CD4, y una vasculitis linfocítica focal.

Sistema nervioso

Hay atrofia difusa de los hemisferios cerebrales, sin foco de necrosis. Las alteraciones predominan en la sustancia blanca de los lóbulos frontales y en la gris del resto del encéfalo. Progresivamente serán afectados el cerebelo y tallo cerebral.

Sarcoma de kaposi.

Es un tumor de origen vascular, caracterizado por reproducción de células de forma de huso y formación de canales vasculares hendidos de células endoteliales e inflamatorias, fibroblastos y vasos de neo formación (neoangiogenesis). ⁽⁷⁾

Los criterios para el diagnóstico de SIDA según la clasificación del Center of Disease Control (CDC), se considera afectados de SIDA a los pacientes infectados por VIH que presenten alguna de las 26 complicaciones o que tengan menos de 200 CD4/DL. La categoría A se aplica a la infección primaria y a los pacientes con linfadenopatía generalizada persistente o sin ella.

La categoría B se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debido a enfermedades no pertenecientes a la categoría C pero relacionadas con la infección VIH o cuyo manejo a tratamiento pueda verse complicado debido a la presencia de la infección por VIH

La categoría clínica C se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las 23 complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA. (7)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Fases clínicas de la infección –enfermedad por VIH-SIDA Son.

- 1.-Infección aguda retro viral o retro virosis aguda.
- 2.-Período de portador asintomático.
- 3.-Fase de complejo relacionado con SIDA.
- 4.-Fase de caso SIDA.

Fase de infección aguda retro viral puede ser:

Asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos.

Sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:

a).Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatía,(cuadro parecido a la de la mononucleosis infecciosa),artralgias mialgias, anorexia y pérdida de peso.

b).Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa máculopapular, urticaria difusa y alopecia.

c).Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómito, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.

d).Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retro orbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis síntomas de Guillan-Barré.

De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante 6 a 8 semanas y no requiere tratamiento específico, solo sintomático.

Fase o período de portador asintomático

Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad: portador asintomático, que en nuestro país tiene una duración de 11.5 años, aunque los nuevos tratamientos lo han ido prolongando. Estos pacientes aunque asintomáticos, representan un gran problema epidemiológico, ya que a través de las relaciones sexuales desprotegidas transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas. (7)

Fase de complejo relacionada con el SIDA.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con inmunodeficiencia subyacente, por lo que estos pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas serán menos graves que en la siguiente.

Esta fase se conoce también como SIDA menor o presida y clínicamente se reconoce por distintos síntomas:

- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso.

- Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con síndrome purpúrico o sin él).
- Linfadenopáticos: con las características descritas anteriormente.
- Respiratorios: tos seca persistente.
- Digestivos: diarrea.
- Dermatológicos: candidiasis oral (heraldo), dermatitis seborreica, herpes simple recurrente (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales.
- Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso-depresivo y meningitis aséptica.

La duración de esta fase depende de factores como:

- Tipo de cepa viral infectante.
- Respuesta inmunológica del huésped.
- Tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas.
- Tratamiento inmunomodulador (factor de transferencia e Interferón).

Durante esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral y a una disminución de las funciones inmunes del organismo. (7)

Fase SIDA o caso SIDA.

En el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya importante participación en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Otros autores clasifican la infección por VIH desde el punto de vista clínico en las tres fases siguientes:

- Fase precoz o aguda
- Fase intermedia o crónica
- Fase final o de crisis.

Clasificación de las alteraciones bucales relacionadas al VIH

Aproximadamente del 60 % al 80% de los pacientes VIH + cursan con alguna afección en la cavidad bucal. La frecuencia con que se presentan estas alteraciones depende de factores como estadio clínico, género y la vía de transmisión del VIH.

La candidosis bucal (CB) es la infección oportunista ocasionada por el hongo *Cándida*, más frecuente en el paciente VIH. La especie que afecta predominantemente es la *Cándida albicans*.

La candidosis bucal se manifiesta en diversas presentaciones clínicas. la variedad eritematosa, la pseudomembranosa y la queilitis angular son las variedades que se observan estrechamente al paciente portador del VIH.

Clínicamente, la candidosis eritematosa se presenta como un área roja de la mucosa bucal, afectando comúnmente el paladar duro y el dorso de la lengua. Esta presentación clínica con frecuencia pasa inadvertida para el médico, lo que ocasiona un retraso en el tratamiento. En contraste, la candidosis pseudomembranosa se presenta en pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad. Las lesiones muestran aspecto cremoso de color blanco o blanco amarillento, sobre cualquier parte de la mucosa bucal.

La queilitis angular es un término inespecífico y se define como aquella lesión producida por fisuras en los ángulos bucales comisurales.

El diagnóstico clínico puede fácilmente confirmarse a través de un frotis citológico teñido con el procedimiento del ácido periódico de Schiff, con hidróxido de potasio o tinción de Gram, en el cual deberá observarse la presencia de hifas del hongo.

El tratamiento de la candidosis bucal puede ser local y / o sistémico. (7)

Trastornos gastrointestinales.

El clínico que se enfrenta a pacientes con síntomas gastrointestinales debe tener en mente los patógenos más probables.

El colon distal sirve como puerta de entrada para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a través de erosiones de la mucosa que le permite el acceso a la microcirculación de la mucosa recta. En hombres homosexuales, sin daño en el epitelio mucoso, el VIH ingresa al huésped a través de las células membranosas o células M que se encargan de transportar al VIH a toda la superficie mucosa.

Los síntomas esofágicos como odinofagia y disfagia son comunes en los pacientes infectados por el VIH aproximadamente un 65% de los pacientes tienen una etiología infecciosa, los gérmenes asociados con mayor frecuencia son *Candida albicans*, citomegalovirus (CMV) y Herpes simplex (HSV), en casi un 27% de los pacientes con síntomas esofágicos no puede identificarse ningún microorganismo y son catalogados como esofagitis inespecífica.

La diarrea es una manifestación común en los pacientes infectados con VIH, en países desarrollados la prevalencia de la enfermedad diarreica es de 30-50%, en contraste los países en vías de desarrollo tiene una prevalencia del 63-77%. Cerca

del 40% los pacientes tienen una evolución crónica asociada a infecciones oportunistas, pérdida de peso y caquexia.

Aquellos pacientes que se presenta con evacuaciones diarreicas como parte de un proceso sistémico, generalmente son enfermos con estado toxico de gran ataque al estado general, síndrome febril, perdida importante de peso y anemia sintomática.

Los patógenos relacionados son *Mycobacterium avium-intracellulares*, *Salmonella* sp, *Cryptococcus neoformans* e *Histoplasma capsulatum*.

