

318



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGON**

**"EL SIDA COMO CAUSAL DE DIVORCIO Y LOS
DAÑOS PSICOLÓGICOS AL PORTADOR
EN CASO DE CONCEDER ESTE".**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
MORALES ZAVALA SANTIAGO**

284032

**ASESORES: LIC. GLORIA ZARATE DIAZ
LIC. MANUEL MORALES MUÑOZ
LIC. DAVID ROMERO HERNANDEZ**

MEXICO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES.

A MI MADRE
POR TODOS LOS ESFUERZOS
QUE REALIZÓ A LO LARGO
DE MI VIDA.

A LA MEMORIA DE MI PADRE.
QUE HOY YA NO SE ENCUENTRA CONMIGO
PERO QUE SIEMPRE ME ACOMPAÑA EN MI CORAZÓN.

A MIS HERMANOS.

GRACIELA, JESÚS Y SONIA.
QUE SIEMPRE ME APOYARON
Y ESTUVIERON JUNTO A MÍ EN
LOS MOMENTOS DIFÍCILES.

A MIS ABUELITOS Y TÍOS.
POR SUS ENSEÑANZAS Y EJEMPLOS.

NORMA.

POR TODO TU APOYO EN LA ELABORACIÓN
DE ESTA TESIS. GRACIAS POR ESTAR A MI LADO
EN ESTE MOMENTO TAN INPORTANTE DE MI VIDA.
TE AMO

A LA ENEP ARAGÓN.
POR HABER PERMITIDO QUE
ME DESARROLLARA ACADÉMICAMENTE.

A DIOS.

POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD
DE OCUPAR UN LUGAR EN ESTA VIDA.

A MIS ASESORES.

LIC. GLORIA ZARATE DIAZ.

LIC. MANUEL MORALES MUÑOZ.

LIC. DAVID ROMERO HERNÁNDEZ.

POR BRINDARME SU AMISTAD Y APOYO
INCONDICIONAL EN LA ASESORÍA Y ELABORACIÓN
DE ESTE TRABAJO. MUCHAS GRACIAS.

AL JURADO.

POR HABER PARTICIPADO EN LA
EVALUACIÓN DE ESTE PROYECTO

ÍNDICE

TEMAS

PÁGINAS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO PRIMERO, ASPECTOS GENERALES DEL SIDA.

1.1	RESEÑA HISTÓRICA	
1.1.1.	ORIGEN Y PRIMEROS CASOS DE SIDA	8
1.1.2.	EL SIDA EN MÉXICO	10
1.2.	CONCEPTO DE VIH	14
1.3	FORMAS DE CONTAGIO	16
1.4	DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH	20
1.5.	ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA ENFERMEDAD	24
1.6.	TRATAMIENTO DEL SIDA	28
1.7	MEDIDAS DE PREVENCIÓN	32

CAPÍTULO SEGUNDO. DIVORCIO

2.1.	NATURALEZA JURÍDICA DEL DIVORCIO	34
2.2.	DEFINICIÓN DE DIVORCIO SEGÚN LA DOCTRINA MEXICANA	38
2.3.	EL DIVORCIO EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA	40
2.4.	DIFERENTES CLASES DE DIVORCIO	44
2.5.	CAUSALES DE DIVORCIO	50

2.5.1. LAS CAUSALES DE DIVORCIO DE ACUERDO AL ARTÍCULO 267 DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL	54
2.5.2. ANÁLISIS DE LA FRACCIÓN VI DEL CÓDIGO CIVIL	76

CAPÍTULO TERCERO. REPERCUSIONES EN LOS ENFERMOS DE SIDA A CONSECUENCIA DEL DIVORCIO Y PROPUESTA.

3.1. FÍSICAS	81
3.2. PSICOLÓGICAS	94
3.3. ENTREVISTA CON ENFERMOS DE SIDA	104
3.4. LA NO CONCESIÓN DEL DIVORCIO, CUANDO EL PORTADOR DE SIDA LO HAYA ADQUIRIDO POR CAUSA NO IMPUTABLE A ÉL	110

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Actualmente existen dos grandes males que aquejan a la humanidad, uno de índole epidemiológico como lo es el SIDA y, el otro, de tipo social el divorcio.

El SIDA mejor conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Los primeros casos de la enfermedad fueron detectados en 1981 en los Estados Unidos. Aunque prácticamente desde un principio se consideró que se trataba de una enfermedad infecciosa, hasta 1983-1984 no se descubrió y caracterizó al agente que la causaba, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), antes conocido como HTLV-III/LAV, y hasta 1985 no se desarrolló un método confiable para demostrar la infección mediante la detección en la sangre de anticuerpos específicos contra el virus.

Se trata pues de una enfermedad recientemente identificada, sobre cuyo conocimiento se han dado impresionantes progresos, aunque no lo suficientes para dominar todo su espectro. Los conceptos actuales sobre la historia natural de la infección por VIH seguramente continuarán modificándose conforme existan nuevos estudios y se definan variables individuales o grupales.

Como su nombre lo indica, se puede decir que un paciente tiene SIDA a partir del momento en que su sistema inmunológico ha sufrido, por efecto de la acción del VIH, un deterioro tal que lo incapacita para defenderse contra ciertos agentes infecciosos que en condiciones normales no producen enfermedad o la producen en forma leve y rara vez fatal.

En nuestro país, el SIDA es una enfermedad que predomina en el sexo masculino, sobre todo entre grupos de jóvenes y en particular entre homosexuales y bisexuales; aunque ya se presentan casos entre adictos a drogas por vía intravenosa o por transfusiones sanguíneas. En México la epidemia del SIDA alcanza cada vez mayor número de víctimas.

Ahora bien, los resultados de los análisis practicados reflejan que los hombres son seis veces más afectados que las mujeres; que la comparación se da de uno de cada 990 hombres, contra una de cada 6994 mujeres.

La ruptura de la familia, el fin de los vínculos que la originaron producen en nuestro medio la génesis de uno de los mayores problemas: el divorcio.

El amor fundamento esencial y básico de la familia debe denotar permanencia en el tiempo, e indisolubilidad particularmente si se procrean hijos.

Es cada vez mayor el número de matrimonios que poco tiempo después de haber contraído nupcias solicitan el divorcio, en estos casos el problema no es tan grave

si no han procreado hijos, pues de lo contrario, son éstos la gran víctima de la disolución del vínculo matrimonial.

Cabe mencionar que si estos dos grandes problemas se dan por separado, originan un gran mal para la sociedad, si los unimos traen como consecuencia un problema de terribles consecuencias para la unión familiar.

Lo anterior puede ocurrir cuando uno de los cónyuges contrae el SIDA, pero éste fue adquirido de manera fortuita, es decir, que el enfermo se haya contagiado por una causa ajena a éste, como puede ser el caso de una transfusión de sangre contaminada, o bien por el empleo de instrumentos quirúrgicos contaminados. Ya que es injusto que el cónyuge enfermo sea abandonado por el otro, olvidándose de los fines primordiales del matrimonio que son fidelidad y la mutua ayuda. Pues es en estos momentos tan difíciles para el enfermo, el que se encuentre a su lado el ser querido, para darle apoyo, confianza y seguridad a lo largo de la enfermedad. Pues además de las funestas consecuencias y problemáticas que conlleva el SIDA, tanto físicos como psicológicos, es inhumano que también tenga que cargar al mismo tiempo con una demanda de divorcio. En cambio, cuando el cónyuge enfermo se ha contagiado por un motivo imputable a él, si es justo que se otorgue el divorcio, ya que adquirió la enfermedad por haberle sido infiel a su cónyuge; pues violó uno de los fines primordiales del matrimonio que es la fidelidad.

Por lo anterior es que propongo, que se analice y revise el apartado de la fracción VI del artículo 267 del Código Civil; pues en su primer párrafo hace referencia al padecimiento de una enfermedad crónica e incurable, como lo es el SIDA, pero debe limitarse, con respecto a que si el cónyuge contrajo el SIDA por una causa atribuible a éste o a una causa totalmente ajena.

I. ASPECTOS GENERALES DEL SIDA.

1.1. RESEÑA HISTÓRICA.

1.1.1. ORIGEN Y PRIMEROS CASOS DE SIDA.

Los científicos están interesados en conocer y descubrir el origen del virus de la inmunodeficiencia humana por varias razones; ya que la identificación del origen y patogenia de las enfermedades ocasionados por el virus en otros huéspedes, podría orientar las acciones para controlarlo. Primero se enfocó la atención en África como posible sitio donde se originó el SIDA debido a que: 1) recientemente se descubrieron nuevas enfermedades virales graves en África (virus Ebola, Marburg y de la fiebre Lassa); 2) la mayor incidencia del SK sucede en África ecuatorial (sobre todo Zaire, Ruanda, Burundi, Uganda, Tanzania, Malawi y Kenia), donde es endémico y 3) en Europa 22% de los pacientes con SIDA provenía del África allende el Sahara.

Varias líneas de evidencia sugieren como huésped natural al mono verde africano. Hace poco se aisló un lentivirus en el chimpancé, íntimamente relacionado con VIH-1, más que otros lentivirus ya aislados en primates. En fecha reciente, se han propagado al ser humano otros virus animales hematógenos, que abarcan los causantes de la fiebre Lassa, la enfermedad de Marburg y la fiebre hemorrágica Ebola. A pesar de ello las personas afectadas por cualquiera de estas enfermedades, por lo general, mueren con cierta rapidez, en poco tiempo, y en los sobrevivientes la respuesta inmune destruye el virus después de una viremia de corta duración. Por tanto, no podrían generar una epidemia en humanos.

De este modo no se sabe exactamente el origen geográfico del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre.

Se trata de una enfermedad nueva, puesto que sólo podemos señalar unos cuantos informes, anteriores a la década de los años 80, de individuos que murieron sin un diagnóstico preciso, pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA; de hecho, cada vez son más los ejemplos que documentan estos casos. A continuación se mencionan algunos casos de ellos.

1959: En Zaire, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta.

1969: Un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

1976: La muerte de una familia noruega, una niña y sus padres el padre presentó, desde 1966, un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. Murió en abril 1976.

La madre presentó, desde 1967, infecciones recurrentes. A partir de 1973, el cuadro empeoró, con diagnóstico de leucemia, y un cuadro neurológico progresivo. Murió en diciembre de 1976. La niña presentó infecciones bacterianas graves, con complicaciones pulmonares, y murió en enero del mismo año. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA al realizar las pruebas de ELISA y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

1977: Un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire de 34 años de edad, que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con cuadro clínico compatible con SIDA.⁽¹⁾

Por lo que se refiere a los Estados Unidos, el 5 de junio de 1981 los investigadores proporcionan a la comunidad científica una extraña información: cinco jóvenes, todos homosexuales, padecen una infección pulmonar rarísima, la neumocistosis. Los médicos se asombran de en que su país se advierta un gran crecimiento de estos casos. El enigma aumenta cuando se constata que esta enfermedad se desarrolló en dos regiones: los estados de New York y California.

La neumocistosis, que intrigó tanto a los norteamericanos en ese año, se manifiesta en situaciones bien particulares: vive como parásito tranquilo. Es un protozooario constituido de una sola célula que se aloja en las vías respiratorias de casi cada uno de nosotros.

En octubre de 1985 Clavel, Montagnier y sus colaboradores identificaron un nuevo virus de la inmunodeficiencia adquirida humana en muestras de sangre aplicadas a personas con SIDA en Portugal, pero con residencia anterior en África occidental.

En la actualidad, se ha detectado de manera principal en África occidental (Senegal, Burkina Faso, Guinea Bissau, Costa de Marfil y las Islas de Cabo Verde). El primer caso de SIDA se diagnosticó en diciembre de 1987 en Nueva Jersey en un paciente originario de África occidental; sin embargo se han detectado más casos.

El virus del SIDA, aislado primero en Francia por Luc Montagnier y, poco después en Estados Unidos por Robert S. Gallo, fue llamado al principio LAV-HTLV III, después por acuerdo internacional, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

1 Jaime Sepúlveda Amor. *Sida, Ciencia y Sociedad en México* 2ª. ed., México, Fondo de Cultura Económica. 1989. págs. 18-19.

En resumen, el asunto del origen del VIH y el SIDA se ha convertido en un tema político. La opinión actual es que hubo casos esporádicos de SIDA en E.U.A. y otras partes del mundo desde hace tiempo, pero quizá la infección de VIH existió como enfermedad endémica. Las dos teorías principales, con mayor probabilidad de ser ciertas, respecto al origen de VIH siguen siendo: 1) VIH siempre estuvo presente en poblaciones humanas y de alguna manera se transmitió, sin ser reconocido debido a su baja prevalencia o a su confinamiento, a grupos aislados de población, cambios en la sociedad y otros factores favoreciendo su reciente diseminación, y 2) el virus llegó a poblaciones humanas transmitido por otras especies animales, en fecha relativamente reciente.

1.1.2. EL SIDA EN MÉXICO.

Desde el año 1983 cuando se efectuó el primer diagnóstico de SIDA en México, surgió el problema, al principio de modo insidioso, y después como epidemia. En el Hospital General de México, dada la importancia de la situación se llevó un registro sistematizado de la información a partir del último trimestre de 1985, de tal manera que para enero de 1995 se rebasarán los 2000 casos registrados de pacientes infectados por VIH, de los cuales, en la actualidad, el 90% tiene SIDA y el resto son portadores.

La incidencia ha evolucionado de manera logarítmica ascendente hasta 1990 y después, sigue un patrón de crecimiento amortiguado en el cual el número de nuevos casos por año es de alrededor de 275, considerado inclusive el año 1994.

La afectación, como en otras series se dio entre los 20 y 40 años de edad al inicio de los registros, con un promedio de 31 años, y luego se observó una tendencia discreta a la elevación del promedio de edad en los últimos 3 años de tal manera que actualmente es de casi 34 años; situación inversa a lo que ocurre en los lugares de Estados Unidos, donde la infección de VIH tiende a elevarse en grupos de menor edad, lo cual constituye un mal pronóstico al indicar el temprano, frecuente e irresponsable de las relaciones sexuales por adolescentes porque lamentablemente están engrosando las estadísticas.

La relación hombre/mujer varió de 19:1 en 1995 hasta 6:1 en el periodo 1994-1995 y ha permanecido sin variación los últimos 3 años.

La población estudiada procede de la ciudad de México en 52.2% de los casos y, el resto, de otros estados en especial del estado de México y Veracruz; o incluso del extranjero; por ejemplo el 2% procede de Estados Unidos.

La diversidad y ocupaciones en nuestra población estudiada son amplias no existe predominio por actividad alguna entre heterosexuales, si acaso entre homosexuales una preferencia por dedicarse con mayor frecuencia en preparación de alimentos, estéticas, danza, etcétera, sin una tendencia difinitiva.

La información que se ha recabado hasta ahora, ha permitido entender el comportamiento epidemiológico de la infección por VIH en México; en primer lugar, el asentamiento del problema en las poblaciones homosexual y bisexual, para pasar de estos últimos a la población heterosexual.

Aún los homosexuales y bisexuales predominan como población afectada y representan globalmente el 56%. Los heterosexuales varones representan el 30% del total, y las mujeres el 14% estas últimas con una tendencia a la alta como se aprecia también en el resto del mundo.

Algunos estudios realizados en México, como las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), han sido útiles para darnos cuenta de lo poco que conocemos sobre patrones de comportamiento sexual. En nuestro país, donde la drogadicción intravenosa no representa un problema de transmisión de importancia, las dos terceras partes de los casos femeninos se deben a transfusiones sanguíneas. Sin embargo, todo parece indicar que el aumento de casos entre la población de mujeres se ha dado de manera importante a través de la población bisexual masculina, que es, seguramente, más numerosa de lo que se pensaba. Llama la atención el hallazgo de que muchos hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres no se consideran así mismos homosexuales, cuando actúan como la parte activa.

En encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de estos conocimientos en las prácticas sexuales, por la otra. Es significativo que las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir la infección de VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

Ninguna campaña de educación sanitaria tiene, ni remotamente, los grados de complejidad que tiene la del SIDA. Por una parte, existe la necesidad, desde la perspectiva de la salud pública, de hacer llegar un mensaje contundente sobre el uso del preservativo o condón a una parte importante de la población sexualmente activa, y por otra, es necesario respetar la sensibilidad de amplios grupos de la población, que se sienten molestos ante la crudeza de los mensajes.

Diseminar información sobre el SIDA es necesario, pero no suficiente. Se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación.

Un tema que en especial ha causado polémica ha sido el manejo de la palabra condón en la campaña educativa. Los grupos de opinión se expresaron, vivamente, tanto a favor como en contra. Los grupos conservadores criticaron e incluso demandaron judicialmente la campaña, por propiciar, desde su particular punto de vista, la promiscuidad en las relaciones sexuales. Artistas e intelectuales, entre otros, aplaudieron la apertura y apoyaron la medida sanitaria.

La resistencia al empleo del vocablo condón ha sido y sigue siendo un obstáculo para el diseño de campañas claras y directas, que verdaderamente lleguen de manera comprensible a toda la población. hecho que por lo demás ha demostrado ser requisito indispensable en las campañas educativas, cualquiera que sea su naturaleza.

Con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, se creó en México en el año de 1986, el Comité Nacional de Prevención del SIDA, CONASIDA, a fin de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud.

El Comité evolucionó, por la magnitud y complejidad del problema y la necesidad de impulsar el problema, hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: el consejo nacional para la prevención y control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado, ya que se busca promover la interacción de los tres actores en juego, para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

La prevención del SIDA requiere que la comunidad la asuma como compromiso propio. La sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales; grupos de homosexuales y de gentes interesadas en ofrecer su trabajo, para contribuir a que la enfermedad no continúe su expansión.

Conforme a datos aportados por el CONASIDA, se ha colocado a México como el tercer lugar en prevalencia de casos y muertes en el continente americano, después de Brasil y Estados Unidos.

De acuerdo a la tendencia de crecimiento de casos de SIDA en nuestro país, se calcula que para el año 2000 un miembro de cada familia mexicana podría padecer de este mal, para el cual aún no se ha encontrado solución. Esta tendencia amenaza con crecer todavía más por el hecho de que la juventud no ha logrado asimilar la gravedad de esta enfermedad, ya que la poca información que se genera para su prevención no ha sido lo suficientemente efectiva, debido, entre otros factores, a los

prejuicios morales que la misma sociedad antepone sobre la sexualidad, comentan algunos especialistas.

Con la tendencia creciente de esta enfermedad y ante la falta de una vacuna que pueda combatirla, los organismos internacionales encargados de la salud (OMS y ONUSIDA), estiman que diariamente, en todo el mundo, alrededor de 16 mil personas se contagian con el VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), generador del SIDA.

En este sentido, el SIDA se ha convertido en el problema de salud pública de mayor complejidad en todas las sociedades, por supuesto incluido nuestro país. Según el ONUSIDA, en la actualidad en todo el mundo más de 30.6 millones de personas padecen esta enfermedad, de las cuales 11.3 millones viven en América Latina, continente en el que sin incluir a Estados Unidos, nuestro país se ubica en el segundo sitio.

Le doctora Patricia Uribe Zuñiga, coordinadora del Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA) refiere que desde 1981 y hasta la fecha, se han registrado en México 52 mil casos del llamado " mal del siglo ". Con base en esta cifra, se calcula que el número real de infectados con el VIH es de poco más de 208 mil personas.

Es decir, se estima que por cada persona que ha desarrollado el virus, existen cuatro más que tienen el virus en su sangre, pero que aún no se desarrolla la enfermedad, o sea que son seropositivos.

Tan sólo en lo que va del presente año, en el Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, se ha reportado 405 casos más a la ya larga lista de infectados. Únicamente en la última semana de agosto se registraron 31 casos más en esa dependencia. Esto quiere decir que en nuestro país diariamente se registran cuatro nuevos contagios, lo que significa que cada 6 horas un mexicano adquiere el "mal del siglo". Cabe destacar que estas cifras son sólo las que se reportan, pues según los especialistas la cifra real podría ser el doble, pues muchas personas nunca se diagnostican la enfermedad hasta que ya se les desarrolló, incluso, en muchas ocasiones sólo se sabe hasta que la persona muere.

México sigue respondiendo de manera intensa ante la situación de alerta que están viviendo todas las naciones del mundo, en varios centros del país se investigan los aspectos médicos y sociales del SIDA.

1.2. CONCEPTO DE VIH.

El SIDA es una enfermedad infecciosa y mortal, causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que ataca el sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier microorganismo.

SIDA significa:

SINDROME: Conjunto de síntomas y signos.

INMUNO : Se refiere al sistema de defensas llamado sistema inmunológico encargado de reconocer y eliminar todos aquellos microorganismos perjudiciales para el hombre.

DEFICIENCIA: Falla o función insuficiente.

La inmunodeficiencia hace que el organismo humano quede expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres, ya que el sistema inmunológico está deficiente.

ADQUIRIDA: Hace referencia que esta enfermedad no es hereditaria, sino que se contrae en algún momento de la vida.

Las siglas VIH significan "Virus de la Inmunodeficiencia Humana", es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, capaz de instalarse en las células y permanecer en éstas por años antes de manifestarse. El VIH es un virus insidioso, corrompe los fluidos vitales, convirtiendo la sangre y el semen, de fuentes de vida en instrumentos de la muerte. Por lo pronto, no existe tratamiento ni vacuna contra el virus, por lo que una vez que se desarrolla conduce, casi inexorablemente, a la muerte en tiempo muy corto.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es la manifestación, final y más grave de una pérdida progresiva de la inmunidad celular, causada entre otras, por la destrucción de linfocitos por acción directa o indirecta del virus de la inmunodeficiencia humana.

El VIH es un retrovirus, esto sugiere que la infección puede persistir toda la vida. VIH es un virus RNA cuyo sitio primario de unión es el receptor CD4 presente en linfocitos D4 y otras células incluyendo macrófagos y ciertas células del sistema nervioso central. Este virus reduce el número de linfocitos D4, generando una relación inversa auxiliares/supresores (T4/T8). Las investigaciones recientes sugieren que células desprovistas de moléculas CD4 también pueden infectarse con VIH y la infección coexistente con otros virus, como HTLV-I facilita este proceso. Una enzima, la transcriptasa inversa, transcribe el código genético contenido en el RNA viral al DNA. En ese momento el DNA viral puede integrarse, o no, a los cromosomas de la célula huésped. El virus tiene posibilidad de permanecer en la célula huésped sin expresar los genes virales, con poca o ninguna síntesis de proteínas virales. Por tanto, el virus quedará latente, los virus en la circulación serán pocos o ausentes y el sistema inmunitario no reconocerá a las células infectadas para eliminarlas. La activación de células normales, en respuesta a los antígenos,

parece conducir a la expresión de genes virales por transcripción y traducción de los genes contenidos en las proteínas del virus; estas proteínas se ensamblan para constituir nuevas partículas virales dentro del citoplasma celular y se liberan cuando la célula se divide. Estas partículas virales pueden infectar nuevas células. Las células antes infectadas por lo usual mueren. Con el tiempo el sistema inmunitario está dañado por completo por la pérdida de células T4 y otras alteraciones. Además VIH tiene capacidad para eludir la vigilancia del sistema inmunitario mediante cambios en su aspecto genético en el transcurso del tiempo, aún dentro de una misma persona. Más aún, el VIH además puede activar mecanismos autoinmunitarios y la fusión de células mediada por el virus afectará células no infectadas.

Aún, no se dispone de una definición precisa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida por que se sabe relativamente poco sobre el proceso patológico básico y los defectos inmunológicos resultantes. La definición de trabajo del Comunicable Disease Surveillance Center de Collindale, adoptada de los CDC (Centers for Disease Control-Centros para el Control de Enfermedades) en Atlanta, E.U.A, es la siguiente:

Para los fines limitados de investigación epidemiológica, un caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida se define como aquel en que una persona tiene:

- 1 Una enfermedad diagnosticada con seguridad que indica cuando menos en forma moderada una deficiencia inmune celular subyacente (como una infección oportunistas o sarcoma de Kaposi en una persona menor de 60 años)
2. Ninguna causa subyacente de deficiencia inmune celular ni otra alteración que la disminución de la resistencia que se haya relacionado con esa enfermedad.

La definición ha sido bien aceptada por muchos países y el centro de colaboración de la Organización Mundial de La Salud (OMS) para SIDA.

Se tiene la esperanza de disponer en un futuro cercano de una definición más precisa de SIDA basada en criterios serológicos, por ejemplo presencia de anticuerpos VIH y marcadores de las anomalías características del SIDA, o ambos. Además, ahora que se ha identificado el virus del SIDA también debe ser posible precisar a los portadores asintomáticos o sintomáticos de la enfermedad y a quienes desarrollarán posteriormente el síndrome en toda su expresión.

1.3. FORMAS DE CONTAGIO.

Las principales maneras comprobadas de transmisión VIH son por contacto sexual íntimo, homosexual o heterosexual, con personas infectadas con VIH; transfusión de sangre o productos sanguíneos contaminados, compartir instrumentos y otros métodos para administrarse drogas y transmisión del virus de una madre infectada al feto in útero o al recién nacido durante el trabajo de parto y la expulsión o en los primeros días de vida del recién nacido. En Estados Unidos, el modo más común de propagación es la transmisión durante el contacto sexual entre varones homosexuales. Se afirma que VIH puede propagarse por insectos como mosquitos sobre todo en climas tropicales, pero todavía no hay evidencia convincente de patrones epidemiológicos de dicha transmisión. Los investigadores han observado que el VIH sobrevive varios días en insectos hematófagos como el mosquito en la cual la concentración de VIH es muy alta, pero no hay evidencia de que el virus se desarrolle en insectos o se transmita al ser humano por medio de éstos. A continuación hablaré en forma muy somera de las más importantes formas de contagio del SIDA:

TRANSMISIÓN SEXUAL.

En E.U.A. la transmisión del HIV durante contacto sexual sucede de manera principal entre varones homosexuales; en África, el Caribe y otros países dicha transmisión tiene lugar de manera principal en el contacto sexual entre varón y mujer. Está bien comprobada la transmisión sexual tanto de varón a mujer como de mujer a varón, pero aún no se establece la eficacia relativa de cada una, aunque la transmisión de varón a mujer parece ser más eficiente. La transmisión heterosexual es durante el coito vaginal más bien que el coito anal; el virus del SIDA se puede transmitir durante una violación heterosexual u homosexual. Hay informes de transmisión del virus por inseminación artificial a causa de un donador infectado. También se conocen casos de transmisión durante contacto sexual entre mujeres homosexuales, pero es una modalidad rara. Además, se ha descrito la transmisión por sexo oral. Los índices de infección por el VIH en niños, cuyo único factor de riesgo es el abuso sexual, van en aumento.

Se atribuye a las relaciones sexuales el principal factor de riesgo para contraer el VIH el 84.4% al que se suma alrededor el 10% de factores mixtos (sexual y transfusión remunerada de sangre) por lo que se considera que la promiscuidad es el principal elemento que, para estos fines, debe conceptuarse factor epidemiológico al existir cadena de transmisión. (2)

Bastan dos personas, con una de ellas infectada para que pueda llevarse a cabo dicha cadena de transmisión, independientemente de juicios psicológicos, sociológicos, morales o religiosos. En ocasiones una o pocas relaciones sexuales son suficientes para infectarse con el virus y el problema avanza silenciosamente de una persona a otra antes de un diagnóstico oportuno.

Intervienen factores del huésped como son: el tipo de relación sexual, la frecuencia de las mismas, protección con condón o no, el uso del nitrito de amilo, la presencia de enfermedades venéreas como sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo etcétera. También cuentan factores del virus por la cepa o cepas presentes, subvariedad de asa, que en conjunto interactúan con el aparato inmune del huésped, y la capacidad del agente viral para incorporarse correctamente al genoma humano de tal modo que sea factible la manipulación celular. El homosexual por el solo hecho de realizar el coito anal, evoluciona con frecuencia a un bloqueo inmunitario por depósito de semen en recto, absorción de material genético, reconocimiento inmunitario y paralización del mismo, debido en parte al exceso y calidad de información, conduciendo al sujeto a una inmunodepresión celular por este solo factor, por lo que es una persona más susceptible con relación a heterosexuales que no practican el coito anal para adquirir la infección por el VIH, dado que el colon es un tejido diseñado para la absorción y no para funcionar como vagina, la cual es relativamente impermeable y más elástica que el colon y recto. Además la penetración por vía rectal es muy traumática y favorece el asentamiento de diferentes agentes entre los que destacan la transmisión por el propio VIH, y como un cofactor, el citomegalovirus y otros agentes. La concordancia diagnóstica en parejas homosexuales es superior a la encontrada en heterosexuales, pues en estas últimas solamente una de las parejas resulta positiva en la tercera parte de los casos, de acuerdo a un estudio nacional, dirigido por la Dirección General de Epidemiología, con participación del Hospital General de México. SSA, aunque estos datos deben considerarse en función de riesgo acumulado por los dos años que duró el seguimiento, y hábitos sexuales de la pareja, con relación al coito anal, y sexo bucal.

Los cambios culturales y sociales han contribuido a la libertad sexual y a experimentar nuevas prácticas. Dichos cambios incluyen disponibilidad de anticonceptivos orales, menos miedo al embarazo, debilitamiento a los valores tradicionales, apertura a la homosexualidad y mayor eficiencia en el transporte aéreo que permite más intercambio entre las personas. Las consecuencias de estos cambios fueron un gran aumento de las enfermedades venéreas y una infertilidad cada vez mayor. Entre las recomendaciones preventivas para modificar la conducta sexual se comprende disminuir el número de parejas sexuales. A pesar de ello, Hearst y Hulley puntualizan que la infección de VIH es diferente de otras enfermedades transmitidas por vía sexual. Por tanto, no basta disminuir el número de parejas para protegerse además hay que considerar otros factores como conocer bien a la pareja y tener en cuenta la evidencia de que la gente promiscua tiende a elegir como pareja a personas también promiscuas. Tener menos parejas disminuye la posibilidad de exponerse a una pareja con conductas de alto riesgo. Tener muchas parejas incrementa el peligro de exposición al VIH. Pero, el condón y los

espermicidas todavía pueden ser útiles como protección a corto plazo aunque el contacto sexual sea siempre con la misma pareja.

