



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

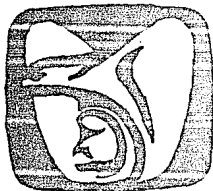
FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General de Zona con  
Medicina Familiar No. 8 San Angel  
I. M. S. S.

¿ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA  
ADQUIRIDA CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR?:  
ENFOQUE DE UN MEDICO FAMILIAR.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
Especialista en Medicina Familiar  
p r e s e n t a

*Dra. María Teresa Avalos Carranza*



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I. M. S. S.

México, D. F.

1991



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	2
OBJETIVOS .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
HIPOTESIS .....	10
MATERIAL Y METODOS .....	11
CUESTIONARIO .....	20
RESULTADOS .....	22
ANALISIS DE RESULTADOS .....	29
COMENTARIOS .....	30
CONCLUSIONES .....	32
BIBLIOGRAFIA .....	33

## INTRODUCCION:

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha sido uno de los fenómenos biológicos, psicológicos, legales, económicos, éticos y morales, más interesante en la última década; ésto hace que se planteé el siguiente cuestionamiento, sobre lo que la palabra ha sido implicada: Miedo, muerte, sexo, y nos obliga a modificar actitudes para que se convierta en sinónimo de educación, responsabilidad y solidaridad.

Y sin embargo el aspecto familiar, no ha sido abarcado en su totalidad, por lo que se ha realizado el presente estudio, con una muestra de 20 pacientes seropositivos y su dinámica familiar, para observar la existencia de disfuncionalidad en ellos

Basándose en entrevistas personales, en la autoaplicación de un examen y fundamentalmente en la integración de éstos pacientes a la consulta del médico familiar.

El presente estudio es un valioso instrumento para el estudio de las familias, dando pie a futuras investigaciones, que corroboren lo aquí encontrado.

Pues, contrariamente a lo esperado, se encontró un alto porcentaje de núcleos familiares funcionales.

Y dado que más allá de los daños físicos, se afecta algo más importante e íntimo: La capacidad, nuestra capacidad de amar, de dar, y recibir en una forma directa. Surgiendo entonces el cuestionamiento: Existe o no disfunción familiar relacionada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ?.

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Es en el verano de 1981, cuando un reporte de los Estados Unidos de Norteamérica (1,8,9,24), sorprende al mundo médico al reportar un número inesperado de casos de sarcoma de kaposi y neumonías por pneumocitis carinii, en sujetos jóvenes de diversos grupos étnicos, previamente sanos, detrás de los cuales existía un cuadro de inmunodeficiencia severa adquirida e irreversible que deterioraba en forma inexorable al aparato inmunológico de los sujetos afectados.

En 1982, el Centro para Control de Enfermedades (C.D.C.), otorga un nombre a ésta patología llamándolo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, S.I.D.A. (1,5,9,24), que debido a sus peculiaridades epidemiológicas no tardó en atraer la atención tanto de la comunidad médica, como del público en general, y se comienzan a conocer lo que para ese entonces fueron llamados "grupos de riesgo" (5,9,20,22). Iniciándose además el conocimiento de un mundo hasta entonces oculto para el resto de la población, constituyendo un 70% de los casos reportados (5,8,12).

En éste momento se inicia la estigmatización, el rechazo social y familiar para un grupo de personas, cuyas prácticas sexuales diferían del común, iniciándose lo que para algunos autores fue una verdadera "caza de brujas" (5,8,12,16); sin embargo los estudios hasta ese momento, en lo relacionado al aspecto psicosocial del problema eran aún muy pobres, mucho menos aún los relacionados con el aspecto familiar (8).

Y ante todo esto la necesidad de replantearse un cambio global de actitudes y valores en cuanto a los lineamientos morales, sociales y familiares que se manejan en torno a ello y a sus consecuencias.

Esta enfermedad, cuyo agente causal es un retrovirus, perteneciente a la familia de los lentivirus (5,6,8,9,10,12,13) cuya principal característica es la de tener una enzima llamada transcriptasa reversa (13), cuya acción es el desafío al dogma central de la biología molecular, dado que invierte el proceso del flujo de la información genética, fue descrito casi simultáneamente por dos científicos: El Dr. Montaigne, en Francia, y el Dr. Gallo en los Estados Unidos (5,6,8,9,10,12,13,19), en el año de 1983.

