

885325

2



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO

**"FRAY ANDRES DE URDANETA"
NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACION
UNAM 8853
PSICOLOGIA**

**REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DEL SISTEMA FAMILIAR QUE TIENE UN
MIEMBRO CON VIH/SIDA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA
SISTEMICA.**

297374

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
PRESENTAN:
CLAUDIA ANEL JIMENO MATEOS
SANDRA BERENICE RODRIGUEZ GONZALEZ**

**ASESORA DE TESIS:
LIC. MA. DE LOURDES CANO GAUTIER**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Por los que nos fueron arrancados con insolencia, en medio del dolor y la impotencia, por ellos, los ausentes - presentes, quienes me inspiraron a realizar muchas de mis actividades, pero en particular me enseñaron a luchar pensando en su ejemplo y en su recuerdo, por tal motivo este trabajo está dedicado a sus memorias.

Mil Gracias "OSO", Gracias PADRE.

La formación profesional y personal es una labor ardua para los padres, en especial cuando uno de ellos falta, el esfuerzo se hace más intenso, por lo que al ver culminada la carrera profesional de un hijo, debe ser motivo de una gran satisfacción, es por ello, que de manera especial dedico con profundo cariño, admiración y respeto, este trabajo a mi MADRE, quien de modo importante ha contribuido con mi propia formación personal.

A tí, Gracias...

Para Mi Gran Amiga y Compañera de Tesis:

Gracias por los momentos compartidos, por enseñarme cómo vivir la vida pero sobre todo, por ser mi complemento...

A Dios:

Quien me ha dado tanto aún sin pedirlo, y quizá sin merecerlo. Seguiré en deuda contigo pues mi vida no será suficiente para Agradecerte y Amarte

A Ellos(as)... por quien la vida es breve y la Esperanza es aún más Grande.

CLAUDIA ANEL JIMENO MATEOS

A Carlos y Catalina, Mis Padres:

Por ser la presencia imprescindible de mi vida,
Por ser la fortaleza de mi alma,
Por ser mis anhelos,
Por ser la pasión de mi corazón
Por ser mis lágrimas,
Por ser mis padres ...

Gracias.

A Mi Hermana:

Juntas iniciamos este camino, la vida. Siempre tomas mi mano para no dejarme caer y lo haces con tu infinita fuerza.
Gracias por ser mi incondicional, por alegrar mi vida y por ser mi eterna acompañante.

A Mi Familia:

Dedicado a los presentes (de alma y pensamiento) de esta vida, mi vida; por ser mis reflejos.
Por lo otorgado y lo compartido.

A ti DIOS por conducir mi principio a través de todos mis finales.

SANDRA BERENICE RODRIGUEZ GONZALEZ

A Nuestra Asesora y Amiga

Agradecemos el tiempo compartido y vivido a través de la realización de ésta investigación, ya que su experiencia y conocimientos fueron fundamentales para llevarla a cabo, mismos que nos servirán en el camino a recorrer.

Este camino fue placentero a pesar de todas las vicisitudes que se presentaron por que durante el recorrido se dio la oportunidad de consolidar lazos efectivos que aún eran indelebles e impenetrables, mismos que poco a poco se tomaron más fuertes y transparentes acompañados con palabras de aliento, esperanza, exigencias, regaños, ternura, comprensión, risas y confidencias.

Esta gama de sentimientos nos permitió conocer a la profesionista, a la mujer, a la amiga e incluso a la madre.

Gracias por compartir con nosotras su esencia.

Cada segundo que vivimos fue un momento nuevo y único, un momento que nunca había sido, y que nunca volverá a ser, no encontramos sabiduría en la cima de la Universidad sino en el cimiento de ésta.

A ustedes Gracias ... Alicia Aguilar, Lydia Patricia Becerra, Margarita Martínez, Laura Reyes, Alejandro Sánchez.

A Nuestra Querida y Muy Recordada Profesora Laura Chávez C.:

Nada puede usurpar el sitio que corresponde a la persistencia. No el Talento: muchos hombres y mujeres de talento son unos fracasados. Ni el Ingenio... pues muchos Genios son unos vagos. Sólo la persistencia es Omnipotente.

Nada hay tan contagioso como el entusiasmo que es tu sello característico, que hace de ti una mujer especial.

Gracias por encausar el profesionalismo en nuestras vidas.

Debemos agradecerles a Dios y a la Vida por habernos permitido encontrarnos y unir nuestros variados destinos, que con el devenir del tiempo se fueron haciendo compatibles permitiéndonos vivenciar sentimientos de respeto, compañerismo, competencia, ternura, cariño, amor, dolor, lágrimas, risas, solidaridad, ayuda, anhelos, fracasos, libertad, ideologías, transgresión, familia y "locura".

Dedicado a las Grandes Mujeres del Grupo de las Once: Cecilia Corona Silva, Andrea Chacón Espinosa, Sara Lisandra Hernández Huerta, Ana Lizbeth Mar Abarca, Martha P. Miranda Lumbreras, Elizabeth Núñez González, Verónica Torres Gutiérrez, Martha Gabriela TrejoGonzález y Belém Villalobos Navarrete.

A Ustedes... Gracias.

Estas líneas están dedicadas a nuestros amigos y compañeros de trabajo que vivieron junto con nosotras frustraciones, coraje y desesperanza, al mismo tiempo recibimos de cada uno de ellos comprensión, ayuda, apoyo moral y motivación. Lo cual hizo más fácil alcanzar el objetivo.

Mil Gracias.

CLAUDIA ANEL Y SANDRA BERENICE

RESUMEN

Una de las enfermedades más letales que genera una situación de gran estrés para toda la familia, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

¿ Cómo repercute psicológica y familiarmente dentro de un sistema familiar el tener un miembro con VIH/SIDA ?.

El VIH/SIDA, por ser una enfermedad que está relacionada básicamente con la sexualidad del individuo y que se encuentra socialmente estigmatizado, altera el sistema familiar: la interacción entre todos sus miembros, su organización, sus roles; es decir, altera su estructura y funcionamiento.

Ante esta Pandemia que llega a amenazar la vida, el paciente y su familia se enfrentan quizás por primera vez, a la ineludible realidad de que son mortales. Cuando el paciente se da cuenta de que puede llegar a fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera. No se trata de la vida o muerte de una sola persona, sino de todo un sistema. Parte de esta crisis surge ante el hecho de que "la familia que eran, ya no lo serán más". Pues, ésta situación los va a cambiar aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares. De manera que, se producirán reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento.

La presente investigación se centra en el hecho de que las repercusiones psicológicas del VIH/SIDA que se suscitan dentro de un Sistema Familiar, dependen de las reacciones psicológicas, del estilo de vida (sujeto, familia y sociedad) y de su adaptación ante la inesperada situación.

Para sustentar que la estructura y dinámica familiar se modifican ante dicha situación (VIH/SIDA) se toma como base la TEORIA SISTEMICA ya que considera a la familia como un sistema completo e interactuante que simultáneamente se afecta y son afectados. Dicho enfoque intenta ubicar a la familia "en el aquí y ahora" para que ésta no se encierre en los problemas pasados sino que ponga remedio a su presente para mejorar su futuro.

La dinámica familiar se va a modificar con base a la estructura de la familia del sujeto que padece dicha enfermedad. Ya que ésta modificación depende del rol familiar que el enfermo lleva a cabo dentro de su propio sistema, para ello es necesario reacomodar la estructura y reencuadrar los objetivos del sistema familiar que le permita funcionar como tal y al mismo tiempo prever la ausencia de uno de sus miembros.

INTRODUCCION

Desde nuestra posición de Psicólogas Clínicas quisimos revisar cuáles son las repercusiones psicológicas de un sistema familiar que tiene un miembro con VIH/SIDA (desde el punto de vista de la TEORIA SISTEMICA).

Como profesionales de la salud, los Psicólogos no sólo requerimos del abordaje teórico de los aspectos del comportamiento humano, sino también del acercamiento inter e intra personal con situaciones que demandan nuestros servicios, pues un padecimiento como lo es el VIH/SIDA involucra a la especie humana en su conjunto y requiere de una intervención integral, ética y profesional debido a la trascendencia tan alta que conlleva.

Ante una crisis o estrés psicológico como en éste caso el VIH/SIDA, provoca diversas alteraciones tanto en el área fisiológica como psicológica: a nivel individual y familiar. En este sentido, la intervención psicológica debe focalizarse en las necesidades biopsicosociales del individuo y de las necesidades psicosociales de la familia. De acuerdo con lo anterior se hace necesaria la búsqueda para emplear una teoría psicológica adecuada a las necesidades de éste padecimiento. Entre las tantas teorías existentes (Cognoscitiva, Humanista, Psicoanalista, Conductista, etc.) sobresale la TEORIA SISTEMICA, la cual considera a la familia como un sistema interactuante a nivel interno y externo.

De ésta forma y enfatizando que dicha teoría considera al sistema familiar como el primer modelo de intervención de primera línea, ya que es quien proporciona diferentes modelos de relación social, además de ofrecer información (costumbres, hábitos, ideología, etc.), religión, apoyo animico, económico y apoyo psicológico; también considera, y es parte de uno de sus objetivos la reacomodación de los miembros dentro de un sistema por lo que resulta obvio que si el enfermo con VIH/SIDA complementa o no al sistema como elemento principal de ella, resulta idóneo el ejercicio de ésta teoría en dicha enfermedad.

El VIH/SIDA como enfermedad progresiva y mortal produce un impacto en el sistema familiar completo, la familia es un grupo de personas interdependientes que simultáneamente afecta y se ven afectados por el paciente con VIH/SIDA. De aquí la importancia e influencia de cada miembro del sistema familiar en los miembros del sistema completo (Flores M., 1992).

Ya que la familia es la unión básica de realización y fracaso, es también la unidad básica de enfermedad y salud mental, además es la institución más antigua, dinámica y paradójica, que refleja en su estructura las características del momento histórico por el que atraviesa.

De ésta manera queda claro que una enfermedad como el VIH/SIDA pone en crisis al sistema familiar y es a partir de aquí que resaltando las repercusiones psicológicas y familiares que dicho padecimiento representa, es indispensable la participación del psicólogo clínico proporcionando elementos para ordenar algunos aspectos de la vida del paciente y de su familia, con la fantasía consciente e inconsciente de "expiar" todo aquello relacionado con la infección que pueda producir culpa; o bien mantener una "mejor calidad de vida".

El trabajo consistió en la revisión bibliográfica de material concerniente a la familia, a su estructura y dinámica, a la ideología cultural que impera en ella; así como los cambios sociohistóricos que llegan a modificar el funcionamiento de los individuos y que en su momento provoca desestructuraciones en el edificio de la identidad personal y familiar que durante años se construyó afanosamente. Estas posibles modificaciones fueron examinadas a través de la simbología que utiliza la Teoría Sistémica. con base a ésta, se determinaron los cambios inter e intra estructurales que trascienden en el hábitat en que se desarrolla el sujeto y su familia. Por lo que comprende de tres capítulos. El Capítulo I se refiere a la perspectiva histórica del padecimiento, diferencia las siglas VIH/SIDA y da conceptos elementales en torno a cada una de ellas, se mencionan las pruebas rigurosas para su detección, así como sus mecanismos de transmisión para finalizar con algunas repercusiones de tipo fisiológico que se presentan en el Sistema Nervioso, enfatizando el deterioro cognoscitivo y motor por el que atraviesa el enfermo.

El Capítulo II especifica el origen y evolución de la familia, la estructura de la familia mexicana y su ideología, lo cual permite identificar cómo es la red grupal de la familia ante una enfermedad impredecible, incontrolable y mortal como lo es el VIH/SIDA. Además se habla de la teoría propuesta para el manejo de ésta investigación y se aborda de manera más específica en el siguiente capítulo.

El Capítulo III resalta las repercusiones psicológicas (individuales y familiares) que dicho padecimiento conlleva, se ilustran las reacciones que viven el paciente y la familia durante las diferentes etapas de la enfermedad (seropositividad, curso de la enfermedad y muerte); así también el manejo psicológico que se ofrece a ambos. Dentro de éste capítulo se hace mención de las teorías más usuales dentro de ésta pandemia (Teoría Psicoanalítica y Teoría Sistémica) de las cuales se realizó una confrontación entre ambas, determinando el porqué de la utilización de la Teoría Sistémica en ésta enfermedad. Así mismo se plantea un caso clínico para hacer evidente la forma en que la abordaría dicha teoría.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I : ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?

Pág.

1.1 PERSPECTIVA HISTORICA DEL VIH/SIDA	1
1.2 ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?	4
1.3 PRUEBAS SEROLOGICAS	10
1.4 ALTERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO	17

CAPITULO II : LA FAMILIA COMO SISTEMA

2.1 ORIGEN Y EVOLUCION DE LA FAMILIA	23
2.2 ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR	25
2.3 IDEOLOGIA EN LA FAMILIA MEXICANA	37
2.4 TEORIA SISTEMICA	41

CAPITULO III : REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DEL VIH/SIDA

3.1 REACCIONES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE Y ALTERNATIVAS PSICOLOGICAS ANTE SU DIAGNOSTICO	46
3.2 REPERCUSIONES DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA	55
3.3 ALTERNATIVAS DE MANEJO PSICOLOGICO PARA EL PACIENTE CON VIH/SIDA Y SU FAMILIA	62
3.4 ELABORACION DEL DUELO	72
3.5 LA MUERTE Y EL VIH/SIDA	82

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

GLOSARIO

ANEXOS

CAPITULO I

¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?

La humanidad durante su constante evolución ha transitado por una gran gama de acontecimientos, como conquistas, hechos históricos, descubrimientos científicos entre otros. Se vive una época de extraordinarios progresos técnicos.

Por un lado, la civilización aporta inmensas mejoras y grandes beneficios, mientras que por otro lado, provoca influjos y tentaciones extremadamente nocivas para la salud del hombre. Hoy se cuenta con medios para remediar males que no perdonaban, pero también existen nuevas enfermedades que están todavía muy lejos de resolverse de manera definitiva, por ejemplo, el VIH/SIDA.

1.1 PERSPECTIVA HISTORICA DEL VIH/SIDA

A partir de los años 80's se comenzó a polemizar a cerca de un padecimiento que ha causado interés y preocupación a la humanidad, dicho padecimiento es el SIDA. Aún se sigue una lucha por encontrar una solución a dicha enfermedad, con el propósito de contrarrestarla como se ha hecho con otras enfermedades.

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es la consecuencia más grave de la infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El SIDA es una nueva enfermedad causada por un virus que emergió en Europa y América, en la última mitad de los años 70's. Sin embargo, el reconocimiento del SIDA, como una enfermedad se dio durante los primeros años de la década de los 80's. (Todos los términos técnicos no conocidos que se utilizan a lo largo de los capítulos se definen en el glosario).

El primer caso detalladamente descrito como historia clínica completa, aunque sin diagnóstico, fue en Nueva York, en 1980 en Mount Sinai Medical Center, en donde se presentó un paciente muy delgado, débil en extremo, con ardores en la boca y faringe, respiración dificultosa, tos, fiebre, diarrea. con una Adenopatía casi universal, la piel cubierta de pápulas y nódulos morados, además de un tipo de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi. Los estudios bacteriológicos revelaron múltiples bacterias y hongos que sólo se presentaban como patógenos o saprófitos, infectando pulmones, intestinos y cubriendo la piel. Todos los tratamientos aplicados no produjeron mejoría y el paciente murió sin haberse establecido el diagnóstico (Sander O., 1990).

En diciembre del 81, tomando en cuenta éste y otros casos, se designó a ésta enfermedad con el nombre de Severa Inmunodeficiencia Adquirida, agregando que en algunos de ellos habían homosexuales masculinos afectados de herpes anal. En ese momento el nombre más usado para éste padecimiento fue el de GRID, del Inglés Gay Related Inmunodeficiency (en español, Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales Masculinos), sin embargo, éste nombre fue sustituido al descubrir que existen otros mecanismos de infección, por lo cual se le llamó SIDA (como se le conoce actualmente).

A partir del surgimiento del SIDA se han propuesto diversas hipótesis (Ríos L., 1991), en torno a su origen, algunas de ellas son:

- Se culpó a los inhalantes de nitrito como posible causa del SIDA, los nitritos son mutágenos y pueden tener un papel en la etiología del Sarcoma de Kaposi. Se pensó que los nitritos eran inmunotóxicos y producían inmunodeficiencia.
- El defecto inmune básico del SIDA se debe a una "carga antigénica". Se basa en que homosexuales receptores (más que introductores) en la relación anal representa un factor de riesgo importante. Los homosexuales que practican en forma predominante la relación sexual

receptiva se exponen en forma repetida al esperma que induce inmunosupresión, debido a las laceraciones que posiblemente se produzcan en la zona anal.

- En los últimos años se descubre que en Africa Central se han presentado centenares o miles de casos de Sarcoma de Kaposi: Sarcoma de Burkitt, de infecciones candidiásicas, herpes, Neumonía por *Pneumocystis Carinni* (NPC), todos con virulencia y seroprevalencia hacia el VIH. Esto condujo a una conclusión lógica: el SIDA viene manifestándose en Africa Central desde hace mucho tiempo, muriendo sus habitantes sin diagnóstico de tumores virulentos y de infecciones de extrema intensidad.

Ríos L. (1991) propone algunos supuestos sobre el origen del SIDA:

- El origen del mono: el Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (VIS), infecta en algunas regiones hasta el 70% de los monos africanos, sin que éstos animales manifiesten signos de enfermedad. Teoría que surgió en E.U.A., al notar que algunos de los macacos de cría (en cautiverio) presentaban síntomas similares a los del SIDA y morían de alguna enfermedad oportunista.
- El origen africano del SIDA: ésta teoría sostiene la creencia de que la Epidemia se propagó desde Africa al resto del mundo. Algunos datos que la apoyan son: en algunas ciudades importantes de Africa Central del 5% al 10% de la población son portadores del virus. La cadena de transmisión sería: Africa-Caribe-E.U.A.; ó. Africa-Europa.

Actualmente se sospecha con mucho fundamento que el SIDA proviene de Africa Central por una mutación de cierto lentivirus (SIV/STLY-III) que mora en forma patógena en la sangre del mono verde, macaco que habita en esa región, cuya sangre es consumida por los hombres para "aumentar su potencial sexual". Esta mutación tuvo que suceder en la década de los 50's del siglo

pasado o un poco antes, en un grupo muy reducido de habitantes de Zambia que todavía mantienen esas costumbres.

Se diseminó la enfermedad por toda África Central y luego hacia Europa y América a través de viajeros, marineros y comerciantes, usando como puente de transmisión la homosexualidad, la prostitución y el uso de drogas inyectadas (Sander, Op. Cit., 1990).

Todo lo anterior esboza un panorama sobre el surgimiento del SIDA, sobre sus diversas hipótesis, el daño y los estragos que ocasiona en los seres humanos, los cuales se abordan detalladamente a lo largo de los siguientes apartados.

1.2 ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana. El VIH es un Virus que puede propagarse de persona a persona por vías específicas y que puede provocar el deterioro o desmoronamiento del Sistema Inmunitario de la persona infectada. El VIH es el virus que causa el SIDA.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus exógenos, subfamilia de los lentivirus, su característica fundamental es convertir su RNA en DNA, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus (López M., 1990). Este retrovirus ataca fundamentalmente a las células inmunológicas (Linfocitos T cooperadores y células del Sistema Fagocítico Mononuclear SFM), a las cuales destruyen produciendo inmunodeficiencia (Buendía T., 1993). Además se caracteriza por provocar infecciones con largos periodos de latencia, sin dañar a la célula y sin inducir enfermedad, estado en el cual permanece durante un tiempo variable hasta que un cofactor (otro agente infeccioso o cancerígeno) lo hace iniciar su replicación

viral. En ese momento el virus destruye a la célula y se reproduce para invadir a otras; por lo que empiezan a instalarse en el organismo enfermedades llamadas "oportunistas", ya que no suelen atacar al cuerpo humano en condiciones normales. Es decir, que el VIH pertenece a una clase de virus llamada retrovirus que en lugar de convertir el DNA en RNA, lo realiza en forma invertida, ataca principalmente a los glóbulos blancos encargados de la inmunidad, lesionando a las células, hasta destruiras y comenzando así su desarrollo en el organismo dando pie a la aparición de enfermedades que en estado normal no se presentan.

Se cree que existen dos variantes del VIH: VIH-1 que es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en Africa, Asia, América y del Caribe; Europa y los E.U.A. En Africa se ha aislado otro virus del mismo grupo denominado VIH-2, que también causa el SIDA, aunque en una menor proporción de casos a nivel Mundial. En 1986, se descubre el segundo Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-2), por el profesor Luc Montagnier y su grupo del Instituto Pasteur, en colaboración con los investigadores y médicos del Hospital Claude Bernard (Paris) y del Hospital Egas Moniz (Lisboa) (Montagnier L., 1993). La infección por el VIH-2 es frecuente en varios Países de la Costa Oeste de Africa, y se han descrito algunos casos en otras regiones. La causa más frecuente del SIDA en todo el Mundo es el VIH-1 (Vélez A., 1992). El VIH-2 presenta una homología de secuencia de cerca del 40% con el VIH-1 y está relacionada con algunos miembros de un grupo de Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (VIS) (Sander, Op. Cit., 1990).

Ser portador del VIH no significa automáticamente tener SIDA. Sin embargo, por lo que se sabe hasta ahora, la mayoría de los portadores del VIH, tarde o temprano desarrollarán el SIDA.

Cuando una persona es infectada por el VIH, el virus puede vivir en su cuerpo hasta 10 años sin manifestar síntoma alguno. Durante éste periodo "se puede parecer y sentirse sano, pero puede infectar a otras personas con el Virus". En otras palabras, se puede contraer el virus sin

saberto e infectar a otra persona sin que ninguno de los dos lo sepa. En realidad, la mayoría de los portadores del VIH ni siquiera saben que están infectados. Solo hay una forma de que el médico pueda diagnosticar la infección con seguridad: un análisis de anticuerpos del VIH.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana tiene –según la clasificación más empleada y vigente hasta diciembre de 1992- cuatro etapas de evolución, dos de ellas por debajo del umbral clínico (esquema de Leavel y Clark) y dos por encima.

En cuanto a la etapa I (**seropositiva o infección aguda**), existe información suficiente para señalar que, al inicio de la misma, es posible que la persona infectada tenga un cuadro clínico de pocos días de evolución, de tipo inespecífico que con frecuencia puede manejar un cuadro faringoamigdalino pero de fuerte intensidad, acompañado de fiebre elevada, ataque importante al estado general y adenopatía, sin embargo, dado que él mismo puede presentarse como consecuencia de otras etiologías, resulta difícil su reconocimiento (Mireles V., 1992).

El periodo de la primera etapa tiene un promedio de 3 a 8 semanas, sin embargo algunos autores refieren que la duración puede ser tan larga como de un año. Dado que esta primera etapa cursa asintóticamente en la mayor parte de los casos, resulta difícil identificar al paciente que evoluciona en este estadio, debido a que no existen anticuerpos detectados a través de las pruebas disponibles.

Etapa II: la presencia de anticuerpos (inmunoglobina "G"), marca entonces, el inicio de lo que se ha llamado segunda etapa. El paciente en la etapa II cursa también en forma ASINTOMÁTICA, encontrándose por lo tanto, por debajo del umbral clínico. El problema entonces –por lo menos hasta la actualidad- está en la identificación del paciente que cursa la etapa I de la infección –por la ausencia de IG "G"- .

Es precisamente por ello, que la etapa I representa en realidad el elemento más riesgoso de la cadena de transmisión y unido a la etapa II explica porqué el SIDA se ha extendido a nivel Mundial en forma exponencial. A ello se suma la larga duración que éste estadio II tiene, y que oscila entre tres a diez años con promedio de 5 años.

Tener el virus del VIH no implica el deceso inmediato, significa que el virus se encuentra "dormido" en el cuerpo, el desarrollo o la activación de los hábitos conductuales de la persona, y de otros factores como la cantidad del virus, la inoculación, las condiciones organísmicas, el estilo de vida, etc.; de todo ello dependerá que se desarrolle el SIDA.

SIDA es la palabra que forman las siglas Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- Síndrome significa combinación de síntomas y manifestaciones físicas.
- Inmunodeficiencia significa que el sistema de inmunidad está deteriorado y no puede producir lo necesario para luchar debidamente contra infecciones o enfermedades.
- Adquirida significa que no se nace con ella, pero puede desarrollarse más adelante.

El SIDA, por lo tanto no es **TODA LA EVOLUCION SINO UNA PARTE DE LA ENFERMEDAD**, cuando es clínicamente identificable (ver pruebas serológicas). Al finalizar la etapa II, el paciente entrará en una evolución que se conoce como etapa III.

La etapa III ha sido denominada Linfadenopatía Crónica Generalizada (LCG), algunos autores la describen dentro del llamado Complejo Relacionado al SIDA (CRS) en otras ocasiones se habla de ella como de PRESIDA. En esta etapa aparecen "bolas" en el cuello, axilas e ingles, que persisten durante meses. Estas bolas se deben al crecimiento de los ganglios.

Cuando el paciente llega a la etapa IV de evolución o última, entonces se instala el SIDA propiamente dicho. Cuando esto sucede, lo reportado hasta ahora es que el paciente o el padecimiento continuará irremediablemente su evolución hasta la defunción, pero la diferencia estará en la duración de ésta etapa y en la calidad de vida lograda. Cuando el nivel asistencial rechaza y mal atiende al paciente, la duración del mismo puede ser tan corta como de 10 meses o por el contrario, cuando el paciente recibe el tratamiento adecuado puede prolongar su evolución hasta dos o tres años, con una muy buena calidad de vida, que le permita aún laborar.

Para denominar a alguien como caso de SIDA, se debe cumplir con los requisitos establecidos, sea por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, o por la OMS (Organización Mundial de la Salud) (Mireles V., Op. Cit., 1992).

La CDC considera caso de SIDA a la presentación en un paciente de alguna Infección Oportunista o Neoplasia Sugestiva de Inmunodeficiencia Celular, diagnosticado en forma confiable en quien se haya descartado alguna otra enfermedad subyacente (como desnutrición grave, tuberculosis o cáncer). Estas enfermedades incluyen Neumonía por *Pneumocystis*, Herpes Simple; Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva; Neumonía, Meningitis o Encefalitis por uno o más de los siguientes patógenos: *Aspergillus*, *C. Albicans*, *Cryptococcus Neoformans*, Citomegalovirus, Neocardia, *Strongyloides*, *Toxoplasma Gondii*, Zygomicosis o *Mycobacteriosis* Atípica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ajustó la definición de "caso" a criterios más accesibles a la infraestructura sanitaria de Países poco o nada Industrializados, definiendo como caso de SIDA a: **"Aquél paciente que padezca por lo menos dos signos mayores asociados a por lo menos uno menor, en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer o desnutrición grave u otras etiologías reconocidas y el cual tenga serología positiva para VIH corroborada mediante una prueba confirmatoria"**.

SIGNOS MAYORES

- * Fiebre durante más de un mes
- * Pérdida de más del 10% del peso corporal
- * Diarrea durante más de un mes

SIGNOS MENORES

- * Tos por más de un mes
- * Dermatitis Pruriginosa Generalizada
- * Herpes Zoster Recurrente
- * Candidiásis Orofaringea
- * Herpes Simple Crónico
- Linfadenopatía Generalizada Persistente

Como se ha visto, las etapas III y IV son propiamente etapas del SIDA, ya que es aquí cuando se comienza a detectar los síntomas del Síndrome y se relacionan con otras enfermedades, pero cabe mencionar que para llamarlas etapas del SIDA es importante tomar en cuenta las definiciones de la CDC y la OMS.

En el siguiente punto se habla de las formas de detección del SIDA.

1.3 PRUEBAS SEROLÓGICAS

Como se ha dicho anteriormente, cuando el virus penetra en el cuerpo, el Sistema Inmunitario intenta rechazarlo. Para ello elabora una sustancia denominada anticuerpos (reacción mediada por el Aparato Inmunológico con un componente proteico) del VIH, que intenta localizar y destruir las partículas del virus, como lo hacen ciertas células blancas. Pueden transcurrir varios meses desde el momento de la infección hasta que el cuerpo genere suficientes anticuerpos del VIH para ser detectados en unos análisis, generalmente unos tres meses o más, cuando se somete a alguien a la "prueba del SIDA", en realidad se intenta averiguar si su cuerpo ha empezado a producir anticuerpos del VIH, razón por la cual el nombre correcto de esos análisis muestran si el cuerpo ha empezado a elaborar anticuerpos contra el virus. Si se detecta la presencia de esos anticuerpos, se es portador del VIH o Seropositivo.