La evaluación diagnostica de los pacientes con diarrea debe iniciarse con coprocultivo y tres muestras de heces para coproparasitoscopia en esta evolución simple es posible identificar hasta 68% de los patógenos.

Vías respiratorias y la infección por VIH

Los problemas pulmonares constituyen una de las manifestaciones mas frecuentes de los pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia en su fase avanzada .En pacientes con criterios de SIDA la frecuencia del problema infecciosos pulmonares es mayor al 50%.

Existe aun variaciones geográficas y epidemiológicas que pueden determinar la frecuencia de agentes infecciosos; en Estados Unidos de América el agente etiológico más frecuente de neumonía es *Pneumocistis carinii* constituyendo mas del 50% de los casos .En países en vías de desarrollo incluyendo México, su frecuencia es más baja y depende del centro siendo más común la presencia de tuberculosis pulmonar asociada.

Las manifestaciones clínicas pulmonares del paciente VIH pueden ser muy variables y deberá de realizarse un interrogatorio y exploración física minuciosa, incluyendo la presencia de manifestaciones sistémicas. (7)

La neumonía por PC se caracteriza por ser subaguda, con varias semanas de evolución de síntomas clínicos como tos seca, disnea progresiva, fiebre y ataque al estado general. Frecuentemente se asocia a candidiasis oral. Paciente con neumonía bacteriana manifestarán cuadro agudo con tos, expectoración mucopurulenta, fiebre y dolor pleural, y aquellos con tuberculosis tos crónica con o sin expectoración mucopurulenta, en muy pocas ocasiones se describirá en este grupo la presencia de esputo hemoptoico.

Los métodos diagnósticos para determinar la etiología del agente infeccioso son diversos.

Actualmente, se prefiere iniciar con tratamientos, empíricos tempranos para PC, o neumonía bacteriana aún sin diagnóstico definido. La broncos copia ha sido reemplazada parcialmente por la obtención de muestra a través de la inducción de esputo con micro nebulizaciones con solución salina.

La producción de esputo en otras situaciones como tuberculosis pulmonar asociada a HIV es suficiente para establecer el diagnóstico; así más del 80% a 90% de los pacientes con TB y SIDA producirán esputo que permitirá la detección de microbacterias en baciloscopias convencionales.

En términos generales el tratamiento de los problemas pulmonares en fase inicial es empírico.

La gran mayoría de expertos recomendará iniciar tratamiento con TMP/SMX, ya sea por vía oral si las condiciones del paciente son adecuadas o por vía IV si la

gravedad del paciente es seria. Si el paciente presenta una lesión radiológica de condensación con síntomas y signos de neumonía bacteriana, la elección empírica será con Ceftriaxona. Es poco recomendable aun con altas sospecha de tuberculosis, iniciar tratamiento empírico, ya que es posible esperar al menos el resultado de baciloscopía sin deterioro de los pacientes. (7)

SARCOMA DE KAPOSI

Desde el inicio de la epidemia, el sarcoma de Kaposi (SK) ha sido un marcador de esta enfermedad.

Estudios iniciales revelaron que en ciudades de alta prevalencia de SIDA, el SK en 1984 en hombres solteros entre 20-49 años de edad fue 2 000 veces más frecuente que en la misma población durante el período de 1973 a 1978.

Este tumor se presenta hasta en el 21 % en población homosexual y bisexual, pero en menos del 3 % en pacientes con hemofilia o en aquellos que adquieren la infección por transfusión de productos sanguíneos o en drogadictos intravenosos.

Estudios recientes señalan que se trata de una célula tipo mesenquimático, con marcadores para células endoteliales vasculares o linfáticas.

La detección de un nuevo herpes virus, denominado virus de herpes humano tipo-8 (VHH-8), en tejido del SK ha establecido las bases para considerarlo como un posible agente causal.

Las lesiones cutáneas pueden ser de tamaño variable, producir edema y dolor, generalmente no pruriginosas. Son de color rosado, rojo o violáceo y pueden presentarse en cualquier localización, con cierta predilección en tronco, y cabeza y cuello.

Cerca del 30 % de los pacientes con SIDA fallecen debido a este tumor.

Además durante su evolución, las lesiones cutáneas son evidencia de enfermedad, y en muchas ocasiones motivo de discriminación y aislamiento social.

El diagnóstico se lleva a cabo por biopsia incisiones donde se observa proliferación intradérmica de estructuras vasculares anormales, revestidas de células endoteliales

fusiformes atípicas con hemorragia focal y ocasionalmente leucocitos polimorfonucleares.

En la actualidad hay una diversidad de manejos para neoplasias en donde estos pacientes pueden ser beneficiados. Esto incluye la radioterapia, terapia local con laser, Interferon, retinoides y nitrógeno líquido. (7)

DIAGNOSTICO

El diagnostico de laboratorio de la infección por VIH depende de la demostración de anticuerpos anti-VIH y /o de la detección del VIH o de uno de sus componentes.

La prueba de cribado estándar de la infección por VIH es la detección de anticuerpos anti -VIH empleando un inmunoanálisis enzimático (ELISA). Esta prueba es muy sensible (mayor del 99.5%) y es bastante específica. La mayoría de los kits comerciales de ELISA son capaces de detectar anticuerpos contra VIH-1 y VIH-2. La inmunotransferencia Western (Western Blood) es la prueba de confirmación más empleada y detecta anticuerpos contra antígenos de VIH de pesos moleculares específicos.

Los anticuerpos contra VIH comienzan a aparecer a las dos semanas de la infección, y el periodo de tiempo entre la infección inicial y el desarrollo de anticuerpos detectables rara vez supera los tres meses.