Finalmente la O.M.S. decide unificar criterios, y denomina a éste virus como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (1,12).

De ésta misma manera el CDC da una clasificación que permanece hasta el momento actual agrupando, de acuerdo a las manifestaciones clínicas a los pacientes, a saber (1,9,10):

Grupo I: Infección aguda: Cefalea, fiebre de más de un mes con ac. post.

Grupo II: Seroconversión

Grupo III: Linfadenopatía Generalizada persistente (C.R.S.)

Grupo IV: S.I.D.A.

A: Enfermedad constitucional. Síndrome de desgaste o SLIM

B: Enfermedad Neurológica. Demencia del SIDA

C: Infecciones Oportunistas

1. Pneumocitis carinii, toxoplasma, criptosporidium, candida, herpes.

2. Otras

D: Cánceres secundarios: Kaposi y del SNC

I: Otras condiciones: Púrpura trombocitopénica

Es de entenderse que la respuesta emocional variará de acuerdo al grupo de dicha clasificación en el que se encuentre el paciente (2), influyendo de igual manera el mecanismo de transmisión por el cual fue adquirida la infección, cabría recordar que éstos mecanismos son los siguientes: Vía sexual, vía sanguínea y vía perinatal (1,5,6,7,8,9,10), ocupando el primer, segundo y tercer lugar, respectivamente.

De igual manera, se habló de patrones de transmisión que son divididos en dos básicamente: El patrón africano y el patrón occidental.

Cuya diferencia esta dada por la relación hombre/mujer, que en el primer caso es 1:1 y en el segundo 9-10:1 (1,5,8,9,10). Sin embargo a través de la extensión de la enfermedad el patrón occidental, esta tendiendo a comportarse como el africano (8).

Cambiaron de igual manera, los criterios para señalar "grupos de riesgo" reconociéndose que en el momento actual no existen tales, sino "prácticas de riesgo" y que cualquier persona con vida sexual activa, esta en riesgo de adquirir la enfermedad (8,9), por supuesto si su actitud no es responsable.

Hasta aquí el SIDA se presenta como una realidad contundente e inmediata que puso de manifiesto la importancia, obligadamente admitida de la ciencia médica más avanzada ante lo "no previsto",

la certeza de la muerte y el miedo (2,3,15,17,25,26), la carencia de armas del ser humano ante su ahora palpable desintegración en todos los ordenes que implica en principio el proceso de la enfermedad, la fragilidad física, espiritual del individuo de ahora (tal vez de siempre), las defensas que intentamos inventarnos ante la fragilidad de nuestras normas familiares y sociales establecidas.

Se reconocen entonces, la aplicación al paciente seropositivo de las diferentes etapas de confrontación de la enfermedad (2,17,18,25,26).

La primera: Stress agudo, reconociéndose dos mecanismos, el de negación y el de identificación proyectiva. Momento en el que se encuentra el paciente al recibir la información se su seropositividad.

Segunda etapa: Búsqueda de ayuda en el que se debe establecer el manejo de la ansiedad y la depresión (15), etapa, en la que, a mero juicio personal, el paciente es más susceptible para su manejo, para su integración a un grupo, para su captación por el médico familiar, para iniciar un manejo integral, ésto es el manejo médico, emocional, familiar.

Tercera etapa: Adaptación

Cuarta etapa: Aceptación, desde el punto de vista individual social y familiar.

Y es curioso observar las diversas manifestaciones ante los momentos de crisis (11,15,18), observadas estas mismas, al inicio en aquellos grupos de riesgo, las brigadas que se formaron para proporcionar atención y cariño a los enfermos de SIDA (26),



muchos de ellos rechazados terminantemente por el resto de la sociedad y de sus propios familiares e incluso por algunos sectores médicos.

Es entonces cuando surgen organismos, especialmente diseñados para la atención de éste problema, en México, el Comité Nacional de prevención contra el SIDA (1,8) inicia un despliegue de información adecuada y precisa, sobre las medidas preventivas, consideradas como las más importantes para evitar la transmisión de la enfermedad y quizá el proceso y el enfrentamiento de la necesidad de una reeducación como sociedad, pues algunos sectores de la población consideran que éstas campañas favorecen la -- homosexualidad, la promiscuidad, y otros sectores demandan mayor información.