TRANSMISIÓN DE ORIGEN SANGUÍNEO.

La transmisión de VIH por exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados sucede de manera principal por transfusión de sangre de un donador infectado a personas que requieren sangre por enfermedad aguda, intervención quirúrgica o enfermedad crónica como la hemofilia; por diálisis o por compartir agujas y otros instrumentos relacionados con la administración de drogas, en especial entre toxicómanos de drogas intravenosas. Lesiones ocasionadas por agujas y objetos cortantes al personal de salud caen en esta categoría de transmisión y también agujas y equipo contaminado utilizados con fines terapéuticos. También se ha descrito infección por VIH después de acupuntura y luego de recibir trasplante de órganos de personas infectadas por VIH.

En México la adquisición del virus por medio de transfusiones de sangre representa el 9% de casos nuevos, desde el año 1992, el cual incluye los casos de posible transmisión mixta.

En el caso de varones heterosexuales se aprecia en el 29.1% de los casos, y en la mujer el 32.3%, con una gran diferencia comparativa hacia homosexuales y bisexuales, con tan sólo cinco por ciento.

Este mecanismo de transmisión, requiere para su control de muchos elementos técnicos y humanos que no deben fallar. Cuenta el tipo de tamizaje por la calidad y disponibilidad de la prueba efectuada, que es generalmente **ELISA**, la capacitación del personal de laboratorio, la presencia de periodos de "la ventana" en los cuales la persona esta infectada, pero aún no ha desarrollado la formación de anticuerpos.

TRANSMISIÓN PERINATAL.

La transmisión vertical de VIH por una madre infectada al feto o al neonato en el periodo perinatal es el mecanismo de transmisión que ocupa el tercer lugar en importancia. La infección in útero puede suceder por transmisión del VIH a través de la placenta o por linfocitos maternos infectados por VIH. Es posible que la transmisión durante el parto tenga lugar por contacto con tejidos y sangre materna infectada. Aún no se establece si el tipo de parto (vaginal o por cesárea) es importante para la transmisión. Después del parto se implica la alimentación materna en la transmisión. Se puede aislar el VIH en la leche materna. La evidencia más fuerte contra la alimentación materna proviene del conocimiento de los casos de

mujeres que contrajeron el SIDA por transfusión sanguínea administrada luego del parto y cuyos lactantes se infectaron después. Sin embargo, también hay estudios que indican que las madres infectadas con VIH no la transmiten a sus hijos durante la lactancia. En el momento actual, los investigadores recomiendan a las mujeres infectadas que eviten dar el pecho a sus hijos.

OTRAS MODALIDADES.

La presencia de VIH en líquidos corporales como saliva y lágrimas es motivo de preocupación entre el público por la posibilidad de otros modos de transmisión, por ejemplo, besos, estrechar las manos, contagio por personas que manejan alimentos y otros contactos casuales. El riesgo de contraer la infección por contactos no sexuales con paciente de SIDA o con personas infectadas con VIH es muy bajo y prácticamente no existe; salvo quienes tienen contacto sexual con personas infectadas o niños nacidos de madres infectadas, sólo un integrante de la familia de los casos comunicados hasta finales de 1985, había contraído la infección VIH. En un caso, la madre contrajo VIH de su hijo infectado, pero se expuso en muchas ocasiones a todo tipo de secreciones y en apariencia no siempre siguió las precauciones recomendadas. En otro caso en 1986 en los Estados Unidos se sugirió que la transmisión había sucedido entre dos hermanos pequeños por medio de una mordedura que no desgarró la piel del niño no infectado.

En 1990 unos investigadores norteamericanos publicaron una evaluación de 206 personas que tuvieron contacto en el hogar con pacientes de SIDA, 90 casos en total. Los contactos tuvieron duración variable y las interacciones fueron de diferentes tipos, algunos casos abarcaron caricias, besos, compartir el cepillo dental y beber del mismo vaso. Entre las personas en contacto, sin ningún otro factor de riesgo, ninguna desarrolló anticuerpos al virus VIH. Una revisión del riesgo de transmisión VIH por modalidades no sexuales y no percutáneas que incluyó 14 encuestas epidemiológicas no se encontró ningún caso de VIH como resultado de contacto casual. Los médicos no pudieron concluir que la transmisión intrafamiliar era imposible, pero la evidencia sugiere que los modos conocidos de transmisión fueron los más probables.

No se excluye por completo el intercambio de saliva durante los besos íntimos como vía de transmisión de VIH aunque, en caso de existir, es un suceso sumamente raro.

1.4. DIAGNÓSTICO DEL VIH.

La infección por VIH produce una amplia variedad de situaciones clínicas, que van desde una seroconversión asintomática, hasta un cuadro clínico florido de SIDA por lo tanto, la infección puede ser sintomática o asintomática, y permite con el desarrollo actual de exámenes de laboratorio que detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH, clasificar a los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en alguno de estos cuatro grupos:

- I. Infección aguda.
- II. Infección asintomática.
- III. Linfadenopatía generalizada.
- IV. Otras enfermedades relacionadas con el VIH:
 1. Enfermedad constitucional.
 2. Síndrome neurológico.
 3. Infecciones secundarias.
 4. Neoplasias secundarias.
 5. Otras manifestaciones diferentes a las anteriores.

En la actualidad, el diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos que proporciona el paciente, y se confirma con los estudios de laboratorio específicos para demostrar la presencia de anticuerpos contra el VIH.

Para integrar el diagnóstico de SIDA, se requiere entonces conjuntar datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Por lo que se refiere a los datos epidemiológicos que indica la presencia de VIH, tenemos como infecciones oportunistas o neoplasias indicadoras de SIDA a las siguientes:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronqueal o pulmonar.
2. Criptococosis extrapulmonar.
3. Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de evolución.
4. Citomegalovirus en un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios, en un paciente de más de un mes de edad.
5. Herpes simple con ulceraciones mucocutáneas de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier tiempo de evolución que afecte a un paciente mayor de un mes de edad.
6. Toxoplasmosis encefálica en pacientes de más de un mes de edad.
7. Micobacteriosis, o enfermedad producida por el complejo del *Mycobacterium avium* o el *M. Kansasi* diseminado (en un sitio que no sea la piel, los ganglios linfáticos cervicales o los hiliares, además de considerar su efecto en los pulmones).

8. Neumonía por *P. carinii*.
9. Sarcoma de Kaposi que afecte a un paciente menor de 60 años.
10. Linfoma primario de cerebro que afecte a un paciente menor de 60 años de edad.
11. Neumonía intersticial linfoide que afecte a un niño menor de 13 años.
12. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

El registro de las enfermedades "Indicadoras" o asociadas con el SIDA continúa siendo esencial, aunque no es la única vía para detectar el curso de la epidemia.

En cuando las características clínicas del SIDA, que permite que el paciente, por su sintomatología, diversa, puede presentarse a consulta, con alguno de los siguientes especialistas: neumólogo, neurólogo, gastroenterólogo, dermatólogo, psiquiatra, infectólogo, internista, oftalmólogo, médico general, etcétera. Los signos y síntomas que permiten sospechar el diagnóstico de SIDA son:

1. Fiebre persistente.
2. Pérdida inexplicable de peso.
3. Fatiga intensa.
4. Crecimiento de ganglios linfáticos.
5. Tos seca de varias semanas de aparición.
6. Alteraciones diversas en piel, destacando las manchas violáceas (sarcoma de Kaposi)
7. Presencia de manchas blancas en cavidad oral (moniliasis).
8. Diarrea profusa y de larga evolución
9. Letargo, depresión, demencia.

Con respecto a las pruebas de laboratorio para determinar la infección por VIH/SIDA, para solicitar la realización de un examen de detección del VIH se requiere que exista cualquiera de las siguientes circunstancias: a) Antecedentes de alguna práctica de riesgo o situación de riesgo, como el tener relaciones sexuales sin protección con pareja no conocida, antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados, utilización compartida de agujas para drogadicción intravenosa o aplicación de medicamentos, ser hijo de madre infectada, accidente del personal de salud con pinchazo o salpicadura de sangre, o b) Contar con sintomatología sugestiva de infección por VIH/SIDA.

Todo examen de laboratorio para detección del VIH/SIDA debe ser realizado de manera voluntaria o contar con la autorización de los padres o tutores en el caso de que sea menor de edad; debido a las repercusiones psicosociales que pueden tener estos resultados, deberán manejarse de manera estrictamente confidencial por todo el personal de salud, utilizándose sólo con el objeto de aclarar el diagnóstico y ofrecer la atención más adecuada al enfermo.

Existen diferentes pruebas de laboratorio para detectar el VIH, la mayoría de ellas detectan los anticuerpos formados contra el VIH y no el virus mismo; por lo tanto se requiere de un periodo de seis a ocho semanas en promedio después del contacto para que salgan positivas. Las principales pruebas que existen son:

1. PRUEBAS PRESUNTIVAS O DE TAMIZAJE.

Estas pruebas detectan anticuerpos contra el VIH. Son muy sensibles y se utilizan para detectar los paquetes de sangre contaminados o como prueba inicial para la detección de la población potencialmente infectada. Son rápidas, baratas y técnicamente sencillas de llevar a cabo; en ocasiones pueden resultar falsas o positivas, por lo cual siempre se requiere de una confirmación. Dentro de este tipo de pruebas se encuentran la técnica de hemaglutinación que aunque rápida y barata, es la de más difícil interpretación; la otra es la técnica llamada de ELISA, que tiene hasta un 99.84% de sensibilidad y es en la actualidad la técnica más aceptada. Ofrece la ventaja de su sencillez, y es la que se emplea como primera técnica para el estudio de poblaciones en riesgo, de los donantes de sangre y de poblaciones en general, con propósitos de estudios epidemiológicos. Las técnicas de ELISA actuales permiten una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducibilidad práctica.

2. PRUEBAS CONFIRMATORIAS.

También detectan anticuerpos contra el VIH. Se caracterizan por ser más específicas, complejas y costosas, por lo que, sólo se emplean para confirmar el diagnóstico después de haber realizado y obtenido un resultado positivo en dos ocasiones con las pruebas de tamizaje. No dan resultados falsos positivos, pero no deben utilizarse nunca como prueba inicial, sólo como confirmatoria; como ejemplo de este tipo de pruebas tenemos las siguientes:

- a) Inmunofluorescencia. Detecta las células T infectadas, y en la actualidad ofrece una elevada sensibilidad ante estas células, 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 fluoresceína en forma de emparedado.
- b) Western Blot. Esta prueba confirmatoria sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras ser transferido a una membrana del complejo antígeno-anticuerpo, es identificado mediante una proteína marcada por radioactividad. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles, que reconoce todos los antígenos virales, además de hacer posible la medición de la respuesta a cada proteína por separado.

3. PRUEBAS ESPECIALES.

Existen otras pruebas que se solicitan en casos particulares como son: la detección del virus, cultivo del VIH, Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa, determinación de IgA y conteo de linfocitos. Estas pruebas sólo serán solicitadas en caso necesario y por indicación precisa.

1.5. ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA ENFERMEDAD.

Como su nombre lo indica, se puede decir que un paciente tiene SIDA a partir del momento en que su sistema inmunológico ha sufrido, por efecto de la acción del VIH, un deterioro tal que lo incapacita para defenderse contra ciertos agentes infecciosos que en condiciones normales no producen enfermedad o la producen en forma leve y rara vez fatal (por eso se les denomina agentes oportunistas); o bien que se tenga una mayor susceptibilidad a otras infecciones, tales como la tuberculosis o la tifoidea. Al mismo tiempo, ese deterioro inmunológico impide que se detenga el crecimiento anormal de ciertos tipos de células o la liberación de algunas sustancias o factores que induzcan este crecimiento celular desordenado, de lo que resulta la formación de tumores malignos.

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

En una primera fase, una vez que el virus fue transportado de su medio ambiente (la sangre, o la linfa del organismo), sólo le falta encontrar las células susceptibles de acogerlo.

Cada tipo de virus presenta una mayor o menor afinidad con un tipo de célula. Para alcanzar sus objetivos, debe primero sortear las defensas inmunológicas del organismo. Se trata de una carrera que el virus consigue, a veces ganar, después de pasar varias barreras.

Naturalmente, puede aprovecharse para eso de cualquier falla, (inclusive temporal) de esas barreras naturales. El virus del SIDA tiene una particularidad: elige atacar el propio sistema de defensas del organismo, las células del sistema inmunológico que, normalmente están encargadas de eliminarlo.

De esta manera, durante la primera fase de la infección por los VIH, no hay repercusiones sobre el sistema inmunológico. Pronto van a aparecer anomalías menores. Pueden ser detectadas apenas en el laboratorio, no teniendo, en general ninguna repercusión clínica, a no ser, por ejemplo, cuando el VIH infectan las células de los ganglios, lo que se traduce en un aumento de volumen de estos por causa de la inflamación local.

En fin, cuando el virus continúa propagándose y destruyendo el sistema inmunológico, va a llegar un momento en que éste se volverá demasiado frágil para luchar contra las otras infecciones a que está sujeto. Estas infecciones van entonces a desarrollarse, pudiendo eventualmente provocar la muerte del enfermo.

El SIDA representa de hecho, la forma más grave de la infección por VIH.

Dentro del conjunto de las personas infectadas por este virus, solamente una minoría desarrollará esa grave enfermedad (menos del 10% después de dos años). Los demás presentarán manifestaciones menores, e incluso imperceptibles. Dentro de esas fases menores, numerosos aspectos y síntomas se pueden detectar. Ellos pueden ser agrupados bajo el aspecto de un síndrome de Linfadenopatía prolongada, o de un síntoma más importante, el SAS (síndrome asociado al SIDA). Del mismo modo, en el SIDA confirmado se pueden encontrar manifestaciones muy diferentes entre sí, teniendo hasta un pronóstico diferente.

El 20% de las personas infectadas presentan manifestaciones agudas. Luego de la introducción de virus en el organismo, por vía sanguínea o vía sexual, se pueden observar manifestaciones en aproximadamente el 20% de los casos. Los síntomas se presentan entre dos y seis semanas luego de la introducción del virus, y son muy semejantes a las que se pueden encontrar luego de la infección por otros virus y muy especialmente a las que producen los virus del herpes.

Aparece un síndrome mononucleósico, esto es una fiebre de entre 38 y 40°, un aumento de los ganglios del cuello y de las axilas, acompañado por una erupción roja de la piel, que se extiende sobre el cuerpo.

Esos síntomas duran generalmente alrededor de 10 días, desapareciendo espontáneamente, sin que ningún tratamiento influya en su evolución. El 80% de los casos no presentan ningún síntoma.

La existencia de esa fase inicial no permite prever, en ningún caso, la evolución y la gravedad posteriores de la enfermedad.

En principio, en los tres meses siguientes a la penetración del virus en el organismo, este va a fabricar anticuerpos, que representa la marca del pasaje del virus. Es la evidenciación de estos anticuerpos que constituye la base del análisis serológico que permite reconocer ese pasaje.

En una segunda fase de la dolencia, entre seis meses y cinco años después de la infección por VIH, las manifestaciones crónicas que pueden aparecer son las siguientes:

Síndrome de linfadenopatías crónicas.

Las manifestaciones principales son el aumento de volumen de los ganglios linfáticos en diferentes partes del cuerpo.

En una segunda fase que puede presentarse entre seis meses y cinco años después, nuevos síntomas pueden aparecer, en aproximadamente un tercio de los

infectados. El más común de esos síntomas, es el que llamamos síndrome de linfadenopatías prolongadas.

Se trata de un aumento progresivo de los ganglios del cuello y de las axilas, que toman un tamaño anormal, frecuentemente superior a un centímetro, cuya característica principal es que están diseminados por diferentes lugares del cuerpo estos ganglios sólo sugieren la infección por VIH, si ellos fueran encontrados simultáneamente en diferentes lugares del cuerpo.

Estos ganglios tienen un carácter específico: persisten por varios meses, y hasta por varios años; se debe por lo demás precisar que ni su duración, ni su número, ni su tamaño o consistencia, representan factores de gravedad.

Síndrome asociado al SIDA.

Entre las consecuencias de este déficit moderado de la inmunidad, se observan infecciones menores. Se trata especialmente de infecciones por hongos que atacan la piel del rostro, las uñas o la boca. La boca aparece cubierta de manchas blancas que se expanden por las encías y por la lengua. Esta alteración menor de la inmunidad facilita también ciertas infecciones virales, como el herpes zóster.

Si el sistema inmunológico fuese más atacado, otros síntomas más importantes se presentarán. Se trata básicamente de una fiebre prolongada por varias semanas, y superior a 38°, de una pérdida importante de peso, superior al 10% de la masa corporal, de significativos sudores nocturnos, obligando al cambio de las sábanas. Llamamos a ese estado de Síndrome Asociado al SIDA (SAS), o para-Sida.

Otras manifestaciones.

Se pueden presentar otras manifestaciones menores durante este período. Puede tratarse de aquello que se conoce como manifestaciones auto-inmunes esto es ciertos disturbios del sistema inmunológico que acarrearán la fabricación de anticuerpos, que atacan los propios constituyentes del organismo.

Tratase, por ejemplo, de púrpura, pequeñas manchas hemorrágicas del tamaño de una cabeza de alfiler, localizadas en miembros inferiores, correspondiendo a la destrucción de un elemento de la sangre (que son llamadas plaquetas), por parte de los anticuerpos que son fabricados de una forma equivocada.

Se puede observar también un síntoma que son los dedos de las extremidades, blancos y fríos, los cuales demuestran una gran obstrucción de los vasos sanguíneos.

Cuando la enfermedad se encuentra en una fase más evolucionada deriva en una etapa más grave, esto es, cuando la falta de inmunidad llega a un límite de gravedad, un conjunto severo de síntomas va aparecer de forma secundaria debido a infecciones oportunistas o a ciertos tumores, como el sarcoma de Kaposi. En esos casos, las manifestaciones visibles son múltiples, y se manifiestan de forma muy variada. Determinados órganos son los preferentemente atacados, como son:

- ◆ El pulmón; en este caso es principalmente la tos prolongada lo que constituye el síntoma revelador.
- ◆ El sistema nervioso y el cerebro, aquí se observan principalmente parálisis, perturbaciones visuales o manifestaciones psiquiátricas anormales.
- ◆ El aparato digestivo; se encuentran aquí diarreas de larga duración (más de un mes). Y más raramente, puede presentarse dificultades para la deglución.
- ◆ Finalmente, la piel; ella es atacada sobre todo por los tumores de Kaposi, pero también pueden presentarse ulceraciones virales y manifestaciones alérgicas.

Es muy importante recalcar que ninguno de estos síntomas clínicos es exclusivo del SIDA ni de la infección por VIH.

Finalmente, el enfermo de SIDA muere por la complicación de alguna de las infecciones oportunistas que trae consigo la enfermedad. No obstante, entre mayor sea el número de sobrevivientes sin evolucionar a SIDA y mayor el número de sobrevivientes con SIDA, mayor será la esperanza de posponer el desenlace mortal.

1.6. TRATAMIENTO DEL SIDA.

No existe todavía tratamiento curativo conocido para el SIDA. Pero hay procedimientos efectivos para muchas de las enfermedades oportunistas, a que la infección por el VIH predispone. Hasta la fecha no se ha encontrado la sustancia que pudiera ser la salvación de quienes se han contagiado. La medicina mundial emplea diversos fármacos, que, más que curar la enfermedad, ayudan a controlar las infecciones que genera. Estos tratamientos, incluyen antibióticos, quimioterapia, radioterapia y otras drogas y técnicas que todavía son experimentales. Los esfuerzos de la ciencia internacional se concentran en dos categorías de agentes experimentales: antivirales y agentes inmunoestimulantes, inmunorreguladores e inmunomoduladores. Los antivirales en estudio incluyen AL-721, Ampliquen, Ansamycin, Acyclovir, Desciclovir, Ganciclovir, Azidothymidine (AZT), Alfa-interferon y otros. De estos, el AZT, (a pesar de ciertos efectos colaterales indeseables), ha demostrado la acción de prolongar la vida de las personas con diagnóstico de SIDA, que presentaban neumonía por *neumocystitis carinii*. Se trata de un antiviral que se usa ante la presencia del VIH, cuyos efectos secundarios en casos extremos obligan a suspender su ingestión, ya que provoca anemia y debilita la médula espinal poniendo en peligro la vida del enfermo.

Otros antigripales, como Ribavirin y Alfa-interferón, demostraron efectos benéficos en personas sidóticas que presentaban sarcoma de Kaposi, en un reducido número de casos.

Tratamientos paralelos u opcionales se han puesto a prueba, como son:

Provocar un choque de Hypericin por medio de la aplicación de tinturas, la ingestión de tabletas y extracto de una planta denominada de SaintJohns Wort. La referida planta contiene Hypericin, que puede tener un efecto en el organismo para que el desarrollo del virus se atrofie disminuyendo su aumento en el sistema inmunológico. La obtención de la sustancia natural es muy lenta e incrementa los costos de la investigación, por lo que se logró producirla sintéticamente de manera que se haga más fácil su aplicación. Este tratamiento está a prueba todavía, y una de las grandes desventajas en su aplicación consiste en que el paciente debe dejar de ingerir todo tipo de antigripales (AZT, DDI e incluso Zovirax) para estar limpio de otras sustancias, lo que puede llegar a ser un retroceso en el tratamiento y provocar fuertes crisis que, en el caso de un enfermo de SIDA, sus consecuencias son mortales.

Se ha dado a conocer información sobre una droga opcional derivada de la AZT, bautizada como Dideoxyinosine (DDI) o Videx, como se le conoce comercialmente. Aunque también es un antigripal, se ha descubierto que no causa tanto daño al organismo como la AZT: la toxicidad de la droga depende en gran parte del paciente, pues si ha tenido pancreatitis puede volver a tenerla al tomar DDI, o si su salud es muy pobre o con muy bajo índice de células T-4. Los síntomas de efectos

secundarios más comunes son desarreglos estomacales y diarrea. Personas que actualmente toman DDI no han experimentado daño en las células sanguíneas que pudiera ocasionar la necesidad de transfusiones o causar la muerte.

Las personas con SIDA presentan enfermedades recurrentes, entre las que se encuentra la provocada por el MAI (MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLULARE), y sus síntomas consisten en fiebres, escalofríos, sudores nocturnos, diarrea, pérdida de peso y debilidad. Los enfermos de SIDA con menos de cincuenta células T corren más peligro de contraerla. Por lo general esta bacteria se asocia con la tuberculosis y es difícil de diagnosticar, aunque se le ha detectado por medio de un cultivo sanguíneo o salival, pero no siempre está en estado activo. Una vez contraído y activado, es muy difícil de tratar el MAI y puede causar severos daños en diversos órganos, hacia una muerte lenta por malnutrición.

Si bien otros tratamientos se han puesto a prueba recientemente, los resultados están muy lejos de ser prometedores. Entre aquéllos se cuenta la aplicación vía oral del Lentinan, sustancia extraída de un hongo llamada Shiitake. También destaca la investigación que a partir de la ingestión de Interferón Alfa Oral se realiza en la región africana de Costa de Marfil, el Congo, Zimbawe, Kenia y Camerún, con el propósito de determinar su eficacia al ser administrado en pequeñas dosis a pacientes con SIDA y llegar a saber el índice de tolerancia de éstos para con la droga. Hasta ahora, el efecto secundario sólo ha provocado úlceras y se ha logrado un aumento de peso en los pacientes.

ÚLTIMOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL SIDA.

Tratando de detener el avance de un cáncer, un grupo de médicos descubrió que la misma técnica parece también controlar el desarrollo y multiplicación del virus VIH. El método es similar al que se utiliza para efectuar la diálisis renal. La técnica del tratamiento consiste en calentar la sangre a 40° regresándola luego al torrente circulatorio del paciente, libre del ente causante del mal

Actualmente con el firme propósito de encontrar un medicamento efectivo contra el virus del SIDA o también una vacuna que sea efectiva y estable. Recientemente, dos notables investigadores norteamericanos, los doctores William Logan y Kenneth Alonso parecerían haber descubierto una nueva técnica para contrarrestar el virus en un paciente afectado por este mal.

En este caso resulta que el paciente padecía además y provocado por su estado sidótico, un sarcoma de Kaposi. Los investigadores trataron a este paciente con un procedimiento denominado hipertermia, el cual consiste en elevar la temperatura de la sangre, buscando detener el cáncer. Pero lo curioso del caso, es que una semana después al practicársele análisis sanguíneos, no encontraron ya el virus VIH, siendo más asombroso aún, que todavía pertenece libre del virus, según revelaron los investigadores.

La técnica empleada en este caso, es en parte similar a la usada para efectuar la diálisis renal. La sangre del paciente pasa al dializador siendo calentada a 40° de temperatura, para luego volver al organismo, mientras el cerebro del paciente es refrigerado para evitar daños. Las pruebas posteriormente realizadas han revelado, según las declaraciones de los científicos que llevaron a cabo el experimento, que el tejido cerebral se encontraba libre del virus y además el paciente no presentaba ya la sintomatología de la enfermedad. Por supuesto esta técnica esta todavía en experimentación y el hecho de haber tenido en este caso resultados favorables, esto no quiere decir aún que en todos los casos se vaya a obtener los mismos resultados.

Recientemente, se ha creado una nueva alternativa para el tratamiento del SIDA, empleando los llamados inhibidores de proteasa. Son muy potentes, aunque no se sabe cuanto tiempo lo serán, porque como sabemos, el virus va adquiriendo resistencia. Aparentemente su potencia dura más y tarda más en perder su efecto. Se ha realizado en CONASIDA un estudio con pacientes en etapa muy avanzada, cuya esperanza de vida es muy corta. La respuesta es muy impresionante. Por ejemplo, después de mucho tiempo de diarrea, de pronto se les quita. Ahora, se les da tratamiento con Sulfato de Indinavir o Ritonavir y desaparece la diarrea, suben hasta 20 kilogramos, se les quita la fatiga y los pacientes quieren regresar a trabajar. Esto se logró con seis meses de estudio.

LA POSIBILIDAD DE UNA VACUNA.

El SIDA es un reto. En países como el nuestro, con subdesarrollo y gran pobreza, el futuro, en lo relativo a esta enfermedad es ominoso; particularmente en la población de menores recursos y en áreas rurales. A la fecha, no existe a corto plazo, alguna vacuna realmente promisorias, a lo sumo nuevos conocimientos, que permitirán desarrollar dicha vacuna. Uno de los avances en esta materia es contar con modelos animales en roedores monoclonales, y primates que cada día simulan mejor la situación en el hombre, y permitirán acelerar el diseño y experimentación de vacunas, por otra parte se ha entendido que cualquier vacuna eficaz deberá estimular no únicamente la presencia de anticuerpos protectores, sino asimismo activar la inmunidad celular, para que haya éxito.

Algunos investigadores especializados en el SIDA creen que la clave para detener la epidemia mundial está en una vacuna segura y efectiva. Las vacunas eficaces contra la fiebre amarilla, el sarampión, las paperas y la rubéola se hacen utilizando virus debilitados. Normalmente, cuando se introduce en el organismo una versión debilitada de cierto virus, el sistema inmunológico no sólo responde para destruirlo, sino que también fabrica defensas con el fin de frustrar cualquier invasión parte del verdadero virus.

Según dos experimentos recientes llevados a cabo con monos, en el caso del VIH existe el problema de que incluso el virus debilitado puede hacerse letal. En otras palabras, la vacuna contra el SIDA podría provocar la enfermedad.

La búsqueda de una vacuna ha ocasionado muchas decepciones y frustraciones. A pesar de las decenas de mezclas experimentales que sin duda habrían matado a otros virus, el VIH continúa ileso. Es más, dado que muta, constituye un blanco difícil de alcanzar. Para agravar el problema, el virus ataca directamente a aquellas células inmunitarias que la vacuna debe reunir como mecanismo de defensa.

A pesar de las dificultades, los investigadores continúan estudiando la manera de encontrar una vacuna eficaz. Pero, de momento, no parece probable que en poco tiempo se cuente con una vacuna. Y cuando por fin salga del laboratorio una que sea prometedora, comenzará la tarea laboriosa, cara y potencialmente peligrosa de probarla en seres humanos.

Finalmente, podemos concluir que no existe hasta la fecha tratamiento o medicamento alguno que cure el SIDA, pero si se cuentan con procedimientos efectivos para muchas de las enfermedades oportunistas que trae consigo esta enfermedad, prolongando de esta manera la vida del enfermo. Por lo que se refiere a la creación de una vacuna contra el SIDA, no existe la posibilidad a corto plazo de encontrarla; por lo cual es muy importante concientizar a la población sobre el peligro del SIDA y sus posibles consecuencias, todo esto a través de inculcar a la población en general una educación sexual sin prejuicios sociales, religiosos o morales.