El VIH se puede cultivar directamente a partir del tejido, de células de sangre periférica o el plasma, pero esto solo se hace en un contexto de investigación. Se puede detectar el material genético del VIH empleando análisis de PCR con transcriptasa inversa RT-PCR, DNA ramificado (bDNA) o análisis de secuencia de ácido nucleico (NASBA). Estas pruebas resultan útiles en pacientes con un ELISA positivo o indeterminado y un Western Blood indeterminado, o en aquellos en los que las pruebas serológicas pueden ser poco fiables. (8)

TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento de la infección-enfermedad por VIH es disminuir la replicación del virus y restablecer el sistema inmunológico, por lo que descansa en los siguientes pilares:

1. Drogas antirretrovirales.
2. Terapia inmunomoduladora.
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas y tumores.
4. Quimioprofilaxis primaria y secundaria
5. Apoyo nutricional.
6. Educación para la salud de forma paulatina y continuada.
7. Apoyo psicológico y social. (9)

Existe controversia en las diversas escuelas para determinar el momento de inicio de tratamiento sin embargo los criterios más utilizados son:

1. Todos los pacientes sintomáticos o con infecciones oportunistas, independientemente del recuento de CD4 y de la carga viral, deben ser tratados.
2. Todos los asintomáticos con recuento de CD4 < 500 células/mm³ y alta carga viral, deben de recibir tratamiento.
3. Todos los asintomáticos con recuento de CD4 <500 células/mm³ y baja carga viral, deben ser seguidos evolutivamente, sin tratamiento.
4. Todo paciente que desee recibir tratamiento, con inmunodependencia de su estado clínico inmunológico y de carga viral, debe ser tratado. (9)

Los medicamentos antirretrovirales pueden actuar a diferentes niveles como seria:

1) Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de nucleosidos :

- a) Zidovudina o AZT (Retrovir) aumentan la sobrevida y disminuye la frecuencia de infecciones oportunistas, dosis: 500 a 600 mgs por día (repartidos en dos o tres dosis por día), Vía oral.
- b) Didanosina o ddl (Videx). Se puede utilizar como monoterapia o combinada con AZT en pacientes vírgenes a tratamiento. Dosis > 60 Kgs. 200 mgs. Cada 12 horas y < 60 Kgs. 125 mgs cada 12 Horas, Via oral.
- c) Zalcitabina o ddC (Hivir). Actividad similar a AZT. Se sigue en combinación con AZT o en pacientes con datos de progresión. Dosis 0.75 mgs tres veces al día, vía oral.
- d) Lamivudina o 3TC (3TC). Su asociación con AZT es efectiva, no usar como monoterapia. Dosis 150 mgs cada 12 horas o 2 mgs por Kgs. de peso cada 12 horas en menores de 50 Kgs., vía oral.
- e) Stavudina o d4T (Zerit). Es antagonista in vitro de AZT, no se deben de administrar juntos. Dosis: > 60 Kg es de 40 mgs cada 12 horas y para <60 Kg es de 30 mgs cada 12 horas, vía oral.
- f) Abacavir (Ziagenavir). Es el inhibidor de TR análogo de nucleosidos mas recientemente introducido. Se ha demostrado gran eficacia con ZDV y 3TC como combinación triple. Sé administra en dosis 300 mgs cada 12 horas vía oral. (9)

2) Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa.

Se trata de una segunda generación de medicamentos que inhiben a la enzima transcriptasa reversa

- a) Nevirapina (Viramune): Dosis: 200 mgs/día las primeras 2 semanas y luego 200 mg.cada 12 horas vía oral.
- b) Delavirdina (Rescriptor).Tiene muy buena tolerancia con un bajo rango de efectos colaterales entre los que destaca la aparición de un exantema como con zidovudina.La dosis es de 400 mg.cada 8 horas, vía oral.
- c) Efavirenz (Stocrin).Dosis: 600 mgs. Cada 24 horas al acostarse, via oral. (9)

3) Inhibidores de la proteasa:

Su uso debe de ser continuo y sin interrupciones, dado que las resistencias aparecen rápidamente, este mismo principio se debe de aplicar con los otros antirretrovirales aunque ocurra con menor frecuencia.

- a) Indinavir (Crixivan). Muy potente pero con un amplio espectro de efectos tóxicos. Dosis: 800 mg cada 8 horas en ayuno, vía oral. Se debe de ingerir 1 a 2 litros de líquidos claros diario.
- b) Ritonavir (Norvir). También muy potente pero con dificultades para su tolerancia. Dosis 600 mgs cada 12 horas.
- c) Saquinavir (Invirase).Tiene una absorción muy pobre y ahora se dispone de una presentación en gel que es la única que debería de ser usada. Dosis: 600 mgs cada 8 horas.
- d) Nelfinavir (Viracept).Dosis de 750 mgs. Cada 8 horas, vía oral.

e) Amprenavir (Agenerase). Dosis: 1200 mgs cada 12 horas. (9)

Manejo integral del paciente con SIDA y su grupo familiar

Las familias se enfrentan a procesos transaccionales al atravesar cada etapa del ciclo vital, estos procesos se pueden analizar en términos de funcionalidad, la cual podemos definir como: el grado variable de adaptación de los sistemas familiares a los eventos que provocan crisis., los cuales suelen provocar diversos grados de desorganización en la estructura familiar. (10)

Es importante considerar el grado de funcionalidad del grupo familiar, para optimizar los recursos del grupo familiar para enfrentarse al evento SIDA, ver que tanto se puede adaptar la familia a esta situación de crisis. Esta información la podemos obtener de la siguiente manera, tomando como base los datos de la historia clínica del paciente.

Realizar entrevista conjunta con el paciente y su grupo familiar, en caso de que las condiciones de salud del paciente no le permitan estar durante la entrevista, su historia clínica puede sernos de gran utilidad. (10)

FAMILIA

Aspectos históricos de la familia.

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph I Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. (11)

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuando mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. (11)

La familia juega un papel clave en la conservación de cultura, pues constituye un microescenario sociocultural y un filtro a través del cual llegan a sus integrantes muchas de las tradiciones, costumbres y valores que son típicos de su contexto histórico.

De esta manera la familia es el núcleo básico de los procesos tanto de mantenimiento como de cambio cultural de los patrones sociales; en ella se concretiza un sistema de creencias y valores que se van transmitiendo de una generación a otra.(12)

La familia es por lo tanto un grupo social que aparece con el hombre y evoluciona de acuerdo a la historia.

Desde el modelo biopsicosocial, íntimamente relacionado con el sistémico, el curso de la enfermedad va a estar condicionado por las características propias de la enfermedad, el modo en que el sujeto la percibe y afronta y por la interacción con el contexto en el que se halla. Es decir, cuando una persona enferma, las características propias de la enfermedad son tan importantes como la forma en que es vivida y afrontada por parte del paciente y su familia. Sin olvidar que paciente y familia están interesados en un contexto más amplio en el que podrán hallar apoyo y estrés. (12)

Cuando una enfermedad aparece en un miembro de una familia, tendremos en cuenta la afirmación de Marañón de que “no hay enfermedad si no enfermos” y, añadiremos, que estos enfermos forman parte de una familia determinada con su estructura, sus estilos relacionales y su sistema de valores y creencias. La enfermedad grave supone un desafío importante para el paciente y su familia y les obliga poner en marcha medidas adaptativas para afrontarla de la mejor manera posible. Pero de la misma manera que debemos conocer el tipo y curso “natural” de la enfermedad, también debemos tener en cuenta los aspectos referidos al enfermo, su familia y el contexto en el que vive, para evaluar adecuadamente los recursos y carencias, y poder realizar así intervenciones eficaces, si estas fueran necesarias. (13)

El impacto que produce la enfermedad crónica grave va a provocar una serie de cambios en la vida familiar que pueden desajustar su funcionamiento, aunque este desajuste no se presente en la mayoría de los casos. (13)

La estructura familiar es el conjunto de pautas funcionales consientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Minuchin (1986) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". (14)

Dentro de la estructura familiar se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

1) los **límites**, que "están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia...tienen la función de proteger la diferenciación del sistema" .

Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

CLAROS que definen las reglas de interacción con precisión.

DIFUSOS que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.

RÍGIDOS que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.

2) **Jerarquía**, que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia

3) **Centralidad**, miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas

4) **Periferia**, miembro menos implicado en las interacciones familiares

5) **Alianzas**, se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro

6) **Coaliciones**, que son la unión de dos o más personas para dañar a otra. (14)

La comunicación: Proceso dinámico que se aprende y mediante el cual se emiten y reciben mensajes que dan cuenta de nuestros pensamientos, ideas, etc., para entablar

El entendimiento entre dos o más personas, lo cual permite elevar o bajar el nivel de estima de la persona.

Comunicación en la familia.- la comunicación forma parte de nuestros actos más importantes, por eso ha sido caracterizado como el aspecto más dinámico de la sociedad humana. Por medio de ella expresamos nuestras ideas y pensamientos, manifestando opiniones e interpretando la vida. (15)

La evolución de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinen su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera, el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar las familias, permiten identificar las necesidades de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructores que integran los diversos modelos teóricos. (15)

La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. (16)

Así surgen los instrumentos de evaluación familiar como son *Apagar familiar* el cual evalúa: adaptabilidad, participación, recursos, ganancia, afecto. Consta de 5 ítems y la puntuación es 18-20 Buena función familiar, 14-17 Disfunción familiar leve, 10-13 disfunción familiar moderada, menos de 9 disfunción familiar severa.

Faces III (family adaptability and Cohesión Evaluation Scales). Es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700

publicaciones científicas que han permitido afinar tanto el modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales (que es el modelo teórico que sustenta), FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera que se encuentra la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.⁽¹⁶⁾

Olson (1985) considera que existen dos niveles que explican satisfacción familiar, estos son:

1.- *Cohesión*, es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno con otro, y que determinan el grado en que están separados o unidos.

a.- *Conectada*.- se caracteriza por moderada dependencia entre los miembros de la familia, claros límites generacionales, fuerte coalición marital; mucho tiempo, espacio, amigos y actividades, aunque puede conservar algunos amigos, espacio y tiempo individuales, así como las decisiones importantes son hechas en familias. ⁽¹⁷⁾

b.- *Aglutinado*.- se caracteriza por la sobre identificación familiar que impide el desarrollo individual, los límites generacionales son borrosos y difusos, coalición de padres e hijos, el tiempo, espacio y los amigos son compartidos de manera asfixiante en la familia.

c.- *Separado*.- caracterizado por límites claros entre los subsistemas familiares, moderada independencia entre los miembros de la familia, clara coalición familiar. Toman

decisiones perfectamente individuales y muestran equilibrio entre estar solos o en familia, amigos individuales y familiares.

d.- Disperso o desligado.- se caracteriza por límites rígidos entre los subsistemas familiares, gran autonomía individual, colisión débil, los miembros de la familia se encuentran separados física y emocionalmente priman las decisiones individuales, y los integrantes carecen de identidad familiar. (17)

2.- *Adaptabilidad*: la capacidad del sistema familiar para cambiar o modificar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. En tal sentido requiere de un balance entre cambio y estabilidad. Se encuentra comprendido por cuatro subniveles;

a.-Flexible.-caracterizado por tener un liderazgo asertivo, disciplina democrática roles de acción y participación con cambio fluido,reglas implícitas en algunos cambios, así como respeto a las jerarquías.

b.- Caótica se caracteriza por liderazgo pasivo y agresivo, disciplina indulgente y contemplativa, cambio dramático de roles y reglas semirígidos.No establecen respeto a las jerarquías.

c.- Estructurado liderazgo asertivo, control democrático y estable, capacidad de negociación estructurada roles y reglas semirígidas, cambian muy poco.

d.- Rígido: liderazgo pasivo o agresivo control autoritario disciplinas autocráticas, capacidad de negociación limitada, roles y reglas rígidas y estereotipadas.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han proporcionado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. (18)

Tipos de sistemas familiares según el modelo circunflejo de Olson.

BALANCEADA	MEDIA	EXTREMA
Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente desligadas	Rígidamente relacionadas
Flexiblemente relacionadas	Flexiblemente aglutinadas	Caóticamente semirrelacionada
Estructuralmente semirrelacionada	Caóticamente separadas	Caóticamente aglutinadas
Estructuralmente relacionadas	Caóticamente conectadas	Rígidamente no relacionadas
	Estructuralmente desligadas	
	Estructuralmente aglutinadas	
	Rígidamente separadas	
	Rígidamente aglutinadas	

Según el grado de cohesión, las familias pueden ser:

- A.- No relacionada,
- B.- Semi relacionadas
- C.- Relacionadas
- D.- Aglutinadas.

A.- Las familias no relacionadas son familias:

Con extrema separación emocional. Sus rasgos son los siguientes:

- 1.- Falta de lealtad familiar.

- 2.- Se da muy poco involucramiento o interacción entre sus Miembros.
- 3.- La correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos.
- 4.- Gran lejanía parento-filial.
- 5.- Predomina la separación personal.
- 6.- Rara vez se pasa el tiempo juntos.
- 7.- Gran necesidad y preferencia por espacios separados.
- 8.- Se toman las decisiones independientemente.
- 9.- El interés se localiza fuera de la familia.
- 10.- Los amigos personales son vistos a solas.
- 11.- Existen intereses desiguales.
- 12.- La recreación se lleva a cabo individualmente.

B.- En las familias semirelacionadas se dan lo siguiente:

- 1.-Hay separación emocional.
- 2.-La lealtad familiar es ocasional.
3. El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
- 4.- Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva.
- 5.- Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.
- 6.- Se alienta cierta separación personal.
- 7.-El tiempo individual es importante, pero se pasan parte del tiempo junto.
8. Se prefieren los espacios separados, compartiendo el Espacio familiar.
- 9.-Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas.
- 10.- El interés se focaliza fuera de la familia.
- 11.- Los amigos personales raramente son compartidos con la familia.
- 12.- Los intereses de los miembros familiares son distintos.
- 13.- La recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

C.- En las familias relacionadas:

- 1.-Hay más cercanía emocional.
- 2.-Lo esperado es la lealtad familiar.
- 3.-Se enfatiza el involucramiento pero se aún permite la distancia personal.
- 4.-Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- 5.-Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento -filial.
- 6.-La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- 7.-El tiempo que se pasan juntos es importante.
- 8.-El espacio privado es respetado.
- 9.-Se prefieren las decisiones conjuntas.
- 10.-El interés se focaliza ahora dentro de la familia.
- 11.-Los amigos individuales se comparten con la familia.
- 12.-Se prefieren los intereses comunes.
- 13.-La recreación compartida antes que la individual.