Se observa además el cambio en el pronóstico de la enfermedad cuando el paciente es rechazado o no, tanto de su núcleo familiar, como de la sociedad (15) y que indudablemente no lo salvarán de morir, pero sí le proporcionarán una mejor calidad de vida.

Bien, que sucede con la dinámica familiar de éstos pacientes, que pasa con el núcleo familiar que se enfrenta ante una enfermedad mortal, sobre la que se ha dicho tanto, que pasa con los roles familiares, con los límites establecidos ?.

Que sucede cuando la familia sobreprotege, se desgasta antes de proporcionar afecto y cuidado ?.

Sobre todo actualmente en que la cifra reportada hasta noviembre de 1990 nos indica que en México los seropositivos ascienden a 5,399 personas ?.

Actualmente, a muchos años de iniciado el problema aún no se ha abarcado en su totalidad esta problemática, sin embargo, en un intento por ayudar y proporcionar apoyo a éstos núcleos familiares se han integrado varias asociaciones no gubernamentales (8), que son apoyo fundamental para las familias que acuden a solicitar su ayuda, por encontrarse en ésta situación.

**OBJETIVOS:**

1. Demostrar la asociación entre el síndrome de inmunodeficiencia y disfunción familiar.
2. El ofrecer una alternativa en el mejoramiento de la dinámica familiar en éstos pacientes.
3. El ofrecer al médico familiar, una opción para su manejo.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿ Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida causa de disfunción familiar ? .

**HIPOTESIS:**

**Hipótesis de alternativa:**

**Sí existe relación entre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y disfunción familiar.**

**Hipótesis de Nulidad:**

**No existe relación entre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y disfunción familiar.**

## **MATERIAL Y METODOS:**

Se realizó un estudio prospectivo, observacional y longitudinal en un periodo comprendido entre el 1° de abril y el 30 de diciembre de 1990, captándose durante los primeros meses pacientes seropositivos provenientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Universidad Autónoma de México y del Comité de Prevención Nacional contra el SIDA, ajustándose a las normas éticas establecidas para la realización de trabajos de investigación.

Incluyendo en el estudio, a los pacientes que quisieran participar, y que pertenecieran a cualquiera de los cuatro grupos de clasificación determinados por el CDC.

No se incluyó a aquellos pacientes que no pertenecieran a un núcleo familiar y se excluyó del mismo a aquellos quienes por su evolución clínica, no les fuese posible continuar en el estudio.

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes a quienes se entrevistó de dos a cinco ocasiones, autoaplicándose un examen de 20 reactivos, anexo 1, la mayoría de los casos durante la segunda entrevista, basádo en el examen de Apgar familiar modificado para valorar la dinámica familiar, mismo al que se le otorgó una valoración porcentual, que de ser superior al 60% nos indicaría funcionalidad familiar.

Posteriormente, se realizó la recopilación de los exámenes y se procedió a la valoración de cada uno de ellos, haciéndose consideraciones individuales en cada caso.

Se continuó con las entrevistas, en las que de inicio, se

contestaron las dudas acerca de la evolución clínica de la enfermedad, se habló del desgaste que los núcleos familiares presentan, de la sobreprotección que ofrecen al inicio, cuando se conoce la enfermedad y finalmente se enfrentó al paciente para que se integrara a su núcleo familiar, hecho que en la mayoría de los casos, ya se había realizado.

¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No.8, San Angel.

**Tabla 1**

NUMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS  
EN UN PERIODO DE TIEMPO, COMPRENDIDO DE ABRIL A DICIEMBRE DE 1990

ENTREVISTAS	2	3	4	5
	3 casos	10 casos	3 casos	4 casos

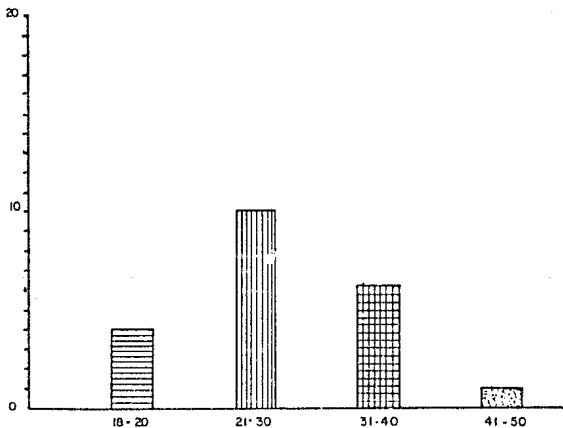


¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No. 5, San Angel.

