

11226

19
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21

**RECHAZO FAMILIAR AL PACIENTE
CON SIDA**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DR. ALBERTO A. CASTRO LOPEZ



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

	Paginas.
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Antecedentes Científicos.....	6
Planteamiento del problema.....	9
Hipotesis.....	10
Objetivos.....	11
Material y Métodos.....	12
Resultados.....	13
Ensayo de hipótesis.....	15
Tablas y gráficas.....	17
Discusión.....	26
Conclusiones.....	28
Alternativas de solución.....	29
Bibliografía.....	30

I N T R O D U C C I O N .

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel especial en el desarrollo de las sociedades ya sea en lo individual como en lo colectivo, es decir, la enfermedad como suceso personal, como fenómeno biológico, como asunto social, ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos.

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, al igual que otras epidemias, como la lepra, la peste o la viruela ya es un hito en la historia de la humanidad, y en la historia de la salud pública. El SIDA va acompañado de una serie de prejuicios de actitudes sociales de estigmatización del enfermo, de una visión cultural del mal, que dificulta su tratamiento, el SIDA aparece en un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo.

Esta enfermedad es producida por un virus nuevo y mortal, el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse, durante este período, el individuo infectado es, a la vez infectante; es decir; capaz de transmitir la infección.

No se sabe con exactitud cual es el origen geográfico del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patogénico para el hombre. Los primeros casos seguramente ocurrieron hace décadas, y es probable que los médicos ya vieran entonces un caso de SIDA, quedarán perplejos, ante la gravedad y las extrañas características del cuadro y, como se trataba de casos aislados, no encontraban relación alguna con otros padecimientos, y menos

aún sospechaban estar frente a esta enfermedad. Se podrían señalar informes médicos, anteriores a la década de los ochenta, de individuos que murieron sin un diagnóstico preciso, pero con un cuadro compatible con SIDA.

Desde 1978 se tuvo noticia de casos que aparecieron en los Estados Unidos, en hombres homosexuales, jóvenes con Sarcoma de Kaposi, por lo que al inicio se sospechaba que la causa estaba asociada a un factor inherente a las relaciones homosexuales lo que condujo a que no se realizaran recomendaciones a la población en general.

A principios de 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo que ambos grupos padecían, la misma enfermedad. Entre 1982 y 1983 empezaron a aparecer otros afectados, hombres bisexuales, personas receptoras de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos. El común denominador era que tenían afectado de manera importante, el sistema inmunológico, por lo que se hacía evidente la existencia de otros grupos afectados, así como otros mecanismos de transmisión, finalmente en 1982 se acuña el término de SIDA.

El SIDA ha provocado una respuesta social intensa dondequiera que se ha presentado, siendo esta respuesta muy diversa, pero que en términos generales este rodeada de mitos sobre su contagiosidad, por hacer culpables y estigmatizarlos. A pesar de las grandes campañas para combatir los mitos sobre la transmisión de la enfermedad, todavía mucha gente se rehúsa a saludar de mano a un homosexual, no se diga a un infectado por VIH.

En este caso la búsqueda encontró en los homosexuales a --

los nuevos desviantes anormales, para cebar en ellos los estigmas de la enfermedad, en la medida que producen reacciones anti-sociales, que van desde la indiferencia hasta el rechazo y la -- hostilidad hacia tales grupos, con lo que el SIDA se convierte -- en evocador de la culpa, la impureza, en un alto concentrador de contaminación física y moral y en un elemento de disgregación -- social y familiar.

JUSTIFICACION.

Ante un problema de las características del SIDA, la única forma de impedir el contagio de la enfermedad es evitar o modificar el comportamiento de alto riesgo mediante la educación y la comunicación social y familiar.

El paciente con infección por VIH, tiene que enfrentarse -- con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión. Tener SIDA implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo de "contagioso" hace que los pacientes enfrenten rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión de la enfermedad.

La familia juega un papel importante en la evolución del -- soporte de los pacientes con infección por VIH, las actitudes de rechazo y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitarán su proceso de -- adaptación poniendo en crisis al sistema familiar, de tal manera que tanto la familia de origen, la nuclear o la pareja del paciente se ven, de igual manera, que éste, obligado a enfrentar una situación para la que no se estaban preparados, presentando sintomatología familiar que pone en riesgo la integridad y perpetuación de este grupo social.