Los procedimientos diagnósticos que demuestran la presencia de infección por VIH pueden ser de dos tipos (Sepúlveda J., EtAl., cita a Soler,1989):

1.- **ELISA (PRUEBA DE INMUNOABSORCIÓN ENZIMÁTICA)**. Ofrece la ventaja de su sencillez, se emplea como primera técnica para el estudio de la sangre en población de riesgo y población general así como con el propósito de efectuar estudios epidemiológicos. El método no tiene especificidad para algún antígeno (zona anatómica de un microorganismo y de estructura principalmente proteica. llámesele virus, bacterias, parásitos, etc.) del virus en particular sino que la respuesta es común a todos. La técnica de ELISA actual, permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducción práctica.

2.- **WESTERN BLOT (INMUNOFLUORESCENCIA)**. Detecta las células T infectadas, y en la actualidad ofrece una elevada sensibilidad considerándose una excelente prueba confirmatoria. Resulta particularmente adecuada para los antígenos presentes en la membrana de células

vivas. La unión antígeno-anticuerpo se reconoce por medio de una antiglobulina humana marcada con fluorescencia en forma de "emparedado".

Esta prueba confirmatoria sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras ser transferido a una membrana de complejo antígeno-anticuerpo, es identificado mediante una proteína marcada por la radioactividad. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles que reconocen todos los antígenos virales además de hacer posible la mediación de la respuesta de cada proteína por separado.

Una prueba **positiva** indica que se ha encontrado anticuerpos contra el VIH y que la persona está infectada. Una prueba **negativa** significa que la persona no tiene anticuerpos y que casi seguramente, no está infectada por el VIH (Rossi L., 1997).

Es preciso tener en cuenta que puede haber resultados **positivos falsos** y **negativos falsos**. Se denominan **resultados positivos falsos** cuando las pruebas son positivas aún cuando las personas no estén infectadas por el VIH. Se denominan **resultados negativos falsos** cuando las pruebas son negativas, aún cuando la persona esté infectada por el virus. Los resultados positivos falsos pueden ser consecuencia de infecciones o cánceres concomitantes o, simplemente de errores en el diagnóstico (Hein F., 1991).

Los resultados **negativos falsos** pueden deberse a que el Sistema inmunitario de algunas personas no reacciona frente al VIH y no produce anticuerpos detectables, o al que entre la infección y la prueba no pasó el tiempo suficiente para que los anticuerpos sean detectables. En el primer caso, éstas personas no desarrollan anticuerpos frente al VIH pero ya están infectadas, y por lo tanto pueden transmitir la infección.

Actualmente los **mecanismos de transmisión del VIH** aceptados por la comunidad científica son el **sexual**, el **sanguíneo** y el **perinatal** (desde el punto de vista médico y epidemiológico). El VIH, por ser un virus, necesita un organismo vivo para poder sobrevivir y lo hace principalmente en los Linfocitos, que se encuentran en: sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y leche materna. Los cuales son considerados como medios o canales conductuales de la enfermedad, son mecanismos de transmisión. A continuación se explican los distintos tipos de mecanismos de transmisión.

- **Transmisión Sexual.**

En el plano Mundial, transmisión sexual es la vía más importante de propagación de VIH (Valdespino, 1989). Al principio de la Epidemia, se difundió la idea de que sólo los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad.

Durante el contacto sexual puede ocurrir transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos, ya que puede haber escoriaciones microscópicas que permiten el contacto del semen con la sangre del receptor (Olaiz G., 1988).

Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos transferidos pueden ser: vaginales, saliva, orina, semen, moco rectal, heces fecales, o sangre.

La vía de salida son las diferentes secreciones de donde ha sido aislado el VIH: sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, saliva, orina. Esto coincide con las pruebas disponibles sobre los fluidos implicados en los tipos de transmisión.

El VIH sólo puede transmitirse por contacto directo de persona a persona o por contacto de sangre infectada, por lo tanto al ponerse en contacto directo con el medio ambiente se inactiva. Siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta y éstas a su vez se encuentran en los

fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea y perinatal).

Dentro de las prácticas sexuales más comunes son:

Coito Vaginal: sin condón y con presencia de semen, líquido preeyaculatorio y/o sangre.

Coito Anal: sin condón y con presencia de semen, líquido preeyaculatorio y/o sangre.

Coito Oral: sin barreras protectoras y con presencia de los líquidos contaminantes.

El contagio ocurre por el depósito de semen o secreciones vaginales en heridas imperceptibles en la mucosa bucal. El paso del virus por medio de la saliva a la mucosa anal o vaginal, o vía pequeñas heridas en pene, se considera casi imposible debido a la baja concentración de partículas virales en la saliva.

- **Transmisión Sanguínea**

Se produce por el paso de células de la sangre y directamente al torrente sanguíneo. Debido a la gran concentración de partículas virales en las células sanguíneas.

El riesgo más elevado para el contagio del VIH, es para aquellos que comparten las agujas y jeringas para inyectarse, como las personas que usan drogas intravenosas, la pequeña cantidad de sangre que queda en la aguja es suficiente para transmitir el virus (Olaiz, 1988).

- **Transmisión Perinatal**

La transmisión de VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos:

1. Se sospecha de la vía de transmisión trasplacentaria desde que empezaron a aparecer los primeros casos en lactantes, debido al periodo relativamente corto en que algunos desarrollaban el SIDA y el reporte de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica, hacia sospechar la transmisión temprana IN UTERO.
2. Durante el parto, al existir el contacto de la sangre materna infectada, además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, el virus está en los líquidos vaginales, en el tejido vaginal y en la sangre, con los que el bebé entra en contacto durante el alumbramiento.
3. Transmisión post- parto, el primer informe que publicó la hipótesis de transmisión por leche materna data de 1985. El virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas, el riesgo de latencia parece ser muy bajo en comparación con los anteriores.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN MEXICO

Desde su aparición en México, el SIDA ha adoptado un desarrollo en particular en cuanto a su transmisión, muy diferente a la de E.U.A., AFRICA, ASIA O EUROPA.

La forma y las características de la epidemia actual son el resultado de diferentes epidemias que ocurren, concurrentes o serialmente, en la población mexicana. Existen varios patrones de transmisión, subepidemias en cada región del País que se dan en forma distinta, dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados. En México no existe epidemia homogénea sino de varios tipos de epidemia (SIDA verdades y mentiras, 1999).

Las características del panorama epidemiológico de SIDA en México también se pueden analizar de acuerdo con la edad y el sexo del paciente. En México, se han registrado hasta la fecha

32,139 casos en hombres y 5,242 en mujeres. lo cual implica que existe un caso femenino por cada seis casos masculinos. El grupo de edad más afectado es el de los 25 a 44 años de edad, que concentra el 78% de los casos en varones y el 73% en las mujeres.

En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y en menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual, y en menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión fue sanguínea. ahora es perinatal y en mucho menor medida sexual. De manera global, incluyendo a ambos sexos, 87% de los casos de SIDA adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea.

El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente, sobretodo a partir de 1992, en la transmisión sanguínea como efecto de las medidas legales que prohibieron el comercio de la sangre humana en 1987. Por último, la vía perinatal es el principal modo de contagio en los menores de 15 años. el 50% de los casos, resulta muy importante no por su magnitud, sino por la posibilidad de reducirla a corto plazo con la aplicación de terapias apropiadas para las mujeres embarazadas que están infectadas por el VIH.

Valdespino (1991) expone puntos sobre la epidemiología del SIDA en México:

1. El crecimiento de casos de SIDA continúa siendo exponencial amortiguado.
2. Se observa un descenso de los casos por transfusión sanguínea en mujeres.
3. Los hombres con prácticas homosexuales continúan siendo el grupo que concentra el mayor número de casos.
4. La proporción de casos de SIDA en mujeres tiene una tendencia descendente como resultado del control de la transmisión sanguínea.
5. Los casos de SIDA en niños son en mayoría por transmisión sanguínea.

6. Existe un sub reporte de prácticas homosexuales en casos de SIDA notificados, como resultado de la discriminación en que en ocasiones sufren los pacientes.
7. El SIDA se concentra en las metrópolis aunque se advierte una gran dispersión de epidemia incluyendo áreas rurales.
8. Los factores de riesgo en mujeres con SIDA, post- transfusional son obstétricos, quirúrgicos y traumáticos.
9. La transmisión heterosexual en mujeres se observa en parejas sexuales estables de seropositivos, el número de casos de SIDA en parejas sexuales ocasionales es muy reducido.
10. La transmisión heterosexual de SIDA en México continúa siendo reducida.
11. La transmisión en drogadictos intravenosos tiene una tendencia hacia el ascenso.
12. Las manifestaciones clínicas y la sobrevida del SIDA en nuestro País son diferentes a los de E.U.A. y la sobrevida es inferior, y las manifestaciones clínicas están asociadas a padecimientos infecciosos como la Tuberculosis.
13. La Tuberculosis representa la segunda infección más frecuente en casos de SIDA en México. debido a la huella inmunológica presente en el organismo, ya que dependerá de las regiones geográficas y de las epidemias específicas que se presentan en cada una de éstas. Es decir, la huella inmunológica que debiera quedar en las personas tras haber cursado una infección, desaparece y la infección reincide en forma grave debido a la presencia del virus del VIH.

Por lo que es necesario intensificar la información y educación sobre la enfermedad y sus formas de contagio, además de insistir en las prácticas del sexo seguro como opción efectiva para disminuir los riesgos de infección por enfermedades venéreas entre ellas, las que provocan el VIH/SIDA.

1.4 ALTERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO

Los Síndromes Fisiológicos asociados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son multifacéticos y complejos. Las personas con SIDA, son propensas a desarrollar una gran variedad de síntomas de orden psicológico u orgánico.

Para mejor comprensión del contenido de este apartado se dividirá en **Alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC)**, con sus subdivisiones y las del **Sistema Nerviosos Periférico (SNP)**, **Alteraciones Gastrointestinales** y **Alteraciones Cutáneas**.

ALTERACIONES EN EL SNC

Las complicaciones neurológicas de la infección por VIH, y sobre todo de su última fase, el SIDA, son frecuentes y variadas pues contribuyen de forma importante a la morbilidad y mortalidad producidas por la enfermedad. Tanto el SNC como el SNP pueden resultar afectados por distintos trastornos, algunos de los cuales aparecen en una fase muy precoz, como es el caso de la infección aguda por el VIH, aunque la mayoría se desarrollan a medida que la infección va llegando a sus últimos estadios (Brew citado por Cruz L., 1996).

1) Complejo de Demencia del SIDA (CDS)

En los últimos estadios (III y IV) de la infección por VIH, los pacientes pueden desarrollar un trastorno neurológico especial, el Complejo de Demencia del SIDA, caracterizado por alteraciones funcionales en las áreas COGNOSCITIVAS, MOTORA Y DE LA CONDUCTA (hay que observar si lo que está experimentando el paciente tiene origen predominantemente fisiológico o psíquico). De hecho, se trata de la más frecuente complicación de la infección por VIH en SNC y es probable que en último término, afecte a la mayoría de los pacientes con SIDA. Característicamente, se pone de

manifiesto después de que el enfermo haya sufrido importantes Infecciones Oportunistas o Neoplasias de las que definen al SIDA. Sin embargo, algunos pacientes presentan el Síndrome Neurológico antes de sufrir las aludidas complicaciones sistémicas, cuando aún no cumplen los criterios formales para el diagnóstico del SIDA.

Los primeros síntomas suelen consistir en dificultades para la concentración y la memoria. Las tareas complejas se tornan más difíciles y tardan más tiempo en hacerlas, mientras que la alteración de la memoria o la dificultad de concentración les lleva a olvidarse de citas.

Los pacientes con alteraciones motoras precoces suelen quejarse sobretodo de la pérdida del equilibrio o de la incoordinación. También puede aparecer incoordinación en la marcha, alteración de los movimientos delicados y rápidos y lentitud de lenguaje.

A medida que la enfermedad evoluciona, la Ataxia, que en principio sólo afecta a los giros rápidos e a la marcha en Tándem puede hacerse incapacitante, si bien el paciente suele ir empeorando al tiempo que se debilitan sus piernas y la Paraparesia limita la marcha. Las incontinencias urinarias y fecales son frecuentes en los estadios finales de la enfermedad. Los enfermos quedan en estado casi vegetativo, acostados en la cama, con mirada vacía, incontinencia e incapaces de deambular. En este momento se ha llegado al punto crítico de todo ser humano, cuando ya no es autosuficiente y además requiere de cuidados especiales. Es aquí cuando el contacto afectivo de los familiares se hace relevante y necesario.

2) Toxoplasmosis Cerebral

La Toxoplasmosis Cerebral es la más frecuente de las Infecciones Oportunistas del SNC que se producen en el SIDA y afecta un 5% a un 15% de los pacientes, según cual sea su origen geográfico (debido a que existen dos tipos de SIDA: el Occidental y el Africano). Se manifiesta de

forma característica como una enfermedad subaguda, con predominio de la Disfunción Cerebral Focal, pero en las que suelen combinarse síntomas "Encefálicos" no focales. Las manifestaciones focales están a veces relacionadas con lesiones hemisféricas.

3) Infección por Citomegalovirus (CMV)

La Infección Sistémica por el CMV es frecuente en caso de SIDA; casi la tercera parte de las autopsias de estos pacientes muestran signos de infección cerebral leve por CMV en forma de células aisladas con inclusiones en ocasionales nódulos microgliales. Aunque persiste cierto grado de incertidumbre sobre la contribución de éste tipo de infección a los síntomas y signos neurológicos de éstos pacientes, lo probable es que el efecto clínico sea poco importante y esté casi siempre enmascarado por el CDS. Es infrecuente que una grave infección por CMV produzca una alteración encefálica sintomática y subaguda con Obnubilación, Convulsiones o Radiculomielitis.

4) Tuberculosis Cerebral

Aunque no se trate estrictamente de un patógeno oportunista, la Tuberculosis parece afectar con más frecuencia, y tal vez con mayor gravedad, a los individuos afectados con el VIH. Además, el desarrollo de éstos microorganismos depende de factores socioeconómicos, y en la actualidad se encuentra de forma predominante en los drogadictos por vía intravenosa, más que en los homosexuales con SIDA o en los que han contraído el Síndrome a través de una transfusión. Incluso en los pacientes con SIDA y Tuberculosis generalizada la afectación del SNC es poco frecuente, aunque puede producirse en el contexto de lo que podrá ser una infección más agresiva. La Anergia dificulta el diagnóstico, y las extensiones y cultivos del Líquido Ceforraquídeo (LCR) siguen siendo los mejores métodos del diagnóstico. Para detectar los abscesos tuberculosos puede ser necesario recurrir a la biopsia cerebral.

SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO Y MUSCULO

NEUROPATIAS PERIFERICAS. Las Neuropatías Periféricas pueden aparecer como complicaciones de la infección por VIH en la práctica totalidad de sus estadios. Durante los primeros, en el momento de la seroconversión o en sus proximidades, se han descrito varias neuropatías, aunque parece ser que su incidencia es muy baja. Entre ellas se encuentran la Plexopatía Braquial, la Mononeuritis que afecta los nervios craneales o periféricos y la Polineuropatía. Todas ellas parecen autolimitadas y muestran buena recuperación.

Sin embargo, la Neuropatía más frecuente es una forma distal predominantemente sensitiva y axonal que suele aparecer en pacientes con SIDA. Es característico que los síntomas sensitivos superen con mucho a las alteraciones funcionales sensitivas motoras. La incidencia de éste trastorno es dudosa, aunque es probable que en su forma leve sea muy común. Una variante de ella es la menos frecuente, pero clínicamente más importante, Polineuropatía sensitiva con un intenso "pie quemante" que recuerda clínicamente la Neuropatía Alcohólica o Diabética grave. Incluso en estos casos, la pérdida sensitiva y la debilidad motora suelen ser ligeras, pero la parestesias dolorosas y la sensación de quemadura llegan a provocar una incapacidad que impide la marcha.

Sin embargo, estos cuadros clínicos no sólo se presentan en el SN, desafortunadamente la presencia del VIH/SIDA en el organismo provoca que bajen las defensas y ataca todos los Sistemas Orgánicos.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DEL SIDA

Los enfermos con afectaciones gastrointestinales suelen presentar diarrea, mal absorción, pérdida de peso y fiebre.

LINFOMAS. Los síntomas de las lesiones digestivas son variables y dependen del nivel de extensión de las lesiones, de las infecciones oportunistas asociadas y de los síntomas que produce el VIH por sí mismo. La diarrea, cuando existe, suele ser secretora, esteatorrea, lo que quizás sea un reflejo de la conservación de la arquitectura vellositaria. El pronóstico es malo, incluso en los casos en los que es posible extirpar por completo las lesiones localizadas en el intestino delgado.

Las alteraciones gastrointestinales son diversas y variadas y al igual que las alteraciones del Sistema anterior se debe tener especial cuidado al diagnosticar las enfermedades oportunistas y controlar su desarrollo ya que ésta fase es importantísima, pues el enfermo tiene que cuidar su alimentación o de lo contrario aumenta el riesgo de mortalidad. Además de las complicaciones para diagnosticar las alteraciones del SN y del gastrointestinal, también hay problemas para diagnosticar y determinar un tratamiento en las alteraciones cutáneas pero con la diferencia de que éstas se observan a simple vista.

ALTERACIONES CUTANEAS

Las lesiones cutáneas en el SIDA pueden dividirse en Sarcoma de Kaposi (SK) e infecciones de la piel secundarias a la inmunosupresión. El primero corresponde al 25% de las presentaciones iniciales del SIDA y un 110% más de los pacientes lo desarrollarán después de infecciones oportunistas. Las lesiones cutáneas secundarias al SIDA son diversas y no se han comprobado por completo (Weber, 1993).

1) Sarcoma de Kaposi

Es el principal tumor del SIDA y aunque básicamente es de la piel, en el SIDA puede afectar cualquier órgano, excepto, el SNC; el sitio favorito del SK diseminado es el Aparato Digestivo.

Se piensa que el SK es un tumor que se origina en células endoteliales, multifocal más que por diseminación a través de la metástasis. El tumor invade localmente, pero al parecer predominan los efectos por ocupación de espacio más que por invasión. Puede afectar cualquier parte de la piel. Se presenta como una lesión de color morado en la piel o tejidos subcutáneos, firme a la palpación, no dolorosa ni pruriginosa y en general, elevada sobre la piel que lo rodea. Las lesiones pueden desarrollarse desde nuevas hasta un centímetro de diámetro en 7 a 10 días. Suelen ser múltiples y rara vez de más de cinco centímetros de diámetro, aunque en las fases tardías de la enfermedad pueden coalescer. Sin embargo, algunas se han presentado como maculares en lugar de nodulares y pueden ser pequeñas.

2) Infección Cutánea

De las infecciones, el Herpes Simple predomina en su distribución perianal y la infección peribucal, no ha sido un problema clínico común. El diagnóstico de éstas lesiones cutáneas micóticas se establece mejor mediante el raspado de la piel y cultivo.

Como se observó a través de éste apartado, el virus del SIDA ataca a todo el organismo y se presentan diversas manifestaciones clínicas. Estas alteraciones conllevan a un deterioro físico y personal, las cuales originan una crisis en la autoestima ya que se asume como una parte no funcional y productiva dentro de su Sistema Social.

Este apartado se resume en un cuadro descriptivo en donde se observa el curso de la Historia Natural de la Enfermedad (ANEXO I).

CAPITULO II

LA FAMILIA COMO SISTEMA

2.1 ORIGEN Y EVOLUCION DE LA FAMILIA

Cuando se presenta un hecho inesperado e impredecible en un sujeto, como lo sería el grave padecimiento VIH/SIDA. La persona se enfrenta a modificaciones tanto psíquicas como fisiológicas, siendo también éstas presentes en el núcleo o familia del sujeto ya que una de las características fundamentales del ser humano, es el hecho de vivir en sociedad, el individuo para poder satisfacer sus necesidades más importantes como las biológicas, las sociales y psicológicas; requiere de participar en diferentes grupos.

Siendo a través de ésta participación es como se logran los satisfactores que permiten cubrir las necesidades que tiene todo ser humano. Ya que el hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales.

Uno de éstos agrupamientos y el más importante es la familia. Aunque a lo largo de la historia la familia ha pasado por una serie de estilos y organizaciones, básicamente ha permanecido inalterada. La familia tradicional está compuesta por un padre, una madre y los hijos que viven juntos en una casa y funcionan como una unidad (S. Fine, 1988).

La Familia es un Sistema Abierto en el cual hay continua interacción entre sus miembros así como de sus sentimientos en el exterior. Al ser vista la Familia como una Institución Social y grupo

Primario, presente en todas las épocas y sociedades, se le atribuyen ciertas funciones universales, que varían en el tiempo y en el espacio.

La organización de la Familia tiene características variables según la cultura en que se desarrolla, para lograr un análisis de la condición actual familiar en México, se debe partir de las raíces Prehispánicas y los principios que la sustentan.

En la época Prehispánica la familia era la unión de un hombre y una mujer, de la cual dependía la vida, la reproducción, la salud y el imprimir un sentido de vida a la misma. El matrimonio tenía un carácter religioso además de cumplir con elementos políticos y sociales de reproducción de modelos educativos, así como de formas de gobierno y tradiciones. El padre se encargaba del cuidado y de la educación del hijo varón, en tanto que la madre transmitía los valores y principios a las hijas.

Con la llegada de los Españoles (época colonial) comienzan a existir cambios estructurales en la vida social, política y económica en la familia mexicana; los cambios se proyectan en el modo de vida de la familia. Se establece el matrimonio cristiano, se prohíbe la poligamia, se modifican las tradiciones e Instituciones; surgen nuevas enfermedades como producto de la guerra y de las que poseían los Españoles, quienes deseaban controlar y poseer con base a sus propias tradiciones sociopolíticas, económicas, y religiosas a la otra cultura.

Al final de ésta época, encontramos a una familia de tipo más consanguínea, las relaciones ya no son de linaje o castas como en las épocas anteriores, ahora tiene una influencia liberal y romántica de fines del siglo XIX (Guillén, 1992).

Craig (1992) manifiesta que el tipo de familia en que nace un niño afecta radicalmente a las expectativas, roles, creencias e interrelaciones que tendrá a lo largo de su existencia.

Existen tres tipos de familia:

1. **Familia Extendida:** en ésta hay muchos parientes y varias generaciones en estrecha convivencia, los niños son cuidados por varias personas como son tíos, primos, abuelos, hermanos mayores y también por los padres.
2. **Familia en Comunidad:** las relaciones sociales presentan una forma distinta a la de la familia extendida. A menudo el grupo de personas de la misma edad es una fuerza muy potente en la socialización de los niños de corta edad. Las sociedades comunitarias refuerzan el conformismo y cooperación, al mismo tiempo desalientan el individualismo y una importante desviación de las normas de grupo.
3. **Familia Nuclear:** la familia nuclear tradicional se compone de un esposo, una esposa y sus hijos no casados. Este tipo de familia tiene una gran responsabilidad en el cuidado del niño: atención médica, educación moral, estabilidad económica y emocional.

Las características de la familia como las de cualquier sistema complejo, son distintas a la suma de sus elementos. Identificar las características de los miembros no es lo mismo que conocer a la familia como identidad. Ya que ésta tiene una historia y funciones propias que difieren de la de sus miembros.

2.2 ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

La familia puede tener distintos tipos de estructura en distintas épocas, culturas, regiones, condiciones socioeconómicas y aún a través de distintas etapas del ciclo vital de una misma familia.

La vida familiar queda internamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través del sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios. A partir de ésta concepción, el estereotipo derivado hace referencia a una familia mexicana unida a través de los lazos de parentesco que por descripción, que representan la relación social básica del individuo. Entendiendo la mayoría de éstos lazos de parentesco como aquellos que entrelazan a la familia nuclear con la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.), convirtiéndola en una unidad única en la cual los límites entre ambos no se encuentran claramente definidos y que por ende permiten por un lado, el apoyo y la seguridad de poder contar con ellos, pero por otro lado dan pie a la intromisión e invasión de éstos en la esfera de vida privada de la familia nuclear (Díaz G., 1991).

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de las pautas a cerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y éstas pautas se enfocan al sistema. Ya que una familia es como cualquier red que se encuentra compuesta por aquellas persona "significativas", incluye a la pareja, familia nuclear, familia extensa (algunos miembros o todos), así como una familia de elección, es decir aquellos amigos y personas no unidas por lazos sanguíneos o legales, sino más bien unidos por lazos altamente significativos de amistad y/o lealtad, como ocurriría si se presentara un acontecimiento inesperado e impredecible, como una enfermedad letal, el VIH/SIDA (Walker, 1992).

Desde el punto de vista de la línea de adscripción de la descendencia, según la estructura Antropológica-Social de una cultura dada, hay familias con descendencia **PATRINLINCAL**, si queda el recién nacido adscrito a la familia del padre, o bien con línea de descendencia **MATRILINEAL**, si quedan adscritos a la línea de la madre.

Las familias de descendencia **PATRILINEAL** son a su vez **PATRINOMINALES**, llevan el apellido del padre. En las familias **MATRILINEALES**, en ocasiones la madre preserva la patrimonialidad para su hijo, a veces sólo lo registra con su apellido ya sea el paterno o materno de ella.

La estructura familiar **PATRIARCAL** o **MATRIARCAL**, según sea el padre o la madre quien ejerza el poder. Por la ausencia física o funcional de la figura masculina, la madre asume totalmente el rol paterno y ejerce plena y funcionalmente el poder, la posesión y las decisiones sobre el patrimonio familiar.

Las familias **MATRI** o **PATRICENTRICAS**, ya sea la madre o el padre, la figura central en el acontecer emocional de éste grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales.

Todos tenemos una **FAMILIA DE ORIGEN Y/O DE ORIENTACION**, la que después de separarnos de la familia de origen para integrar una pareja conyugal se decide procrear hijos producto de esa relación (Macías R., 1981).

Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, la familia, los miembros consideran que otros miembros de la misma no cumple con sus obligaciones. Pero la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las situaciones cambian. Debe responder a los cambios internos y externos que se generan con respecto a la familia, debe transformarse de modo que permita enfrentar nuevas circunstancias a los miembros del sistema.

De acuerdo con Riskin (1986), las diferencias entre las características de una familia "normal" y una "disfuncional" se evidencian en las estrategias para resolver problemas, el clima emocional de la familia, la capacidad de cambios durante el curso del ciclo de vida familiar, la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares y la formación de fronteras generacionales funcionales. Evidentemente, los contextos socioeconómicos, culturales y

comunitarios de las familias deben tomarse en cuenta en toda evolución de lo que es llamado funcional, sano o normal.

Para Satir (1981), una **FAMILIA FUNCIONAL** es aquélla en la cual se trata de enviar la menor cantidad posible de mensajes encubiertos. Este estilo de comunicación funcional, que presenta aptitudes para resolver problemas, capacidad para la internalización y equilibrio entre la aproximidad y la distancia, hace posible la individuación conexa (Simón, Stierlin y Wynne, 1988).

Beavers (1987), considera que una familia es funcional cuando presenta:

1. Un sistema común de valores.
2. Una preocupación recíproca, es decir una inversión en el bienestar de cada uno de los miembros, reafirmando sus capacidades para trazar límites y consolidar la independencia individual.
3. Permitir la expresión de una amplia gama de sentimientos.
4. Confianza en la personas dentro y fuera de la familia.
5. Un diálogo en el que se produzcan la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.

Cuando se origina una situación estresante, la familia funcional tiende a encarar la crisis en grupo, cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias; cada miembro conoce las fuerzas positivas y debilidades de los otros y no las explota. Cada miembro da apoyo a los otros pero permite el cambio, cuando se necesita funcionar de una manera satisfactoria.

La **FAMILIA DISFUNCIONAL** es aquélla que fracasa progresivamente en el cumplimiento de sus funciones familiares esenciales. Cuando la familia intenta por diversos medios encontrar una solución adecuada a su problemática y se enfrentan con fracasos persistentes y repetitivos, la familia comienza a mostrar síntomas progresivos de desintegración emocional y en algunas circunstancias puede culminar en la desorganización de las relaciones familiares.

La familia disfuncional utiliza sus problemas como arma y no como un medio de acercamiento; sus miembros no aceptan su incapacidad para pedir y dar el afecto o la atención que tanto unos como otros necesitan. La comunicación es nula. Cuando la familia estalla en cólera tratan de expresarlo indirectamente; la falta de liberación de los sentimientos negativos, produce un estado de tensión que aumenta progresivamente hasta que se provoca una explosión desproporcionada en relación al estímulo que produjo la frustración inicial (Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad PGJ, 1996).

