

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, el "ROSARIO",
DELEGACIÓN 1 NOROESTE.

92

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES SEROPOSITIVOS
AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) Y
CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EN UNA UNIDAD
DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

296903

TESIS

AUTOR: Dr. Miguel Noguez Iniesta¹.

ASESOR: Dra. Leticia Sánchez Flores².

¹Médico Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina Familiar,
Sede Unidad de Medicina Familiar No. 33, el Rosario,
Delegación 1 Noroeste.

²Médico de Base, Unidad de Medicina Familiar No. 33, el Rosario, Delegación 1 Noroeste.



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2006



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.



UNIVERSIDAD DE AMERICAS

DR RODOLFO ARZU IGLESIAS

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA. 33

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI.

PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

DRA. MA DEL CARMEN MORELOS.

PROF. ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR .

DR MIGUEL NOGUEZ INIESTA .

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR .

DRA. LETICIA SANCHEZ FLORES.

ASESOR.

PROF. ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

U N A M

AGRADECIMIENTOS:

Doy gracias a mi esposa por el apoyo brindado durante todo este tiempo, por su comprensión y apoyo.

Doy gracias a mis profesores por todas esas horas que me brindaron..

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de disfunción familiar de los pacientes usuarios con HIV y diagnóstico de SIDA, en un primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Identificar el grado de disfunción familiar normal, leve, moderada y severa de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, en un primer nivel de atención () Chavez

2.- Identificar el tipo de disfunción familiar en el ámbito social de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, de un primer nivel de atención.

3.- Identificar el tipo de disfunción familiar en el ámbito del subsistema conyugal de pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, de un primer nivel de atención.

4.- Identificar el tipo de disfunción familiar en el sistema parental, de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA; de un primer nivel de atención.

5. Identificar el tipo de disfunción familiar del subsistema fraterno, de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, de un primer nivel de atención.

6.- Identificar el tipo de disfunción familiar del ámbito psicológico de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, de un primer nivel de atención.

7.- Conocer las características propias de los pacientes usuarios con diagnóstico de SIDA, de un primer nivel de atención.

ANTECEDENTES

La disfunción familiar es un problema de interrelación. El ser humano al encontrarse o al sentirse solo, encarna un problema de relaciones consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se incrementa al fusionarse maritalmente. Esto es debido a que en toda interrelación, existen fuerzas positiva y negativas que interactúan entre sí y que en conjunto, determinan las características de la dinámica familiar en donde los integrantes del núcleo familiar se ven forzados a utilizar sus recursos biológicos, sociales y psicológicos para mantener una interrelación madura y satisfactoria, que les permita continuar con su trayectoria natural¹.

Se ha identificado que algunas patologías, tienen como sustrato la disfunción familiar; tal es el caso de la drogadicción, homosexualidad, síndrome de niño maltratado, desnutrición infantil y algunas otras más, que tienen una gran trascendencia dentro del núcleo familiar por ser devastadoras; como lo es el alcoholismo, síndrome de Down, las enfermedades terminales y neoplásicas malignas y la tan temida enfermedad del siglo; la infección por el virus del de inmunodeficiencia humana (HIV) y consecuentemente el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)¹.

El HIV/SIDA, es el problema de salud pública más complejo en la actualidad y cuyo impacto se refleja en toda la vida social y económica de nuestro país como del resto del mundo. Es una enfermedad de transmisión sexual, ligada íntimamente a la sexualidad de los individuos y de las poblaciones^{2,3}.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es originado por un retrovirus, el cual fue demostrado en 1984; este virus destruye la población de linfocitos Helper inductores, afectando en forma adversa al sistema inmune con alteraciones que van desde anomalías subclínicas o infección por gérmenes oportunistas hasta el desarrollo de Neoplasias².

En 1993, el centro de SIDA DE Harvard calculó que en todo el mundo había 13 millones de personas infectadas por HIV y que para el año 2000 esta cifra alcanzará los 190 millones. Actualmente la Organización mundial de la Salud estima que hay aproximadamente 45 millones de personas infectadas por el HIV en América Latina, cerca del millón de estos casos están en Estados Unidos y 40,000 americanos lo contraen anualmente. En México los primeros casos de SIDA se reportaron en 1983. Desde entonces y hasta el 1 de enero de 1999, el número total de casos acumulados es de 38,390.

Ocupando México, el 13° lugar en cuanto al número de casos notificado mundialmente y el tercer lugar en el continente americano y tiene la posición 69° respecto a la tasa acumulada a nivel mundial, por lo que está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja. Observándose en promedio 4,000 nuevos casos de SIDA anualmente. Si bien se ha logrado un resultado exitoso en la prevención de la transmisión sanguínea, la infección continúa afectando principalmente a varones homosexuales y bisexuales entre quienes el número de casos infectados y defunciones continúa siendo alto. Se calcula que de los pacientes con HIV, más del 60% corresponde a homosexuales o bisexuales, 20% a los que utilizan drogas intravenosas, 10% a homosexuales que se aplican además drogas intravenosas, 4% por productos hematológicos contaminado y 6% a heterosexuales. El sistema Nacional de vigilancia epidemiológica en su reporte del mes de enero del 2000, identifica que hasta el 4to., trimestre del año de 1999 se notificaron 1 094 casos nuevos, el 38.6% corresponde a homosexuales y bisexuales, 48% son heterosexuales, las edades de predominio son entre 15 a 44 años; en donde el 76.9% son del sexo femenino y 79.7% son del masculino. Con edades entre 45 y más años; el 19.1% son masculinos y el 18.5% son femeninos²⁻⁵.

Los pacientes con HIV, al igual que los que cursan con otras enfermedades malignas, presentan alteraciones psiquiátricas, que van de menos a más, esto es parten inicialmente de la negación, posteriormente se presentan las manifestaciones depresivas y ansiosas, sentimientos de desesperanzas o miedo y por último puede aparecer la ideación suicida que impactan tanto en el sistema de Salud como a nivel Social en forma muy importante, observándose que el mayor impacto es a nivel familiar. En un estudio realizado en 43 paciente con SIDA, con un rango de edad entre 17 y 90 años, se identifico que el 10% de ellos inician con trastornos psiquiátricos y conforme la enfermedad progresa dicha proporción se incrementa a 60%⁶. El enfoque psicológico en los pacientes con esta enfermedad, ha sido descrito como una reacción de ajuste en donde el estrés es lo suficientemente grave que llega a ser catastrófico. La problemática psicológica que plantean, gira alrededor de los siguientes temas: 1) el conflicto individual, 2) el conflicto de pareja y/o familia. Esto es debido a que la familia por lo general, también reacciona con actitudes de negación, fatalismo, indiferencia, rechazo y miedo, las cuales pueden progresar a la angustia y depresión, como consecuencia de los sentimientos de culpa que se manejan, la ambivalencia de

sentimientos con los que viven, debido a la falta de información, desconocimiento de la enfermedad y manejo del enfermo por SIDA, y 3) la relación con el exterior; este tipo de pacientes en general, tienden a provocar terror en la sociedad, la cual reacciona en forma agresiva por el temor al contagio, creándose un círculo vicioso entre estos tres aspectos⁷.