D.- En las familias aglutinadas:

- 1.-La cercanía emocional es extrema.
- 2.-Se demanda lealtad hacia la familia.
- 3.-Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros.
- 4.-Faltan límites generacionales.
- 5.-Se dan coaliciones parento-filiales.
- 6.-No hay separación personal.
- 7.-La mayor parte del tiempo se pasa junto,
- 8.-Los intereses conjuntos se dan por mandato
- 9.-Se permite poco tiempo y espacio privado.
- 10.-Las decisiones están sujetas al deseo de grupo.
- 11.-El interés se focaliza dentro de la familia.
- 12.-Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.⁽¹⁸⁾

Según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser:

- A.- Rígidas,
- B.- Estructuradas,
- C.- Flexibles

D.- Caóticas.

A.- Las familias rígidas:

- 1.-El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental.
- 2.-La disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa es autocrática. Los padres imponen las decisiones.
- 3.- Los roles están estrictamente definidos.
- 4.- Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

B.- En las familias estructuradas:

- 1.-El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- 2.-La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones.
- 3.-Los roles son estables pero pueden compartirse.
- 4.-Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

C.- En las familias flexibles:

- 1.-El liderazgo es igualitario, permite cambios.
- 2.-La disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo.
- 3.-Los roles se comparten
- 4.-Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian.

D.- En las familias caóticas

- 1.-El liderazgo es limitado y/o ineficaz.
- 2.-La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia e sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas.
- 3.-En los roles, falta claridad y con frecuencia éstos se alternan e invierten.
- 4.-En las reglas, Se dan frecuentes cambios y éstas no se

hacen cumplir de manera consistente.

La evaluación de la **función familiar** tiene en Atención Primaria características específicas que la diferencian de la que pueden realizar otros sectores, ya que tiene el propósito fundamental de comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de cada paciente que acude a consulta con problemas individuales y que permiten reorientar su tratamiento a soluciones distintas a las que ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en este sector (18).

JUSTIFICACION

En el estado de Coahuila de acuerdo a la revisión estadística del SUAVE (Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica) del CONASIDA 2008 se reportaron 1495 casos de VIH/SIDA acumulados de 1995 al 2008. (3)

En Piedras Negras Coahuila actualmente existen 58 casos (1) de los cuales 15 corresponden a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La infección por V.I.H./SIDA representa un importante problema de salud pública, aunado a esto, el estigma de la sociedad y la familia lo convierten como un serio problema para el control y tratamiento de los pacientes y sus familias con V.I.H./SIDA

El estigma de los pacientes comprende; prejuicios culturales, discriminación y desacreditación de las personas que viven con V.I.H./SIDA. Se realiza el estudio debido a que en los paciente con diagnóstico de VIH se altera su autoestima y su entorno, esto hace que no acuda a sus citas subsecuentes y si a esto se suma la falta de unión emocional y adaptabilidad familiar, el efecto depresivo y de autoestima, se incrementa con un impacto psicosocial importante, hay poca evidencia sobre el apoyo familiar en pacientes con V.I.H. positivo indagando el grado de cohesión y adaptabilidad familiar que empeora su entorno durante el tiempo de la evolución de su enfermedad, de tal manera que nos permitirá abrir espacios entre el enfermo y su familia con el fin de lograr una mejor convivencia con las personas afectadas y reforzar la importancia del apoyo familiar durante su enfermedad.

Con este estudio se abren pautas para un tratamiento biopsicosocial del individuo y de su familia, destacando las interrelaciones, estructuras y la comunicación, unión emocional (cohesión) y adaptabilidad (flexibilidad) tanto personal como familiar.

Se cuenta con los recursos suficientes para llevar a efecto esta tarea los cuales consisten en:

Encuesta de faces III, Consentimiento informado, material de oficina diverso, un investigador (el autor), personal de trabajo social, un asesor y con un autofinanciamiento por el propio autor.

Estamos firmemente convencidos que del resultado del presente estudio se aportaran informaciones necesarias para modificar el manejo psicosocial de los pacientes con VIH/SIDA que coadyuvará en el mejor tratamiento de los casos y por ende en el reforzamiento positivo de su terapia logrando integrar a el propio individuo y a su familia

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la funcionalidad de las familias con pacientes VIH positivas de la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila.

ESPECIFICOS

- Evaluar la adaptabilidad de las familias con pacientes VIH positivas de la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila a través del instrumento de evaluación FACES III. - Conocer el grado de relación que existe en las familias con pacientes VIH positivas de la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras, Coahuila a través del modelo circunflejo de Olson.

METODOLOGIA

Se realizó estudio observacional, no probabilístico, de tipo transversal, descriptivo aprobado por el comité local de investigación en salud 508 de Piedras Negras, Coahuila en el que se incluyó un total de 15 familias de pacientes con VIH/SIDA, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar.

Para valorar la participación del resto de la familia en la dinámica familiar, se aplicó el instrumento FACES III que valoro a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello destina las preguntas para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en no relacionadas con un valor entre 10 y 34, semirelacionadas con un valor entre 35 y 40, relacionadas entre 41 y 45 y aglutinadas entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en rígida con un valor entre 10 y 19 puntos, estructurada entre 20 y 24, flexible entre 25 y 28 puntos y caótica entre los 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar el tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el modelo circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

En el Sistema de Información de (SIMF) Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar N° 79, reportó 15 casos de VIH positivos en el periodo comprendido entre noviembre del 2007 a noviembre del 2008.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De los 15 pacientes diagnosticados con VIH positivos de la Unidad de Medicina Familiar N° 79. El Universo de trabajo lo constituyeron las 15 familias de los pacientes con VIH positivos, trabajando con la totalidad de ellas.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión: se incluyeron familias con paciente con diagnóstico de VIH/SIDA bajo tratamiento institucional, se incluyeron pacientes y familias de sexo femenino y masculino de entre 18 y 45 años de edad, indistintamente de religión de tipología familiar, estado civil, origen, nacionalidad.

