

POLICLINICO DOCENTE "MARTA MARTINEZ". GÜINES

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

Dra. Marianelis Farray González¹, Lic. Norma Esther Álvarez Morales².

1. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Master en Enfermedades Infecciosas.
2. Licenciada en Psicología. Profesora Auxiliar

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico tipo caso-control, retrospectivo, con el objetivo de determinar el comportamiento de algunos factores psicosociales de las familias de pacientes con VIH/SIDA, en el periodo de septiembre del 2005 a diciembre del 2006, en Güines. Se partió del universo de 18 familias de pacientes VIH/SIDA vivos, para el grupo caso y para el grupo control, por cada familia caso se tomaron tres familias de forma aleatoria simple, para un total de 54 familias, cumpliendo con los criterios de selección. El análisis estadístico se realizó mediante la dócima X², la dócima de Duncan, y el Odds Ratio o Razón de Productos. En ambos grupos prevaleció la convivencia social adecuada y el ingreso económico familiar regular, la inadecuada cohesión familiar, la disfuncionabilidad familiar, así como la Percepción de riesgo inadecuada constituyeron riesgos relativos para la aparición del VIH/SIDA en las familias estudiadas.

Descriptores DeCS: **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; VIH; FAMILIA/psicología**

INTRODUCCIÓN

Aunque en los últimos 20 años ha parecido ser un enemigo bien conocido, solo ahora se está considerando el VIH-SIDA como lo que realmente es: una amenaza sin precedentes para la sociedad humana, cuyo impacto se dejará sentir durante generaciones.^{1,2}

Surgiendo como una enfermedad que compromete seriamente a la vida humana, desde su aparente comienzo preocupó no solo a los infectados o amenazados, sino también a toda la

sociedad; por lo que es una demostración muy clara de la articulación de lo biológico, lo político y lo psicosocial. Con ésta se restableció un tema que considerábamos olvidado, la enfermedad colectiva de tipo cataclísmica, la epidemia que amenazaba al mundo, imparable, sin soluciones terapéuticas y que se propagaba mediante la vida misma: la actividad sexual. ^{1,2}

La infección por VIH/SIDA, ha diferencia de muchas otras enfermedades, trasciende lo meramente individual para encadenarse con multiplicidad de consecuencias en variados niveles.^{3,4}

Por lo general, los modelos asumidos en diferentes países para promover cambios en el comportamiento sexual de las personas, se concentran en los individuos y no se ha prestado la necesaria atención al rol de la familia, la comunidad, los grupos sociales, así como el contexto económico, político y cultural en el cual se desenvuelven los individuos.⁵

En octubre del 2001 se aprobó el Plan Estratégico Nacional de Enfrentamiento a las ITS/VIH/SIDA para los años 2001-2006, el que, sin abandonar la atención a las personas diagnosticadas y a los comportamientos de riesgo, ha centrado su atención en los factores ambientales y sociales que influyen en dicho comportamiento y en la influencia que el medio social y familiar ejerce en las conductas, difíciles de modificar, que asumen muchas personas.⁵

El VIH/SIDA se encuentra revestido tanto a nivel social como individual, de una carga enorme de múltiples significados simbólicos. Esto hace que las familias se conviertan en un terreno abonado para el desarrollo de crisis que repercuten en sus miembros y en la sociedad; sin embargo, existen muy pocos estudios de naturaleza médica, psicológica o sociológica que hayan tomado como objeto las familias de los pacientes seropositivos. Por dicha razón nos motivamos a realizar esta investigación, con el objetivo de determinar en los grupos de estudio el comportamiento de los factores socioeconómicos seleccionados, así como establecer la relación existente entre la percepción de riesgo familiar, la cohesión familiar, y el funcionamiento familiar con el VIH/SIDA.

De ahí que nuestro problema de investigación es el siguiente: ¿Cuáles aspectos psicosociales de las familias constituyen riesgo relativo para contraer el VIH-SIDA?