Se menciona que la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y es la principal vía de transmisión para la difusión de las normas culturales. La estructura emocional de la familia expresa de manera dinámica su funcionalidad. Sin embargo la familia puede y de hecho produce, en muchas ocasiones enajenación y problemas humanos, que responden a diversos modelos de vida doméstica y conyugal. Los problemas y crisis por las que actualmente atraviesa son debido al proceso de cambio social que experimenta la sociedad entera. Decir que la familia está en proceso de cambio es decir que sufre de desequilibrio en su estabilidad ideal. Dichos desequilibrios están provocados por serios problemas de desajuste funcional, que los miembros de una familia experimentan de sus relaciones entre sí. La lista de problemas familiares es innumerable, en donde los aspectos

individuales, económicos y socioculturales intervienen en las crisis familiares en forma importante, dado probablemente por el conjunto de valores, creencias, costumbres y normas morales de conducta con las que se rige. Pero a pesar de todos sus cambios la familia sigue siendo una respuesta a las necesidades de subsistencia y de supervivencia; a la de reproducción y educación, a las de relación íntima y sexual y a las de aspiración a la felicidad y realización como personas sociales que somos⁸⁻¹¹.

A través del tiempo la familia vive diferentes etapas críticas: como la del embarazo, nacimiento, enseñanza de la sexualidad, etc., pero tal vez lo que más altere la dinámica familiar, es la enfermedad o muerte de un ser querido. Las conductas que como respuesta presente la familia a estos cambios, estarán determinadas tanto por el nivel socio-económico-cultural, así como por el de la integración familiar^{11,12}.

Según Jackson, la dinámica familiar es una colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, de cada uno de ellos, producirá

acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, un clima de seguridad o de ansiedad y depresión; dando origen a familias disfuncionales¹³.

Un aspecto que tiene mucha importancia dentro de la alteración de la dinámica familiar, es la forma de comunicación entre sus miembros, si los mensajes no son claros o directos sobre todo en los momentos de crisis, es decir se vuelven enmascarado o desplazados; se puede pensar que la familia está funcionando de una manera patológica. Para evaluar si una familia es normal o patológica, sin mirar su capacidad de cuestionar las injusticias sociales, es necesario considerar además, el grado de satisfacción que los miembros de esta familia encuentran entre unos y otros, así como también, si la manera de funcionar de la familia no los pone en conflicto grave con la sociedad¹⁴.

En resumen la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos, y expectativas entre los integrantes de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás. Por el contrario, la familia disfuncional utiliza los problemas como un arma y no como un medio de acercamiento; se emplea para

castigar, humillar o atacar sus elementos, comprometiendo su estabilidad y compatibilidad. La emisión de un juicio en relación a la funcionalidad o no de una familia es difícil. Deben de considerarse diferentes aspectos de manera integral y siempre correlacionarse al momento histórico social de la familia, con su contexto socioeconómico-cultural, con la fase del ciclo vital por la que cursa, las expectativas individuales y de grupo, el desarrollo y aplicación de pautas transaccionales y con las reglas del juego en el aquí y el ahora, etc., Por lo tanto, el estudio familiar integral debe ser analizado con un alto grado de flexibilidad, adaptabilidad y criterio^{14,15}.

Hay una gran diversidad de formas para medir la funcionalidad familiar; algunas proponen investigar cuatro criterios para su evaluación, como son: la comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio. Otras se enfocan a evaluar la naturaleza y características de los límites de subsistemas, formación de alianzas y capacidad de modificarse. Otras forma son a través de tres ejes básicos o dimensionales: Eje I; aspectos del desarrollo de la familia. Eje II; Disfunciones en subsistemas familiares y Eje III; Disfunciones de la familia como sistema. Sin embargo se ha observado que estas clasificaciones están

orientadas exclusivamente a la funcionalidad psicodinámica y adolecen en la valoración de los aspectos biológicos y sociales, no tomando en cuenta a la familia como un contexto social, ni como participe dinámico del proceso salud enfermedad. En una investigación llevada a cabo en la ciudad de México se analizaron 10 de las pruebas más conocidas y al alcance de los autores para evaluar la salud familiar, en función de los parámetros que explora cada prueba y de los alcances de cada una de éstas, dichas pruebas son: 1) Familiograma, 2) Tarjeta RF 1, 3) Tarjeta VESF - 1, 4) Apgar Familiar, 5) Índice de funcionamiento familiar, 6) Clasificación Triaxial de la familia, 7) Prueba de Mc Master, 8) Prueba de Shires- Hennen, 9) Unidades de Homes, 10) Prueba de Sacks; en donde se concluyo, que ningún instrumento por si solo puede evaluar integralmente la salud familiar: La RF - 1 y VESF - 1 evalúan principalmente el problema social y biológico de la salud familiar. La prueba de Mc Master, Índice de Función Familiar y la clasificación Triaxial evalúan exclusivamente el área sociodinámica o funcional de la familia. También mencionan que lo primero que se debe de hacer es de limitar cual es el problema o ámbito familiar que se pretende evaluar y cuales son las unidades de análisis que se van a trabajar, pues la selección del instrumento de evaluación debe de ser siempre

secundaria a estos planteamiento, por lo que proponen un método de evaluación cuantitativo y cualitativo de la función familiar en donde realmente se integran los aspectos bio-psico-sociales y dinámicos, es decir una Evaluación Integral de la Salud Familiar, que permite calificar como disfuncional a la familia al no cubrir todos estos aspectos. Esta propuesta, en el análisis de los ámbitos, explora: 8 aspectos de lo social, 6 del socio-dinámico y 5 del psicológico. De acuerdo a la importancia y trascendencia para la familia se asignó una puntuación en una escala de 0 – 100 a la cuali-cuantificación del cumplimiento adecuado de las funciones, como son: afecto con puntuación de 35, cuidado y protección con 20, socialización con 17, status con 15, y Reproducción con 13 puntos. Además se incluye la medición de los rasgos negativos con los que se determinan los criterios de severidad del daño familiar; así como también nos indica que función está más deteriorada y cual requiere de la intervención médica, mediante el establecimiento de un plan terapéutico que debe incluir estrategias individuales y familiares, y por último también determina tiempo y pronóstico de la intervención. Los rangos que se manejan para clasificar la disfunción familiar son: Rangó negativo: cuando es un puntaje menor de 14 puntos, el cual se clasifica como grado de disfunción normal y no requiere tratamiento. Entre 15 y 20

