



11726
29
154

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 33
Residencia de Medicina Familiar

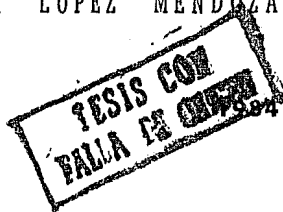
LA SIFILIS Y BLENORRAGIA COMO ENFERMEDAD DE
TRANSMISION SEXUAL Y SUS REPERCUSIONES EN LA
DINAMICA FAMILIAR

T E S I S

Que para obtener el Postgrado de
MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a

DRA. MARIA LOPEZ MENDOZA

México, D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E .

1.- Generalidades	7
2.- Identificación del problema	10
3.- Justificación del problema	12
4.- Marco teórico de referencia	
4.1.- Sífilis	13
4.2.- Blenorragia	23
4.3.- Aspectos familiares	31
4.4.- Clasificación de la familia	33
4.5.- Funciones básicas de la familia	36
4.6.- Ciclo de vida de la familia	38
4.7.- Dinámica de la familia	41
4.8.- Clasificación triaxial de la familia	45
4.9.- Familiograma	47
4.10.- Comunicación	50
5.- Hipótesis	53
6.- Objetivos	54
7.- Universo de trabajo	55
8.- Diseño de la investigación	56
9.- Metodología	58
10.- Resultados	67
11.- Conclusiones	100
12.- Bibliografía	104

INDICE DE GRAFICAS Y CUADROS.

Gráfica 1.	Porcentaje de pacientes casados	74
Gráfica 2.	Edad de los pacientes.	75
Gráfica 3.	Edad de los cónyuges	77
Gráfica 4.	Ocupación	78
Gráfica 5.	Domicilio	79
Gráfica 6.	Religión	80
Gráfica 7.	Nivel económico	81
Gráfica 8.	Tipo de familia	82
Gráfica 9.	Estado civil	83
Gráfica 10.	Escolaridad	84
Gráfica 11.	Opinión sobre el programa de planificación familiar del ImSS	85
Gráfica 12.	Concepto de enfermedad	86
Gráfica 13.	Concepto de sífilis y blenorragia	87
Gráfica 14.	Concepto sobre tratamiento	88
Gráfica 15.	Información sobre el mecanismo de transmisión	89
Gráfica 16.	Demanda de consulta	90
Gráfica 17.	Comunicación	91
Gráfica 18.	Sentimientos del paciente	92
Gráfica 19.	Sentimientos del cónyuge	93
Gráfica 20.	Repercusiones en la actividad social	94
Gráfica 21.	Actividad social de los familiares	95
Gráfica 22.	Aspecto sexual	96
Gráfica 23.	Relaciones extramaritales	97

Gráfica 24.	Alcoholismo	98
Gráfica 25.	Higiene	99

GENERALIDADES.

En las últimas décadas, la dinámica de la población en México se ha caracterizado por una elevada tasa de crecimiento. La población total del país en 1940, era de 19.7 millones de personas; en 1970 ascendió a 48.2 millones y en 1980 alcanzó la cifra de 64.4 millones de habitantes. Esto quiere decir que la población se ha incrementado casi 2.5 veces en los últimos 40 años.

En gran parte los derivados del crecimiento demográfico ha originado profundos desajustes sectoriales, disparidad social, escasez de recursos per cápita, y en general, un rechazo global de la sociedad. Es aquí ante la perspectiva que ofrece el devenir histórico del desarrollo del país donde se encuentra el significado preciso y la trascendencia del hecho educativo; lograr cambios educativos, individual y social en las actitudes y comportamiento con relación a la reproducción.¹

En la mayoría de los países en desarrollo, ya se ha llegado en la situación en la que los adolescentes constituyen una gran proporción de la población que va en aumento rápidamente.

El 55 % de la población actual (mundial), está integrada por menores de 25 años y en muchos países en desarrollo, ya se ha llegado a la situación en que más de la mitad de la población está formada por jóvenes menores de 15 años, y en México, 67.8 % de la población son

menores de 25 años, el 56 % de 19 años y un 45 % son menores de 15 años.

Datos proporcionados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), muestra que la actividad sexual durante la adolescencia y las relaciones extramatrimoniales es un fenómeno mundial que va en ascenso.²

La madurez sexual temprana en los adolescentes y el desplazamiento de la vida sexual activa y con él está en contacto con enfermedades sexualmente transmitidas influida por factores múltiples como son mayor liberación sexual, la relajación de ciertos valores morales y éticos, la acentuación de los movimientos migratorios del campo a la ciudad, con el contingente de adolescentes que se trasladan de sus lugares de origen a las grandes urbes en la que viviendo fuera del hogar, encuentran mayores facilidades y oportunidades para la relación sexual ocasional. También la falta de educación sexual, la defectuosa estructura de la personalidad, de la influencia de situaciones derivadas de hogares conflictivos y desorganizados, de la cada vez más abierta homosexualidad, y otros factores como son de urbanización, industrialización y modernización que ha influido en la modificación de las normas que prohíben las relaciones sexuales en los adolescentes y adultos, ya sea prematrimoniales o extramatrimoniales.

Esta situación ha hecho que éste busque la satisfacción sexual en forma más frecuente, aunado la carencia de

información referente a la sexualidad. Así mismo, la ca
rencia de educación en el aspecto sexual en los pacientes
casados, ocasiona que se incremente la búsqueda de rela-
ciones extramaritales, lo que ha llevado a un incremento
de las enfermedades de transmisión sexual.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Durante los últimos años, ha habido elevación gradual de las enfermedades de transmisión sexual, específicamente sífilis y blenorragia, haciendo de éstos un problema de salud pública.

Los adolescentes ante las relaciones sexuales han cambiado hacia una mayor tolerancia y en muchas ocasiones hacia la promiscuidad..

El uso de medios anticonceptivos ha dado menor temor al embarazo, lo que ha propiciado mayor número de contactos sexuales intra y extramaritales y colateralmente menor uso de contraceptivos físicos (condón), que ofrecían alguna protección a la infección. Los movimientos de población internos, como resultado de la industrialización y urbanización creciente, o los externos, en el caso de los trabajadores migratorios, viajeros y conflictos bélicos, también ha propiciado un clima favorable para el sexo, así como al alcoholismo, la prostitución comercial y clandestina, el bajo ingreso económico, el uso de antibióticos y por lo consiguiente el menor temor a la enfermedad.

Ningún grupo socioeconómico está exento de la enfermedad. El cambio operado actualmente en el ambiente social y moral y el concepto de la libertad sexual que en nuestros tiempos tiene el hombre, son factores que ha aumentado claramente la frecuencia de la gonorrea.

El índice de gonorrea en urbes con población de 200 mil habitantes o más, es de 610 X 100 mil habitantes. En ciudades de 50 mil a 200 mil habitantes disminuye a la mitad, y en poblaciones más pequeñas y zonas rurales se registra un índice de 84, o sea, la séptima parte correspondiente a las grandes urbes.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA .

La sífilis y blenorragia son un problema social, ambos padecimientos han sido analizados ampliamente, pero no existen investigaciones en lo referente a sus repercusiones en la dinámica familiar que se presentan en las familias de los pacientes que los presentan, por lo cual se considera de importancia la realización de la presente investigación.

M A R C O T E O R I C O D E
R E F E R E N C I A .

Historia de la Sífilis.

Durante los siglos XVI a XIX, se comenzaron a conocer muchos aspectos clínicos y patológicos de la enfermedad, pero no fué sino hasta principios de este siglo cuando se descubrieron sus características fundamentales. El agente etiológico *TREPONEMA PALLIDUM*, fué descubierto por Schaudinn y Hoffmann en 1905.

Posteriormente Wassermann y colaboradores introdujeron las pruebas serológicas como medio de diagnóstico. En 1949, Nelson y Mayer inventaron la prueba de inmovilización de *Treponema pallidum*. Más tarde se desarrollaron otras pruebas para la demostración de los anticuerpos humorales.

En 1910, Ehrlich anunció el descubrimiento de la arsfenamina, y en 1910, Wagner demostró la utilidad de la malarioterapia en la parálisis general progresiva. Estos fueron los dos adelantos más importantes en el tratamiento de la sífilis hasta 1943, cuando Mahoney y colaboradores, encontraron que la penicilina era muy efectiva en los estadios tempranos de la enfermedad.¹⁰

Las primeras medidas adoptadas en relación con el control de esta enfermedad, se inició en el siglo XIX. Sin embargo, incluso, hasta 1830, año en que se estable-

ce el diagnóstico de la sífilis en varios casos, a este padecimiento se le solía confundir con otras enfermedades principalmente la lepra.

Concepto de la Sífilis.

La sífilis es una enfermedad infecciosa, contagiosa y crónica, generalizada, causada por una espiroqueta delgada llamada *Treponema pallidum* que se transmite generalmente, por contacto sexual.

La sífilis puede causar destrucción tisular e infiltración crónica en casi la totalidad de los órganos de la economía y suele tener manifestaciones clínicas muy variables.

Periodo pre-patogénico. (factores de riesgo).

Agente.

Es causada por una espiroqueta llamada *Treponema pallidum*, el cual no se ha determinado si el microorganismo es una bacteria o pertenece al grupo de los protozoos; muchos creen que el organismo pasa a través de un ciclo evolutivo de vida (sólo una fase de éste se ha identificado).

Las pruebas de corrección de este ciclo podrían clasificar al *Treponema pallidum* como un protozoo.

Es casi imposible ver el organismo en preparaciones

frescas, excepto cuando está iluminado contra un campo oscuro, bajo una tinción de violeta china.

Las espiroquetas existen abundantemente en todas las lesiones sífilíticas primarias y secundarias. Para obtener material para exámenes, la superficie de la lesión es paspada hasta que aparezca exudado sérico que puede ser exprimido, éste suero se colecta en un tubo capilar y se examina por alguno de los métodos anteriormente descritos.

Las espiroquetas mueren rápidamente cuando se retiran del campo favorable al huésped. En medios húmedos, pueden vivir por pocas horas ya que si permanecen en campos secos mueren rápidamente.

Bajo condiciones especialmente controladas de temperatura y falta de oxígeno, puede ser posible guardar espiroquetas vivas por varios días. Las espiroquetas son rápidamente destruidas por temperaturas aún más bajas que las usadas para la pasteurización. Pueden destruirse por medio de antisépticos débiles y el efecto destructivo de agua y jabón es especialmente rápido.

Huésped.

La espiroqueta afecta solamente a humanos. Ataca a ambos sexos, especialmente a jóvenes entre 15 y 20 años, a hétero y homosexuales. La frecuencia de relaciones sexuales, el despertar sexual del adolescente, la inadecuada selección de la pareja, el número de personas

con las que se tiene contacto, individuos con conflictos o la mayor duración de la etapa sexual activa, favorecen la oportunidad de adquirir la infección.

Ambiente.

La actitud de la población joven ante las relaciones sexuales premaritales, ha cambiado hacia una mayor tolerancia y en muchas ocasiones, hacia la promiscuidad. El uso de anticonceptivos propicia el mayor número de contactos sexuales. Los movimientos de población internos, como resultado de la industrialización y urbanización crecientes, a los externos, en los casos de trabajadores migratorios, viajeros y conflictos bélicos también lo propician, así como el clima favorable al sexo, el alcoholismo, la prostitución comercial y clandestina, el bajo ingreso, el uso de antibióticos y , por consiguiente, el menor temor a la enfermedad y la falta de lugares de recreación.

PREVENCION PRIMARIA.

Promoción de salud.

Es indispensable promover la educación médica en la comunidad, tanto desde el punto de vista sexual como mental. Enseñar al individuo joven el significado de la

sífilis, para conocer tanto al Ministerio como a estudiantes, obreros y padres de familia la magnitud y consecuencias de esta enfermedad. Que exista una preparación prenupcial y prenatal, adiestramiento de equipo humano para la salud ambiental pero que sea multidisciplinario.

Protección específica.

Hacer incapié en las medidas preventivas, tanto químicas (agua y jabón, antisépticos, etc.), como mecánicas (preservativos) y quimioterapéuticas (antibióticos). Serología prenupciales y prenatal, evitar promiscuidad sexual, control estricto de la prostitución comercializada, evitando la clandestina, y de las desviaciones sexuales.