Para reconocer manifestaciones o síntomas de derrumbe familiar, existen indicadores inequívocos de separación emocional como:

- Aislamiento entre los miembros de la familia.
- Construcción de graves barreras de comunicación.
- Aparición de bandas y divisiones familiares.
- Alcoholismo en uno de los cónyuges o hijos.
- Drogadicción.
- Los niños suelen presentar perturbaciones en el desarrollo social y dificultades escolares (bajo rendimiento).
- Ausentismo o salida de un miembro del núcleo familiar.

Cuando las familias fallan en sus interrelaciones, uno de los miembros va a presentar síntomas como reflejo del mal funcionamiento dentro de la estructura familiar, los parámetros que permiten detectar su grado de disfuncionalidad son: jerarquía, límites, roles, comunicación y territorio. Provocando con esto que dentro de ella se viva un clima emocional de disgusto, malestar, tensión, o enojo, en donde cualquier situación se puede convertir en el detonador, haciendo que la familia entre en crisis.

Para Salvador Minuchin (1992), la familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y exterior del sistema, enfrentando continuas exigencias de cambio las cuales deberá atender mediante la transformación o creación de nuevas pautas de interacción, las cuales conforman la estructura familiar que a su vez, gobiernan el funcionamiento de los miembros de la familia delineando el rango de comportamiento y facilitando su interacción. La familia al ser conceptualizada como un sistema interaccional, se puede considerar formada por un conjunto de seres humanos individuales que se comunican entre sí con objeto de definir la naturaleza de su relación de acuerdo a Minuchin, la naturaleza de la relación entre los miembros de la familia, así como con el medio que la rodea está dada a través de reglas. Estas reglas que definen quién participa con quién, además de participar, se llaman límites, la función principal de los límites es proteger la diferenciación del sistema.

En el sistema familiar cada miembro es una parte de dicho sistema, y como tal cada uno de los miembros posee diferentes niveles de poder y funciones, éstas se consideran por lo siguiente:

A. Límites y Subsistemas: Fronteras naturales o convenidas entre subsistemas, dentro de la familia se distinguen los límites interpersonales, entre un sistema individual y otro, implica el respeto a individualidad, el espacio vital de cada quién; los límites intergeneracionales, entre el subsistema de los hijos y el de los padres. Hacia fuera la familia necesita definir sus límites con los sistemas más amplios que la incluyen, para proteger, su propia privacidad, como hacia adentro del sistema conyugal que tiene que hacerlo. Una familia funcional debe tener límites claros y precisos en su interior y hacia el exterior.

En la familia se presentan tres subsistemas con funciones específicas: **SUBSISTEMA MARITAL** (la pareja que tiene sus propias fronteras y que por definición no incluye a los hijos), **SUBSISTEMA PARENTAL** (subsistema del cruce generacional, que tiene a su cargo la sociabilización de los hijos y las funciones de crianza) y el **SUBSISTEMA FILIAL** (los hermanos desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia).

- B. Roles:** Distintos miembros pueden hacer las actividades necesarias para realizar funciones de la familia, la expectativa del cumplimiento de algunas de ellas, se le asigna a alguien en particular constituyéndose así los roles tradicionales de esposo (a), madre, padre, hijo(a), hermano(a), etc. El perfil de cada rol difiere de acuerdo con la cultura, el estatus socioeconómico y la historia psicológica familiar de cada uno. En consecuencia, un rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados (Simón, Stierlin y Wynne, 1988).
- C. Significancia:** Grado de importancia que tiene un miembro de la familia o que ésta le asigna, por su participación activa o pasiva en los eventos importantes de la vida familiar.
- D. Jerarquía:** Ejercicio formal de la autoridad y responsabilidad para las decisiones internas trascendentes de la familia, como lugar de residencia, definición del presupuesto familiar, etc. Por lo común el padre y la madre son quienes ocupan la jerarquía más alta en el patrón de la toma de decisiones y disposición de pautas formales para toda la familia.
- Es el grado de autoridad o influencia que tiene un miembro sobre la conducta de los demás y para un mejor funcionamiento familiar, la jerarquía debería estar en los padres (Haley y Madanes, 1980).
- E. Modelos Psicosexuales:** Los adultos significativos mujeres y hombres, le ofrecen a los menores los modelos primarios de identificación psicosexual de lo femenino y lo masculino, qué es ser y cómo ser mujer, qué es ser hombre y cómo ser hombre.
- F. Involucración Emocional:** Grado o intensidad del vínculo familiar, que tanto interés o inversión emocional existe entre los miembros del grupo familiar. La carencia lleva a la desvinculación emocional, el exceso a la función emocional y en grados intermedios a la indiferencia, falta de afecto.

G. Alianzas y Coaliciones: Alianza designa una afinidad entre dos o más miembros del sistema familiar, por diversas razones se estrechan de modo que comparten más tiempo, más intereses, se apoyan mutuamente. La alianza positiva es constructiva, cuando es negativa en contra de otro miembro, es una coalición. En éstas los miembros del sistema que se encuentran aislados, se colocan en una posición combativa, de exclusión o de chivo emisario, en perjuicio de un tercero (Wynne, 1981).

H. Comunicación: Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), postulan los axiomas básicos sobre el proceso de comunicación. Toda comunicación interpersonal no sólo es un intercambio de información sobre cierto tema sino que contiene además un mensaje relativo a la relación existente entre las partes interactuantes. Los estilos de comunicación son: directa y clara, indirecta y clara, indirecta y enmascarada.

Si funciona sanamente la familia, su comunicación es clara, directa y congruente. La comunicación indirecta y enmascarada, con congruencia entre lo verbal, que se usa para encubrir los sentimientos verdaderos y la no verbal a través de la que sí se expresa, se refleja disfuncionalidad y contribuye a mantenerla.

Un grupo de personas o una familia puede establecer diferentes formas o nexos de comunicación pudiendo ser unidireccionales o bidireccionales, momentáneos o permanentes (Salazar y Otros, 1992).

I. Expresión de afectos: Se genera cuando las necesidades básicas son satisfechas o respondidas por los otros seres significativos, tanto intrapersonales (aprecio, reconocimiento, ternura, etc.) y los de malestar producidos por las necesidades frustradas o insatisfechas; intrapersonal (descontento, infelicidad, etc.) e interpersonales (sentimiento, rechazo, rencor, etc.).

J. Reglas, mitos y secretos familiares: Jackson (1965) afirmaba que "la familia es un sistema rígido por reglas; que sus miembros se comparten entre sí de una manera reiterada y organizada, ésta configuración de conducta puede abstraerse como un principio regidor de la vida familiar". Las reglas de la familia parecen funcionar como si fuesen leyes implícitas, no escritas.

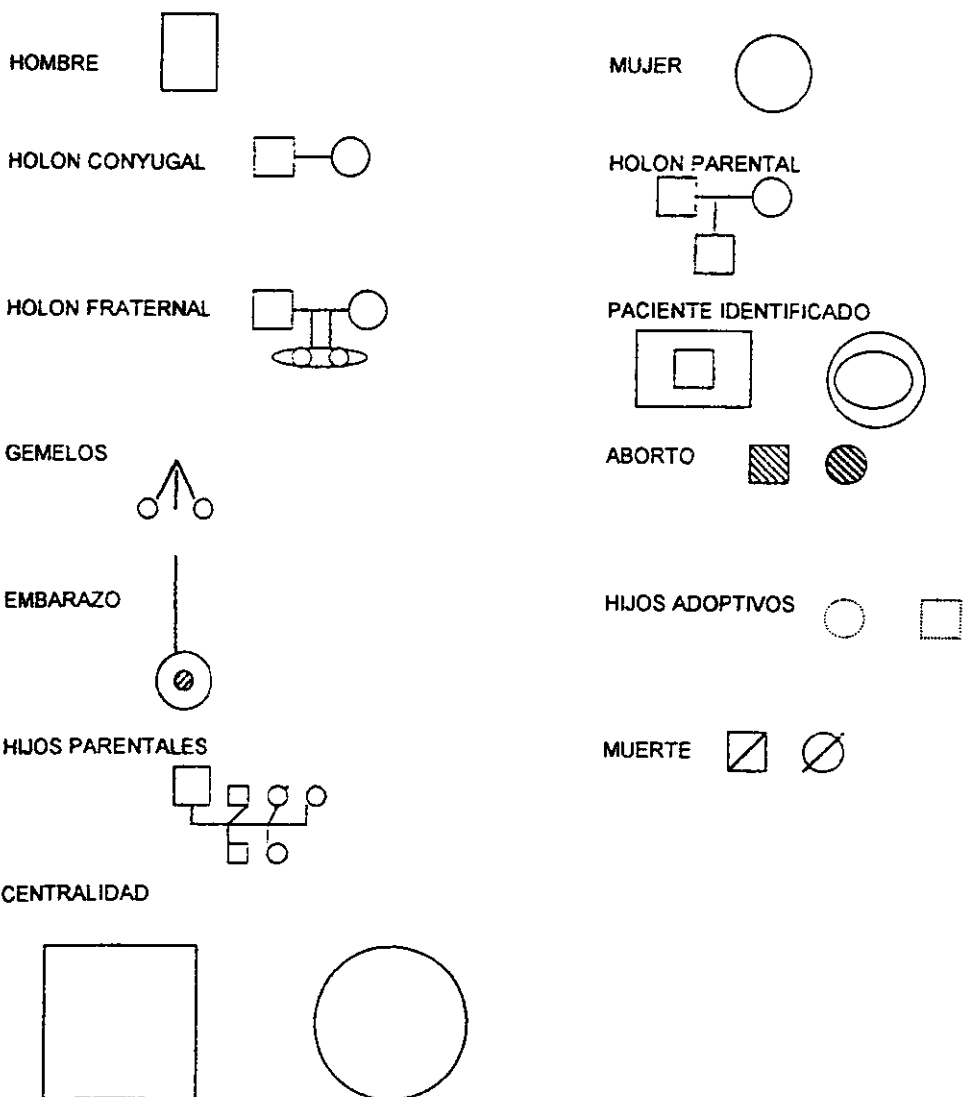
Stierlin (1973) observó que los mitos familiares actúan a la vez como mecanismos protectores y de defensa. En cierto grado, las funciones de defensa y protección se complementan, si una familia desea negarse a sus conflictos y problemas así misma, a menudo será necesario vender esos mitos al mundo exterior.

Los secretos familiares se refieren a temores cargados de intenso sentimientos de temor, vergüenza y culpa. Está prohibido hablar abiertamente de ellos, aunque toda la familia los conoce. El tabú que impide la revelación de los secretos tiene por objeto, evitar la mortificación y el conflicto (Simón, Stierlin y Wynne, 1988).

El mantenimiento de los secretos familiares constituye una modalidad de negociación colectiva que no es necesariamente patológica. Los secretos familiares pueden servir para proteger la autoestima de los miembros de la familia, se trata de sucesos o acciones que la sociedad en general considera vergonzoso y cuya revelación tendría dolorosas consecuencias para la autoestima de las personas implicadas. Como lo sería la revelación de la homosexualidad dentro de la familia.

K. Modos de Control: Es el patrón habitual que la familia utiliza para mejorar los impulsos en condiciones normales de riesgo o peligro, controlar el comportamiento, interpersonal y de socialización hacia dentro y fuera de la familia, manteniendo una norma de lo aceptable, adecuado, permitido o no, lo "bueno" o "malo".

Con lo anterior se puede establecer el tipo de estructura y dinámica que posee una familia, lo que permite identificar la manera como funciona una familia y sus miembros: incluyendo posiblemente también su ideología. La forma en que la Teoría Sistémica lo determina es a través de la siguiente simbología:

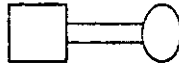


TIPOS DE RELACION:

FAMILIA BAJO EL MISMO TECHO



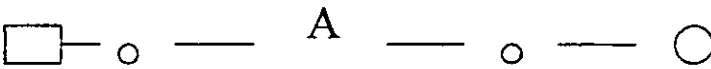
MATRIMONIO CIVIL Y RELIGIOSO



UNION LIBRE



AMASIATO



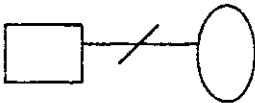
VIOLACION



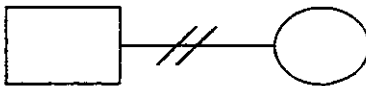
MADRE SOLTERA



SEPARACION




DIVORCIO



TIPOS DE RELACIONES AFECTIVAS:

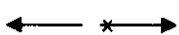
RELACION DEBIL 

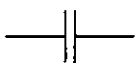
RELACION POSITIVA 

ALIANZA 

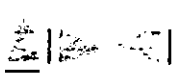
FUSION 


RELACION DE CONFLICTO 

AMBIVALENCIA 

SEPARACION 

FUSIONADOS Y CONFLICTIVOS 

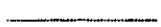
COALICIO 


JERARQUIA 

TRIANGULACION 

PERIFÉRICO 

LIMITES:

DIFUSOS 

RIGIDOS 

CLAROS O FLEXIBLES 

2.3 IDEOLOGIA EN LA FAMILIA MEXICANA

La Ideología es como el cemento que asegura la cohesión del edificio, la ideología cohesionada a los individuos en sus papeles, en sus funciones y en sus relaciones sociales.

Esta impregna todas las actividades del hombre, gobierna los comportamientos familiares de los individuos y sus relaciones con los otros hombres. Es más difícil que una persona modifique su forma de representarse al mundo, es decir su ideología en sentido estricto, a que cambie sus formas habituales de vivir y enfrentarse prácticamente a las situaciones vitales (Harnecker M., 1988).

Las clases o grupos sociales con mayor poder ejercen su ideología en aquéllos grupos con menor poderío, intentando los que poseen mayor poder imprimir su huella en los inferiores o en los oprimidos.

En nuestra cultura se presenta éste fenómeno, el cual ya data de tiempo atrás. La familia Prehispánica era la unión de un hombre y una mujer, de quién dependía la vida. La familia procuraba el equilibrio permanente, fungía como institución formal de la sociedad con principios internos y externos, sociales y religiosos que la delimitaban en pro de la estabilidad interna y social, incluyendo la democracia clara de los roles.

Con la venida de los españoles (1492) y posteriormente la Conquista de la Nueva España (1519), se inicia un proceso de cambio en la vida social, política y económica en la Cultura Mexicana.

La mujer es devaluada en la medida que paulatinamente se le identifica con lo Indígena; el hombre es sobrevalorado en la medida que se le identifica con el conquistador, lo dominante y lo prevalente (Ramírez S., 1993).

La mujer es objeto de conquista y posesiones violentas y sádicas, su intimidad es profundamente violada y hendida. Octavio Paz (1989) expresa: "las mujeres son seres inferiores por que al entregarse se abren. Su inferioridad es constitucional y radica en su seno, en su 'rajada', herida que jamás cicatriza, toda abertura de nuestro ser entraña una disminución de nuestra hombría". *

Pareciera que el ser más afectado y discriminado por la conquista fue la mujer, a quien se le devaluó. Ya que por medio de ella nacían los mestizos, los hijos de Españoles e Indígenas, hijos que eran una mezcla de dos culturas: una la conquistadora y la otra la conquistable. Ser hijos de la Malinche, de una madre que sucumbió ante la presencia de una figura poderosa.

El Mexicano afronta una contradicción, no ser Indio ni ser Español. Niega de ellos, desea ser sólo un hombre. Sin embargo, esa conquista aún perdura en lo más intrínseco de la personalidad mexicana.

El hombre Mexicano Mestizo se siente superior a la mujer, la trata siguiendo la pauta observada en el padre (lo Indígena y lo femenino se igualan en el inconsciente) y hace alarde de las significaciones masculinas, características del machismo, que sólo denotan inseguridad de la propia virilidad. Lo masculino es sinónimo de fuerza, de conquista, de predominio social, de independencia. En tanto la mujer, frustrada en su relación de pareja, relegada, se refugia en la maternidad y el amor a los hijos, y a través de ellos busca repararse. Deja de ser niña con miedo a la sexualidad. Desde el mundo Prehispánico se le recomienda recato, discreción, evasión frente a lo sexual (Ponce D., 1992).

* Paz Octavio, El Laberinto de la Soledad.

Algunos de los componentes del estereotipo de la familia mexicana, son el machismo y su correlativo maternalismo. A nivel popular es muy socorrido el término "macho" cuando se quiere hacer referencia al carácter o personalidad del hombre Mexicano. En el prototipo tradicionalista de la mujer Mexicana, se le representa como abnegada, sumisa, maternalmente femenina y sacrificada, todo esto es pro del ideal hogareño. Lo cual viene hacer el complemento perfecto para el macho. Sin embargo, en la realidad no existe ningún estereotipo que defina y explique el sistema familiar en México (Cruz L., 1996).

El rol de mujer y el de hombre, la diferencia sexual es recreada socialmente, el proceso por el cual una persona llega a sentirse hombre o mujer está reformulado desde lo social; los deseos y necesidades sexuales van siendo modeladas por la determinación social que le toca (clase, cultura, generación, etc.). Teniendo una Ideología diferente entre la creación de la masculinidad y femeneidad (Lamas M., 1992). Siendo en la etapa de la adolescencia donde se influye de manera significativa los roles sexuales del hombre y la mujer de la vida familiar; es decir el conjunto de características y comportamientos específicos de cada sexo. Que son mostrados en la familia, en donde el Mexicano forma su propia Ideología, por lo que es importante la familia.

Como si presentara un complejo de inferioridad, es sólo una actitud, propia del Mexicano, que consiste en no saber valorar la importancia del individuo, ya que lo importante en México no es cada persona, sino la familia que éste conforma (Díaz G., 1991).

El Mexicano se siente seguro si pertenece como miembro de una familia, en ella todos tienden a ayudarse entre sí. Cada uno de los miembros, casi siempre está dispuesto a ayudar a otros de la familia que tengan problemas, sean éstos de enfermedad o de tipo económico.

Esta "solidaridad" no siempre se presenta en todas las familias, ello depende de la Ideología y de la situación que se esté viviendo, como por ejemplo el descubrimiento de una homosexualidad en la que está en juego fuerzas psíquicas e instintivas de gran envergadura para la familia (y del propio individuo) que es capaz de asumir el riesgo del desprecio y la marginación social cuando uno de sus miembros transgrede con su vida sexual los tabús de la cultura.

Todas las personas y familias tienen su propia forma de afrontar el impacto de la condición sexual y/o enfermedad (cáncer, VIH/SIDA u otras). Sin embargo, cuando no se conocen ni se comprenden los hechos es probable que sea inevitable cierto grado de mala interpretación y rechazo de quien lo dice y/o lo padece.

En el caso del VIH/SIDA la familia juega un papel muy importante en la aceptación de la enfermedad por parte del infectado, pero generalmente en el caso de los pacientes adultos, el diagnóstico se conoce mucho después de haber realizado éste, cuando la situación Psicológica del paciente frente a la infección o enfermedad a evolucionado.

La aparición de síntomas puede acelerar el momento en que la familia conozca el diagnóstico del paciente. En ese momento son muchas las situaciones que el grupo familiar debe resolver frente a la aparición del SIDA dentro de su estructura como son:

Reconocer en uno de sus miembros un comportamiento sexual "diferente" (homosexual-bisexual). En una familia educada y formada culturalmente para asumir una sexualidad netamente heterosexual, el conocimiento de que uno de sus integrantes presenta un comportamiento diferente, como en el caso de la homosexualidad, constituye en sí misma una crisis que demanda la acomodación a la nueva imagen del ser querido. Ya que en las familias mexicanas tradicionales generalmente ante la homosexualidad presentan rechazo, negación, repulsión y otros sentimientos de parte de la figura paterna quien responsabiliza a la figura materna de la situación.

La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones:

- a) La supremacía indiscutible del padre.
- b) El necesario y absoluto autosacrificio de la madre.

El papel de la madre tiene un matiz de "abnegación" que es la negación absoluta de toda satisfacción egoísta. Estas proposiciones fundamentales de la familia mexicana parecen derivar de orientaciones valorativas "existenciales" implicadas en la cultura mexicana, o de premisas generalizadas, o presupuestos socioculturales generalizados que sostienen la superioridad biológica y natural, del hombre sobre la mujer (Díaz G., Op. Cit., 1991).

Dicha supremacía se percibe antes de que nazca un niño, en la familia mexicana no hay expectativas o anticipaciones por la venida de un hijo. En muchas sociedades la preferencia es por los niños y no por las niñas. La niña crece con un destino: ser femenina, tener un hogar y ser madre.

En el niño su signo de virilidad es el valor, la agresividad, la búsqueda, el "no rajarse", ya que sólo la mujer es la que se raja (comenta Octavio Paz, la mujer es una "rajada").

Así asume o son asumidos los roles, la mujer es quien cuida de los hijos educándolos, en tanto el hombre es quien proveerá de lo material a la familia. Ya que en la familia mexicana hay una ausencia de padre y un exceso de madre.

2.4 TEORIA SISTEMICA

El adjetivo "sistémico" califica aquí un planteamiento ideológico general, una concepción constructiva de la Teoría de Sistemas. Referido a la Terapia señala la transposición de este enfoque

mental a la práctica auxiliadora. Es decir el pensamiento sistémico diluye el discurso analítico de Occidente y constituye una síntesis, en la que encuentran sitio los planteamientos importantes de las Ciencias Naturales, Humanistas y Sociales. En esta "nueva síntesis" el hombre actúa como descubridor y conservador de sus mundos espirituales.

Esta Teoría se remonta con la aparición de la Teoría General de los Sistemas, su tema es la formulación y derivación de aquéllos principios que son válidos para los sistemas en general. Es un instrumento útil al dar, por una parte, modelos utilizables y transferibles entre diferentes campos, y evitar, por otra, vagas analogías y superficiales.

Las metas principales de la Teoría General de los Sistemas son según Bertalanffy (1989):

- Hay una tendencia hacia la integración en las Ciencias Naturales y Sociales.
- Tal integración parece girar en torno a una Teoría General de los Sistemas.
- Tal Teoría pudiera ser un recurso importante para buscar una Teoría exacta en los campos no Físicos de las Ciencias.
- Al elaborar principios unificadores ésta Teoría acerca a la meta de la unidad de la Ciencia.
- Esto puede conducir a una integración.

La Familia es considerada como un todo, por lo que merece ser centro de análisis e intervención. Para ello surgieron diversas vertientes, siendo más representativa la TEORIA SISTEMICA la cual se integra por cinco enfoques:

- **Enfoque Interaccional:** surge de las Ciencias Biológicas y Sociales. Enfatiza la importancia de las transacciones y la comunicación en la salud Psicosocial de los elementos que conforman a una Familia. Esta se considera como un sistema Social Interaccional debido a que cumple un ciclo de vida durante el cual sus integrantes establecen patrones de comunicación que se convierten en su proceso de relación.

- **Enfoque Estructural:** su aplicabilidad y eficacia contribuye a resaltar la importancia del Sistema Familiar. Sus inicios parte con la idea del hombre como ser social y de la familia como contexto social que lo afecta; idea que Salvador Minuchin tuvo muy presente al construir éste enfoque.
- **Enfoque Estratégico:** se debe crear un procedimiento y estrategia terapéutica acorde al problema presentado. La Familia es considerada un Sistema Interpersonal cuyo funcionamiento obedece a un proceso de circularidad, ya que continuamente se encuentra en estados de equilibrio y estados de transformación.
- **Enfoque Sistémico de Milán:** es considerado una fuerza muy fuerte del Enfoque Estratégico, se concibe a la familia como un Sistema autocorrectivo y autorregulado por sus propias reglas, emanadas en el curso de su desarrollo mediante un proceso de ensayo y error, en el que experimenta lo que está y no está permitido en la relación.
- **Enfoque del Grupo de Roma:** incorpora elementos del Enfoque Estructural, Enfoque Estratégico y Enfoque Sistémico de Milán. La familia interactúa con otros sistemas y tiene además una capacidad autorreguladora que define el equilibrio dinámico establecido entre su tendencia homeostática y su tendencia transformadora, tal equilibrio no es permanente.

Dada las características de ésta investigación se retomó el **Enfoque Estructural**, el cual está implícito en la **TEORIA SISTEMICA**. Siendo que considera a la Familia como un contexto social que se sujeta a las variaciones internas y externas de su núcleo y que funciona como un sistema en particular abierto; porque crece y se desarrolla con base a un conjunto de etapas propias a su ciclo vital que hacen una continua reorganización en su estructura, para poder fomentar su continuidad como sistema y el crecimiento Psicosocial de sus miembros.

El abordaje ESTRUCTURAL considera a la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostásis existente, produce crisis que empujan al sistema, a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. De este manejo el abordaje ESTRUCTURAL reúne elementos de los dos esquemas, el EXISTENCIAL y el ESTRATEGICO.

Existen tres estrategias principales de Terapia Estructural de la Familia, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

Las propiedades de la Familia Sistémica son:

- **Totalidad:** cada miembro se relaciona con el resto de manera que un cambio entre otros les afecta. La organización de la Familia se basa en una jerarquía entre los subsistemas que la componen en forma de alianzas y Coaliciones. Los Límites varían pudiendo ser difusos, claros o rígidos.
- **Retroalimentación:** cada conducta de los miembros sirve de información, que revierte sobre el sistema individual, influye contrarrestando su efecto o favoreciéndolo.
- **Equifinalidad:** las familias pueden llegar a estados interrelacionados a tipos de estructuras por orígenes muy diversos (Díaz B. cita a Feixos, 1997).

La funcionalidad de éste sistema dependerá del nivel y de la forma de adaptación a los requerimientos internos y externos del sistema. Es funcional si opera de la manera como describe Minuchin, un sistema abierto que se transforma para buscar un nuevo equilibrio cuando así se requiera. Existe conflicto si la familia responde de forma estereotipada y rígida mediante la elección de uno de los integrantes para que se desarrolle una base que le permita perpetuar una estructura estática.

Si se presenta un conflicto familiar, como lo es el VIH/SIDA, no es inherente a toda la estructura de la familia sino que se centra en aspectos que lo conforman. Es decir, se refleja en los límites, en los vínculos, jerarquías o en el territorio. Se debe producir un cambio transformando la estructura que se presenta, proceso en el cual el terapeuta tiene gran participación. Este cambio debe de ser de orden estructural que permita un nuevo estado de continuidad y desarrollo: individual y familiar.

Por todo lo ya expuesto la **TEORIA SISTEMICA** es una alternativa para el trabajo Psicológico con enfermos terminales (VIH/SIDA u otro padecimiento) y sus familiares. El trabajo con toda la estructura es capaz de brindar gran ayuda a quienes están próximos a experimentar un desequilibrio, tanto personal como familiar.

CAPITULO III

REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DEL VIH/SIDA

El paciente que sufre de una "afección mortal" como lo es el VIH/SIDA se ve obligado a luchar simultáneamente contra una enfermedad amenazadora y contra el deterioro de su interés personal.

El que el paciente sepa de su enfermedad desde su diagnóstico hasta su fase terminal, hace que todo cambie, que haya una desorganización, una ruptura en afectos, costumbres y hábitos.

El paciente seropositivo, durante todo el proceso de deterioro, atraviesa por diferentes etapas dentro de las cuales presenta diversas reacciones psicológicas. Se explicarán algunas de éstas reacciones ante la posibilidad de ser seropositivo así como algunas reacciones que se presentan durante las distintas etapas de la enfermedad a través del **ENFOQUE SISTEMICO**.

3.1 REACCIONES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE Y ALTERNATIVAS PSICOLOGICAS ANTE SU DIAGNOSTICO.

1). ACTITUD ANTE LA PRUEBA:

Para las personas en espera de una prueba de anticuerpo VIH, es importante considerar lo que puede indicar y lo que no podrá. El estudio no es una prueba para SIDA. La prueba no proporciona un diagnóstico en la forma en que se recibe el de una enfermedad; simplemente es un marcador de laboratorio que indica que la persona ha sido infectada por un virus específico. La prueba no proporciona ninguna otra información. Por ejemplo, si se identifican anticuerpos VIH en sangre, no indica cuanto tiempo hace que se infectó, qué tan intensa es la infección, qué tan infecciosa es para otros (para seguridad debe suponerse que es infecciosa constantemente por el resto de su

vida, o cuando menos en tanto se encuentra un antiviral eficaz y se le administra) o si se desarrollará o no la enfermedad en el futuro. Esta relativa falta de información es lo que ha llevado a muchos grupos sociales a sugerir que se gane muy poco con una prueba de anticuerpos excepto una gran ansiedad, y con frecuencia para siempre, ya que los seropositivos identificados simplemente "aguardan a que suceda lo peor".

Las personas que piensan practicarse una prueba deben indicar claramente las razones para ello. La mayoría quizás simplemente deseen conocer si son o no seropositivos, tal vez por haber tenido una actividad sexual de alto riesgo con anterioridad. Sin embargo, para ellos la pregunta importante es : ¿Qué utilidad adicional tendrá esta información para mí?, ¿Cómo me ayudará?