puntos el grado de disfunción es leve y es conveniente un tratamiento. Entre 21 y 30 puntos el grado de disfunción es Moderada, siendo necesario un tratamiento y con más de 31 puntos el grado de disfunción es severa en donde el tratamiento es indispensable. Se realizó una revisión exhaustiva a nivel nacional e internacional no lográndose identificar investigaciones específicas al tema^{15,16}.

JUSTIFICACIÓN

La infección por HIV/ SIDA, es una enfermedad emergente de tipo transmisible, la cual ha llegado ha constituirse desde su descubrimiento hasta la fecha en un problema de Salud Pública. Los pacientes con esta enfermedad, al saberse seropositivos, inicialmente cursan con una reacción de stress severa, que gira alrededor de un conflicto individual, de pareja y de familia, extendiéndose dicho conflicto hasta su ámbito exterior, originando en ellos como en otros pacientes terminales, alteraciones psiquiátricas que van, desde los más leves hasta los más severos trastornos. Todo esto originado inicialmente por la negación a la aceptación de la verdad, lo que obviamente le causa un conflicto de sentimientos internos que lo lleva posteriormente a manifestaciones ansiosas y depresivas, sentimientos de desesperanza o miedo, y finalmente a ideas suicidas. Pero no solo el paciente vive este conflicto, sino también, lo vive tanto su familia como la sociedad, probablemente debido al conjunto de valores, creencias, costumbres y normas morales por la que se rigen, y sobre todo, por el desconocimiento que se tiene de la enfermedad y del manejo de los pacientes con HIV/SIDA; pues

ambas, tienden a tener como respuesta reacciones de miedo, rechazo, agresividad y aislamiento hacia estos pacientes, originando se den interrelaciones conflictivas tanto en el ámbito interno como con el externo, llevándolos a una disfunción familiar.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa el primer lugar de atención a pacientes con diagnóstico de SIDA, lleva el control epidemiológico del 35% de los casos conocidos por el Sector Salud, observándose que conforme pasa el tiempo, se incrementa la incidencia y el riesgo de enfermedad en la población derechohabiente.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33, el seguimiento de casos con HIV/SIDA es únicamente por el servicio de Medicina Preventiva desde el mes de Marzo de 1998. Hasta la fecha se tienen registrados 143 casos; de los cuales 70 son reportados como defunciones, 63 se encuentran actualmente en control y de estos; 54 tienen diagnóstico de VIH, 3 con diagnóstico confirmado de SIDA, y 10 están reportados como fuera de zona. La función del Servicio de Medicina Preventiva en estos pacientes, es únicamente la de brindar orientación y referencia a segundo y tercer nivel de atención para su tratamiento, realizar exámenes de detección a pacientes con factores de

riesgo y a contactos de pacientes ya diagnosticados con SIDA. Con respecto a la participación del médico familiar, en cuanto

orientación y apoyo terapéutico familiar a este tipo de pacientes, es casi nulo, debido probablemente a que en general los pacientes seropositivos y con SIDA, no acuden a demande de consulta externa a estas unidades de atención.

A pesar de todos los programas que se han creado alrededor de estos paciente para mejorar y sobrellevar su vida, se ha identificado que aun en la actualidad siguen siendo objeto de rechazo tanto por su familia como por la sociedad, probablemente a que en estos ámbitos la intervención integral es casi nula. Hasta el momento actual, la evaluación, diagnóstico, tratamiento y control, de éstos pacientes, es desde el punto de vista técnico – científico, lo cual no es suficiente, pues se descuida un área muy importante como es la psico-social y dinámica que intervienen para una buena integración y funcionalidad familiar, por lo que se considera que es necesario, se investigue en ellos como está su ámbito bio-psico-social y dinámico con sus repercusiones respectivas, para que, además de tener una valoración integral de los mismo, y

de conocer el grado de disfunción familiar que viven, también se identifiquen aquellos aspectos que tienen mayor deterioro, permitiendo esto; crear, proponer y realizar estrategias de terapia familiar, que estén dirigidas a mejorar en lo más posible que se pueda, dicha disfunción, y de esta forma, desde el punto de vista institucional de un primer nivel de atención, brindar al paciente un apoyo más, a su ya tan deteriorada vida, que lo ayude a aceptar y vivir con su enfermedad. En virtud de lo anteriormente mencionado se realiza la siguiente pregunta:

¿ Cual es el grado de disfunción familiar de pacientes usuarios, que están infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y con diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de un primer nivel de atención

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

1.- SITIO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el servicio de Medicina Preventiva, perteneciente a la Unidad de Medicina familiar (UMF) No. 33, el "Rosario", de la Delegación 1 Noroeste, Región la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. En este servicio se realizan las detecciones preventivas de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama, acciones preventivas de odontología y epidemiológicas. Para su funcionamiento cuenta con un área física exclusiva ubicada en el sótano de la unidad, en donde labora un médico epidemiólogo, dos sanitaristas, 2 enfermeras generales, 11 enfermeras auxiliares, un promotor de estomatología, residentes de la especialidad de medicina familiar y personal de intendencia.

2.- TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal prospectivo

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Social

3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes usuarios con diagnóstico de HIV/SIDA, registrados en la lista del Servicio de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, el Rosario, para su seguimiento y control.

4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- De todas las edades
- Sexo femenino y masculino
- Que acepten partir en el estudio

5.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Entrevistas incompletas

6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA: No hay tamaño de muestra

7: MUESTREO: Serán todos los pacientes con HIV/SIDA, que en el momento de la recolección de datos estén captados y sean usuarios del servicio de Medicina Preventiva para su seguimiento y control en la UMF 33, el Rosario (No aleatorio).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizarán promedios y desviación estándar para variables cuantitativas, mediana y amplitud para las cualitativas. Cálculos de OR y pruebas de CHI cuadrada entre las variables, con un intervalo de confianza del 95% y nivel de significancia de $p < .05$.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio transversal descriptivo en pacientes con HIV/SIDA, que están registrados en la lista de control y seguimiento del servicio de medicina preventiva de la UMF No. 33, el Rosario, con la finalidad de identificar el grado de funcionalidad familiar que tienen.