1.7. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

No hay una "receta de cocina" sencilla para prevenir la infección VIH. La rápida expansión y acelerada actualización de los conocimientos básicos modifica problemas, suposiciones y enfoques preventivos. Estos cambios generan confusión, estrés y ansiedad en profesionales, personas o grupos que se esfuerzan en prevenir la enfermedad. Para contrarrestar esta avalancha de conocimientos es necesario tener una perspectiva general, mediante el examen de conceptos relacionados con la prevención e influencia de la infección VIH. Dentro de las recomendaciones generales para la prevención del SIDA y de la infección VIH se encuentran las siguientes:

1. Proporcionar y recibir información sobre las características del virus, en lo relativo a la forma de contraerlo y la manera de diagnosticarlo.
2. Proveer a las personas de información veraz, completa, precisa y confiable que propicie elementos para fomentar la educación de la sexualidad humana.
3. Fomentar la monogamia, esto es, el mantener relaciones sexuales con la misma persona.
4. Promover la abstinencia antes de tener relaciones matrimoniales o definitivas.
5. Promover el uso de preservativos cuando se tienen relaciones sexuales con personas diferentes a la pareja estable. Cabe aquí destacar que entre más parejas busquemos para mantener relaciones sexuales, mayor será el riesgo de contraer el virus del SIDA

Debido a que el condón es considerado como el preservativo más común entre las parejas, es importante mencionar algunas de las recomendaciones para el uso apropiado del condón:

- a) Deben utilizarse condones de hule por que ofrecen mayor protección contra enfermedades virales transmitidas durante el acto sexual en comparación a condones de membrana natural.
- b) Los condones deben almacenarse en lugar seco y frío a salvo de la luz solar directa

- c) Condones de paquetes dañados o con signos evidentes de envejecimiento (por ejemplo, quebradizo, rígido o descolorido) no deben usarse por que no son confiables para prevenir infecciones.
 - d) Los condones deben manejarse con cuidado para no agujerarlos.
 - e) El condón debe instalarse antes de cualquier contacto genital para evitar la exposición a líquidos que pueden contener agentes infecciosos.
 - f) Debe usarse el lubricante adecuado. Si se requiere lubricante exógeno sólo deben emplearse lubricantes hidrosolubles. Lubricantes a base de petróleo o aceites no deben utilizarse puesto que debilitan el hule.
 - g) Si un condón se rompe, debe reemplazarse de inmediato. Si hay eyaculación luego de la rotura del condón, se sugiere el uso inmediato de espermaticidas.
 - h) Después de la eyaculación, hay que tener precaución para que el pene no se salga del condón antes de retirarlo de la vagina; se debe sostener la base del condón mientras se retira. El pene debe sacarse del condón mientras permanezca erecto.
 - i) Nunca debe reutilizarse un condón.
6. Evitar la administración de drogas por vía intravenosa y en particular, compartir agujas hipodérmicas.
 7. Prever la necesidad de transfusiones sanguíneas, cuando por ejemplo se sabe que se requerirá para una intervención quirúrgica. Procurar que la sangre provenga de familiares o conocidos que se han analizado y no son portadores del virus del SIDA.
 8. Practicarse periódicamente exámenes médicos, que permitan detectar a tiempo esta enfermedad.
 9. En caso de ser portadores del SIDA, abstenerse totalmente de mantener relaciones sexuales, donar sangre y compartir agujas hipodérmicas.

Podemos concluir que el SIDA es una enfermedad incurable hasta el momento, y ha asumido un carácter epidémico, en algunas regiones del mundo; por esto sólo la prevención por medio de la divulgación, y la consiguiente concientización pública, puede disminuir la propagación de la enfermedad.

II. DIVORCIO.

2.1. NATURALEZA JURÍDICA DEL DIVORCIO.

El matrimonio puede disolverse por cualquiera de estas causas: muerte de uno de los cónyuges, nulidad y divorcio. La disolución trae consigo la ruptura del vínculo y la terminación de los efectos que nacen del contrato.

Muerte. La muerte es la forma natural de disolución del matrimonio.

Nulidad: La nulidad debe ser declarada por medio de sentencia que dicte un juez, y pueden solicitarla los mismos cónyuges o los demás interesados. Procede la nulidad del matrimonio cuando éste se celebra concurriendo alguno de los impedimentos a que se refiere el artículo 156 del Código Civil.

Divorcio. El divorcio es también una causa de disolución del matrimonio, la menos deseable y la que entraña los más grandes abusos y peligros sociales. (3)

El divorcio de acuerdo con el Código Civil vigente es la disolución del vínculo matrimonial que permite a los cónyuges contraer nuevo matrimonio.

Para comprender bien la naturaleza jurídica del divorcio, hay que precisar en qué consiste el matrimonio mismo.

El matrimonio puede ser considerado desde varios puntos de vista, a saber:

- a) Como un acto jurídico solemne;
- b) Como un contrato y;
- c) Como una institución social reglamentada por la ley.

El acto del matrimonio es de naturaleza civil, y desde las leyes de reforma expedidas por Juárez, dejó de ser un acto religioso para convertirse en un contrato sujeto a la autoridad igualmente civil. Dicha ley dice lo conducente: "El matrimonio es un contrato civil que se contrae lícita y válidamente ante la autoridad civil. Para su validez, bastará que los contrayentes previas las formalidades que establece esta ley, se presenten ante aquélla y expresen libremente la voluntad que tienen de unirse en matrimonio."

2º. "Los que contraigan el matrimonio de la manera que expresa el artículo anterior, gozan de todos los derechos y prerrogativas que las leyes concedan a los casados."

El matrimonio como contrato y como institución está sujeto a las siguientes disposiciones: del artículo 162 al 234 del Código Civil.

Puede también calificarse el matrimonio como una institución social, por que tiene los caracteres que se atribuyen a todas las instituciones, y que son las siguientes:

Un conjunto de normas jurídicas, debidamente unificado, que reglamenten determinadas funciones o actividades sociales cuya importancia sea tal, que merezcan estar sujetos a la tutela del Estado en forma especial. Es evidente que el matrimonio tiene las características mencionadas.

El divorcio significa una amenaza para la estabilidad de la familia y las bases que la sustentan, implica un grave daño para la mujer y los hijos y un motivo de disolución social.

Se trata de justificar el divorcio diciendo que cuando la vida en común se vuelve imposible y se convierte en una cadena de escándalos, disgustos y desavenencias, esto redundará no sólo en perjuicio de los propios cónyuges, sino de la sociedad. Los hijos reciben malos ejemplos, pierden el respeto a sus padres y acaban por convertirse en víctimas de las desavenencias de aquéllos. No cabe duda que en estos casos, y cuando no hay otra solución, es razonable la separación de los cónyuges. Sin embargo quienes justifican el divorcio consideran que la simple separación no es una solución, puesto que los esposos, aunque separados, siempre permanecerán por el lazo matrimonial, no quedan libres, y, por consiguiente, no pueden formar una nueva familia y su existencia se sacrifica sin esperanza. No obstante estos argumentos, y aun concediendo que con el divorcio se evitan males individuales, los perjuicios de carácter social que éste trae consigo son infinitamente mayores que los beneficios que puedan obtener determinadas personas. Es un hecho comprobado la disolución social de los países en que se ha minado a la familia, mediante la protección al divorcio.

Con respecto a lo anterior los efectos del divorcio tienen lugar, en relación a los cónyuges, con respecto a los bienes y en cuanto a los hijos.

Por lo que a los cónyuges se refiere, recobran su libertad para contraer matrimonio posterior; esa libertad es diversa según la culpa atribuible a cada uno de los consortes en el divorcio y de acuerdo al sexo del divorciado.

Si el divorcio ha tenido lugar por mutuo consentimiento, los divorciados pueden volver a casarse un año después de que obtuvieron el divorcio.

Tratándose de divorcio necesario, el cónyuge que dio motivo a él, no podrá volverse a casar sino después de dos años, a contar desde que se decretó el

divorcio. Se pretende imponer una sanción al cónyuge culpable, para que en ese lapso adquiera mayor madurez.

La ley no se refiere al cónyuge inocente en caso de divorcio necesario, por lo que se interpreta que puede contraer matrimonio de inmediato, ya que el artículo 289 del Código Civil es su primer párrafo establece: "En virtud del divorcio los cónyuges recobrarán su entera capacidad para contraer nuevo matrimonio."

La mujer, aun siendo inocente, sólo puede contraer matrimonio hasta pasados trescientos días después de la disolución del anterior, a menos que dentro de ese plazo diese a luz un hijo.

En cuanto a los bienes, los efectos del divorcio varían, según la especie de éste, la culpa atribuible a los cónyuges y al sexo.

El cónyuge que diere causa al divorcio perderá todo lo que se le hubiere dado o prometido por su consorte, o por otra persona en consideración a éste; el cónyuge inocente conservará lo recibido y podrá reclamar lo pactado en su provecho.

Ejecutoriado el divorcio, se procederá desde luego a la división de los bienes comunes y se tomarán las precauciones necesarias para asegurar las obligaciones que queden pendientes entre los cónyuges o con relación a los hijos. Los consortes divorciados tendrán obligación de contribuir, en proporción a sus bienes e ingresos, a las necesidades de los hijos, a la subsistencia y a la educación de éstos hasta que lleguen a la mayor edad.

Cuando se trate de divorcio necesario, el juez sentenciará al cónyuge culpable al pago de alimentos en favor del inocente, tomando en cuenta las circunstancias del caso como la capacidad para trabajar de los cónyuges y su situación económica, siempre que el cónyuge inocente viva honestamente y no se case de nuevo. Si como consecuencia del divorcio se causen daños o perjuicios a los intereses del cónyuge inocente, el culpable responderá de ellos como autor de un hecho ilícito..

Respecto a los hijos los efectos del divorcio son patrimoniales y personales.

Ambos padres tienen la obligación de proveer a la subsistencia de los hijos, de acuerdo a sus posibilidades económicas; en caso de divorcio voluntario se incluirá el convenio que garantice su protección alimentaria.

En cuanto a las personas de los hijos, cuando el divorcio es voluntario, ambos divorciados conservan la patria potestad; tratándose de divorcio necesario es la ley la que lo determina según el caso; el cónyuge inocente conservará la patria potestad sobre los hijos en las causas previstas en las fracciones I, II, III, IV, V, VIII, XIV y XV del artículo 267 del Código Civil; cuando la causa del divorcio se refiere a las comprendidas en las fracciones IX, X, XI, XII, XIII y XVI del mismo artículo, el cónyuge culpable pierde la patria potestad, pudiendo recobrarla a la muerte del inocente.

Siendo culpables ambos cónyuges corresponderá el ejercicio de la patria potestad al ascendiente relativo y si no lo hubiere se nombrará tutor.

Si la causa del divorcio fue por enfermedad, los hijos quedan en poder del cónyuge sano, el enfermo conserva los demás derechos sobre la persona y bienes de sus hijos.

El divorcio como disolución del vínculo matrimonial no se acepta en todos los países; lo admiten por ejemplo: Francia, Inglaterra y México; para España y Argentina el divorcio sólo implica separación de cuerpos

2.2. DEFINICIÓN DE DIVORCIO SEGÚN LA DOCTRINA MEXICANA.

La palabra divorcio proviene de la voz latina *divortium* que a su vez deriva de *divertere*, que significa irse cada uno por su lado. Gramaticalmente la palabra divorcio significa separación; jurídicamente y de acuerdo con lo dispuesto en el Código Civil el divorcio es la disolución del vínculo matrimonial, dejando a los cónyuges en aptitud de contraer otro. Esta ruptura sólo puede existir por autoridad de la justicia y por las causas determinadas por la ley.

En la doctrina mexicana debido a la gran diversidad de estudiosos del Derecho y en particular del Derecho de Familia, cada autor nos da una definición de divorcio, conforme a lo anterior sería materialmente imposible hablar de todos y cada uno de ellos, por lo cual sólo haré mención de algunos autores.

El maestro Ignacio Galindo Garfias nos dice: "El divorcio es la ruptura de un matrimonio válido, en vida de los esposos, decretada por autoridad competente y fundada en alguna de las causas expresamente establecidas por la Ley." (4)

El maestro Efraín Moto Salazar al respecto nos menciona: "El divorcio es la disolución del vínculo legal del matrimonio, en vida de los esposos, por virtud de una resolución de la autoridad judicial." (5)

El profesor Ricardo Soto Pérez refiere lo siguiente: "Por virtud del divorcio queda disuelto en vínculo matrimonial, quedando ambos divorciados en la aptitud de contraer nuevo matrimonio." (6)

El profesor Rafael de Pina al respecto nos habla: "Significa la extinción de la vida conyugal declarada por autoridad competente, en un procedimiento señalado al efecto, y por una causa determinada de modo expreso. "

Finalmente para el maestro Luis Humberto Delgadillo Gutiérrez el divorcio es: "La disolución del vínculo matrimonial decretada por autoridad competente durante la vida de los cónyuges." (7)

4 Ignacio Galindo Garfias Derecho Civil 17ª. ed. México, Porrúa 1998. Pág. 790.

5 Efraín Moto Salazar *Op. cit* pág. 181

6 Ricardo Soto Pérez Nociones de Derecho Positivo Mexicano 5ª ed México, Esfinge 1975 pág 161.

7 Luis Humberto Delgadillo Gutiérrez Introducción al Derecho Positivo Mexicano. 2ª. Ed México, Limusa 1991 Pág. 229.

De los anteriores conceptos podemos deducir los siguientes puntos en común: que el divorcio significa la disolución del vínculo matrimonial y sólo tiene lugar mediante la declaración de la autoridad judicial y en ciertos casos de autoridad administrativa, dentro de un procedimiento señalado por la ley en que se compruebe debidamente de que subsista la vida matrimonial, además de que debe de concurrir alguna de las causas establecidas expresamente por la ley; y finalmente que deja a ambos cónyuges en aptitud de contraer nuevo matrimonio.

En cualquier caso, la resolución que decreta la ruptura del vínculo matrimonial, debe ser pronunciada cuando no hay duda de que a cesado la posibilidad de que continúen unidos en matrimonio los consortes, ya sea por que ha quedado probada en el juicio la existencia de hechos en tal manera graves considerados en la ley como causa de divorcio, ha provocado la ruptura de ese consenso necesario para mantener el vínculo (divorcio contencioso o necesario) o por que marido y mujer están de acuerdo en hacer cesar su vida matrimonial (divorcio por mutuo consentimiento).

2.3. EL DIVORCIO EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

El divortium es una institución jurídica que propiamente surgió al mismo tiempo en que el Derecho intervino para organizar jurídicamente al matrimonio, constituyéndolo sobre la base de un nexo obligatorio entre el varón y la mujer que deciden hacer vida en común. Apareció en una forma primitiva, como un derecho concedido al varón, de repudiar a la mujer en ciertos casos, por causa de adulterio de la esposa y también con no menor frecuencia, se aceptaba el ejercicio del derecho de repudiar, fundada en la esterilidad de la mujer.

En el Derecho romano el matrimonio, se fundaba en la *affectio coniugalis*; la disolución de la *confarreatio* tenía lugar por medio de la *diffarreatio*, que era la declaración de voluntad de separarse marido y mujer, por medio de la cual cesaba de producir efectos entre los consortes la voluntad declarada en la ceremonia nupcial, de tomarse recíprocamente como marido y mujer. Si el matrimonio había sido celebrado bajo la forma de *coemptio*, la disolución del vínculo procedía, por medio de la *remancipatio* de la mujer.

Durante los primeros siglos del cristianismo y con apoyo en textos del Nuevo Testamento (San Mateo, San Lucas y San Marcos) el divorcio fue condenado, en términos generales.

A partir del siglo X la Iglesia tomó para sí, plena jurisdicción sobre el matrimonio y fundándose en los textos evangélicos de San Marcos y San Lucas pronunció la indisolubilidad del matrimonio.

En la legislación española antigua encontramos, en el Fuero Juzgo, la Ley II que permite el divorcio por adulterio de la mujer, mediante la autorización del obispo y en la Ley III autoriza al cristiano o cristiana, para separarse de la mujer o del marido, con quien estaba casado antes, por otra ley no cristiana

Por lo que se refiere a nuestro país, en la época prehispánica, entre los aztecas el divorcio era aceptado y para que surtiera efectos, se requería de la declaración de la autoridad judicial. Tenían divorcio voluntario y necesario. El derecho a demandar el divorcio era recíproco, es decir, tanto él como ella tenían la posibilidad de promoverlo. Las causales eran variadas e iban desde la esterilidad en los cónyuges, hasta el mal carácter o abandono de la mujer a su persona o la incompatibilidad de caracteres. Los hijos quedaban en depósito del padre y las hijas de la madre.

Ya en la época colonial, se aplicó básicamente la legislación española que, influida grandemente por el derecho canónico, no reconocía la existencia del divorcio como lo entendemos en la actualidad. El que se aplicaba en la colonia, establecía que los cónyuges no estaban en condiciones jurídicas de contraer nuevas nupcias

con motivo del divorcio, ya que éste implicaba exclusivamente la separación de cuerpos con el impedimento de volver a casarse.

Una vez que México alcanza su independencia, en 1824 se dicta la primera Constitución Federal. En esta época fueron varios los estados que legislaron su propio Código. En el Distrito Federal no fue sino hasta 1870 cuando surgió el divorcio.

En 1859 Juárez expide la Ley de Matrimonio Civil que regula actos del Registro Civil, y en 1870 se expide el primer Código Civil, que dura vigente hasta 1884, fecha en que se publica el segundo código. Ambos códigos no permiten el divorcio vincular, sino sólo la separación de cuerpos. Entre el Código de 1870 y el de 1884, sólo existe una diferencia de grado, es decir, el primero establecía mayores requisitos, audiencia y plazos, para que el juez decretara el divorcio por separación de cuerpos. El Código 1884 redujo los trámites considerablemente. En ambos códigos se regulan como causas de separación de cuerpos, algunas de las que enumera el Código Civil vigente como causas de divorcio vincular.

En el Código Civil de 1870 en su capítulo V, regula lo relativo al divorcio. En este Código se parte de la noción del matrimonio como unión indisoluble y, como consecuencia lógica, no se admite el divorcio vincular. El artículo respectivo señalaba seis causas de divorcio (separación de cuerpos), cuatro de las cuales constituían delitos. De las restantes, la sevicia podía constituir delito, pero aun en el supuesto de no llegar a este grado, se le consideró como causa de divorcio. Las causas de divorcio señaladas en dicho ordenamiento, además de inducir sospecha fundada de mala conducta, siembran el resentimiento y la desconfianza, y hacen sumamente difícil la unión conyugal.

Los artículos 239 y 240 del Código de 1870 disponían: Art. 239: "El divorcio no disuelve el vínculo del matrimonio: suspende sólo algunas de las obligaciones civiles, que se expresarán en los artículos relativos de este código".

Art. 240: "Son causas legítimas de divorcio: 1ª. El adulterio de uno de los cónyuges; 2ª. La propuesta del marido para prostituir a su mujer, no sólo cuando el mismo marido la haya hecho directamente, sino cuando se pruebe que ha recibido dinero o cualquier remuneración con el objeto expreso de permitir que otro tenga relaciones ilícitas con su mujer; 3ª. La incitación o la violencia hecha por un cónyuge al otro para cometer algún delito aunque no sea de incontinencia carnal. 4ª. El conato del marido o de la mujer para corromper a los hijos, o la connivencia en su corrupción; 5ª. El abandono sin causa justa del domicilio conyugal, prolongado por más de dos años; 6ª. La sevicia del marido con su mujer o la de ésta con aquél; 7ª. La acusación falsa hecha por un cónyuge al otro".

Este ordenamiento se encuentra inspirado por un profundo proteccionismo al matrimonio, como institución indisoluble, debido a lo cual interpuso a la realización del divorcio, una serie de trabas y formalidades.

Por lo que se refiere al Código Civil de 1884, de su artículo 226, se desprende que el único divorcio que admitía, era el de separación de cuerpos, en el cual, subsistía el vínculo matrimonial, suspendiéndose sólo algunas de las obligaciones civiles que imponía el matrimonio.

Como causas de divorcio señalaba dicho Código, además de las ya mencionadas en el Código Civil de 1870 se pueden agregar las siguientes: el hecho de dar a luz, durante el matrimonio un hijo concebido antes del matrimonio y que judicialmente se le declarara ilegítimo; el hecho de negarse a ministrar alimentos conforme a la ley; los vicios incorregibles de juego y embriaguez; la enfermedad crónica e incurable que fuera contagiosa o hereditaria, anterior al matrimonio; la infracción a las capitulaciones matrimoniales; y el mutuo consentimiento.

El Código Civil de 1884, en forma general, reprodujo los preceptos del Código anterior, en cuanto a la naturaleza de divorcio, sus efectos y sus formalidades. Sin embargo, nos encontramos ante el hecho indiscutible de haber reducido notablemente los trámites necesarios para la consecución del divorcio, ya que sin abolir por completo la serie de trabas que señalaba el Código de 1870, sí hizo más fácil la separación de cuerpos.

El 9 de abril de 1917 fue expedida La Ley sobre Relaciones Familiares por Venustiano Carranza, se logró a partir de esta ley el paso definitivo en materia de divorcio, al establecer que el matrimonio es un vínculo disoluble, y que por lo tanto, el divorcio sí daba término a dicho vínculo, permitiendo a los divorciados, celebrar nuevas nupcias.

En su artículo 75 establecía: "El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro".

Por virtud del divorcio, decía el artículo 102, los cónyuges recobrarán su entera capacidad para contraer un nuevo matrimonio, salvo lo dispuesto en el artículo 140 y cuando el divorcio se haya declarado por causa de adulterio, pues en este último caso, el cónyuge culpable no podrá contraer un nuevo matrimonio sino después de dos años de pronunciada la sentencia de divorcio.

En el actual Código Civil, que fue legislado en 1928 y ha estado vigente desde el 2 de octubre de 1932, define el divorcio en los mismos términos que lo hacía la Ley sobre Relaciones Familiares de 1917, que literalmente decía: "El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro".

Es importante recordar que nuestro sistema jurídico reconoce el divorcio vincular y el no vincular. En el primero la ruptura del vínculo matrimonial es definitiva; mientras que en el segundo existe una separación de cuerpos, conservando los consortes el vínculo del matrimonio, toda vez que éste no se destruye, tampoco se suspende la cohabitación, subsiste la sociedad conyugal (si no es el administrador o el enfermo), se puede escoger separación o divorcio, existe fidelidad, ayuda, patria potestad, custodia de los hijos, etcétera.

El Código Civil vigente distingue cuatro formas de divorcio, tres de las cuales ya estaban legisladas en codificaciones anteriores: el divorcio voluntario, el divorcio necesario y la separación de cuerpos. Una sola fue la novedad: el divorcio administrativo

2.4. DIFERENTES CLASES DE DIVORCIO.

El Código Civil vigente reconoce dos clases de divorcio: el divorcio no vincular y el divorcio vincular.

1. DIVORCIO NO VINCULAR

El divorcio no vincular o separación de cuerpos constituye el antecedente más importante del divorcio, ya que éste fue recogido por los códigos mexicanos del siglo pasado, que a su vez recibieron la influencia del derecho canónico. Éste no reconocía al divorcio como la forma definitiva de extinguir el vínculo del matrimonio, sino sólo como separación de cuerpos.

En el divorcio por separación de cuerpos el vínculo matrimonial perdurará; pero los cónyuges se separan no estando obligados a vivir juntos. El consorte que no quiera pedir el divorcio, por cualquiera de las causas enumeradas en las fracciones VI Y VII del artículo 267 del Código Civil vigente, podrá solicitar que se suspenda su obligación de cohabitar con el otro cónyuge, y el juez con conocimiento de causa podrá decretar esa suspensión, dejando subsistentes las demás obligaciones creadas por el matrimonio.

Así pues, el divorcio no vincular trae consigo la suspensión de la obligación de la cohabitación de los cónyuges por sobrevenir la causal prevista en las fracciones VI o VII del artículo 267 del Código Civil vigente. No se rompe el vínculo matrimonial y por eso subsiste el deber de la fidelidad de los cónyuges, la obligación de dar alimentos, el derecho a heredar, etcétera. Esto es, exclusivamente se extingue el domicilio conyugal y los esposos viven en lugares separados; se requiere de autorización judicial para que la separación se realice y se limita como causal de divorcio las señaladas por las fracciones antes citadas (fracciones VI y VII del artículo 267 del Código Civil vigente).

Este tipo de divorcio no es por voluntad de las partes (por mutuo consentimiento), sino de naturaleza forzosa, ya que uno de los consortes demanda la separación de cuerpos al padecer el otro cónyuge una enfermedad crónica e incurable, que sea, además contagiosa o hereditaria, así como la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio o padecer enajenación mental incurable.

Requisitos y consecuencias de procedibilidad del divorcio no vincular.

Las consecuencias y requisitos de este divorcio son los siguientes:

- a) Debe demandarse ante la autoridad judicial;
- b) No disuelve el vínculo matrimonial;
- c) Es optativo para el cónyuge sano escoger entre la separación de cuerpos o divorcio vincular;
- d) Sólo es procedente por las causales señaladas en las fracciones VI y VII del artículo 267 del Código Civil;
- e) Establece, no obstante la separación, el deber de fidelidad y ayuda recíproca, la subsistencia de sociedad conyugal, la patria potestad compartida y la administración de la sociedad conyugal, salvo que el encargado de la administración de los bienes se encuentre enfermo mentalmente, en cuyo caso se deberá nombrar un tutor.
- f) Los hijos deben quedar bajo la custodia del cónyuge sano

2. DIVORCIO VINCULAR.

El divorcio vincular puede ser necesario o voluntario. Este último a su vez puede ser voluntario administrativo o voluntario judicial.

DIVORCIO NECESARIO.

Este divorcio es el que se da en forma obligatoria en razón de que su disolución fue demandada por uno de los cónyuges.

El divorcio necesario sólo procede cuando alguno de los esposos comete algún hecho que sea suficiente para que el otro demande la disolución matrimonial. Éste siempre tiene una tramitación judicial y sólo puede demandarse fundándose en alguna de las causas señaladas por el artículo 267 del Código Civil vigente, que a la letra dice:

Art. 267.- Son causas de divorcio:

- I. El adulterio debidamente probado de uno de los cónyuges;
- II. El hecho de que la mujer dé a luz, durante el matrimonio, un hijo concebido antes de celebrarse este contrato, y que judicialmente sea declarado ilegítimo;
- III. La propuesta del marido para prostituir a su mujer, no sólo cuando el mismo marido lo haya hecho directamente, sino cuando se pruebe que ha recibido dinero o cualquiera remuneración con el objeto expreso de permitir que otro tenga relaciones carnales con su mujer.;
- IV. La incitación o la violencia hecha por un cónyuge al otro para cometer algún delito, aunque no sea de incontinencia carnal;
- V. Los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, así como la tolerancia en su corrupción;
- VI. Padecer sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica o incurable, que sea además contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio;
- VII. Padecer enajenación mental incurable, previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente;
- VIII. La separación de la casa conyugal por más de seis meses sin causa justificada;
- IX. La separación del hogar conyugal originada por una causa que sea bastante para pedir el divorcio, si se prolonga por más de un año sin que el cónyuge que se separó entable la demanda de divorcio;
- X. La declaración de ausencia legalmente hecha, o la de presunción de muerte en los casos de excepción en que no se necesita para que se haga que proceda la declaración de ausencia;
- XI. La sevicia, las amenazas o las injurias graves de un cónyuge para el otro;
- XII. La negativa injustificada de los cónyuges a cumplir las obligaciones, a contribuir económicamente al sostenimiento del hogar, a su alimentación y a la de sus hijos, así como la educación de éstos en los términos que la ley establece, sin perjuicio de distribuirse la carga en la forma y proporción que acuerden para este efecto según sus posibilidades. A lo anterior no está obligado el que se encuentre imposibilitado para trabajar y careciere de bienes propios, en cuyo caso el otro atenderá íntegramente a esos gastos. Asimismo el incumplimiento, sin causa, de la sentencia ejecutoria por alguno de los cónyuges en los casos en que haya desavenencia en todo lo concluyente al manejo del hogar, a la formación y educación de los hijos y a la administración de los bienes que a éstos pertenezcan.
- XIII. La acusación calumniosa hecha por un cónyuge contra el otro, por delito que merezca pena mayor de dos años de prisión;
- XIV. Haber cometido uno de los cónyuges un delito que no sea político, pero que sea infamante, por el cual tenga que sufrir una pena de prisión mayor de dos años;
- XV. Los hábitos de juego o de embriaguez, el uso indebido y persistente de drogas enervantes, cuando amenazan causar la ruina de la familia, o constituyen un continuo motivo de desavenencia conyugal;

- XVI. Cometer un cónyuge contra la persona o los bienes del otro un acto que sería punible si se tratara de persona extraña, siempre que tal acto tenga señalada en la ley una pena que pase de un año de prisión;
- XVII. El mutuo consentimiento,
- XVIII. La separación de los cónyuges por más de dos años, independientemente del motivo que haya originado la separación, la cual podrá ser invocada por cualesquiera de ellos.

De las 18 fracciones que se encuentran contenidas en el precepto antes mencionado; de la I a la XVI y la XVIII son consideradas como divorcio necesario, mientras que sólo la XVII es considerada como divorcio voluntario o por mutuo consentimiento. De estas fracciones deduce la doctrina dos tipos de divorcio: el divorcio sanción o el divorcio remedio, según haya sido la causal alegada. Ambos se explican por sí mismos, ya que el primero pretende buscar una sanción o castigo contra el cónyuge que ha ido contra los principios y deberes del matrimonio, en tanto que el segundo simplemente es protector de los hijos y del cónyuge (fracción VI y VII).

Este divorcio, en conformidad con el artículo 278 del Código Civil, sólo puede ser demandado por el cónyuge inocente, por el que no haya dado causa a él y dentro de los seis meses siguientes al día en que haya llegado a su conocimiento la noticia de los hechos en que funde su demanda; no puede pedirse cuando haya mediado perdón tácito o expreso, ya que de existir, el cónyuge culpable está impedido para demandar. Debe recordarse que la reconciliación de los cónyuges pone término al juicio de divorcio en cualquier estado en que se encuentre, siempre y cuando no haya sentencia ejecutoria. Perdonado el cónyuge culpable, el inocente no puede alegar posteriormente la misma causal para demandar el divorcio, salvo que se trate de hechos distintos aunque sean de la misma especie y legalmente constituyan causa para el divorcio.

DIVORCIO VOLUNTARIO.

El divorcio voluntario es aquel que tiene lugar solamente a solicitud de ambos cónyuges, y que se ha dicho tiene como base el mutuo consentimiento sin expresión de causa alguna. Se cree que un divorcio voluntario oculta hechos que se dejan al margen con el propósito de no dañar la reputación familiar dando lugar a un escándalo. El divorcio voluntario se encuentra previsto en la fracción XVII del artículo 267 del Código Civil.

El divorcio voluntario tiene lugar cuando ambos cónyuges están de acuerdo para pedir la disolución del matrimonio, cuando la voluntad de separarse es común a ambos. El divorcio voluntario no puede pedirse si no pasado un año de la celebración del matrimonio.

El divorcio voluntario a su vez puede tramitarse de dos maneras: administrativa o judicial.

En el divorcio voluntario de tipo administrativo conoce el Juez del Registro Civil que corresponda, siempre que los consortes no tengan hijos y de común acuerdo hayan liquidado la sociedad conyugal si estuvieren casados bajo ese régimen.