Para los grupos de personas con alta frecuencia de infección, quizás sea razonable suponer que se han expuesto a ella con anterioridad y que a fin de comprobar que no la transmitan o la adquieran en el futuro, deben empezar en adoptar medios para relaciones sexuales seguras y otras costumbres, a fin de disminuir el riesgo en todas las ocasiones.

Algunos quizás deseen hacerse una prueba de anticuerpos por otras razones. Por ejemplo, es posible que hayan tenido relaciones sexuales con una persona que posteriormente sospecharon que tenía el riesgo de esta infección. Ello se toma en una preocupación cuando se considera las consecuencias para iniciar una familia o futuras relaciones sexuales. Es posible que algunas personas no se hayan sentido bien durante algún tiempo o tengan pequeñas enfermedades persistentes o que no se explican con facilidad, y una prueba de anticuerpos será un medio para iluminar como posible causa al VIH.

En otras circunstancias, es posible que hayan necesitado transfusiones de sangre en alguna ocasión cuando no se conocía la causa del SIDA, y desde entonces que hayan preocupado de haberse infectado posiblemente de esta forma.

Cualquiera que sean las razones para desear que se practique la prueba, se aplican en su totalidad las consideraciones anteriores. Por esta razón, "nadie debe hacerse una prueba de anticuerpos sin la asesoría previa de un consejero con experiencia adecuada". El cual debe de tener las actitudes siguientes:

- escuchar cuidadosamente
- reflejar sentimientos y hechos
- comunicar aceptación
- formular preguntas abiertas concluidas
- pedirle a la persona que sea concreta
- evaluar el proceso de duelo
- estimular la inspiración súbita
- abordar directamente los obstáculos
- ser directivo, si y sólo si debe serlo

2). ACTITUD ANTE LA POSIBILIDAD DE SER POSITIVO AL VIH:

El conocimiento de esta situación es propicia para la presencia de innumerables fantasías en quién se encuentre ante la posibilidad de tener un resultado al VIH, normalmente aparece un gran temor a descubrir la verdad, y las reacciones de negación son muy comunes. Una persona que ha estado ante la posibilidad de riesgo de infección se siente preocupada y a veces no recurre a informarse con la persona adecuada, o simplemente no se informa por sentir pena, desconfianza, temor a ser estigmatizado o rechazado. Existe el caso de la gente "angustiada sin motivos", que no está infectada pero que está padeciendo emocionalmente. Algunas de estas personas están preocupadas porque han realizado actividades de riesgo; pueden llegar a angustiarse tanto por la posibilidad de estar infectadas que de hecho llegan a desarrollar una enfermedad física. Algunas otras personas "angustiadas sin motivo" entran dentro de la categoría de gente de bajo riesgo, pero

viven con el temor infundado de que serán infectadas por medio de cualquier contacto cotidiano e insignificante. Esto impide que vivan una vida normal y plena (Hein F., 1991). Ante este evento algunas personas prefieren ignorar lo que temen y evaden la realidad, otras en cambio llegan a asumir una actitud responsable y acuden a las instancias gubernamentales o privadas dedicadas a esta área (consejería y grupo de apoyo, etc.) y logran obtener, en algunos casos, un buen apoyo.

Otros recurren a pensamientos "heroicos" que en ocasiones pueden llegar a caer en el masoquismo, planteando la posibilidad de "entregar su vida a la ciencia para que se experimente con ellos con el fin de contribuir en la obtención de una cura".

El Psicólogo maneja información relacionada con el tema en estos casos. Sin embargo, puede ser un arma de dos filos, pues, así como puede orientar, también puede confundir, sobre todo a gente con rasgos de personalidad Obsesivos o Hipocondríacos. es decir a aquellas personas que son muy "tercas" en sus ideas o bien que comúnmente refieren estar enfermas, sin que en realidad esto sea así. De cualquier manera es primordial no restarle importancia a esta sintomatología, pues finalmente habla de que algo anda mal; la posible explicación a esto, es la presencia de núcleos autodestructivos inconscientes, que pugnan por salir, los cuales se tienen que mantener muy conscientes y así poder manejar adecuadamente dicho evento.

3). ACTITUD PSICOLÓGICA ANTE UN RESULTADO POSITIVO:

Una prueba con resultados positivos provoca un impacto en la persona, implica cargas o problemas emocionales. La mayoría de las personas al escuchar la noticia de su padecimiento entra en un estado de shock y la mayoría de ellas comenta que su mayor necesidad en ese momento es recibir información.

Las personas en choque se sienten confundidas y aturdidas. Su mente parece estar en constante movimiento, quizá ajustándose de un hecho a otro, sin referencia a lo que está sucediendo "afuera". Algunos se tornan "muy emocionales" cuando reciben la noticia. Comienzan a llorar y a "desbaratarse" o son más agresivos, utilizan un lenguaje ofensivo e incluso agresión física. Otros quizá responden guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos.

Nadie puede predecir como reaccionaran a estas noticias (a pesar de cualquier preparación).

Las reacciones de la gente a la infección del VIH pueden variar enormemente pero por lo general todos tienen sentimientos de enojo o rabia, de presión, cansancio. Miedo, incertidumbre y culpa, entre otros. Estos sentimientos no son estables y no vienen en un orden definido. Además, también se caracterizan de lo normal a lo patológico (lo "común" serían las arriba mencionadas y las extremas: indiferencia, negación, etc.) (López M., 1991).

La participación del Psicólogo en esta situación sería la de brindarle información al paciente. Es crucial recordarles que no es lo mismo tener SIDA a ser Seropositivo, ser Seropositivo para VIH significa que tienen una infección, no una enfermedad o afección. Algunas acciones y actitudes pueden ayudar al enfermo a manejar sus distintas reacciones. Primero hay que separar la reacción de su objetivo o meta y buscar nuevos mecanismos para descargarlas, ya que cualquiera de estas reacciones toma mucha energía e impide emplearla en otras actividades que serían más constructivas.

EL PERIODO DE CRISIS

No puede negarse que un diagnóstico o un resultado de Anticuerpos positivos creará, en particular en las primeras etapas después del diagnóstico, enormes dificultades e implica grandes preguntas con frecuencia inevitables (Ser Humano A.C., 1995).

Uno de los problemas básicos después de recibir el diagnóstico es a quien se le va a comentar, ya que esta enfermedad es estigmatizada socialmente y aunado a esto puede existir la angustia al confesarle a la pareja, familia o hijos la posibilidad de cierta preferencia sexual, que en este caso sería doblemente estigmatizado.

1). ACTITUD PSICOLOGICAS DEL SEROPOSITIVO QUE SUPERO LA CRISIS:

La situación "ideal" es que el paciente y su familia colaboren.

Por la mente del paciente pasan pensamientos destructivos, complejo de culpabilidad, hacen un recuento de lo realizado en sus vidas pero casi siempre de lo negativo.

El Profesional de la Salud Mental tiene como objetivo modificar esas actitudes negativas en actitudes positivas, conscientizando que como individuos ante una sociedad, tienen valores y capacidad para desarrollar muchas actividades, aún con su padecimiento. El cuidado de su persona es una actitud básica ya que en la medida que se aportan cariño, valor, es en la medida en que la autoestima puede lograr luchar contra la crisis, que puede ser tanto nerviosas como físicas o ambas. Otro punto importante es el sentir un dominio sobre los malestares físicos ya que una postura psicológica positiva permite que el mal o los dolores sean menores.

Sin embargo, en todo lo anterior, no siempre es así y en muchos casos es muy desgastante el trabajo con quien supero la crisis pues el paciente cree que ya está bien y que no habrá recaídas, lo cual lo saca de su realidad, dejan de tomar medicamentos, dejan de asistir a su terapia y vuelven a sus mismos hábitos.

2). ACTITUD DEL PACIENTE CON COMPLEJO RELACIONADO A SIDA (CRS):

Cuando un paciente comienza a presentar los síntomas debidos a la infección por VIH, su actitud puede cambiar drásticamente. Independientemente de su preparación hacia la enfermedad, la aparición de síntomas pueden provocar miedo, angustia y temor hacia la muerte que ya sienten próxima debido a la gravedad de los males, además el paciente no vive los síntomas como algo que pueda superarse sino como la antesala de su muerte: esto aunado al sufrimiento provocado por su sintomatología particular, puede generarle depresión o angustia que bloquean su mejora física, la acción de medicamentos y que, en casos extremos, pueden llevarlo a la muerte.

Por otro lado, su imagen corporal comienza a cambiar de manera notoria ya sea porque presenta los ganglios del cuello inflamados, porque ha comenzado a perder peso, o porque ya no puede realizar las actividades de antes, porque está muy cansado. Estos cambios afectan la autoestima del paciente que puede sentirse deprimido por la pérdida de su atractivo personal, de su imagen física: o incluso sentirse temeroso de no ser agradable para sus familiares o su pareja, lo cual puede llevarlo a pensar que no tiene mucho sentido continuar viviendo si no puede ser como antes.

Es importante señalar que el paciente con CRS tiene posibilidades de vivir gozando de una salud estable y de su sexualidad aún diagnosticado el SIDA.

Dentro de la Terapia Psicológica se debe ayudar a superar la depresión por la que atraviesa el paciente y a transformar su temor en un deseo por llevar a cabo algunos planes que tenía pendientes; pero al mismo tiempo conscientizarlo de los cambios que tiene que llevar a cabo en su rutina diaria, con el fin de preservar su salud y ayudarlo a sobrellevar sus pérdidas. Se debe estimular al paciente en tantas actividades sociales, recreativas, de ocio y ocupacionales, como su estado de salud se lo permita.

Cuando el paciente presenta síntomas es muy importante ayudarlo a aceptar su situación real, teniendo en cuenta su forma de ser. Es necesario aclararle cuales son sus expectativas reales de vida y hacerle ver que todavía puede llevar a cabo algunos proyectos a corto plazo. Además es necesario mostrarle una perspectiva de vida más que en cantidad, en calidad, para que él se sienta alentado a continuar aún que ya no pueda llevar a cabo lo que antes tenía pensado.

El fomentar nuevas expectativas en el paciente aprovechando sus recursos personales, puede ayudarlo a encontrar sentido a su tratamiento y cooperar al máximo con el médico para que su recuperación pueda ser real.

3). ACTITUD PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD SEVERA QUE SE RECUPERA:

De la actitud que el paciente manifieste en un principio y de su pronóstico médico dependen los avances o retrocesos en su enfermedad que pueda presentar a lo largo de su tratamiento.

Si están conscientes de la gravedad de su enfermedad y las características de las mismas y además presentan un deseo intenso de vivir, se recuperaran gradualmente sin perder de vista la posibilidad de recaer, y aunque se reintegren a sus actividades cotidianas deberán tener presente que su rendimiento no será el mismo y que sus vidas tendrán una serie de limitaciones, tales como no sobrepasar un cierto límite de esfuerzo físico, no ingerir determinados alimentos y tomar sus medicamentos a la hora indicada. Lo cual permite que el trabajo con ellos se facilite por su actitud hacia la enfermedad, que aunque no les hace perder los temores completamente, si posibilita un manejo más positivo de su tratamiento.

Con todos los pacientes es necesario controlar los periodos de crisis. Por ser pacientes que han pasado una crisis de salud severa, es natural que ante un cambio en los síntomas que presentaron anteriormente, los temores se manifiesten como ansiedades reales de pérdida de salud, deterioro mayor e incluso la muerte.

El apoyo que requieren estos pacientes se debe orientar por un lado brindando información al paciente por el otro lado a intervenir cuando el paciente se encuentre en estado de crisis. El apoyo de la familia es muy valioso para el enfermo por lo que es importante aquí conservar el equilibrio idóneo para que la atención no sea pérdida, sino que se fortalezca y pueda funcionar cuando el paciente requiera ayuda extra.

4). ACTITUD PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON SIDA EN FASE TERMINAL:

Tal vez la actitud más difícil ante la fase terminal es precisamente la de ver a la muerte como parte de un proceso natural, aún cuando muchos pacientes refieren no sentir miedo a ésta, finalmente muchos no la aceptan del todo.

Octavio Paz (1989), a escrito sobre lo que él llama la Fascinación Hispánica Hacia la Muerte, haciendo notorio que incluso muchos grupos Indígenas en América Latina celebran el Día de la Muerte con grandes festividades, porque la muerte representa el paso a una fase más placentera del ciclo de vida.

Aún cuando si hay gente que maneja la muerte con gran naturalidad, esto no es una situación generalizada, y es importante tomar las medidas pertinentes para tocar este tema, pues, en un gran número de casos no se quiere hablar de dicho tópico y hablarlo sin que el paciente lo solicite puede convertirse en una agresión para éste.

Para los que han perdido a un ser querido o que han sido diagnosticados clínicamente como desahuciados, el sentir y el pensar cambia bruscamente su concepto de vida o incluso de la propia muerte. Por esta razón, siempre es importante elaborar el duelo.

Con lo anterior se entiende que cuando el paciente se enfrenta a las ideas de muerte, pérdida del atractivo personal, de funciones motoras, etc., tiene diversas funciones actitudinales y emocionales, y puede llevarlo a pensar que no tiene mucho sentido continuar viviendo sino puede ser como antes. Ello nos está hablando de las necesidades psicológicas que el paciente con VIH/SIDA presenta. Lo importante aquí es darse cuenta de cuáles son los sentimientos que se están manifestando y cómo se están viviendo, para poder abordarlos de la ayuda psicológica.

3.2 REPERCUSIONES DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA

Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, por ejemplo, que el enfermo sea un bebé recién nacido, con el que todavía no se han establecido los lazos afectivos que ya existen con un niño mayor, o que sea un adolescente con todas las expectativas y sueños respecto al futuro, que caracteriza en esta etapa y que la enfermedad dificulta o imposibilita.

Tiene diferentes implicaciones también, si el enfermo es un hijo o uno de los padres. Si se trata de un padre joven con niños pequeños, que se encuentra luchando por alcanzar metas económicas o criar a los hijos o una persona mayor, retrada, con hijos ya establecidos fuera de la casa.

Robles de F. (1987) menciona los problemas que aparecen a partir del diagnóstico y la iniciación del tratamiento, surgen en la estructura y dinámica familiar:

- a). Aparición de un miembro de la familia sobrecargado de trabajo (principalmente la madre) quien se ocupa del tratamiento. El miembro que la sufre llega a ser periférico en la familia, disminuye sus interacciones con los otros miembros del sistema y es suplantado por ellos en algunas de sus funciones.

- b). Problemas en el subsistema parental, el paciente, la enfermedad y el tratamiento, si es en caso de un hijo los padres lo utilizan para agredirse mutuamente y el resultado es la dificultad e ineficacia para tomar decisiones y llevar a cabo acciones necesarias para el tratamiento.

- c). Posición central del paciente en la estructura familiar. El paciente deja de participar en el subsistema, que en su mayoría las comunicaciones de la familia giran alrededor suyo, y que observa una gran parte de la atención y de los recursos afectivos y económicos del núcleo familiar.

- d). Precisamente por esta posición central del paciente en la estructura familiar, se facilita su participación en cualquier coalición.

- e). Aparición de síntomas o conductas disfuncionales en otros miembros de la familia (por ejemplo, el rendimiento escolar).

- f). Abandono del lugar de origen, emigrar hacia donde se encuentren los servicios necesarios para llevar a cabo el tratamiento. Esto implica que en el sistema familiar se da una gran tensión para adaptarse económica, social y culturalmente al nuevo entorno, y elaborar el duelo por todo lo que se deja en el lugar de origen.

- g). Fragmentación del sistema familiar, el paciente deja a su familia o lo acompaña uno u otros miembros de su familia a recibir el tratamiento fuera de su lugar de origen, por lo que la familia se secciona.

Cuando se trata de la enfermedad de un hijo, el peligro de la solidificación de las coaliciones, reside en la exclusión de uno de los cónyuges del proceso de enfrentamiento y manejo de la enfermedad, que se acompaña en general, de reproches de indiferencia e ineficacia por parte del grupo coaligado que forma el otro cónyuge con su familia de origen. Ya que la muerte de un niño puede provocar ansiedades más grandes y profundas respecto a la realidad y sentido de vida, que con relación a la identidad, misma que otras personas cercanas, pueden confirmar mediante la interacción social.

Si la enfermedad ocurre en uno de los cónyuges, se corre el riesgo, si existen hijos adolescentes, de que uno de éstos pase a constituirse en el apoyo del padre sano, con lo que los límites entre subsistema conyugal y filial tienden a borrarse. Siendo que la muerte del marido o de la esposa generalmente implica toda la gama de dificultades relacionadas con la desintegración del sentido de la vida y de la identidad (Flores M., 1992).

Para poder comprender el impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica sobre su familia, se han desarrollado varios modelos, mismos que tratan de explicar los efectos del padecimiento sobre el grupo familiar de una forma sistémica. Entre estos modelos se encuentran el de Koch (1985), Leahey y Wright (1985), así como el de Rolland (1987, 1990, 1994), éste último parece ser bastante completo.

MODELO DE ROLLAND PARA LA ENFERMEDAD DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR

En la enfermedad crónica el foco de interés es el sistema creado por la interacción entre ésta, el individuo, la familia y los otros sistemas biopsicosociales (Rolland, 1987,1990). El modelo presentado por este autor para explicar la relación entre la enfermedad y el sistema familiar, distingue tres dimensiones:

1. El Tipo Psicosocial de la Enfermedad: en esta primera dimensión el patrón de enfermedad puede variar en términos de su inicio, agudo o gradual; su curso, progresivo, constante o episódico; su pronóstico siendo fatal o una disminución de la expectativa de vida o un caso de muerte súbita o carente totalmente de efecto sobre la longevidad; así como el grado de incapacidad que pueda llegar a ocasionar en el individuo que la padece (ninguna, leve, moderada o severa). La incapacidad puede resultar como consecuencia de un impedimento en la capacidad cognitiva; o en la habilidad motora; o en la producción energética. La incapacidad también puede llegar a surgir a consecuencia de los trastornos que la enfermedad ocasiona al individuo sobre su imagen corporal (por ejemplo lepra); o en los sentidos de relación como sucede con la hipoacusia o en el estigma social como en los casos de individuos que padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Rolland, 1987).

2. Fases en la Historia Natural de la Enfermedad: estas fases permiten la concepción de la enfermedad desde un punto de vista longitudinal. De manera que se pueden llegar a plantear, durante su curso, puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización familiar. Estas necesidades de reajuste surgen debido a que cada nueva etapa de la enfermedad plantea demandas diferentes en cada uno de los miembros del sistema. Estas fases de acuerdo a Rolland (1987) son:
 - Fase de Crisis Inicial: cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación después que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. La familia y el enfermo se enfrentan a las necesidades de: aprender a manejar el posible dolor, incapacidad o cualquier otro sintoma asociado con la enfermedad; aprender a manejar dentro del ambiente médico-hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla, crear un significado para la enfermedad que maximice el sentido de competencia así como su mejor comprensión y al mismo tiempo que permita realizar el duelo por la identidad perdida, pues esto cambia a partir del diagnóstico. Con esto se persigue recobrar un sentido de

continuidad entre el pasado y el futuro de la familia. Este significado les permite establecer un grado de flexibilidad dentro del sistema mediante el cual logren una reorganización con metas hacia el futuro.

- **Fase Crónica:** independientemente de su duración tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir "día a día" con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida normal ante la "anormal" presencia de la enfermedad, hacen que ésta se sienta como viviendo "en el limbo". La esperanza de la familia es que reasumirá una vida "normal" después de la muerte del paciente o de una eventual curación. Esto puede llegar a crear culpa y vergüenza. Otro obstáculo que la familia debe superar es maximizar la autonomía de todos sus miembros, ante una tendencia de mutua dependencia y sobreprotección. Estas surgen de la presencia de la enfermedad.
- **Fase Terminal:** la familia al anticipar la muerte de un ser amado entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones. La primera es la tristeza de la separación o alejamiento, no sólo físico, pero si intrapsíquico; alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo y expresando amor solo desde un plano de preocupación social, de forma instrumental, ocupándose del bienestar físico del enfermo sin brindarle afecto (Swensen y Fuller, 1992). La otra es la crisis porque la familia "que eran, ya no lo serán jamás". Crisis porque esa persona que esta muriendo, que puede ser querida o no, aceptada o no, desaparecerá permanentemente y no podrán volver a tener contacto real con ella (Sucheki, 1989).

Por otra parte, cuando el paciente se enfrenta a la muerte, experimenta angustia, impotencia y depresión (Kubler-Ross, 1969). La depresión se asocia a pérdidas pasadas ya no se siente placer ante la comida, la actividad sexual o ante cualquier actividad física se deja de trabajar y se pierde el rol social y familiar. Se pierde autonomía y control de la situación. Es posible que sus seres queridos se encuentren alejados por su temor a la muerte. La angustia se asocia al temor a

pérdidas futuras, al miedo a la muerte, a perder funciones corporales, bienestar y a perder a todo lo que se ama. Esto hace que el paciente presente conductas regresivas como sentir y/o actuar de forma infantil, así como adoptar mecanismos de defensa para disminuir la angustia y depresión. Entre estos mecanismos de defensa se encuentra que el paciente rechaza antes de ser rechazado, negación ante la muerte, rabia como protesta contra el destino, el desamparo y la falta de autonomía, el desplazamiento; con las continuas quejas se borra momentáneamente cosas tales como la angustia ante la muerte y la intensificación de algunos rasgos de personalidad.

3. *Variables Claves del Sistema Familiar:* aquí se subraya la importancia de la vida familiar como es su historia transgeneracional de enfermedades, el nivel de desarrollo, el sistema de creencias, el grado de cohesión, la adaptabilidad y comunicación, etc. (Rolland, 1990).

- *Historia Transgeneracional de Enfermedades, Pérdidas y Crisis:* desde un punto de vista sistémico, se ha enfatizado que las familias presentan comportamientos que no pueden ser comprendidos fuera de su propia historia. Se da a entender que la familia cambia su organización tratando de copiar estrategias que en el pasado le han resultado adecuados para responder a sucesos estresantes (Rolland, 1984). Mc Goldrick y Walsh (1985) descubrieron: cómo éstos patrones son transmitidos a la familia a través de generaciones en forma de mitos, tabúes, expectativas catastróficas, etc.

El terapeuta indagará en la historia familiar de enfermedades sobre la presencia de padecimientos similares en el pasado, así como la respuesta que los integrantes de la familia tuvieron desde un plano organizativo como afectivo. Lográndose anticipar puntos de conflicto y negación. Penn (1983) describe que las coaliciones que aparecen en las familias con un miembro con enfermedad crónica, son isomórficas a las que existieron en situaciones similares en las familias de origen ante alguna otra enfermedad.

Seabum, Lorenz y Kaplan (1992) encuentran que el enfermo crónico como su familia, necesitan dar un sentido a la enfermedad. Este significado se podrá encontrar en la historia de ellos mismos y la que tienen sobre el padecimiento. Este se desarrollará a través del concepto de enfermedad que se ha transmitido por generaciones (Sheingerg, 1989). El sentido de una enfermedad para el paciente y su familia se construye sobre una base social que les permite funcionar, comportarse y adaptarse. Así es como la construcción de narrativas normativas sobre el padecimiento adquieren el estatus de verdad. Las narrativas acerca del SIDA u otras enfermedades asumen una clasificación irrefutable y esta verdad se une a estos padecimientos a lo inevitable.

- La Enfermedad y el Ciclo Familiar: la enfermedad es parte de un individuo y éste es parte de una familia, es necesario conocer la interacción entre el individuo y su desarrollo familiar. Proponiendo Rolland (1987) el modelo de Combrick-Graham (1985), que es una representación espiral que permite la colocación de los eventos familiares de dos o más generaciones, uno sobre otros; lográndose una representación del ciclo de vida de los demás integrantes de otras generaciones. El sistema espiral oscila en periodos de acercamiento familiar, periodos naturales y no patológicos de amalgamamiento, periodos de distanciamiento. Los periodos de cercanía se denominan "centrípetos" para indicar el predominio de fuerzas "cohesivas" dentro del sistema familiar.

Los periodos de distanciamiento o desarticulación, se denominan "centrifugos" describiendo el predominio de fuerzas "disipadoras" que tienden a separar a los miembros de la familia.

- La Enfermedad y el Sistema de Creencias: el diagnóstico de la enfermedad como los cambios sufridos por quien la padece, impactan a la familia en aspectos de distribución de recursos, sus roles, sus patrones de interacción y su imagen colectiva (Dym, 1987). La forma externa o

interna en que la familia experimenta el control de la enfermedad indicara la interpretación del padecimiento, el comportamiento frente a él y su capacidad para cuidar a el enfermo. Se evaluarán las creencias que tiene la familia sobre el origen de la enfermedad, así como aquellas ideas que pueden influir sobre el curso de la misma. Las creencias que involucran vergüenza, culpa o reclamo, bloquean el proceso de aceptación.

3.3 ALTERNATIVAS DE MANEJO PSICOLOGICO PARA EL PACIENTE CON VIH/SIDA Y SU FAMILIA.

El SIDA como se ha descrito hasta ahora, representa un problema de salud con alcances cada vez más amenazadores y trascendentes, por lo que la intervención educativa se convierte en un imperativo terapéutico.

Sin embargo, esta enfermedad, reviste otros aspectos desde el punto de vista terapéutico. El más importante es que se trata de una enfermedad que pone en riesgo la vida. por lo que el proceso terapéutico tendrá que apoyar al paciente en esta aceptación dolorosa de enfrentar su muerte.

Además, es una situación de crisis individual y familiar, que conlleva hasta la fecha un estigma social que hace más aguda esta crisis.

Es por esto, que las alternativas terapéuticas no están claramente delimitadas, por lo que en éste trabajo se describen dos de los manejos terapéuticos más frecuentes, sus características y sus limitaciones.

PSICOTERAPIA PSICOANALITICAMENTE ORIENTADA.

Los seres humanos se enfrentan ocasionalmente a situaciones que provocan angustia, que en algunos casos, puede ser desplazada, negada o proyectada en otros individuos; sin embargo, ante la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad terminal, algunos de los mecanismos de defensa dejan de ser útiles al YO, enfrentando así al individuo a una realidad dolorosa que no sólo implica la posibilidad de desarrollar síntomas, de ser un transmisor en potencia o, en el mejor de los casos de no estar infectado, sino el cambio de hábitos sexuales, de conducta y la revisión de una historia personal que también puede resultar muy dolorosa.

Cabe señalar que a menudo, la revisión de una historia personal, enfrenta al paciente consigo mismo, con las figuras primarias, con los seres amados y, finalmente, con la muerte; elemento éste indispensable para cerrar el ciclo de la vida, pero que indiscutiblemente hay que negar para poder vivir, a pesar de que existe en todos una pulsión destructiva, término utilizado por Sigmund Freud para designar el instinto de muerte, desde una perspectiva más cercana a la experiencia biológica y psicológica.

Ante estas fuerzas pulsionales que tratan de salir y deben reprimirse, el terapeuta está obligado a tener la capacidad de contención suficiente para poder detectar y ordenar la información e interpretar el discurso del paciente, dando un juicio de realidad y sirviendo como figura de apoyo para determinar si el sujeto necesita la prueba serológica, si está expuesto al riesgo, o si sus temores y angustia tienen otro origen y el miedo aparente a contraer la infección es producto de su fantasía o de una deficiente información.

Es importante realizar la evaluación de la conducta y las reacciones que el paciente ha tenido ante situaciones frustrantes y/o traumáticas a lo largo de su vida, ya que estas servirán de marco de referencia en cada caso.

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivo varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectados; sin embargo, existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos, como pueden serlo los depresivos y de ansiedad que aparecen asociados a las fases que la Dra. Kübler-Ross describe como propias del proceso que se presenta en pacientes con enfermedades terminales, tales reacciones psicológicas serán abordadas en los apartados siguientes.

La angustia se encuentra presente en casi todas las etapas, por lo que se hace necesario un diagnóstico diferencial para descartar el desarrollo de síntomas propios del SIDA de aquellos secundarios al estado emocional del paciente. Cuando la angustia va más allá de las capacidades propias del paciente para manejarla, es recomendable la intervención de un especialista para un tratamiento farmacológico.

Es recomendable que el terapeuta considere en su plan de tratamiento los puntos siguientes:

1. Ayudar al paciente a comprender, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
2. Identificar las conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.
3. Dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasías y discutir su situación con otros pacientes.
4. Ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.
5. Informar sobre las consecuencias que acarrea el evitar los servicios médicos y hacerle consciente de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras personas.
6. Explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.
7. Investigar características de su vida sexual actual.
8. Promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio.

9. Investigar la vida social, laboral y situación económica.
10. Favorecer la relación transferencial para el éxito del tratamiento terapéutico.

Al recabar la información sobresaliente, el terapeuta se define así mismo como alguien verdaderamente interesado en enfrentarse al paciente como ser humano, aún cuando sus propias angustias pueden tentarle a recoger información por el solo afán de hacerlo.