De tal manera es importante que la asistencia al paciente portador de la enfermedad se constituye como unidad de tratamiento y evaluación, ya no se considerará sólo, sino como parte in-

tegral del grupo familiar, y que como tal deberá ser investigado y evaluado con el consecuente tratamiento.

En apoyo a las consideraciones hechas hasta aquí, todas las alternativas para la solución de la marginación de este tipo de enfermos dentro de la familia, son útiles, y entender la causa como obra colectiva, como cosa de todos, el presente estudio es una invitación para que se amplie la participación conjunta de la familia, la medicina familiar y la sociedad contra la enfermedad.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es un trastorno nuevo, complicado del sistema de defensas del cuerpo, ataca la estructura compleja de la inmunidad dejando a la víctima sensible a microorganismos con los que había vivido previamente en relativa armonía. La mayoría de las personas que contraen la enfermedad, desarrollan anticuerpos sin ningún síntoma inmediato (1,2,3). El período de incubación no está claro, en cuanto al tiempo que pueden ser sintomáticos las personas infectadas, dado que suele ser imposible determinar cuando empezó la infección, sin embargo se sabe que es de 6 meses a más de 5 años, el promedio de incubación es de 28 meses promedio.

El SIDA se ha ligado desde su descripción en 1983, y a pesar de la vastísima propaganda realizada en todo el mundo para informar al público acerca de la naturaleza de la enfermedad, se ha encontrado que el factor de riesgo predominante son las prácticas homosexuales, no obstante, quienes están siendo afectados con una tasa de incremento más acelerada son individuos de estratos bajos y para este grupo cobran igual o mayor importancia las prácticas bisexuales. Esto lleva aparejado un mayor riesgo de transmisión heterosexual (4).

Los estratos más bajos están expuestos a un factor de riesgo el bisexualismo y, por lo tanto tiende a no reconocerse como factor de riesgo frente a las nociones populares de que el SIDA es una enfermedad de homosexuales. Se anota que debido a los prejuicios y los procesos de estigmatización, los enfermos sufren segregación y rechazo, fenómenos que no contribuyen a la rein-

gración de los enfermos a la normalidad sino que a la margina
ción biológica, aMaden la social y familiar (5).

En cuanto a los factores de riesgo para la infección de --
VIH, destaca fundamentalmente el hecho de haber tenido relacio__
nes sexuales sin importar el número de parejas en toda la vida,
la diferencia de riesgos entre penetrado y penetrador es difi__
cil de establecer dado que no se muestra un patrón exclusivo. Es
importante comprender la dinámica actual de transmisión y enten__
der la extensión y las variables de comportamiento heterosexual
en hombres homosexuales y bisexuales, (6).

En cuanto a números se refiere, hasta el mes de mayo de 19__
91, según la edad y tipo de conducta sexual se han detectado 15__
58 casos en homosexuales (38.6%), 103 (25.8%), con prácticas bis
xuales, y 576 (14.3%), en los de conducta heterosexual, y solo 169
(28.4%), en mujeres, de un total de 6982 casos reportados actual__
mente en el país, (7).

Ya que al ser el SIDA una enfermedad estigmatizante las --
reacciones a la homofobia suelen ser complicadas enfrentando --
distintos grados de estres psicosocial, tales como miedo a la --
muerte, miedo a exponer su estilo de vida, la culpabilidad, la per
dida de la pareja y de los amigos, del estrato financiero y ocu
pacional y a depender de los demás, los familiares que no acep
tan la homosexualidad del enfermo, pasan grandes dificultades y
complicaciones cuando muere. Los factores que pueden influir en
la disposición para los cuidados en pacientes con la enfermedad
incluyen el miedo a adquirir el virus de la inmunodeficiencia,
la aceptación y estigmatización de la homosexualidad por la fa
milia y la misma incapacidad familiar para resolver el conflic
to del paciente y su estilo de vida puede ser significativa y --

dañarla, llevandola incluso a su desintegración.(8,9,10).

El impacto de la familia ante el SIDA resulta en una fuente poderosa de estres sobre las relaciones entre miembros de la familia y otros sistemas sociales, siendo los principales alteradores de la dinámica familiar, y su estructura con los consecuentes problemas posteriores a la muerte del paciente (11), este estres puede generar vulnerabilidad e incrementar la enfermedad, las necesidades de la familia estan relacionadas con la duración y severidad de la enfermedad, en etapas tempranas la familia busca información de la trasmisión, prevención, riesgos y tratamientos, en etapas intermedias busca la comunicación con el enfermo y los cuidados de salud sin incrementar la dependencia, y en una tercera etapa en la cual se prepara para la muerte y los cambios emocionales posteriores. Un número pequeño de familias busca como luchar contra la enfermedad (12,13), e incluso intentar motivar a los miembros de la familia a luchar contra la deseminación de los enfermos en su hogar,(14).