Gráfica 1

EDADES DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA



¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No.8, San Angel.

Tabla 3

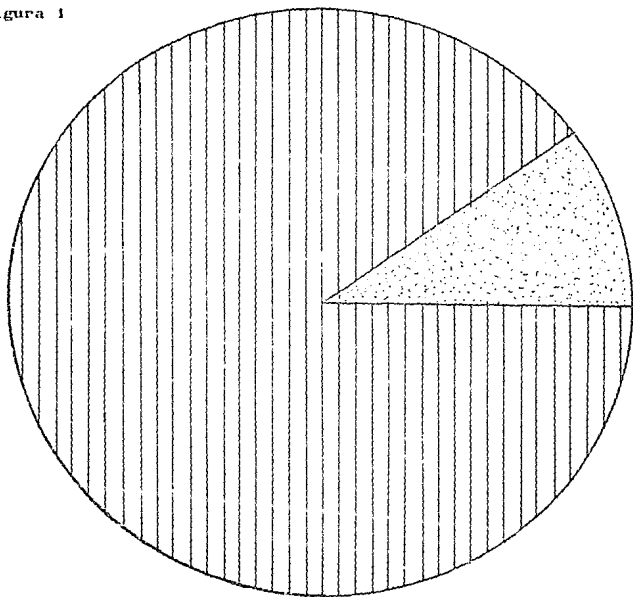
OCUPACIONES


Caso No.	Ocupación
1	Piloto aviador
2	Técnico en turismo
3	Estudiante
4	Ingeniero Civil
5	Policía
6	Ingeniero Químico
7	Obrero
8	Ensamblador de cocinas
9	Empleado
10	Vendedor ambulante
11	Oficinista
12	Estilista
13	Contador
14	Cantinero
15	Técnico en turismo
16	Estudiante
17	Obrero
18	Ama de casa
19	Empleado
20	Maestro


¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISEFUCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No.8, San Angel.

Figura 1



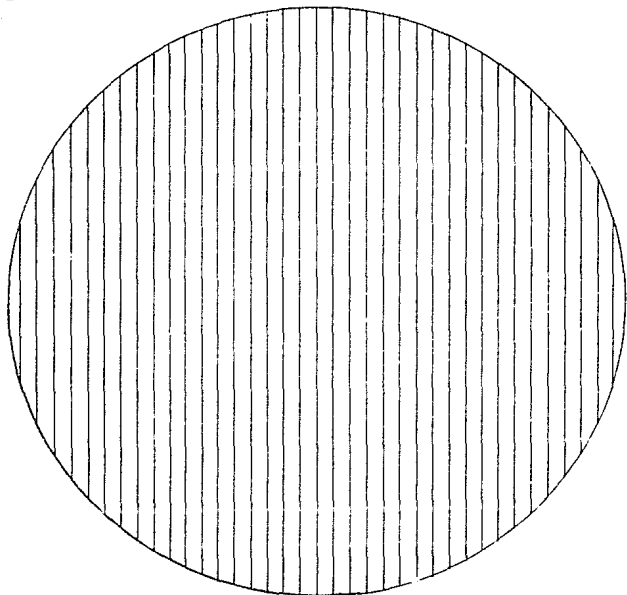
 HOMBRES 85%

 MUJERES 15%

¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUERIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No.8, San Angel.