Las entrevistas iniciales difieren de los contactos posteriores, porque durante las primeras sesiones el terapeuta establece el tono del proceso psicoterapéutico, se lleva a cabo la educación del paciente para su colaboración psicoterapéutica y se acuerdan los aspectos formales de la colaboración entre paciente y terapeuta. Ambos tendrán la oportunidad de aprender algo uno del otro y de llegar a una decisión racional respecto a la viabilidad de un trabajo conjunto. Los estadios de la Psicoterapia Psicoanalítica son:

1. conflicto/déficit psíquico
2.
 - a. Experiencia correctora
 - b. transmisión/retransmisión
 - c. atención, reserva
 - d. interacción, construcción

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la finalidad central de la psicoterapia es que el paciente logre la consciencia y autoconsciencia, lo cual podría llevarse a cabo a través de los distintos dispositivos que maneja la teoría:

PSICOTERAPIA DE GRUPO

En el caso de la psicoterapia de grupo, ésta puede seguir la línea de corte psicoanalítico. La psicoterapia de grupo enfatiza el presente inmediato en las transacciones terapéuticas teniendo un efecto más directo en la conducta y en la situación vital presente del paciente.

La psicoterapia de grupo se sustenta en las relaciones de objeto, consideradas como la internalización de las relaciones interpersonales que determina las estructuras intrapsíquicas y cómo éstas estructuras preservan, modifican y reactivan relaciones internalizadas con otros en el pasado, en el contexto actual de las relaciones interpersonales.

Entre las ventajas que ofrece la psicoterapia grupal, se encuentran: favorecer el sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas; promover el altruismo, o sensación de que uno se ayuda así mismo ayudando a otros; propiciar el cambio de conducta, mediante la identificación con algún miembro del grupo que funge como un ejemplo o modelo exitoso; favorecer la cohesividad, o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, para disminuir la soledad que algunos pacientes experimentan.

El grupo per se, estimula la discusión e incrementa la fuerza yoica del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas.

Es frecuente que en un grupo se encuentren pacientes en distintas fases del proceso, así el paciente en fase de cólera ayudará a romper la negación de otro miembro, y aquél que ha alcanzado la fase de pacto, se solidarizará con el terapeuta para ayudar a sus compañeros a avanzar hacia la inevitable depresión, que suele ser el preludio de la aceptación.

En cualquier tipo de tratamiento, la motivación principal será la aceptación de la infección, así como el diálogo constante de cómo manejar la sexualidad de cada integrante, a fin de poder obtener satisfacción sin que ello implique propagar el contagio.

Por ello la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma parte integral del tratamiento con pacientes infectados, para intentar recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira, para promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Persigue el mismo fin que la psicoterapia grupal, solo que a diferencia de la anterior ésta permite al individuo profundizar en forma privada sobre su propia situación. Ayuda a descubrir y reforzar las capacidades y habilidades para utilizarlas al enfrentar el problema, a la vez que ayuda a modificar hábitos inadecuados, sustituyéndolos por medidas preventivas (Garfield, 1995).

Existen algunas limitaciones en la Psicoterapia Psicoanalítica para el manejo de la ayuda psicológica en esta enfermedad: por ejemplo, el proceso terapéutico es lento y prolongado debido a la revisión histórica personal, misma que hace retroceder al paciente en su vida pasada, la cual lleva como consecuencia un torbellino interior que mezcla sentimientos o emociones "posiblemente elaborados" que en el momento de la terapia son reactivados. Dadas las características de estas limitaciones y de la teoría misma, no es una opción adecuada para el manejo psicológico y familiar de esta pandemia (VIH/SIDA), ya que se requiere de una intervención inmediata y situada en el síntoma.

Otro de los manejos terapéuticos con diferente enfoque es la **TEORIA SISTEMICA**, la cual en el capítulo anterior (2.4) se habló de sus antecedentes y del enfoque sistémico (estructural) que se

ajusta a los requerimientos del paciente con VIH/SIDA y su familia. Ya que al presentarse un cambio en el sistema (la familia) con un de sus miembros, se produce un desajuste en el funcionamiento tanto de la unidad como del conjunto. Debido a que se desestabilizan las redes de comunicación y contacto, siendo importante el reajuste de éstas; lo cual dependerá de cada sistema, para que continúe la familia con la ejecución y cumplimiento de sus funciones.

Según la concepción sistémica a las personas no se les puede definir por criterios ajenos. De ahí que para conceptualizar sistemáticamente una terapia se tenga que dejar de lado o redefinir muchos planteamientos tradicionales de la psicoterapia.

Así pues, una teoría clínica tiene que señalar salidas al "dilema terapéutico". Una teoría clínica tiene que cumplir, como cualquier otra, dos exigencias fundamentales: su objetivo y elaborar su metodología adecuada a la misma.

Los dispositivos de intervención sistémica son:

TERAPIA GRUPAL

Tiene con fin, el que exista un intercambio de experiencias con personas que viven con la misma problemática. Se realiza tratando simultáneamente a varios pacientes. La terapia de grupo, brinda la oportunidad de sacar y compartir emociones, temores, fantasías e intentos de resolución, proporciona ayuda al paciente.

En esta terapia el grupo se compone de 6 a 10 miembros con características de personalidad similares. El terapeuta y los pacientes se sientan formando un círculo, la comunicación ocurre en forma espontánea participando activamente.

Existen grupos cerrados (durante todo el proceso terapéutico continúa el número inicial de miembros) y abiertos (se van anexando nuevos integrantes durante el curso del tratamiento). Por ejemplo: la terapia grupal en hombres violentos (grupo abierto debido a la resistencia de ellos, existe deserción).

TERAPIA FAMILIAR

A través del trabajo con familias llega el concepto sistémico al discurso psicoterapéutico. Al principio se aplicaron Ad hoc - en general de un modo estructuralista - las observaciones realizadas sobre <<familias esquizofrénicas>>.

Más tarde las familias se entendieron expresamente, <<sistemas sociales>>, que se regulan así mismos y mantienen constante su equilibrio homeostático interno.

Según Anderson y Galician (1990), la Teoría de Persons sirvió especialmente como marco para los primeros modelos terapéuticos - familiares. Con ello ciertamente se supera la fijación estructuralista en la psique, en la persona, y se insistió casi dogmáticamente en el "paradigma familiar" y además se atribuyen las patologías a las estructuras familiares.

Según Delli (1982) la terapia se presenta como una epistemología aplicada de fundamento estético. El cambio no sólo afecta al sistema terapéutico en su conjunto sino que además incluía al terapeuta.

La Terapia Familiar Sistémica tiene como objetivos:

- Proporcionar a la familia un modelo de comunicaciones e interacción para que funcione correctamente, restablezca límites claros internos y externos del sistema y posibilite un desarrollo de individuos sanos.

- Se ubica a la familia en el "aquí y ahora" para que ésta no se encuentre en el pasado, se debe mejorar el presente para obtener un buen futuro.
- Planear la intervención específica para cada caso (Díaz cita a Corey, 1997).

La comprensión de la enfermedad por parte del sistema familiar, fortalecerá el soporte social del paciente, sus respuestas repercutirán en el desarrollo de síntomas diversos, por lo que resulta necesaria la ayuda para la superación del miedo al contagio de los otros miembros de la familia, así como sentimientos de horrorización, marginación y rechazo del enfermo y estigma social; el trabajo del duelo evitara al sistema sentimientos de culpa futuros y la travesía conjunta por las diversas fases emocionales facilitarán su superación. Por otro lado el entrenamiento de la familia, para una situación inesperada como ésta es indispensable en la acomodación de sus miembros ante la necesidad de suplir en un momento determinado, las funciones que el enfermo no pueda realizar, sobre todo cuando se trata de la figura que juega el rol de proveedor principal de la familia (Cruz L., 1996).

Para ello la Terapia Familiar Sistémica emplea las siguientes técnicas: escenificación, coparticipación, planificación, proporcionar el cambio, reencuadramiento, enfoque, intensidad, reestructuración, establecimiento de fronteras, desequilibramiento, complementariedad, realidades y construcciones. Permiten abordar de manera eficaz problemas psicológicos o psicosociales que afectan a niños, adolescentes y parejas.

PAPEL DEL TERAPEUTA. Poseer gran actividad y flexibilidad, su función cambia continuamente de acuerdo a los requerimientos de la intervención misma.

Se caracteriza porque se asocia a la estructura familiar para observar desde adentro lo que está ocurriendo, introduce elementos de su propia personalidad. Terapéuticamente es el líder en intervención, también debe ser flexible para desprenderse y no involucrarse en la estructura familiar.

Al insertarse propicia la interacción y evalúa lo que pasa, respeta a cada miembro de la familia y no dicta interpretaciones acerca de los eventos que observa, ni aconseja solo comenta lo observado. Crea circunstancias cambiantes para la familia, alimenta a buscar alternativas.

Debe ser activo, flexible, directo y claro en su comunicación, respetuoso con toda la familia, comprensivo con la situación y dispuesto a ayudarlos. Utiliza su persona y sus recursos como especialista para impulsar a la familia y a su crecimiento psicosocial.

Tipos y Metas Prácticas de la Terapia Familiar:

- resolver una crisis, dura de una a seis entrevistas
- hacer una terapia breve, que dura de diez a quince entrevistas
- realiza una terapia de duración media, que dura de veinticinco a treinta entrevistas
- realizar una terapia prolongada, que dura cuarenta o más entrevistas

Limitaciones y Contraindicaciones:

- falta de motivación para asistir a la entrevista (por la falta de voluntad de soportar la angustia que causa el problema)
- ciertos tipos de problemas no ofrecen perspectivas favorables
- las familias con un solo padre y con hijos muy pequeños no son muy adecuadas porque con frecuencia la terapia se convierte en una de tipo individual, en la que se atiende al padre en presencia de los hijos.

3.4 ELABORACION DEL DUELO

Una familia al enfrentarse al VIH/SIDA también lo hace con el dolor y la muerte, que se vive desde el momento de la noticia de su aparición y perdura aún después de la partida del miembro de la familia.

La pesadumbre es una emoción tan normal como lo es la alegría, el duelo es un proceso por el que se tienen que pasar cuando se ha perdido un ser querido, a un familiar, a un amigo, a un conocido, en camino hacia una nueva vida. Incluso también existe un duelo cuando se presenta una separación entre dos personas, o al tener una pérdida material.

Al morir una persona sus familiares pasan por un proceso de luto, en el cual se manifiestan patrones conductuales y sentimientos. Debido a que una pérdida representa un dolor y una gran pena por que ya no volverá la persona, solo será recordada.

En el luto se pasan por las siguientes etapas:

- **Aceptar la realidad de la pérdida:** hay un comportamiento escrutador (buscando a alguien) se habla de la forma en que murió la persona, de las historias de su vida, del funeral. También se incluyen los recuerdos del que murió. Cuando la pérdida del ser querido no se llega a aceptar verdaderamente, vemos cosas de momificación (poner la mesa o preparar la ropa al que murió) tres o cuatro meses después de la pérdida.
- **Experimentar el dolor de la pena:** es de cuatro a seis meses en donde se experimentan dificultades emocionales y mentales como coraje, culpa, tristeza, rabia, etc. Se recuerdan los aniversarios.

- Ajustarse a la realidad de que el que murió ya no se encuentra con nosotros aquí: es de seis meses a un año, les es muy difícil enfrentar a la rutina diaria. Si no llega a superarse esta etapa puede llegar a sentirse desamparado. Es importante que logren sacar energía emocional y puedan reinvertirla en otra relación o en cualquier otra cosa. Que logren ajustar sus vidas para poder llenar sus vacíos, que puedan dirigir energías en otra dirección.

Tradicionalmente, el tiempo oficial del luto ha sido un año, esto común en muchas culturas y religiones. Con frecuencia, un año no es suficiente, en la pérdida de un cónyuge o un hijo, un plazo de dos años puede ser una expectativa más realista del tiempo que se requiere para la cicatrización y recuperación.

Etimológicamente duelo significa "dolor", aunque también desafío o combate entre los dos. El duelo se concibe como un proceso, una serie de pasos que se llevan a cabo, no necesariamente de una forma lineal ni una secuencia ordenada y única, aunque al parecer cada una de sus etapas conlleva el logro o adquisición de ciertas pautas cognoscitivas, emotivas y conductuales.

Como ya se mencionó anteriormente en el inicio de este punto, nos enfrentamos a un duelo cuando se presenta una pérdida tanto material como corporal. Armida Verasturi menciona que el ser humano enfrenta tres tipos de duelos:

- Duelo al cuerpo perdido: cuando se es niño y al ir creciendo y desarrollándose el cuerpo sufre cambios tanto físicos como psíquicos.
- Duelo al rol social perdido: de niño se goza de ciertos privilegios como es el amor y cuidados de los padres quienes se encargan de satisfacer las necesidades que se tengan. Pero cuando ya se es adolescente o adulto, los padres ya no participan tanto para satisfacerlos, si no que

ahora depende del propio individuo hacerlo e ir adquiriendo un papel productivo dentro de la sociedad.

- Duelo a los padres del niño que ya no es: los padres pasan por una pérdida ya que su pequeño hijo irá creciendo, adquiriendo nuevos patrones conductuales y cognitivos que pueden ser diferentes a los que se enseñaron en casa.

Estos tipos de duelos pueden vivenciarlos una persona que está transitando por una enfermedad grave, por ejemplo el VIH/SIDA. Tiene un duelo por el cuerpo que esta perdiendo ya que la enfermedad devasta al organismo. El duelo por el rol perdido siendo que la sociedad tiene al VIH/SIDA en un concepto estigmatizado, y a las personas que lo padecen se les considera no aptas para laborar e incluso son excluidas a sectores específicos. Además tiene el duelo de perder a sus padres (en el caso de vivir con sus padres) que satisfacían sus necesidades, estando enfermo ahora él tendrá que cubrirlos o dependerá de otras personas para hacerlo como pueden ser amigos, conocidos, pareja o tal vez aún lo sigan haciendo sus padres y los demás miembros de la familia.

En una enfermedad crónica el duelo no indica el momento del fallecimiento, como ocurre con una persona con VIH/SIDA, al saberse enfermo se enfrenta a una circunstancia en su vida, la cual puede representar un reto o una depresión ya que representa el acortar su vida repentina y abruptamente. Lo mismo pueden sentir los miembros de la familia.

Al morir el paciente, los miembros de la familia enfrentan el duelo el cual lo viven y sienten después que la persona ya ha muerto.

Las etapas del duelo son cuatro, descritas por O'Connor Nancy (1996):

- I. Ruptura de los antiguos hábitos. Desde el día del fallecimiento hasta ocho semanas: las semanas que siguen inmediatamente a una muerte son un periodo de entumecimiento y confusión, hay sentimientos de choque, incredulidad, protesta y negación. Al aclararse un poco la confusión se comienza a estar un poco más consciente de la necesidad de abandonar los patrones acostumbrados. Cuando se acepta la realidad a la pérdida, se comprende la inutilidad de anticipar los antiguos sucesos rutinarios, con el tiempo reconocen y aprecian los cambios.
- II. Inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año: han pasado algunos meses, el dolor y la confusión aún son agudos pero disminuyen gradualmente, la recuperación comienza a ser automática y sin percepción consciente. Se está sanando.
- III. Búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer año hasta dos años: la vida ha vuelto a la "normalidad", algunos hábitos antiguos se han restablecido y las nuevas costumbres son cotidianas. El dolor emocional es menos agudo. En esta etapa probablemente se cuenta con nuevos amigos, quienes algunos pueden haber sufrido experiencias similares. Los miembros de la familia empezaran a adaptarse a las nuevas relaciones, a los cambios y ajustándose a la ausencia de la persona fallecida.
- IV. Terminación del reajuste. Después de los dos primeros años: etapa final del duelo, se han unido los patrones antiguos con los nuevos y se llevan a cabo sin un pensamiento consciente, se está viviendo una nueva vida.

El duelo es un proceso que vivencian todas las personas que pierden a alguien, principalmente lo viven los familiares. Tal proceso se manifiesta de diversas formas, siendo para la psicología un tema de gran relevancia e interés. Cada persona vive su duelo con base a su ideología, a sus

patrones conductuales y cognitivos. Diversas posturas proponen el abordaje al duelo, cabe recordar que este trabajo tiene un enfoque sintémico, sin embargo se realiza una revisión que las otras teorías proponen como antecedente a la forma de trabajo que realiza la Teoría Sistémica.

- **Modelo Humanista:** Elizabeth Kúbler-Ross se le considera la madre de la Psicología de la Pérdida y la Muerte, tiene un enfoque humanista sin desplegarse por completo de la Teoría Psicoanalítica. Propone que en nuestro inconsciente sólo podemos ser asesinados. No podemos morir por causa natural y por vejez.. Por lo tanto la muerte está relacionada con un acto de maldad, un acontecimiento aterrador que exige una pena y un castigo.

Kúbler-Ross señala que durante el transcurso de una enfermedad terminal se presentan fases que son propias del proceso de este tipo de enfermedades terminales. Dicho proceso es presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH/SIDA. Cabe mencionar que las personas que sufren una pérdida (duelo) pasan por estas mismas fases, las cuales pueden presentarse en orden de aparición o irse intercalando.

PRIMERA FASE: NEGACION Y AISLAMIENTO. La primera reacción tanto de pacientes terminales como de personas que sufren una pérdida es de negación. No aceptan que esto les está ocurriendo a ellos. Piensan que la gente que les está informando de su situación está en un error.

Es importante no tratar de empujar al paciente o al doliente a que acepten su situación en ese momento. Es una fase por la cual deben pasar, el paciente y el doliente necesitan tiempo para salir de ésta.

SEGUNDA FASE: IRA. Hay una serie de sentimientos de rabia, envidia y resentimiento. La ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

Básicamente contra el equipo de salud y sus familiares. El paciente o el doliente se dan cuenta de que en verdad le esta ocurriendo esto a él y su pregunta es "¿Por qué yo?". Es importante no tomar ese enojo como algo personal, es una etapa difícil por la cual tienen que pasar y el paciente o doliente necesitan comprensión.

TERCERA FASE: PACTO. Esta fase es importante porque demuestra un interés por buscar otra salida. El pacto generalmente consiste en una promesa a Dios en la que se pide un poco más de tiempo. El paciente pone como límite una fecha importante (el cumpleaños de un hijo (a), la boda de un hijo (a)). El paciente pretende ganar tiempo diciendo que si Dios le concede este deseo jamás pedirá otra cosa. Por lo general después de un pacto piensa en otro. Esta fase saca a relucir sentimientos de culpabilidad que van ocultos en las promesas. Por esto es importante escuchar al paciente y al doliente durante esta fase para aminorar los sentimientos de culpabilidad.

CUARTA FASE: DEPRESION. La inestabilidad del paciente es sustituida por una gran sensación de pérdida la cual provoca una gran depresión, El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final. Cuando es el caso de un doliente, éste se da cuenta de todo lo que a perdido a causa de su situación actual. Es necesario dejar que el paciente o doliente sufran para que puedan pasar a la fase final. Esta fase es silenciosa y deberá respetarse no haciendo algarabía y acompañándolo, en silencio, con un apretón de manos o acariciando el cabello, evitando la excesiva intervención de visitantes para no obstaculizar su preparación psicológica. Este tipo de depresión es beneficiosa para el paciente. Aquí hay discrepancia entre los deseos del paciente y lo que los familiares desean.

QUINTA FASE: ACEPTACION. El paciente o doliente llegan a esta fase ya con cierta tranquilidad. Si se les ayuda a pasar por las otras cuatro fases llegarán a la quinta con un

sentimiento de paz. Enfrentarán su muerte o su pérdida ya sin los sentimientos de culpa o de ira. Habrá expresado sus sentimientos anteriores. Habrá llorado. Contemplará su fin con relativa tranquilidad. Estará cansado, débil, con deseos de dormir. La aceptación no es una etapa feliz, está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha a terminado, su capacidad de interés disminuye, desea que le dejen solo.

Kübler-Ross describe claramente al hablar de estas fases, la importancia que tiene la intervención de un profesional de la salud, como por ejemplo la de un PSICOLOGO. Ya que el tema de la muerte y el dolor es tan poco conocido por los seres humanos que cuando se enfrentan a él no queda más que rechazarlo.

- Modelo Psicoanalista: Freud señala la negación como uno de los elementos más importantes en el duelo. El inconsciente no favorece la creencia en la propia muerte; cuando alguno de los seres queridos es el que muere, es como si una parte del YO muriera y por lo tanto también se le niega.

El duelo es sólo provocado por la muerte de un objeto. Es la genuina reacción frente a la pérdida. El trabajo de duelo es la disolución del vínculo que se va operando separadamente por cada recuerdo. El duelo continúa, se genera bajo el influjo del examen de realidad, que exige separarse del objeto que ya no existe. A cambio de tal renuncia, el YO tiene vida.

El duelo se elabora en dos formas, una adecuada (duelo normal) e inadecuada (duelo patológico). Freud señala que en el duelo normal, la libido es retirada del objeto amado perdido y desplazado a otro objeto; en el duelo patológico aquélla permanece orientada hacia el YO, donde se produce la identificación con el objeto.

- **Modelo Cognitivo Conductual:** El duelo es la emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación con el medio ambiente en el cual se perdió a la persona y a la formación de las relaciones.

Algunos autores se han abocado al estudio del tiempo del proceso de duelo y lo que debe pasar en ese proceso, para que las personas que afrontan el duelo normal no caigan en uno patológico; llegar a una depresión severa.

La sintomatología del duelo normal se agrupa en cinco categorías distintas, según Lindemann (citado por Acevedo Martínez. 1994):

- A) Alteraciones somáticas.
- B) Preocupación por la imagen del muerto.
- C) Culpa.
- D) Pérdida de patrones de conducta.

James Worden habla de un proceso de cuatro tareas que se deben de completar, principalmente elaboradas las personas que viven el duelo de una persona, para dar por terminado el proceso de duelo.

- **Primera Tarea:** Aceptar la realidad de la pérdida. Se debe aceptar que la pérdida es irreversible, se necesita pasar primero por una etapa de rechazo.
- **Segunda Tarea:** Viviendo el dolor de la pérdida. El doliente se pone en contacto con sus emociones, la sociedad obliga a guardar los sentimientos y a que no se hable de los que murieron.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Tercera Tarea: Adaptación al medio ambiente sin el difunto. La persona no se percata del número de roles que desempeñaba la persona que murió. Se deben evitar los sentimientos de desamparo porque dificultan el desarrollo de la persona.
- Cuarta Tarea: Retirar la energía emocional del difunto y reinvertirla en una nueva relación. Las personas tienen miedo a formar nuevas relaciones porque temen deshonorar al difunto. Para lograr la tarea, deben darse cuenta que pueden amar a otra persona sin olvidar o dejar de amar a la persona que murió.

Se puede comprobar si se han logrado las tareas, si el doliente puede hablar de la pérdida sin dolor. Va existir una tristeza porque ya no se tiene al ser querido, pero ya no es un dolor que no le permita vivir o amar a otra persona.

La perspectiva sistémica amplía el foco permitiendo un abordaje integral que posibilita la utilización de la energía familiar en el manejo del duelo.

Gelcer Esther (1983) (citada por Nehmand) propone un enfoque sistémico e interaccional del duelo llegando a las siguientes generalizaciones:

- a) La elección del paciente identificado no es casual sino que responde al estadio por el que la familia va transitando en su ciclo vital y el rol del miembro muerto.
- b) La muerte influye a toda la familia.
- c) Un duelo no resuelto promueve que un fantasma sea un miembro integral de la misma.

Para Gelcer dentro de la Terapia Familiar en análisis del "duelo no resuelto usualmente revela una estrecha relación entre la conducta del paciente identificado y el rol del miembro muerto ... uno es el monumento viviente de la pérdida del otro". Para ella el hecho de que el rol del miembro

muerto se ha mantenido vivo, supone que otros roles de la familia debe cumplir dentro de su ciclo vital, sean pospuestos o congelados.

El duelo por uno de sus miembros representa un reto difícil para el sistema, en el que se ponen en juego los recursos y flexibilidad del mismo. La pérdida representa, sin duda, una situación de crisis familiar, en la que se ven cuestionadas las formas peculiares del sistema para responder a las necesidades de apoyo y protección mutua, así como la reordenación de la estructura de roles (Nehmad L., 1994).

En nuestro país el duelo relacionado con el VIH/SIDA no ha sido estudiado en personas que hayan perdido a un ser querido por causa del VIH/SIDA; tampoco se a planteado como proceso de duelo las reacciones que presenta una persona con diagnóstico de VIH/SIDA. A pesar que teóricamente se ha descrito (principalmente por Kübler-Ross) la existencia de un proceso de duelo ante un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal (Godínez Ibarra, 1994).

Posiblemente el duelo en una persona con VIH/SIDA, se inicia desde el momento en que sabe su diagnóstico, se inicia pre-muerte y un pre-duelo tanto para el paciente y sus familiares antes de que lleguen los decisivos.

El trabajo que el terapeuta debe realizar durante la elaboración de duelo con el paciente y la familia en el proceso de la enfermedad consiste en ayudarles a expresar cualquier tipo de sentimientos.

En el caso de que sea uno de los padres quien muera, se debe de propiciar el mejoramiento de la relación entre padre e hijos y entre la misma pareja, compartir momentos en la medida que la enfermedad lo permita, involucrarlos en el cuidado y tratamiento del paciente, estimularlos a expresar y a mantener sus afectos.

En cuanto a que sea uno de los hijos, la ayuda consistiría en manejar las emociones de la familia y las propias emociones del paciente. Si antes de encontrarse en esta situación no existía el acercamiento parental y fraternal, se debe establecer contacto afectivo y demostrativo, no excluir a ningún miembro de la familia en este proceso. Establecer metas a corto plazo que permite involucrar a toda la familia antes de que ocurra el deceso.

3.5 LA MUERTE Y EL VIH/SIDA

"La muerte no se especializa en determinados individuos; todos podemos ser sujetos: niños, ancianos, hombres y mujeres. Todos estamos condenados a muerte".

El SIDA como enfermedad terminal, implica una consecuencia irreversible: la muerte. Muchos pacientes refieren no sentir miedo a ésta, aunque finalmente muchos no la acepten del todo. La muerte, es conceptualizada y sentida de muchas maneras por cada población y cultura. Por ejemplo, los hispanos la consideran como un poco más en el ciclo de la vida. Octavio Paz a descrito la fascinación hispánica hacia este tema, y señala que se describe a menudo la muerte en pinturas, poemas y literatura.

Para el hombre primordial, al igual que para nosotros, su propia muerte le resulta inimaginable. Cuando vivió la muerte de un ser amado y experimentó dolor, entonces se da cuenta de que también él mismo podría morir y se reveló contra ello. Cada uno de los seres amados son un trozo de su propio yo. Por otro lado, tal muerte le era grata pues también sentía hacia las personas amadas algo extraño y ajeno a él; esta ley de la ambivalencia gobernada mucho más intensamente en los tiempos primitivos (Junyent, 1989).

Muchos grupos Indígenas en América Latina celebran el día de la muerte con grandes festividades, por que la muerte representa el paso a una fase más "placentera" del ciclo de la vida. Por lo que se supone que la población Hispana puede hablar del tema de la muerte con menor temor, negación y desvíos que otras comunidades tendrían.

El Psicólogo Phillips Aries (1981) realizó un estudio sobre las diferentes actitudes que el hombre ha tenido hacia la muerte, propone cuatro periodos para explicar dichas actitudes:

La Muerte Doméstica: vigente en Europa hasta finales de la Edad Media. Se caracterizó por la familiaridad con la muerte, el paciente cuando conocía la gravedad de la enfermedad se preparaba convenientemente para el final, confesaba sus faltas, recibía al viático, decía adiós a sus seres queridos, impartía órdenes y consejos y encomendaba su alma a Dios.

La Muerte de uno Mismo: (S. XII-XV.) se caracterizó por el exagerado temor; se enfatizó el fin de la existencia individual, el juicio final y venida de Cristo. Los temas de la resurrección, el proceso del juicio final y la separación de justos y pecadores que estuvieron presentes en la muerte de los hombres,

La Muerte del Otro: (S. XVI-XVIII) una asociación erótica con el viviente, el acto sexual y la muerte; por la creciente vigencia social de los signos de dolor y de la pérdida del ser querido, por el descubrimiento de la belleza y voluptuosidad de la muerte.

Muerte Prohibida o Invertida: actitud que tiene el hombre en el presente siglo, una actitud que busca esconder la muerte, negarle su trascendencia, ridiculizarla. Como es la decadencia de las creencias religiosas, la industrialización, el avance de las comunicaciones y el cientifismo.