Para evaluar este grado, se utilizara el instrumento de medición propuesto por el Dr. Víctor Chavez (1), que mide de forma integral a la familia desde un punto de vista bio-psico-social y dinámico. Dicho instrumento evalúa los siguientes ámbitos: 1) Ambito Social Familiar; compuesto por la ocupación e ingreso, la escolaridad, vivienda, acceso a servicios de salud, alimentación Recreación y cooperación comunitaria, cada uno de estos elementos tiene un valor de 30 puntos, sumando en total 290 punto los cuales serán clasificados como familia con depresión social cuando cuando reúnan de 0 – 120 puntos, familia socialmente marginada con puntaje de 121 – 170 y familia socialmente integrada con puntaje de 171 – 290. 2) Sociodinámica del Subsistema Conyugal: se califica en una escala de 0 – 100%, y esta conformado por: la comunicación con un valor de 30%, adjudicación y asunción de roles con valor de 15%, satisfacción sexual con 20%, afecto con 20% y expectativas con 15%, clasificándose de la siguiente manera:

con 0 – 40 punto pareja severamente disfuncional, 41 – 70 pareja moderadamente disfuncional y 71 – 100 con pareja funcional. 3) Sociodinámica del Substime Parental: calificado también en una escala de 0 – 100, y evalúa la comunicación con un valor de 30 puntos, el afecto con valor de 20 puntos, el cuidado con valor de 15 puntos, la educación con 20 puntos y la autoridad con 15 puntos, clasificándose de la siguiente forma: 0 – 40 subsistema severamente disfuncional, 41- 70 subsistema moderadamente disfuncional y 71 – 100 subsistema funcional. 4) Sociodinámica del Subsistema Fraternal: evalúa la función de comunicación, afecto, cooperación y recreación, entre hermanos a través de las respuestas; nunca ocasional y siempre. 5) Ambito Psicológico o Psicosocial; mide el área de ansiedad al que le da un valor de 40 puntos, autoestima con 30 puntos, sentimiento de culpa con 30 umbral a los síntomas con 30 y personalidad con 50, sumando en total 180 puntos que los clasifica en: 0 – 50 puntos perfil funcional y más de 50 puntos perfil disfuncional.

La aplicación del instrumento de medición será a través de una entrevista directa. Llevándose a cabo la recolección de datos de la siguientes forma:

Una vez identificado el paciente en el listado de registro que

lleva el servicio de medicina preventiva para el control y seguimiento de enfermos con HIV/SIDA, se procederá a localizarlos inicialmente por teléfono, para solicitarles una cita

en su domicilio o en la clínica, para que este acepte darla, se le dirá que es con la finalidad de hacerle un chequeo médico para evaluar su estado actual. Cuando se dé la cita, se iniciara la entrevista con un saludo, se le preguntara sobre su salud, como se siente de tal forma que el paciente sienta que nos interesamos en el, una vez terminado el examen médico, se abordará el tema de la importancia que tienen que se evalúe como se siente él y su familia desde el punto de vista psicosocial, es decir como están sus relaciones intra y extrafamiliares, para poder tener así, una evaluación integral de él y su núcleo familiar y si fuera necesario se le trataría de apoyar o se le buscaría ayuda especializada tanto para el como para su familia, para que les apoye u oriente, de que forma pueden mejorar o superar algún o algunos conflictos entre ellos, si es que los hubiera, permitiendo esto que lleven una mejor relación familiar. También se le explicará que la

identificación de esta problemática, será a través de la aplicación de una encuesta tanto a el como a su familia en donde únicamente deben contestar con una cruz en donde la respuesta sientan es la correcta. En caso de que el enfermo con HIV/SIDA sea un niño la entrevista se realizará con los padres exponiéndoles los mismo motivos para que den su autorización. Una vez que acepten participar en el estudio se procederá a realizar inicialmente el familiograma y posteriormente la aplicación de la encuesta, todo esto proceso puede ser llevado a cabo tanto en la clínico como en el domicilio del paciente, y va a ser de acuerdo a donde el paciente y/o su familia elija realizarla. Al termino de la aplicación de la encuesta, se le darán 5 minutos al paciente para que cuestione o aclare dudas que le hayan surgido. Al término de este tiempo, se le dará cita para comentar los resultados de su encuesta e indicarle los caminos a seguir. Los datos recolectados serán descargados en una base de base en el programa De base y posteriormente se realizará el análisis estadísticos en el programa de Epi6.

VARIABLES DE ESTUDIO

1.- DISFUNCIÓN FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la colección de fuerza negativas, que intervienen o influyen en el comportamiento de cada integrante de la familia dando como respuesta un mal funcionamiento familiar como unidad, e impide un adecuado desarrollo individual y familiar.

DEFINICIÓN OPERACIÓN: Se medirá a través del estudio integral que se aplique al individuo de estudio y su familia, propuesto por el Dr. Victor Chávez (). Este estudio integral esta compuesto por: 5 subsistemas: *Ámbito social familiar* , *Subsistema conyugal*, *sociodinámica del subsistema Parental*, *Sociodinámica del Subsistema Fraternal*, y *Ámbito Psicológico*. A cada uno de estos subsistemas se les dará una calificación arbitraria en una escala de 0 – 100, que va de menos a más, esto es: 50 puntos serán para el menor puntaje que obtenga cada uno de los ámbitos que se evaluarán, 75 puntos para el puntaje medio que obtenga cada uno de los ámbitos y 100 puntos para el máximo puntaje que obtenga cada uno de los ámbitos, de tal forma que para fines de este estudio se clasificara en:

Familia Funcional : con valor de 100 punto

Disfunción Familiar Moderada: con valor de

Disfunción Familiar Severa con valor de 50 puntos

ESCALA DE MEDICIÓN: ORDINAL.

2.- AMBITO SOCIAL FAMILIAR()

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el estilo e vida que cada una de las familias lleva dentro de la sociedad en que vive.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: se evalúa en una escala de 0 – 290 puntos, éste ámbito abarca siete aspectos de la familia que son:

I Ocupación e ingresos: que mide el trabajo y la capacitación e ingresos suficientes al que se le da un valor de 30 puntos

II Escolaridad: que mide:: la congruencia cronológica, rendimiento escolar un nivel de escolaridad con un valor de 30 puntos.