Figura 2

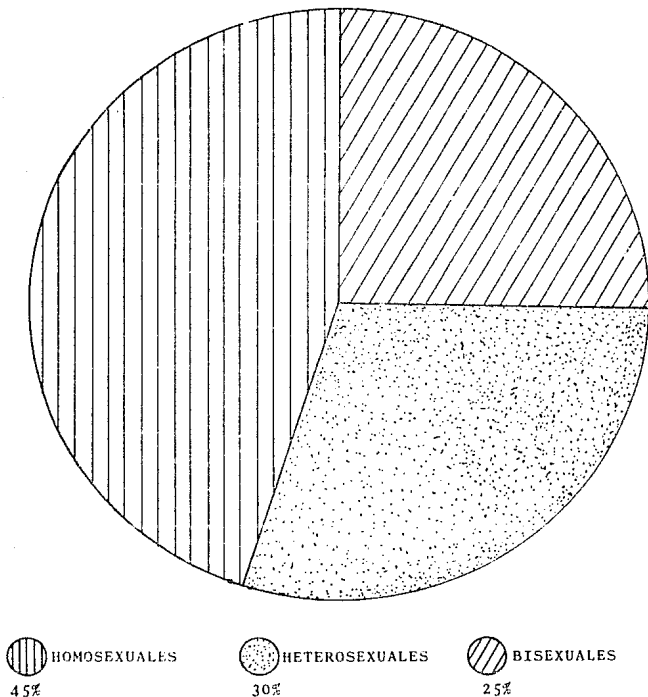


TRANSMISION SEXUAL 100%

¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No. 8, San Angel.

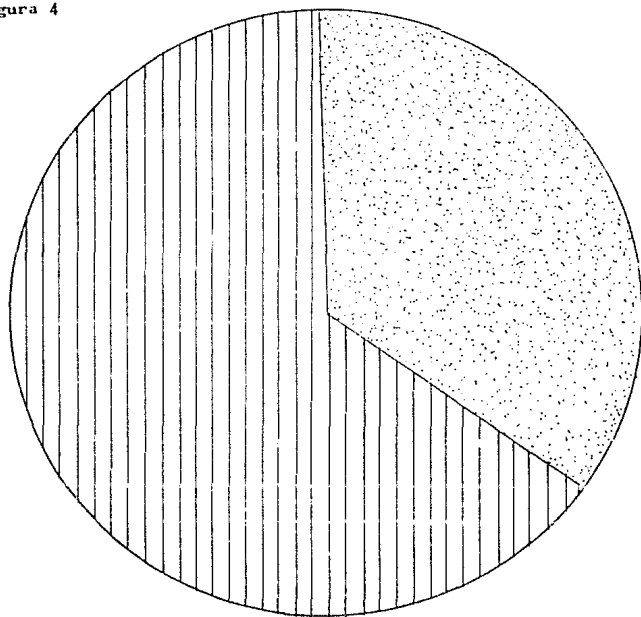
Figura 3



¿ ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA,  
CAUSA DE DISFUNCION FAMILIAR ?

Hospital General de Zona con Medicina Familiar  
No.8, San Angel.

Figura 4



FUNCIONALIDAD FAMILIAR 65%



DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR 35%



10. Cuáles son sus funciones dentro de la familia ?

11. Debido a su enfermedad, los otros integrantes de la familia han cambiado sus funciones ?

si no

12. Hay respeto entre los integrantes de la familia ?

si no

13. Está de acuerdo con la forma de ser de su familia ?

si no

14. Es capaz la familia de solucionar sus problemas ?

si no

15. Comparte su familia sus ideas, valores y costumbres ?

si no

16. Considera que hay unión familiar ?

si no

17. Que tanto influyen los demás en la situación familiar ?

18. Sus padres han tenido algún tipo de problema familiar ?

si no

19. Es adecuada la relación de pareja entre ellos ?

si no

20. Es adecuada la relación con su pareja ?

si no



## RESULTADOS:

### Caso No.1

Masculino de 30 años de edad, homosexual, piloto aviador de una línea comercial, proveniente de familia extensa, con límites bien establecidos, con respeto a los subsistemas parental y fraterno, con vínculos claros, en donde él sustituye a la figura paterna de manera adecuada.

Adquiere la infección, lo que produce cierta angustia en la familia por el desconocimiento real del problema, pero sin que éste altere su dinámica. Y finalmente la situación es bien llevada por la familia, lo que ha reflejado una buena evolución para el paciente.

### Caso No.2

Masculino de 25 años de edad, bisexual, técnico en turismo, proveniente de familia nuclear, con límites bien establecidos, con desempeño de los subsistemas, conyugal, fraterno y parental adecuados, con vinculación clara entre los integrantes, donde es hijo.

A raíz de su seropositividad, la familia responde con preocupación, solicitando ayuda en los lugares adecuados para ello e integrándose a un grupo de padres de pacientes seropositivos, brindándole al paciente afecto y cuidado.