PERIODO PATOGENICO.

Etapas Subclínica.

Siendo la sífilis altamente contagiosa por contacto sexual, hay una reproducción del *Treponema pallidum* en el sitio de la inoculación, se invade la piel y mucosas y se diseminan por todo el organismo. Esta etapa que dura aproximadamente de una a tres semanas, cursa clínicamente asintomática aún cuando podría presentarse en algu

nos casos con una serología positiva (VDRL positivo).

Para poder transmitir la infección a los humanos, es necesario que el organismo sea transplantado a una área húmeda y relativamente libre de oxígeno. La transmisión a través de la piel seca es difícil, a menos que exista una lesión. Por lo tanto, debido a las características de crecimiento en medio húmedo de la espiroqueta, se ha considerado como venérea. El peligro para el médico o la enfermera en manejar casos de sífilis con lesiones activas externas, es relativamente bajo, especialmente si las manos están libres de lesiones y si son lavadas inmediatamente con agua y jabón. Por lo tanto, el uso de guantes es aconsejable ya que las lesiones de sífilis temprana contiene grandes cantidades de espiroquetas y podrían existir lesiones pequeñas no visibles en las manos del examinador.

ETAPA CLINICA.

Síntomas y signos.

Al término de la etapa sub-clínica aparece el chancro, considerado como la lesión primaria; se manifiesta como una erosión mucosa o cutánea, casi siempre superficial con bordes indurados, incolora, con secreción serosa y acompañada de adenopatía regional. La duración habitual es de 3 a 4 semanas con variaciones de 3 a 4 se

manas con variaciones de 1 a 3 llamándose hasta este momento sífilis primaria.

La etapa secundaria se inicia de 2 a 10 semanas después del chancre. Si el individuo no es tratado, se manifiesta por una erupción simétrica maculopapulosa en la cavidad bucal; las lesiones se ulceran (placas mucos--sas) y en el periné se tornan vegetativas (condilomas planos); las lesiones son induradas no pruriginosas. La humedad en la boca y en el periné erosiona las lesiones que son altamente infectantes. Las lesiones cutá--neas en manos y pies que no han perdido su capa epite--lial no son infectantes. Se aprecia adenopatía generalizada. La fase eruptiva puede terminar en dos a 6 semanas y por lo general este periodo secundario, comprende de 1 a 2 años, pudiendo observarse recaídas clínicas durante el mismo.

Al periodo secundario sigue una fase de latencia que puede durar entre 2 a 20 años y en la cual no hay manifestaciones clínicas, fundándose el diagnóstico en la historia clínica y en el hallazgo serológico positivos a títulos altos en la fase inicial (2 a 4 años) y menos elevados en la fase tardía.

Las lesiones cutáneas de la sífilis tardía así como las lesiones en aparato cardiovascular y vísceras, huesos, ojos y sistema nervioso central, dan origen a las lesiones llamadas gomosas, estígnas y tabes.

Diagnóstico.

Puede establecerse por el hallazgo del Treponema en las lesiones con técnica de campo oscuro y principalmente con la serología positiva (VDRL). Debe recordarse que pueden existir reacciones falsas positivas, por ejemplo: tuberculosis, neumonías atípicas, endocarditis, varicela, escarlatina, mononucleosis infecciosa, lepra lepromatosa, en los drogadictos y en enfermedades de la colágena, en especial el lupus generalizado y en enfermedades autoinmunes.

Como complicaciones podrían considerarse todas las lesiones que se presentan en la sífilis secundaria y en terciaria y como consecuencia de omisión del tratamiento.

La incapacidad que pudiera presentarse en los individuos afectados de esta enfermedad vendría a estar en relación directa con la secuela ocasionada por las complicaciones del sistema vascular, sistema nervioso central, etc. Igualmente la repercusión de éstas estará en razón directa con el daño recibido.

PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

El Diagnóstico precoz debe estar en relación direc-

ta con lesiones primarias (chancros) y serología positiva. Tener muy en cuenta los factores de riesgo.

El médico tendrá que descubrir sífilis latente y detectar signos tempranos de la sífilis tardía, mediante exámenes del sistema cardiovascular y del sistema nervioso central y por las alteraciones del líquido cefalorraquídeo, y conocer las complicaciones de la sífilis no tratada.

LLIMITACION DEL D.L.O.

Tratamiento.

El tratamiento de lesión es sobre la base de penicilina procaínica 600,000 U por 24 horas por 10 días, ó 2,400,000 U de penicilina G benzatínica intramuscular. En la mayoría de los casos en las formas tardías, se aplican 3,000,000 U de penicilina G benzatínica semanalmente; o bien, 600,000 U de penicilina procaínica durante 15 días. En individuos alérgicos a la penicilina, podrá usarse eritromicina a razón de 30 a 40 mg/Kg de peso de 10 a 15 días; o tetraciclina 25 mg/Kg de peso por día durante 10 a 15 días, ambas por vía oral.

PREVENCIÓN TERCERIA.

Rehabilitación.

La rehabilitación del paciente dependerá de las complicaciones que haya adquirido: seguera, puerperias, artritis y tabes (PGP).

ACTIVIDADES SUGERIDAS.

Practicar serología en los adolescentes investigando factores de riesgo a que se hayan expuesto.

NIVELES DE ATENCION.

Primario.- El médico general deberá estar capacitado para valorar factores de riesgo, colaborar a la prevención primaria por medio de pláticas, hacer el diagnóstico tan precoz como sea posible, aún en fase sub-clínica y tratar oportuna y exitosamente a los pacientes.

Secundario.- El pediatra y el ginecoobstetra desarrollarán las mismas funciones.

Terciario.- El especialista deberá resolver si persisten problemas por complicaciones.

Blenorragia.

Concepto.

La blenorragia o gonorrea es la enfermedad venérea más difundida en el grupo de 10 a 19 años de edad. Esta y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, son esencialmente enfermedades de la conducta y si es posible controlar la conducta sexual, también será posible el control de las enfermedades venéreas.

Período pre-patogénico. (factores de riesgo).

El microorganismo productor es la *Neisseria gonorrhoeae*, llamada comúnmente gonococo. Se trata de un diplococo Gram negativo del género *Neisseria*, que mide de 0.6 a 1.0 micra de diámetro y suele observarse en parejas en forma de habichuela o riñón. En los frotis que contienen pus, se observa en el interior de los leucocitos polimorfonucleares; sin embargo, al principio de la enfermedad pueden identificarse a veces fuera de la célula.

Huésped.

La enfermedad se contrae casi siempre por contacto sexual, salvo la conjuntivitis y en ocasiones la bulbo--vaginítis en preadolescentes. Son infectados tres veces

más los varones que las hembras, y la frecuencia más elevada es en adultos de 20 a 24 años, seguida de jóvenes de 15 a 19 años. El ataque de gonorrea no confiere inmunidad a reinfecciones subsiguientes, causadas a menudo por el compañero de pareja no tratado.

En homosexuales es frecuente la proctitis por contaminación rectal, y es menos conocida la faringitis por felación.

Ambiente.

Es afectado cualquier nivel socio-económico influyendo factores ambientales, moral y la falta de educación. Aunado a ésta, tenemos la libertad sexual que es factor importante para la adquisición de la enfermedad.

Prevención Primaria.

Promoción de la salud.- La educación sexual es indispensable para lograr el desarrollo cabal y sano de la personalidad del adolescente:

- 1.- Ayudar al adolescente a conocerse y comprenderse física, social y emocionalmente.
- 2.- Aplicar estos conocimientos de manera que pueda lograr un papel social aprobado.

- 3.- Impedir y eliminar la aparición de temores, ansiedades y falsedades en cuanto al sexo y desarrollo sexual.
- 4.- Ayudarlo a alcanzar independencia emocional.
- 5.- Alcanzar independencia emocional en forma gradual en cuanto a los padres.
- 6.- Establecer el grupo de valores y un sistema ético.

Protección específica.

No hay método alguno para producir inmunidad artificial. Esta comienza en el paciente infectado, valiéndose de destreza, tacto y persuasión; se trata de obtener el nombre de las personas a quienes se ha expuesto; cuando se descubre los contactos se examinan y se tratan. En caso de haber infección, sobre todo en las mujeres, (gonococia), se tratan profilácticamente, por la dificultad de diagnosticar la gonorrea en la mujer.

La profilaxis mecánica, química o con antibióticos no es eficaz ni útil y ha dejado de insistirse en ella.

Periodo patogénico.

Etapa sub-clínica.

Después del contacto sexual, el gonococo ataca al epitelio cilíndrico y de transmisión de la uretra del hombre, ya que el epitelio estratificado de los labios

y la varón resisten a sus ataques. En el hombre, el promedio de incubación es de 3 a 5 días pudiendo ser de 1 día a dos semanas. En la mujer es difícil, quizá imposible, saber el momento en que aparecerán los primeros síntomas. En esta etapa no hay cambios anatomofisiológicos y químicos sistémicos.

Gonorrea asintomática.

Es la etapa en la cual no existen signos ni síntomas cilíndricos del padecimiento identificables por el paciente o por el examen médico. En la mujer representan el 90 % y en el varón el 10 %; sólo se diagnostica mediante pruebas de laboratorio.

El cultivo de thayer martin es la mejor prueba y solo posee positividad en el 50 % al 70 % de los casos.

Es preciso practicar en toda mujer sospechosa, cultivo del cuello uterino, del recto y de la faringe, y en el hombre el cultivo del raspado uretral se puede acompañar de cultivo en el recto (homosexuales).

Etapa clínica.

Síntomas y signos.

Después de un día o dos semanas del contacto sexual, el hombre refiere malestar a lo largo de la uretra, se -

guida de polaquiuria. Para entonces ya ha penetrado el gonococo en el epitelio cilíndrico de la uretra anterior y ha llegado a la submucosa. Continuando con una respuesta inflamatoria, manifestada por secreción uretral mucóide con disuria, que pocas horas después se convierte en purulenta de color amarillo sucio; los síntomas generales son leves. La infección se localiza en la uretra anterior, después en la uretra posterior, próstata y vesícula seminales.

En la mujer la gonorrea aguda, invade la uretra, las glándulas de Skene, la de Bartolín y el cuello uterino. La vagina queda siempre exenta de infección.

Cuando el gonococo muere, libera una endotoxina, lipoproteica polisacárida, irritante, de la cual depende la secreción purulenta y la balanitis y cervicitis erosiva características de la enfermedad.

Complicaciones.

Estas son las principales:

- a) enfermedad inflamatoria pelviana con extensión desde el cuello hasta la cavidad uterina. donde produce una endometritis pasajera.
- b) Carditis; la frecuencia y gravedad de las complicaciones cardiacas son menores que en la era pre-antibiótica.
- c) Gonorrea oftálmica.- en la oftalmía gonocócica neonata

torum, los gonococos pasan por el cuello uterino de la madre del producto en el momento del parto; el periodo de incubación es de 3 días. La secreción conjuntival acuosa se torna espesa y purulenta, se aprecia edema palpebral e inyección conjuntival, la córnea pierde su brillo y finalmente se ulcera.

d) meningitis.- es muy rara y se trata con penicilina, intravenosa de 1 a dos semanas.

e) Artritis.- es la causa más frecuente de artritis infecciosa, modificada actualmente por el uso de penicilina; es casi siempre poliarticular y las partes más afectadas son muñeca y rodillas. El tratamiento de elección es la penicilina de 10 a 20 millones de U diarias por 7 a 10 días.

f) La dermatitis y perihepatitis gonocócica son raras.

g) La orquitis es también rara actualmente.

Incapacidad.

Se puede presentar como secuela de artritis, salpingitis con estenosis tubárica y esterilidad secundaria. Siempre puede haber limitación visual en algunos casos de oftalmia neonatorum.

Estado crónico.

Ocurre sobre todo por infección de la glándula pros

tática.

Prevención secundaria.

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se basa fundamentalmente en la investigación bacteriológica por frotis y principalmente por cultivo del raspado uretral en el hombre y por cultivo del raspado del cuello uterino de la mujer. Las complicaciones son más comunes en los portadores asintomáticos.

Limitación del daño.