Criterios de exclusión:

- 1.-familias que no acudían regularmente a tratamiento
- 2.-familias que no se encontraron en su domicilio.
- 3.-familias diagnosticados previamente por un tipo de cáncer.
- 4.-familias no cooperativas.

Criterios de Eliminación.

1. familias que se den de baja durante el estudio, por migración perdida empleo etc.

VARIABLES A RECOLECTAR

VIH: paciente **VIH** positivo en el formato SIMF del departamento de epidemiología de UMF79 se hizo una revisión detectado 15 casos de pacientes con VIH positivos obteniéndose también el domicilio de paciente a donde se acudió para realizar las encuestas del modelo Olson, encontrándose que eran familias de estatus socioeconómico algunas de estatus socioeconómico bajo 3 medio 7 y cinco alto. Es el virus de inmunodeficiencia humana que se conoce con las siglas VIH ó HIV. El VIH es un virus lento que tarda varios años en provocar manifestaciones y tiene predilección por atacar las células del sistema de defensa de los seres humanos. El VIH solo ataca a los seres humanos y actualmente no existe duda de que sea el agente causal del SIDA.

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Aplicando el instrumento de FACES 111 a la pareja por individual y separado a través de 20 reactivos de una lectura explícita con duración de 30 a 45 minutos, cada uno de los miembros proseguía a contestar los 20 reactivos de forma personal y en silencio sin interactuar uno con otro donde los reactivos pares equivalen a la adaptabilidad y los impares a la cohesión

PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACION

Una vez identificadas a las familias de los 15 pacientes con VIH positivos, de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como el consentimiento informado, se les aplicó el instrumento de evaluación FACES III con el apoyo de. Los resultados fueron analizados por los médicos colaboradores, se graficaron mediante el paquete de office Excel, y se graficaron

El protocolo fue analizado y aprobado por el comité de investigación en salud 508 con el número de registro R-2008-508-4

CONSIDERACIONES ETICAS

Se trata de un estudio de investigación de bajo riesgo, el cual previamente fue autorizado por el comité de investigación en salud 508.

Se realizó de acuerdo a los criterios establecidos en la ética profesional médica, no incurrió en ninguna falta de daño físico o moral hacia los pacientes o la familia de estos, ya que la información obtenida se maneja en forma confidencial y se dio a conocer en los foros de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, requirió de la autorización de un Consentimiento Informado que invariablemente fue recabado antes de la aplicación de la entrevista entre todos los pacientes evaluados cuidando la discrecionalidad y la no discriminación así como la evitación de ofensas e injurias que pudieran lesionar su integridad física o moral, cumpliendo con esto los lineamientos de la Ley General de Salud así como las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos

RESULTADOS

De acuerdo al instrumento de evaluación del FACES III, utilizado a las familias de los pacientes con VIH, de la Unidad de Medicina Familiar N° 79 se encontró lo siguiente.

De acuerdo a la valoración de la cohesión familiar se encontró que predominaron las familias no relacionadas en un 46.6 %, donde hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia ,ausencia de lealtad a la familia y alta independencia; relacionadas en un 26.6%, es decir existe una considerable unión afectiva, fidelidad e independencia entre los miembros de la familia aunque con una tendencia a la dependencia; semirelacionadas en un 20% esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal y las familias aglutinadas en un 6.6% aquí prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, un alto grado de dependencia respecto de las dimensiones tomadas en común.

En cuanto a la adaptabilidad familiar el porcentaje mayor perteneció a las familias caóticas en un 60%, familias flexibles en un 20%, estructuradas en un 13.3% y finalmente la rígida en un 6.6%. la mayor parte de las familias se encontró en un nivel caótico, se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles y disciplina irregular.

La evaluación del Modelo Circunflejo del FACES III son los más viables para el funcionamiento de la familia, los niveles balanceadas y los de rango medio son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y familia y los extremos son los mas problemáticos, la mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento se encuentran en uno de los niveles extremos; En nuestro estudio se encontró que las familias estudiadas se

encuentran balanceadas en un 46.6%, en un rango medio en un 46.6% y finalmente las familias extremas en un 6.6%

DISCUSION

Existen antecedentes de estudios donde se valora la funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA en estudio realizado en el Hospital Juárez de México DF en el año 2006, donde se dio a conocer cómo influye el apoyo familiar y social en el comportamiento de los pacientes con VIH/SIDA ante el diagnóstico y tratamiento, estudiando 39 pacientes con diagnóstico confirmado VIH/SIDA así como a sus familiares por un lapso de dos años, encontrándose que el 64.7% tuvo apoyo familiar y 64.7% tuvo apoyo social y el 76.47 % se apego al tratamiento concluyendo que las familias que tienen los elementos para hacer frente a la situación y darle apoyo necesario al paciente surgirán los ajustes para la adaptación tanto para el enfermo como a los integrantes de la familia.(19)

Existe otro estudio donde se analiza la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria en la Unidad de Medicina Familiar 69 de Xalapa, Veracruz del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2006, donde se incluyeron los Diagnósticos de Salud Familiar, de acuerdo a la tipología familiar el 82% familias integradas, 82 % familias nucleares, 51% familias tradicionales, 86% Urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presento comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquías reciproca con autoridad. Los resultados del FACES III revelaron 43% de familias en rango medio 41% familias balanceadas y un 16% de familias extremas. Concluyendo que la comunicación directa y los límites claros predominan en las familias funcionales y balanceadas. (20)

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias que

determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera el entendimiento de diversas teorías para evaluar a las familias, permiten identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos.

En nuestro estudio de acuerdo al FACES III se muestra que el grado de cohesión en las familias estudiadas se encontró lo siguiente: no relacionadas en un 46.6 %, relacionadas en un 26.6%, semirelacionadas en un 20% y las familias aglutinadas en un 6.6%. Lo cual muestra un equilibrio en los diferentes rangos estudiados.

En cuanto a la adaptabilidad familiar el porcentaje mayor perteneció a las familias caóticas en un 60%, familias flexibles en un 20%, estructuradas en un 13.3% y finalmente la rígida en un 6.6%.

La evaluación del modelo circunflejo del FACES III se encontró que las familias estudiadas se encuentran balanceadas en un 46.6%, en un rango medio en un 46.6% y finalmente las familias extremas en un 6.6%. Lo cual traduce la gran capacidad de adaptación que tienen nuestras familias a pesar de su complejidad. Así pues, tomando en cuenta las referencias anteriores es que durante la presente investigación, se observó que la familia realmente juega un papel importante en el paciente con VIH/SIDA. Debido a que existe poca investigación en el área, en nuestro medio, se sugiere avanzar con estudios que lleven a identificar otras fuentes de apoyo psicosocial y lo anterior brinda la oportunidad de conocer las condiciones y opciones que tiene el paciente de recibir apoyo, donde el vínculo familiar se fortalezca con el paciente, con el objeto de brindar una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

La enfermedad produce cambios y crisis de la vida cotidiana de la persona que la padece y de su familia, y va a implicar criterios de reajuste en todos los integrantes de la familia.