Caso No.3

Masculino de 18 años, homosexual, estudiante, proveniente de familia nuclear, con límites bien establecidos, con falla en el subsistema parental, pero con vínculos adecuados.

La mitad de la familia reacciona con alarma y preocupación ante la seropositividad del paciente, modificando ligeramente los roles, sin que éste produzca alteraciones en la dinámica familiar.

Caso No.4

Masculino de 20 años de edad, bisexual, ingeniero civil, proveniente de familia nuclear, con complementariedad adecuada del subsistema conyugal, a pesar de que la esposa desconoce la inclinación sexual real del paciente. No encontramos alteraciones en la dinámica.

Caso No.5

Masculino, 27 años de edad, heterosexual, policía, proveniente de familia extensa, con límites mal establecidos, pero con respeto al subsistema conyugal, parental y fraterno, donde es la figura paterna. Debido a que adquiere la infección por contacto con prostitutas, el hecho se oculta a los hijos y padres del paciente, sin embargo la esposa ha sabido llevar a la familia, sin permitir que éste hecho produzca alteraciones en la dinámica. Ella se encuentra bajo seguimiento.

Caso No.6

Masculino de 35 años de edad, homosexual, ingeniero químico, proveniente de familia nuclear, con límites mal establecidos, sin respeto entre los subsistemas conyugal y parental, con complementaridad negativa hacia la esposa, quien desconocía la verdadera inclinación sexual del paciente, y que a raíz de resultar seropositivo, queda al descubierto.

La familia actualmente en fase de separación.

Caso No.7

Masculino, 28 años de edad, bisexual, obrero, proveniente de familia extensa, con límites establecido, complementaridad negativa hacia la esposa, pero con respeto a los subsistemas conyugal, parental y fraterno; la familia responde en forma alarmante ante el conocimiento de la infección en el paciente, por lo que es llevado para su atención, fundamentalmente médica. No existiendo alteración en la dinámica familiar.

Caso No.9

Masculino, 47 años de edad, bisexual, empleado de gobierno, proveniente de familia nuclear, en donde los límites se encuentran bien establecidos, existe respeto en los subsistemas conyugal, parental y fraterno, donde él es la figura paterna. Su familia desconoce realmente la forma de transmisión de la infección, por lo que responden con preocupación, proporcionando al paciente cuidado y afecto.

Caso No. 10

Masculino de 16 años de edad, heterosexual, vendedor ambulante, limpiaparabrisas, malabarista, etc., proveniente de familia numerosa, con límites mal establecidos, sin respeto a los subsistemas parental y fraterno, con vínculos rígidos y complementariedad negativa hacia la madre. La familia se ha mostrado indiferente ante el problema de la seropositividad, dado que ésta ocurre por un abuso homosexual, y si bien el rechazo no es abierto hacia el paciente, tampoco existe el deseo de proporcionar ayuda, cuidado o afecto.

Caso No. 11

Masculino, 28 años de edad, homosexual, oficinista, proveniente de familia nuclear, con límites pobres, poco respeto, sobre todo al subsistema parental, con vínculos difusos, en donde es el hijo.

La familia no ha superado la primera etapa de confrontación con la enfermedad, por lo cual no lo aceptan, esto ha condicionado alteraciones en la dinámica familiar.

Caso No.12

Masculino, 38 años de edad, homosexual, estilista, proveniente de familia nuclear, con límites no adecuados y poco respeto al subsistema fraterno, por lo que la vinculación es inadecuada, con una respuesta pobre y negativa hacia la enfermedad del paciente. Sin permitir además el manejo abierto de la misma.

Caso No. 13

Femenina de 22 años de edad, heterosexual, contador público, que ejerce la prostitución en forma ocasional, proveniente de familia nuclear, con límites establecidos, sin respeto al subsistema parental, con vínculos rígidos, sobreprotección; la respuesta de la familia, al inicio de preocupación que debido a los vínculos inadecuados se torna en indiferencia, sin aceptar la posibilidad de ayuda, que finalmente, no afecta a la paciente pues para ella era la respuesta esperada.

Caso No. 14

Masculino de 40 años de edad, bisexual, cantinero, proveniente de familia extensa, con límites establecidos, con respeto a los subsistemas conyugal, parental y fraterno, con respuesta de amalgamamiento ante el conocimiento de la enfermedad, sin que esto produzca alteraciones en la dinámica, otorgando ayuda cuando es necesaria para el paciente.