La droga de elección es la penicilina G procaínica, en suspensión acuosa, a dosis de 2.4 millones de U en forma intramuscular y 48 horas mástarde una segunda inyección de la misma. Con cepas resistentes se sustituye la dosis básica de 2.4 millones de U por la de 4.8 millones de U.

En pacientes sensibles, a la penicilina, se dá tetraciclinas, 0.5 g por cada 6 horas por 12 días, espectinomina, 4 g intramuscular, cefaloridina 2 g intramuscular por dos días, o doxiciclina o minociclina oral, 100 mg dos veces al día.

Prevención terciaria.

Rehabilitación.

Se hace a través del oftalmólogo, ginecólogo, urologo, etc., de las diferentes secuelas.

Niveles de atención.

Primario.- El médico general deberá estar capacitado para evaluar los factores de riesgo, colaborar en la educación sexual de los jóvenes y contar con recursos técnicos y científicos para una labor eficaz, e instituir un tratamiento oportuno.

Secundario.- El pediatra y el ginecoobstetra, además de las características anteriores, tendrá un conocimiento exacto sobre la prevalencia y tratamiento de las diferentes complicaciones.

Terciario.- El especialista en complicaciones más comunes deberá conocer con exactitud su incidencia y tratamiento integral.

Aspectos familiares.

La familia.

Una de las características del ser humano, es el hecho de vivir en sociedad. Desde el nacimiento hasta la muerte realizamos nuestras actividades dentro de un conglomerado, ya sea, en esta familia, la escuela, el trabajo, el equipo, la comunidad, o la misma ciudad.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo de la sociedad, indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. Para el hombre, la autosuficiencia es algo imposible, sólo puede existir un grado de autonomía. La familia debe ser una unidad integral a pesar de las diversas tensiones psicológicas, sociales, ambientales, económicas y orgánicas que pueden influir en ella⁹

En el campo de la sociología, la familia tiene un concepto más serio ya que se encuentra dentro de una sociedad y en la cual recibe influencias múltiples, rápidas, y algunas ineludibles, por lo que se ha establecido que cada sociedad tiene un tipo de familia que va de acuerdo con sus patrones e intereses culturales, y por otro lado, la relación que hay entre sus componentes es muy variable, además de que las familias tienen un curso establecido en el desarrollo de la misma y no puede darse que durante todas esas etapas se requiere que sea

la familia como un centro de salud dental y que exista equilibrio sico-social y trascendente.

A medida que avanza la familia cada miembro constituye dentro de sí una imagen de su propia familia que no siempre está regida por un criterio de realidad, sino por poderosos determinantes psicológicos; esta familia internalizada es un modelo, de que manera inconsciente se trata de reproducir al constituir nuestra propia familia.

Definición de Familia.

Según Parlem, considera que la familia es un grupo social constituido por el padre, madre y hijos y circunstancialmente otro tipo de parientes consanguíneos que viven bajo un mismo techo y en caso de no ser así, aportan condiciones que influyen en su interacción,

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Para el estudio de la familia desde el punto de vista, nos interesa la siguiente clasificación:

DESDE EL PUNTO DE VISTA DESARROLLO:

Moderna	30 %
Tradicional	60 %
Arcaica o primitiva	10 %

DESDE EL PUNTO DE VISTA DEMOCRATICO:

Urbana	60 %
Rural	40 %

(siendo la rural, aquella que está en poblados de menos de 2,500 habitantes).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE COMPOSICION:

Nuclear: Padres e hijos exclusivamente.

Extensa; constituida: por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.

Extensa o compuesta: Constituida por lo anterior, más - compadres y amigos viviendo bajo el mismo techo.

DESDE EL PUNTO DE VISTA INTEGRACION:

Integrada: Cuando los cónyuges vi-

ven, pero cumplen su función.

Semiintegrada: Cónyuges que viven, pero no cumplen sus funciones en forma adecuada.

Desintegrada: Cuando falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorciado, separación o abandono.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

Campechina:

Obrera:

Profesionista:

Desde el punto de vista desarrollo, tenemos que en nuestro medio, la más frecuente es la familia tradicional el cual es numerosa, excede de dos generaciones, sus miembros poseen un patrimonio común, respetan y conservan los valores culturales transmitidos por sus antecesores; funcionan como una unidad de educación, protección y producción; sus diferentes miembros tienen relaciones jerárquicas, estrictas contando con un poder centralizado, generalmente en el jefe de la familia, poseen tecnología aunque no compleja, permiten el acceso restringido de los medios masivos de comunicación.

La familia moderna es poco numerosa, no excede de una generación; la influencia de los valores tradicionales entre sus miembros es mínima, los que los hace muy

susceptibles a cambios, tienen marcada tendencia a realizarse para el futuro, la educación de los hijos es centralista, permitiendo que otros grupos ambientales se inscriban.

FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA.

Responsabilidades fundamentales de la estructura familiar que determina la sobrevivencia de la misma.

1.- Adaptación social:

- a) transformación del individuo durante los años en un ser social capaz de participar por completo en la sociedad.
- b) Lenguaje; sus papeles importantes en las diversas etapas de la vida, las normas y esperanzas socio-culturales.
- c) El aprendizaje.
- d) En la madre como responsabilidad primaria de socializador.
- e) socialización secundaria; compartida con la escuela, amigos, etc.

2.- Cuidado:

- a) el llenar las necesidades físicas y sanitarias de los miembros de la familia. El estado socioeconómico. La probabilidad es de buena salud y larga vida, y están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

3.- Afecto:

- a) Las necesidades afectivas producen recompensas básicas de la vida familiar tanto a los padres como a los hijos.

- b) La madre; las necesidades emocionales de la familia.
 - c) La atención y el afecto son parte del proceso de adaptación social, la recompensa y los castigos.
- 4.- Reproducción:

- a) La de producir empleos a la sociedad.
- b) Matrimonio y familia como reguladores de la conducta sexual.
- c) Planeación familiares, prioridad de la función familiar.

5.- Estado..

- a) Relacionado directamente con la tradición familiar. Responsabilidad de proveer lo necesario para la socialización que permite al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA
ASPECTOS PSICODINAMICOS.

Matrimonio.

Elección de pareja.

Contrato.

Desprendimiento.

Complementariedad.

Roles.

Pautas transaccionales.

Limites.

Modalidad del vínculo.

Renegociamiento de pautas transaccionales extrafamiliares
e intrafamiliares.

Ajuste sexual.

Expansión.

Embarazo-complenitud.

Simbiosis-dependencia.

Segregación-depresión-angustia.

Renegociación de pautas transaccionales.

Autismo primario-comunicación preverbal.

Proceso, separación, individualización.

Rol, necesidad, asumido.

Función del nombre.

Localización de subsistemas.

límites-vínculos intra y extrafamiliares.

Dispersión .

Resolución del edipo.

Primer día de clases.

Interacción-confrontación.

Rol alumno-rol maestro.

Crisis familiar-desprendimiento.

Espectativas del grupo.

Espectativas del YO.

Sentido de pertenencia-cooperación.

Independencia.

Pubertad-menarquia.

adolescencia.

Sentido de omnipotencia.

Noviazgo.

Climaterio, masculino-femenino

Sensación de duelo.

Angustia de muerte-soledad.

Casamiento de los hijos.

Retiro y Muerte.

Jubilación.

Vejez.

Solecismos.

Renegación de pactos transaccionales.

Reafirmación-angustia de muerte.

Fuente necesidad de dependencia.

Sensación de minusvalía.

Muerte de alguno de los cónyuges.

Proceso de duelo.

Enfermedad crónica.

Incrementa la dependencia.

D I N Á M I C A F A M I L I A R .

La dinámica familiar.- Según Jackson, 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.11

La familia es algo más que la suma de los resultados de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse, producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituyendo un sistema abierto formado por varios subsistemas, organizados por generaciones, sexo, intereses y funciones. Así, tenemos el subsistema de los esposos como padres; el binomio madre e hijo, etc. Además los otros subsistemas que juegan los abuelos, etc.

Estructura familiar funcional y disfuncional:

La organización familiar incluyen una jerarquía de poder donde padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementaridad de funciones entre esposa y esposo.

En algunas familias los hijos desempeñan funciones parentales; es aquel a quien los padres han dado autoridad sobre sus hermanos menores, fenómeno frecuente en nuestra cultura, donde generalmente se asigna ese rol al hijo mayor. Esto es funcional siempre y cuando la dele-

gación de autoridad sea explícita y temporal, es decir, no se permite que un hijo sea la única fuente de control para sus hermanos, ni que esas funciones excedan su grado de desarrollo emocional.

Hay otros atributos especialmente importantes en la familia: la naturaleza de los límites que definen a sus subsistemas; las alianzas establecidas entre algunos de sus miembros, y la capacidad del sistema para cambiar como una respuesta a las modificaciones ambientales.

Los límites de un subsistema son las reglas que definen quienes son sus miembros y como participan en las transacciones interpersonales; los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que divide las funciones particulares de sus padres e hijos; reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos. Algunas veces un hijo tiene más autoridad que los padres y entonces decimos que los límites se han violado.

La función de los límites es marcar una diferencia necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

Los límites pueden variar desde el amalgamiento, en un extremo hasta la desvinculación en el otro.

Cuando existe amalgamiento, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida sensación de la autonomía per

sonal.

En las familias amalgamadas, los límites son indefinidos y la diferenciación individual escasa. Tal relación interpersonal es frecuentemente observable en las familias donde existen trastornos psicofisiológicos de mucha severidad, resistente al tratamiento médico.

En cambio, las familias desvinculadas permiten un amplio margen de variación individual entre sus miembros; la autonomía individual es muy respetada pero se pierde el sentido de solidaridad y de pertenencia.

Las familias funcionales o normales han encontrado un justo medio entre el extremo amalgamado y el extremo desvinculado de este parámetro.

El subsistema padre e hijo se inicia con el nacimiento del primer hijo en la que los esposos requieren de una diferenciación con el fin de ayudar a un niño en su proceso de socialización. Es importante marcar un límite que permita al niño en el acercamiento a sus padres y lo excluya de las funciones psicológicas propias de los esposos. Es disfuncional o anormal una relación madre e hijo cuando aquella busca en el hijo el afecto y comprensión de su marido, por diversas razones no le proporciona, lo cual trae trastornos psicológicos en esa familia.

Errores en los que pueden caer los padres:

- 1.- Castigos muy frecuentes a los hijos que tienden a ser en el niño un carácter agresivo y a mostrar una

conducta antisocial.

2.- Incongruencia marcada entre los padres. Cuando el padre es muy permisivo y el otro muy intolerante con respecto al mismo problema, se genera confusión y a veces también actitudes manipulatorias en el hijo.

3.- Inconsistencia en las acciones disciplinarias. Se refiere al hecho de que se tolere en ocasiones lo que en otras se castiga.

4.- Inconsistencia entre la teoría y la práctica o disciplina hipócrita. Inconsistencia entre lo que los padres dicen que debe ser y lo que ellos hacen.

CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA.

Aspectos del desarrollo de la familia.

a) Disfunciones del desarrollo.

- 1.- Disfunción familiar primaria.
- 2.- Disfunción relacionada con la crianza del infante.
- 3.- Disfunción relacionada con la educación de los hijos.
- 4.- Disfunción de la familia madura.
- 5.- Disfunción de la familia que se contrae.

b) Complicaciones y variaciones del desarrollo.

- 1.- Familia interrumpida.
- 2.- Familia de un sólo padre.
- 3.- Familia reconstruída.
- 4.- Familia cronicamente inestable.

Disfunciones en subsistemas familiares:

a) Disfunciones en el sistema o subsistema conyugal.

- 1.- Disfunción marital complementaria.
- 2.- Disfunción marital conflictiva.
- 3.- Disfunción marital dependiente.
- 4.- Disfunción por falta de vinculación.
- 5.- Disfunción por incompatibilidad.

b) Disfunción en el subsistema padre-hijo.

- 1.- Reacción ante uno de los padres.
- 2.- Reacción ante uno de los hijos.
- 3.- Disfunción ante la relación padre e hijo.
- 4.- Disfunciones triangulares.

c) Disfunciones en el subsistema de los hermanos.

- 1.- Rivalidad destructiva.
- 2.- Sobreidentificación o falta de diferenciación.
- 3.- Coaliciones contra los padres.