III Vivienda: que mide hacinamiento, servicios públicos, eliminación de basura, eliminación de excretas y fauna doméstica con valor de 30 puntos

IV Accesos a servicios de salud: que mide accesibilidad administrativa, geográfica y hábitos alimentarios con valor de 30 puntos.

V Alimentación: que mide suficiente cantidad, calidad y hábitos alimentarios con valor de 30 puntos.

VI Recreación: que mide si es continua, recreación y salud y deportes con valor de 30 puntos.

VII Cooperación comunitaria: que mide cooperación en comités, en proyectos, reconocimiento comunitario; también con valor de 30 puntos

Dando una sumatoria total de 290 puntos, los cuales se clasificarán de la siguiente forma:

DISF. FAM.

0 – 120 puntos se clasifica como Familia con Depresión social
= 50 p.

121 – 170 puntos es una Familia socialmente marginada
= 75 p.

171 – 290 puntos Es una Familia socialmente integrada
= 100p.

3.- EVALUACIÓN SOCIODINAMICO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Es la coalición entre ambos padres, elemento que es clave para el éxito del matrimonio, El grado de unidad y forma de conservarla varían al paso del tiempo. Los procesos referentes a la toma de decisiones o falta de ellos son importante, mismos que sufren cambios a medida que la familia recorre su ciclo vital. La adopción o consecución de papeles de satisfacción recíproca (los complementarios), es la clave de esta alianza.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se evalúa en una escala de 0 – 100, abarcando los siguientes aspectos:

- 1 Comunicación: su claridad, congruencia y forma de comunicarse con un valor total de 30 puntos
- 2 Adjudicación y asunción de roles: mide la congruencia, satisfacción flexibilidad, con valor de 15 puntos
- 3 Satisfacción Sexual: mide su frecuencia y satisfacción, con valor de 20 puntos

4 Afecto.- mide manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con valor de 20 puntos.

5 Expectativas: mide las presente y las pasadas, con valor de 15,

Que para fines de este estudio se clasificas en:

Disf. Familiar

0 – 40 Pareja Severamente disfuncional	= 50 p.
41 – 70 Pareja moderadamente disfuncional	= 75 p.
71 – 100 Pareja funcional	= 100 p.

4.- EVALUACIÓN SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la interacción padre hijo, basado en el énfasis del foco, sobre el padre, el hijo o padre hijo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se evaluará en una escala de 0 – 100 y comprende los siguientes aspectos:

I Comunicación: forma, tipo de comunicación y congruencia con valor de 30 puntos.

II Afecto: mide manifestaciones físicas, convivencia, interés en el desarrollo y percepción de sentimientos, con valor de 20 puntos.

III Cuidado: mide higiene personal, alimentación, vestido, salud, prevención de daños físicos, con valor de 15 puntos

IV Educación: mide escolaridad, normas familiares y sociales, apoyo, orientación y guía, con valores de 20 puntos

V Autoridad: mide el tipo de autoridad y tiene un valor de 15 puntos.

Que para fines de este estudio se clasificará en:

Disf. Familiar

0 – 40 Subsistema severamente disfuncional = 50 p.

41 – 70 Subsistema moderadamente disfuncional=75 p.

71 – 100 Subsistema funcional = 100 p.

5.- EVALUACIÓN DEL SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA FRATERO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la interrelación que se da entre hermanos. Su patología puede estar manifestada como rivalidad excesivamente destructiva, sobreidentificación entre hermanos o como coalición contra los padres.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se evalúa en una escala de 0 – 100, que comprende las siguientes áreas:

I Comunicación: que mide la forma en que se comunican y la congruencia con valor de 30 puntos.

II Afecto: mide manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo y percepción de sentimientos, con valor de 25 puntos.

III Cooperación: mide apoyo mutuo en juegos, apoyo mutuo en tareas cotidianas, con valor de 25 puntos.

IV Juego y Recreación: mide la forma de compartirla y calidad de recreación, con valor de 20 puntos

Que para fines de este estudio se clasificará en :

DISF. FAM.

0 – 40 puntos Subsistema Severamente disfuncional
= 50 p.

41 – 70 puntos Subsistema moderadamente Disfuncional
= 75 p.

71 – 100 puntos Subsistema Funcional
= 100 p.

ESCALA DE MEDICION: Ordinal

6.- EVALUACIÓN EN EL AMBITO PSICOLÓGICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el equilibrio entre los sentimientos, pensamientos y acciones del individuo con su núcleo familiar

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se medirá en una escala de 0 – 180 puntos, que reúne los siguientes aspectos:

I Ansiedad: mide su percepción, adaptación, control y descontrol, con un valor de 40 puntos.

II Autoestima: mide el tipo de autoestima (elevada, baja o pérdida), con valor de 30 puntos.

III Sentimientos de culpa: mide el tipo de culpa (introyectada, proyectada o asumida), con valor de 30 puntos.

IV Umbral a los síntomas: mide la identificación de causas, forma en que relaciona causas y síntomas y control de síntomas, con valor de 30 puntos.

V Personalidad: mide el tipo de personalidad (depresivo, ansioso, obsesivo, paranoide, neurótico), con valor de 50 puntos.

Que para fines de esta estudios se clasificará en:

Familia disfuncional

0 – 50 puntos Perfil funcional	= 50 p.
51 – 100 puntos perfil disfuncional moderado	= 75 p.
101 – 180 puntos severamente disfuncional	= 100 p.

ESCALA DE MEDICIÓN: Ordinal

7.- CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS PACIENTES CON HIV/SIDA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Son todas aquellas características que identifica al individuo que lo identifican como ser único.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se medirá con las siguientes características

- a) Edad: Es el número de años que en el momento del estudio tiene el paciente, se medirá en años cerrados. Escala de medición Intervalo.
- b) Sexo: Son las características fenotípicas que identifican al paciente; se medirá con: Sexo Masculino o Femenino. Escala de medición Nominal
- c) Ocupación: Es el tipo de trabajo que desempeña el paciente en el momento de la investigación. Se medirá con lo que refiere el paciente. Escala de medición Ordinal
- d) Estrato Socio Económico: Es el nivel de status social que ocupa dentro de la sociedad. Se medirá en: bueno, regular y malo, Escala de Medición Ordinal. Para esta evaluación se utilizara la clasificación de Bronffman y coll ()
- e) Lugar de donde Proviene o de Origen: Se medirá con el lugar que refiere el paciente en donde nació. Escala de medición Nominal.
- f) Tipo de Diagnóstico: Se medirá con lo que refiere el paciente: a) seropositivo, b) SIDA. Escala de medición nominal.
- g) Tiempo de diagnóstico: Se medirá con los años que refiera el paciente que tienen de diagnóstico. Escala de medición Intervalo.