El médico familiar es pieza fundamental al manejar a un paciente con SIDA ya que a través de él, se erradicarán mitos y temores creados sin fundamento científico respecto a su trasmisión y tratando así de aminorar la psicosis existente en los familiares del paciente y en la misma sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Es mayor la frecuencia de rechazo familiar en pacientes homosexuales con SIDA, en relación a heterosexuales y bisexuales con SIDA ?

HIPOTESIS.

**Es mayor la frecuencia de rechazo familiar en pacientes ho
sexuales con SIDA en relación a heterosexuales y bisexuales con
SIDA.**

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar la frecuencia de rechazo familiar en el paciente con SIDA de acuerdo a su práctica sexual.
- 2.- Comparar las características de rechazo familiar en los pacientes con SIDA de acuerdo a su práctica sexual.

MATERIAL Y METODOS.

Para la realización del presente estudio se utilizarón 50 pacientes enfermos de SIDA y sujetos a control epidemiológico - en el servicio de medicina preventiva, perteneciente a la UMF No 21 del IMSS del Valle de México, y con la colaboración del asesor, jefe del servicio de medicina preventiva, y de un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar. Así mismo, se utilizarón cuestionarios previamente elaborados para determinar el grado de rechazo familiar.

Se estudiarón 50 pacientes enfermos de SIDA, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos: enfermos con SIDA, homosexuales, heterosexuales y bisexuales con SIDA, de 25 a 44 años de edad, con conocimiento familiar del diagnóstico de SIDA, que habiten con la familia, de ambos sexos, cuyas condiciones permitan su completa comunicación familiar y referidos a control epidemiológico a la UMF No. 21.

De los pacientes que cumplierón con los criterios de inclusión y que fueron integrados al estudio, se les realizó una visita a cada uno de ellos, para la aplicación del cuestionario que determina el grado de rechazo familiar.

RESULTADOS.

A través de la aplicación de los cuestionarios para determinar el grado de rechazo familiar según su práctica sexual a la población incluida en el estudio, sujeta a control epidemiológico en la UMF No.21 en el D.F., se observaron los siguientes resultados:

Del total de 50 casos estudiados, 28 pertenecen al grupo de práctica homosexual (16%), 15 corresponden a heterosexuales (6%), y 7 (4%), a bisexuales. Tabla y gráfica No.1.

La transmisión por grupo de edad muestra los datos siguientes: predominio del grupo de edad de 25 a 28 años (30%), siendo el menos afectado el grupo de 41 a 44 años (2%). Tabla y gráfica No.2.

Del total de casos estudiados 45 (90%), corresponden a hombres, 5 (10%), a mujeres. Tabla y gráfica No.3.

En lo referente al grado de escolaridad de la población entrevistada: 21 (42%), curso la secundaria completa, 14 (28%), bachillerato, 11 (22%), ha cursado la primaria, 2 (4%), licenciatura, y 2 (4%), nivel técnico. Tabla y gráfica No.4.

En cuanto a la ocupación actual del paciente encontramos: 17 (34%), manifestó ser empleado, 12 (24%), realiza labores del hogar, 6 (12%), refirieron diversos oficios, 6 (12%), son obreros, 3 (6%), estudiantes, y 6 (12%), sin actividad específica. Tabla y gráfica No.5.

El estado marital fue: casados 16 (32%), solteros 32 (64%), y unidos solo 2 (4%). Dentro el habitat encontramos que el 100% convive bajo el mismo techo. Tabla y gráficas 6 y 7.

La frecuencia de mayor rechazo familiar se encontró en la población homosexual 8 (16%), 3 (6%), corresponden al grupo de los heterosexuales, y solo 2 (4%), al grupo de bisexuales. Tabla y gráfica No.8.

En lo que concierne al grado de rechazo de la población estudiada según el tipo de conducta sexual se reportaron: 11 (84%) con rechazo leve, 2 (15%), para moderado, y nulo para grave. Tabla y gráfica No.9.