Elizabeth Kübler-Ross encontró que las personas próximas a morir tienen varias respuestas en común. Una de ellas es la negación y la no aceptación de su propia muerte. La otra es enojo por haber sido señalado. Otra es un inevitable impulso de negociar la muerte, de retroceder y ganar un poco más de tiempo. La siguiente es depresión: la pérdida, el dolor y la tristeza que viene después de aceptar que la muerte es inaceptable e inevitable. Lo último es la aceptación que viene a término con la muerte.

No todas las personas pasan por los mismos estadios ni siquiera en el mismo orden. Algunos pasan por éstas al mismo tiempo. Esto no es exclusivo de la gente que muere sino de la gente que lo rodea, estos pasan por los mismos estadios: negación, coraje, depresión, negociar con la muerte y aceptación.

Cualquiera que haya aprendido a vivir con el diagnóstico de VIH/SIDA experimenta éstas respuestas como comunes y se repetirán a lo largo de la infección de VIH. Tal vez por que las personas con VIH/SIDA han enfrentado su muerte desde el momento de su diagnóstico positivo.

Es importante que no se le imponga al paciente discusiones a cerca de la agonía y la muerte. Si el paciente lo necesita no hay que evitar el problema, sino es así, no se le debe imponer la discusión. El momento de hablar de la muerte es cosas del paciente y de nadie más. Tampoco conviene imponerle la consciencia de su temor a la agonía, sino se sabe qué beneficios puede traer tal revelación.

Lo que sí se puede hacer es brindarle la apertura y oportunidad para conversar al respecto, hacerle saber que puede hablar de la muerte. Siempre permitiéndole marcar el paso y el tema (Godínez Ibarra cita a López, 1994).

Si la persona en agonía, aún siendo niño pregunta ¿voy a morir?. Se le debe ofrecer una respuesta honesta, ya que si fue capaz de formular la pregunta podrá manejar la respuesta.

Hay pacientes que no tienen la voluntad de comunicarse o interactuar y se aíslan; hay que asegurarse de que sepan que se está ahí con ellos, o de que hay alguien a quien pueden recurrir en el momento en que lo deseen. Pero no abandonarles por tener la falsa idea de que todo moribundo debe ser un mar de beatitud. Cuando un moribundo siente que es abandonado y ve que ya no importa a otros, se puede poner exigente y agitado y caer en la depresión, lo que puede aumentar su sentimiento de soledad. Tal sentimiento produce gran angustia, la muerte misma pone a prueba la capacidad de estar intensamente solos y la tolerancia al sentimiento interno de soledad.

Prado de Molina (citado por Godínez Ibarra, 1994) encontró las siguientes fases en el proceso de adaptación de la muerte:

Negación de la Posibilidad de la Muerte: las defensas del YO actúan contra el peligro externo que se experimenta como un objeto malo internalizado.

Aceptación Externa de la Posibilidad: se da un proceso de imitación en el que el paciente trata de enfrentar la situación a través de una especie de ensayo. Hay momentos en que se aproxima tentativamente al sentimiento de su propia muerte tratando de controlar su ansiedad y otra vez se refugia en la negación.

Consciencia de su Amor a la Vida: los impulsos libidinales se dirigen hacia el objeto externo (el mundo como objeto bueno) que es sobreestimado para compensar el retiro de energía (ahora el cuerpo es un objeto malo).

Lucha para Asirse a la Vida: el Self sirve como reservorio o depósito libidinal y lucha para alcanzar el objeto bueno en peligro y para no empobrecerse.

Aceptación Interna del hecho de la Muerte Próxima: es la posibilidad de aceptar la muerte. Se logra dependiendo del desarrollo y la fuerza del YO. Un YO fuerte toma parte de la libido del Self y la utiliza para neutralizar impulsos destructivos y tensiones.

La muerte de uno de la familia es una vivencia muy intensa. Modifica el tipo de unidad funcional que había logrado el sistema hasta ese momento y confronta a cada uno de los miembros con la crisis de adaptarse a la pérdida y el duelo (Vélez H., 1993).

Las emociones se presentan en los familiares ante la muerte, pueden llegar a aminorar su disponibilidad de ayuda al enfermo y una variable a considerar es la fuente de contagio (Valencia O., 1995).

Los familiares pueden dirigir su malestar hacia el interior de la familia, dirigir la cólera uno hacia otro, se autoculpan, se deprimen y pierden la capacidad de brindarse apoyo mutuo o cuidar del enfermo. Aunque a veces el enfermo fomente el alejamiento o acercamiento de su familia; lo cual depende de sus experiencias previas a la enfermedad y de las creencias que sobre la misma ha aprendido de su familia.

Hay que tomar en cuenta que no todas las muertes tienen la misma importancia para la familia y el enfermo. La familia que posee un mayor sostén emocional y material, tienen una mayor oportunidad de tener una efectiva recuperación; para las familias que viven con pocos recursos, que están relativamente aisladas de la sociedad y sean estructuralmente inflexibles será más difícil su adaptación.

Cuando se trata de la enfermedad o muerte de un hijo, puede haber exclusión de uno de los cónyuges del proceso de enfrentamiento y manejo de la enfermedad. Así quedará el hijo triangulado en el conflicto entre sus padres asumiendo de algún modo la responsabilidad por su distanciamiento. No importa la edad del hijo, se deben compartir los sentimientos de la familia aún después de la muerte (Flores Murrieta, cita a Komblit, 1992).

Cuando se trata de uno de los cónyuges, si existen hijos adolescentes, uno de éstos pasa a atribuirse en el apoyo del padre sano, con lo que los límites entre subsistemas conyugal y filial tienden a borrarse. Será preferible alentar a dicho padre a buscar una figura externa al sistema (familia extensa), que pueda cumplir con dicha función de apoyo (Komblit op. Cit.). El cónyuge deberá volverse autosuficiente y establecer nuevas metas, en cuanto a los hijos es importante terminar lo que quedó pendiente con respecto al padre enfermo.

Ya que todos poseen distintos pensamientos a cerca de la muerte. Uno es el miedo, la gente tienen miedo de morir de dolor. Tiene miedo de que mientras muera sea abandonado y esté solo en ese difícil periodo. Tiene miedo de perder el control o de haber sido malo y por tanto merecer la muerte. El pensar que la vida se está acabando es un nuevo temor y se siente inseguro.

También se puede tener un sentimiento de pérdida, a lo largo de la enfermedad se pierde el cuerpo sano, las habilidades, la salud, la vida activa. Estas pérdidas provocan angustia, ya que el futuro no existe más y tienen ganas de vivir pero la vida les ha sido limitada.

Al morir un ser querido hay que cuidar las emociones, las reacciones y la comunicación entre los familiares que han quedado. Perder a alguien querido es doloroso y puede causar tristeza y aislamiento. Sin embargo. llega el momento en que se supera, se recuerdan los momentos felices y agradables de la vida de quien queremos.

Cuando ya se acepta ya no se vive el dolor o la nostalgia permanente. La labor no acaba con la muerte pues la vida de cada uno de los familiares y amigos es importante; se siguen necesitando uno al otro.

Si alguien permanece triste por la pérdida de un ser querido más allá del tiempo razonable (uno o dos años) entonces la persona ha convertido su tristeza en depresión. Así como fue necesario adaptarse al VIH/SIDA y aceptarlo, requiriendo de la participación de todos, ahora confrontarse con la muerte, es un proceso que igualmente requiere de aceptación y adaptación.

No se podría ayudar al paciente desahuciado si no se tiene en cuenta a su familia; las reacciones de los familiares contribuirán mucho en la respuesta que da el paciente. Cualquier enfermo grave provoca cambios relevantes en la familia, se debe procurar que la enfermedad no rompa totalmente con el hogar, ni prive a los miembros de la familia de toda actividad placentera: así como el enfermo no puede afrontar su muerte todo el tiempo, tampoco los familiares pueden estar solamente al lado de su paciente todo el tiempo. Los miembros de la familia deberán administrar sus energías. Se debe tener en cuenta que los problemas del paciente moribundo están por terminar pero los de la familia van a continuar y quizás se agraven. Muchos de estos problemas podrán disminuir si se hablan de ellos antes de que ocurra la muerte del ser querido. Como psicólogos tenemos que fomentar la comunicación y adaptación antes y después de la muerte, tanto en el paciente como en la familia, la cual se puede llevar a cabo a través de los dispositivos de la **TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**; por ejemplo:

Cambio: La técnica que se utilice es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte el rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio. Para ello es preciso cambiarlos individualmente a fin de modificar el conjunto. Los miembros de la familia se percibirán así mismos y percibirán a los demás obrando de diferente modo. La modificación del contexto produce un cambio en la experiencia. El terapeuta tiene que procurar modificar la epistemología, moviéndolos a que no definan más el sí mismo como entidad

separada, sino como parte de un todo. Los miembros de la familia solo pueden cambiar si se modifican los contextos en el interior de los cuales viven. Este tipo de reconstrucción puede producir una concepción sorprendentemente nueva de la realidad, en que se perciba de repente la posibilidad de un cambio.

Reencuadramiento: Todas las familias imprimen en sus miembros la configuración exclusiva que los identifica como tales. Las familias poseen un cuadro dinámico que se ha formado en su historia y que encuadra su identidad de organismo social. Cuando acuden a la terapia, traen consigo ésta geografía de su vida en la definición que le dan.

El primer problema del terapeuta cuando se hace copartícipe de la familia es definir la realidad terapéutica. La terapia parte, en consecuencia, del choque entre dos encuadres de la realidad. El de la familia es pertinente para la continuidad y el mantenimiento de ese organismo en condiciones más o menos estables; el encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional. Por lo que la tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar. Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad, contribuyen al logro de un reencuadramiento terapéutico.

Escenificación: La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así construyen una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, éste tiene la posibilidad de observar los modos verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. Entonces el terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos

diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionarán información. La escenificación se puede considerar una danza en tres movimientos. En el primer movimiento, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar. En el segundo movimiento de escenificación, el terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él. Y en el tercer movimiento, el terapeuta propone modalidades diferentes de interacción.

Enfoque: En la terapia de familia en enfoque se puede comparar con la realización de un montaje fotográfico. Cuando observa a una familia, el clínico es inundado por los datos. Es preciso deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias. El terapeuta seleccionará y organizará estos datos dentro de un esquema que les confiera sentido. El terapeuta tiene que saber también que el enfoque lo hace vulnerable a los peligros de la absorción. Cuando se acomoda a la familia y selecciona datos, puede verse inducido a elegir precisamente aquellos que a la familia le resulta cómodo presentar. El oficio del terapeuta es asistir al cambio familiar, no hacer que ellos se sientan cómodos. En la sesión escogará ciertos elementos de la interacción de esta familia y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica. El terapeuta tiene que posponer o ignorar la investigación tanto de los procesos como de los contenidos, - no importa cuan tentadores - para perseguir su meta estructural.

Intensidad: Cuando pone escena las secuencias interactivas de la familia e interviene para producir cambios, el terapeuta tropieza con el problema de hacer llegar su mensaje. Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Todas las familias operan dentro de cierta frecuencia, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia "oiga" su mensaje y supere el umbral de sordera de la familia. Las familias presentan diferentes modalidades de respuesta al mensaje del terapeuta. Algunas familias parecen aceptar el

mensaje. pero de hecho lo absorberán en sus esquemas previos, sin cambiar; otras, presentarán franca resistencia al cambio. El mensaje terapéutico "reconocido" por los miembros de la familia debe ser recibido de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Los terapeutas tienen que aprender a no quedarse con la verdad de una interpretación, sino avanzar hasta su eficacia. Existen diversas técnicas para que la familia "oiga" el mensaje: repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo, cambio de la distancia, resistencia a la presión de la familia.

Reestructuración: La sensación de pertenencia es característica de todas las interacciones familiares. Hay familias que tienen una pertenencia excesiva. El lado débil de este tipo organización familiar es que los miembros de la familia experimentan dificultades para desarrollarse como holones diferenciados. El terapeuta que trabaje con estas familias tendrá que interponerse en esas interacciones demasiado armoniosas diferenciando y delineando las fronteras de los holones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento. La terapia es un proceso en el que se cuestiona el "así se hacen las cosas". Y un objetivo importante de este cuestionamiento son los subsistemas familiares porque constituyen el contexto donde se laboran la complejidad y la competencia. La terapia supone un cuestionamiento de la estructura familiar, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder que las reglas de los holones ejercen sobre el íntegro desarrollo de los miembros de la familia. Un modo más directo de intervención consiste en facilitar dentro del sistema terapéutico la manifestación de funciones que los miembros de la familia desempeñan en cierto holón, y generalizarlas a los demás. Hay tres técnicas principales para cuestionar la estructura de holón de la familia. Las técnicas de fijación de fronteras están destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes holones. El desequilibramiento modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón. Y la complementariedad cuestiona la idea de jerarquía lineal.

Fronteras: Regula la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. Pueden apuntar a la

distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo. La distribución con que los miembros de la familia toman asiento en la sesión es un indicio débil que el terapeuta debe aceptar como una primera impresión que es preciso investigar, corroborar o desechar. Cuando habla uno de los miembros de la familia, el terapeuta observará quien lo interrumpe o completa la información, quien proporciona confirmación y quien ayuda. Esto proporciona al terapeuta un mapa tentativo sobre las relaciones de proximidad, las alianzas, las coaliciones, diadas, triadas fusionales, pautas que expresan la estructura y la sustentan. El terapeuta puede usar constructos cognoscitivos o bien maniobras concretas para crear fronteras nuevas. El terapeuta dispone de una diversidad de técnicas para trazar fronteras. En ocasiones introducirá una regla al comienzo de la terapia. Cambiar en la sesión las relaciones espaciales de los miembros de la familia es una técnica de fijación de fronteras que posee la ventaja de no ser verbal, de ser clara y además, intensa.

Desequilibramiento: La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta entra en coparticipación y apoya a un individuo o a un subsistema a expensas de los demás. Se alía con un miembro de la familia situado en un lugar inferior de la jerarquía, y le confiere poder en lugar de quitárselo. Desconoce a la central de operaciones de la familia. Coparticipa con uno de los miembros de una coalición que ataca a otro. El desequilibramiento de un sistema puede producir cambios significativos, cuando los miembros individuales de la familia son capaces de experimentar con roles y funciones ampliadas en contextos interpersonales. Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías, según las exigencias que planteen al terapeuta en materia de participación personal. El terapeuta se puede aliar con miembros de la familia, ignorarlos o entrar en coalición con unos contra otros.

Complementariedad: A todas luces, la idea de que los seres humanos son unidades entra en conflicto con la concepción de la interdependencia de todas las cosas. El conflicto entre la idea del

individuo como sí – mismo y del individuo como parte del todo es fruto de una división innecesaria. El sí – mismo se considerará como un todo y al mismo tiempo como parte de un todo: "como partícula y también como onda". Una de las metas en terapia de familia es ayudar a los miembros de ésta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. Esta operación, lo mismo que la técnica de desequilibramiento, apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de la jerarquía. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de manera que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo. Cobrarán relieve entonces las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos. En primer lugar, cuestionará el problema: la certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado. En segundo lugar, cuestionará la idea lineal de que un miembro de la familia controla al sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. En tercer lugar, cuestionará el modo en que la familia recorta los sucesos; para ello introducirá un marco temporal más amplio que enseñe a los miembros de la familia a considerar su conducta como parte de un todo más vasto.

CONCLUSION

Cabría hacerse una pregunta ¿Por qué utilizar la Terapia Psicológica en el ámbito de la salud?. Muchas personas han tenido malestares físicos y por no estar mental y/o psicológicamente preparados no logran superarlo (TRANSCISION DE LAS ETAPAS DE KÜBLER-ROSS), y ya que la enfermedad VIH/SIDA tiene un impacto importante en la persona como en el medio que la rodea (familia, sociedad, etc.), son muchos factores los que podrían determinar su estado anímico, físico y psicológico; por tanto es importante la inclusión de la terapia psicológica.

Estar infectado por el VIH/SIDA puede ser una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera; de golpe uno se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos.

Ante una crisis o estrés psicológico como en este caso el VIH/SIDA, provoca diversas alteraciones tanto en el área fisiológica como psicológica; a nivel individual y familiar. En este sentido, la intervención psicológica debe focalizarse en las necesidades biopsicosociales del individuo y de las necesidades psicosociales de la familia. La manera en que se realicen los ajustes para enfrentar esta nueva situación dependerá de la historia personal previa de cada individuo; de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el individuo afectado y de la actitud y conducta de los familiares, amigos, así como del personal de salud.

La problemática del VIH/SIDA concierne tanto a la familia como a la sociedad. La ignorancia sobre este problema de salud puede conducir a conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con esta enfermedad, quienes no deberían ser blancos de actividades inhumanas o degradantes sino, por el contrario, del total apoyo y comprensión. Todavía prevalece en diversos medios la idea de que estas personas solo tienen derecho a morir, preferentemente aisladas y lejos de la "buena sociedad", esto es inaceptable. Aunque reconocemos que por su condición estas personas se ven obligadas a coartar algunas áreas

de sus muy particulares estilos de vida, provocando además una disminución en su autoestima; misma que se puede intentar nivelar dándole prioridad a otras áreas que le devuelvan su valor como persona, éstas podrían ser su participación social y sexual, las cuales podrían ser abordadas a través de un plan de vida a corto o largo plazo, lo cual va a depender del periodo de sobrevivencia del paciente; al mismo tiempo tendría que tomarse en cuenta la disponibilidad, la capacidad y la habilidad que el enfermo presente para poder llevar a cabo dicho plan.

Con respecto al área social podría expandir sus cualidades prestando su servicio voluntario en convenciones, talleres vivenciales, grupos de apoyo o en asociaciones civiles que imparten información sobre la enfermedad. Lo que también le permitiría expresar sus experiencias y sus emociones como producto de la misma, y, así mismo realizar actividades altruistas que no solo le permita obtener recursos médicos dentro del ámbito de la salud sino también proporcionarlos a quien lo necesita.

En el área sexual se pueden impartir talleres que aborden la forma de cómo vivir su sexualidad. Informándole sobre las prácticas sin riesgo: abrazos y caricias, besos secos, masajes, mutua frotación del cuerpo, masturbación mutua (sin penetración), exhibicionismo y fantasías sexuales. Prácticas de bajo riesgo posiblemente peligrosas: besos profundos. De ésta forma el paciente, de acuerdo a sus experiencias vividas en los talleres puede transmitir esta información personas que padezcan la enfermedad y al mismo tiempo proporcionar una alternativa de práctica sexual a personas que no sean portadoras del virus.

Sin embargo la labor del psicólogo no solo se debe enfocar al tratamiento psicológico que requiere éste padecimiento sino más bien, su función debe comenzar en los niveles de prevención realizando un programa que promueva la salud a través de pláticas de información respecto a los estilos de prácticas sexuales en donde la protección específica deberá estar enfocada al sexo protegido (uso del condón), sexo seguro (monogamia), sexo sin riesgo (sin coito de ningún tipo), talleres, películas/videos, cómics educativos, controles sanitarios: no compartir agujas, control sobre la transfusión sanguínea, esterilización de instrumentos quirúrgicos, en caso de ser madre portadora no amamantar al producto, realizar seguimiento

por 10 años del recién nacido de madre portadora. Esta intervención tendría que ocurrir en el periodo prepatogénico (antes de la enfermedad).

Con referencia al periodo patogénico (cuando se entra en contacto con el virus hasta que se establece el SIDA) se debe realizar el reconocimiento del cuadro clínico, exámenes detallados: ELISA y WESTERN BLOT, apoyo psicológico durante las diferentes reacciones ante el conocimiento del diagnóstico, realizar tratamiento oportuno en donde se haga consciencia de la necesidad de los medicamentos de control, cambios de alimentación, apoyo psicológico durante el curso de la enfermedad (individual y/o grupal, familiar), cambios de estilos de vida, sexualidad, terapias ocupacionales que les haga sentirse personas funcionales, rehabilitación física para aquellas personas que se encuentran en la fase subaguda en donde ya no es posible la actividad física y apoyo para la elaboración del duelo donde pueda trabajar su propio deceso y en su núcleo familiar aceptar su muerte.

Con ésta última (la familia) se debería realizar un seguimiento de caso a manera de consejería una vez que su ser querido ya haya muerto, ya que al vivir una situación estresante (puede ser cualquier situación de sus vidas cotidianas) en donde por estar inmersos en ella no puedan observar las alternativas existentes, la consejería les permitiría tener una perspectiva diferente a la que viven en el momento.

Por lo que es conveniente elaborar un plan de vida tanto personal como familiar para alcanzar metas que le permita seguir funcionando como sistema familiar y ser productivos social y económicamente. De manera que la dinámica y estructura de esa familia sea modificada y sujeta a una readaptación, para que el paciente continúe como parte de ese sistema asumiendo otros roles y funciones dentro de la misma, tomando en cuenta las funciones que realizan los miembros dentro del sistema en el momento previo al deceso y posteriormente la reestructuración que tiene que llevarse a cabo después de que esto ocurra, además, claro está, el no dejar de lado el reencuadramiento en su vida presente, ya que por cultura la familia como tal no acepta el ciclo de muerte en caso de que sea un hijo, porque se piensa que los padres deben morir primero y que los hijos deben realizarse como adultos.

De forma parecida sucede cuando es la pareja quien muere, por la creencia de que se unen para siempre y surge la fantasía de morir juntos; por lo tanto, el Psicólogo en ese momento se enfrenta no solo a la tarea de trabajar con la estructura y dinámica familiar del sistema sobreviviente sino además tiene que abordar la parte ideológica-cultural de cada uno de los miembros del sistema y de la sociedad en que se encuentran inmersos.

Es por tal motivo que la muerte en sí es un proceso doloroso e inaceptable y aunado a éste también está presente la cultura, por lo que nuevamente se reitera el empleo de la TEORIA SISTEMICA la cual es un elemento viable para manejar situaciones estresantes como en este caso es el VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo M., (1994), Intervención Psicológica en la Elaboración del Duelo, Tesis UNAM.
2. Anderson y Goolishian, Menschliche Systeme als Sprachliche Systeme, en Familiendynamik, 1990.
3. Andolfi y Zwerling, Terapia Familiar, México, D.F., Ed. Paidós, 1993.
4. Beavers, (1987), Family Models. Comparing and Contrasting the Olson Circunplex Model with the Beavers Systems Model. Family Process.
5. Bertalanffy, Teoría General de los Sistemas, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1989.
6. Buendia T., (1993), Perfil Psicológico del Paciente Sintomático y Asintomático del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Tesis UNAM.
7. Combrick-Graham, (1985), A developmental model for Family Systems.
8. Craig G., Desarrollo Psicológico, México D.F., Ed. Prentice Hall Hispanoamericana, 1992.
9. Cruz L., (1996), Alteraciones Sistémicas, Orgánicas, Neurológicas y Psicológicas en Pacientes con Infección por VIH/SIDA, Tesis UNAM.
10. Dell, From Systemic to Clinical Epistemologic, Zürich, Zusammenhang, 1982.
11. Díaz B., (1997), El Teatro como Facilitador de Adquisición y/o Desarrollo de Habilidades del Psicólogo Clínico, Tesis Iztacala.
12. Díaz G., Psicología del Mexicano, México D.F., Ed. Trillas, 1991.
13. Dym, (1987), The Cybernetics of Physical Illness.
14. Flores M., (1992), Hacia una Comprensión de la Estructura Familiar con el Paciente con Inmunodeficiencia Adquirida, Tesis Iztacala.
15. Garfield, Psicología Clínica, México D.F., Ed. Manual Moderno, 1995.
16. Godínez I., (1994), El Proceso de Duelo y su Relación con el VIH/SIDA <revisión documental, propuesta y elaboración de un instrumento>, Tesis UNAM.
17. Guillén M., (1992), Factores que Intervienen en la Tendencia hacia la Modernidad de la Familia en México, Tesis Iztacala.
18. Haley y Madanes, (1980), Dimensiones of Family Therapy. Journal of Nervous and Mental Disease.
19. Harnecker M., Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico, México D.F., Ed. Siglo XXI, 1998.
20. Hein F., et al., SIDA: Verdades en lugar de Miedo, México D.F., Ed. Promexa, 1991.
21. Jackson, (1965), The Study of the Family.

22. Junyent P., Ruptura y Desamparo. La Vivencia de Muerte en los Niños, México D.F., Colección Modular UNAM, 1989.
23. Koch, (1985), A strategy for prevention: Role, Flexibility and Affective reactivity as factors in Family coping.
24. Kornblit, Psicología de las Relaciones Familiares, Barcelona España, Ed. Heder, 1980.
25. Kübler-Ross, (1969), On Death and dying, E.U.A. Collier Books, Mc Millan Pub. Co.
26. Lamas M., El Nuevo Arte de Amar. Usos y Costumbres Sexuales en México, México D.F., Ed. Cal y Arena, 1992.
27. Leahey y Wright, (1985), Intervening with families with chronic illness.
28. López M., (1990), Actitud del Personal de Salud (CONASIDA) Zona Centro y Norte del D.F. ante Pacientes Infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Tesis UNAM.
29. López M., (1991), Mecanismos de Negación y su Relación con la Infección por VIH, Tesis UNAM.
30. Mc Goldrick y Walsh, (1985), A systemic view of family history and loss. En: M. Arronson y L. Wolberg (eds.) Group and family Therapy New York. Brunner Mazel.
31. Macías R., (1981), "El Grupo Familiar, su Historia, su Desarrollo, su Dinámica", Primer Simposium, México D.F.
32. Macías R., Las Vinculaciones Afectivas, México D.F., Ed. Trillas, 1990.
33. Minuchin S., Calidoscopio Familiar, México,D.F., Ed. Paidós, 1984.
34. Minuchin, Familias y Terapia Familiar, Barcelona España, Ed. Gedisa, 1992.
35. Mireles V., La Plaga del Siglo: Infección por VIH, México D.F., Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1992.
36. Montagnier L., et al., El Virus del SIDA y su Transmisión, Francia, Instituto Pasteur, 1993.
37. Nehmad L., (1994), Abordaje Teórico en el Duelo Familiar: la Función del Mito en su Proceso de Elaboración, México D.F., Tesis IFAC.
38. O'Conno, Déjales ir con Amor, México D.F., Ed. Trillas, 1996.
39. Olaiz G., SIDA, la Epidemia que a Todos Afecta, México D.F., Ed. Diana., 1988.
40. Paz O., El Laberinto de la Soledad, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1989.
41. Penn, (1983), Coalitions and binding interactions in families with chronic illness.
42. Phillips A., The Hour of Our Death, New York, Kmpot, 1981.
43. Poce D., El Nuevo Arte de Amar. Usos y Costumbres Sexuales en México, México D.F., Ed. Cal y Arena, 1992.
44. Ramírez S., El Mexicano: Psicología de sus Motivaciones, México D.F., Ed. Grijalbo, 1993.

45. Riskin, (1986), "Non Labeled" Families Interaction. Preliminary Report on a Perspective Study.
46. Rios L., (1991), Elementos Psicosociales en las Actitudes Hacia el SIDA, Maestría en Psicología Social.
47. Robles de F., El Enfermo Crónico y su Familia, México D.F., Ed. Nuevo Mar, 1987.
48. Rolland, (1987), Chronic illness and the life cycle: A conceptual Framwork.
49. Rolland, (1990), Anticipatory Loss: A family systems developmental framework.
50. Rolland (1994), In sickness and in Health: the impact of illness on couple's relationships Journal of marital and Family Theraphy.
51. Rossi L., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, México D.F., Facultad de Psicología, Marzo, 1997, UNAM.
52. S. Fine, Amor, Sexo y Familia, México D.F., Ed. Pax- México, 1988.
53. Salazar J., et al., Psicología Social, México D.F., Ed. Trillas, 1992.
54. Sander O., SIDA: La Pandemia del Siglo, Caracas Venezuela, Ed. Montes Aviles, 1990.
55. Satir V., Psicoterapia Familiar Conjunta, México D.F., Ediciones Científicas, 1981.
56. Seabum, Lorenz y Kaplan, (1992), The transgenerational development of chronic illness meanings.
57. Sheingerg, (1989), The family and Chronic illness: A treatment Diary.
58. Sepúlveda J., SIDA: Ciencia y Sociedad, México D.F., Ed. Fondo de Cultura Económica, 1989.
59. SIDA: Verdades y Mentiras, "Las Campañas contra el SIDA en México", No. 7, 1999, México D.F.
60. SIDA: Verdades y Mentiras, "La Situación del SIDA en México a finales de 1998", No. 7, 1999, México D.F.
61. Simón, Stierlin y Wynne, Vocabulario de Terapia Familiar, Buenos Aires, Ed. Geidisa, 1988.
62. Stierlin, (1973), Group Fantasies and Family Myths. Some Theoretical and Practical Aspects.
63. Suchecki, (1989), ¿Por qué no hablar de la muerte?, Psicoterapia y familia.
64. Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad, "Manual de Atención a Víctimas del Delito", 1996, México D.F.
65. Swensen y Fuller, (1992), Expression of love, marriage problems, commitment and anticipatory grief in the marriages of cancer patients. Journal of marriage and the family.
66. Valdespiño J., "Números", GACETA CONASIDA, Noviembre 1991, México D.F.
67. Valdespiño J., "Voletín Mensual de SIDA", Centro Nacional de Información sobre SIDA, 1989, México D.F.