En este tipo de divorcio, la tramitación es bastante sencilla: los solicitantes se presentarán ante el oficial del Registro Civil de su domicilio, comprobarán que son casados y mayores de edad, manifestarán que no tienen hijos y que desean divorciarse.

El oficial del Registro Civil levantará una acta en que se hará constar la solicitud del divorcio, y citará a los cónyuges para que a los 15 días se presenten a ratificarla. Si los esposos hacen la ratificación, el oficial del Registro los declarará divorciados, levantando el acta correspondiente.

El divorcio así obtenido no surtirá sus efectos legales si se comprueba que los cónyuges tienen hijos, son menores de edad o no han liquidado la sociedad conyugal, y entonces aquéllos sufrirán la pena que establezca el Código de la materia.

El divorcio voluntario de naturaleza judicial procede ante el juez de lo Familiar cuando el matrimonio tiene más de un año de efectuado y ambos cónyuges están de acuerdo con divorciarse, para lo cual se sigue un juicio que se inicia con la solicitud firmada por ambos, acompañadas de copias certificadas del acta de matrimonio y de nacimiento de los hijos menores de edad, si los hubiera, así como de un convenio en que se precise la custodia y forma de protección de las necesidades de los hijos, el domicilio que tendrán los cónyuges durante la tramitación del juicio, las pensiones alimenticias que procedan, y la forma de liquidar la sociedad conyugal. Están obligados, además, a presentar un convenio en que se fijará:

1. Designación de persona a quien sean confiados los hijos del matrimonio, tanto durante el procedimiento como después de ejecutado el divorcio;
2. El modo de subvenir a las necesidades de los hijos, tanto durante el procedimiento como después de ejecutoriado el divorcio;
3. La casa que servirá de habitación a la mujer durante el procedimiento;
4. La cantidad que a título de alimentos un cónyuge debe pagar al otro durante el procedimiento, la forma de hacer el pago y la garantía que debe darse para asegurarlo; y
5. La manera de administrar los bienes de la sociedad conyugal durante el procedimiento y la de liquidar dicha sociedad después de ejecutoriado el

divorcio, así como la designación de liquidadores. A ese efecto se acompañará un inventario y avalúo de todos los bienes muebles o inmuebles de la sociedad.

Durante la tramitación del juicio deberá intervenir el Ministerio Público cuando hubiere hijos menores de edad, para cerciorarse que esté asegurada su protección, y si no existe inconveniente por parte del Ministerio Público y los cónyuges insisten en su propósito, el juez dictará la sentencia de disolución.

El divorcio por mutuo consentimiento no puede pedirse sino pasado un año de la celebración del matrimonio.

2.5. CAUSALES DE DIVORCIO.

El Estado procura que el matrimonio sea duradero, su destrucción trae casi siempre consecuencias negativas, por ello, para disolverlo pone una serie de obstáculos con el fin de desalentar a personas irresponsables, quienes con el más mínimo pretexto buscarían la separación.

A pesar de lo anterior se considera que hay causas graves que justifican la disolución del matrimonio, así el Estado ha reglamentado el divorcio procurando siempre el bienestar de los hijos. El divorcio, en muchas ocasiones, por circunstancias graves resulta el camino recomendable para el bien de los cónyuges, de los propios hijos y de la sociedad.

Las causas de divorcio pueden derivar de culpa de uno o de ambos de los consortes o por venir de otras razones, en las que no pueden imputarse culpa a ninguno de ellos.

El artículo 267 del Código Civil incluye entre las causas de divorcio, unas, que operan de modo absoluto, sin sujeción a condición alguna, en tanto que otras, sólo dan lugar al divorcio, si se encuentran condicionadas por ciertas circunstancias que perturban gravemente la armonía conyugal. En estos casos el derecho deja a la estimación del juez, la calificación de la gravedad de la causa.

Antes de efectuar un análisis más extenso sobre las causales que dan lugar al divorcio que establece el artículo 267 del Código Civil vigente, es importante señalar algunas de las formas de clasificar a estas causas. Así por ejemplo, el maestro Rafael Rojina Villegas las clasifica de la manera siguiente:

- I. Las que impliquen delitos;
- II Las que constituyan hechos inmorales;
- III. Las contrarias al estado matrimonial o que impliquen el incumplimiento de las obligaciones conyugales;
- IV. Determinados vicios; y
- V. Ciertas enfermedades.

Por lo que toca a los delitos, están comprendidas en las fracciones: I, IV, V, XI, XIII, XIV y XVI del artículo 267. Los hechos inmorales están enumerados en las fracciones: II, III, y V. Los hechos contrarios al estado matrimonial están previstos por las fracciones: VIII, IX, X y XII. Las enfermedades en las fracciones VI y VII, y los vicios en la fracción XV.

Otra forma de clasificar las causas de divorcio consiste en comparar los distintos Códigos civiles del país a fin de advertir las diferencias que los mismos presenten en esta materia de tan grande trascendencia social. Dicha clasificación sería la siguiente: a) Causas eugenésicas, b) Causas fundadas en la infidelidad de los

cónyuges, c) Causas fundadas en la separación de los esposos, d) Causas fundadas en el abandono de las obligaciones alimentarias, e) Causas fundadas en la falta de respeto de uno de los cónyuges a la persona del otro, f) Causas fundadas en la conducta inmoral de uno de los cónyuges, y g) El mutuo consentimiento.

Antes de analizar las diferencias, diremos que los Códigos civiles de los Estados de Baja California, Coahuila, Colima, Chiapas, Guerrero, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz, contienen una enumeración de causales idéntica a la del Código Civil del Distrito Federal de 1928.

- a) Causas eugenésicas. Además de las enumeradas en el Código Civil del Distrito Federal de 1928, Aguascalientes añade como causa de divorcio de este tipo al idiotismo o imbecilidad incurable; Hidalgo añade la lepra y la impotencia incurable sobrevenida después del matrimonio, siempre que dicha impotencia no sea resultado natural de la edad. Nueva causa de tipo eugenésico es la que contiene el Código de Yucatán, consistente en la aberración sexual de alguno de los cónyuges. En el Código de Chihuahua la esterilidad de la mujer es también una nueva causa de tipo eugenésico.
- b) Causas fundadas en la infidelidad de los cónyuges. En el adulterio, hay algunas variantes en los Códigos civiles de los Estados: Así, en Durango y en Tlaxcala el adulterio de la mujer siempre es causa de divorcio, pero a diferencia de lo que sucede en el Código Civil del Distrito Federal, el del marido sólo lo es cuando concurren algunas de estas circunstancias: 1. Que el adulterio haya sido cometido en la casa conyugal; 2. Que haya habido concubinato dentro o fuera de la casa conyugal; 3. Que haya habido escándalo o el marido hubiere insultado públicamente a la mujer legítima. 4. Que la adúltera haya maltratado de palabra o de obra a la mujer legítima, o que por su culpa la mujer sufra estos maltratos de otras personas. En Morelos y Sonora no sólo es causa de divorcio el adulterio consumado, sino que también lo son los actos preparatorios del mismo; es decir aquellos actos que de manera necesaria y directa tiendan al mismo, y en Tamaulipas también se configura esa causa, considerando que procede el divorcio cuando uno de los cónyuges tiene "relaciones sexuales con otra persona".
- c) Causas fundadas en la separación de los esposos. Dentro de las causas de este grupo y refiriéndonos únicamente a las variantes que presentan los Códigos civiles de los Estados, respecto del Código Civil del Distrito Federal, diremos que en Campeche y en Tlaxcala es causa de divorcio el completo abandono de uno de los cónyuges por el otro, por más de un año, sin que por tanto en estos ordenamientos haya la distinción en caso de separación del hogar conyugal, que tiene el Código Civil del Distrito Federal en sus fracciones VIII y IX. En Hidalgo y Chihuahua, la separación de los cónyuges no necesita durar seis meses como en el Código Civil del Distrito Federal, sino que basta con que transcurran tres meses, para que proceda el divorcio. Por el contrario

en el Código Civil de Durango no existe la causal de divorcio consistente en la separación de la casa conyugal por más de un año, sin entablar la demanda de divorcio.

- d) Causas fundadas en el abandono de las obligaciones alimentarias. Sólo encontramos algunas variantes respecto de la manera como el Código Civil del Distrito Federal vigente configura esta causal, en su fracción XII. Así, en la Ley de Divorcio de Chihuahua la negativa del marido a ministrar alimentos a la mujer es causa de divorcio lisa y llanamente, sin condicionarla como se hace en el Código Civil del Distrito Federal a la imposibilidad de que el acreedor alimentario haga efectivas las obligaciones alimentarias. En Aguascalientes no hay prescripción para el ejercicio de la acción de divorcio fundada en la falta de cumplimiento de las obligaciones alimentarias, sino que el divorcio por esta causa, puede ser demandado en cualquier tiempo.
- e) Causas fundadas en la falta de respeto de uno de los cónyuges, a la persona del otro. En Tlaxcala, la sevicia, las amenazas o las injurias graves sólo originan el divorcio cuando sean de tal naturaleza, dice la ley, que hagan imposible la vida en común, y como así lo establece también la Ley de Relaciones Familiares, esta disposición es valedera para los Estados que tienen vigente esa ley y que son Guanajuato, Puebla y Zacatecas.
- f) Causas fundadas en la conducta inmoral de uno de los cónyuges. Entre las leyes modernas, la de Divorcio de Chihuahua también considera como causal a la perversión moral de uno de los cónyuges, o su conducta deshonrosa. En el Código Civil de Yucatán, la causa de divorcio consistente en la corrupción de los hijos, es procedente aunque los hijos víctimas de la corrupción sean de uno solo de los esposos y no de ambos.
- g) El mutuo consentimiento y otras causas no reguladas en el Código Civil del Distrito Federal vigente. La Ley de Relaciones Familiares introdujo en el Derecho mexicano el mutuo consentimiento como causa de divorcio, o sea, una rescisión voluntaria del contrato y no ya una sanción por la falta de cumplimiento de las obligaciones que incumben a los cónyuges. Pero además, después de dicha ley se han introducido en nuestro derecho otras causas de divorcio que tienen su origen en el Derecho anglosajón, tales como la incompatibilidad de caracteres, que se regula en los Códigos civiles de Chihuahua, Campeche y Yucatán. En este último Código, el divorcio únicamente podrá pedirse si se aduce dicha incompatibilidad, cuando haya transcurrido un año de celebrado el matrimonio.

En Oaxaca es causa de divorcio la "actitud antisocial" de uno de los esposos, que puede ser alegada en cualquier tiempo, sin que el Código defina lo que entiende por "actitud antisocial."

Por último el desistimiento de una acción de divorcio intentada por uno de los cónyuges, da derecho al otro a demandar a su vez el divorcio, en los Códigos

civiles de los Estados de Morelos y Sonora; y en la Ley de Divorcio de Chihuahua, es también causa de divorcio la circunstancia de que uno de los cónyuges hubiera consentido, por escrito, en divorciarse del otro consorte.

2.5.1. LAS CAUSALES DE DIVORCIO DE ACUERDO AL ARTÍCULO 267 DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL

I. El Adulterio debidamente probado de uno de los cónyuges.

No debe extrañarnos que esta causal se encontrará en el Deuteronomio y que fuera la única que en el Evangelio de Mateo permitía el repudio de la mujer. Desde entonces, al igual que ahora, se ha mantenido vigente en el desarrollo de la institución del divorcio, pues en todos los códigos que han existido, aparece en su fracción primera. No queremos derivar de ello que sea la única ni la más grave de las causas que justifican el divorcio; pero obviamente es quizás la más lacerante, pues es presupuesto de ella la infidelidad, que viola el deber personalísimo que limita la unión sexual de uno con una. De ahí que los sistemas de Derecho positivo siempre hayan iniciado la exposición de las justificantes, con ella misma.

Debemos entender que la infidelidad a la que se contrae esta causal es eminentemente sexual y por ella, cuando examinábamos esta fórmula en el Código de 1870, reiterada en el de 1884, se refería a que se apreciaba de mayor gravedad la cometida por la mujer que la del hombre, pues acarreaba el riesgo de llevar al hogar de éste, un hijo que no fuera de él. Actualmente, debido a la situación igualitaria del hombre y la mujer frente a la ley y con motivo de las pasadas reformas de 1975, el adulterio como causal de divorcio o como delito es sancionado en la misma forma para el hombre y la mujer, en aplicación de un precepto que impone a los dos cónyuges los mismos deberes.

Los Códigos Penal o Civil no dan una definición de lo que es adulterio, debiéndose entender por éste, las relaciones sexuales que se realizan fuera del matrimonio; el comercio carnal de uno de los cónyuges con otra persona que no es el cónyuge, exigiéndose la cópula consumada como requisito esencial.

Como causa de divorcio, el trato carnal de cualquiera de los cónyuges con quien no sea su consorte, no requiere que se configure el delito de adulterio. Para que proceda el divorcio por causa de adulterio, no es necesario que se reúnan los requisitos que exige el Código Penal (que se realice el acto sexual con escándalo o en el domicilio conyugal), basta la comprobación de la existencia de esas relaciones sexuales, en cualquier circunstancia, para tener por probada la causa de divorcio.

Es por ello que la fracción I del artículo 267 sólo exige la prueba del adulterio, pero no la condena penal previa, contra el cónyuge demandado declarándolo responsable del delito de adulterio.

La prueba del adulterio en el juicio de divorcio debe ser directa, objetiva. Esta causal es absoluta. No requiere, sino la prueba objetiva del adulterio

La Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de La Nación ha elaborado doctrina sobre el tema que venimos exponiendo; habiendo reconocido la dificultad práctica que entraña esta conducta para poder comprobarla plenamente ante los tribunales; considerando que la prueba presuncional es apta para justificarlo, a falta de otras probanzas directas. A este propósito resulta oportuno citar la siguiente Tesis número 207, visible en la página 324 del Apéndice al Semanario Judicial de la Nación que publica las Tesis de Ejecutorias 1917-1985, Novena Parte Jurisprudencia y Tesis en Materias que Cambió el Sistema de Competencias, que a la letra dice:

Divorcio, adulterio como causal de. Para la comprobación del adulterio como causal de divorcio, la prueba directa es comúnmente imposible, por lo que debe admitirse la prueba indirecta para la demostración de la infidelidad del cónyuge culpable.

Tomo CII , Pág. 695. A.D. 41454. Díaz Candelaria. Mayoría de 4 votos.

Sexta Época, Cuarta Parte:

Vol. XIV, Pág. 9. A.D. 280957. Jesús Ruiz Jiménez. 5 votos.

Vol. XXX, Pág. 120. A.D. 180358. María Cristina de Borbón de Patiño. Mayoría de 4 votos.

Vol. XXXIII, Pág. 69. A.D. 218159. Jesús Alcántara. 5 votos.

Vol. LII, Pág. 10, A.D. 722660. Antonia Verde Barrón. 5 votos.

Dentro de las tesis relacionadas con este tema, la Tercera Sala de la misma Suprema ha aceptado los siguientes criterios:

Divorcio, adulterio como causal de. Es preciso reconocer una distinción entre el adulterio como causal de divorcio y el divorcio como delito sancionado por la ley penal. Si bien ambos implican la existencia de relaciones sexuales entre el cónyuge culpable y la persona diversa del esposo, el adulterio tipificado como delito requiere, como elemento constitutivo, haber sido en el domicilio conyugal o con escándalo; más la simple relación sexual entre el cónyuge demandado y un tercero constituye causa de divorcio, justificativa de la disolución del vínculo matrimonial, por que éste sólo puede subsistir, para el legislador, mediante una vida en común, basada en la fidelidad de los esposos.

Quinta Época: Tomo CXXVII, Pág. 809. A.D. 5152/55. Rufino Fernández Ocaña. Mayoría de 3 votos.

Divorcio, pruebas en el adulterio. El adulterio que se invoca como causal para demandar el divorcio es susceptible de probarse por medio del acta de nacimiento de un hijo natural de la cónyuge demandada habido con persona distinta a su esposo legítimo, por que aun cuando se trata de un documento público que no constituye una prueba para demostrar directamente el adulterio, en cambio sí hace prueba plena en cuanto el nacimiento del menor y a lo declarado por quienes lo presentaron y reconocieron, y quedando demostrado el hecho relativo al nacimiento del hijo natural, cuando aún subsistía el vínculo matrimonial, queda deducida la existencia del adulterio que es una consecuencia de aquel hecho, y establecida la presunción relativa a la existencia de la causal invocada.

Quinta Época: Suplemento de 1956. A.D. 4433/50. María Elena Aguilar Vargas. Unanimidad de 4 votos.

El cónyuge inocente, puede invocar esta causal de divorcio dentro de seis meses siguientes, contados a partir del momento en que tuvo conocimiento del acto en que hace consistir el adulterio de su cónyuge.

En resumen, podemos concluir que las características del adulterio como causal de divorcio son las siguientes:

- a) La tentativa de adulterio no es punible ni sancionable civilmente; puede caer en su caso como injuria grave al otro cónyuge.
- b) El adulterio se sanciona por igual en el hombre y en la mujer, no aceptando la teoría de Pothier, que señalaba que el adulterio de la mujer era más grave que el del hombre y que recogen los Códigos Civiles Francés y Mexicanos ya derogados.
- c) No se requiere sentencia penal para justificar la procedencia del divorcio civil, es decir, existen independientemente una de otra.
- d) El adulterio exige como elementos integradores del tipo la cópula extramatrimonial realizada, en el domicilio conyugal, o con escándalo. El adulterio como causal del divorcio solo exige la cópula extramatrimonial.
- e) El adulterio como causal no requiere de pruebas directas; se puede probar indirectamente, con presunciones o documentos que hagan indubitable esta anomalía conyugal y que no dejen la menor duda en el ánimo del juzgador sobre la responsabilidad del cónyuge culpable.

- f) Los actos contra natura no están sancionados como adulterio y, en consecuencia, tampoco como causales de divorcio. Algunos Códigos Civiles de ciertas entidades federativas ya lo consideran como causal de divorcio para todos los efectos legales que produzcan.
- g) Si el matrimonio que los une es solo eclesiástico y no civil, no habrá adulterio, por que la Ley Civil mexicana no le concede efectos jurídicos al matrimonio religioso.
- h) Los actos amorosos previos (sin llegar a la cópula) no son suficientes para considerarlos como adulterio; exhibirse públicamente en bares, restaurantes, en la vía pública, etcétera.
- i) La sentencia ejecutoria que condene a los adúlteros, hace prueba plena en el juicio civil.

Lógico resulta el incluir el adulterio entre las causas del divorcio, puesto que es de la esencia del matrimonio la fidelidad entre los cónyuges y ¿qué forma más grave de violar la fidelidad conyugal, que el hecho de cometer adulterio? En efecto, el adulterio además de ir contra la fidelidad que se deben los esposos, resulta una injuria grave al cónyuge inocente, y un atentado contra la estabilidad y moralidad del hogar.

II. El hecho de que la mujer dé a luz, durante el matrimonio, un hijo concebido antes de celebrarse este contrato, y que judicialmente sea declarado ilegítimo.

Esta causal aparece por vez primera en la legislación de 1884 y se reitera tanto en el Decreto del 29 de enero de 1915, como en la Ley sobre Relaciones Familiares.

Se trata de una injuria grave que comete la mujer al engañar al marido, por no informarle que en el momento de la celebración ya se encuentra encinta. Para la debida comprensión de esta disposición debemos tener presente que la materia de la paternidad y filiación contiene reglas cronológicas básicas fundadas en los plazos mínimo y máximo de la gestación de la vida humana, que consignan que se presumen hijos de los cónyuges, de acuerdo con el artículo 324 del Código Civil vigente:

- I. Los hijos nacidos después de ciento ochenta días contados desde la celebración del matrimonio.

- II. Los hijos nacidos dentro de los trescientos días siguientes a la disolución del matrimonio, ya provenga ésta de nulidad del contrato, de muerte del marido o de divorcio. Este término se contará en los casos de divorcio o nulidad, desde que de hecho quedaron separados los cónyuges por orden judicial.

Las dos anteriores fracciones, admiten prueba en contrario, pues establece que el marido no podrá desconocer a los hijos, alegando adulterio de la madre, aunque ésta declare que no son hijos de su esposo, a no ser que el nacimiento se le haya ocultado, o que demuestre que durante los diez meses que precedieron al nacimiento no tuvo acceso carnal con su esposa; asimismo, y de conformidad con el artículo 327 del Código Civil, el marido podrá desconocer al hijo nacido después de trescientos días, contados desde que judicialmente y de hecho tuvo lugar la separación provisional prescrita para los casos de divorcio y nulidad: pero la mujer, el hijo o el tutor de éste pueden sostener en tales casos que el marido es padre.

Por su parte, el artículo 328 del Código Civil nos dice como un complemento del artículo 324 fracción I que:

Art. 328.- El marido no podrá desconocer que es padre del hijo nacido dentro de los ciento ochenta días siguientes a la celebración del matrimonio:

- I. Si se probare que supo antes de casarse el embarazo de su futura consorte, para esto se requiere un principio de prueba por escrito;
- II. Si concurrió al levantamiento del acta de nacimiento y ésta fue firmada por él, o contiene su declaración de no saber firmar;
- III. Si ha reconocido expresamente por suyo al hijo de su mujer;
- IV. Si el hijo no nació capaz de vivir.

Con una visión claramente confirmatoria del criterio cronológico al que estamos haciendo referencia, el mismo capítulo del Código Civil localizamos la última de las disposiciones transcritas.

Art. 334.- Si la viuda, la divorciada o aquella cuyo matrimonio fuere declarado nulo, contrajere nuevas nupcias dentro del periodo prohibido por artículo 158, la filiación del hijo que naciere después de celebrado el nuevo matrimonio, se establecerá conforme a las reglas siguientes:

- I. Se presume que el hijo es del primer matrimonio si nace dentro de los trescientos días siguientes a la disolución del primer matrimonio y antes de ciento ochenta días de la celebración del segundo;

- II. Se presume que el hijo es del segundo marido si nace después de ciento ochenta días de la celebración del segundo matrimonio, aunque el nacimiento tenga lugar dentro de los trescientos días posteriores a la disolución del primer matrimonio.

El que negare las presunciones establecidas en las dos fracciones que preceden, deberá probar plenamente la imposibilidad física de que el hijo sea del marido a quien se atribuye.

- III. El hijo se presume nacido fuera del matrimonio si nace antes de ciento ochenta días de la celebración del segundo matrimonio y después de trescientos días de la disolución del primero.

De acuerdo con los términos consignados en las disposiciones transcritas la presunción de paternidad y de filiación está bien situada en los extremos cronológicos que hemos especificado. De manera que si al casarse una pareja no existen indicios de embarazo en la mujer, pero después resulta que ésta da a luz un hijo a los ciento setenta días que siguen a la celebración, entonces el marido tendrá acción para contradecir esa paternidad. Sólo que el tema que examinamos exigirá que sobrevenga una sentencia de autoridad competente que declare que el hijo no es legítimo.

Vale la pena aclarar que esta causal encierra dos acciones: la de desconocimiento y la de divorcio, las cuales pueden ser ejercitadas conjunta o separadamente.

Esta causal, desde luego, encierra una injuria grave al esposo en razón del descrédito y desprestigio social a que lo somete.

El término para que caduque la acción es de seis meses contados a partir de que la resolución en la que se declare ilegítimo a un hijo cause ejecutoria. Esta causal de divorcio es absoluta.

- IV. La propuesta del marido para prostituir a su mujer, no solo cuando el mismo marido la haya hecho directamente, sino cuando se prueba que ha recibido dinero o cualquiera remuneración con el objeto expreso de permitir que otro tenga relaciones carnales con su mujer.**

Esta disposición se encontraba en el Código de 1870 y se reiteró en el de 1884; repitiéndose en la Ley de Divorcio de 1915 y en la Ley sobre Relaciones Familiares de 1917.

En esta causal encontramos una inversión desde el punto de vista del ofendido a la que se contrae la fracción que antecede, pues si en aquélla solo puede figurar como víctima el hombre, en ésta, es la mujer la que resulta padecer la ofensa.

Desde luego debe apreciarse gravemente ultrajante el que el marido se atreva a proponer a la esposa una conducta de tal dimensión; contemplándose en ese dispositivo una conducta alternativa: el que se pruebe que ha recibido dinero o cualquiera remuneración con el objeto expreso que él ha buscado.

Esta causal contempla una situación no extraña en nuestro medio en la que se coloca a la mujer en la posición degradante de la prostitución, que produce no sólo la violación del deber matrimonial de respeto y amor, sino que debe ser considerada como causal de divorcio, y cae dentro de la competencia de la ley penal. La prepotencia de algunos esposos, la degeneración y la debilidad de no pocas mujeres, hacen que el ilícito moral tenga cabida en nuestro medio.

La degradación moral, que se revela en el marido, pone en relieve la imposibilidad de que el matrimonio llene la función que está llamado a cumplir: la formación física y moral de la prole. Esta causal opera de modo absoluto.

Del análisis del contenido del precepto que se examina se deducen, pues la dos alternativas que señalamos: una la propuesta; otra, la recepción del dinero. Ellas pueden actuar independientemente y en ambas opciones puede operar plenamente la causal a la que nos estamos refiriendo.

IV. La incitación a la violencia hecha por un cónyuge al otro para cometer algún delito, aunque no sea de incontinencia carnal.

Esta disposición se encuentra en toda nuestra tradición jurídica como causal de divorcio. En ella es irrelevante el sexo del ofendido, pues opera indistintamente de su condición. Entendemos que en ella también existe una injuria grave, pues independientemente del resultado que se obtenga con la incitación o con la violencia, se dará la causal; debiéndose tener en cuenta que en el evento de que la parte ofendida llegue a cometer el delito para el cual fue incitada o bien, sometida a la violencia física o moral, se verá sujeta a las consecuencias de la comisión de una conducta sancionada por las leyes penales y, seguramente, tendrá que padecer la privación de libertad que resulta su consecuencia, con la afrenta y deshonor que implícitamente le sobrevienen.

El Código Penal en los artículos 206, 207 y 209, prevé esta conducta y tipifica el ilícito como lenocinio y provocación a delinquir o apología de un delito o de algún vicio.

Art. 206.- El lenocinio se sancionará con prisión de dos a nueve años y de cincuenta a quinientos días multa.

Art. 207.- Comete delito de lenocinio:

- I. Toda persona habitual o accidentalmente explote el cuerpo de otra por medio del comercio carnal, se mantenga de este comercio u obtenga de él un lucro cualquiera;
- II. Al que induzca o solicite a una persona para que con otra comercie sexualmente con su cuerpo o le facilite los medios para que se entregue a la prostitución;
- III. Al que regentee, administre o sostenga directa o indirectamente prostíbulos, casas de cita o lugares de concurrencia expresamente dedicados a explotar la prostitución, u obtenga cualquier beneficio con sus productos.

Art. 209.- Al que provoque públicamente a cometer un delito, o haga la apología de éste o de algún vicio, se le aplicarán de diez a ciento ochenta jornadas de trabajo en favor de la comunidad, si el delito no se ejecutare; en caso contrario se aplicará al provocador la sanción que corresponda por su participación en el delito cometido.

El peligro que entraña esta incitación, por la intimidad de la vida que existe entre los cónyuges, es motivo muy grave para disolver el vínculo.

De esta manera, las características que debe reunir esta causal son las siguientes:

- a) Para estar en presencia del tipo penal se requiere que la incitación sea pública.
- b) Para estar en presencia de esta causal de divorcio, la incitación puede ser pública o privada.
- c) Si se emplea violencia pública puede haber lesiones, y si se emplea violencia moral, amenazas.
- d) Para que se tipifique el lenocinio debe el marido recibir un bien de valor (dinero, objetos, etc.) por el cuerpo de la esposa.
- e) El consentimiento del marido debe ser expreso.
- f) En caso de que la prostitución de la mujer sea con consentimiento de ambos no prospera el divorcio por esta causal, en razón de que ella no es objeto de injuria por haber otorgado su consentimiento.
- g) No se requiere de la sentencia penal para promover la acción civil.

- h) No está presente en la ley el caso opuesto, es decir, que sea la mujer quien prostituya al hombre; por esto, si llegará a suceder no se puede tipificar como causal de divorcio.
- i) Esta causal como las anteriores opera de modo absoluto.

V. Los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, así como la tolerancia en su corrupción.

En esta disposición existe un giro en la visión del legislador, pues no considera a los hijos como los posibles sujetos pasivos de esa conducta, sino que los directamente ofendidos serán los hijos y resultará cónyuge inocente quién indirectamente padezca ese proceder.

En esta fracción se encuentra también la injuria grave que va a experimentar uno de los padres de hijos que torpe y dolosamente están siendo víctimas de una conducta tortuosa que está dirigida y empeñada en su corrupción.

Es indiferente que estos actos tiendan a la corrupción de los hijos de ambos o los de uno de ellos. La tolerancia en la corrupción, ha de consistir en actos positivos y no en simples omisiones.

Tan grave y peligrosa es esta causa como la prostitución de la mujer o la incitación a la comisión de un delito hecha por un cónyuge al otro.

Esta es, quizá, la causal de mayor trascendencia en cuanto a su forma y consecuencias. Se encuentra contemplada en la fracción V del artículo 267, íntimamente relacionada con el artículo 270, que a la letra dice:

Art. 270.- Son causas de divorcio los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, ya lo sean éstos de ambos, ya de uno solo de ellos. La tolerancia en la corrupción que da derecho a pedir el divorcio debe consistir en actos positivos y no en simples omisiones.

Esta causal tiene, al igual que las anteriores, una íntima relación con el delito de corrupción tipificado por el artículo 201 del Código Penal, que dice a la letra:

Art. 201.- Al que procure o facilite la corrupción de un menor de dieciocho años de edad o de quien estuviere de hecho incapacitado por otra causa, mediante actos sexuales, o lo induzca a la práctica de la mendicidad, ebriedad, toxicomanía o algún otro vicio, a formar parte de una asociación delictuosa o a cometer cualquier delito, se le aplicará de tres a ocho años de prisión y de veinte a cien días de multa.