La enfermedad no sólo tiene repercusiones para el propio paciente, sino también para las personas que la rodean y la manera en que los familiares afrontan la situación va a tener gran importancia en cómo lo haga el enfermo.

La situación de la familia de un enfermo de VIH/SIDA es de gran impacto emocional condicionado por múltiples temores, mitos e ignorancia que llevan al rechazo de la persona que vive con el VIH/SIDA.

La familia es una parte importante en la comprensión y manejo de la enfermedad VIH/SIDA, por lo que es necesario que la familia participe en el proceso, es decir, la familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención.

Al evaluar la funcionalidad se encontró que las familias están balanceadas en un 46.6% y en un rango medio en un 46.6%, esto nos habla que tienen una capacidad de adaptación y cohesión ante un evento para normativo.

Una de las funciones esenciales de la familia lo constituye el apoyo a los miembros que la integran, en el caso de que un integrante tenga una enfermedad crónica como es el VIH/SIDA, esta función adquiere importancia, ya sea físico o emocional, al cumplirse esa función pueden resolverse situaciones conflictivas que influirán en el control y apego al tratamiento.

Si la familia tiene los elementos para hacer frente a la situación y darle el apoyo necesario al paciente, surgirán los ajustes para la adaptación tanto para el enfermo como a los integrantes de la familia. Por lo que es importante que el médico familiar conozca instrumentos de trabajo como es el FACES III que le ayuden a tomar decisiones y poder discernir cuales pacientes requieren un apoyo familiar, así como tener capacidad de permitir poner en marcha modificaciones de la conducta y principalmente estrategias de cambio familiar.

Bibliografía.

- 1. Uribe-Zúñiga, Patricia; Maguis-Rodriguez, Carlos. Bases sobre el conocimiento del VIH/ETS.CONASIDA, actualización 2008.**
- 2. Dennis L .Kasper ; Eugenie Braunwald;Anthony S.Fauci;Stephen L.Hauser; Dan L. Longo;J.Larry Jameson. Harrison Manual de Medicina, McGraw-Hill.Interamericana.16ª Edición, 2005.**
- 3. Ferrera Rosman.Tratado de Medicina Interna.McGraw-Hill.Interamericana.14ª Edición, 2006.**
- 4. José Antonio Lamotte -Castillo. Infección-Enfermedad por VIH/SIDA.Medisan Vol.8 No.4, 2004.49-63.**
- 5. Sistema Nacional de Vigilancia EpidemiologicaNo.39 Vol.24 Sem.39 Septiembre 2002.**
- 6.- Geo.F.Brooks; Janet S.Butel; Stephen A.Morse.Microbiologia Medica de Jawet, Melinik y Adelberg. Manual Moderno 2004**
- 7.- Kumate Jesús; Muñoz Onofre; Gutiérrez Gonzalo; Santos José Ignacio. Manual de Infectologia Clinica.Mendez Editores. 17ª.Edicion 2008.**
- 8.-Lawrence M.Tierney, Jr.Stephen J.McPhee, Maxine A.Papadakis; Diagnostico clínico y tratamiento.41ª Edición 2006.**
- 9.-Guía para el manejo Antirretroviral que vive con VIH/SIDA 3ª Edición CENSIDA 2007.**

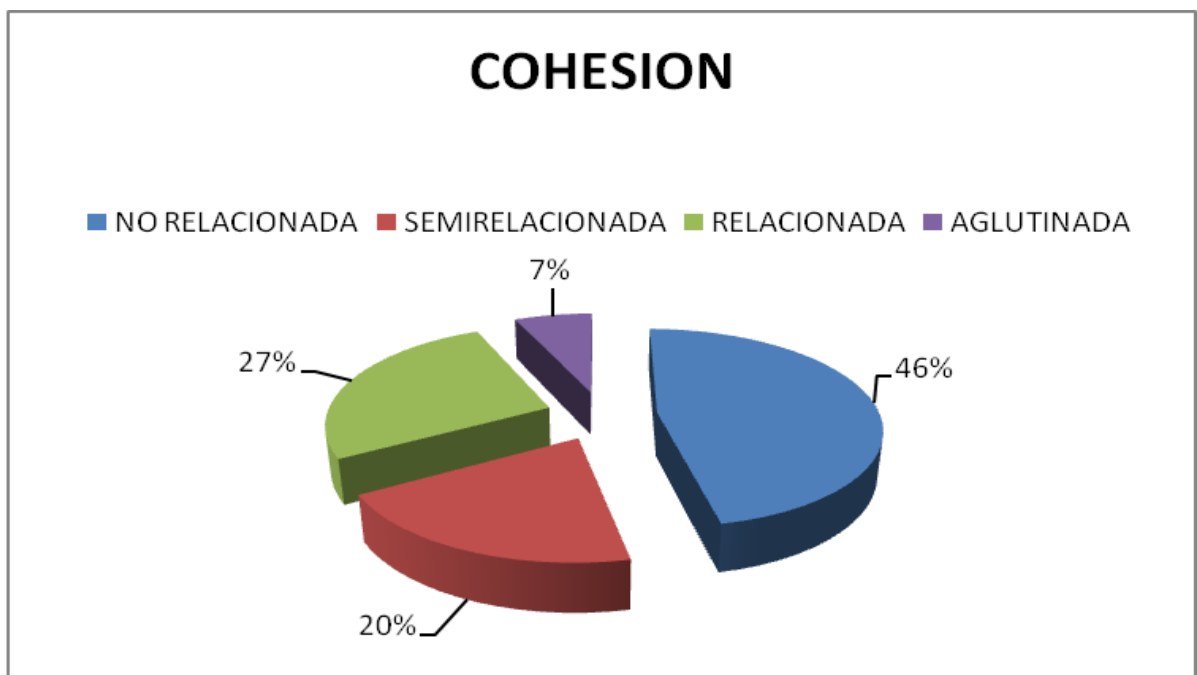
- 10.- Arturo Roizblatt S. Terapia Familiar y de Pareja. Editorial Mediterraneo 2006.**
- 11.-Angel Alberto Valdés Cuervo: Familia y Desarrollo, ed. Manual Moderno 2007**
- 12.-Medline HJ Dimensión de la medicina y práctica medica**
- 13.-Juan Max González Gallegos: La Familia como Sistema; Revista Paceaña de Medicina Familiar 2007; 4(6):111-114**
- 14.- Arnulfo E. Irigoyen Coria: Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Tipología Familiar; Editorial Medicina Familiar Mexicana 2004**
- 15.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Perez-Hernandez C. Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar en Atención Primaria.Arch.Med.Fam.2006:8(1)27-32.**
- 16.-Beatriz Zegers, M. Elena Larrin, Aquilino Polaino-Lorente, Alejandro Trapp, Isabel Diez: Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnostico del funcionamiento familiar en la población chilena; Revista Chilena de neuropsiquiatría 2003; 41(1):39-54.**
- 17.-Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. FACES III: alcances y limitaciones. Aten. Fam 2005;12(1).**
- 18.- Olson D.Sprenkle: Circumflex modelo of marital and family systems Interception, Cohesion and Adaptability, family types and clinical applications;**