Disfunciones de los padres como sistema.

a) Disfunciones estructurales y funcionales.

- 1.- Familia de bajo rendimiento.
- 2.- Familia excesivamente estructurada.
- 3.- Familia patológicamente integrada.
- 4.- Familia desvinculada.
5. Familia desorganizada.

b) Disfunciones sociales.

- 1.- Familia socialmente aislada.
- 2.- Familia socialmente desviada.
- 3.- Familia con tema especial (mito, secreto, creencia, etc.).

FAMILIOGRAMA.

Familiograma es un esquema de la composición de la familia nuclear, que se utiliza en el formato del pedigrí o genograma y los siguientes símbolos convencionales: mujer con un círculo cerrado, varón un cuadro, con la notación de cada uno de ellos en caso de muerte se anota debajo de la fecha del fallecimiento y el año en que ocurrió.

Así mismo, así se hará cuando se trate de un aborto, el cual se simbolizará con un círculo lleno. Se usará doble contorno para señalar al paciente "paciente identificado".

Entre el padre y la madre se trazará una línea sobre la cual se usarán los años de unión. En el caso de separación se cruzará una diagonal pequeña y al lado se anotará el año. En caso de existir otra familia se consignará a un lado y se especificará la ocupación de la madre y el padre, grado de escolaridad, etc.¹¹

PSICODINAMICO.

"El enfoque estructural de las familias se basa en el concepto de una familia de que una familia no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de los miembros. Los miembros de una familia se relacionan

por medio de disposiciones que gobierna sus transacciones.

El terapeuta analiza el campo tranzacional en el que se relaciona con la familia para lograr así un diagnóstico estructural realizando observaciones y planteando interrogantes. Comienza señalando los límites y las pautas tranzacionales y por elaborar hipótesis a cerca de cuales son las pautas operativas y cuales no. Comienza así, por establecer un mapa familiar.

Un mapa familiar es un esquema organizativo. No representa la riqueza de las transacciones de la familia, del mismo modo en que un mapa tampoco representa la riqueza de un territorio. Es estático, mientras que la familia está en constante movimiento. Pero el mapa familiar es un dispositivo simplificador útil que permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtiene.

El mapa le permite formular hipótesis a cerca del área en el seno de la familia que funciona correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo.

La función de este mapa de este tipo, fué descrito por Claude Levi-Staruss en un contexto diferente: "una de las peculiaridades de las pequeñas sociedades que estudiamos reside en que cada uno constituye, como si fuera, un experimento disponible. Por otra parte, esas sociedades viven, y no contamos con el tiempo ni con los medios para manipularlas. Encontramos nuestros experimentos ya preparados pero son incontrolables, por

lo tanto intentamos reemplazarlos con modelos, sistemas de símbolos que preservan las propiedades características del experimento pero que podemos manipular".

COMUNICACION.

Comunicación es un proceso por medio del cual se transmiten significados de una persona a otra. Para los seres humanos ésto es fundamental, en cuanto a la sociedad se funda la capacidad que tiene el hombre para transmitir sus sentimientos, sabiduría y experiencias.

La comunicación de masas y la de las familias, con un nuevo simbolismo que tiene que ver con la vida practica y con la vida imaginaria, por lo que se tiene una serie de elementos para su desarrollo:

- 1.- Una fuente que genera mensaje.
- 2.- Un transmisor que codifica y envía el mensaje.
- 3.- Un mensaje es lo que se dice.
- 4.- Un canal por medio del cual se envía el mensaje,
- 5.- Un receptor quien recibe el mensaje.
- 6.- Una reacción o retroalimentación.

Entre más perturbada esté la unidad familiar, más distorsionada estará el proceso de comunicación. Contamos con los siguientes tipos de comunicación:⁸

- A) Comunicación afectiva.- Es definida como aquella en la cual el mensaje transmitido, es de naturaleza afectiva.
- B) Comunicación instrumental.- Cuando se transmite una información primaria instrumental, es el de ob-

tener cosas ya hechas tales como las tareas corrientes regulares de la vida familiar.

C) Otras comunicaciones.- Involucra la transmisión de información, la cual no está relacionada a procesos afectivos ni instrumentales de la familia.

LOS PATRONES DE LA COMUNICACION SON:

Clara-enmascarada.

Directa-desplazada.

Dimensión clara-enmascarada: Se refiere al mensaje perfecto, al grado de claridad con el cual es comunicado el mensaje.

El mensaje claro: Es uno que es obvio y sin disfraz; un mensaje es disfrazado y confuso.

La variable directa desplazada:- Es cuando el mensaje está dirigido a la persona hacia quien es intentada. La desplazada se refiere a la si--tuación en la cual el mensaje es dirigido a algún otro o aquel al cual es realmente in--tentado.

Algunas familias se comunican eficientement en las tres esferas. Otras familias pueden comunicarse prima--riamente en la instrumental, por lo que el médico debe

valorar la cantidad y calidad de la comunicación intra-familiar. ⁹

H I P O T E S I S .

La Sífilis y la blenorragia como enfermedades de transmisión sexual en pacientes casados, ocasiona alteraciones en la dinámica familiar.

OBJETIVOS.

- 1.- Identificar las alteraciones presentes en la dinámica familiar (específicamente dentro del subsistema conyugal). En pacientes casados de ambos sexos con diagnóstico clínico y de laboratorio de sífilis y/o blenorragia.
- 2.- Conocer la información que tienen los pacientes referente a estas enfermedades.
- 3.- Conocer el nivel socioeconómico y cultural en donde se presenta con mayor frecuencia estas enfermedades.
- 4.- Identificar asociación de la sífilis y/o blenorragia con alcoholismo.
- 5.- Determinar el porcentaje de relaciones extramaritales
- 6.- Determinar el número de los pacientes que se rehusan a comunicar a su cónyuge su padecimiento.
- 7.- Determinar que tipo de diversiones presentan las familias estudiadas.

UNIVERSO DE TRABAJO.

A) Humanos.

Se estudiará a todos los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar, casados de ambos sexos a los que se les diagnosticó sífilis y/o blenorragia, clínicamente y por medio de laboratorio (VDRL), captados por medio de la medicina preventiva de la Unidad.

B) Geográfico.

El área de cobertura de la Unidad de Medicina Familiar # 33 "El Rosario", I. M. S. S. del Valle de México.

C) Tiempo.

Pacientes en estudio, investigados a partir del 1.º de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

RECURSOS.

Físicos:

Papel Bond.
Lápices.
Folders.
Máquina de escribir.
Fotocopiadora.
Goma de borrar.

Regla.
Afilápiz.
Papel carbón.
Corrector.
Automóvil.
Libretas.
Plumas fuentes.
Marcadores.

Humanos:

Médico de Base de la Unidad.
Residente de Medicina Familiar de segundo año.
Asistentes de los consultorios.
Medicina preventiva y personal.
Auxiliar de archivo clínico.

Estadístico.

Trabajo Social.

Epidemiólogo de la Unidad.

Económico:

En relación de la magnitud de la investigación.

M E T O D O L O G I A .

- 1.- Revisión de bibliografía referente al tema a investigar, del 10. de enero al 15 de abril de 1983.
- 2.- Presentación ante el asesor de la investigación a investigar el 15 de marzo de 1983.
- 3.- Presentación del protocolo de investigación ante la jefatura de enseñanza de investigación de la Unidad de medicina Familiar No. 33 " El Rosario", el día 20 de marzo de 1983.

- 4.- Del 16 al 30 de abril acudir al servicio de medicina Preventiva para la recolección de los pacientes en las cuales se les diagnosticó sífilis y /ó blenorragia y que cumplan con las características sitadas en el universo de trabajo.

Del 10. de mayo al 10 de junio de 1983, revisión de expediente de los casos a estudiar, para buscar el motivo de consulta, evolución, tratamiento instituído y diagnóstico de pacientes a estudiar. Así mismo revisión de la RF₁ para búsqueda de alcoholismo y enfermedades concomitantes.

- 5.- Del 11 de junio al 15 de octubre de 1983, se realizarán visitas a domicilio con el objeto de realizar el estudio médico familiar integral, incluye los siguientes datos: ficha de identificación en la cual omitiremos el nombre, se anotará edad, sexo, religión

Domicilio, escolaridad, fecha de estudio, clasificación del padecimiento, que en este caso es de enfermedades de transmisión sexual; condiciones de la vivienda, alimentación, datos económicos, organización familiar, utilización de recursos médicos, planeación familiar (anexo 1).

Así mismo, se realizará dos tipos de encuesta; la primera hacia el paciente y la segunda al cónyuge (no se realizarán las preguntas siguientes; desde el No. 13 hasta el No. 30, en aquellos casos en que no estén enterados de la enfermedad). La encuesta abarcará los parámetros para investigar la información que tiene en relación a estas enfermedades, así como preguntas referentes a la valorización de la dinámica familiar (principalmente comunicación y expansión de sentimientos).

Durante la aplicación de las visitas a domicilio se observará en forma directa la interacción que existe entre los miembros de la familia, lo que será reportado por medio del familiograma, tanto estructural como psicodinámico. La realización del estudio por medio de encuestas, es con el objeto de evitar hasta donde sea posible los procesos de transferencia y de contratransferencia y se evitará anotar el nombre de los pacientes para obtener, previa explicación del objeto del estudio, los datos en forma más fidedigna (anexo 2).

- 6.- Recolección de datos del 10 al 30 de octubre de 1983.
- 7.- Resultados obtenidos (tablas y gráficos) del 10. al 10 de noviembre de 1983.
- 8.- Análisis de los resultados del 11 al 20 de noviembre de 1983.
- 9.- Conclusión y sugerencias del 21 al 30 de noviembre.
- 10.- Revisión de Tesis del 10. al 10 de diciembre de 1983.
- 11.- Análisis de la Tesis del 11 al 20 de diciembre de 1983.
- 12.- Entrega de la Tesis ante las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar el día 21 de diciembre de 1983.

M E T O D O L O G I A .

Se captaron en total 106 pacientes padeciendo esta enfermedad durante el periodo comprendido del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33.

Se encontraron unicamente 32 con VDRL positivo y 74 con blenorragia. Del total solamente cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de las características de la muestra: 22 con VDRL positivo, (15 correspondieron al sexo femenino y 7 al sexo masculino), 8 con blenorragia diagnosticada clinicamente y por laboratorio (1 femenino y 7 del sexo masculino). A éstos se les aplicó el cuestionario # 1 y 2 que fué elaborado en base a la detección del nivel socioeconómico y principalmente comunicación y expresión de sentimientos.

Se estudiaron a individuos de ambos sexos, casa - dos no habiendo límite de edad. La ocupación de los pacientes se dividió por grupos, en función del trabajo que desempeñan, es decir, en obreros, empleados, hogar y otros.

Los datos domiciliarios se valoraron por la ubicación geográfica, tomando en cuenta los medios de urbanización con que cuentan dichas zonas; se dividió en 3 grupos como son: alto, medio y bajo.

En la clasificación se considera el alto como --

aquella zona que cuenta con todos los medios adecuados o suficientes para una buena urbanización. El medio, es por las condiciones apenas regulares de urbanización y el bajo es por las condiciones muy deficientes.

La religión se clasificó según el tipo que profesan los pacientes; en católica, evangélica o simplemente creyente.

Para clasificar los ingresos económicos, se tomó en cuenta el ingreso global familiar y el salario mínimo, por lo que se determinó como ingresos económicos bajos, a aquellos que perciben menos de \$ 24,000.00 mensuales. La familia con ingresos económicos medios son los que perciben entre \$ 25,000.00 y \$ 44,000.00 mensuales, y las familias con ingresos económicos mayores de \$ 44,000.00 se les incluyó en la clasificación de ingresos altos.

La clasificación de tipo de familia desde el punto de vista composición, se llevó a cabo en la forma siguiente, dividiéndose en tres grupos: nuclear, extensa y extensa compuesta. Se consideró como nuclear a aquellas familias que están constituidas por padres e hijos exclusivamente. En la extensa se considera la familia constituida por padres, hijos, abuelos, tíos, etc. Y la extensa compuesta constituida por todos los anteriores, además de compadres o amigos en el mismo techo.

Para clasificar al estado civil, se tomaron en cuenta a casados, unión libre y divorciados.