68. Valencia O., (1995), Aspectos Epidemiológicos y Socioeconómicos del SIDA así como algunas Alternativas de Manejo Psicoterapéutico, Tesis CENCALLI.
69. Velez A., Fundamentos de Medicina: SIDA Enfoque Integral, Colombia, Corporación para la Investigación Biológica, 1992.
70. Velez H., SIDA Enfoque Integral, Medellín Colombia, Ed. CIB, 1993.
71. Walker, (1992), In the midst of the winter: Systemic Therapy with Families, Couples and Individuals AIDS Infection, New York, Norton Company.
72. Watzlawick, Beavin y Jackson, Teoría de la Comunicación Humana, Barcelona España, Ed. Heider, 1967.
73. Wynne, (1991), The Epigenesis of Relational Systems: a Model for understanding Family Development.
74. Weber J., Atención Clínica del SIDA y la Infección HTLV-III, Ed. Harla, 1993.

GLOSARIO

ABSCESO: Acumulación de pus en una cavidad anormal formada por desintegración de tejidos.

ACEPTACION: Experiencia o rasgo de una experiencia o conducta, caracterizada por una actitud positiva (de acercamiento) hacia algún concepto o juicio.

ACTITUDINAL: Disposición psíquica específica hacia una experiencia naciente, mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

ADN: Acido desoxirribonucleico. El material hereditario de la célula -ácido nucleico- que se encuentra en el núcleo y lleva información genética a todas las células vivas, transmitiéndola de una generación a la siguiente.

ADQUIRIDA. Se refiere a algo que se consigue o se obtiene después de la fecundación; puede ser mientras está en el útero, después de que el óvulo se han juntado y empieza a formarse el bebé, o después del nacimiento.-

AFTAS: Pequeñas úlceras, en especial los puntos blancuzcos o rojizos en la boca, característicos de estomatitis aftosa.

AMBIVALENCIA. Existencia simultánea de actitudes emocionales conflictivas hacia la meta, objeto o persona.

ANERGIA. Inactividad.

ANILLINGUS: El que aplica la boca al ano.

ANO Abertura del extremo inferior del intestino.

ANTIBIOTICO: Término que comprende todas las sustancias antimicrobianas de origen biológico.

ANTICUERPO. Proteína secretada por células plasmáticas (células B activadas) que interactúa con un antígeno específico para neutralizarlo, formando un complejo antígeno-anticuerpo.

ANTIGENO Un tipo de sustancia que estimula la producción de anticuerpos.

ANTIGLOBULINA: Anticuerpo que precipita la globulina.

ANTIVIRUS. Término de Besredka para los cultivos bacterianos filtrados y calentados que se emplea para producir inmunidad local.

ANTROPOLOGICO-SOCIAL: El estudio del comportamiento del hombre dentro de un grupo.

ARN. Acido nucleico que transmite un mensaje genético.

ASINTOMATICO. Presencia de un agente infeccioso en el organismo, sin presentar ningún síntoma o manifestación clínica de enfermedad.

ASPERGILLUS. Género de hongos ascomicéticos, que se desarrollan sobre materias orgánicas en descomposición y en cuerpos de animales parasitados a los cuales produce cuadros patológicos diversos.

ATAXIA Tranquilidad moral: estado apacible de ánimo.

AUTOCULPA: Acto que el sujeto considera reprobable para sí mismo.

AUTOESTIMA: Grado en el cual la persona se valora así misma y hasta cierto grado, el resultado de cómo es valorada por los demás.

AUTOPSIA: Examen de un cadáver; necropsia.

AXONAL: Cilindro eje de una célula nerviosa.

BACTERIA: Nombre usado para designar un tipo de microorganismos celulares que no poseen un núcleo diferenciado y cuyas dimensiones son muy reducidas, de fracciones de micras a 10 unidades. Su dispersión es universal, existiendo especies patógenas para el hombre, que producen múltiples enfermedades.

BESOS SECOS. Beso que no incluye contacto con la lengua y no hay intercambio de saliva.

BESOS PROFUNDOS. Beso que incluye contacto con la lengua e intercambio de saliva.

BIOPSIA: Examen del organismo vivo, en oposición a necropsia y especialmente examen diagnóstico, por lo común microscópico, de una porción de tejido obtenido de un cuerpo vivo.

BISEXUAL: Individuo que participa en actos sexuales, tanto con personas del mismo sexo como del sexo opuesto.

C. ALBICANS: Especie que causa moniliasis.

CANDIDIASIS: Tipo de infección causada por un hongo, que afecta a las membranas mucosas y a la piel.

CANDIDIASIS OROFARINGEA: Infección causada por un hongo que afecta a la cavidad oral y faringe.

CELULA: Elemento fundamental de los tejidos organizados o elementos más simples, libre dotado de vida propia, compuesto de una masa protoplásmica circunscrita que contiene un núcleo.

CELULAS BLANCAS. Eritrocito anormalmente delgado que, al ser teñido, muestra un centro oscuro y un anillo periférico de hemoglobina, los cuales se encuentran separados por una zona pálida y sin teñir que contiene menos hemoglobina; se observa en varias anemias y en otros trastornos.

CELULAS ENDOTELIALES. Células de gran tamaño que se observan frecuentemente en las afecciones de los órganos hematopoyéticos, las cuales se cree derivan de la túnica endotelial de los vasos sanguíneos y linfáticos.

CELULAS T (LINFOCITO T): Una variedad de glóbulos blancos constituida por tres subpoblaciones: citotóxica (CD8) destinada a destruir a los antígenos; colaboradora (CD4) coordinadora de la actividad inmunológica; y supresora (CD5) inhibidora de la respuesta inmune.

CITOMEGALOVIRUS: Cualquier miembro de un grupo de virus del herpes, muy específico para el huésped que infecta al ser humano, monos y roedores, producen grandes células con cuerpos de inclusión.

COALESCER: Fusión o adherencia de partes o superficies en contacto.

COALICION: Vinculación entre dos miembros pero en sentido negativo y en contra de otro miembro.

COALIGADO: Unión de elementos similares en una experiencia compuesta.

COFACTOR: Situación, actividad o agente que incrementa la susceptibilidad o favorece las condiciones para adquirir una enfermedad.

COGNITIVO: Proceso por el cual adquirimos consciencia de los objetos del pensamiento y que según su resultado se denomina sensación, percepción, representación, etc.

COHESION: Término empleado para describir, en el aprendizaje, la tendencia a unirse de actos sucesivos o simultáneos, es decir, es el principio de asociación por antigüedad (o sucesión) aplicado a la acción.

COITO: Acoplamiento de genitales entre dos personas.

COITO ANAL: Práctica sexual que consiste en introducir el pene en el recto de otra persona.

COITO VAGINAL: Introducción del pene en la vagina.

COMA: Pérdida lenta y prolongada del conocimiento con ausencia de respuesta aún a los estímulos más dolorosos.

COMICS: Serie o secuencia de viñetas o representaciones gráficas de finalidad narrativa.

COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (CRS): Variedad de síntomas y signos crónicos que ocurren en algunas personas infectadas con VIH pero cuyo estado no satisface la definición de SIDA.

CONCOMITANTE: Clase de estrabismo y de ciertos síntomas.

CONDICION SOCIAL: Situación o estatus social que desempeña un individuo.

CONDON: Recubrimiento de caucho que se coloca en el pene del varón para reducir el peligro de embarazo, enfermedades venéreas o infección del VIH.

CONDUCTA: Comportamiento del individuo en sus aspectos éticos

CONDUCTA DISFUNCIONAL: Es el comportamiento que no satisface la conducta "normal" establecida dentro de un grupo o una sociedad.

CONSANGUINEA: Grupo de descendencia unilateral, como un clan

CONTAGIO: Adquisición de una enfermedad a través del contacto directo o indirecto con otro individuo afectado

CONVULSION: Contracción violenta involuntaria, que causa movimientos irregulares localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados en todo el cuerpo.

COPARTICIPACION: Participación entre varios

COSTUMBRES: Modo de conducta complejo y predominante en un grupo social determinado durante un lapso relativamente largo y debido a la no herencia biológica, sino a la formación de hábitos por medio de la educación en la primera época de la vida de los individuos del grupo

CRISIS: Trastorno psicológico característico de un estadio específico de la vida

CULPA: Estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprobable.

CULTIVO: Crecimiento artificial de microorganismos.

CULTURA: Modo de vida global de una sociedad. Prueba material de una tradición en particular o de un complejo de tradiciones.

CUNILLINGUS: Uso de la lengua o la boca para estimular los genitales de una mujer.

CUTANEO: Relativo a la piel.

DEAMBULACION: Marchar caminando sobre una superficie plana sin necesidad de sostén.

DECESO: Muerte o defunción.

DEFICIENCIA: Implica que se tiene muy poco de algo que se necesita.

DEFICIT: Falta o deficiencia.

DEFUNCION: Deceso o muerte.

DEPOSITO LIBIDINAL: Sitio en el cual se almacena la libido.

DEPRESION: Tristeza, melancolía o abatimiento extremo que, a diferencia de la aflicción, es irreal y fuera de proporción a cualquiera de las causas a las que se le atribuye, puede ser un síntoma de un trastorno psiquiátrico, o la principal manifestación de una reacción psicótica depresiva o de una neurosis.

DERMATITIS: Inflamación de la piel.

DESAJUSTE: Desconectar lo que estaba ajustado, desconcierto

DESCENDENCIA: Derivado de un ancestro, especialmente en relación al origen evolutivo.

DESEQUILIBRIO: Que padece un trastorno emocional.

DESVINCULACION: Deshacer los vínculos que unían dos cosas, o dos personas.

DETERIORO: Empeorar en cuanto al funcionamiento, cualidad o estado.

DIAGNOSTICO: Análisis de las características anatómicas, funcionales y patológicas de un sujeto para determinar su estado de salud.

DINAMICA: Refiere a las causas y efectos de la conducta y actividades psíquicas, insistiendo a menudo de modo especial en su motivación.

DISEMINAR: Acción y efecto de esparcir o desparramar

DISFUNCION: Funcionamiento inadecuado de un proceso, órgano o sistema del organismo.

DISFUNCIONAL: Alteración de las funciones que le son propias.

DISMORFICO: Condición que posee ciertos organismos de aparecer en diferentes formas, como algunas especies de hongos que viven en condiciones de parásitos o saprofitos

DUELO: Proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto.

CULPA: Estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprobable.

CULTIVO: Crecimiento artificial de microorganismos.

CULTURA: Modo de vida global de una sociedad. Prueba material de una tradición en particular o de un complejo de tradiciones.

CUNILLINGUS. Uso de la lengua o la boca para estimular los genitales de una mujer.

CUTANEO: Relativo a la piel.

DEAMBULACION: Marchar caminando sobre una superficie plana sin necesidad de sostén.

DECESO. Muerte o defunción.

DEFICIENCIA. Implica que se tiene muy poco de algo que se necesita.

DEFICIT: Falta o deficiencia.

DEFUNCION Deceso o muerte.

DEPOSITO LIBIDINAL: Sitio en el cual se almacena la libido.

DEPRESION: Tristeza, melancolía o abatimiento extremo que, a diferencia de la aflicción, es irreal y fuera de proporción a cualquiera de las causas a las que se le atribuye. puede ser un síntoma de un trastorno psiquiátrico, o la principal manifestación de una reacción psicótica depresiva o de una neurosis.

DERMATITIS Inflamación de la piel.

DESAJUSTE Desconectar lo que estaba ajustado, desconcierto

DESCENDENCIA. Derivado de un ancestro, especialmente en relación al origen evolutivo.

DESEQUILIBRIO: Que padece un trastorno emocional.

DESVINCULACION: Deshacer los vínculos que unían dos cosas, o dos personas

DETERIORO Empeorar en cuanto al funcionamiento, cualidad o estado.

DIAGNOSTICO: Análisis de las características anatómicas, funcionales y patológicas de un sujeto para determinar su estado de salud.

DINAMICA: Refiere a las causas y efectos de la conducta y actividades psíquicas, insistiendo a menudo de modo especial en su motivación.

DISSEMINAR Acción y efecto de esparcir o desparramar

DISFUNCION Funcionamiento inadecuado de un proceso, órgano o sistema del organismo.

DISFUNCIONAL Alteración de las funciones que le son propias.

DISMORFICO Condición que posee ciertos organismos de aparecer en diferentes formas, como algunas especies de hongos que viven en condiciones de parásitos o saprofitos

DUELO Proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto.

ELISA: Acrónimo en inglés para la prueba de "valoración de Inmunoabsorcencia Ligada a Enzimas" (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), utilizada para descubrir anticuerpos contra VIH.

ENCEFALITIS. Inflamación del encéfalo.

ENCEFALOPATIA: Enfermedad degenerativa del cerebro.

ENFERMEDAD. Padecimiento, afección.

ENFERMEDAD CRONICA: Aquella que tiene una duración prolongada (más de un mes).

ENFERMEDAD INFECCIOSA Conjunto de fenómenos que se producen en una o varias partes del cuerpo por la acción de un agente biológico, extraño al mismo, así como las reacciones que el organismo presenta contra éste.

ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA: Son aquellas que para adquirirlas o contraerlas el individuo debe ser afectado por el agente infeccioso (virus, bacterias, hongos, parásitos) que las causa.

ENFERMEDAD OPORTUNISTA: Enfermedad causada por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo o ambiente, pero que sólo produce enfermedad en los individuos que no presentan condiciones óptimas de salud, como una deficiencia en el sistema inmunológico.

ENFERMEDAD SUBYACENTE. Afección baja.

EPIDEMIA: Enfermedad que ataca simultáneamente a un gran número de personas en una comunidad.

EPIDEMIOLOGIA Estudio de la frecuencia y diseminación de una enfermedad en una comunidad.

EROTISMO Excitación o deseo sexual. Cualquier manifestación del instinto sexual y, específicamente la excitación erótica derivada de todas las mucosas y órganos sensoriales especiales.

ESCENIFICACION Disposición para la representación de un acto o una situación

ESCORIACION. Desolladura, gastar o arrancar la piel.

ESPERMA: Espermatozoide, término incorrecto para el semen

ESTABLECIMIENTO DE FORNTERAS Establecimiento del espacio inter e intra personal

ESTADIO. Fase del desarrollo embrionario de un organismo vivo.

ESTADO VEGETATIVO Condición o situación involuntaria o inconsciente

ESTATUS. Estado o condición.

ESTEATORREA Eliminación excesiva de grasas por las heces debida a la ingestión exagerada de lípidos

ESTEREOTIPO Percepción rígida o prejuzgada en la que a las personas se les atribuye ciertos rasgos (generalmente negativos) independientemente de los que posean o no Tal percepción obedece a su pertenencia de un grupo social o nacional específico

ESTIGMATIZADO: Señalado por cualquier peculiaridad de un individuo determinado, que se considera como signo de degeneración.

ESTILOS DE VIDA: Técnica del individuo para lograr superioridad.

ESTRUCTURA: Característica de un todo o unidad organizados con especial referencia a la interdependencia de posición de sus partes.

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS: Análisis de las enfermedades.

ETIOLOGIA: Estudio del acusa de una enfermedad.

EXOGENO: Que se desarrolla en el interior del organismo.

EYACULACION. Descarga del semen por el pene del varón.

EYACULACION PRECOZ: Orgasmo masculino antes, o en el momento, de la penetración del pene dentro de la vagina; es común en varones que, por su desarrollo psicosexual inmaduro, ven en el coito otra forma de masturbación y de autosatisfacción, así como en los que, por sentimientos inconscientes de culpabilidad e inferioridad, junto con la necesidad de autocastigarse, carecen de la confianza para funcionar sexualmente bien.

FALSO NEGATIVO: Indica el resultado de una prueba que excluye erróneamente a un individuo de un diagnóstico u otra categoría.

FALSO POSITIVO: Indica el resultado de una prueba que asigna erróneamente a un individuo a un diagnóstico u otra categoría.

FELLATIO. Acto de introducir el pene de una persona en la boca de otra.

FEMENEDAD: Cualidad y esencia de lo femenino.

FLUIDO. Secreción fluida del cuerpo.

FLUIDOS CORPORALES. Líquidos producidos por el organismo, como sangre, semen, secreciones vaginales, orina, lágrimas, etc.

FLUORESCENCIA: Propiedad de ciertos cuerpos de emitir la luz después de la exposición a diversas radiaciones; la longitud de onda de la luz emitida es más larga que la de la luz absorbida.

FOLICULITIS: Inflamación de uno o más folículos pilosebáceos, generalmente de origen estafilocócico.

FUNCIONAL. Disposición que busca la mayor eficacia en las funciones que le son propias y pospone o elimina lo ornamental.

GANGLIO LINFATICO. Cuerpos pequeños ovales, o en forma de habichuela, de diversos tamaños que se encuentran a lo largo de un vaso linfático. Están compuestos principalmente de linfocitos y tejido conjuntivo.

GAY. Palabra en inglés que traducida al español significa "alegre", la cual ha sido usada, en forma popular, para designar a los homosexuales varones.

GLOBULOS BLANCOS. Células incoloras, nucleadas, carentes de nucleolo, con capacidad para moverse y trasladarse activamente.

GRUPO DE RIESGO: Aquél grupo poblacional que tiene alta probabilidad de contraer una enfermedad.

HECES FECALES: Excremento que eliminan los intestinos, integrado principalmente por residuos alimenticios, bacterias y excreciones intestinales.

HERPES: Infección viral que produce vejigas dolorosas por lo general en el área genital o bucal y puede transmitirse durante el coito.

HERPES ANAL: Afección inflamatoria de la piel de la región anal con la aparición de vesículas pequeñas.

HERPES GENITAL: Variedad de herpes que se desarrolla en los genitales externos masculinos y femeninos.

HERPES SIMPLE: Virosis aguda caracterizada por grupos de vesículas que aparecen en piel y mucosas; con frecuencia acompaña a la fiebre.

HERPES ZOSTER: Padecimiento infeccioso de origen viral caracterizado por erupciones vesiculosas circunscrita de piel o mucosas.

HETEROSEXUAL: Individuo que participa en relaciones sexuales con personas de sexo opuesto.

HISTORIA CLINICA: Reseña ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos a un enfermo, que permite emitir un diagnóstico exacto de la enfermedad actual.

HOMOLOGIA: Que tiene la misma naturaleza o cualidades, de carácter uniforme en todas sus partes.

INCIDENCIA: Frecuencia con que ocurre una condición o fenómeno durante un periodo dado y dentro de una población determinada.

INCONSCIENTE: Esfera mental en la cual están contenidos los deseos primitivos o reprimidos de los cuales el sujeto no tiene conocimiento y que sólo afloran a la conciencia mediante procedimiento psicoterapéutico o por un fuerte choque emocional.

INCONTINENCIA: Emisión involuntaria de materias cuya excreción está sometida normalmente a la voluntad.

INCONTINENCIA FECAL: Incontinencia de las materias fecales.

INCONTINENCIA URINARIA: Pérdida de la regulación voluntaria de los esfínteres vesical y uretral, con emisión involuntaria de la orina.

INCOORDINACION: Falta de conexión entre los movimientos musculares que tienen por objeto el cumplimiento de un acto.

INCUBACION: Periodo de latencia que transcurre entre la implantación de una enfermedad infecciosa y su manifestación.

INFECCION: Estado patológico debido al desarrollo de microorganismos, en un huésped.

INFECCION AGUDA: Invasión del organismo por microorganismos patógenos graves.

INFECCION INTESTINAL: Invasión de un huésped por microorganismos en el intestino.

INFECCION OPORTUNISTA: Invasión del organismo por microorganismos patógenos que esperan el momento adecuado para reproducirse y provocar una enfermedad.

INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS: Invasión y multiplicación directa del virus del herpes.

INGLE. Región del cuerpo donde converge cada una de las extremidades inferiores con el tronco.

INHALANTE. Remedio administrado por inhalación, capaz de ser absorbido por los pulmones.

INMUNIDAD. Resistencia natural o adquirida, a una enfermedad específica.

INMUNE. A salvo de un ataque; protegido contra una enfermedad gracias a una inmunidad adquirida o innata.

INMUNO: Se refiere a la capacidad de defensa que tiene o que desarrolla nuestro cuerpo contra los agentes extraños.

INMUNODEFICIENCIA: Un estado, hereditario o adquirido, en el que el sistema inmune es deficiente.

INMUNODEPRIMIDO: Libre o exento de hundimiento.

INMUNOGLOBULINA: Un anticuerpo; una clase de proteínas que interactúan en forma específica con antígenos. Es producida por células B y células plasmáticas.

INMUNOTOXICO. Inmunevenenoso.

INMUNOSUPRESION Supresión de los sistemas normales de defensa inmune del cuerpo.

INOCULACION: Introducción, voluntaria o accidental de una sustancia infectiva u otra en tejidos vivos o en medio de cultivo.

INTERACCION: Relación entre dos unidades o sistemas de cualquier clase de suerte que la actividad de cada uno está en parte determinada por la actividad de la otra.

INTERGENERACIONAL. Entre generaciones.

INTERNALIZAR: Mecanismo mental que opera fuera y más allá de la consciencia, y por medio del cual ciertos atributos, actitudes o patrones externos, se adoptan dentro de uno mismo.

INTERRELACION. Relación de dos personas o cosas entre sí.

INTRAFAMILIAR Que surge u ocurre dentro de la familia

INTRAPERSONAL Referente o perteneciente al interior de la persona

IN UTERO. Dentro del útero, donde se implanta el óvulo fecundado y se nutre el embrión y el feto en desarrollo

HOMOSEXUAL. Individuo que participa en relaciones sexuales con personas de su mismo sexo

HONGOS Simples saprófitos o parásitos

HUELLA INMUNOLOGICA: Fenómeno en el cual un encuentro secundario con el mismo antígeno produce una respuesta inmune más intensa que la consecutiva a la exposición inicial al antígeno. La huella se encuentra en linfocitos expuestos previamente a un antígeno específico.

IDENTIDAD: Existencia continua de un individuo determinado a pesar de los cambios en sus funciones y estructura.

IDEOLOGIA: Teoría a cerca de la naturaleza de las ideas y de las operaciones intelectuales.

IMPULSO LIBIDINAL: Expresión dinámica o aspecto del instinto sexual que puede adherirse al EGO, u objetos externos o a otras personas.

LACERACION: Herida con bordes irregulares, a diferencia de la causada por corte o incisión, a veces deja muchas lengüetas de piel o un colgajo retorcido de piel y músculo.

LACTANTE: Dícese de la criatura, durante el periodo de lactancia, niño de pecho. También de la mujer que amamanta.

LATENCIA: Periodo en el cual el virus se encuentra en el organismo, pero permanece inactivo, dormido.

LENTIVIRUS: Subfamilia de retrovirus que incluye los virus de la oveja y de la anemia infecciosa de los caballos, que causa enfermedades crónicas en sus huéspedes naturales. Los investigadores piensan que el VIH pertenece a la subfamilia de lentivirus

LESION: Daño o alteración morbosa, orgánica o funcional, de los tejidos.

LETARGIA: Somnolencia patológica o estupor; torpeza mental.

LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA: Cualquiera de las enfermedades que afecta a la sustancia blanca en varias partes del encéfalo y que avanza agravando al individuo.

LIBIDO: Energía psíquica derivada de un deseo biológico instintivo.

LINFADENOPATIA: Tumefacción de los ganglios linfáticos en una parte del cuerpo o su totalidad.

LINFOCITO: Una célula del sistema inmune que origina células T, B, asesinas (K) y asesinas naturales (KN) que participan en la respuesta inmune específica.

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (L C R) Líquido encontrado dentro de los ventrículos cerebrales y entre la membrana aracnoide y la pia madre del cerebro y de la médula espinal.

LUTO Conjunto de signos exteriores del duelo, en vestidos, adornos, etc

MACACO Género de monos de estatura mediana.

MACULA Pequeña mancha circunscrita de la piel, en especial, aquella que no está perceptiblemente elevada sobre la piel circunscrita.

MALA ABSORCION: Absorción defectuosa de sustancias nutritivas en el tubo digestivo.

MANIFESTACIONES CLINICAS Exposición de signos y síntomas de un organismo vivo.

MARCHA EN TANDEM Modalidad al caminar en la que el talón del pie que avanza se coloca directamente enfrente de los dedos del pie que está quieto; se usa para investigar el equilibrio y la coordinación del paciente

MASOQUISMO: Intento destructor dirigido hacia dentro.

MASTURBACION: Gratificación sexual mediante la manipulación de los genitales.

MATRICENTRICA: Las funciones familiares están alrededor de la madre.

MATRILINEAL: Dicese de la forma de transmitir la propiedad, la herencia o el nombre por línea femenina.

MECANISMOS DE DEFENSA: Diferentes estrategias que nuestro organismo pone en juego cuando el cuerpo entra en contacto con un agente extraño o agresor (astillas, microbios, células cancerosas, sustancias tóxicas, quemaduras, golpes, etc.).

MECANISMO DE TRANSMISION DEL VIH: El VIH se aloja en sangre y semen/secreciones vaginales, los mecanismos de transmisión lo constituyen aquellas situaciones que propician que éstos líquidos se pongan en contacto. La transmisión implica pues una serie de prácticas (conductas) que lo permita.

MENINGITIS. Inflamación de las membranas del cerebro y de la médula espinal.

MESTIZO: Dicese de la persona nacida de padre y madre de raza diferente.

METASTASIS: Diseminación de un cáncer de una parte del cuerpo a otra. La nueva área de cáncer es una metástasis o cáncer secundario.

MICOBACTERIOSIS ATIPICA: Microorganismo ácido resistente delgado, semejante al bacilo que provoca la tuberculosis pero que no va con el tipo.

MICOTICO: Perteneciente o relativo a la micosis causado por hongos.

MICROORGANISMO. Forma vital de dimensiones microscópicas.

MITO Historia o relato supuesto, que conlleva en su creencia una lógica, sobre las características de la naturaleza o de seres dotados de poderes y cualidades sobrehumanas, de las relaciones de los dioses con los hombres y el destino de los dioses.

MOCO RECTAL. Líquido viscoso secretado por el recto.

MONOGAMIA: Matrimonio con una sola persona a la vez.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: Trastorno, por lo general benigno, de probable etiología infecciosa, que se asocia con el virus de Epstein-Barr; se caracteriza por la presencia de fiebre irregular.

MONONEURITIS. Neuritis que afecta a un solo nervio.

MORBILIDAD Hecho o estado de encontrarse enfermo. Relación entre el número de individuos enfermos o la población total de una comunidad.

MORTALIDAD El índice o número de muertes.

MOTORA Relativo a cualquier actividad o conducta que implica movimiento muscular, como una respuesta motora.

MUCOSA. Membrana o túnica mucosa.

MUCOSA ANAL Túnica mucosa del ano.

MUCOSA VAGINAL: Túnica mucosa de la vagina.

MUERTE: Revelación de la existencia de la vida, que se manifiesta por la ausencia de los latidos cardiacos, de la respiración y el cese de las funciones metabólicas.

MULTICENTRICOS. Que tienen muchos centros.

MUTAGENO. Dicese de las sustancias o agentes introductores de mutaciones.

NEOCARDIA: Nueva abertura cardiaca.

NEOPLASIA: Literalmente significa "nuevo tejido" o "nuevo crecimiento" El crecimiento puede ser maligno o benigno.

NEOPLASIA SUGESTIVA DE INMUNODEFICIENCIA CELULAR: Cualquier crecimiento nuevo o anormal, en especial aquél cuya multiplicación celular en incontrolable y progresiva. Idea que se introduce desde el exterior. Deficiencia de la reacción inmunitaria hacia la célula.

NEUMONIA: Inflamación de los pulmones coexistente con presencia de exudado en la luz alveolar.

NEUMONIA POR PNEOMOCYSTIS CARINII: Inflamación del pulmón causado por el protozoario Carinii causando la neumonia intersticial de células plasmáticas.

NEUROPATIA: Enfermedad nerviosa.

NEUROPATIAS PERIFERICAS: Trastornos funcionales y cambios patológicos en el Sistema Nervioso Periférico (S.N.P.), la causa puede ser conocida o desconocida.

NITRITO: Sal o éster de ácido nitroso.

NODULAR: Relativo, o similar, a un nódulo; caracterizado por nódulos.