Family process 2004; 18:3-28

19.- Gregorio Salcedo Avila. Apgar Familiar en Pacientes con VIH/SIDA; IMSS , Colima. 2006.

20.- Mendoza Solis LA, Soler Huerta E, Sainz-Vazquez L, Gil-Alfaro. Analisis de la Dinamica y Funcionalidad Familiar en Atencion Primaria. Archivos de Medicina Familiar. Vol.8 (1) 27-32.2006

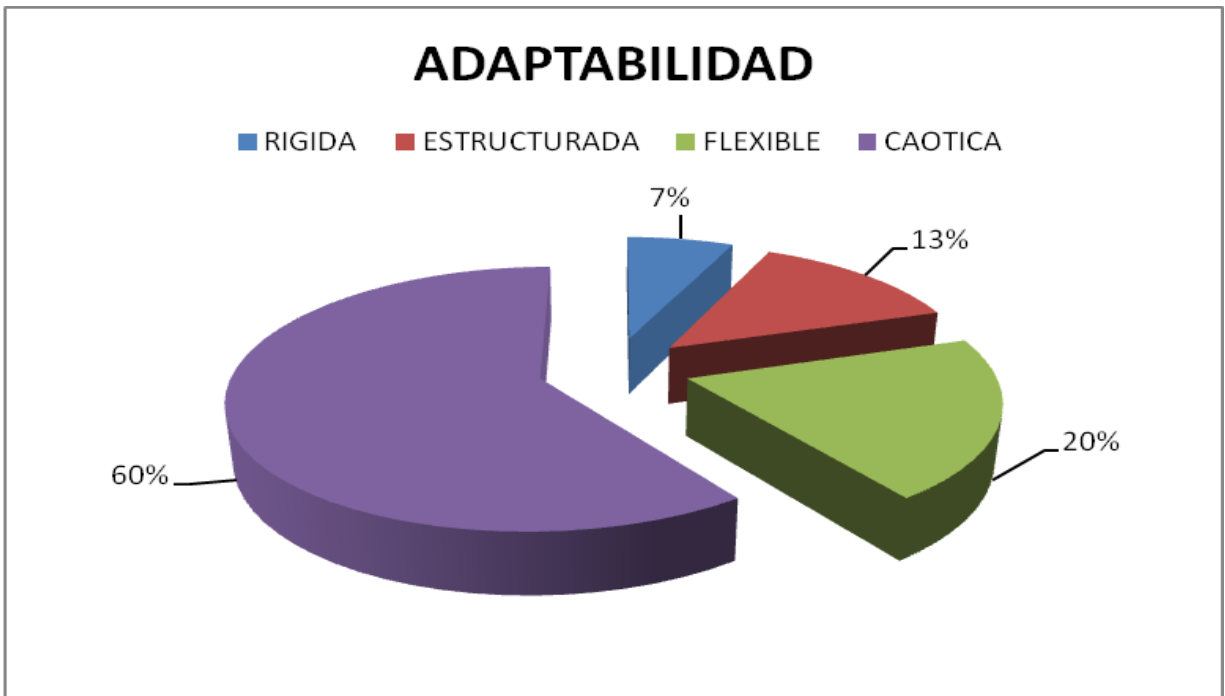
12. ANEXOS



ANEXO 1

N 15

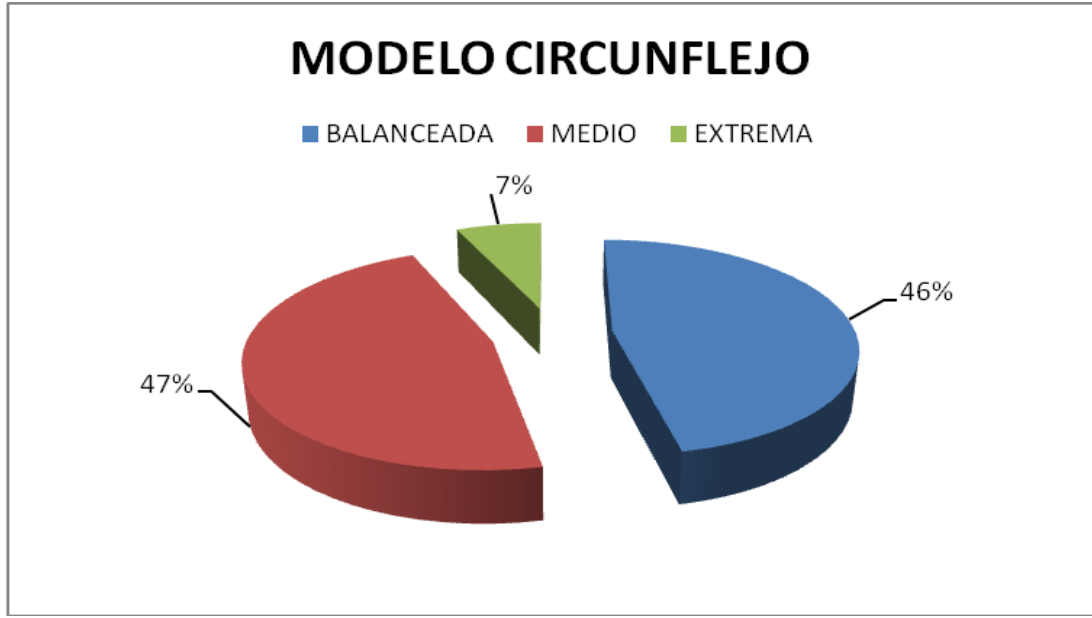
FUENTE: Historia Clinica Familiar



N 15

FUENTE: Historia Clínica Familiar

ANEXO 2



ANEXO 3

N 15

FUENTE: Historia Clínica Familiar