Caso No. 15

Femenina de 29 años de edad, heterosexual, técnico en turismo, proveniente de familia nuclear, con límites mal establecidos, con poco respeto hacia el subsistema parental y nulo para el fraterno, con vinculación difusa. La respuesta inicial fue de apatía, pero sin mostrar rechazo franco hacia la paciente. Su dinámica, previamente alterada, no se modificó.

Caso No. 16

Masculino de 33 años de edad, homosexual, estudiante, con límites establecidos, con respeto a los subsistemas, con pobre vinculación, sin que ésto afecte la dinámica familiar. La respuesta fue de indiferencia, por lo que el paciente, por sus propios medios ha buscado atención.

Caso No. 17

Masculino de 25 años de edad, heterosexual, obrero, con límites bien establecidos, de familia nuclear, con respeto a los subsistemas conyugal, parental y fraterno, sin modificaciones en su dinámica, a pesar de la seropositividad del paciente.

Ignorancia ???

Caso No.18

Femenino de 38 años de edad, heterosexual, ama de casa, proveniente de familia extensa, con límites bien establecidos, respeto a los subsistemas conyugal, fraterno y parental, adquiere la infección por contacto con su esposo, lo que ocasiona que la familia se muestre preocupada, y busca ayuda y orientación, misma que le es proporcionada, con lo cual han podido manejar bien la situación , sin mostrar alteraciones en su dinámica.

Caso No. 19

Masculino de 34 años de edad, homosexual, empleado, proveniente de familia nuclear, con límites bien establecidos, respeto a

los subsistemas, con vinculación adecuada. La respuesta de la familia ha sido de protección, cuidado y afecto. Es hijo único.

Caso No. 20

Masculino de 28 años de edad, homosexual, maestro, proveniente de familia nuclear, con límites bien establecidos, con respeto a los subsistemas parental y conyugal, con vinculación clara. La respuesta de la familia ha sido adecuada, buscando orientación para proporcionar la ayuda adecuada.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### ANALISIS DE RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes, todos ellos radicados en el Distrito Federal, con edades que abarcaron desde los 16 hasta los 47 años de edad, tal como se muestra en la gráfica 1. Las ocupaciones fueron diversas, de igual manera al estrato socioeconómico. Tabla 3

El grupo estuvo formado por 17 hombres y 3 mujeres, correspondiendo al 85 y 15%, respectivamente. Fig. 1

La vía de transmisión en el 100% de los casos fue la vía sexual (fig.2), y la inclinación sexual predominante fue de el 45% de los casos la homosexualidad, presentándose en un 30% la bisexualidad y únicamente en un 25% la heterosexualidad. Fig.3

Finalmente, la evaluación de la dinámica familiar arrojó los siguientes datos: 13 de ellos pertenecen a familias funcionales, lo que corresponde a un 65%, y únicamente 7 de ellos demostraron ser disfuncionales familiarmente, arrojando un porcentaje del 35%, en cuyos casos la disfunción pareció ser anterior a la aparición de la enfermedad (fig.4).



#### COMENTARIOS:

Durante los últimos años, la existencia de una nueva enfermedad revoluciona al mundo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y pone al mundo médico y no médico ante una pandemia, pues se trata, como ya es conocido, de una enfermedad infectocontagiosa y mortal.

Sus alcances han superado a lo esperado por los epidemiólogos y obviamente, además de los estragos orgánicos, que como cualquier enfermedad mortal, implican, su repercusión social y familiar es importantísima.

Sin embargo, el haberse dedicado fehacientemente a conocer su evolución clínica, sus síntomas, a tratar de encontrar un posible tratamiento médico, paliativo y/o curativo, el afán por encontrar una posible vacuna como medio preventivo, ha ocasionado que no se hayan estudiado ampliamente sus repercusiones sociales y familiares.

No nos ha sido posible encontrar documentos que aborden el problema familiar de éstos pacientes, y sin embargo, existen ya organizaciones que proporcionan ayuda y apoyo a estas familias.

Dichas organizaciones han observado de igual manera, que en la medida que el paciente sea mayormente aceptado por su familia y la sociedad, la calidad de vida mejora.