Esta interrogante nos lleva a considerar la siguiente hipótesis:

Las familias con inadecuada percepción de riesgo, disfuncionales y con cohesión familiar inadecuada, constituyen un factor de riesgo para la aparición del VIH/SIDA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico tipo caso-control, retrospectivo, en el municipio de Güines en el periodo de septiembre del 2005 a diciembre del 2006. Se partió del universo de

familias de pacientes seropositivos o VIH/SIDA vivos diagnosticados desde 1986 hasta diciembre del 2006, las cuales integraron el grupo casos. Para conformar el grupo control, por cada familia de pacientes seropositivos o VIH/SIDA vivos se tomaron tres familias, en las cuales ninguno de sus miembros tenía una prueba VIH positiva, dicha selección se realizó de forma aleatoria simple, teniendo como criterio de selección, el lugar de residencia, es decir, que no difirieran de un intervalo mayor de 100 metros, correspondiendo a un área urbana o rural, respectivamente.

Participaron en la investigación un total de 18 familias para el grupo caso, y 54 familias para el grupo control, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión o exclusión para la selección.

Para la recogida de la información se utilizó la técnica del cuestionario, el cual se aplicó a los jefes del núcleo familiar o aquella persona mayor de 18 años con plena capacidad mental, de permanencia estable en el hogar y reconocidos en la familia por dictaminar normas y tomar decisiones ante las situaciones presentadas.

Las variables objeto de estudio fueron:

- Ingreso económico
 - Favorable: Aquellos que obtienen más de \$400.00 percápita.
 - Regular: Aquellos que obtienen entre los \$400.00 y \$200.00 percápita.
 - Malo: Aquellos que obtienen menos de \$200.00 percápita.
- Convivencia Social:

Buena:

- Cuando los miembros de la familia mantuvieran una respetuosa y cordial comunicación con la comunidad, no habiendo tenido intercambios agresivos (verbal y físico) con la misma, además de una comunicación abierta y sencilla en el centro laboral y educacional, así como sentirse aceptado por la comunidad.

Regular:

- Cuando los miembros de la familia mantuvieran una comunicación respetuosa con la comunidad, pero que en ocasiones hayan tenido intercambios verbales agresivos con sus vecinos, y no se sintieran aceptados por todos en la misma y mantuvieran una comunicación abierta en el centro laboral y educacional.

Mala:

- Cuando los miembros de la familia mantuvieran una comunicación irrespetuosa con la

comunidad, existiendo intercambios agresivos (físicos y verbales) con sus vecinos, por lo que son rechazados por los mismos, no teniendo una interrelación adecuada con sus compañeros de trabajo o de estudio.

Atendiendo a la cohesión familiar; también denominada interrelación psicológica entre sus miembros, se clasifican en:

Familia con cohesión adecuada o cohesionada: Cuando las familias funcionan teniendo los límites claros (frontera psicológica entre las personas que permite conservar su espacio vital) de manera tal que no se limita su independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder así promover el desarrollo de todos sus miembros, existiendo unión entre los mismos, generándose sentimientos de pertenencia y felicidad.

Familias con cohesión inadecuada: Donde encontramos los estadios siguientes:

- Familia amalgamada: Cuando en las familias existe una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros, limitando la superación y realización individual no permitiendo su desarrollo individual.
- Familia desarticulada: Cuando la familia solo se reúne ante eventos vitales, la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tiende a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.
- Funcionamiento familiar: como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y que se evaluó a través del Test FF-SIL.
- Percepción de riesgo familiar: Es la valoración que hace la familia de las probabilidades de contraer por parte de algunos de sus miembros una infección por VIH, y se clasificó en:
 - Adecuada: Cuando la familia manifiesta que cualquiera de sus miembros son sensibles o vulnerables de adquirir el VIH/SIDA.
 - Inadecuada: Cuando la familia no considera que sus miembros sean vulnerables a contraer el VIH/SIDA.

Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) para el procesamiento de la información. El análisis estadístico de los porcentajes se realizó usando la tabla de contingencia a través de la dócima χ^2 .⁶ En las tablas donde se combinan varios factores la significación dentro de la tabla se refiere a la interacción entre los factores.

En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación Múltiple de Duncan.⁷ También fue empleado el Odds Ratio o Razón de Productos Cruzados.⁸

RESULTADOS

Tabla 1 Distribución atendiendo al ingreso económico familiar.