RECURSOS:

MATERIALES: Se cuenta con la estructura física adecuada, para la investigación, computadora, lápices, papel, plumas, goma, impresoras, diskets flexibles.

HUMANOS: Se tienen a pacientes, investigador, asesor y personal que labora en el servicio de medicina preventiva.

FINANCIEROS: Ver anexo 2

ASPECTOS ETICOS: Esta investigación reúne los requisitos necesarios para la investigación en seres humanos, establecidos para la ley general de salud y sobre todo respeta la confidencialidad del paciente.

RECURSOS FINANCIEROS

PRESUPUESTO

PERSONAL

TIEMPO

COSTO

1 Médico familiar

1 Residente medicina familiar

CAMPO

1 Residente de medicina familiar

Viaticos

SUMINISTROS:

CONCEPTOS

CANTIDAD

COSTOS

Disco Flexibles 3.5 H:D:

5

\$ 40.00

Fotocopias

2000

500.00

Hojas tamaño carta

500

60.00

Varios

2000.00

RESULTADOS

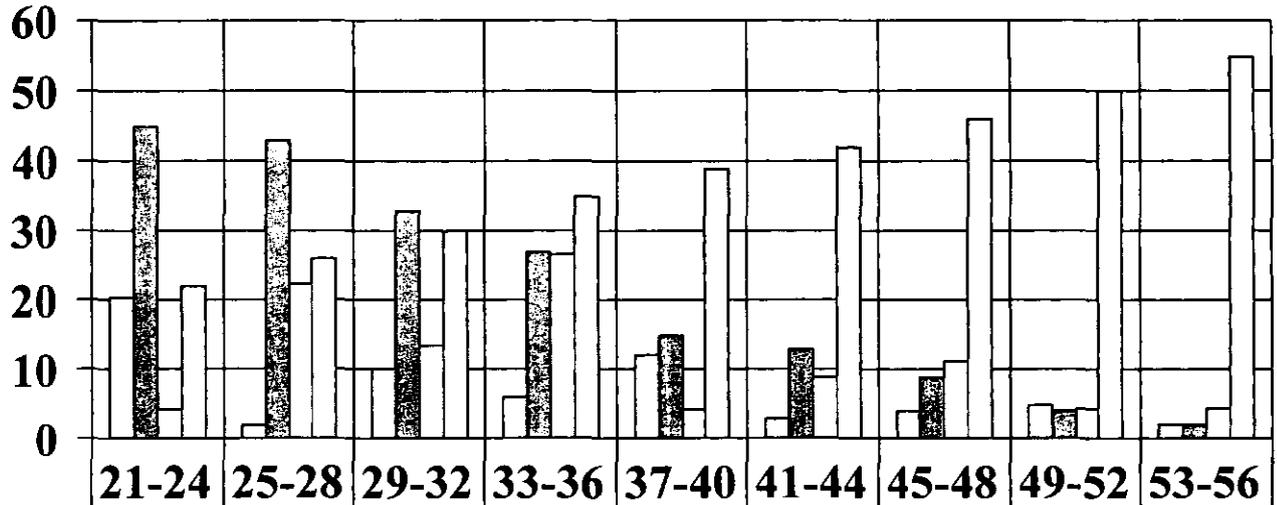
Se estudiaron a 45 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, los cuales fueron captados en el servicio de epidemiología de la Unidad de Medicina Familiar N. 33 y además en el Hospital General Regional N. 72 en el servicio de Psicología en el grupo de auto ayuda, de los cuales se encuentro que 44 (97.7%), (cuadro 1), de ellos fueron hombres y solamente una mujer (2.3%),

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculinos	44	97.7
Femeninos	1	2.3
Total.	45	100

Cuadro 1. Frecuencia y porcentajes de sexo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

Con respecto a la edad se encontraron pacientes de los 21 hasta los 56 años de edad (cuadro 2) con una media de 35.3 y una moda de 35 años, con una desviación estandar de 8.6 (grafica 2).

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por intervalo de edad de pacientes con VIH/SIDA.



□ EDAD	20.4	2	10	6	12	3	4	5	2
■ Fx A.	45	43	33	27	15	13	9	4	2
□ PORCENTAJE	4.4	22.2	13.3	26.6	4.4	8.8	11.1	4.4	4.4
□ % ACUM.	22	26	30	35	39	42	46	50	55

Con respecto a la preferencia sexual (cuadro 3) que presentan los pacientes se encuentra que gran mayoría de ellos tiene una preferencia bisexual con un total de 24 (53.33%) de los pacientes con 20 (44.44%) pacientes heterosexuales y solamente un paciente (2.22%) (gráfica 3), fue bisexual, dentro de la ocupación (cuadro 4), se encontró que la mayoría eran empleados 22 (48.88%), el nivel profesional con 16 (35.55%) los obreros solamente 5 pacientes (11.1%) y el hogar solamente 1 paciente que correspondió a la mujer (gráfica 4).

En la escolaridad (cuadro 5), el nivel preparatoria y el nivel licenciatura presentaron en mismo número de pacientes con 14 (31.1%) respectivamente, el nivel secundaria con 11 (24.4%) de pacientes y el nivel primaria con 6 (13.3%) de los pacientes, donde se observa que la mayoría de ellos pertenecen a un nivel escolar medio superior (gráfica 5).

PREFERENCIA	FX	PORCENTAJE.
Heterosexual	20	44.4%
Homosexual	24	53.3%
Bisexual	1	2.2%

Cuadro 3. Frecuencia y porcentaje de preferencia sexual en pacientes con VIH/SIDA.