Cuando los actos de corrupción se realicen reiteradamente sobre el mismo menor o incapaz y debido a ello éstos adquieran los hábitos del alcoholismo, uso de sustancias tóxicas u otras que produzcan efectos similares, se dediquen a la prostitución o a las prácticas homosexuales, o a formar parte de una asociación delictuosa, la pena de prisión será de cinco a diez años y de cien a cuatrocientos días de multa.

Si además de los delitos previstos en este capítulo resultase cometido otro, se aplicarán las reglas de acumulación.

La palabra corrupción es un vocablo de sentido tan amplio que, en sí, abarca diversas situaciones: embriaguez, drogadicción, tabaquismo, etcétera. La causal puede consistir en actos positivos o en actos negativos. Lo mismo da para la ley "hacer" algo que "hacer" nada, es decir, no evitarlo. Cabe aclarar que en el caso de que la corrupción se dirija hacia menores de edad, se tipifica el delito del que ya hemos hablado sin perjuicio de configurarse la causal de divorcio; en caso de que el sujeto pasivo sea mayor de edad, no habrá delito pero si causal de divorcio, es decir, la mayoría o minoría de edad en los hijos no es trascendente para los efectos civiles.

Vale la pena señalar que también incurren en esta causal los padres que toleren la corrupción de los hijos; que no pongan remedio enérgico a tal situación. Aquí se presenta el problema de distinguir entre los padres de poco carácter, y aquellos que no pueden frenar las imprudencias de los hijos por imposibilidad o limitación psicológicas. Los jueces, dentro del prudente arbitrio judicial que la ley les concede, deben diferenciar entre tolerancia, descuido irresponsable y falta de carácter.

Como características principales de esta causal se encuentran las siguientes:

- a) Los actos inmorales deben ser dirigidos a la corrupción de los hijos.
- b) "De todas las causales de divorcio que enuncia la ley, tal vez sea esta la más odiosa, la más culpable, la que demuestra mayor depravación, excepto en aquellos casos en que la miseria obliga a los padres a consentir en la prostitución de sus hijos, hecho éste que la pobreza explica, pero no justifica de ninguna manera."
- c) La corrupción puede ser de cualquier índole: drogadicción, degeneraciones sexuales, delitos en general, etcétera.
- d) La ley exige que sean varios los actos inmorales; estimamos que la causal no se da cuando se trata de un hecho aislado, por eso la fracción que se comenta se expresa en plural "Los actos inmorales... etcétera".
- e) Esta causa es absoluta.

VI. Padecer sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además, contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio.

En esta causal encontramos básicamente una razón que podremos calificar de biológica, para generar la justificación del divorcio; sin embargo, no puede terminantemente excluirse la posibilidad de que en ella concurra la injuria, por cuanto al posible contagio venéreo extramatrimonial. Sin embargo nuestra atención se concentra en la limitación aparente que consigna en el texto el legislador, al referirse solamente a dos padecimientos que hasta entonces habían venido siendo azote de la humanidad: la sífilis y la tuberculosis; y que no obstante los avances de la medicina continúan causando estragos muy graves.

VII. Padecer enajenación mental incurable previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge demente.

Esta causal era reprobada por el Código de 1870, que en su artículo 261 disponía:

“La demencia, la enfermedad declarada contagiosa o cualquier otra calamidad semejante de uno de los cónyuges, no autoriza el divorcio; pero el juez con conocimiento de causa, y sólo a instancia de uno de los consortes, pueden suspender breve y sumariamente en cualquiera de dichos casos la obligación de cohabitar quedando sin embargo subsistentes de las demás obligaciones para el cónyuge desgraciado.”

Efectivamente, el padecimiento al que se contraía este precepto, tenía que ser apreciado como una calamidad y por tanto, a la Comisión redactora del proyecto de este Código, no le pareció justo aumentar con un mal moral la desgracia padecida por el enfermo. Sin embargo, no creyendo tampoco equitativo obligar al cónyuge sano a sufrir, dejó a la prudencia del juez suspender la cohabitación, sin tocar a las demás condiciones del matrimonio. En este terreno véase que si es obligación personal de los cónyuges el deber de asistencia, resulta contraria a ella el disponer la causal que pueda determinar la separación (en la ley anterior) y en la actual, la ruptura del vínculo.

Es ostensible que en esta causal no puede concurrir la idea de una injuria, sino totalmente lo que hemos observado, o sea, una razón de orden biológico, que afecta la salud.

El Código de 1884 mantuvo esta causal en el texto de su artículo 238; el Decreto de 1915 la sostiene igualmente en su artículo 238 y la Ley Sobre Relaciones Familiares en su artículo 87.

La redacción del precepto ahora vigente, solamente hacía referencia a su primera fase: VII. " Padecer enajenación mental Incurable"; sin embargo debe estimarse que ha sido acertada la adición que exige en la actualidad "previa declaración de interdicción que se haga respecto del cónyuge." Resultaba incongruente que pudiera iniciarse un procedimiento en el que la fuente de la reclamación del divorcio fuera el padecimiento de la enajenación mental, y que se emplazara a la parte interesada y se le oyera, se le permitiera rendir pruebas e intentar todos los recursos procesales. Pues en el evento de que fuera fundada la causal, implícitamente se está reconociendo que existía la enajenación mental incurable y que, sin embargo, no se había sometido a la indispensable incapacidad; designándole un tutor que la representara; de ahí que la reforma comentada, con la redacción actual permite una situación justa en el tratamiento del presunto incapaz.

Esta fracción nos habla de que uno de los cónyuges debe ser declarado en estado de interdicción (locura, falta de gobierno en su persona) para que proceda esta causal de divorcio. La declaratoria de interdicción debe ser realizada por el juez de lo familiar correspondiente.

Tal fracción fue reformada por Decreto el 27 de diciembre de 1983. Derogó al artículo 271 que establecía el plazo de dos años desde que comenzó el padecimiento para considerar incurable la enajenación mental. La reforma requiere la declaración judicial de interdicción para que proceda esta causal.

Esta causal y la contemplada en la fracción VI de tal artículo configuran las llamadas causales remedio, el cónyuge sano puede optar entre el divorcio vincular o la separación de los cuerpos (artículo 277 del Código Civil). El término de caducidad de seis meses que exige la ley en causales que se configuran con un hecho determinado en el tiempo, no se aplica, pues éstas son consideradas de tracto sucesivo.

Dentro de las características más importantes de esta fracción se encuentran las siguientes:

- a) Ésta, junto con la anterior, son las únicas en la que se puede fundar un divorcio no vincular.
- b) La enfermedad debe representar un peligro para el cónyuge sano y ser un verdadero impedimento para que la pareja haga vida en común.
- c) Esta causal también traiciona los principios de protección mutua, de abnegación recíproca y sacrificio que se deben los cónyuges a lo largo del matrimonio
- d) Los incidentes aislados no son suficientes para hacer procedente el divorcio, debe ser una alteración de la conducta del individuo que le impida estar en su sano juicio y que por lo tanto impida la vida en común del matrimonio.

- e) Pueden ser trastornos de carácter neurótico, es decir, "que se desarrollan a partir de un conflicto no resuelto, que intenta liberarse de ellos, así como de la angustia subyacente que le produce el conflicto."⁽⁸⁾
- f) Pueden ser trastornos caracteropáticos. Son trastornos que se cristalizan en una serie de formas que se vuelven ineficaces para establecer un vínculo con los otros y consigo mismo. Presenta síntomas difusos como falta de alegría, sensación de vacío, desorientación vital, malestar general, irritabilidad, etcétera.
- g) Pueden ser trastornos de carácter psicopáticos. Estos son trastornos que se caracterizan por quien los tiene en que "los valores morales y éticos no cuentan, no aprenden ni por la experiencia, ni por el castigo" disfrutan violando la ley, son de una enorme deslealtad y lo que predomina son ellos y su interés por encima del de los demás, además de que son masoquistas, gustan enormemente en hacer sufrir a los demás.

Todos estos tipos de alteraciones deben ser un impedimento que solo al juez toca calificar, para desarrollar una vida familiar estable, es decir, aun cuando el promovente de un divorcio estime que son suficientes para disolver el vínculo, deberá probarse en autos que la causal basta para el matrimonio no subsista.

VIII. La separación de la casa conyugal por más de seis meses sin causa justificada.

Esta causal es una de las más utilizadas por los presuntos divorciantes para reclamar la disolución del vínculo conyugal, ya que en otras palabras se le denomina "abandono de hogar."

Creemos que este "abandono" o "separación" sin causa justificada entraña en sí misma una injuria, pues contiene una conducta que lesiona profundamente la sensibilidad de uno de los cónyuges, que se ve "abandonado" sin justicia por parte del otro; cesando así materialmente el deber de cohabitación y aquellos otros que le resultan implícitos; viéndose recrudescida esta situación por el desamparo en el que se le sitúa complementariamente, cuando no se le proporciona elementos suficientes para satisfacer sus propias necesidades y las de sus hijos.

⁸ Edgar Elias Azar. Personas y Bienes en el Derecho Civil Mexicano. 2ª ed. México, Porrúa. 1997. pág. 253.

Desde luego debemos reconocer que esta causal esta apoyada en la obligación conjunta que el matrimonio impone a los cónyuges para vivir juntos, bajo el mismo techo, pues es uno de los medios que permite la realización de sus fines y la separación va imponiendo ese estado de profundo alejamiento entre los consortes, que ha roto el vínculo de mutua consideración que es indispensable en la vida matrimonial.

El Código de 1870 reconocía esta causal como abandono sin causa justa del domicilio conyugal, si se prolongaba por más de dos años. El Ordenamiento que le siguió establecía como causa legitima de divorcio el abandono del domicilio conyugal sin causa justa, o aun cuando sea con justa causa, si siendo ésta bastante para pedir el divorcio, se prolonga por más de un año el abandono sin que el cónyuge que lo cometió intente el divorcio.

La Ley de 1915 señalaba como causa de divorcio el abandono injustificado del domicilio conyugal por cualquiera de los consortes, durante seis meses consecutivos; reproduciéndose literalmente ese texto en la Ley Sobre Relaciones Familiares.

El deber conyugal de cohabitación, junto con los deberes de fidelidad y asistencia, constituye uno de los pilares básicos y fundamentales del matrimonio. Todos estos deberes llevan implícitos otros que, desdoblados a lo largo de la vida, componen el matrimonio y la integración de la sociedad y de los hombres como pareja. La fidelidad que se deben los esposos, el apoyo espiritual, moral, y la obligación de la cohabitación traen aparejada la convivencia y el débito conyugal. La violación a este deber da cabida a la causal de divorcio establecida por la ley civil mexicana en esta fracción

El deber de cohabitar es parte esencial del matrimonio y se éste no se cumple se puede demandar el divorcio. Esta separación, nos dice el maestro Rojina Villegas, "no significa necesariamente abandono de todas las obligaciones conyugales. El Código Civil, a diferencia de otras legislaciones, no nos dice abandono de un cónyuge por el otro, por más de seis meses, sin causa justificada, si no separación de la casa conyugal, sin tener causa. Es frecuente que el marido se separe de la casa conyugal sin causa justificada y siga cumpliendo su obligación alimentaria. No hay abandono de cónyuge en el sentido de cometer el delito específico de dejarlos sin medios para subsistir y, por lo tanto, no se tipificará la causal de divorcio que conforme a una determinada legislación, requiera el abandono del cónyuge y que también esta prevista por la fracción XIV de nuestro artículo 267".

La transgresión de este deber, en determinadas circunstancias, puede tipificarse como delito.

Los artículos 336 y 337 del Código Penal nos dicen a la letra:

Art. 336.- Al que sin motivo justificado abandone a sus hijos o a su cónyuge, sin recursos para atender a sus necesidades de subsistencia, se le aplicarán de un mes a cinco años de prisión o de 180 a 360 días multa; privación de los derechos de familia, y pago, como reparación de daño, de las cantidades no suministradas oportunamente por el acusado.

Art. 337.- El delito de abandono de cónyuge se perseguirá a petición de la parte agraviada. El delito de abandono de hijos se perseguirá de oficio y, cuando proceda, el Ministerio Público promoverá la designación de un tutor especial que represente a las víctimas del delito, ante el juez de la causa, quien tendrá facultades para designarlo. Tratándose de delito de abandono de hijos, se declarará extinguida la acción penal, oyendo previamente la autoridad judicial al representante de los menores, cuando el procesado cubra los alimentos vencidos, y otorgue garantía suficiente a juicio del juez para la subsistencia de los hijos.

Son características de esta causal:

- a) Debe ser por causa grave y justificada; es decir, el juez deberá analizar las circunstancias particulares del caso y determinar si son graves o no.
- b) No se trata del "abandono" de las obligaciones conyugales sino de la "separación de la casa conyugal."
- c) Si se separa del hogar pero continúa cumpliendo con sus obligaciones alimentarias, no habrá causal de divorcio y por lo mismo, tampoco se tipificará el delito de abandono de personas previsto en los artículos 336 y 337 del Código Penal.
- d) La causa de separación debe ser verdaderamente grave.
- e) Si el cónyuge abandonado regresa al hogar antes de que se cumpla el plazo señalado, no será procedente la causal, es decir, los plazos no son acumulativos, deben ser continuos
- f) La carga de la prueba la tiene el que abandona, es decir, debe justificar la causa de su abandono.
- g) La separación del hogar debe ser precisamente del que los cónyuges hayan decidido establecer como el conyugal, es decir, si viven en la casa de otra familia que por razones de parentesco o amistad los acoja, no se dará el abandono, por que el hogar conyugal no existe.
- h) Esta causal siempre exige el "animus" de no continuar con la relación, de romper con los principios de unión que se debe la de suspender la cohabitación, de romper con el principio de fidelidad, etcétera.

IX. La separación del hogar conyugal originado por una causa que sea bastante para pedir el divorcio, si se prolonga por más de un año sin que el cónyuge que se separó entable la demanda de divorcio.

La condicionante de la acción consiste en la separación del hogar conyugal por más de un año sin causa justificada para hacerlo.

Esta causal posee la particularidad de chocar con las tradiciones de la mujer mexicana, ya que ésta, a menudo por causa justificada, abandona a su cónyuge (adulterio del marido, injurias constantes, actos de corrupción, etcétera), y por no ir contra las costumbres o la religión, no entabla la demanda de divorcio, arriesgando con esto hasta a los propios hijos; ya que de ser demandada, por su decisión de no ser ella la parte actora, corre el riesgo de perder la patria potestad de los hijos si los hubiere.

Como características de esta causal se encuentran las siguientes:

- a) Esta causal está prácticamente admitida en todas las legislaciones donde se encuentra regulado el divorcio.
- b) El elemento de la continuidad en el abandono es esencial para la configuración de la causal; es decir, no pueden sumarse los diferentes plazos si es que estos son cortos y efímeros, debiendo ser los momentos del abandono sucesivos y continuos y que de ellos resulte el plazo de que nos habla esta fracción.
- c) Si ha habido acuerdo entre las partes para separarse no se considera como causal de divorcio.
- d) Esta causal solo la puede promover el cónyuge inocente, el abandonado y no el que se separó, aunque lo haya hecho justificadamente, pues de ser así, debió de haber demandado en el plazo concedido al efecto; por no hacerlo se le estima responsable y, en consecuencia, se configura esta causal.
- e) Al igual que la anterior fracción, es elemento esencial que exista el domicilio conyugal; es decir, no se considera como tal si viven en la casa de algún amigo o familiar.
- f) No hay abandono si la esposa se niega a establecerlo en un lugar en donde no existan los mismos requerimientos para la convivencia humana, es decir, un lugar de tal características que sea absolutamente inhabitable.
- g) El Juez que debe conocer del "abandono" es el del domicilio conyugal.
- h) No se puede promover un divorcio alegando al mismo tiempo las causales contenidas en las Fracciones VIII y IX del Artículo 267; la parte que lo

promueva debe decidirse por una de las dos, en términos de los criterios sustentados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

- i) El plazo para presentar la demanda es seis meses contados a partir de que se cumplimentó el año de la separación.

X. La declaración de ausencia legalmente hecha, o la de presunción de muerte, en los casos de excepción en que no se necesita para que se haga que proceda la declaración de ausencia.

Esta fracción dispone que es causal de divorcio la declaración de ausencia o la presunción de muerte. Ésta no opera por sí misma, sino que habrá de declararla judicialmente en los términos del título undécimo, capítulos I, II y III del Código Civil, que nos habla de los ausentes.

Esta causal es poco invocada como tal para demandar el divorcio, ya que para obtener la sentencia en donde se declare la ausencia o la presunción de muerte, se necesita agotar ante el juez un procedimiento costoso y complejo, además de que deben transcurrir varios años para cumplir en sus términos los plazos exigidos por la ley, de manera que si existe el plazo de seis meses a que se refiere la fracción VIII del mismo ordenamiento, los divorciantes prefieren invocar esta causal y no la de ausencia.

XI. La sevicia, las amenazas o las injurias graves de un cónyuge para el otro.

Por sevicia se entiende el acto de crueldad externa realizado con refinamiento por una persona contra otra, pudiendo consistir en obras o en palabras.

Al respecto el maestro Ricardo Couto nos dice: "la constituyen malos tratamientos de obra que revelan la crueldad en quien los ejecuta, sin que implique un peligro para la vida de las personas".

La injuria es la expresión proferida o acción ejecutada por una persona como manifestación de desprecio contra otra, con el fin de causarle una ofensa.

La amenaza se define como anuncio, traducido en palabras o actos, de un mal que ha de recaer sobre persona o personas determinadas, formulado directa o indirectamente contra ellas.

Como características principales de esta fracción se encuentran las siguientes:

- a) Esta es una de las causales más utilizadas para promover juicios de divorcio.
- b) No se requiere sentencia ejecutoria penal para promover el divorcio; es decir, no es requisito de procedibilidad civil, la denuncia penal.
- c) La sevicia, amenazas o injurias si se profieren a las familias del cónyuge no son consideradas causal de divorcio, aun cuando sean graves.

XII. La negativa injustificada de los cónyuges a cumplir con las obligaciones señaladas en el artículo 164, sin que sea necesario agotar previamente los procedimientos tendentes a su cumplimiento, así como el incumplimiento, sin causa justa, por alguno de los cónyuges, de la sentencia ejecutoria en el caso del artículo 168.

Esta fracción señala la obligación de darse alimentos y su negativa es causal de divorcio siempre y cuando a él o la acreedora alimentaria no se le puedan embargar bienes bastantes y suficientes para hacer frente a la necesidad.

Debe quedar claro que en los términos del artículo 164 el deber de contribuir económicamente al sostenimiento del hogar corresponde a ambos cónyuges en los términos y proporciones que ellos convengan y de acuerdo a sus posibilidades. El artículo establece la excepción de que si uno de ellos se encuentra imposibilitado para trabajar y careciere de bienes propios, el otro atenderá íntegramente esos gastos; finalmente, establece que los derechos y obligaciones que nacen del matrimonio serán siempre iguales para los cónyuges e independientes de su aportación económica al sostenimiento del hogar.

De lo anteriormente expuesto se desprenden las siguientes conclusiones:

- a) El hombre y la mujer son iguales frente a la ley; el sexo no debe dar ventajas a ninguno de los cónyuges.
- b) Solo debe considerarse como causal cuando el deudor sea incapaz por su estado de insolvencia e iliquidez de hacer frente a sus obligaciones; por lo mismo no es suficiente el simple hecho de requerirlo a que cumpla las obligaciones alimentarias sino que es indispensable pida el aseguramiento de bienes o embargos de sueldos del deudor, a menos que carezca de ellos o no los perciba.
- c) La simple confesión judicial del demandado, aun sin sentencia ejecutoria, de que no tiene bienes y que no demuestra ingresos por otros conceptos en que hacer efectivos los alimentos que se le demandan, hacen procedente la causal.

XIII. La acusación calumniosa hecha por un cónyuge contra el otro, por delito que merezca pena mayor de dos años de prisión.

Esta causal tiene su antecedente más importante en el Código Civil de 1884 en el cual, al igual que hoy, se le considera motivo para la disolución del vínculo matrimonial, con la salvedad de que en ese tiempo no tenía la acusación calumniosa un mínimo de penalidad, en tanto que ahora debe de ser de dos años por lo menos, según la interpretación que se haga.

El artículo 356 del Código Penal señala el tipo del delito de calumnia y así nos dice:

Art.356- El delito de calumnia se castigará con prisión de seis meses a dos años o multa de dos años a trescientos pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez:

- I. Al que impute a otro un hecho determinado y calificado como delito por la ley, si este hecho es falso, o es inocente la persona a quien se imputa;
- II Al que presente denuncias, quejas o acusaciones calumniosas, entendiéndose por tales aquellas en que su autor imputa un delito a persona determinada, sabiendo que ésta es inocente o que aquél no se ha cometido, y
- III. Al que, para hacer que un inocente aparezca como reo de un delito, ponga sobre la persona del calumniado, en su casa o en otro lugar adecuado para ese fin, una cosa que pueda dar indicios o presunciones de responsabilidad.

En los casos de las dos últimas fracciones, si el calumniado es condenado por sentencia irrevocable se impondrá al calumniador la misma sanción que a aquél.

Las principales características de esta causal son las siguientes.

- a) Debe haber sentencia ejecutoria penal en donde se absuelva al demandado.
- b) A partir de ese momento cuenta con seis meses para demandar.
- c) La calumnia debe ser por delito que merezca más de dos años de prisión.
- d) El delito de calumnia se persigue a petición de parte y, en consecuencia, estimamos que si se otorga el perdón en el proceso penal o en la averiguación, la causal quedará también perdonada.

XIV. Haber cometido uno de los cónyuges un delito que no sea político, pero que sea infamante, por el cual tenga que sufrir una pena de prisión mayor de dos años.

Al igual que la causal anterior, el ejercicio de la acción de divorcio fundado en esta causal encuentra su condición en la jurisdicción penal, ya que para hacerla proceder se requiere de una sentencia que haya causado ejecutoria.

Este delito pretende proteger "la fama" de las personas. Propiamente no existe en nuestra legislación ninguna distinción entre los delitos infamantes y los que no lo son, a excepción de la que señala la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es la única que habla de ellos, en su artículo 22 el cual nos dice:

Art.22- Quedan prohibidas las penas de mutilación y de **infamia**, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales...

De lo anterior se concluye que se deberá atender al criterio que establece el principio de la deshonra y el descrédito para los delitos infamantes, debiéndose eliminar todos los delitos imprudenciales, no así los intencionales; y en cuanto a estos últimos, de acuerdo con las características particulares del caso, circunstancias en que se cometió el delito, calidad de las personas que intervinieron y otras particularidades, el juez determinará si el delito es o no infamante.

Son características de esta causal.

- a) Solo procede en delitos dolosos, no procede en delitos culposos.
- b) La jurisdicción penal es determinante en la procedencia de esta causal y exige una sentencia que haya causado ejecutoria.
- c) El delito por el que se condena no debe ser político y sí infamante.
- d) El hecho delictivo pudo haberse cometido antes del matrimonio y la sentencia condenatoria ex-post a este. De suceder así, la causal, también es procedente en razón que lo señalado por la causal que se comenta es la condena.

XV. Los hábitos de juego o de embriaguez o el uso indebido y persistente de drogas enervantes, cuando amenazan causar la ruina de la familia o constituyen un continuo motivo de desavenencia conyugal.

Esta causal se refiere a cualquier tipo de juego, que pueda provocar la ruina de la familia y la inestabilidad del hogar conyugal. Asimismo, el alcoholismo o

embriaguez, que es el hábito que tienen algunas personas de consumir alcohol en forma consuetudinaria, lo recoge el Código como causal de divorcio debido a los terribles daños que provoca en el seno familiar, el grave e irreparable daño que provoca en los hijos, el riesgo innecesario e injusto en que se coloca a éstos cuando son concebidos en estado de ebriedad por la posible presencia de problemas genéticos, el quebranto de las economías familiares y un sinnúmero de consecuencias, todas dañinas.

Por lo que se refiere al consumo de drogas enervantes, el legislador inexplicablemente limita el ejercicio de esta causal a que el consumo sea indebido y persistente y sólo cuando amenacen causar la ruina de la familia o "constituyan un continuo motivo de desavenencia conyugal". Esta circunstancia, a nuestro juicio, debería ser causal de divorcio en todos los casos.

XVI. Cometer un cónyuge contra la persona o los bienes del otro un acto que sería punible si se tratara de persona extraña, siempre que tal acto tenga señalada en la ley una pena que pase de un año de prisión.

Existen conductas señaladas por el Código Penal que no son punibles cuando se realizan entre cónyuges; sin embargo, el que no se pueda acusar de estos ilícitos penales al cónyuge no significa que estas acciones no tengan efectos civiles, particularmente en el divorcio.

El antecedente de esta causal está contenido en el Código Penal de 1871, que no punibilizaba el robo entre cónyuges. Si se cometía la acción no era considerada delito, pero sí causal de divorcio. En el mismo caso se encuentra el robo de infante, que no es punible cuando lo realiza quien ejerce la patria potestad, y que se encuentra fundado en el artículo 366 del Código Penal.

XVII. El mutuo consentimiento.

En razón de ser éste el fundamento del divorcio voluntario, indebidamente el legislador lo reguló como causal junto con los diversos tipos del divorcio necesario.

XVIII. La separación de los cónyuges por más de dos años, independientemente del motivo que haya originado la separación, la cual podrá ser revocada por cualesquiera de ellos.

Esta nueva fracción fue adicionada al artículo 267 el 27 de diciembre de 1983 y establece que para promoverla deberán los cónyuges llevar separados por lo menos dos años, sin importar el motivo que haya originado la separación.

Aun cuando la separación puede ser convenida, es decir, de común acuerdo, no significa que se trate de un divorcio voluntario, pues uno de ellos estima necesario la ruptura del vínculo como derivación de la separación; por lo mismo, no podrá haber cónyuge culpable ni inocente y, en consecuencia, no habrá derecho a reclamar alimentos, lo que coloca a la mujer en una posición de desventaja y desprotección ya que, como se sabe, en términos generales la esposa pasa el mayor número de años de su vida atendiendo al marido, casa e hijos. Transcurrido el tiempo se produce en la mujer una incapacidad natural de sobrevivir y, más aún, de poder hacer que los hijos sobrevivan en las mismas condiciones sociales y económicas en que se encontraban cuando la pareja estaba junta. La pareja se separa y normalmente ella no demanda con la esperanza de que el marido regrese, pero al no hacerlo, generalmente es él quien adopta la iniciativa judicial de promover la acción.

Contra este argumento se puede alegar que el cónyuge abandonado puede optar por esta causal o la señalada por la fracción VIII, que habla del abandono del hogar conyugal por más de seis meses sin causa justificada. En este último caso sí alcanzaría la calidad de cónyuge inocente y, en consecuencia, tendría derecho a percibir alimentos.

Las causales de divorcio señaladas con anterioridad, se encuentran limitadas por el principio de "aplicación restrictiva", que la H. Suprema Corte de Justicia de la Nación ha interpretado en el sentido de que estas causas de divorcio son autónomas, no deben vincularse entre sí y no pueden complementarse unas con otras. Otro principio aplicable a estas causales es el de la "limitación de las causas", que consiste en que no hay más causales que las mencionadas en los artículos 267 y 268 del Código Civil, que la señala en forma absolutamente limitativa, lo que significa que no pueden las partes por interpretación de la misma ley crear nuevas causales; sólo las que existen en la ley pueden dar cabida al juicio de divorcio necesario. Vale la pena señalar que aun cuando el listado establece un número de causales importantes, hay otras que olvido el legislador y que por lo mismo no se encuentran previstas por ley pero que existen y se dan con relativa frecuencia, como la homosexualidad del marido, la bisexualidad de la esposa, la incompatibilidad de caracteres y el vicio del juego, por señalar sólo algunas. (9)

⁹ Edgar Elias Azar. Op cit. pág 245

2.5.2. ANÁLISIS DE LA FRACCION VI DEL CÓDIGO CIVIL.

En principio, es menester establecer lo que la fracción VI dice a la letra: "Padecer sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además contagiosa o hereditaria, y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio." Hecho lo anterior para efectuar el análisis de esta fracción, es preciso desglosar cada uno de los elementos a que hace mención la fracción VI, a fin de facilitar su estudio y sea éste más comprensible.

Para comprender en una forma más general esta causal de divorcio, debemos situarnos en el tiempo en que el Código fue redactado (1928), época en que la sífilis y la tuberculosis eran consideradas enfermedades incurables.

El primero de esos padecimientos: la sífilis, es una enfermedad infecciosa debida a un germen espirigode: el treponema pálido (*Treponema pallidum*) de Schaudinn, que se adquiere por contagio. Es una enfermedad crónica por su evolución espontánea y transmisible por herencia. Se atribuye el calificativo, por su débil refrigerancia que hace muy difícil verla con los microscopios comunes; pero puede verse con el ultramicroscopio, con el electrónico o con coloraciones especiales. Se transmite por contacto directo; también por contacto indirecto mediante sustancias recién contaminadas; por transferencia de sangre o plasma recién infectado, o a través de la placenta de la madre al hijo; adicionalmente, al considerar esa enfermedad, se separan dos grandes grupos: la sífilis adquirida y la hereditaria o congénita. Esta última es transmitida al hijo en la vida intrauterina .

La contaminación es casi siempre directa, y se contrae en las relaciones sexuales con una persona infectada. Para que el germen pueda penetrar en el organismo deben existir escoriaciones o ligeras heridas superficiales.

Está a la vista el que esta enfermedad contiene un alto grado de contagio, tanto a uno de los cónyuges, como a los hijos que van a nacer. De ahí que el legislador la colocó en el primer lugar de estas causales para justificar la acción de divorcio.

Por lo que se refiere al segundo de estos padecimientos tenemos a la tuberculosis, a la que se llamo "La peste blanca", es una infección microbiana local que puede lesionar todos los órganos (el pulmón en el 90 x 100 de los casos), y cuya acción repercute en todo el organismo. En 1882, el investigador alemán R. Koch aisló y cultivó por vez primera este bacilo, que, corrientemente, se designa con su nombre.

Existen diversas variedades de bacilos de Koch: El bacilo humano, el bovino y el aviar. Sólo el primero y el segundo tienen interés en Medicina.