Ingreso económico familiar	Grupo Caso		Grupo control	
	No	%	No	%
Bueno	3	16.7	17	31.5
Regular	9	50.0	28	51.9
Malo	6	33.3	9	16.7
	NS			
	EE=±11.1		EE=±6.4	
	18	100.0	54	100.0

En la tabla 1 se distribuyen los grupos atendiendo al ingreso económico familiar, en el grupo caso hubo 9 familias con percápita familiar regular, para un 50.0%, seguido de 6 familias con percápita familiar malo y 3 con percápita familiar bueno, para un 33.3% y 16.7%, respectivamente. Por su parte en el grupo control hubo 28 familias con percápita familiar regular, para un 51.9%, seguido de 17 familias con percápita familiar bueno y 9 con percápita familiar malo, para un 31.5% y 16.7%, respectivamente. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas,

Tabla 2 Distribución atendiendo a convivencia social.

Convivencia social	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Buena	13	72.2	44	81.5
Regular	3	16.7	8	14.8
Mala	2	11.1	2	3.7
	NS			
	EE=±11.1		EE=±6.4	
Total	18	100,0	54	100,0

La tabla 2 muestra la distribución atendiendo a convivencia social de las familias estudiadas. Se observó que en ambos grupos predominó la convivencia social buena, para un 72.2%(13 casos) en el grupo caso, y 81.5%(44 casos) en el grupo control. Estadísticamente no existieron diferencias significativas en los grupos de estudio.

Tabla 3. Relación existente entre Cohesión familiar y el VIH/SIDA.

Cohesión familiar	Grupo Caso		Grupo control	
	No	%	No	%
Cohesión adecuada	3	16.7c	31	57.4ab
Cohesión inadecuada	15	83.3a	23	42.6bc
	**			
	EE=±11.8		EE=±6.8	
	18	100.0	54	100.0

En la tabla 3 se evidencia la relación entre la cohesión familiar y el VIH/SIDA. Se agruparon en familias con cohesión adecuada o cohesionadas y familias con cohesión inadecuada, en estas últimas se incluyeron las familias amalgamadas y las desarticuladas, se apreció un predominio de las familias con cohesión inadecuada para el grupo caso, con 15 casos (83.3%); mientras que en el grupo control predominaron las familias con cohesión adecuada, para un 57.4% (31 casos). Se encontraron diferencias significativas con los métodos de X² y Duncan, respectivamente, por lo que se aplicó el método de Odd Ration o Razón de productos cruzados, dando como resultado que las familias con cohesión inadecuada constituyen un riesgo relativo que hace más susceptibles a sus miembros de poder contraer una ITS como es el VIH/SIDA.

Tabla 4. Relación existente entre funcionamiento familiar y el VIH/SIDA.

Funcionamiento familiar	Grupo Caso		Grupo control	
	No	%	No	%
Familia funcional	7	38,9bc	41	75,9a
Familia disfuncional	11	61,1ab	13	24,1c
	**			
	EE=±11.8		EE=±6.8	
	18	100.0	54	100.0

La tabla 4 evidencia la relación entre el funcionamiento familiar y el VIH/SIDA. Se agruparon las familias funcionales y moderadamente funcionales, como funcionales, y como disfuncionales, las disfuncionales y severamente disfuncionales. En el grupo caso hubo 11 familias disfuncionales, para un 61.1%, y 7 familias funcionales, para un 38.9%. Por su parte, en el grupo control funcionales 41 familias, para un 75.9%, y 13 familias disfuncionales, para un 24.1%. Se aplicó el método de Odd Ration o razón de productos cruzados, donde se apreció que el funcionamiento familiar es un riesgo relativo para contraer el VIH/SIDA.

Tabla 5. Relación existente entre percepción de riesgo y el VIH/SIDA.

Percepción de riesgo	Grupo Caso		Grupo control	
	No	%	No	%
Adecuada	5	27.8c	31	57.4b
Inadecuada	13	72.2a	23	42.6b
	**			
	EE=±11.8		EE=±6.8	
	18	100.0	54	100.0

En la tabla 5 se observa la percepción de riesgo de la enfermedad en las familias estudiadas. Predominaron en los pacientes VIH/SIDA las familias con percepción de riesgo inadecuada, con 13 casos (72.2%), y 5 casos (27.8%) con percepción de riesgo adecuada. Mientras que en el grupo control 31 familias presentaron percepción de riesgo adecuada, para un 57.4%, y el 42% (23casos), correspondieron a familias con percepción de riesgo inadecuada. Desde el punto de vista estadístico en el grupo caso hubo diferencias significativas al aplicar los métodos de X² y Duncan, puesto que predominó la percepción de riesgo inadecuada sobre la adecuada, sin embargo en el grupo control, la distribución entre adecuada e inadecuada fue mas homogénea. Luego de aplicar el Odd Ration se evidenció que existe relación entre la percepción de riesgo y el VIH/SIDA; encontrándose que la percepción de riesgo inadecuada es un riesgo atribuible para contraer el VIH/SIDA.