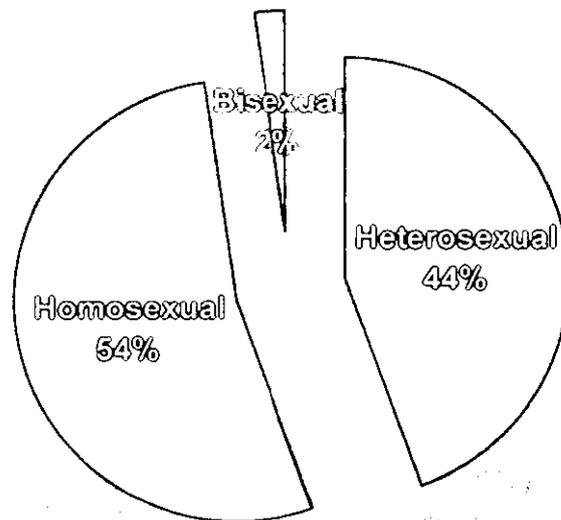
OCUPACION	Fx	PORCENTAJE
Empleado	22	48.8%
Obreros	5	11.1%
Profesionistas	16	35.5%
Hogar	1	2.2%

Cuadro 4. Frecuencia y porcentaje de la ocupación de los pacientes con VIH/SIDA.

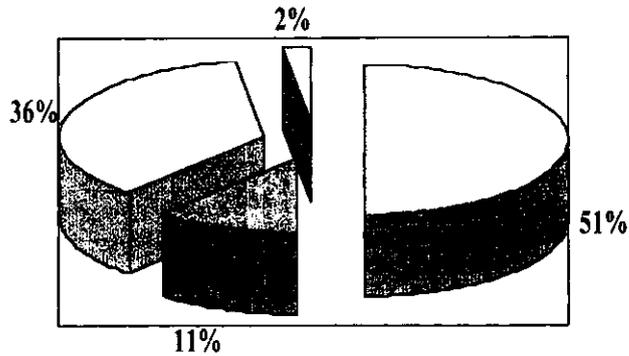
ESCOLARIDAD	FX	PORCENTAJE
PRIMA.	6	13.3
SEC	11	24.4
PREP.	14	31.1
LIC.	14	31.1
ESP.	0	0

Cuadro 5. Porcentaje y frecuencia de escolaridad de pacientes con VIH/SIDA.

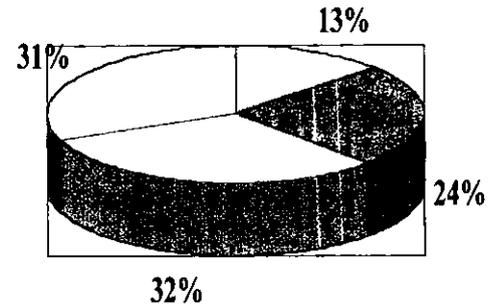
Grafica 3. Porcentajes de preferencias sexuales en pacientes con VIH/SIDA.



□ Empleados ▣ Obreros □ Profesionistas □ Hogar



Gráfica 5. Porcentaje de nivel escolar de pacientes con VIH/SIDA.



Gráfica 4 Porcentajes de ocupaciones en pacientes con VIH/SIDA. □ Primaria ▣ secundaria □ Preparatoria □ Licenciatura.

En la evaluación del ámbito social familiar, se encontró una diferencia significativa entre las diferentes áreas en las áreas de ocupación e ingresos, escolaridad, vivienda y accesos de servicios presentaron una puntuación regular en comparación con las áreas de alimentación, recreación y cooperación comunitaria donde sola algunas familias alcanzan una mínima puntuación lo que hace que estas familias caigan en una familia con depresión social en número de 6 (13.3%), familias socialmente marginadas un total de 29 (64.4%) y solamente 10 familias socialmente integradas (22.2%) (Cuadro 7)

En las familias de pacientes con VIH/SIDA que presentan problemas en el ámbito social se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa con una $P > 0.05$ entre las familias socialmente marginadas que en las familias con depresión social. Pero no diferencia estadísticamente significativa con el subsistema fraterno con $P > .05$.

AREA	FX	%
Familia con Depresión social.	6	13.3%
Familia Socialmente marginada	29	64.4%
Familia socialmente integrada	10	22.2%

Cuadro 7. Resultados de evaluación del ámbito social familiar.

En el ámbito psicológico se encontró que un porcentaje muy alto de pacientes presenta un perfil disfuncional Cuadro con un total de 40 pacientes entrevistados (88.8%), y sólo 5 pacientes presenta un perfil psicológico funcional (11.2%) dentro de este ámbito el área de la ansiedad fue la que más problemas presento, de los 40 pacientes con perfil disfuncional sumaron un promedio de 20 puntos, dentro del área de la estructura de la personalidad la mayoría de los pacientes presenta una personalidad depresiva, y ansiosa, en el área de la autoestima es la que menor afectada esta presentando un a puntuación promedio de 10 y menos, en el área de sentimientos y culpa presentan una puntuación promedio de 15 puntos por consiguiente presentan conflictos de culpa dentro de su responsabilidad ha cerca de sus acciones.

PERFIL	FX	PORCENTAJE
FUNCIONAL	5	11.2%
DISFUNCIONAL	40	88.8%

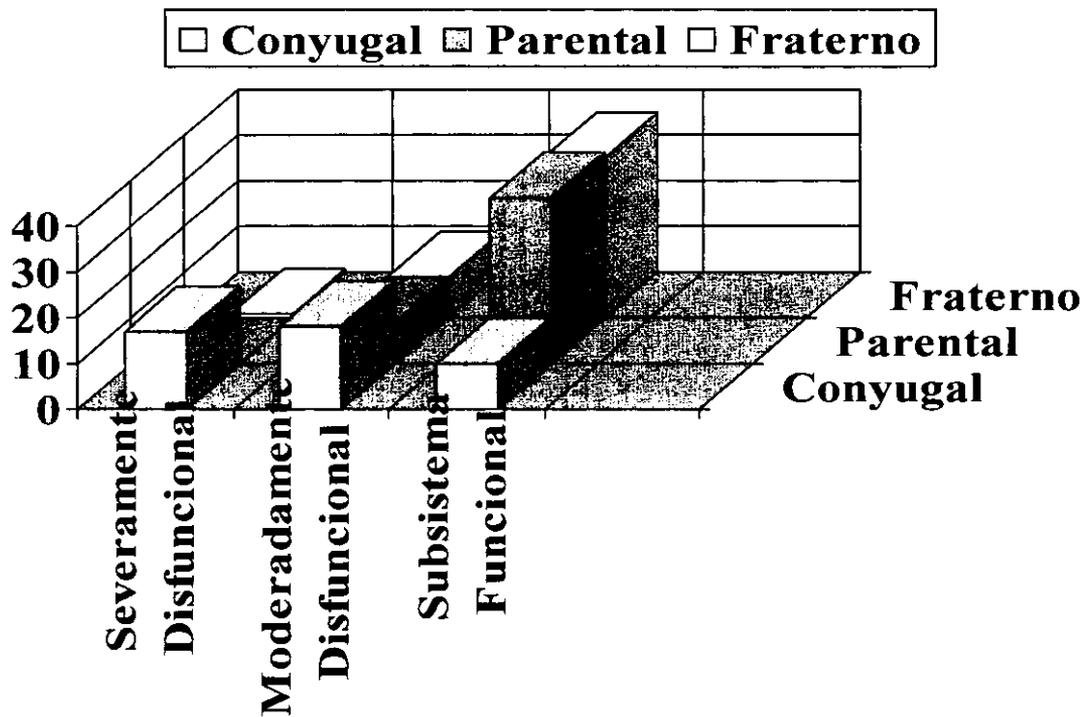
Cuadro 6. Frecuencia y porcentaje de pacientes con perfil psicológico disfuncional.