Y todo ello ha proporcionado un viraje en los resultados que se esperaban y en él se encontró al finalizar el presente trabajo. Y es un fenómeno curioso, pues se observó que las

familias que anteriormente al comprobar que un miembro de la familia es seropositivo, eran disfuncionales y continúan siendolo. A pesar de éste hecho, e incluso, nos sugeriría que la relación se invierte, esto es, que la presencia de disfuncionalidad familiar puede influir, de alguna manera, a que el paciente haya adquirido la enfermedad.

Idea que causa controversia y que daría pie a una nueva investigación para poderla comprobar.

**CONCLUSIONES:**

1. Que mientras los años pasan, la evolución de la enfermedad ha mostrado cambios en lo relacionado al aspecto social y familiar, iniciados tal vez, por la integración de diversos grupos para proporcionar cuidado y afecto.
2. Que contrariamente a lo esperado, un alto porcentaje de nuestra muestra demostró pertenecer a núcleos familiares funcionales.
3. Que sólo un bajo porcentaje de los casos, fueron disfuncionales, casos en que la disfuncionalidad preexistía al síndrome
4. La necesidad de continuar estudiando a la familia integralmente para conocer si de alguna manera, la existencia de disfunción familiar contribuye a la adquisición de la infección.
5. Que una persona con conocimientos de familia, en todos sus aspectos, es capaz de manejar a éstos pacientes, siendo en este caso, la persona más idónea el médico familiar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arredondo J.L., Karchmer K.S.: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Embarazo. En Karchmer K.S. Temas Selectos en Reproducción Humana, México INPER. 1989
2. American Psychologist Journal of American Psychological Association Vol. 43, Nov. 1989.
3. AIDS and nervous Sistem. 1989 - 1990
4. AIDS Diagnosis and Control Currente Studio. 1989
5. Avances en el estudio del SIDA de la enfermedad biológica a la enfermedad psicosocial. Vol. 5.3 México, 1989.
6. Bancroft J.G., Melvin J.B., Gayle C.B., Unanue P.E.: Regulation of machofage Ia. expression in nice severe immunodeficiency: Induction of Ia. expression by T cell-independent mechanism. Journal of Immunology Vol. 137. Jul, 1986.
7. Block P.H., Lony E.M.: HIV infection during pregnancy. Psycosocial factor. Mother and Child. 1988.
8. Comité Nacional de prevención contra el SIDA. Boletines Informativos 1989-1990.
9. Daniels G.V. SIDA México. Manual Moderno. Eds. 1988.
10. El SIDA en preguntas. Aspectos psicosociales. 1989.
11. El Médico frente al SIDA. Aspecto psicosocial. 1989.
12. First Panamerican Conferience of AIDS. 1989.
13. Gallo C.R. The AIDS SCI. AM. 1988.
14. Guzmán S.A. y col. Reflexiones sobre el SIDA en 1 consulta diaria. Ginec. y Obstet. Méx. 1988.
15. Lancet. Depresión, Estress e Inmunidad. Lancet Ed. Español Vol. 11, 1989.
16. SIDA Enfoque, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Enfoque psicosocial. Salvat. 1989.
17. Mc. Kusin L. The impact of AIDS en practitioner and liet. Notes for the therapeutic relationship. American Psychologist. 1988.
18. Morin F.S. AIDS: The challenge to psycologi. American Psychologist. 1988.

19. S.I.D.A. Perfil de una epidemia. 1988
20. S.I.D.A. Realidades y fantasías. Aspecto psicosocial. 1988
21. Sevoir H.S. SIDA flagelo de nuestra época. Revista SIDA. 1989.
22. Tesis profesional. Cambios en la conducta psicosocial del homosexual con SIDA. UNAM. 1987.
23. Tesis profesional. Actitud ante el SIDA en un grupo de adolescentes en el D.F. UNAM. 1987.
24. Tesis profesional. SIDA. Avances recientes. UNAM. 1989.
25. Tross S., Hirsh D.A. Psychological distress and neuropsychological complication of HIV infection and AIDS. American Psychologist, 1985.
26. Valencia A. Aspectos psicosociales y neuropsiquiátricos en pacientes con VIH. SIDA, Ciencia y Sociedad. Mex. 1989.