ENSAYO DE HIPOTESIS.

Para el analisis estadfstico se utilizó:

Prueba no paramétrica χ^2 para una muestra con un nivel de significancia de alfa de 0.05 y grados de libertad = 1.

Se utilizó la siguiente formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} =$$

A	B	
Homosexual	Heterosexual y bisexual	Total
50	50	
8	5	13

Sustituyendo:

$$\frac{(8 - 50)^2}{50} + \frac{(5 - 50)^2}{50} = 35.28 + 40.50 = \underline{75.78}$$

$$\chi^2_{exp} = 75.78 \quad \chi^2_c = 2.706$$

Hipotesis: $H_0 = A = B$

$H_1 = A > B$

Donde A es la frecuencia de rechazo familiar al paciente homose sexual.

Donde B es la frecuencia de rechazo familiar al paciente hetero sexual y bisexual.

Dado que la χ^2_{exp} es mayor que la χ^2_c y la p es menor que alfa se rechaza H_0 y, acepta H_1 .

CONCLUYENDO;

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de rechazo familiar en el paciente homosexual y la frecuencia de rechazo familiar en pacientes heterosexuales y bisexuales. Siendo más frecuente el rechazo en el grupo de pacientes homosexuales que en el grupo de pacientes heterosexuales y bisexuales con SIDA.

Tabla y gráfica No.1.

Población estudiada y número de rechazos según práctica sexual.

No.Pacientes	Tipo práctica sexual	No.Rechazos
28	Homosexual	8
15	Heterosexual	3
7	Bisexual	2
Total 50		13

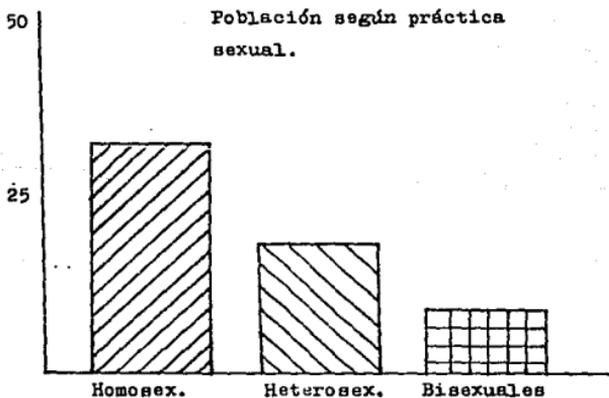


Tabla y gráfica No.2.

Distribución de edades de los pacientes del estudio.

Edad	No.	%
25-28	15	30
29-32	14	28
33-36	12	24
37-40	8	16
41-44	1	2
Total	50	100

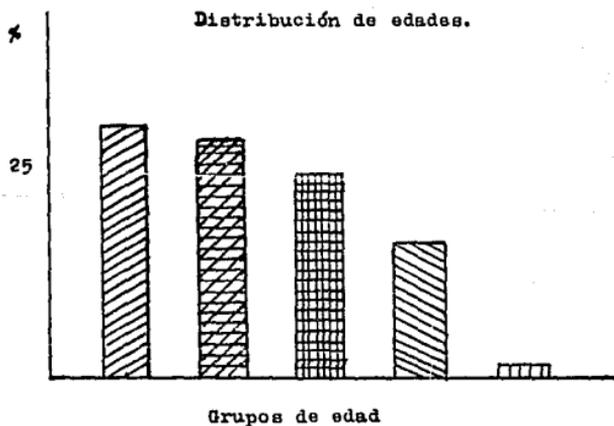


Tabla y grafica No.3.

Distribución por sexo

Sexo	No.	%
Femenino	5	10
Masculino	45	90
Total	50	100

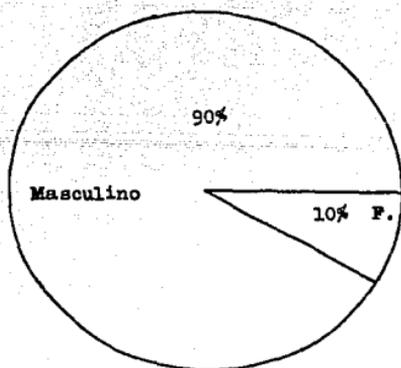


Tabla y gráfica No.4.