Dentro de los tres subsistemas familiares se encontraron que el más afectado fue el subsistema conyugal (cuadro 8) el cual presenta una diferencia estadísticamente significativa en familia severamente disfuncional con una $P > 0.05$, en comparación los demás subsistemas. (Gráfica 8).

	Severamente Disfuncional.	Moderadamente Disfuncional.	Subsistema Funcional.
Conyugal.	17	18	10
Parental.	0	9	36
Fraterno.	1	9	35

Cuadro 8. Número de familias de pacientes con VIH/SIDA, por subsistema en los grados funcionalidad y dedisfuncionalidad.

En el subsistema conyugal se presentaron 17 familias con disfunción familiar severa (37.7%), con disfuncion moderada 18 familias (40%) y tan solo 10 familias con susbsistema funcional (22.2%).



Gráfica 8. Frecuencia de disfunción en los subsistemas, conyugal, fraternal y parental.

En el subsistema Parenteral fue el que se encontro mas funcional con 36 familias(80%), y solo 9 familias con disfunción moderada (20%), sin presentarse disfunción severa.

En el subsistema fraterno 35 familias fueron funcionales (77.7%), 9 moderadamente disfuncionales (20%) y solamente 1 familia presento problemas de disfunción severa en este subsistema.

También se valoro el conocimiento de parte de las familias de origen a cerca de su sexualidad y acerca de la enfermedad donde se encontró que 14 (31.1%) de estos pacientes sus familias desconocían su enfermedad, los restantes pacientes algunas de estas familias se encuentran en crisis todavia por el conocimiento de la enfermedad. Solamente 5 (11.1%) familias no conocían la sexualidad de sus enfermos por lo que no fue significativo durante la investigación

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA.**

CONCLUSIONES.

Es evidente que los resultados del presente trabajo muestran la gran problemática que presentan los pacientes a los que se les diagnostica VIH/SIDA, tomando en cuenta que la mayoría de estos se encuentra en una etapa intermedia de su vida donde son más productivos lo que condiciona un poco de más problemas dentro de la familia por ser algunos de ellos los que proporcionan el ingreso a estas familias.

Se observó que uno de los subsistemas más afectados fue el conyugal, tomando sus reservas ya que por la variada preferencia sexual que presentan estos pacientes les es muy fácil cambiar frecuentemente de pareja, por consiguiente pueden ser estudiados de acuerdo a su preferencia sexual y su estado civil en ese momento ya que estas variables pueden cambiar la situación de la familia que se está estudiando.

Socialmente son pacientes con tendencias al aislamiento social por temores a ser estigmatizados por la sociedad con un poco de tendencia así la depresión social esto aunado a su

tendencia de perfil psicológico disfuncional, dejando una responsabilidad mayor al médico conociendo ya este perfil que inclusive puede llegar a depresión y por consiguiente al suicidio.

Debemos de tomar en cuenta que varios de estos pacientes: su familias de origen desconocen la enfermedad de ellos e inclusive su preferencia sexual lo que podría condicionar más disfuncionalidad familiar en los subsistemas parental y fraterno los cuales en esta investigación presentaron un bajo porcentaje.

Es importante que todo el equipo de salud en sus diferentes niveles, sea capaz de tratar, manejar y referir a estos pacientes, tener un mejor acercamiento no solo con ellos si no con toda la familia para brindar un mejor apoyo.

Esta investigación a pesar de ser pocos pacientes los que aceptaron dicho estudio de salud familiar, nos proporciona información importante dentro de la funcionalidad familiar para nuevas investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Velasco o. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev Med IMSS, México 1994;32 (3):271-5.
- 2.- Sánchez V, Vieyra AF, Peña RI. Patologías anorrecales en pacientes VIH positivo, estudio propsectivo. Rev Gastroenterol Mex 1998;63 (2):89-92.
- 3.- Magis RC, Bravo GE, Anaya LL, Uribe ZP, La situación del SIDA en México a finales de 1998. Enf Infecc y Microbiológicas 1998;18(6):236-44.
- 4.- Epidemiología y estadística del SIDA. CONACYDA. 1999
- 5.- Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Sistema único de información. Mex 2000 del 2 – 8 enero; 17 (1):20.
- 6.- Kumate J. Manual de infectología. Méndez Editores 1996, 14 edición:502-03.
- 7.- Zúñiga AJ. Epidemiología del VIH/SIDA en el Instituto Mexicano del Seguro Social Salud Comunitaria 1998; vol 2 (1):36-41
- 8.-Linton R. La historia natural de la familia. En: From E. La familia. Barcelona: Ediciones Península, 1978:5-29.
- 9.- Benedk T. Estructura emocional de la familia. En: From E. La familia. Barcelona: Ediciones Península, 1975:149 – 76.

- 10.- Leñero OL. El cambio crítico de la familia y su necesaria orientación e investigación. En: La familia ANUIS, México; 1976:108-135.
- 11.- Horwitz CN, Florenzano UR, Reingeling PI. Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam,1985;98 (2): 144 – 53.
- 12.- Escotto GE, Wall MC, Domínguez OJ. Etapas críticas de la familia. En: Alarid HJ. Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ediciones M.F.M., 1982:29-33.
- 13.- Chagoya BL. Dinamica familiar y patología. En Dulanto GE. La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México; Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México: 53-56.
- 14.- Velazco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico – terapéutico. Rev Med IMSS Mex 1994;32: 271 – 275.
- 15.- Infante CC. Bases para el estudio de la interacción familiares redes sociales-uso de servicios de salud. Salud Pública de México, 1988;30 (2); 175 – 95.
- 16.- Castro R. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA, a nivel familiar. Salud Pública de México. 1997;39 (1):32-43.
- 17.- Brofman.