NODULO: Pequeño conglomerado de células. En dermatología: una de las lesiones cutáneas primarias, elevación sólida circunscrita de tamaño diverso, pero más grande que una pápula; mide un centímetro o menos.

NODULOS MICROGLIALES Pequeña protuberancia sólida que se detecta mediante el tacto. Se ubican o se producen en células no neurales que forman parte de la estructura adventicia del Sistema Nervioso Central (S.N.C.)

NORMAS: Reglas que se deben seguir o a que se deben ajustar las operaciones.

OBNIBULACION Confusión mental, puede preceder a la pérdida de la consciencia.

OBSTETRICO Relativo a la obstetricia. Trata de la atención del embarazo, del parto y del puerperio.

ORGANISMICO. Relativo o perteneciente a un organismo. Característica de un organismo integro que son el resultado de la integración y la inactividad.

ORGANISMO Todo cuerpo organizado de la economía viva.

PADECIMIENTO Sufrimiento, daño.

PAPULA Elevación sólida y circunscrita de la piel que varía entre menos de 0.1 centímetro a 1 centímetro de diámetro

PARAPARESIA: Parálisis parcial de las extremidades inferiores.

PARESTESIA: Sensación de hormigueo o de quemadura de la piel, común en las neuropatías.

PATOGENESIS: Origen y desarrollo de una enfermedad.

PATOGENO: Cualquier agente o microorganismo productor de enfermedad.

PATOLOGICO: Que es provocado por la enfermedad o nace de ella, etapa o estado en que existe una enfermedad.

PATRIARCAL: Relativo al patriarca.

PATRILINEAL: Descendencia en línea paterna.

PATRON: Integración funcional de partes susceptibles de actuar o responden como un todo unitario.

PATRONES CONDUCTUALES: Ordenamiento temporal o espacial de respuestas, como el que se presenta en un repiqueteo rítmico o en recorrido de un laberinto.

PENE: Órgano masculino externo para la micción y la cópula.

PENETRACIÓN: Introducción de un cuerpo a otro.

PERINATAL: Perteneciente o relativo al periodo comprendido en los primeros siete días después del nacimiento.

PERIODO: Intervalo de tiempo.

PERIODO DE SEROCONVERSION: Tiempo transcurrido desde que la persona se expone al virus hasta que hay formación de anticuerpos contra el agente infeccioso.

PIEL: Tegumento o cubierta externa del cuerpo, formada por una capa epitelial superficial, la epidermis, y otra profunda, la dermis o corion.

PLANIFICACIÓN: Proyecto de acción compleja mentalmente elaborado antes de su ejecución.

PNEUMOCYSTIS CARINII: Parásito extracelular, posiblemente protozoario, pero que es considerado por algunos como un hongo, de forma oval o redondeado y nucleado que mide de una a dos micras de diámetro; frecuentemente tiene 8 células, en un quiste de 6 a 9 micras de diámetro envuelto en una cápsula viscosa.

POLIGAMIA: Tipo de organización familiar en el cual se permite o practica el matrimonio simultáneo de una mujer o de un hombre con más de un cónyuge.

PORTADOR: Persona sana o convaleciente de una enfermedad infecciosa que no muestra signos ni síntomas de la enfermedad, pero que lleva el microorganismo en su cuerpo y lo elimina de tal manera que disemina la enfermedad.

PORTADOR ASINTOMÁTICO: Es aquel individuo que lleva el virus en su organismo, es decir, que está infectado pero que no presenta síntomas que lo indica.

POST-PARTO: Después del parto.

POST-TRANSFUSIONAL: Después de una introducción de sangre

PRACTICA DE RIESGO: Aquellas conductas que están implicadas en la transmisión de una enfermedad.

PRECOZ. Maduro antes de tiempo, que se desarrolla antes de tiempo.

PREEYACULATORIO. Orgasmo masculino antes, o en el momento, de la penetración del pene dentro de la vagina.

PREPATOGENESIS: Proceso que ocurre antes de que evolucione la enfermedad.

PREVALENCIA: Número de casos de una enfermedad presentes en una población específica en un momento determinado.

PROMISCUIDAD. Convivencia heterogénea de personas de sexos diferentes. La palabra "promiscuo" se aplica a aquellas personas que tienen muchas parejas sexuales

PRONOSTICO: Previsión de la posible evolución de una enfermedad. Solo puede estimarse por experiencia con muchos pacientes y no predice con precisión el estado final de un individuo.

PROPAGACION: Difusión, desarrollo. Multiplicar por vía de reproducción.

PRUEBA DE ANTICUERPO: La medición en el laboratorio de anticuerpos específicos para infección VIH, descubre pruebas de VIH en sangre.

PRURIGINOSO: Padecimiento inflamatorio crónico de la piel caracterizado por la presencia de pápulas pequeñas y pálidas, con prurito intenso.

PSICOSEXUAL. Relativo a los aspectos psíquicos de la actividad sexual.

PSICOSOCIAL: Refiere a las relaciones sociales ampliamente determinadas por factores psíquicos.

PUSTULA: Pequeña elevación circunscrita de la piel que contiene pus.

QUIRURGICO: Perteneciente o relativo a la cirugía.

RADICULOMIELITIS. Enfermedad de la médula espinal y de las raíces de los nervios espinales.

REACOMODACION: Acomodar de nuevo

READAPTACION: Adaptarse de nuevo

REAJUSTE. Cambio en la conducta habitual que debe llevar a cabo un individuo con objeto de encajar en el medio en que se desarrolla.

REENCUADRAMIENTO: Encerrar o incluir dentro de sí una cosa o acto determinando sus límites dentro de una organización.

REESTRUCTURAR: Cambio básico de las relaciones del campo psicológico por lo general a través de cambios internos de la persona, y no por modificaciones del ambiente o de las condiciones externas.

REPLICACION: El proceso de replicar o reproducir, como la replicación de una copia exacta de un filamento de ADN o ARN viral. Proceso por el cual el cromosoma forma una copia de sí mismo

REPLICACION VIRAL: Multiplicación de un virus.

RESULTADO NEGATIVO: Indica que por el momento, la persona no presenta anticuerpos por el VIH, ya sea porque no ha estado en contacto con el virus o porque no ha transcurrido suficiente tiempo después del contagio para que haya formado anticuerpos.

RESULTADO POSITIVO: Indica la presencia de anticuerpos contra el VIH. Sugiere que la persona ha estado en contacto con el virus, desarrollando anticuerpos contra él.

RETROVIRUS: Virus ARN que tiene un enzima (transcriptasa reversa) que puede causar la elaboración de una copia de ADN del ARN viral. Los retrovirus causan sarcomas y leucemias en animales y leucemias y SIDA en el hombre.

ROL: Situación de un individuo, papel, carácter o representación o grupo en la estructura social.

RURAL: Relativo al campo.

SARCOMA: Blastoma del tejido conjuntivo, maligno, inmaduro, heterotípico; de crecimiento rápido, expansivo y destructivo, que produce metástasis y tiende a recidivar.

SARCOMA DE BURKITT. Tumor maligno en los niños que abarca la zona retroperitoneal y la mandíbula, pero que se extiende a los nódulos linfáticos periféricos, a la médula ósea y el bazo.

SARCOMA DE KAPOSÍ. Tumor maligno formado por células que semejan tejido conjuntivo embrionario. Afecta principalmente la piel aunque también puede incluir otros órganos, como los intestinos. Se caracteriza por nódulos cutáneos de color azul rojizo o pardo.

SECRECIÓN. Proceso que se verifica en las glándulas, por lo cual éstas elaboran productos específicos que vuelcan fuera de sí.

SECRECIÓN CERVICAL. Sustancia específica relativa al cuello.

SECRECIÓN VAGINAL (FLUIDO VAGINAL): Líquido viscoso, de aspecto parecido al moco, cuya función es lubricar la pared de la vagina.

SECRETORIO. Que pertenece a la secreción; que es capaz de secretar.

SECUELAS CLÍNICAS. Lesión o afección que sigue a otra y es consecuencia de ella.

SEMEN. Líquido producido por los órganos reproductores masculinos, acarrea las células germinales masculinas o espermatozoides.

SEROCONVERSIÓN. Momento en que los anticuerpos específicos contra el virus son detectables a través de un análisis de sangre.

SEROLOGÍA. Estudio científico del suero, en especial la actividad inmunológica.

SERONEGATIVO. Un estado en el que no se descubren anticuerpos a un microorganismo particular.

SEROPOSITIVO. Estado en el que se encuentran en la sangre anticuerpos a un microorganismo particular. Indica que el individuo se ha expuesto al microorganismo.

SEROPREVALENCIA. Suero concurrente.

SEXO BUCOANAL. Uso de la boca o la lengua para estimular el ano de otra persona.

SEXO SEGURO: Establecer relaciones sexuales con una sola pareja.

SEXUALIDAD: Conjunto de fenómenos y prácticas de la vida sexual. Función biológica que posee su finalidad natural, la sexualidad es descrita a menudo como comportamiento que depende del funcionamiento del aparato genital.

SHOCK: Estado de profunda depresión física y mental consecutiva a un traumatismo físico o trastorno emocional intenso.

SIDA: Siglas que denotan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIGNO: Es la manifestación objetiva de una enfermedad.

SINDROME: Grupo de síntomas y signos que, cuando se consideran en conjunto, caracterizan a una enfermedad o lesión.

SINTOMA: Es la manifestación subjetiva de una alteración (orgánica o funcional) que solo la persona examina puede "observar" (percibir, sentir); y que el médico puede conocer solo mediante un interrogatorio al paciente.

SINTOMATOLOGIA: Conjunto de síntomas de una enfermedad.

SISTEMA: Conjunto de reglas o principios, enlazados entre sí.

SISTEMA FAGOCITO MONONUCLEAR: Grupo de células muy fagocitarias que tiene un origen común en las células madre de la médula ósea; a partir de ellas se producen los monocitos circulantes y los macrófagos tisulares, que se forman a partir de monocitos que han emigrado al tejido conjuntivo hepático, pulmonar, esplénico y ganglios linfáticos.

SISTEMA INMUNOLOGICO: El sistema de defensa del cuerpo que lucha contra la invasión por bacterias, virus, hongos, parásitos, células malignas y otras sustancias que el cuerpo reconoce como "no propias". Incluye glóbulos blancos llamados fagocitos (granulocitos, monocitos) que engloban a los invasores, linfocitos (células B y plasmáticas) que producen anticuerpos para neutralizar a los invasores y linfocitos (células T) que matan a los invasores por contacto directo.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.): Contiene cerebro y médula espinal, incluyendo los ganglios de las raíces dorsales.

SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (SNP): Relativo a, o localizado en la periferia del cerebro, afecta a un área no central o el exterior de una porción.

SK: Abreviatura para Sarcoma de Kaposi

SOBREVIDA: Aumento de la condición del ser viviente.

STRONGYLOIDES: Genero de gusanos nemátodos.

SUBCUTANEO: Por debajo de la piel, hipodérmica.

SUBEPIDEMIA: Aparición colectiva de una enfermedad generalmente infecciosa que se desarrolla en un territorio limitado, durante un tiempo determinado y que muestra bajos índices de morbilidad, mortalidad y letalidad.

SUBFAMILIA: Categoría taxonómica subordinada a una familia

TABU: Término de origen polinésico que evoca al carácter sagrado de lo que debe quedar en misterio, prohibido, y que posee cierto atractivo en función del peligro que representa, de tal forma que su evocación va unida a cierta reserva, al mismo tiempo que se manifiesta a través de prohibiciones y restricciones.

TENDENCIA: Característica de la conducta de un organismo por la cual ésta presenta ciertos rasgos constantes a pesar de la variedad de las condiciones estimulantes.

TERAPEUTA: Persona especializada en el tratamiento de las enfermedades.

TERAPIA: Sujeto que indica tratamiento de la enfermedad terapéutica.

TOXOPLASMA GONDII: Agente causal de la toxoplasmosis.

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL: Infección por el protozoo gondii de distribución muy amplia en la naturaleza, y que produce enfermedad congénica y adquirida, a menudo no evidente en el hombre.

TRANSCRIPTAZA REVERSA: Enzima característica de los retrovirus que permite convertir el ARN en ADN, con el objetivo de integrarlo al material hereditario de la célula.

TRANSMISIBILIDAD: La capacidad de ser transmitido o comunicado, de una persona hacia otra.

TRANSMISION: La comunicación, o transferencia, en especial, enfermedades infecciosas o hereditarias, de una persona, a un sitio, a otra persona.

TRANSMISION PERINATAL. Durante el embarazo, el parto y la lactancia, una madre puede transmitir el virus a su bebé, ya sea por la placenta, cuando aún está IN UTERO, o, durante el parto; o bien, a través de la leche materna.

TRANSMISION SANGUINEA. Implica que se pongan en contacto la sangre de un reservorio y un huésped.

TRANSMISION SEXUAL. Se da durante el acto sexual (coito) ya sea por vía vaginal o anal a través de la pequeñas heridas que se producen durante el mismo, entrando el semen o las secreciones vaginales en el torrente sanguíneo.

TRASPLACENTARIA: A través de la placenta.

TRASTORNO NEURONAL: Disturbio neuronal.

TRATAMIENTO. Aplicación de medidas terapéuticas.

TRAUMATICO. Herida o lesión, producida generalmente por agentes mecánicos externos. Condición o estado consecutivo a ésta lesión.

TUBERCULOSIS. Enfermedad infecciosa crónica con manifestaciones diversas que invade principalmente a los pulmones pero capaz de atacar a la mayor parte de los órganos del cuerpo, causada por Bacilo de Koch

TUBERCULOSIS CEREBRAL. Enfermedad infecciosa crónica con manifestaciones diversas, que invade al cerebro, causada por Mycobacterium Tuberculosis.

UMBRAL CLINICO. Punto en una escala de estímulos que determinan la aparición de una enfermedad.

UNIDIRECCIONAL. Que corre en una sola dirección

VAGINA: Conducto de la hembra, que se extiende desde la vulva hasta el cuello del útero y que recibe al pene durante la copulación.

VESICULAS: Ampolla pequeña que a parece como resultado de la exudación de fluido seroso entre la epidermis la capa verdadera de la piel.

VIA DE ENTRADA: Se refiere a los diferentes caminos por los cuales el agente infeccioso puede entrar al huésped (nariz, ojos, boca, oídos, piel, vagina, ano, órganos sexuales).

VIA DE SALIDA: Orificio natural (boca, pene, vagina) o artificial (herida, punción de aguja) a través del cual el agente puede salir del reservorio.

VINCULO: Lazo, atadura, unión de una persona o cosa con otra.

VIRUS: Grupo de agentes infecciosos minúsculos que no pueden distinguirse con el microscopio de luz. Es una de las partículas infecciosas más pequeñas conocidas. Carece de metabolismo independiente de tal forma que solo puede replicarse dentro de una célula viva del huésped. En consecuencia, se denomina en ocasiones parásito intracelular.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): Nombre que el Comité Internacional para la Taxonomía de Virus recomendó que se empleara para designar al agente causal del SIDA, en 1986.

VIS (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA SIMIANA): Virus que reproduce por lo general una enfermedad leve similar al herpes simple en los monos del Viejo Mundo, pero que puede producir enfermedades mortales en el hombre.

WESTERN BLOT: Prueba de laboratorio que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba de ELISA.

YO. Parte del aparato psíquico que posee consciencia, mantiene su identidad y está en contacto con su realidad exterior.

ZYGOMICOSIS: Fusión de enfermedades causadas por hongos.

ENFERMEDAD DEL VIH/SIDA

EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD		PATOGENESIS
<p>Muerte</p> <p>Estado crónico (Sarcoma de Kaposi, Linfoma Primario del S.N.C., encefalopatía por CIH (demencia))</p> <p>SIDA (presencia de alguna infección oportunista, padecer 2 signos mayores asociados a por lo menos uno o menor)</p> <p>Complejo Relacionado al SIDA (bolsas en el cuello, axilas, ingles debido al crecimiento de los ganglios)</p> <p>Asintomática (presencias de anticuerpos, daño celular, alteración del nivel de Linfocitos, alteración en el sistema inmunitario).</p> <p>Seropositivo (indicadores: cuadro faringoamigdalino, fiebre elevada, adenopatía, ataque al estado general)</p>		
<p>Periodo de contagiosidad portador</p> <p>Periodo de incubación (modifica la estructura inmunologica del huésped)</p> <p>Periodo de Latencia (periodo de ventana)</p> <p>Interacción Huésped - Estimulo - Reacción del huésped (tirada ecológica) Falso o positivos, reproducción dentro del organismo del agente</p>		PREPATOGENESIS
PERIODO PATOGENICO		
PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA
<p>TRATAMIENTO OPORTUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento de control (AZT,DDI, DDC,Fluconazol,etc) - Cuento periodico de los linfocitos T4 - Cambio de alimentación. <p>APOYO PSICOLOGICO DURANTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD. (individual y/o grupal, familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambio de estilo de vida. - GUIAS DE PREVENCION: <p>(prácticas sin riesgo, prácticas de bajo riesgo posiblemente peligrosas, prácticas de alto riesgo, consejos adicionales.</p>	<p>LIMITACION DE LA INCAPACIDAD ABORDADA POR LA PSICOLOGIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia para prevenir desadaptación y rechazo. - Asegurar una sexualidad satisfactoria. - Terapia ocupacional que les haga sentirse personas funcionales. -No fomentar expectativas falsas. - REHABILITACION FISICA: <p>(Fisioterapia, masajes, etc)</p>	<p>ATENCION PSICOLOGICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento Psicologico. * Individual. * grupal * familiar <p>- Elaboración del duelo (Tecnología, espiritual, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Individual. * grupal * familiar
		NIVELES DE PREVENCION

HISTORIA NATURAL DE LA

ANTES DE LA ENFERMEDAD		
PREPATOGENESIS	<p>INTERRELACION DE TRES FACTORES:</p> <p>FACTORES DEL AGENTE:</p> <p>-BIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * VIRUS VIH-1 * VIRUS VIH-2 <p>FACTORES DEL MEDIO:</p> <p>-ZONAS GEOGRÁFICAS: Pertenecer a E.U.A. y América Latina.</p> <p>-TRANSMISIÓN PERINATAL: Transplacentaria perinatal Postnatal/Amamantamiento</p> <p>-SANGUÍNEA: agujas contaminadas, transfusiones, donación y venta de sangre.</p> <p>-SEXUAL: Coito Vaginal Coito Anal Coito Oral</p>	<p>FACTORES DE HUESPED:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pertenecer a la especie humana desde su gestación hasta la edad madura. -Pertenecer a cierto tipo de raza. <p>Ej: a los africanos les invade el VIH-2 mas frecuentemente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estilo de vida -Historia mórbida individual.
	PERIODO PREPATOGENICO	
NIVELES DE PREVENCIÓN	PREVENCIÓN PRIMARIA	
	<p>PROMOCIÓN DE LA SALUDA TRAVES DE LA PSICOLOGIA Y OTRAS DISCIPLINAS (ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL, ETC)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pláticas de información respecto a los estilos de practicas sexuales: -Películas/Videos -Cómics educativos 	<p>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sexo protegido (usar condón) -Sexo seguro (monogamia) -Sexo sin riesgo (sin coito de ningún tipo) -No compartir agujas -Control sanitario de transfusión sanguínea -Esterilizar instrumentos quirúrgicos -No amamantar si la madre es portadora -Seguimiento por 10 años del recién nacido de la madre portadora

CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: Gustavo
Edad: 28 años
Sexo: masculino
Lugar de origen: Distrito Federal
Estado civil: soltero
Nivel socioeconómico: medio bajo
Ocupación: paramédico
Preferencia sexual: heterosexual
Medio de contagio: desconocido

Todo empezó el 18 de Abril de 1980 cuando advirtió que se cansaba exageradamente al caminar una o dos cuadras, un sueño persistente lo obligaba a dormir y las diarreas y las náuseas se hicieron frecuentes, desesperado por saber las causas de sus malestares acudió a un consultorio particular en donde después de varios exámenes por fin un día, el 29 de Abril una doctora le dice lentamente su diagnóstico: "tiene usted resultado positivo para el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida...". Salió del consultorio con el resultado en la mano, lo estrujaba, como queriendo destruir su realidad.

Gustavo al inicio de la entrevista era evasivo, contestaba en base a monosílabos y rehuía la mirada, mencionó que había trabajado como voluntario en la Cruz Roja, además que había sufrido un accidente automovilístico en el que le tuvieron que hacer una transfusión sanguínea, por lo que ignoraba realmente el momento en el que el virus entró en su organismo.

Gustavo vivía en un pequeño departamento pero debido a que su enfermedad avanzaba velozmente, tuvo que irse a vivir con su padre y sus hermanos para que le prestaran un poco de atención que urgentemente requería.

"Mi hermana Paula se iba a trabajar a la oficina y mi hermano Pedro a la facultad, mientras que mi padre salía a atender su negocio. Inevitablemente me quedaba solo, siendo mi única compañía la Televisión y el incesante tic tac de un reloj de pared, pero antes de irse me compraban papillas para bebé, aguas minerales o jugos y me los dejaban cerca de mi cama. Mis horas no parecían

transcurrir, cada día que pasaba me costaba más trabajo moverme, sentarme, y esa toda una odisea ponerme de pie. Me concentraba en cada uno de mis músculos hasta que lograba erguir mis escasos 38 kilos". (Sic. Pac.).

Cuando se enteró que tenía SIDA quiso ocultar la realidad a su familia sobretodo a su padre, porque según él no todos están preparados para aceptar una verdad así; sin embargo, debido a las necesidades que la enfermedad conlleva, decidió comunicárselo sólo a sus hermanos cuando regresó nuevamente al seno familiar, solicitándoles al mismo tiempo, que no le comentaran al padre.

Sin embargo, éstos tuvieron que darle una explicación al padre debido a los constantes cuestionamientos sobre la presencia y la actitud que se estaba tomando con el paciente. Desafortunadamente aún sabiendo la verdad éste mantenía una actitud ausente.

Su estructura familiar se conforma por un padre de 50 años de edad, ocupación comerciante; la hermana mayor de 30 años de edad, recepcionista y soltera; le sigue el paciente identificado; y un hermano menor de 26 años de edad, estudiante y dependiente de una tienda. Su madre se ausentó de casa hace 10 años.

En el caso ya descrito se pueden emplear las siguientes técnicas para el trabajo terapéutico:

Cambio: tendría como objetivo determinar el síntoma y la necesidad de organizar la estructura y dinámica familiar necesarios para que se asuman como parte de un todo. El objetivo principal del terapeuta es llevarlos a una concepción que les permita trabajar la situación como un sistema completo y al mismo tiempo percibir la posibilidad de un cambio.

Realidades: técnica que sirve para establecer la demanda real del paciente y su concepción sobre su propia familia y viceversa. Lo cual podría determinar las necesidades reales de Gustavo, como la demanda de afecto y aceptación de los miembros del sistema.

El terapeuta podría determinar esto concentrándose en las necesidades satisfactorias que el paciente identificado esté demandando de su familia. Y, a partir de éstas necesidades y del compromiso mismo de todos los miembros, iniciaría su trabajo terapéutico que estaría enfocado a modificar el problema relacional y estructural del sistema.

Escenificación: tiene como objetivo observar los modos verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos a otros, y cómo controlan la gama de las interacciones intolerables. En este caso se aplicaría en forma de sondeo para que el terapeuta identifique las actitudes verbales y no verbales que emplean en forma disfuncional. Una vez que ya se haya observado cuidadosamente el modo de interacción señalará alternativas aplicables y éstas dependerán de las determinadas situaciones familiares. En este caso el terapeuta sugerirá una modalidad que les permita organizar sus actividades y horarios de forma que Gustavo no siempre esté solo y pueda ser atendido.

Desequilibrio: tiene como objetivo modificar la jerarquía de las personas dentro de un holón, una de las intenciones de utilizar ésta técnica es apoyar el dispositivo aplicado anteriormente permitiendo así obtener un mejor tipo de relación y que al mismo tiempo trae como consecuencia la modificación de los vínculos jerárquicos establecidos en donde posiblemente se haga necesario la participación personal del terapeuta dentro del sistema que le permita observar su funcionalidad.

En ésta familia, en primera instancia, el terapeuta tendrá que coaligarse con el subsistema fraternal para hacer la demanda de presencia y participación del padre, con el objetivo de interaccionar con el sistema anulando su periferia. Una vez alcanzada esta meta el siguiente paso fué la alianza del terapeuta con el paciente identificado, con la finalidad que se puedan satisfacer las demandas del paciente tanto físicas como de involucración emocional con el resto del sistema.

En la onceava sesión el terapeuta pretendía trabajar con los cambios que se hubiesen presentado en la familia, empleando quizá la técnica de Reestructuración. Sin embargo, no fue posible debido a que se informó sobre el deceso del paciente, mismo que imposibilitó la presencia de la familia a la terapia.

Aparentemente el paciente no presentaba síntomas agravantes, sin embargo debido a la peculiaridad de ésta enfermedad, es impredecible determinar el tiempo de vida. Por ello se comenzó a trabajar el duelo en el paciente de forma individual, dicho aspecto se abordó una vez que se establecieron las realidades individuales y familiares. Retomando específicamente las estrategias de modificación del tiempo, cambio de la distancia y resistencia a la presión de la familia; que son parte de la técnica de Intensidad. Debido a que el paciente se encontraba en la fase de depresión que menciona Kübler- Rosss, presentando discrepancia entre sus propios deseos y los deseos de sus familiares con una gran sensación de pérdida de lo que consideraba

suyo (actividad, cuerpo y familia). Por lo que fue necesario establecer un silencio afectivo, es decir sin cuestionamientos ni presiones por parte del terapeuta y de la propia familia. Una vez sobrellevada esta fase y al comenzar el tratamiento familiar, el paciente se instaló en la fase de ira donde se observaron sentimientos de ira, rabia, resentimientos y cuestionamientos sobre él mismo; el trabajo terapéutico se llevó a cabo con mayor profundidad en las sesiones de terapia familiar (específicamente en la técnica de escenificación). Con lo cual el paciente pudo observar un grado de evolución en cuanto a sus relaciones interpersonales originando el pase a la fase de pacto, donde mostró un interés por buscar otra salida, como el poner mayor atención en su autoestima aminorando sus sentimientos anteriores (depresión, ira, culpa y decepción) los cuales le permitieron elaborar un plan de vida a corto plazo (plan que se ajustó a los periodos en que Gustavo mostraba una aparente recuperación y podía desplazarse por sí mismo. Durante éstos periodos tenía oportunidad de hablar sobre su enfermedad en conferencias y/o pláticas informativas, impartir talleres en donde expresaba sus conocimientos adquiridos sobre la necesidad del cambio de estilos de vida y de sexualidad. En los momentos en que no le era posible salir de casa se planeó la realización de actividades en familia, las cuales les permitían la interacción como sistema además de compañía y diversión – horarios de comida, juegos de mesa, películas, etc.-) que lo hizo sentir funcional pero al mismo tiempo en este pacto alcanzó sus objetivos y fue parte también del cambio que se estaba suscitando en el sistema familiar.

Como ya se mencionó primeramente se realizó el trabajo de duelo en forma individual, de manera que el paciente obtuviera los suficientes elementos para poder hablar del tema frente a su propia familia. Sin embargo, debido al fallecimiento repentino del paciente no fue posible alcanzar del todo la elaboración del duelo en el sistema familiar.

Pasados dos meses de inasistencia, la familia nuevamente solicita la atención psicológica. Situación que generalmente en la mayoría de las familias que pasan por un hecho estresante como la muerte, no es considerada importante para ellos debido quizá a que la persona por quién asistían ya no está presente y aunado a que ideológicamente cada quien vive y enfrenta su propio dolor a su manera, se hace innecesaria la ayuda de corte psicológico.

Sin embargo, en este caso no sucedió así; la demanda del servicio la realizó el padre apoyado por el resto de la familia, argumentando sentimientos de reproche, culpabilidad, y principalmente aquellas situaciones que quedaron pendientes hacia el ser amado. Mismas que se abordaron a través de la técnica de Reencuadramiento en donde el terapeuta tuvo que definir la realidad terapéutica, ampliado y modificado el mapa de vida por ellos trazado; retomando algunos elementos que durante el tratamiento fueron trabajados los cuales les permitió elaborar sus

sentimientos reflejados. A partir de éstos se emplearon las técnicas de Reestructuración y Complementariedad, que tuvieron como objetivo realizar una readaptación estructural eliminando los Roles y Jerarquias de los miembros de ésta familia, en su modificada estructura y dinámica familiar, en la cual fue necesario introducir el concepto de interdependencia familiar y al mismo tiempo conceptualizar el sí mismo que les permitió ser un sistema funcional.

ANEXO III.

MAPA FAMILIAR DEL PACIENTE