Nivel de escolaridad

Escolaridad	No.	%
Primaria	11	22
Secundaria	21	42
Técnicos	2	4
Bachillerato	14	28
Profesional	2	4

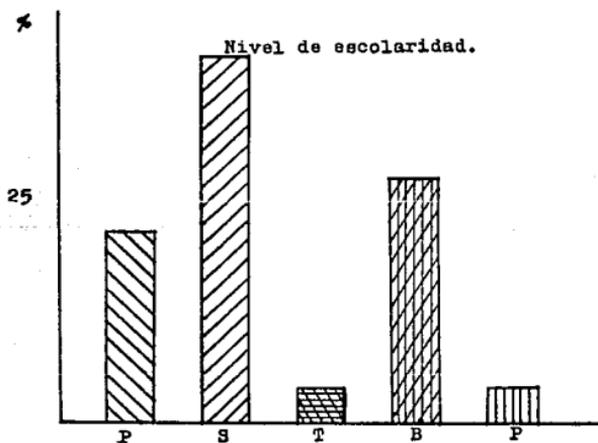


Tabla y gráfica No.5.

Distribución del tipo de ocupación.

Ocupación	No.	%
Empleados	17	34
Oficios	6	12
Obreros	6	12
Hogar	12	24
Estudiantes	3	6
Inespecíficos	6	12

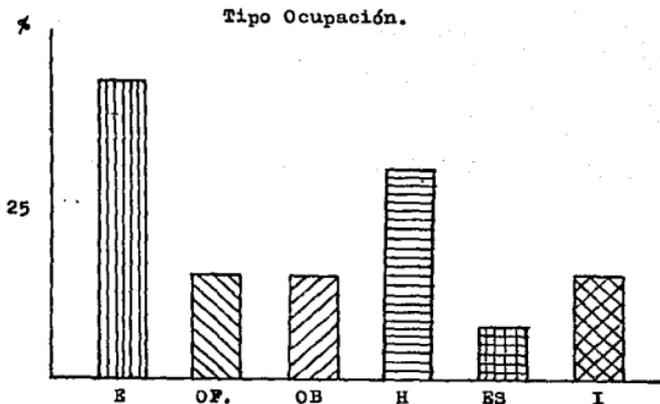


Tabla y gráfica N.6

Distribución del estado civil.

Estado civil	No.	%
Solteros	32	64
Casados	16	32
U.libre	2	4

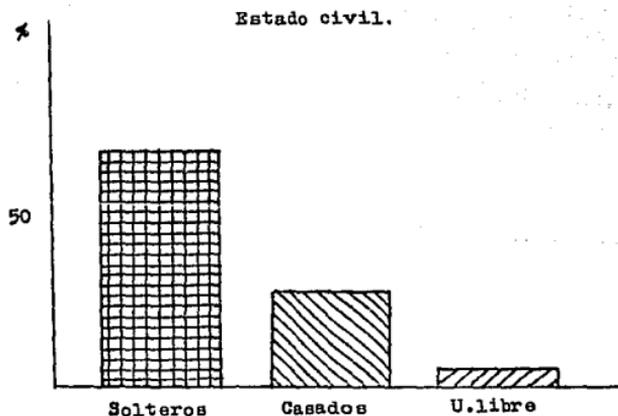


Tabla No.7.

Habitat dentro del núcleo familiar.

No. pacientes.

%

50

100

Tabla y gráfica No.8.

Distribución de rechazo familiar según practica sexual.

Tipo práctica sexual	No.rechazos	%
Homosexual	8	16
Heterosexual	3	6
Bisexual	2	4
Total	13	26