El grado de escolaridad de los pacientes se dividió en cuatro grupos: nula, básica, media y profesional o superior. En la escolaridad nula se ubicaron a las personas analfabetas. En la básica se agruparon a pacientes que cursaron primaria completa e incompleta,

Los pacientes que cursaron secundaria o preparatoria se les clasificó en el grupo de escolaridad media y en el grupo de escolaridad superior, a aquellas personas con estudios profesionales.

Se valorará sobre la utilización de recursos, tomando en cuenta que métodos de atención médica se usa para controlar la enfermedad y el control de embarazo.

Se recogerá la opinión sobre el programa de palni-ficación familiar voluntaria del I. M. S. S. en el que se tomarán tres parámetros; aceptación, indiferencia y rechazo. En casos de indiferencia o rechazo, se buscará las razones que condicionaron tales actitudes, que puede ser mala información, desacuerdo de los cónyuges o aspectos religiosos.

Se investigará lo referente al concepto de enfermedad, valorando la interpretación que el paciente le da el cual puede ser; mágico, científico, religioso o mixto. Se investigará cual es el concepto que tiene el paciente sobre la sífilis y blenorragia y cual es el tratamiento y mecanismo de transmisión, clasificándolo-

los en dos grupos como son: informados y no informados. Los pacientes que están informados, son los que tienen la idea clara de qué es la sífilis y blenorragia y los no informados son aquellos pacientes que no saben nada con respecto a estas enfermedades.

Se clasificarán a los pacientes, dependiendo de su sexo y comparación porcentual de las solicitudes de consulta de primera intención con el médico familiar y el médico particular.

Se valorará cual es el grado de comunicación que existe en el paciente al saber el diagnóstico de su padecimiento con su cónyuge, clasificándolos en dos grupos; aquellos pacientes que sí le comunicaron a su cónyuge de su enfermedad y los que no le comunicaron a su cónyuge de su padecimiento.

Se valora la relación en ambos sexos de los pacientes en estudio, con respecto a la expresión de sentimientos divididos en tres grupos: en el primer grupo a aquellos pacientes que al saber el diagnóstico de su padecimiento reaccionaran con miedo, en el segundo grupo a los pacientes que reaccionan con vergüenza y en el tercer grupo a los que reaccionan con angustia y/o vergüenza.

Se analizará que tipo de expresión presentaron los cónyuges al saber el diagnóstico de su pareja, agrupándolos en aquellos cónyuges que reaccionaron con indiferencia y/o coraje.

Se analizará el grado de repercusión en la actividad social valorándolo de acuerdo a dos parámetros; a las parejas que salen juntos a divertirse y a los que no lo hacen juntos.

Se ilustrará la relación porcentual de las actividades sociales que desempeñan los miembros de las familias de los pacientes en estudio, dividiéndolos en seis grupos; deporte, excursiones, lectura, cine y televisión y radio, teatro y ninguna.

En la interrelación conyugal de la pareja, se toman en cuenta dos parámetros; buena y mala. Como buena interrelación es la que lleva a cabo aquella pareja en la que hay satisfacción sexual y mala en la pareja que no existe satisfacción sexual.

La relación porcentual en ambos sexos de los pacientes con relaciones sexuales extramaritales, se les clasifica en dos grupos; positivo y negativo. Se les incluye en los positivos, a aquellos que sostienen relaciones extramaritales y negativos a los que no sostienen relaciones extramaritales.

Se estudiará la relación porcentual del alcoholismo en la pareja clasificándolo en dos grupos: positivo y negativo. Se analizará el grado de higiene postcoito en la pareja como buena y mala. En el postcoito que se realiza con higiene se toma como buena y como mala en donde no se realiza higiene.

La muestra fué seleccionada de los pacientes canalizados por los médicos familiares de la UMF No. 33 de medicina preventiva. El total de pacientes fué de 106. Posteriormente se corrobora el número de filiación, dirección y consultorio de cada paciente. Se analizaron los expedientes y revisión de la RF corroborando el diagnóstico, exámenes de laboratorio, motivo de consulta, antecedentes personales y patológicos y si cumplían con lo solicitado en el universo de trabajo. Una vez seleccionados los pacientes, se realizarán visitas domiciliarias necesarias, aplicando los dos tipos de encuestas.

RESULTADOS .

Descripción.-

Diagnóstico.- De un total de 16 pacientes femeninos, con sífilis y blenorragia, fueron clasificados el 93.75 % de primera intención y el 6.25 % , de segunda intención. De 14 pacientes del sexo masculino con sífilis y blenorragia el 92.82 % diagnosticado de primera intención y el 7.14 % de segunda intención. (gráfica # 1).

Edad de los pacientes de ambos sexos.- Se hallan entre los 15 y 29 años y representan el 43.29 % (13 pacientes) y de 30 a 44 años que representan el 36.63 % (11 pacientes) y más de 45 años representan el 19.98 % (5 pacientes). gráfica 2.

Edad de los cónyuges.- Entre 15 y 29 años (14 pacientes) que es el 46.62 % y de los 30 a 44 años (11 pacientes) que representan 36.63 % y más de 45 años (seis pacientes) representan 19.98 %. gráfica 3.

Ocupación de los pacientes.- Se encuentran en mayor porcentaje empleados (12 pacientes) que representan el 39.96 % , le sigue hogar que representa el 29.99 % (9 pacientes) y obreros (3 pacientes) que representan el 26.64 % y otros representan el 3.33 % . gráfica 4.

Domicilio. = Se reporta el mayor porcentaje en localización geográfica baja (21 pacientes) que representa el 69.93 %, le continúa el medio con 23.31 % (7 pacien-

tes. Y por último tenemos la alta (2 pacientes) , que presenta el 6.66 %. Gráfica 5.

Religión.- Están clasificados tomando en cuenta tres parámetros; 24 pacientes con religión católica, representando 79.92 % 5 pacientes evangélicos, representando el 16.65 % y un paciente creyente igual al 3.33 %. Gráfica 6.

Nivel socio-económico.- Se dividió de la siguiente manera; 23 pacientes (76.59 %), pertenecen al grupo de ingresos económicos bajos; 5 pacientes (16.65 %), de ingresos económicos medios y 2 pacientes (6.66 %) con ingresos altos. Gráfica 7.

Tipo de familia desde el punto de vista composición.- El más alto porcentaje corresponde al nuclear en el cual se encuentran 22 pacientes (73.26 %), 5 pacientes en extensa compuesta que representa el 16.65 % y en extensa, se tienen 3 pacientes (9.99 %). Gráfica 8.

Estado civil.- Está representado por 3 parámetros; de los 16 pacientes femeninos, se reportaron 13 casados (81.25 %), por contrato civil y religioso, unión libre 2 pacientes (12.5 %) y un paciente divorciado (6.25 %)

Del total de 14 pacientes masculinos, 13 pacientes son casados por contrato civil y religioso (92.86 %), un paciente en unión libre (7.14 %) y divorciado ninguno. Gráfica 9.

El grado de escolaridad.- El más alto porcentaje corresponde a pacientes denominados con escolaridad básica que corresponde a 9 pacientes (56.25 %), le sigue la media que son 4 pacientes (25.0 %). En la escolaridad nula son 3 pacientes que representa 18.75 %. Del sexo masculino el mayor porcentaje se aprecia en la escolaridad media (64.28 %) y en segundo lugar la escolaridad básica que corresponde a 9 pacientes (64.26 %) el resto no se reportaron. Gráfica 10.

Opinión sobre el programa de planificación familiar voluntaria en pacientes de ambos sexos.- Encontrándose de 16 mujeres, 9 pacientes (16.25 %), mostraron indiferencia 7 pacientes, (43.75 %) aceptaron el método, ninguna mostró rechazo. 9 hombres (64.26 %) aceptaron, 3 hombres (21.43 %), reportaron indiferencia y solamente 2 pacientes (14.29 %), refirieron rechazo por nula información del método de planificación familiar. Figura 11.

Concepto de Enfermedad en ambos sexos.- Se encontró que el mayor porcentaje fué mixto, 7 pacientes (43.75 %), conteniendo el científico 6 pacientes (37.5 %), el religioso sólo 2 pacientes (12.5 %) y el mágico 1 paciente (6.25 %). De los hombres se encontró igual porcentaje que en las mujeres. En el mixto 7 pacientes (49.98 %), científico 5 pacientes (35.7 %), y el religioso 2 pacientes (14.29 %) únicamente. Gráfica 12.

Concepto sobre sífilis y blenorragia.- Se encuentra que el más alto porcentaje, es la falta de información sobre el concepto de sífilis y blenorragia. Lo constituyen 12 mujeres (75.0 %), y solamente 4 mujeres (25.0 %) tienen información. De los hombres 8 pacientes (57.12 %) tienen información y 6 hombres (42.84 %) no tienen ninguna información sobre el concepto. Gráfica 13.

Con respecto al tratamiento en la pareja.- Se tiene que es el porcentaje en las mujeres que no tienen ninguna información, siendo 10 mujeres (62.5 %), las informadas sólo 6 mujeres que constituyen el 37.5 % . 7 de los hombres (49.96 %), se encuentran informados y solamente 6 pacientes hombres constituyen el 42.84 % no tienen información sobre el tratamiento en pareja. Gráfica 14.

Información que los pacientes tienen sobre el mecanismo de transmisión,-de la sífilis y blenorragia.- Se obtiene que 11 mujeres (68.75 %) no tienen información y 5 mujeres (31.25 %) sí tienen información. De los 14 hombres, 9 de ellos que constituyen el 64.26 % , sí están informados y 5 de ellos (37.5 %), no tienen nociones del mecanismo de transmisión. Gráfica 15.

El más alto porcentaje a demanda de consulta al médico familiar de primera intención son 13 mujeres (81.25 %), y 5 mujeres que constituyen el 35.7 % , acuden con médico particular. De los hombres 6 pacientes

(42.04 %), fué con médico familiar y 6 (42.04 %) acudieron con médico particular. Gráfica 16.

La comunicación de la pareja al saber el diagnóstico de su padecimiento, se tiene que son 14 mujeres (87.5 %) y 12 hombres (85.68 %), son los que sí comunicaron a su cónyuge de su padecimiento, y 2 mujeres (12.5 %), 2 hombres (14.28 %), no comunicaron a su cónyuge. Gráfica 17.

Expresión de sentimiento.- Al saber el diagnóstico de su padecimiento, tenemos que reaccionaron con miedo de 16 mujeres que es el 100 % del total de mujeres, (16 pacientes en estudio). 14 hombres en estudio, 8 de éstos (57.12 %), con vergüenza 15 pacinetes mujeres (93.75 %), 10 hombres (71.4 %) y con angustia 15 mujeres (93.75 %) y 10 hombres que constituyeron el 71.4 % . Gráfica 18.

Reacción del cónyuge al saber el diagnóstico de su pareja.- Los que reaccionaron con coraje son 13 mujeres (81.25 %), 9 hombres (64.26 %), con indiferencia, 3 mujeres (18.75 %) y 5 hombres (64.26 %). Gráfica 19.

Repercusiones en la actividad social.- Tenemos que sales a distraerse 2 mujeres (12.25 %), y 7 hombres (49.98 %) antes de la infección. No salen juntos posterior a la infección 15 mujeres que constituyen el 81.25 % y 7 hombres (49.98 %). Gráfica 20.

Actividad social de la familia.- Se encuentra que el mayor porcentaje de diversiones es por medio de radio y televisión. 15 mujeres (93.75 %), y 11 hombres (78.54%), le sigue por medio de lectura 15 mujeres (93.75 %), 10 hombres (71.4 %), y cine y teatro 11 mujeres (68.75 %), 9 hombres (64.26 %), deportes 5 mujeres (31.25 %), 9 hombres (49.98 %). Se encontraron que en las familias estudiadas no salen a excursiones ya que únicamente 4 hombres (28.56 %), son los que sí salen a excursionar y finalmente una mujer que constituye el 6.25 %, no tiene ningún medio de distracción. Gráfica 21.