El contagio de esta enfermedad puede ocurrir por contacto con el enfermo o con los objetos de su uso; siendo la puerta de entrada la vía respiratoria o la digestiva, lo que lo lleva directamente al pulmón o a colonizar cualquier otra parte del cuerpo humano. El contagio interhumano, es pues, la forma más frecuente de propagación de la tuberculosis. La práctica sistemática de la cutirreacción prueba que en los núcleos urbanos existe de un 95 a un 99 por 100 de individuos que abrigan bacilos tuberculosos. La saliva es también uno de los principales medios de contaminación. No sólo al toser, sino también al hablar proyecta el enfermo minúsculas gotitas que pueden permanecer largo tiempo en suspensión en el aire y propagarse a grandes distancias debido a que se hallan animadas de movimiento browniano (rapidísimo movimiento vibrante y desordenado de las partículas que están en suspensión, lo que impide su sedimentación por la acción de la gravedad).

Dada la gran importancia del contagio, tienden a evitarlo todas las leyes de profilaxis sanitaria antituberculosa: lucha contra las tabernas, verdaderos abrevaderos de gérmenes, las concentraciones urbanas, la excesiva industrialización, etc.

Por otra parte, los niños nacidos de madre tuberculosa y precozmente aislados de ella son normales y no adquieren la enfermedad con más facilidad que los nacidos de madre sana.

Lo que parece ser hereditario no es la transmisión del microbio, sino ciertos caracteres fisicoquímicos y aptitudes, mal conocidos unos y otros, que predisponen a la tuberculosis. Dicho de otra forma, la herencia microbiana cuenta poco frente a la herencia de terreno o predisposición.

Podemos concluir diciendo que esta enfermedad, a pesar de que en la antigüedad causaba más muertes en el mundo que cualquier otra enfermedad, hoy por fortuna ya no constituye la mayor amenaza a la salud de los pueblos civilizados por que la ciencia moderna ha hecho grandes progresos en la prevención y en el tratamiento de dicha enfermedad. Sin embargo, debe reconocerse que es una enfermedad contagiosa que ataca a todas las razas humanas y a muchos animales domésticos.

Actualmente ambos padecimientos son relativamente fáciles de curar y no deberían representar ninguna amenaza para romper en vínculo matrimonial. Así pues, la fracción VI queda abierta a otras enfermedades, las crónicas, incurables, contagiosas o hereditarias. Tal es el caso, de padecimientos que actualmente diezman la humanidad, como el herpes genital, y muy en especial el llamado "mal del siglo" el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, mejor conocida como SIDA.

La primera parte de esta fracción, tiene como idea fundamental que la enfermedad sea crónica e incurable, contagiosa o hereditaria. Es decir, debe reunir tres requisitos: enfermedad crónica e incurable, contagiosa o hereditaria.

En el Código Civil anterior se necesitaba, además, que la enfermedad fuese desconocida por el consorte sano; el Código vigente no exige que se dé este requisito, toda vez que la anterior codificación partía de una falsa idea de esta causal. Al respecto, el maestro Ricardo Couto, en su obra Derecho Civil Mexicano, en relación con el Código, que la razón de ser de esta causal consistía en la ofensa que recibía el cónyuge sano, generalmente por ocultársele la enfermedad, lo que además de peligro, si era contagiosa, o si era hereditaria, la posibilidad de transmitirla a los hijos implicaba una abierta deslealtad en el cónyuge enfermo para engañar al sano, y que por esto, cuando éste conocía la enfermedad y celebraba el matrimonio, no podía ya después considerarse engañado, para poder exigir la separación de cuerpos.

Con respecto a la cuestión anterior, el Código vigente parte de una noción completamente diferente. Considera que no es en virtud de la ofensa, de la deslealtad, del engaño, sobre lo que funda la causal de divorcio, ni tampoco puede admitirse que el cónyuge sano acepte celebrar matrimonio con un enfermo, bien con padecimiento contagioso para correr el riesgo de contraerlo, o bien para transmitirlo a sus hijos, si fuese hereditario, sino que conózcase o no, hay una razón de gran interés público para proteger la especie y evitar el contagio; razón de salubridad pública indiscutible, sobre todo para impedir la transmisión hereditaria. De este modo que es totalmente inoperante, inocua la voluntad del cónyuge sano para celebrar matrimonio con el enfermo, sin que pueda convalidar el matrimonio, pudiendo hacer valer la nulidad.

La presente fracción, en su parte final, se refiere a la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio. Si el cónyuge contrae nupcias siendo impotente, el matrimonio es nulo, pudiéndose invocar la nulidad, después de sesenta días de celebrado el matrimonio. Si sobreviene estando ya casado, el juez decidirá si se considera como una enfermedad suficiente para disolver el vínculo conyugal, o sí, por el contrario, se deberá cumplir con los fines del matrimonio: dar ayuda mutua y auxilio a lo largo de la vida.

Otra cuestión que es interesante analizar, es el hecho de que el matrimonio tiene como fin y objeto natural la procreación, así de esta manera, la impotencia se manifiesta como una incapacidad para lograr ese fin. Pero es importante que no se confunda la impotencia con la esterilidad, puesto que esta última se refiere a la imposibilidad para general vida humana, mientras que la impotencia es la incapacidad para la cópula. Sobre esta situación el profesor Jorge Mario Magallán Ibarra señala, que a pesar de lo que se cree en general, la impotencia no es exclusiva del hombre, ya que también puede presentarse en la mujer debido a razones de deformaciones o por ausencia de desarrollo. De ahí que es requisito indispensable es que la impotencia incurable, sobrevenga después de celebrado el matrimonio, ya que de haber llegado a existir antes del él, deberá reconocerse como un impedimento previo y preexistente a la celebración de la unión; lo que determinará la nulidad de ésta, aun cuando deberá reclamarse sólo por el cónyuge que resulte afectado, dentro del término de sesenta días, contados a partir de que celebre el matrimonio. En caso contrario, dicha causa de nulidad caduca y la unión

se confirma y convalida (artículos 156 fracción VIII en relación con 246 del Código Civil vigente).

Al respecto el profesor Rafael Rojina Villegas nos dice: "Hay una impropiedad en la ley al hablar de ambos cónyuges, pues no es posible hablar de impotencia respecto de la mujer. En verdad, esta causal de divorcio se debe referir exclusivamente al marido. Es discutible si casos de deformación o anomalía sexual, deban en realidad considerarse, por lo que se refiere a la mujer, como casos de impotencia."

Comparando las anteriores versiones de ambos maestros, se puede establecer que ambas ideas difieren, toda vez que mientras que para el maestro Ricardo Couto la impotencia se puede dar tanto en el hombre como para la mujer; por el contrario para el profesor Rojina Villegas solamente es atribuible al hombre.

La Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia respecto a lo anterior pronuncio, el 8 de junio de 1861 en el amparo D. 4663/59/1ª, se sostuvo que también existe impotencia incurable para la cópula en la mujer, cuando haya obstáculos bulbares o vaginales. En lo que se refiere a la mujer podrá motivarse la impotencia por estas causas, y entonces, sólo se presentaran como impedimentos para celebrar el matrimonio, no como causas de divorcio, por que si hubiere esa deformación o anomalía sexual, existiría antes del matrimonio y no sobrevendría durante la vida matrimonial.

Podemos concluir, que el Derecho observa y sanciona la impotencia incurable: si es anterior a la unión, como impedimento que puede determinar la anulación del matrimonio. Si es posterior, como causa de divorcio que romperá el vínculo matrimonial.

La fracción VI también tiene relación con la jurisdicción penal, de este modo está relacionada con el artículo 199 bis del Código Penal, que a la letra dice.

Art. 199 bis.- El que a sabiendas de que esta enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa.

Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido.

Finalmente, podemos señalar que esta causal tiene las siguientes características:

a) Esta causal pretende proteger la vida del cónyuge sano.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- b) La enfermedad debe ser crónica, incurable, contagiosa o hereditaria.
- c) En el caso de impotencia sexual, se debe solicitar durante los primeros sesenta días después de celebrado el matrimonio; por lo que se refiere a la impotencia del hombre que se presente después de este plazo se considera una enfermedad común que no cae dentro de las características señaladas en esta fracción.
- d) La acción por esta causal esta sujeta al plazo de seis meses.
- e) Es una causal que, manejada indebidamente, provoca un sinnúmero de injusticias, en razón de que por esta vía se pueden incumplir los débitos conyugales del cuidado al cónyuge enfermo, haciendo más intenso su dolor y su enfermedad.

III. REPERCUSIONES EN LOS ENFERMOS DE SIDA A CONSECUENCIA DEL DIVORCIO Y PROPUESTA.

3.1. FÍSICAS.

Debido a que el SIDA es una enfermedad relativamente nueva, cada vez se definen con mayor precisión cuáles son las manifestaciones clínicas. Los criterios han variado e incluso publicaciones más o menos recientes se han modificado en cuanto al esquema de clasificación; sin embargo, las manifestaciones de fondo siguen siendo las mismas.

En la actualidad se acepta el criterio de clasificación establecido por los Centros para el Control de las Enfermedades (Center for Diseases Control) de Estados Unidos, que las cataloga en varios grupos según la fase de la afección. Cabe señalar que no todos los pacientes tienen todas ni las mismas manifestaciones. Así pues, dicha clasificación queda de la siguiente manera:

Grupo I. Infección aguda.

Grupo II. Infección asintomática.

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente.

Grupo IV. Otras enfermedades relacionadas con el VIH.

Subgrupo A. Enfermedad constitucional (síndrome de desgaste)

Subgrupo B. Enfermedades neurológicas

Subgrupo C. Infecciones Secundarias

Categoría 1	Neumonía <i>Pneumocystis carinii</i>
Infecciones clásicas del SIDA	Criptosporidiasis crónica
	Toxoplasmosis
	Estrongiloidiasis extraintestinal
	Isosporidiasis
	Candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar)
	Criptococosis
	Histoplasmosis
	Infecciones por <i>Mycobacterium avium</i> , <i>intracellulare</i> o <i>Kansasii</i>
	Infección crónica por citomegalovirus

Herpes simple crónico, mucocutáneo diseminado
Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Categoría 2	Leucoplasia pilosa oral
Otras	Herpes zoster multifocal
infecciones	Bacterias recurrentes por <i>Salmonella</i> no tphi
	Nocardiosis
	Tuberculosis

Subgrupo D. Cánceres secundarios relacionados directamente con el VIH

Sarcoma de Kaposi
Linfoma no Hodgkin
Linfoma cerebral primario

Subgrupo E. Otras entidades relacionadas con la infección por VIH

Linfoma de Hodgkin
Púrpura trombocitopénica
Dermatitis seborreica
Nefropatía por VIH.

- I. **Infección aguda.** Ésta sólo se presenta en aproximadamente el 10% de los casos de infección y se caracteriza por malestar general, fiebre moderada, dolores articulares y erupción en la piel que desaparecen espontáneamente. Es una fase difícil de diagnosticar en el momento, ya que el organismo aún no ha elaborado los anticuerpos que son la base para el diagnóstico.
- II. **Infección asintomática.** Es la forma más frecuente, donde el individuo infectado se siente bien y no tiene molestia alguna. El diagnóstico sólo se hace mediante exámenes de laboratorio.
- III. **Linfadetopatía generalizada persistente.** En esta hay crecimiento de ganglios linfáticos mayores de un centímetro en por lo menos dos regiones anatómicas, excepto en ingles, y que persisten por más de un mes. Para ello se debe tener la prueba de anti-VIH positiva. En general, el paciente se siente bien.

Poco después de describirse los primeros casos de SIDA en varones jóvenes homosexuales, se observó la aparición de otro síndrome clínico muy relacionado en los mismos grupos de riesgo principalmente. Estos pacientes estaban desarrollando un crecimiento generalizado persistente de ganglios linfáticos. El síndrome, conocido como linfadetopatía generalizada persistente (LGP) es un precursor o forma frustrada de SIDA. Se caracteriza por la presencia prolongada de ganglios linfáticos

tumefactos en muchos sitios; aumentan de tamaño, son duros, se mueven ampliamente y no suelen ser dolorosos. Por lo general, son bilaterales y muy simétricos es decir, se afectan por igual ambos lados del cuerpo y los mismos grupos de ganglios linfáticos.

En un individuo normal cualquier reto al sistema inmune como una infección viral o bacteriana, puede causar tumefacción de ganglios linfáticos. Esta alteración es el síntoma de problemas subyacentes y no una enfermedad en sí. Los ganglios linfáticos suelen ser sensibles al tacto. Una vez que se ha resuelto la infección primaria pueden disminuir los ganglios crecidos hasta su tamaño normal o, rara vez, persistir. En un paciente con LGP quedan crecidos.

Los ganglios linfáticos pueden palparse en diversos sitios:

1. Frente del cuello y nuca (cervicales).
2. Detrás de las orejas (occipitales).
3. Sobre los huesos del cuello (supraclaviculares).
4. Bajo los brazos (axilares).
5. En los codos (epitrocleares).
6. En la ingle (inguinales).
7. Detrás de la rodilla (poplíteos).

Hay, literalmente, miles de ganglios linfáticos diseminados en todo el cuerpo, pero con frecuencia son muy profundos para sentirse al tacto. En la linfadenopatía generalizada persistente se afectan principalmente los ganglios cervicales (posteriores y anteriores), axilares e inguinales. Una pequeña proporción de estos casos de LGP progresa en ocasiones hasta el SIDA completo o manifiesto plenamente.

La gama amplia de características clínicas que se encuentran en la LGP incluye:

1. Presencia de ganglios linfáticos de un centímetro o mayores por lo menos durante tres meses y como mínimo en dos sitios anatómicamente distintos, aparte de los ganglios inguinales. La duración promedio de la linfadenopatía es de 18 meses y varía de tres meses a cuatro años.
2. Anormalidades inmunológicas similares al SIDA. Algunos individuos con LGP tienen una relación inversa de linfocitos T colaboradores con supresores debido principalmente a disminución de los primeros.
3. Ausencia de enfermedades agudas al inicio de la linfadenopatía, ya que algunas afecciones, como la fiebre glandular, también pueden causar tumefacción ganglionar.
4. Falta de antecedentes de toxicomanía con drogas intravenosas, inmunización reciente u otros factores que pudieran causar linfadenopatía.

5. Histología de ganglios linfáticos que muestra en la biopsia formación excesiva de células.

Los pacientes con LGP no parecen estar muy enfermos. Quizá estén asintomáticos o desarrollen uno de varios síntomas, como:

1. Fatiga inexplicable
2. Fiebre.
3. Sudación Nocturna.
4. Pérdida de peso.
5. Diarrea.

La aparición simultánea de la epidemia de SIDA y el síndrome de LGP en varones homosexuales previamente sanos, sugieren una posible relación.

1. Las características epidemiológicas de los dos síndromes. Ambos ocurren principalmente en homosexuales con antecedentes de múltiples compañeros casuales o anónimos, enfermedades de transmisión sexual y uso de drogas de recreación. La edad promedio de inicio de ambos síndromes es la cuarta década.
2. En pacientes con SIDA también se observan los síntomas descritos en la LGP, como fatiga prolongada, fiebre, sudaciones.
3. Las inmunodeficiencias celulares son similares en el SIDA y la LGP pero por lo general mucho menos graves y pueden faltar por completo en la última.
4. Un 90% de los individuos con LGP son positivos para anticuerpos VIH indicando una infección previa con el virus que causa el SIDA.

La linfadenopatía generalizada persistente se ha descrito como el pródromo del SIDA. Sin embargo, se piensa que sólo el 10% de pacientes LGP desarrollarán SIDA completo, pero es necesario valorarlos por periodos prolongados para proporcionar cifras exactas.

Los factores de predicción positivos que se requieren para la progresión de LGP a SIDA son:

1. Sudaciones nocturnas.
2. Linfopenia (disminución de la cuenta de leucocitos).
3. La tríada de (a) síntomas generales (fiebre, pérdida de peso, fatiga), (b) esplenomegalia (bazo crecido) y (c) linfopenia.
4. Disminución del tamaño de los ganglios linfáticos con la presencia de síntomas.
5. Herpes zoster (herpes) y candidiasis bucal (algodoncillo) recurrentes.

Los pacientes seropositivos que no desarrollan el SIDA pueden quedar como portadores de VIH. Además, no hay que olvidar que muchos casos de linfadenopatía

inexplicable en homosexuales se deben a la recurrencia de enfermedades de transmisión sexual que afectan con frecuencia a este grupo. Por ejemplo, gonorrea, sífilis y citomegalovirus.

IV. Otras enfermedades relacionadas con el VIH. Desde que el individuo se vuelve seropositivo hasta que desarrolle la enfermedad puede transcurrir un periodo de uno a 10 años o más, durante los cuales se encuentra sin molestias.

El 60% de este grupo de infectados sin molestias, evolucionan a SIDA en un lapso de 5 a 6 años, aunque prácticamente todos ellos se enferman al cabo de 10 años.

Cuando se presentan las manifestaciones correspondientes a este grupo, el funcionamiento del individuo se ve severamente afectado. En resumen, estas manifestaciones son las siguientes:

- a) Fiebre continua o intermitente durante un mes o más.
- b) Pérdida involuntaria o inexplicable de peso, de por lo menos un 10%.
- c) Sudores nocturnos persistentes.
- d) Crecimiento de ganglios linfáticos.
- e) Fatiga intensa.
- f) Tos seca de varias semanas de evolución.
- g) Alteraciones diversas en la piel: destacan las manchas violáceas del sarcoma de Kaposi.
- h) Manchas blancas extensas en cavidad bucal, por candidiasis o algodoncillo.
- i) Diarrea profusa continua o intermitente durante un mes o más.
- j) Alteraciones mentales, tales como letargo, depresión, demencia o fallas de memoria.

Algunos autores señalan diferencias en la forma de presentación de la enfermedad entre hombres y mujeres: en estas últimas hay una mayor frecuencia de candidiasis del tubo digestivo y menor frecuencia de neumonía por *Pneumocystis carinii*, un parásito oportunista que es causa de neumonía grave en estos enfermos.

Con respecto al pronóstico, se señala una sobrevida variable según la forma de inicio de la enfermedad. En México se afirma que el promedio de sobrevida es de 21 semanas si el inicio fue por una infección por gérmenes oportunistas, que el máximo observado de sobrevida fueron dos años y medio y que la mortalidad es del 100% en este límite.

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

A. Manifestaciones orales.

La cavidad oral es frecuentemente uno de los sitios donde primero ocurren manifestaciones de enfermedad por VIH. Más del 40% de las personas con VIH y más del 90% de las personas con SIDA tienen algún dato clínico en la cavidad oral, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en paciente con VIH/SIDA. Existen multitud de lesiones orales en pacientes con VIH/SIDA. Su diagnóstico específico se puede hacer frecuentemente por la presentación clínica y las características macroscópicas pero, ocasionalmente, se requiere de frotis o cultivos.

Manifestaciones orales frecuentes en VIH/SIDA

Infecciones bacterianas	Periodontitis. Sífilis. Gingivitis
Infecciones micóticas	Candidiasis
Infecciones virales	Herpes Simplex Leucoplaquia pilosa oral. Infección por el virus del papiloma. Infección por Citomegalovirus.
Manifestaciones neoplásicas	Sarcoma de Kaposi Linfoma Carcinoma de células escamosas
Otros problemas	Úlceras aftosas gigantes Xerostomia. Crecimiento de glándulas salivales.

Candidiasis oral

Es la manifestación oral más común en VIH/SIDA y con frecuencia representa la primera manifestación clínica. En general **Candida albicans** es la causante, pero se han identificado otras especies de *Candida* como agentes etiológicos. La presentación clínica incluye: pseudomembranas, eritema, formas hiperplásicas y atróficas y queilitis angular. El padecimiento puede ser asintomático o asociarse a

dolor, ardor o irritación. En caso de haber candidiasis oral y odinofagia se deberá sospechar que el esófago también se encuentra afectado.

Leucoplaquia pilosa oral.

Es una lesión característica de pacientes con infección por VIH, con inmunosupresión avanzada causada por el virus Epstein-Barr a nivel del borde de la lengua. El diagnóstico es clínico al observar en el borde lateral de la lengua lesiones verticales blanquecinas que dan la apariencia de arrugas del epitelio.

Gingivitis y enfermedad periodontal.

La gingivitis en el paciente con VIH/SIDA se caracteriza por lesiones eritematosas que abarcan el margen gingival, las encías y en ocasiones la mucosa alveolar. Con frecuencia hay sangrado, ulceración y necrosis.

La periodontitis se presenta con eritema gingival, ulceración y necrosis asociada a dolor grave, sangrado y exposición del hueso subyacente. Las piezas dentales se aflojan y pueden perderse los dientes.

Úlceras aftosas gigantes.

Se desconoce la etiología de dichas úlceras pero posiblemente se deban al propio VIH. Las lesiones son muy dolorosas y pueden crecer y necrosarse en poco tiempo.

Sarcoma de Kaposi.

La boca es un sitio de afección frecuente por el Sarcoma de Kaposi y, a menudo es el primer o único sitio donde se presenta una lesión. Las lesiones son violáceas, nodulares y no dolorosas. Se encuentran más comúnmente en el paladar y la gingiva.

B. DIARREA

La diarrea es una de las complicaciones frecuentes en los pacientes con VIH/SIDA en nuestro país. El cuadro clínico y los agentes etiológicos varían de acuerdo al grado de inmunosupresión de los pacientes. Clínicamente pueden distinguirse entre diarrea aguda, diarrea intermitente y diarrea crónica. La diarrea crónica es una de las condiciones que más frecuentemente agravan la situación de los pacientes con enfermedad avanzada.

C. Síndrome de desgaste.

El Centro de Control de Enfermedades definió al síndrome de desgaste como la pérdida involuntaria > al 10% del peso corporal y/o diarrea crónica (2 o más evacuaciones líquidas por día por más de 30 días), y/o debilidad crónica, y/o fiebre (documentada por más de 30 días continua o intermitente) en ausencia de una enfermedad concurrente que pueda explicar el cuadro (por ejemplo tuberculosis, cáncer, etc.).

El síndrome de desgaste es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

La pérdida de peso en los enfermos infectados por el VIH puede ser secundaria a muchas causas y es probable que el síndrome de desgaste, en la infección por el VIH también tenga una etiología multifactorial. Las principales causas pueden incluirse en las siguientes categorías: hipermetabolismo, alteraciones en el metabolismo, intolerancia a la vía oral, mala absorción intestinal, efectos de las citocinas, replicación viral, alteraciones en la función endocrina y enfermedad primaria muscular.

D. Infección de vías respiratorias.

Sinusitis.

La sinusitis aguda es una complicación frecuente en pacientes con VIH/SIDA que se encuentran con inmunosupresión moderada. La mayoría de los casos de sinusitis aguda son causados por bacterias encapsuladas como *S. pneumoniae* o *H. Influenzae* pero otros organismos como *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus* del grupo viridans y anaerobios facultativos también son frecuentes. Por otro lado, puede ocurrir sinusitis por hongos (ej: *Aspergillus fumigatus*) u otros patógenos (ej: Citomegalovirus) en pacientes con VIH/SIDA. La presentación clínica de la sinusitis en el paciente con VIH es con cefalea y fiebre en más del 90% de los casos, por lo que es necesario hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de cefalea y fiebre como meningitis o lesiones ocupativas cerebrales.

E. Tuberculosis.

Los pacientes con infección por VIH desarrollan fácilmente tuberculosis clínica por problemas inmunológicos asociados, tales como un número de linfocitos CD4 bajos y alteraciones en la producción de citocinas importantes para la protección por ejemplo, el Interferon gama. La propagación de la tuberculosis puede darse por reactivación de una infección latente, que es lo más común dada la alta frecuencia de infección en la población general, o bien por la adquisición de una infección exógena reciente que puede ser progresiva.

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis en pacientes con VIH son atípicas. En su presentación pulmonar es rara la cavitación; afecta lóbulos inferiores con un patrón micro nodular; puede ser miliar; existe frecuentemente linfadenopatía mediastinal y puede haber derrame pleural. En alto porcentaje de pacientes existe afección extrapulmonar, incluyendo ganglios linfáticos, hígado, médula ósea y afección meníngea.

F. Manifestaciones dermatológicas.

Las infecciones de la piel son sumamente frecuentes en pacientes con infección por VIH. En algunas series 90% de los pacientes han padecido alguna manifestación dermatológica durante su evolución.

Las alteraciones más comunes son: dermatitis seborréica, candidiasis ungueal, reacciones medicamentosas, foliculitis bacteriana, Herpes zoster, Herpes simplex, molusco contagioso, sarcoma de Kaposi y angiomas bacilar.

Foliculitis.

Staphylococcus aureus es el microorganismo más común. Puede producir, además de foliculitis, impétigo, abscesos, hidradenitis supurativa y celulitis. Las lesiones más comunes son las pústulas, en ocasiones pruriginosas.

Herpes Zoster.

Las infecciones por Herpes Zoster son relativamente frecuentes en pacientes con VIH y su presencia en menores de 65 años debe hacer sospechar el diagnóstico. Los síntomas más frecuentes son dolor radicular y vesículas de base eritematosa en el territorio de un dermatoma. En ocasiones pueden diseminarse, siendo difícil su diferenciación con una infección primaria (varicela). Las complicaciones son raras pero las más comunes son neumonía, hepatitis o encefalitis, las cuales se acompañan de una elevada mortalidad.

Herpes simplex.

Las infecciones por Herpes simplex, habitualmente ocurren antes de que el paciente sea infectado por VIH. Posteriormente las infecciones recurrentes son muy frecuentes y en ocasiones de difícil tratamiento. Clínicamente se manifiestan por vesículas dolorosas en regiones mucocutáneas que aparecen después de un periodo de incubación de 2 a 12 días. Generalmente mejoran en un periodo de 7-10 días en el caso de lesiones orales, o en 3-4 semanas en lesiones genitales. Sin embargo, pueden persistir crónicamente, y pueden acompañarse de linfadenopatía regional.

G. Neoplasias oportunistas.

Las neoplasias oportunistas, al igual que las infecciones oportunistas, son problemas clínicos relacionados directamente con la infección por VIH, y una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los pacientes con infección por VIH.

Sarcoma de Kaposi.

Es un tumor vascular originalmente descrito en África, donde es endémico, que sirvió de marcador de la epidemia de SIDA en los dos primeros años de la década de los ochenta, al ser descrito en un número inusualmente alto de jóvenes homosexuales de Nueva York, San Francisco y Los Angeles. El patrón epidemiológico del sarcoma de Kaposi, predominantemente en hombres homosexuales y bisexuales, hizo sospechar un agente de transmisión sexual. En 1995 se identificó el virus Herpes-8 como agente causal del sarcoma de Kaposi. El curso de esta enfermedad está ligado íntimamente al sistema inmune y hoy en día empieza a considerarse como una respuesta a factores angiogénicos circulares más que una verdadera neoplasia.

El curso clínico puede dividirse de acuerdo a si se trata de una manifestación inicial, o surge como diagnóstico tardío en un paciente con historia de infecciones oportunistas previas; del número y tamaño de las lesiones; del compromiso o no de mucosas y órganos; de la rapidez de aparición de las lesiones y de la asociación o no de fiebre y diaforesis.

Linfoma.

El linfoma no Hodgkin es la segunda neoplasia oportunista más frecuente en los pacientes con SIDA. Se presenta en el 1% de los enfermos. Generalmente se trata de linfomas de alto grado, con compromiso extraganglionar. Más del 60% de los pacientes se diagnostican en la etapa IV (avanzado). Los pacientes generalmente tienen cuentas de CD4 menores a 25 céls/ul y por ello las posibilidades de tratamiento son muy reducidas y malo pronóstico.

Otras neoplasias.

La infección por VIH se ha asociado a otras neoplasias como el linfoma de Hodgkin, el carcinoma epidermoide de ano y el carcinoma en pacientes coinfectados con el virus de papiloma humano; el hepatocarcinoma se ha observado en pacientes coinfectados con el virus de la hepatitis B. El curso de estos tumores es más agresivo y de peor pronóstico que el de pacientes sin infección por VIH. Siempre que se traten pacientes con SIDA y cáncer, en quienes se ha agotado o descartado el manejo antineoplásico, debe darse apoyo paliativo.

H. Infección por Citomegalovirus.

La infección por Citomegalovirus es la causa más frecuente de infección viral asociada en pacientes con enfermedad por el VIH. Es causa de retinitis y ceguera, además de enfermedad gastrointestinal, diarrea, obstrucción o perforación intestinal y rectorragia. Puede ser causa de síndrome de desgaste e involucrar al sistema nervioso central produciendo parálisis flácida o encefalitis, etc.

La enfermedad por CMV en adultos generalmente resulta de la reactivación de una infección latente. En los enfermos con SIDA, habitualmente se observa cuando la cuenta de linfocitos CD4 es menor a 100/ul.

Retinitis.

Es la causa más frecuente de enfermedad ocular entre los pacientes infectados por VIH. Por lo general se presenta en forma unilateral, pero frecuentemente se disemina al otro ojo.

Enfermedad gastrointestinal.

El CMV puede ocasionar úlceras en el tracto gastrointestinal y es una de las causas más comunes de colangiopatía.

Neumonitis.

En los pacientes con SIDA el citomegalovirus es la causa del 17% de los casos de neumonía intersticial.

Sistema nervioso central.

Se ha demostrado CMV en el sistema nervioso central de los pacientes con SIDA a los que se les practica autopsia. Es causa de polirradiculoneuritis con parálisis flácida y se le ha asociado a mononeuritis múltiple y neuropatía periférica álgica.

I. Afección neurológica.

Los pacientes con VIH/SIDA, con frecuencia presentan datos de afección neurológica, por lo que es muy importante realizar una historia clínica completa y examen neurológico.

Toxoplasmosis cerebral.