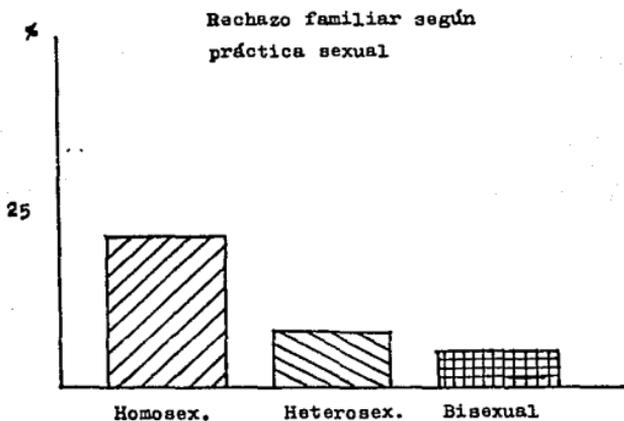
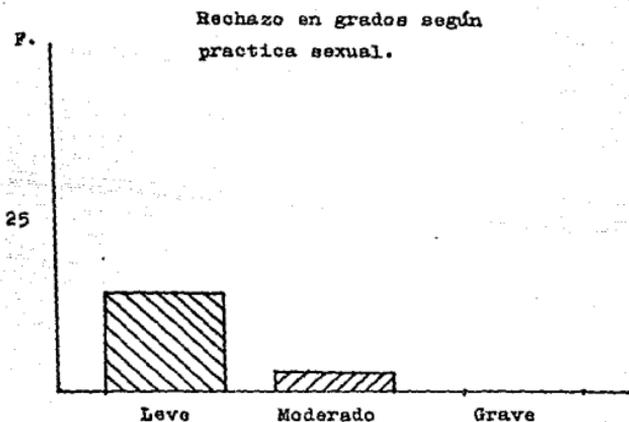


Tabla y gráfica No.9.

Distribución en grados según práctica sexual.

Grado de rechazo	Leve	Moderado	Grave	Total
Práctica sexual				
Homosexual	7	1	0	8
Heterosexual	2	1	0	3
Bisexual	2	0	0	2
Total	11	2	0	13



DISCUSION.

Los resultados presentados en este estudio, demuestran que si existe rechazo familiar que va en relación directa al tipo de conducta sexual del paciente estudiado y que contribuyen a las alteraciones de la dinámica familiar. Se observan dos actitudes opuestas: solidaridad y rechazo hacia los pacientes; generalmente esta dicotomía se debe por un lado, a la estigmatización de los enfermos (preferentemente homosexuales), aunado al temor de padecer la enfermedad, lo que condiciona que los miembros de la familia a tratar de evitar, en lo posible, enfrentarse a la realidad, y por otro lado, el sentimiento de solidaridad, que afecta a personas jóvenes en edad productiva y que probablemente fue adquirida por desconocimiento de la misma o de las medidas de prevenirse.

Durante la aplicación de las encuestas, se observó que la relación es diferente en los casos en que existe un miembro con conducta homosexual, que los de aquellas familias donde no se presenta. A partir de lo anterior se pudo observar una íntima interdependencia que existe entre la conducta de uno ó más miembros de la familia.

Por otro lado observamos la marginación que sufren algunos de los pacientes del estudio y que esta en relación con las condiciones económicas, nivel de escolaridad de la familia en cuestión. En realidad son pocas las familias que brindan escaso o nulo apoyo material y moral al paciente portador de la enfermedad siendo más frecuente en aquellas en las que existe poca información acerca de los mecanismos de transmisión, teniendo connota -

ciones negativas y estigmatizantes, calificandoló de contagioso haciendo que los pacientes enfrenten un rechazo, que en el estudio se presentó en grado leve en once de los trece pacientes.

Aquellos pacientes que poseen un soporte familiar adecuado (cuando la familia esta al tanto de la conducta sexual, o cuando la pareja es estable, o cuando el resto de la familia entiende la situación), son pocas las posibilidades de rechazo, llama la atención que durante las entrevistas, existió una mayor preocupación por un familiar que por sí mismos, esto pudiera explicarse porque la enfermedad en un ser querido resulta más dolorosa que la propia, por la creencia de transmisión hacia sus familiares mediante el contacto social o algún otro que implique convivencia, aún cuando estos mecanismos sean inexistentes.

Cabe resaltar que el virus del SIDA no infecta a los individuos por su preferencia sexual, sino única y exclusivamente -- cuando se expone a un mecanismo de transmisión efectivo, independientemente de la edad, sexo, condición social o actividad laboral. Es tarea de todos, tanto personal de la salud, como de la población en general desmontar e inhibir las ideas y actitudes -- que tienden a parcializar el problema del SIDA, al considerarlo como enfermedad privativa de un grupo, todas las alternativas de educación que se puedan ofrecer son necesarias y útiles

En base a lo anterior, considero que la familia es el punto importante en la evaluación del soporte emocional de los pacientes con VIH, en este sentido ha tenido y tendrá acciones sobre -- la calidad del vínculo interpersonal familiar y que los mismos familiares son aliados para proporcionar mayor bienestar al paciente.

CONCLUSIONES.