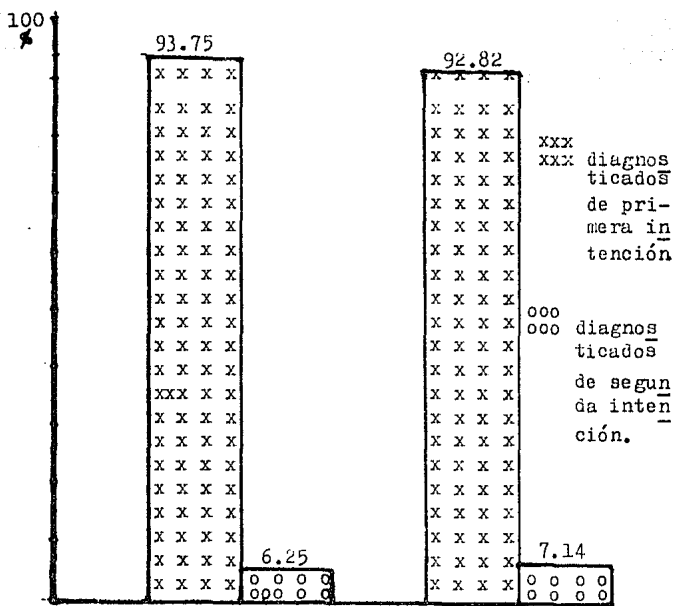
El aspecto sexual de la pareja.- Antes de la infección se tiene que hay satisfacción en 9 mujeres (56.25%) 10 hombres (71.4 %), no hay satisfacción en 7 mujeres (43.75 %) y 4 hombres (28.56%). Posterior a la infección hay satisfacción sexual en una sola mujer (6.25 %) y en 2 hombres (14.28 %) y no hay satisfacción en 15 mujeres (93.75 %), en 12 hombres (85.68%). Gráfica 22.

Se encuentra mayor relación extramarital en el hombre siendo un total de 13 hombres (92.82 %), le sigue 9 mujeres (56.25 %). Gráfica 23.

El alcoholismo en la pareja.- El mayor porcentaje se aprecia en el hombre, siendo 9 (64.26 %), le sigue 3 mujeres que constituye el 18.75 %. Gráfica 24.

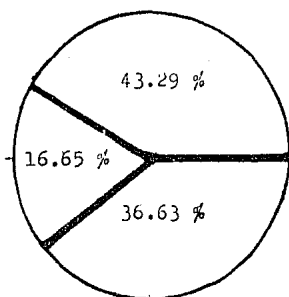
Higiene postcoito.- Se encuentra que de 16 mujeres en estudio, solamente 5 mujeres realizan lavado genital postcoito (31.25 %), de los 14 hombres en estudio sólo 4 pacientes (28.56 %) , realizan higiene postcoito.
Gráfica 25.

GRAFICA 1.- Relación porcentual de los pacientes cas
os , diagnosticados de primera intención de sí
 filis y blenorragia de la UMF No. 33, del lo.
 de enero de 1982 al 30 de abril de 1983. De-
 legación 1, Valle de México.



FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 2.- Clasificación por grupos de edades y relación porcentual de los pacientes en estudio, casados con sífilis y blenorragia, de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



CUADRO No. 2.

Edad de pacientes (en años)	Total	Porcentaje.
15 - 29	13	43.29 %
30 - 44	11	36.63
45 a más	05	16.65

FUENTE: Investigación personal.

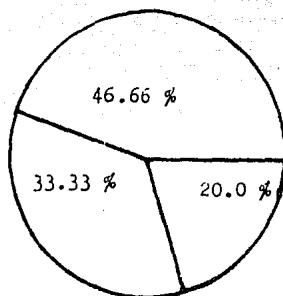
CUADROS ANEXOS DE LA GRÁFICA 2 .- Clasificación por grupo de edades por sexo, en los pacientes en estudio de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

Edad de pacientes femeninos.	Total.	%
15 - 19 años.	0 5	31.25
30 - 44	0 8	50.0
45 a más.	0 3	18.75

Edad de pacientes masculinos.	Total.	%
15 - 29 años.	0 8	57.12
30 - 44	0 4	28.56
45 a más.	0 2	14.28

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 3 .- Clasificación por grupos de edades y relación porcentual de cónyuges de la UMF No. 33, del p.c. de enero de 1962 al 30 de abril de 1963.

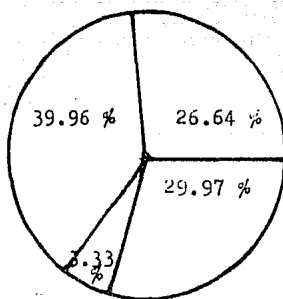


CUADRO No. 3.

Edad de cónyuges	Total	%
15 - 29 años	14	46.66
30 - 44	10	33.33
45 a más	6	20.0

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 4 .- Realción porcentual de la ocupación de los pacientes en estudio de la UMF No. 33, del lo. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

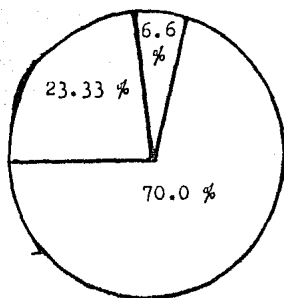


GUADRO No. 4.

Ocupación.	Total.	%
Obreros.	0 8	26.64
Empleados.	1 2	39.96
Profesionistas.	0 0	0 .0
Hogar.	0 9	29.97
O tros.	0 1	3.33

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 5.- Localización domiciliaria y relación porcentual de los pacientes en estudio con sífilis y blenorragia, de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

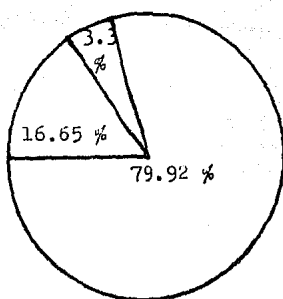


CUADRO No. 5.

Domicilio.	Total.	%
Baja.	21	69.93
Medio	07	23.31
Alto.	02	6.66

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 6.- Relación porcentual del tipo de religión que profesan los pacientes en estudio, de la UMF No. 33 del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

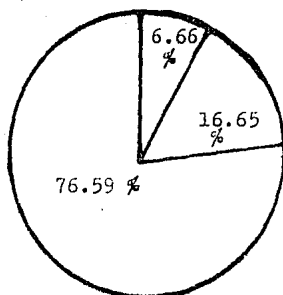


CUADRO No. 6.

Religión.	total.	%
Católica.	24	79.92
Evangélica.	05	16.65
Creyente.	01	3.33

FUENTE: Investigación personal.

GRAPICA 7 .- Posición y nivel económico que ocupan los pacientes en estudio, de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

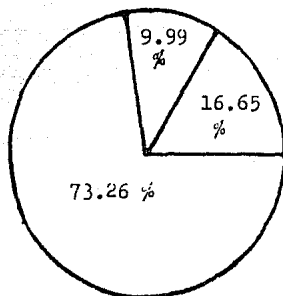


CUADRO No. 7.

Ingresos mensuales.	Total.	%
Bajos.	23	76.59
Medios	05	16.65
Altos.	02	6.66

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 8 .- Clasificación del tipo de familia desde el punto de vista composición, de los pacientes en estudio de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

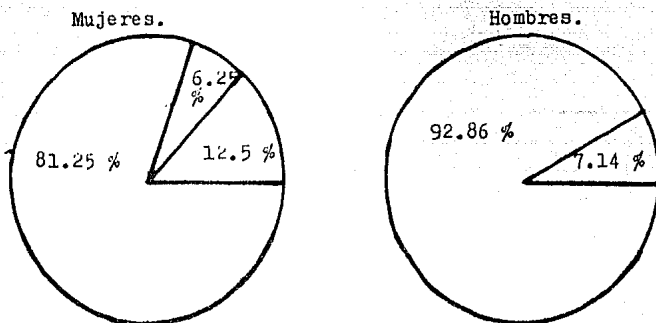


CUADRO No. 8.

Composición de la familia.	Total.	%
Nuclear.	22	73.26
Extensa	03	9.99
Extensa compuesta.	05	16.65

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 9 .- Relación porcentual del estado civil de los pacientes en estudio de la UMF No. 33, del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

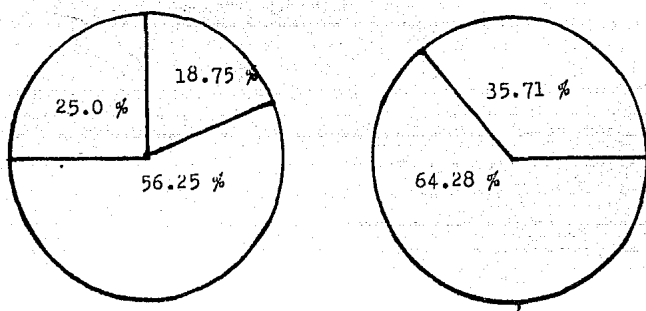


CUADRO No. 9.

Estado Civil.	Mujeres.		Hombres.	
	Total.	%	Total	%
Casados.	13	81.25	13	92.86
Union libre.	02	12.50	01	7.14
Divorciados.	01	6.25	00	0.0

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 10 .- Escolaridad de los pacientes en estudio de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

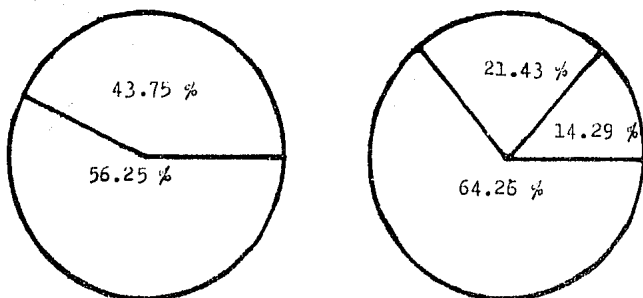


CUADRO No. 10.

Grado de escolaridad	Femenino.		Masculino.	
	Total.	%	Total.	%
Nula.	0 3	18.75	0 0	0.0
Básica.	0 9	56.25	0 5	35.71
Media.	0 4	25.0	0 9	64.28
Profesional ó supe-	0 0	0.0	0 0	0.0

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 11 .- Opinión sobre el programa de planificación familiar voluntaria del I.M.S.S. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



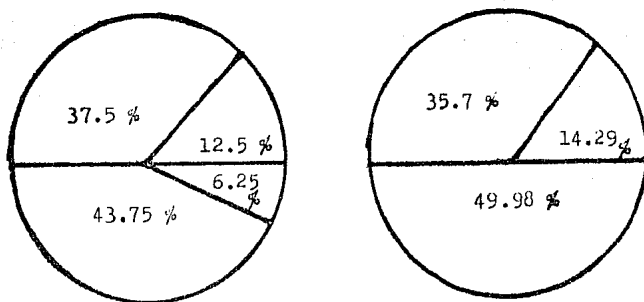
CUADRO No. 11.

Opinión de:	mujeres.		Hombres.	
	Total.	%	Total.	%
Aceptación.	0 7	43.75	0 9	64.26
Indiferencia.	0 9	56.25	0 3	21.43
Rechazo.	0 0	0.0	0 2	14.29

FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 12 .- Factores desencadenantes: concepto de enfermedad.

Encuesta de pacientes con sífilis y blenorragia de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

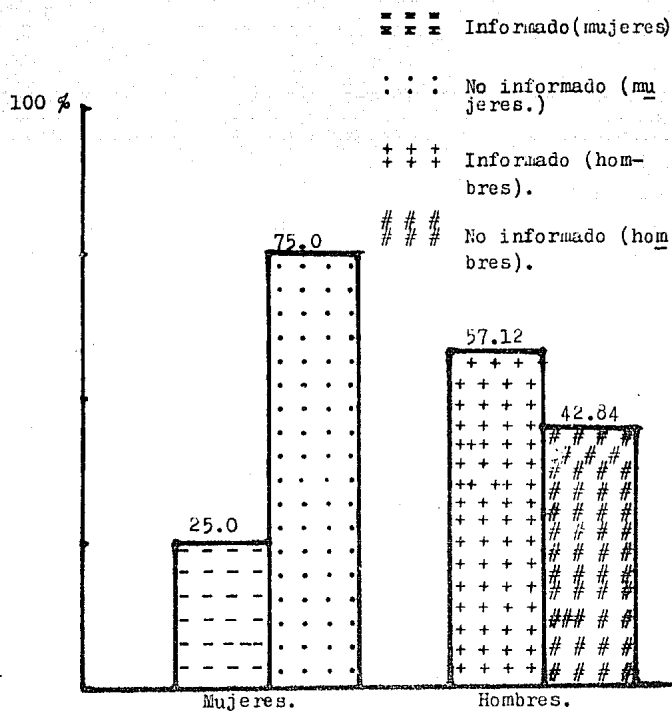


CUADRO No. 12.