Toxoplasma gondii es un parásito de distribución universal, capaz de causar infección en animales domésticos y el hombre. En algunas poblaciones hasta un 50 a

90% puede tener anticuerpos que indiquen infección, pero no necesariamente enfermedad clínica. Este parásito se presenta en 3 formas: taquizoito, quiste tisular y ooquiste. La toxoplasmosis se adquiere por vía oral o a través de la ingesta de carne poco cocida contaminada con quistes, sobre todo de cordero, oveja y cerdo. También se adquiere por ingesta de verdura, huevos o agua contaminada con quistes, ingesta directa de ooquistes excretados por gatos infectados, por vía transplacentaria y transfusión o trasplante de órganos. Una vez ingeridos los quistes, se liberan los bradizoitos en la luz intestinal e invaden la sangre, los vasos linfáticos y cualquier tejido, con predilección por músculos, corazón y cerebro. Si el sistema inmune controla la infección, se producen quistes tisulares que persisten de por vida en los tejidos. Con el deterioro de la inmunidad celular por alguna enfermedad, intervención farmacológica o por la infección por VIH, se produce la enfermedad por reactivación de la infección previa. La toxoplasmosis cerebral es la infección oportunista más común del sistema nervioso central en pacientes con SIDA y su aparición guarda relación con las cuentas de linfocitos CD4 menores a 100 células. La toxoplasmosis cerebral se presentan en forma subaguda, en días o semanas.

En el examen neurológico inicial hay signos focales hasta en el 60% de los casos. Los más comunes son hemiplejía, afasia, déficit campimétrico, déficit de nervios craneales, movimientos anormales (hemibalismo, distonía) e incluso estado de coma. La lesión cerebral es una encefalitis local con inflamación y edema. Los signos focales se asocian a hipertensión intracraneal, por lo que no es conveniente efectuar punción lumbar, a menos que se cuente con estudios de neuroimagen como la tomografía axial computada de cráneo o imagen por resonancia magnética, que aseguren que la punción lumbar no va a inducir una herniación cerebral fatal.

Meningitis por Criptococo.

Cryptococcus neoformans es un hongo levaduriforme capsulado que crece en medios para hongos y bacterias 48-72 horas. La criptococosis se adquiere por inhalación, no es contagiosa de persona a persona. Al inhalarse, el hongo se reproduce en tejido pulmonar y si existe inmunosupresión puede diseminarse. Además de las meninges, se puede localizar en hueso, piel y tracto urinario, especialmente la próstata.

Las manifestaciones clínicas de la meningitis por criptococo son de instalación insidiosa y generalmente incluyen: cefalea que empeora progresivamente, fiebre, náusea, vómito, visión borrosa y diplopía horizontal por parálisis del VI nerviocraneal. Más tardíamente ocurren cambios de conciencia o funciones mentales y crisis convulsivas. Al examen neurológico la mitad de los pacientes pueden tener papiledema y signos meníngeos. El diagnóstico se establece por cultivo del hongo en LCR.

Conforme al siguiente esquema, se establecen las principales enfermedades que causan la muerte a enfermos de SIDA :

CAUSAS DE MUERTE EN EL SIDA.

	Porcentaje
Respiratoria	60
Neumocistis	
Citomegalovirus	
Bacterianas	
Sistema nervioso central	20
Toxoplasma	
Encefalopatía	
Sarcoma de Kaposi	10
Otras	10

3.2. PSICOLÓGICAS.

A la fecha, todos los médicos han atendido, o tendrán que atender a los sujetos infectados por el VIH/SIDA. Aunque inicialmente los pediatras y los infectólogos fueron los encargados del tratamiento de estos pacientes, en la actualidad el grupo más activo en la atención de estos casos es el médico familiar y el especialista en medicina interna, sin que esto signifique que otros especialistas estén exentos de enfrentar este problema. Además de enfermeras y trabajadoras sociales, otros grupos dentro del área de salud, como los terapeutas físicos y ocupacionales, deberán participar en el cuidado de estos enfermos, particularmente aquéllos que tienen estancias prolongadas intrahospitalarias, o que requieren alguna forma de mejoría funcional. Las dietistas y nutriólogas son imprescindibles para el manejo de las diarreas de los individuos que requieren ganar peso o para la nutrición enteral o parenteral. Esto puede extenderse hasta el capellán del hospital y aquellos individuos especialistas en ética y humanismo médico que podrán generar políticas de cuidados a estos pacientes.

Aunque es muy difícil predecir el futuro en cualquier ámbito de la medicina, parece obvio que la pandemia del SIDA estará fuertemente marcada por los avances terapéuticos y aunque no se espera una solución pronta al problema, sí se espera la expansión del mismo con una sobrevida mayor y mejoría de la calidad de vida, lo que hará participar prácticamente a todas las áreas de la medicina en la atención de los casos. Estas mejorías en la cantidad y la calidad sólo podrán lograrse si el médico general, el médico familiar o el especialista de cualquier índole, están capacitados científica, ética y moralmente para detectar, manejar y derivar en forma adecuada a estos pacientes.

La asistencia psicológica y neuropsiquiátrica de pacientes infectados por VIH permite entender cuáles son las variables que conducen a la aparición de patología en estas áreas, así como cuáles son las causas que la determinan. En este sentido, es importante aclarar que a lo largo de los reportes de alteraciones neuropsiquiátricas y psicológicas, se ha venido estableciendo qué síntomas dependen del significado social del síndrome, y su efecto sobre la persona que lo padece; qué alteraciones psiquiátricas se relacionan con las características psicológicas del individuo; y por último, cuáles son los resultados neuropsiquiátricos del neurotropismo del virus o de otros agentes que invaden el sistema nervioso central (SNC).

ASPECTOS CLÍNICOS.

Los síntomas clínico-psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH están determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad: 1) Nivel de influencia social. 2) Nivel de influencia psicológica individual. 3) Nivel de influencia orgánica del virus y otras infecciones. Cada uno de estos niveles tendrá una mayor o menor función sobre la característica y desarrollo de los síntomas, siendo a su vez

determinada por la fase clínica en la cual se encuentre el paciente. Es importante que el médico tratante y el paciente evalúen estos tres niveles, ya que la acción terapéutica debe ser específica para cada uno. Cada una de estas fases y otras tiene una representación y un significado diferente para cada paciente. El significado tendrá que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales con los que cuenta el paciente para confrontarse con la enfermedad.

LA INFLUENCIA PSICOSOCIAL.

El paciente con infección por VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión.

El SIDA ha tenido, para la población general, connotaciones negativas, en tanto que el mayor porcentaje de los pacientes con el síndrome tiene o ha tenido relaciones homosexuales. Tener SIDA implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo "contagioso" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA.

La interacción del paciente con su medio tanto laboral como familiar, marital, etcétera, queda circunscrita a la capacidad de todos los integrantes del entorno, a convivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de contagio.

La ansiedad supone una reacción de ajuste que permite al paciente reaccionar ante un cambio de vida que en las personas asintomáticas, con infección se vislumbra como mediato, pero que cuando hay síntomas supone un directo enfrentamiento con la muerte. La ansiedad a su vez puede desencadenar síntomas físicos que el paciente puede confundir con agravamiento de su condición médica; esto se hace evidente en los pacientes asintomáticos, pues desarrollan síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, baja de peso, los cuales no necesariamente significan un grado mayor de la enfermedad.

En este sentido, ha sido evidente la aparición de elementos hipocondriacos y de somatización en personas que están en alguno de los grupos de riesgo, ya sean éstos homosexuales o bisexuales o en pacientes que han sido transfundidos. La evaluación del contexto social ayuda a determinar los desencadenantes de la ansiedad y plantear medidas terapéuticas acordes con esta situación; no son lo mismo la duración ni la intensidad de una reacción de ajuste ansiosa en pacientes con adecuado o inadecuado soporte social.

Con relación a lo anterior, se ha hecho manifiesta una actitud negadora adaptativa que permite al paciente mantener una situación social tolerable; es frecuente que los pacientes al momento del diagnóstico nieguen prácticas homosexuales, teniendo

esto una clara importancia epidemiológica. No obstante, la negación, al entenderla como adaptativa, debe ser respetada, y no se recomienda la confrontación directa con el paciente, ya que esto facilita que la relación médico-paciente se rompa y, por tanto, la asistencia terapéutica.

Conforme la adaptación del paciente se va estableciendo, la negación empieza a ceder, y la evaluación de los factores de riesgo se facilita. Aquellos pacientes que tienen un soporte social y familiar adecuado (por ejemplo cuando, la familia está al tanto de la homosexualidad, hay pareja estable o un grupo de amigos que entiende la situación, existe soporte laboral en cuanto a pocas posibilidades de rechazo, existe seguridad económica en relación con las posibilidades de tratamiento, etcétera), presentan menos problemas en cuanto a que su negación empiece a ser una dificultad para el manejo médico y psicológico.

Es importante señalar que las reacciones emocionales secundarias a los factores sociales en un inicio son vividas como carencias reales, independientemente de que exista y esté presente el soporte psicosocial antes mencionado, ya que ante el impacto de la enfermedad se produce en la mente del paciente una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración, expresados por pensamiento mágico e ideas delirantes con relación a la enfermedad.

En el momento en que la negación adaptativa empieza a ceder, esto es, cuando el mecanismo adaptativo ha favorecido la posibilidad de dar herramientas de confrontación con la nueva realidad del paciente, se inicia un nuevo proceso de reajuste donde la depresión juega un importante papel.

La subsecuente reacción de ajuste depresiva aparece como producto de la percepción del futuro que tiene el paciente; básicamente se establece como fenómeno psicológico referente a las expectativas acerca de evolución incierta, el aislamiento, las posibilidades de reintegración social, las expectativas terapéuticas, entre otros, y van a funcionar como elementos estresores que ponen a prueba el aparato psicológico del paciente.

La incertidumbre va a representar un papel primordial en el desarrollo de los síntomas psicológicos antes mencionados; si se clasifica a los pacientes con infección por el VIH, de esta forma: 1) Asintomáticos. 2) Linfadenopatía generalizada. 3) SIDA. Los síntomas tienen diferencias particulares: el grupo con mayor ansiedad y depresión, así como con una intensa negación, la cual imposibilita la asistencia de los pacientes, se da en aquellos que presentan linfadenopatía generalizada. Esto se entiende por la gran incertidumbre acerca del futuro en cuanto a lo social, al tratamiento y a las expectativas de vida. Los pacientes seropositivos asintomáticos presentan mecanismos de adaptación que les facilita posponer la confrontación con el futuro, de tal manera que se injerta una situación esperanzadora que ayuda a la conservación de una homeostasis psicológica. Los pacientes con SIDA se enfrentan básicamente a dos situaciones que son comunes a quienes presentan una enfermedad terminal habitual; éstas son las expectativas de pronóstico, merced al tratamiento, y la confrontación con la posible muerte.

La evaluación del marco social puede ayudar a determinar el fondo a partir del cual se pueden desarrollar ciertos síntomas psicológicos en los pacientes infectados por VIH, de tal manera que se pueda tomar una actitud terapéutica adecuada que ayuda a subsanar las fallas ejercidas por la sociedad en estos pacientes.

La familia juega un papel central en la evaluación del soporte social de los pacientes con infección por VIH. En este sentido, la familia debe ser entendida como un subsistema social que ha tenido y tendrá acciones sobre el desarrollo de las manifestaciones clínicas de los pacientes. Se han observado que existen pacientes con o sin vínculos manifiestos respecto a su familia de origen, con o sin pareja estable, pacientes bisexuales dentro de la familia de origen, o con familia nuclear de representación heterosexual, pacientes transfundidos con familia nuclear, y pacientes sin pareja y sin vínculos con la familia de origen.

Las actitudes como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitarán su proceso de adaptación. Aún más, el SIDA pone en crisis el sistema familiar, de tal manera que tanto la familia de origen, la nuclear o la pareja del paciente se ven, de igual manera que éste, obligados a enfrentar una situación para la que no estaban preparados, presentando sintomatología familiar que pone en riesgo la integridad y perpetuación de este grupo social. En este sentido, es importante aclarar que la asistencia al grupo familiar de adscripción del paciente portador de la sintomatología se constituye también como unidad de tratamiento y evaluación por derecho propio, esto es, la familia ya no se considerará sólo como un grupo de soporte para la contención del padecimiento del enfermo, sino que es el grupo familiar en sí, el que va a ser tratado y evaluado.

La intervención terapéutica supone un proceso de evaluación previo, que será el que arroje los datos en los que aquélla estará sustentada.

Uno de los aspectos claves a evaluar por parte del clínico, es lo referente al sistema familiar, lo constituye la calidad del vínculo interpersonal; existen familias en donde el espacio para la vida en autonomía de los integrantes de las mismas es muy limitado, y en donde el bienestar y/o malestar del uno está en íntima relación al bienestar o malestar del otro, y en donde la alteración de uno produce una reacción de desorganización en cadena entre todos los miembros de la familia, con el caos disfuncional consecuente. Lo anterior es de validez tanto para la familia de origen como para la nuclear.

Por el contrario, existen familias en donde el espacio vital es más amplio, y en donde la desorganización de uno no produce el nivel de catástrofe grupal antes referido. Estas familias serán aquellas que estarán en capacidad de ayudar en la contención de la enfermedad en una forma mucho más adecuada.

De todas formas, el clínico no se debe olvidar de que en los familiares del enfermo tiene aliados potenciales, los cuales funcionan como recursos que deben utilizar para

el mayor bienestar del paciente, así como que debe asistirlos en la reacción de desorganización colectiva, en el caso de que ésta se presente.

Otra variable a considerar es la fuente de contagio, sea por contacto sexual, por transfusión sanguínea, o por el uso de drogas por vía parenteral con material contaminado; la configuración relacional de la familia es diferente en los casos en que existe un miembro con conducta homosexual que los de aquellas familias en donde esto no se presenta, y la infección tiene una connotación de "accidental", como sería el caso de una transfusión con sangre contaminada. A partir de lo anterior, se puede observar la íntima interdependencia que existe entre la conducta de uno o más de los miembros del sistema familiar, y la estructura de éste como tal.

En los casos en que la infección se adquirió como resultado del material transfundido, la responsabilidad del sistema médico es primordial, y como tal se dejará sentir por el sistema familiar al que pertenece el paciente. El clínico deberá de tomar esto en cuenta, aceptarlo y manejarlo adecuadamente, pues de lo contrario, él mismo estará creando las condiciones para que la familia y el paciente entren en oposición a él, con los resultados negativos derivados de esto, y el perjuicio natural a la adherencia al tratamiento.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES.

Una vez planteados algunos de los factores sociales que tienen que ver con el desarrollo de síntomas psicológicos, se deben estudiar las características psicológicas individuales de los pacientes con infección por VIH. De alguna manera, el desarrollo de síndromes psiquiátricos a partir de la ansiedad y la depresión originales tiene que ver con la capacidad psicológica individual para adaptarse a una situación irreversible que llevará a la muerte, y en cuyo curso se confrontarán elementos estresantes sumamente importantes, como la pérdida de la salud, la desintegración social, etcétera.

La infección por VIH representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica; de esta integridad dependen, la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a dicha crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y, por consiguiente, con la muerte. Esto es vivido como una reacción de duelo que en el aspecto psicológico individual no se diferencia de otras enfermedades terminales; la doctora Kubler Ross ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal; éstas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia.

Durante la negación, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, descrea la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. Es frecuente en esta etapa la actitud

hipomaniaca y de exaltación que facilitan el proceso de negación. Esta negación debe ser respetada, en tanto no ponga en riesgo la salud del paciente, ni la de otras personas.

La ira supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus médicos tratantes. La explicación y la contención que reciba por parte del equipo médico tiende a disminuir el sentimiento de abandono. El paciente en esta etapa debe tener la seguridad de que cuenta con un equipo de soporte que lo mantendrá con expectativas de manejo.

La negociación es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. En esta fase se hacen intentos de restaurar la salud, mediante el pacto con una fuerza superior que permita la sobrevivencia y el bienestar.

La fase depresiva supone una evidencia por parte del paciente de su realidad como portador de una enfermedad fatal; implica la disminución de los procesos negadores, y permite un trabajo terapéutico que dé opciones reales de sobrevida para el paciente, de tal manera que se pueda llegar a la aceptación de la enfermedad.

Todas estas fases alternantes deben ser entendidas como adaptativas. La ansiedad, ya sea como crisis de angustia o como ansiedad generalizada, es una situación sintomática que está presente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

La resolución y adaptación de los pacientes va a depender del soporte social con que cuenten y de los aspectos psicológicos individuales, que se pueden definir como la estructura de carácter. La evaluación de esta estructura tiene gran importancia, ya que puede facilitar la comprensión de los procesos de ajuste por los que pasa el paciente, así como la posibilidad de arrojar luz sobre factores predictivos del curso de las reacciones emocionales, mismas que, se tienen datos, juegan un papel importante en los procesos inmunológicos.

Son básicamente tres los elementos que permiten estudiar la estructura psicológica de los pacientes: la fortaleza del yo, la prueba de realidad y los mecanismos de defensa. Estos elementos estructurales hacen referencia al grado de desarrollo psicológico y están presentes a lo largo de toda la vida. El estudio de la estructura permite, retrospectivamente, ver el funcionamiento mental de los pacientes. La fortaleza del yo se refiere a la capacidad que tienen los pacientes para tolerar la ansiedad, controlar sus impulsos, y desarrollar canales de sublimación. Uno de los indicadores básicos y fácilmente observables por parte del clínico lo constituye el hecho de valorar la calidad de las relaciones interpersonales que habitualmente establece el paciente; los pacientes que carecen de tal integridad del yo son aquellos que establecen relaciones de intensa dependencia, con gran carga de afecto ante las amenazas reales o fantaseadas de separación, y aquellos pacientes que establecen relaciones tradicionalmente calificadas como "promiscuas", en donde el compañero

no es vivido como una persona con existencia y derechos propios, o una persona que merezca cierta consideración, sino como un objeto de uso con propósitos de calmar una perentoria necesidad interna patológica de satisfacción y apego.

La prueba de realidad estudia las posibilidades que tiene el paciente de confrontarse con aspectos reales de situaciones que ponen en riesgo su estabilidad, de tal manera que pueda tener actitudes preventivas de autoseguridad. Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos que ayudan a mantener la estabilidad frente a situaciones estresantes. Los podemos dividir en mecanismos que giran alrededor de la escisión, o de bajo nivel, y los que giran en torno a la intelectualización, de alto nivel. La escisión se refiere a la incapacidad del paciente para admitir sus acciones como propias; esto es, excluye su responsabilidad de los actos llevados a cabo. La intelectualización es la explicación racional e intelectual, con el fin de evitar una confrontación directa con situación estresante. Aquellos pacientes que presenten un nivel de bajo funcionamiento psicológico (esto es, que tengan muy poca tolerancia a la frustración y a la ansiedad, con pobre control de impulsos, con mecanismos de bajo nivel, y con una pobre prueba de realidad) tendrá menos capacidad para contender con la enfermedad y, por tanto, los síndromes psiquiátricos serán más graves. La ansiedad podrá entonces convertirse en una situación fóbica o delirante, y la depresión tenderá a ser crónica, con facilidad de convertirse en psicótica, pudiendo perpetuar su conducta de riesgo.

Por otro lado, esta evaluación permite determinar la capacidad de adherencia terapéutica, de modificación de su conducta sexual, la responsabilidad frente a la posibilidad de ser contagiado o de contagiar a otros, etcétera. Es evidente que la actitud de manejo psicoterapéutico para los pacientes dependerá tanto de la fase psicológica en que se encuentren como de las características de su personalidad.

Los síndromes desarrollados a partir de la ansiedad y la depresión, como las crisis de angustia, los cuadros de ansiedad generalizada y los trastornos afectivos tienen un espectro sintomático que va desde la tristeza, el llanto fácil, labilidad emocional, fobias, aislamiento, etcétera, hasta reacciones francamente psicóticas. Un factor de estudio importante es la evaluación de los procesos cognoscitivos como la memoria, el cálculo, la concentración, el lenguaje, las praxis, entre otros, ya que son síntomas que acompañan a la ansiedad y a la depresión, pero que se deben plantear como síntomas de ayuda para el diagnóstico diferencial con los síndromes orgánicos cerebrales, más específicamente con la demencia.

LA INFLUENCIA PSICOORGÁNICA

Los síntomas clínicos que aparecen en los pacientes con infección por VIH, y que están circunscritos al área psicológica, representan, como se ha visto, procesos secundarios a la realidad social del paciente, así como a sus capacidades psicológicas individuales. Sin embargo, durante los últimos años se ha puesto especial interés en el estudio de los factores orgánicos que desarrollan síntomas de

tipo neuropsicológico. Estos estudios han puesto en evidencia la interacción de los factores patógenos del virus en el desarrollo de síntomas como depresión, ansiedad, psicosis. La evaluación clínica de síntomas psicológicos, psiquiátricos y neurológicos permite determinar acciones terapéuticas y establecer variantes pronósticas en este tipo de pacientes. Existen dos formas a través de las cuales los pacientes con infección por VIH pueden desarrollar síntomas neuropsicológicos, entendidos éstos como el resultado de infecciones oportunistas en el sistema nervioso central, así como por la acción directa del VIH sobre éste y sobre el sistema nervioso periférico. Estas acciones están determinadas por la capacidad de neurotropismo del virus. De esta forma, los trastornos neuropsicológicos pueden ser categorizados según el área anatómica involucrada, esto es, puede existir acción en el sistema nervioso central, así como en el sistema nervioso periférico, según la acción generalizada o focal sobre estos sistemas, y según su etiología. Los síndromes clínicos reconocidos a partir de estas acciones sobre el cerebro están diferenciados en dos entidades generales: el síndrome orgánico cerebral de tipo delirium, y el síndrome orgánico cerebral tipo demencia, el cual se ha denominado complejo demencial relacionado al SIDA (CDR). Los estudios al respecto refieren que hasta un 90% de los pacientes con infección por VIH desarrolla en algún momento, síntomas neuropsicológicos que están en relación a las entidades mencionadas anteriormente. En este sentido, es importante la evaluación de las funciones cognitivas, ya que éstas determinan la acción médica a ejercer en estos pacientes.

Las funciones cognitivas alteradas que se observan en estos pacientes están básicamente en las funciones de memoria, cálculo, concentración, actividades motoras finas, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, y pueden llegar hasta una desorganización de tipo psicótico, con alteraciones del pensamiento, como lo son las ideas delirantes, así como trastornos de la sensopercepción tipo alucinatorio. Sin embargo, es necesario precisar que los trastornos de las funciones neuropsicológicas no necesariamente están en relación con la evolución del padecimiento, debido a que éstos pueden aparecer incluso en los pacientes con infección por VIH sanos, esto es, asintomáticos.

Con relación a los síntomas demenciales que presentan estos pacientes, la ansiedad y la depresión pueden anteceder, como precursores de la entidad, al deterioro cognitivo y, por tanto, al desarrollo del CDR.

Con la información anterior, se puede decir que si bien las características de estrés psicosocial juegan un papel importante en el desarrollo de síntomas psiquiátricos, la acción directa de elementos orgánicos sobre el cerebro pueden incidir sobre la calidad y duración de los síntomas.

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS.

La noticia del estado de seroconversión puede entenderse como la noticia de una enfermedad crónica, "de por vida", lo que precipita muchas de las manifestaciones

clínicas psiquiátricas conocidas en otras enfermedades, como el cáncer. Se puede presentar un estado de choque, enojo, negación, culpa, ansiedad, etc. La mayoría de los individuos logra un ajuste a esta crisis en algunas semanas o meses y los trastornos adaptativos se han detectado sólo entre el 10 al 20% de los casos. Es importante que el paciente con síntomas de ansiedad o de depresión no modifique, en ese momento, patrones de trabajo, estudio o de relaciones; es recomendable que se estabilice emocionalmente para la toma de cualquier decisión.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

No se ha informado que los trastornos de ansiedad se manifiesten en una proporción superior a la de la población en general en los pacientes con el VIH/SIDA. El médico debe estar orientado para reconocer posibles síntomas de un trastorno por ansiedad generalizada si observa, al menos, tres de los siguientes seis síntomas: 1) inquietud, 2) facilidad para fatigarse, 3) dificultad para concentrarse o momentos descritos por el paciente en que la mente está en blanco, 4) irritabilidad, 5) tensión muscular y 6) alteraciones en el dormir (preferentemente insomnio inicial e intermedio).

TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Se han reportado límites de presentación de 4 a 40% en pacientes con el VIH y como se comentó previamente algunos grupos de alto riesgo tienen una susceptibilidad de presentación superior a la de la población en general. Los síntomas deben estar presentes, al menos por dos semanas, y se deben identificar cinco de los siguientes nueve: 1) estado de ánimo depresivo, 2) marcada disminución en el interés por las actividades, 3) pérdida o ganancia de peso, 4) insomnio o hipersomnía, 5) agitación o retardo psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, 8) disminución en la habilidad para concentrarse o indecisiones continuas y 9) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

DEMENCIA.

Los síntomas que caracterizan esta alteración demencial son: alteración en la memoria, olvidos frecuentes, enlentecimiento, pobre concentración y dificultad para resolver problemas. Las manifestaciones conductuales incluyen la apatía y el retraimiento social, ocasionalmente se puede acompañar con delirium (síndrome de confusión), delirios o alucinaciones. En la exploración física es frecuente encontrar signos de liberación frontal, movimientos sircádicos de los ojos, ataxia, reflejo palmomentoniano, etc.

DELIRIUM.

El delirium se define como la alteración donde se afecta la conciencia, el paciente presenta una marcada reducción en la capacidad de percatarse del medio ambiente con cambios importantes en la cognición, como un déficit en la memoria, desorientación y trastornos en el lenguaje; pueden manifestarse alteraciones sensorceptuales y por lo general se desarrolla el padecimiento en un periodo muy

breve. El delirium en los pacientes con SIDA puede manifestarse con un cuadro clínico de agitación e hiperactividad, o bien con uno de enlentecimiento e hipoactividad. Esta enfermedad suele manifestarse en pacientes hospitalizados; sin embargo, es común que pacientes con el SIDA ambulatorios la presenten. Esta situación parece relacionarse con el uso de medicamentos que en estos pacientes predisponen la aparición de las alteraciones y pueden producir alucinosis y trastornos afectivos.

Cualquier paciente con infección por VIH/SIDA pasa por todo un proceso psicológico, en el cual es necesario apoyarlo y acompañarlo para lograr que se adapte de mejor manera a su enfermedad.

Así pues podemos concluir que las principales manifestaciones psicológicas que presenta el enfermo con VIH/SIDA son:

- ◆ Ansiedad y temor a morir.
- ◆ Negación, afectación de la imagen corporal.
- ◆ Desesperación o enojo, sentimientos de impotencia.
- ◆ Depresión, pérdida de la autoestima, sentimientos de soledad.
- ◆ Aceptación, colaboración en los tratamientos de sostén.
- ◆ Sentimientos de culpa y deseos de recibir castigo.

4.3. ENTREVISTA CON ENFERMOS DE SIDA.

Para efectos de realizar estas entrevistas, me dirigí al Hospital General de México, en el cual en un principio se me dificultó demasiado el poder lograr que se me permitiera el acceso al área de infectología, que es en donde se encuentran los enfermos de SIDA. Después de varias horas de intentar convencer al Jefe de la Unidad de Infectología, argumentándole los motivos por los cuales deseaba hacer las entrevistas, por fin accedió a concederme el permiso, pero con algunas restricciones, las cuales consistían en no demorar para efectos de la entrevista más de media hora por paciente en un solo día, y siempre y cuando, el enfermo así lo quisiera.

Hecho lo anterior, me dispuse al día siguiente a realizar las entrevistas con los enfermos. Siempre con el miedo de que éstos me permitieran realizarles las entrevistas, pues el médico que está a su cargo me advirtió lo susceptible que se encuentran estas personas en esta etapa de la enfermedad. Así pues me dispuse a realizar la primera entrevista ya estando dentro de área de infectología, se encontraban en ésta solamente veinte enfermos, de los cuales solamente me permitieron hacerles la entrevista tres. De los tres sólo pude practicarles la entrevista a dos, ya que tiempo después uno de ellos murió. A continuación daré a conocer mis entrevistas:

ENTREVISTA UNO.

Luis, se niega en un principio a concederme una entrevista, por razones obvias, después de varios minutos de tratarlo de convencer explicándole las razones de la entrevista, por fin accede a concederme la entrevista. Comienza diciéndome que tiene 26 años, originario de la ciudad de Guadalajara y que se encuentra casado desde hace 6 años, de cuyo matrimonio a procreado a un hijo, el cual lleva el nombre de Jesús

Mi primera pregunta fue:

1.P. ¿Cómo fue que usted contrajo el SIDA?

R= Que él se dedica al transporte foráneo, realizando viajes por todo el interior de la república. En uno de esos tantos viajes que realizaba a menudo de Oaxaca a Toluca, a mitad del trayecto empezó a haber mal tiempo, produciéndose una extensa y espesa neblina, la cual le dificultó la visibilidad, impidiéndole que se percatara de que enfrente se aproximaba a gran velocidad un vehículo que abordó su mismo carril. haciéndole imposible el que pudiera esquivarlo, lo cual produjo que el vehículo que conducía él se precipitara hacia un barranco, y su instinto de sobrevivencia hizo que abriera una de las portezuelas del coche y se arrojara hacia unos matorrales. Después de unos minutos recobró el conocimiento dándose cuenta que se encontraba en un hospital, después de un instante aparece junto a él uno de los médicos que lo atendieron informándole que había recibido una transfusión de

sangre debido a la gran cantidad de sangre que perdió por las graves lesiones que recibió como causa del accidente. Después de 10 días fue dado de alta del hospital, regresando poco tiempo después a su trabajo, continuado con la normalidad de su vida.