Al término del presente estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.- La presencia de un paciente enfermo de SIDA es causa de rechazo dentro del núcleo familiar.
- 2.- La presencia de un enfermo de SIDA en el núcleo familiar y, el tipo de práctica sexual en este caso homosexual, es causa de rechazo familiar en grados diversos.
- 3.- Existe relación entre el medio socioeconómico, grado de escolaridad de la familia con el tipo de rechazo observado.
- 4.- El rechazo familiar está relacionado con la poca información de los mecanismos de transmisión de la enfermedad.
- 5.- La solución al problema consistirá en modificar los comportamientos mediante educación, comunicación social y familiar.
- 6.- Si existe una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de rechazo familiar en el paciente homosexual con SIDA y la frecuencia de rechazo familiar en pacientes heterosexuales y bisexuales. Siendo más frecuente el rechazo en el grupo de pacientes homosexuales que en el grupo de pacientes heterosexuales y bisexuales con SIDA.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

Se proponen las siguientes alternativas de solución:

- 1.- La educación como medida estratégica prioritaria en la pre ven ción de posibles casos futuros.
- 2.- Establecimiento de programas de educación sexual, a la pobla ción derecho habiente de mayor riesgo.
- 3.- Fomentar la salud mediante orientación a grandes grupos de población susceptible de adquirir la enfermedad.
- 4.- Por parte de la medicina familiar:
 - a) Mejoramiento de la relación Médico-Paciente-Familia.
 - b) Fomentar sesiones familiares en los que intervengan todos los miembros de la familia.
 - c) Visitas domiciliarias a familias donde se detecten pa cientes con rechazo familiar.
- 5.- Promover el uso de medidas preventivas mediante educación - para evitar el contagio en miembros de la familia.
- 6.- Apoyar a la familia para mantener el equilibrio emocional y mejorar sus relaciones interfamiliares.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Graske.HIV infección y SIDA.Riesgo de desarrollo por contac
tos heterosexuales.IPPF Medical Buttelin 20;1986:3-4.
- 2.- Kreiss J K.Virus del SIDA infección.N J Eng.Med.1986;144-8.
- 3.- Abrams.Síndrome de linfodenopatía en homosexuales masculinos.New York Riven Press.1988;5:75-97.
- 4.- González B M A,Ligueroi A L,Bazua L.F.SIDA y estratos socioeconómicos en México.Salud Pública Méx.32 (1);1990:26-36.
- 5.- Izazola L J,Valdespino G J,Sepulveda A J.Factores de riesgo asociados a infección por HIV en hombres homosexuales y bisexuales.Salud Pública Méx.30 (4);1988:555-65.
- 6.- Castro P R.Aspectos psicosociales del SIDA;Estigma y prejuicio.Salud Pública Méx.30 (4);1988:629-33.
- 7.- Situación del SIDA en México.Bol.mensual.SIDA/ETS.6 (5); -
1991:1140-48.
- 8.- Lira R L.Algunos aspectos psicosociales del SIDA.Salud mental.12 (3);1989:55-9.
- 9.- Rinella V J,Dubin W.R.The hidden victims of AIDS;Healt workers and family.Psychiatr.Hosp.19;1988:115-20.
- 10.- Mcdonell J R,Abell N,Miller J.Family members willingness --
to care for people with AIDS;A psychosocial assesment model.Soc.Work.36;1991:45-53.
- 11.- Bar R,Johnson M.Needs of caregivers of persons with AIDS.--
Int.Conf.AIDS.5;1989:851.
- 12.- Corby N H,Wilson G.Men with AIDS.Family of choice vs family
origin.Int.Conf.AIDS.5;1989:851.
- 13.- Patten J,Walker G.Gay men with AIDS and family.5;1989:817.
- 14.- Carvalho L D,Miguez I A,Rachid L M.Medical social care for
family members of AIDS patients in Rio de Janeiro.Int.Conf.

(3);1990:20-3.

- 15.- Sepulveda A J.y Cols.Familiares y personal de salud;Riesgos y precauciones en SIDA ciencia y sociedad en México. - Ed.Fondo cultura económico Méx.1989:353-74.
- 16.- Irving B.Homosexualidad y la familia en homosexualidad;Un estudio psicoanalítico.Ed.Pax Méx.1984:369-04.
- 17.- Carlos C,Guzman E,Stephen W,Coronado M.Comportamiento sexual y seroprevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en varones homosexuales Peruanos.Bol.Sanit. of Panam.111;1991:218-29.