Concepto.	Mujeres.		Hombres.	
	Total.	%	Total.	%
Mágico.	0 1	6.25	0	0.0
Científico.	0 6	37.5	0 5	35. 7
Religioso.	0 2	12.5	0 2	14.29
Mixto.	0 7	43.75	0 7	49.98

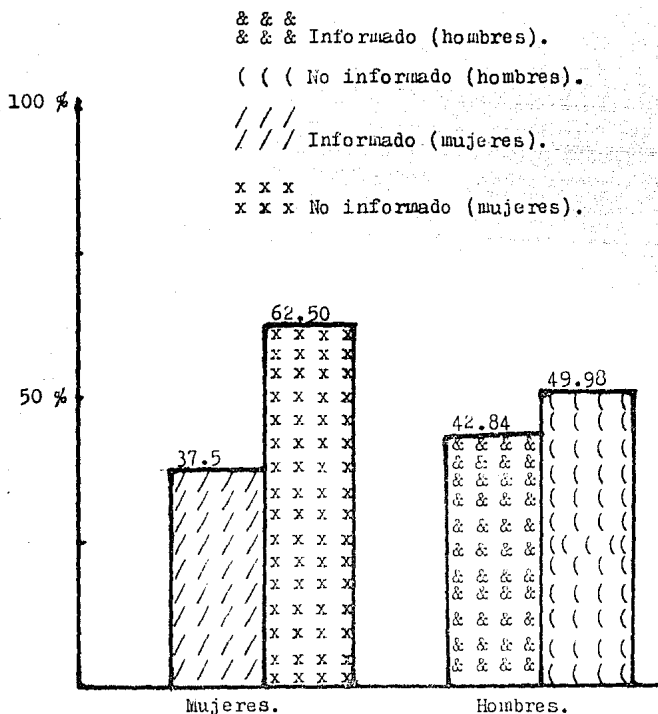
FUENTE: Investigación personal.

GRAPICA 13 .- Concepto referente a sífilis y blenorragia. Encuesta realizada en pucientes de la UMF No. 33 del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



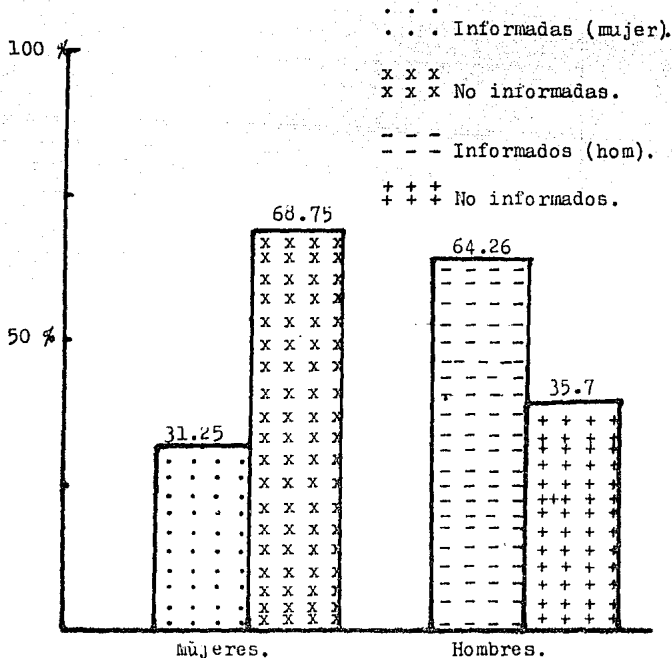
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 14 .- Relación porcentual en ambos sexos de la información referente al tratamiento en parejas, sobre sífilis y blenorragia. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



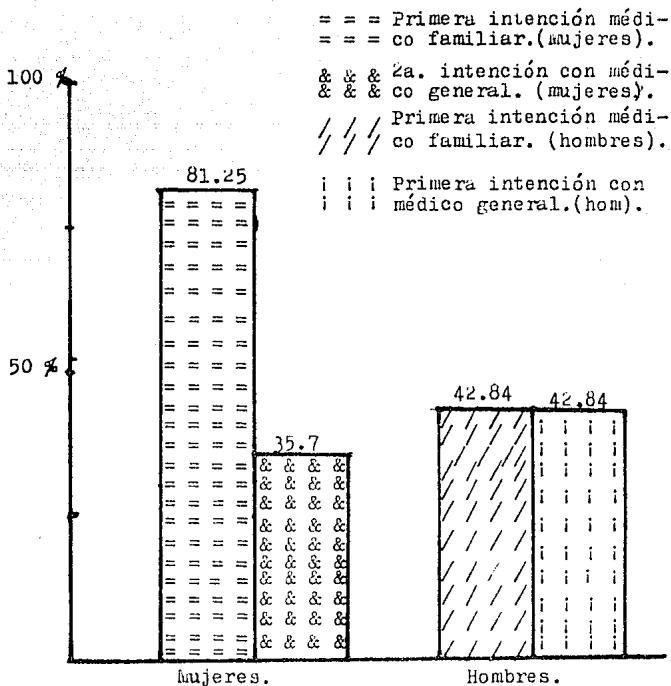
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 15 .- Comparación porcentual en ambos sexos va-
lorando la información sobre el mecanismo de transmi-
sión de sífilis y blenorragia. Encuesta realizada
en pacientes de la UMF no. 33, del 1o. de enero de 1982
al 30 de abril de 1983.



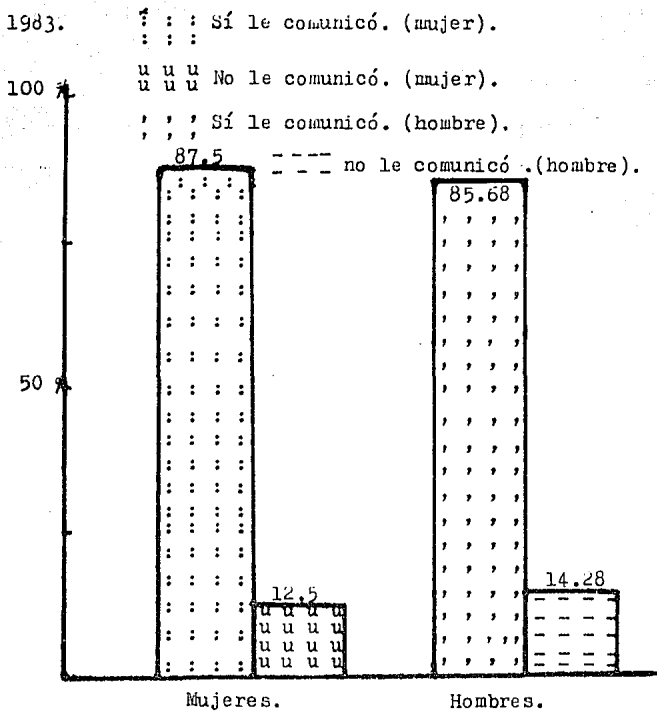
FUENTE: Investigación personal.

GRAMICA 16.- Comparación porcentual en ambos sexos solicitando consulta del médico familiar y particular.
Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 17 .- Relación porcentual de la comunicación del paciente a su cónyuge de su padecimiento. Encuesta realizada en pacientes con sífilis y blenorragia de la UMF No. 33, del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



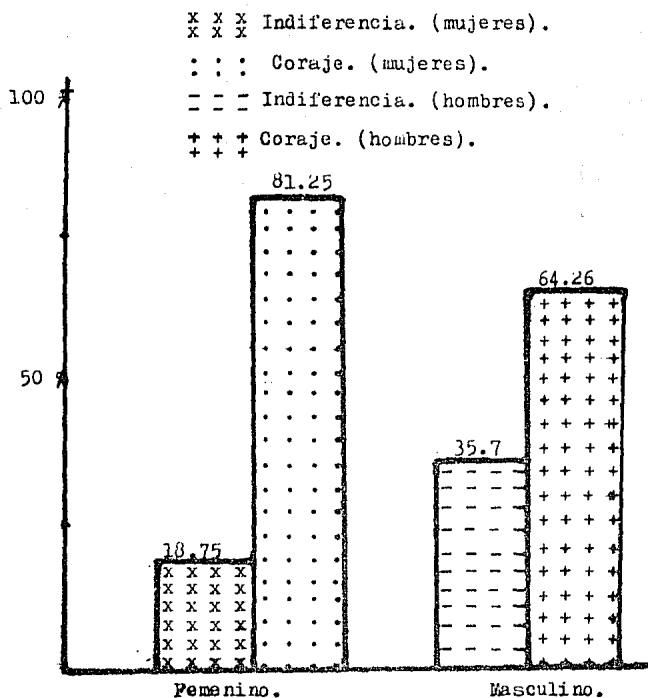
FUENTE: Investigación personal.

CUADRO 18 .- Expresión de sentimiento, dados por los pacientes de ambos sexos al saber el diagnóstico. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, a partir del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

Reacción afectiva.	Femenino.		Masculino.	
	Total.	%	Total.	%
m i e d o.	1 6	100 %	0 8	57.12
verguenza	1 5	93.75	1 0	71.4
angustia.	1 5	93.75	1 0	71.4

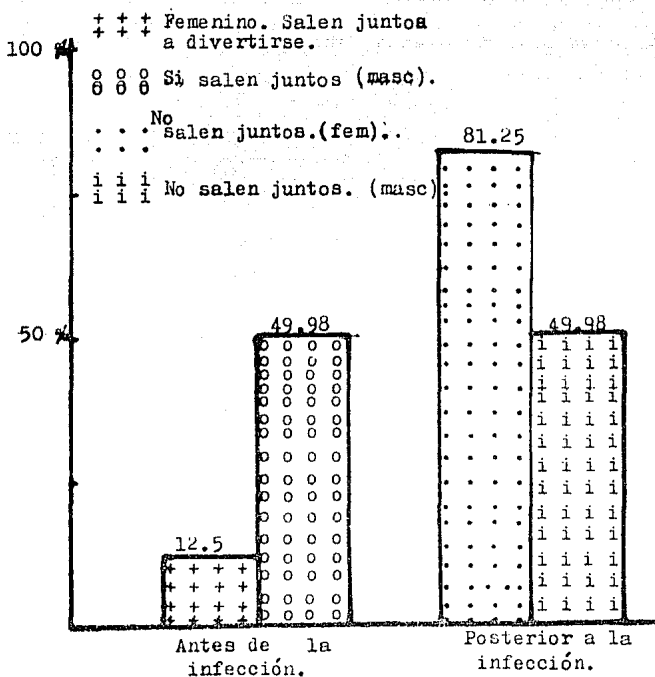
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 19 .- Expresión de sentimiento dado por los cónyuges al saber el Diagnóstico de su pareja. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, a partir del 10. de enero de 1982 a l 30 de abril de 1983.



FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 20 .- Relación porcentual de ambos sexos, de la repercusión en la actividad social, (antes y después de adquirir la infección). Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



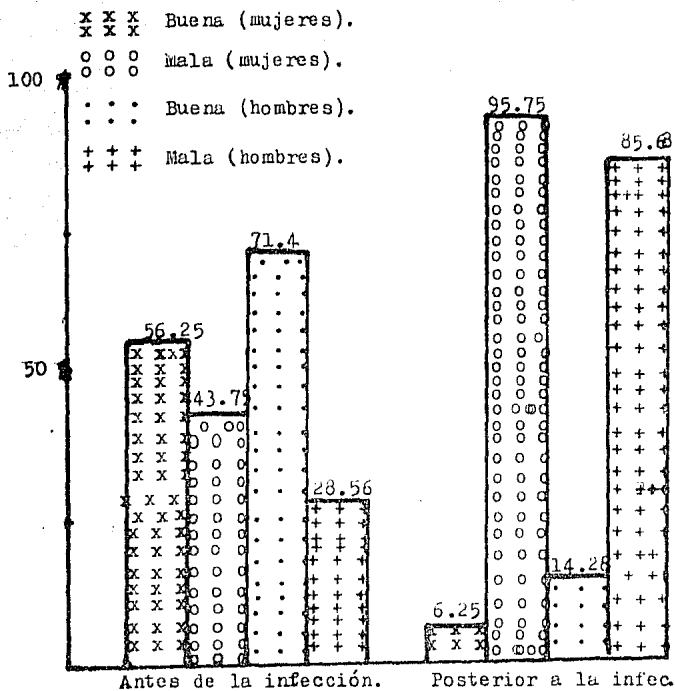
FUENTE: Investigación personal.