Después de tres años, y casi olvidándose del accidente, comenzó a sentirse un poco mal de salud, inexplicablemente tuvo una gran pérdida de peso, fiebre continua, sudores nocturnos persistentes, mucha fatiga, así como una tos muy seca; por lo cual fue a visitar al médico, el cual le envió a realizarse unos análisis para descubrir la causa de sus padecimientos. En unos primeros análisis no fue posible detectar ninguna afección, de esta manera el médico le recomendó que tomara unas vacaciones. No del todo convencido, fue a visitar a otros médicos, los cuales lo mismo que el primero no descubrieron nada anormal en su organismo. Finalmente, después de varios meses de acudir con doctores para conocer el origen de sus males un médico del Hospital General de México, al practicarle la consulta de primera vez y cuestionarlo si recibió alguna transfusión de sangre dentro de los últimos 10 años, y al responderle éste que si le sugirió practicarse la prueba de ELISA para la detección del SIDA. Tres días después, regresó con los resultados de los análisis. El médico al revisar los análisis se dio cuenta de que había contraído el virus de inmunodeficiencia adquirida. Él se puso como loco al conocer la noticia y como es de suponerse trataba de negar el que hubiera adquirido este mal. Decía que cómo explicaría a su familia, pues según él lo creerían homosexual. A este respecto el médico le explicó que se encontraba en un error pues esta enfermedad no es exclusiva de homosexuales. Una vez de vuelta en casa, no pensaba en otra cosa que el como decirle a su esposa que había contraído el SIDA. Después de varios días de estar meditando sobre cómo se lo explicaría, por fin una noche después de cenar le dio la noticia a su esposa. Ésta reaccionó violentamente y se fué de la casa. Solamente regresó para solicitarle el divorcio.

2. P. ¿Como reacciono usted ante el hecho de que su mujer le solicitó el divorcio?.

R= Me siento muy frustrado por el hecho de no poder hacer nada al respecto, puesto que al casarme con mi esposa, a la cual sigo amando, pense que este amor y fidelidad que juramos ante Dios sería para toda la vida.

Durante los primeros años de vida matrimonial fuimos muy felices como cualquier otra pareja. Como te dije anteriormente tuvimos un hijo, el cual me decía mi esposa era el vivo retrato mío. Nos gustaba platicar sobre el futuro, sí tendríamos otro hijo, la posibilidad de comprar una casa a fin de pasar nuestra vejez ahí, todos estos sueños se vinieron abajo. Hasta antes de conocer mi mal veía la vida con entusiasmo, con alegría, siempre viendo para adelante. La responsable de lo anterior en gran parte era mi esposa, pues me apoyaba en todo lo que trataba de emprender como meta; me proporcionaba esa chispa que requiere todo ser humano para alcanzar las metas propuestas. Pero al saber la decisión que tomó mi esposa al conocer la existencia del SIDA en mi cuerpo, todo mi mundo se derrumbó en un instante. Me solicitó el

divorcio un mes después de conocer mi enfermedad, e incluso ni siquiera me lo pidió personalmente sino que a través de su abogado. Tal vez el miedo a contagiarse fue más fuerte que su amor.

Actualmente, me encuentro muy desanimado por esta situación; extraño mucho a mi hijo y a mi esposa, que a pesar de que me abandono no le guardo rencor alguno, pero si me decepcionó mucho, ya que desde que se fue solamente la he visto tres veces, y todas acompañada por su abogado, ni siquiera accedió a platicar a solas conmigo.

3. P. ¿Cómo fue su vida en el aspecto laboral a partir de que conocieron de su enfermedad?

En un principio como es natural, trate de que no se enteraran de mi padecimiento, pues no deseaba que también en mi trabajo me rechazaran. Sin embargo como es obvio, una enfermedad así no se puede ocultar y comencé a ser sujeto de una serie de infecciones tanto del estómago como de la piel, sobre todo estas últimas por razones obvias eran difíciles de ocultar. Estas infecciones constantes me hicieron faltar al trabajo en muchas ocasiones. Como se trataba de una empresa grande a la cual prestaba mis servicios, al observar mi continua inasistencia, me enviaron con un médico el cual formaba parte de dicha empresa. Al revisarme minuciosamente y sin darme diagnóstico alguno me, envió a realizarme unos análisis especiales para la detección del SIDA. Esto me asusto mucho pues comencé a creer que se habían percatado de mi enfermedad. Dos días después me entregaron el resultado de los análisis, y de inmediato se los lleve al médico, todavía yo con la esperanza de que los análisis anteriores fueran una equivocación y que en éstos apareciera un resultado negativo. Una vez que le entregue los resultados al médico me dijo que el me hablaría después. Dos días después de sucedido lo anterior, el jefe solicitó me presentara ante él. Ya estando en su oficina me dijo que estaba muy apenado conmigo y que deseaba hablar de un asunto muy importante. Después de un rato de darle vueltas al asunto, señaló que ya conocía de mi enfermedad, y que con toda la pena del mundo se veía en la necesidad de despedirme, puesto que el rumor entre los trabajadores de la empresa había corrido muy rápido, y se negaban a trabajar con una persona enferma de SIDA, ya que tenían miedo de contagiarse. Dicho lo anterior prosiguió a entregarme un cheque como indemnización. Pense en demandar a la empresa, pero no lo hice al considerar que tal vez podría regresar a trabajar, pero nunca volvería a recobrar la confianza de mis compañeros.

4.P. ¿Cómo se encuentra actualmente?

Físicamente me encuentro un poco mejor en comparación de como llegué al hospital. Aquí me han tratado mejor que mi familia e inclusive que mi esposa. Pero a pesar de todo esto y de los cuidados que me han dado los médicos y enfermeras, de lo cual estoy muy agradecido, me siento solo y en ocasiones por la noche padezco de insomnio, pensando que tal vez pronto llegue la muerte y sin la posibilidad de ver a

mi hijo nuevamente, con el temor de que el día de mañana no recuerde a su padre. Con respecto a mi esposa, me encuentro muy desilusionado de ella, pero sin embargo, aún la sigo amando con todo mi corazón.

SEGUNDA ENTREVISTA.

Esta segunda entrevista la realicé el día 30 de agosto del año en curso, en la misma institución. Nuevamente me fue muy difícil el que se me permitiera el acceso a realizar la entrevista. Después de un rato de una serie de trámites administrativos pude ingresar a realizar mi trabajo de investigación.

El Sr. Julio, es originario de Puebla, tiene 34 años de edad y se encuentra casado. Según el informe que me fue proporcionado por el médico que lo atiende se le ha diagnosticado un Sarcoma de Kaposi. Julio a pesar de que se encuentra casado, su esposa lo abandonó hace exactamente seis meses, desde el momento en que ella se enteró de su padecimiento. De este matrimonio procrearon un hijo al cual me dice lo adora mucho, y que al igual que a su esposa tiene mucho tiempo de no verlo y lo extraña demasiado.

A continuación como hice con la anterior entrevista expondré las preguntas que le hice.

1. P ¿Cómo fue que usted adquirió el SIDA?

R= Me dice que desde enero del año de 1997, tuvo una sinusitis acompañada de unas anginas con flemas, así como de fiebres de 40°. Esos padecimientos lo mantuvieron en cama a lo largo de un mes, debido a lo cual fue despedido de su trabajo. Después de un largo mes de convalecencia y ya al sentirse un poco más sano decidió volver a buscar trabajo, lo cual al ver que no encontraba nada se deprimió demasiado y decidió regresar a su casa. Una vez que llegó a su casa prosiguió a sentarse en un sillón y para descansar de sus pies después de un largo día de intentar encontrar trabajo inútilmente, cual es su sorpresa que al quitarse los zapatos y los calcetines descubre unas manchas sobre la planta de los pies, estas manchas se extendían a todo lo largo de sus piernas. Al observar dichas manchas en un principio se asustó, pero después de un rato de estar pensando sobre el origen de estas manchas pensó que tal vez era causa de alguna picadura de insecto o bien, de la reacción de algún medicamento, pues era lógico que después de tanto tiempo de estarle suministrando medicamentos por la sinusitis atribuyó el origen de las manchas a lo anterior. Después de dos meses se percató que las manchas no habían desaparecido de su cuerpo, lo cual le comenzó a preocupar al grado de concertar una cita con un médico amigo suyo. La noche anterior a la cita, padeció de insomnio pues le preocupaba el diagnóstico de su amigo. Al día siguiente ya en el consultorio, su amigo el doctor antes de cuestionarlo sobre el motivo por el cual acudía a él, recordaron su niñez, pues eran amigos desde hace muchos años.

Posteriormente procedió a obscurtarlo y se sorprendió al ver lo avanzado de las manchas pues le cubrían casi la totalidad de su cuerpo. El médico en un principio no quiso darle un diagnóstico, y le dijo que no se preocupara que tal vez su padecimiento sería debido a cuestiones nerviosas; pero le solicitó se hiciera unos análisis para cerciorarse, cuál era el origen de esas manchas. Quince días después, Julio regresa al consultorio con el resultado de sus análisis. Su amigo el médico al revisar los análisis palideció y le dijo a su estimado amigo que no sabía como decirle la noticia, pero que había contraído el SIDA. Julio no podía creerlo, pues él nunca le había sido infiel a su esposa, pero recordó que años atrás había sido operado del apéndice, y que tal vez los instrumentos con los que lo habían operado estaban contaminados o bien, por causa de la transfusión de sangre que le aplicaron con motivo de la intervención quirúrgica. El médico lo calmó diciéndole que la medicina esta muy avanzada, y que quizás en un futuro no muy lejano encontrarán una cura para este mal, pero para esto debe cuidarse mucho y observar las indicaciones que le de él para que así pueda alargar su vida.

2. P. ¿Cuál fue la reacción de su esposa al conocer su enfermedad?.

R= Al conocer mi enfermedad, me dio toda su confianza y apoyo incondicional, por lo cual me sentí muy afortunado pues conocía muchos casos de gente que era abandonada por su familia. Fueron transcurriendo los meses y yo notaba un poco extraña a mi esposa, sólo hablaba conmigo lo necesario, a tal grado de que incluso me solicito el dormir en recamaras separadas. Compró cubiertos nuevos, toallas, sábanas, cojines e incluso marcaba éstos para saber que eran de ella. Al niño no le permitía jugar conmigo; fue tan grande su obsesión que inscribió a mi hijo en cual curso existiera, a fin de que permaneciera lo menos posible a mi lado.

Ella es una persona muy influenciabile, pues hacía más caso de lo que le decían las demás personas incluyendo a su familia que a mí. Mi esposa procuraba cada vez más, estar lo menos posible a mi lado.

Una noche que me encontraba ya en la casa, mi esposa llegó muy callada, me dio de cenar y una vez que terminamos me dijo que quería platicar conmigo muy seriamente. Esa noche me solicitó el divorcio, argumentando que era lo mejor para los dos, y lo más adecuado para el niño, pues él ya no tendría el peligro de contagiarse y crecería como un niño normal. En un principio como es lógico reaccioné con una negativa rotunda, refutándole que también era mi hijo; además le recordé que si ese era el apoyo incondicional que me había ofrecido al conocer mi enfermedad. Después de varios días de aquella discusión pense que ya había quedado en el pasado lo sucedido aquella noche y por consiguiente la solicitud de divorcio; pues ella se había encargado de que lo olvidará, siendo más cariñosa y amorosa que nunca. De esta forma recobró mi confianza, pero yo no sabía el plan que estaba apunto de ejecutar. Así pues se presentó la oportunidad de realizar un viaje a casa de sus padres en Valle de Bravo. Para esa fecha yo me encontraba un poco delicado de salud y no pude realizar el viaje. Recuerdo muy bien aquel día, ya que fue el último en que vi a mi hijo y a mi esposa. Ese día como cualquier otro

desayunamos juntos, nos reímos, platicamos y recordamos viejos tiempos. Exactamente a las nueve de la mañana me despedí de ambos, dándole un gran beso y abrazo a mi hijo; mientras que a mi esposa le pedí que se cuidaran mucho y regresaran lo más pronto posible. Al día siguiente me levanté muy temprano con la ilusión de esperarlos pues me había dicho mi esposa que llegarían alrededor del medio día. Transcurrieron varias horas después de la hora señalada para su llegada, los estuve esperando hasta el anochecer, sin que llegaran. Así pasaron varios días sin noticia alguna de ellos, hablé a casa de sus padres, los cuales me dijeron que tenían mucho tiempo de no verla y que respecto al viaje ellos no habían organizado nada. Dado lo anterior, acudí a la policía, hospitales, delegaciones, y sin encontrar rastro alguno de ellos. Ya sin fuerzas para seguir buscándolos, y con mi enfermedad cada vez más encrudecida por el estrés y por no haberme alimentado bien en los últimos días, me dispuse a dormir un rato para descansar. Al día siguiente por la mañana, recibí una llamada telefónica inesperada, para sorpresa mía se trataba de mi esposa, la cual me dijo que me olvidara de ambos, pues nunca volvería a verlos, y de inmediato cortó la comunicación. Yo sentí que me moría, hoy hasta la fecha no los he vuelto a ver, pero siempre con la ilusión de que regresen.

3. P. ¿En la cuestión laboral que fue lo que sucedió?

R= Bueno con respecto a esta cuestión me dedico al comercio de celulares. Como es de suponerse mi trabajo me exige estar mucho tiempo de pie, pero debido a mi enfermedad y a sus consecuencias, ya me fue imposible dedicarme a esta actividad; pues el estar de pie, en el sol e incluso caminando me desgasta mucho físicamente. Debido a esto tuve la necesidad de buscar otro trabajo menos desgastante. Por un tiempo me dedique a las ventas por teléfono, pero no me daba lo suficiente para vivir y tuve que volver a mi antiguo trabajo. Esto me trajo terribles consecuencias para mi salud, ya que en una ocasión me puse tan mal durante mi trabajo, que me tuvieron que llevar de emergencia al hospital, que es hasta ahora donde me encuentro.

4.P. ¿Cómo se encuentra actualmente?

R= Físicamente me encuentro muy mal como tú lo ves, pero eso no me importa. Lo que sí me lastima profundamente es el hecho de encontrarme solo, abandonado por mi esposa y sin poder ver a mi hijo nuevamente, lo cual ha repercutido en mi estado anímico y por ende físico, produciéndome mucha angustia y temor a la muerte.

Estas entrevistas se limitaron exclusivamente al planteamiento de las anteriores cuatro preguntas, debido al poco tiempo que me fue asignado para las entrevistas con los enfermos, ya que ambos se encuentran delicados de salud por los efectos mismos de la enfermedad; y según datos clínicos del médico que los atiende, se encuentran en la etapa final de la enfermedad.

3.3. La no concesión del divorcio, cuando el portador del SIDA lo haya adquirido por causa no imputable a él.

La epidemia del SIDA ha generado dilemas para las personas infectadas, los encargados de cuidarlas, y la sociedad en su conjunto. Para la persona, las medidas para controlar la propagación del SIDA pueden invadir su privacidad, reprimir su conducta sexual y de reproducción y limitar su libertad. Para el público, la infección con el retrovirus del SIDA sigue propagándose en especial entre los grupos de alto riesgo, y con frecuencia es mortal. Por tanto, el SIDA plantea los problemas más profundos a la Ley.

La reacción de algunos sectores de la sociedad al SIDA es fuente de profunda preocupación para los defensores de las libertades civiles quienes temen que dichas reacciones puedan conducir a restricciones indebidas de la libertad de las personas infectadas.

La reacción del público al SIDA es exagerada en comparación con los peligros impuestos por la epidemia. El SIDA se presentó primero en grupos de personas con el estigma social de "parias", por tanto, muchas personas piensan que el SIDA refleja la inmoralidad de sus víctimas. Quienes tratan con personas con diagnóstico conocido de SIDA, casi siempre de manera consciente o inconsciente adoptan conductas de distanciamiento, tanto verbal como no verbal, reforzando así el estado de estigmatización y aislamiento de las personas con esta enfermedad. En la actualidad, ya son pocos los miembros del personal de salud que rechazan prestar atención a gente con SIDA, pero algunos continúan haciéndolo, quizá de manera inconsciente, y los aíslan por homofobia, temores de contagio alejados de la realidad, angustia por la muerte.

El temor al contagio no explica ni justifica la estigmatización de las personas con VIH/SIDA. Quienes lanzan calumnias contra las personas con SIDA están expresando su odio y desprecio de las personas con esta enfermedad y lo que su enfermedad simboliza. Por desgracia, este odio y desprecio pueden obstaculizar los esfuerzos educativos convencionales para mitigar el miedo al SIDA.

Otro factor que influye en esta estigmatización, es una tradición llena de enseñanzas a cerca de pecado y castigo. En esta tradición la culpa puede recaer en quienes debido a que cometen actos de maldad se enferman y a veces incluso en quienes tienen una relación especial con la maldad. En esta perspectiva, el castigo divino resulta una advertencia para los demás respecto al precio del pecado.

Todos los anteriores factores como hemos visto, influyen en el miedo que tienen las personas hacia los enfermos de SIDA, lo que ha provocado que se les aisle de la población en general, así como de su propia familia e inclusive de su cónyuge.

De esta forma el SIDA queda contemplado dentro de la hipótesis señalada por la fracción VI del artículo 267 en estudio, ya que cumple con los requisitos establecidos por esta fracción, toda vez que se trata de una enfermedad incurable y contagiosa.

Ante esta situación el cónyuge sano se encuentra ante la posibilidad de invocar el divorcio o la separación de cuerpos de conformidad con lo establecido por la ley; coexistiendo el vínculo matrimonial, siempre que opte por esta última posibilidad, esto es, los cónyuges se separan no estando obligados a vivir juntos. De este modo el divorcio llamado no vincular (separación de cuerpos) trae consigo la suspensión de la obligación de la cohabitación, no se rompe el vínculo matrimonial subsistiendo así, el deber de fidelidad entre ellos, la obligación de dar alimentos, la ayuda recíproca, el derecho a heredar, etcétera. Así pues sólo se extingue el domicilio conyugal y los cónyuges viven en lugares separados. Además de que persiste también la ayuda recíproca, la subsistencia de la sociedad conyugal, la patria potestad compartida y la administración de la sociedad conyugal.

Ante esta situación el cónyuge sano tendrá la opción de elegir entre el divorcio vincular o el divorcio no vincular (separación de cuerpos). A este respecto surge un gran problema cuando el cónyuge sano se decide por éste último, pues como se ha venido estudiando a lo largo de esta investigación, el SIDA presenta una doble problemática en razón de su forma de contraerlo, pues vasta recordar que se puede adquirir por medio de relaciones sexuales con una pareja distinta que no es el cónyuge y también por medio de transfusiones sanguíneas y finalmente por vía perinatal (esta no ocupa al problema que se está estudiando), siendo que en la primera se denota un elemento totalmente de culpabilidad por parte del cónyuge demandado, toda vez que como resultado de sus relaciones promiscuas fue ser infectado, lo que indica eminentemente que se ha roto con uno de los principios fundamentales del matrimonio que es la fidelidad hacia la pareja, trayendo consigo la desconfianza y desprecio del cónyuge sano; mientras que en el segundo caso el cónyuge enfermo contrajo la enfermedad de una manera totalmente fortuita, pues no es resultado de una conducta punible a él, ya que como sabemos pudo haber adquirido la enfermedad mediante una transfusión sanguínea contaminada, como es el caso de las que se practican en las operaciones quirúrgicas o bien, tratándose de las personas que son hemofílicas, las cuales periódicamente reciben transfusiones sanguíneas. De lo anterior se desprende que es totalmente injusto el que se juzgue por igual al cónyuge enfermo en ambos casos. Pero sin olvidar que el cónyuge sano está en todo su derecho de promover el divorcio, ya que la ley le concede ese beneficio, tratando de evitar con esto, que se propague el contagio buscando con ello la seguridad y bienestar de la sociedad; por lo cual no sería justo el que se condenara al cónyuge sano a vivir con una persona enferma, siendo así que la ley le otorga la posibilidad de elegir entre el divorcio y la separación de cuerpos. Esta cuestión resulta ser justa siempre que el cónyuge enfermo haya contraído el SIDA por una causa imputable a él, ya que con su conducta violó la confianza de su pareja y resulta justo que pague por su proceder, quedando al libre albedrío del cónyuge sano escoger alguna de las dos posibilidades que le concede la ley; mientras que en el caso en que el cónyuge contagiado haya adquirido este mal por una causa no imputable a él, que como ya vimos anteriormente puede ser a través de una

transfusión sanguínea, resultaría injusto que el cónyuge sano se decidiera por el divorcio vincular y no por la separación de cuerpos en la cual subsisten los deberes de fidelidad y ayuda recíproca, quedando el cónyuge enfermo en el total desamparo.

Debido al planteamiento anterior, se propone que en este último caso sólo se otorgue al cónyuge sano la posibilidad de solicitar la separación de cuerpos, a fin de que siga cumpliendo con los deberes de ayuda recíproca y cuidados hacia el enfermo, pues es en estos momentos tan difíciles para el enfermo que necesita sentirse acompañado y protegido por sus seres queridos, pues el único motivo que trajo la desunión familiar fue haber adquirido el SIDA de una manera fortuita, lo que resulta imposible que concluya el amor, el respeto y la confianza hacia el cónyuge enfermo, caso contrario cuando el demandado es infectado como resultado de realizar prácticas sexuales con persona distinta a su pareja, sembrando el resentimiento y la desconfianza entre los cónyuges, haciendo sumamente difícil la unión conyugal.

Finalmente podemos concluir, que de lo anteriormente expuesto no se pide que el cónyuge sano se someta a vivir a lado de una persona infectada con SIDA, pues como se ha venido estableciendo a lo largo de esta investigación el enfermo de SIDA padece de muchas enfermedades tanto físicas como psicológicas que influyen en su comportamiento, haciendo que éste presente en algunas ocasiones una conducta irritante y neurótica, sin contar con los innumerables cuidados que requieren estos pacientes. Pues no todas las personas están dispuestas a someter su vida a una serie de cuidados y privaciones hacia con el enfermo, por lo cual sólo se pide que cuando el cónyuge enfermo se haya infectado por alguna causa no imputable a él, se le conceda a éste, el beneficio de sólo otorgar al cónyuge demandante la separación de cuerpos, a efecto de que subsistan los deberes de ayuda recíproca, sin olvidar que se extingue la obligación de cohabitar juntos. De esta manera se asegura que el enfermo cuente con la ayuda y apoyo de sus seres queridos en momentos tan difíciles de su vida.

Es por ello que es recomendable reformar la hipótesis planteada en la fracción VI de artículo en comento; señalando específicamente el SIDA como enfermedad causal de divorcio, y estableciendo como excepción para otorgar el divorcio vincular el que el cónyuge no haya contraído esta enfermedad por una causa imputable a él (relaciones sexuales con persona distinta a su pareja).

CONCLUSIONES

PRIMERA. La hipótesis planteada en la fracción VI del artículo 267 del Código Civil, establece en su primer párrafo las enfermedades que son motivo para invocar el divorcio, dichas enfermedades son la sífilis y la tuberculosis.

Ambas enfermedades ya no son consideradas como una amenaza que ponga en peligro la vida de las personas, pues partiendo del hecho de que al momento en que fue redactado el Código Civil vigente, dichas enfermedades eran consideradas incurables, en tanto que en la actualidad son fáciles de curar y no deberían representar un peligro para romper el vínculo matrimonial.

Así pues la fracción VI, queda abierta a otras enfermedades que en la actualidad diezman severamente a la humanidad, tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida mejor conocida como SIDA, y que al parecer el legislador le ha restado importancia, siendo que ni siquiera es enumerada como una de las enfermedades por las que se pueda invocar el divorcio, solamente se limita a la posibilidad de encuadrarse a la hipótesis señalada por la fracción VI.

SEGUNDA. Se confirma la hipótesis planteada en un principio, ya que existe una deficiencia en la fracción VI, en lo referente al padecimiento de una enfermedad crónica e incurable, toda vez que trata por igual al cónyuge que contrajo el SIDA, sin hacer una distinción entre sí adquirió este mal por una causa imputable o no a éste.

Se concluye que la ley juzga por igual al cónyuge que contrajo el SIDA, sin importarle la causa o motivo por el cual contrajo esta enfermedad. Puesto que no es lo mismo haber sido infectado por el hecho de serle infiel a su cónyuge, que haber sido contagiado por una transfusión de sangre o por el uso de instrumentos quirúrgicos contaminados. Toda vez que en el primero el contagio fue resultado de una infidelidad, mientras que en el segundo caso, por una causa fortuita totalmente ajena al cónyuge enfermo.

TERCERA. Debe otorgarse al cónyuge sano el divorcio, de acuerdo a la estricta aplicación de la ley, cuando el cónyuge enfermo haya contraído el

SIDA como resultado de haber practicado relaciones sexuales con otra persona distinta a su pareja, quedando al libre albedrío del demandante solicitar el divorcio o bien la separación de cuerpos. Mientras que tratándose del caso en que el enfermo haya contraído este padecimiento por una causa no imputable a él, como es el caso de una transfusión sanguínea, sólo se conceda a la parte demandante la posibilidad de solicitar la separación de cuerpos, a efecto de dejar protegido a aquél que fue infectado de manera accidental, y de esta manera procurar en la medida de lo posible se apliquen los cuidados necesarios al enfermo, transcurriendo su enfermedad con la mayor tranquilidad y confianza cerca de sus seres queridos.

CUARTA. Los enfermos de SIDA además de los terribles daños que sufren por los efectos mismos de la enfermedad, tanto físicos como psicológicos, éstos se agudizan por el hecho de que el cónyuge sano les solicite el divorcio, puesto que los abandonan con motivo de su enfermedad y es en este momento cuando más apoyo y amor requieren.

QUINTA. En cuanto a los métodos de investigación utilizados, y en particular las entrevistas realizadas a enfermos de SIDA, existe una gran desconfianza por parte de los enfermos, pues la mayoría de ellos se negaban a conceder una entrevista argumentando el que se les iba a violar su anonimato y privacidad. Lo cual dificultó en gran parte el trabajo de investigación.

SEXTA. Recomiendo que la ley, y en particular el juzgador al momento de emitir la sentencia, lo hagan no sólo aplicando estrictamente las leyes sino que también de una forma más humana antes de emitirla.

SÉPTIMA. Esperando que esta información le sea de gran utilidad a sus intereses o fines, y provocando despertar con esto un interés por el problema.

BIBLIOGRAFÍA.

DOCTRINA.

- BAQUEIRO ROJAS, Edgar Y BUEN ROSTRO BAÉZ, Rosalia. Derecho Civil. 3ª. ed. México, Harla, 1997, 486 p.
- BUEN, Demófilo De. Introducción al Estudio del Derecho Civil. 2ª. ed. México, 1977, 413p.
- CHAVEZ ASENCIO, Manuel F. La Familia en el Derecho. 2ª. ed. México, 1990, 517p.
- CUOTO, Ricardo. Derecho Civil Mexicano. México, 1919, 350 p.
- DELGADILLO GUTIÉRREZ, Luis Humberto Y LUCERO ESPINOZA, Manuel. Introducción al Derecho Positivo Mexicano. 2ª. Ed. México, Editorial Limusa, 1991, 265 p
- DOMÍNGUEZ TORÍX, José Luis E IZAZOLA José Antonio. SIDA Perfil de una Epidemia Washington, D.C., 1989, 383 P.
- ELIAS AZAR Edgar. Personas y Bienes en el Derecho Civil Mexicano. 2ª. Ed. México, Porrúa, 1997, 577p.
- FERNANDEZ CLERIGO, Luis El Derecho de Familia en la Legislación comparada. México, Unión Tipográfica Editorial Hispano- Americana, 1947, 162 p,
- FLORESGÓMEZ GONZALEZ, Fernando. Nociones de Derecho Positivo Mexicano. 32ª ed. México, Editorial Porrúa, 1993, 349 p.
- GALINDO GARFIAS, Ignacio. Derecho Civil. 13ª. ed México, Porrúa, 1994, 325 p.
- GARCIA MAYNEZ, Eduardo. Introducción al Estudio del Derecho. 41ª. Ed. México, Editorial Porrúa, 1990, 390 p.
- GARCÍA RAMÍREZ, Sergio. Los Derechos Humanos y el Derecho Penal. 2ª ed. México, SEP, 1976, 205 p
- GARCÍA Trinidad. Apuntes de Introducción al Estudio del Derecho. 29ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1991, 244 p.

- GUTIÉRREZ ARAGÓN, Raquel Y RAMOS VERASTEGUI, Rosa María. Esquema Fundamental del Derecho Mexicano. 4ª. ed. México, 1980, 254 p.
- LÓPEZ BETANCOURT, Eduardo. Manual de Derecho Mexicano. México, Editorial Libros y Artes, 1989, 384 p.
- LUNA, Germán. SIDA Diagnóstico y Tratamiento. México, Editorial Galo, 1995, 392 p.
- MAGALLÁN IBARRA, Jorge Mario. Introducción de Derecho Civil. Tomo III. Derecho de Familia. México, Editorial Porrúa, 1988, 586 p.
- MAGALLÓN IBARRA, Jorge Mario. Instituciones de Derecho Civil. México, Editorial Porrúa, 1988, 586 p.
- MONTERO DUHULT, Sara. Derecho de Familia. 4ª. ed México, Editorial Porrúa, 1990, 429 p.
- MOTO SALAZAR, Efraín. Elementos de Derecho. 9ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1964, 438 p.
- PALLARES, Eduardo. El Divorcio en México. 6ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1991, 250 p.
- PINA, Rafael de. Elementos de Derecho Civil Mexicano. Tomo I. 16ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1989, 404 p.
- PONCE DE LEÓN ROSALES, Samuel Y DEL RIO CHIRIBUYA, Carlos. Guía Para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA. México, OPS/OMS, 1997, 99 p.
- ROJINA VILLEGAS, Rafael. Compendio de Derecho Civil. Tomo I 4ª. ed México , Editorial Porrúa, 1968, 509 p.
- ROMO GARCÍA, Javier. SIDA. 2ª. ed. México, El Manual Moderno, 1997, 258 p.
- ROSADO ECHANOVE, Roberto. Elementos de Derecho Civil y Mercantil. 17ª. ed. México, ECA, 215 p.
- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime. SIDA Ciencia y Sociedad en México. 2ª. Ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1989, 507 p.
- SOTO PÉREZ, Ricardo. Nociones de Derecho Positivo Mexicano. 5ª, ed. México, Esfinge, 1975, 195 p.

- VILORO TORONZO, Miguel Introducción al Estudio del Derecho 8ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1988, 340 p.

LEGISLACIÓN.

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 8ª. ed. México, Procuraduría General de la República, 1998, 660 p.
- CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL. 67ª. ed. México, Editorial Porrúa, 1998, 655 p.
- CÓDIGO PENAL Y DE PROCEDIMIENTOS PENALES. 12ª. Ed. México, Editorial Porrúa, 1998, 242 p.