CUADRO No. 21 .- Relación porcentual de las actividades sociales que desempeñan los miembros de la familia. Encuesta realizada en pacientes con sífilis y blenorragia de la UMF No. 33, a partir del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.

Actividad social.	Femenino.		Masculino.	
	Total.	%	Total.	%
Deporte.	0 5	31.25	0 7	49.98
Excursiones.	0 0	0.0	0 4	28.56
Lectura.	1 5	93.75	1 0	71.4
Cine y Teatro	1 1	68.75	0 9	64.26
Radio y Televisión.	1 5	93.75	1 1	78.54
Ninguna.	0 1	6.25	0 0	0.0

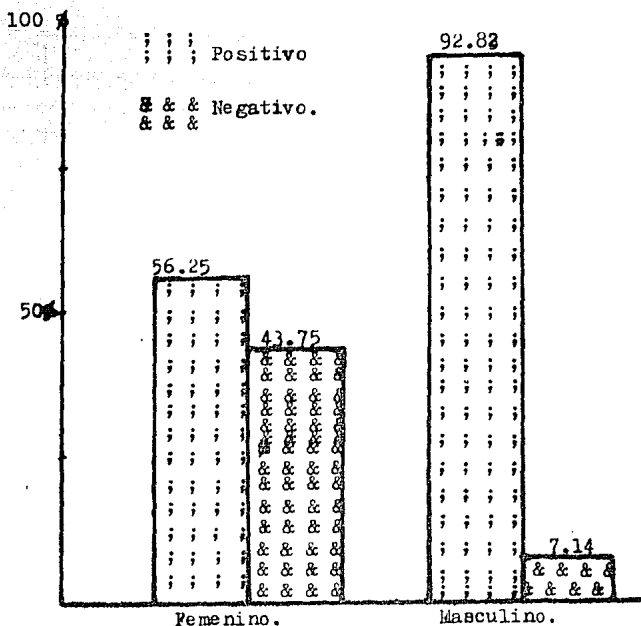
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 22 .- Relación porcentual referente al aspecto sexual de la pareja, (antes y después de la infección) Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, a partir del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



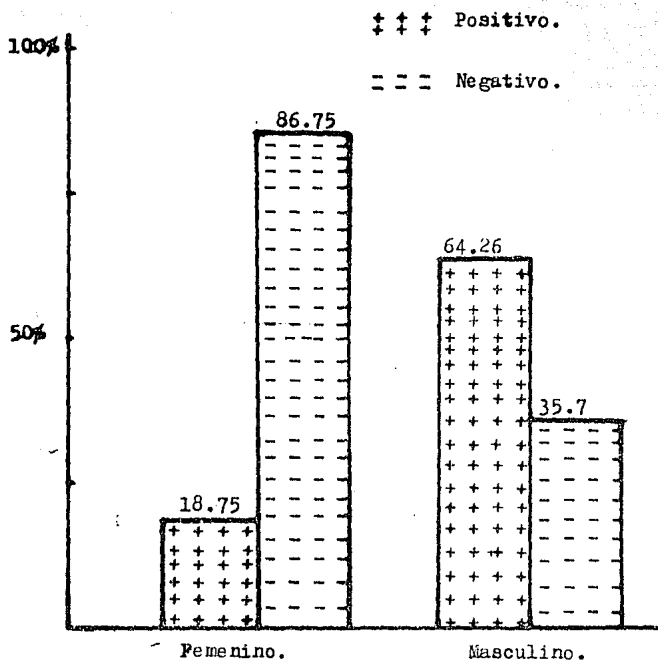
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 23 .- Relación porcentual de los pacientes que tienen relación sexual extramarital. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, a partir del 10 de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



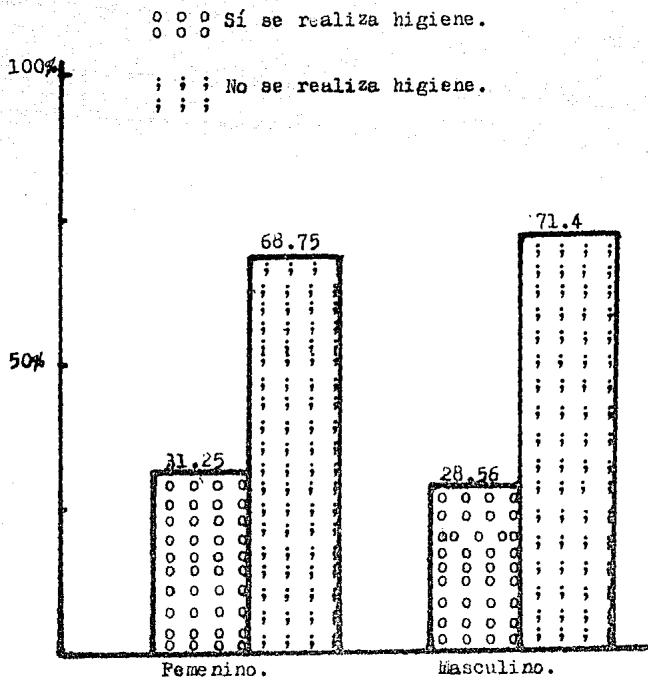
FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 24 .- Relación porcentual de alcoholismo hallado en la pareja, que padecen sífilis y/o blenorragia. Encuesta realizada en pacientes de la UMF No. 33, a partir del 10. de enero de 1982 al 30 de abril de 1983.



FUENTE: Investigación personal.

GRAFICA 25 .- Relación porcentual de higiene postcoito.
 Encuesta realizada con pacientes de ambos sexos casados
 de la UMF No. 33, del 1o. de enero de 1982 al 30 de abril
 de 1983.



FUENTE: Investigación personal.

C O N C L U S I O N E S .

El presente estudio realizado en 30 pacientes con sífilis y blenorragia (22 con sífilis y 8 con blenorragia), de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, ou dimos comprobar que sí ocasiona alteraciones en la dinámica familiar principalmente en el sistema conyugal.

Se encontró que en la población estudiada, el mayor porcentaje de los pacientes son del sexo femenino y fluctúan de los 30 a los 44 años y el sexo masculino de los 15 a los 29 años, y el nivel socio-económico de las familias es bajo.

El grado de ocupación y escolaridad, es mayor el porcentaje en empleados con escolaridad básica, así como el tipo de familia a la que pertenecen, predominando la nuclear.

La inestabilidad conyugal se aprecia más frecuentemente en los casados por contrato cívil y religioso, la falta de comunicación, distracción e información sobre educación sexual, falta de apoyo conyugal, coinciden con el nivel bajo principalmente socio-económico y cultural de los pacientes.

La etiología de las alteraciones en la dinámica familiar es multifactorial y la enfermedad en sí, sólo es un factor desencadenante en las alteraciones conyu-

gales.

La deficiente información sobre el mecanismo de transmisión y el tratamiento en pareja, hace más compleja la comprensión del individuo por el bajo nivel de escolaridad de los pacientes.

Las repercusiones en la actividad social que ya estaban alteradas, haciéndose más patentes posterior a la infección.

La relación en la vida sexual activa en la pareja, alterada en un 50 % antes de la infección, se encuentra proporcionalmente a las relaciones extramaritales, encontrándose y agravándose en forma importante posteriormente a la infección, llegando al extremo de la desintegración familiar completa.

El alcoholismo como factor importante en la patología familiar, se encontró mayor porcentaje en el sexo masculino (64.26 %), en comparación del 18.75% de la mujer, que se encuentra relacionada con la actividad que desempeña el individuo.

La higiene postcoito es deficiente, siendo el mayor porcentaje en el hombre en comparación con las mujeres.

De su análisis se desprende que la mayoría de los pacientes no tienen la información necesaria de la naturaleza del padecimiento, demostrándose con los resultados obtenidos, como el miedo, vergüenza y angustia,

Reacción que nos demuestra una vez más, la falta de orientación y educación de la sexualidad humana. Tomando en cuenta que la sexualidad humana es un proceso que favorece la integración de la sexualidad como parte del desarrollo de la personalidad de los individuos. Su finalidad es favorecer el ejercicio satisfactorio y responsabilidad de la sexualidad. Por lo que creemos conveniente lo siguiente:

- 1.- Capacitación en la educación sexual al personal prestador de servicios dentro del sistema médico familiar, para poder orientar a la población.
- 2.- Capacitación tecnico-deportivo, quien en su mayoría son adolescentes y jóvenes.
- 3.- Realizar talleres con personal de la escuela normal para maestros de escuelas primarias.
- 4.- Cursos básicos de educación sexual y planificación familiar dirigido a profesionales; médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, con actividades para los usuarios adultos y adolescentes.
- 5.- Promoción a la salud.- tener efecto específico sobre la sífilis, pero no son promovidas para preveer la salud específicamente, tendría un efecto general, la educación sexual como influencia favorable, ajuste marital, y en relación a esto, promover la salud específicamente, tendría un efecto disponible para no adquirir la sífilis y blenorragia.

- 6.- Profilaxis, exámenes de prenatales y los esfuerzos contra la prostitución comercializada, tiene un efecto protector específico y constituye la única medida específica disponible en ausencia de medidas de inmunización.
- 7.- El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, es importante para el control de la sífilis a través de los años.
- 8.- Y en caso de hallazgos de sífilis latente, traer a muchas personas a un tratamiento que les asegure la prevención de incapacidades al igual que las limitaciones en caso de sífilis avanzada.
- 9.- Las lagunas en el conocimiento de la sífilis y blenorragia no controlada, en muchas áreas locales, con amplias advertencias de que la vigilancia no debe descanzar.

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

- 1.- JARAMILLO, A. ; Programa para el control de las enfermedades de transmisión sexual; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Febrero de 1979; Vol. LXXXVI, No. 2.
- 2.- SANTA CRUZ, G.; Investigación Seroepidemiológica de la sífilis en algunas comunidades rurales de la región ixtlera.; Boletín Médico en Samolinos Palencia. Eds. Asociados, 1979. Pág. 39.
- 3.- THOMAS, A.; Phisician Recognition Of T^he Signs and Symptomas Of Secondary Syphilis; The Jour of the assoc. 246-2583, 1981.
- 4.- THOMAS, A.; Cerebroespinal Fluído Penicilin Levels During Therapy for Latent Syphilis; The Jour of assoc. 246-2583, 1981.
- 5.- JOHN, Q.; Griffn Physical Illness in the Family; Family Challenges.
- 6.- KUMATE; Sífilis; Manual de Infectología. En J. Kumate Eds.; Médicos del Hospital Infantil de México, 1980. Pág. 351.

- 7.- MOSES, Grusman y ERNEST Jawetz; Enfermedades Infecciosas causadas por Espiroquetas. Diagnóstico y Tratamiento. En Krup Chation.
- 8.- LEON, Mann; Elementos de Psicología Social; Eds. Limusa, Pág. 48-50, 160-161, México, 1982.
- 9.- E. H., Rollo; Familia y Personalidad. En Paidós Buenos Aires Argentina; 1976.
- 10.- HARRISON; Sífilis. Medicina Interna. Tomo I y II, 1970, Pág. 594.
- 11.- SAUCEDA, G. Juan Manuel; La exploración de la Familia. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Revista Médica IMSS, México, Vol. 19, No. 2, 1981. Págs. 155-163.
- 12.- SANTER, V; Conjoent Family Therapy, a guide to theory and technique. Science and behavior books. Inc, Palo Alto California, 1971.
- 13.- JACKSON, D. D. ; The Study of the Family. Fam. Proc. 4;9, 1965.
- 14.- ACKERMAN, N. W.; Treating The Troubled Family. Basic Books, New York, 1966.
- 15.- CHAGOYAL, L. and GUTTMAN; Guide Pour Evaluer le Fonctionnement de la Famille. Manuscrit non-publié September, 1981.