DISCUSIÓN

Se encontró que en el grupo caso, casi la totalidad de las familias se distribuyeron entre percápita familiar regular y malo, mientras que en el grupo control casi la totalidad de las familias percibieron un percápita familiar regular y bueno. Estos resultados coinciden con estudios nacionales realizados, Ejemplo, la Dra. Ortiz Gómez en el Policlínico Docente "Doctor Manuel Fajardo Rivero" del municipio de Jaimanitas. ⁹ Sin embargo, difiere de otras investigaciones nacionales e internacionales donde se concluye que las necesidades económicas de los hogares son factores que contribuyen al establecimiento de modelos de comportamiento sexual que atentan contra la salud de sus miembros. ¹⁰⁻¹²

Con relación a la convivencia social, quedó claramente establecido el predominio de la convivencia social buena sobre la regular y la mala en las familias estudiadas, lo que pudiera estar dado porque aún cuando las familias mantienen dificultades en cuanto a la comunicación entre sus miembros, esto no se hace extensivo al marco social. Nuestros resultados difieren con estudios realizados por el Sanatorio de Santiago de las Vegas. ⁵

Se demostró que la mayoría de las familias de los pacientes VIH/SIDA, establecían relaciones inadecuadas entre sus miembros, dadas por conductas de sobreprotección y limitación en el desarrollo individual de sus integrantes o familias que solo se relacionaban ante el surgimiento de crisis paranormativas graves, limitando el espacio de intercambio, afectándose los vínculos cercanos de intimidad, no estableciéndose una comunicación abierta, clara y directa dentro de las familias de aspectos tales como la sexualidad, partiendo de que los seres humanos somos seres sexuados, que necesitamos una educación sexual desde la niñez, en la cual la familia juega un papel primordial, una adecuada educación sexual favorecería la futura adopción de conductas sexuales responsables, con vistas a una salud sexual plena. Estos resultados coinciden con estudios desarrollados por el Centro Provincial de Prevención de Sida en Pinar del Río.⁹

Las familias funcionales al ser capaces de vivenciar y demostrar emociones positivas entre sus miembros, donde cada uno cumple con las responsabilidades y funciones que le son conferidas por el medio familiar, existiendo unidad para enfrentar las diferentes situaciones, con equilibrio entre las necesidades individuales y las familiares, facilita que sean capaces de tener una comunicación clara y directa, transmitiendo sus experiencias y educando a sus hijos desde el punto de vista sexual; mientras que las familias disfuncionales no cumplen con las funciones afectivas, no expresan libremente sus sentimientos, no lográndose establecer una comunicación abierta entre sus integrantes, lo cual genera una relación de hostilidad con afrontamiento inadecuado a las crisis, incumpléndose con las funciones económicas, espirituales, culturales y educativas; por lo tanto falla la estabilidad que la familia les debe proporcionar, como primer agente de sociabilización de la personalidad, y como parte de ella de la sexualidad, además de su papel en la formación de valores, convicciones y normas de comportamiento, concepciones y actitudes sexuales; en este grupo de pertenencia donde las niñas y los niños, desde las más tiernas edades, deben apropiarse de los modelos de conducta relativos a la feminidad y masculinidad, a partir de los cuales construyen su identidad y el rol de géneros, procesos esenciales para el desarrollo de su sexualidad. Nuestros resultados coinciden con estudios realizados anteriormente por ejemplo, en el Sanatorio de Santiago de las Vegas.⁵ Nos llamó a la reflexión al analizar el grupo control el hecho, que el 42% de las familias tenían una percepción de riesgo inadecuada, lo cual nos hace pensar que aún cuando la voluntad del estado cubano ha estado encaminada a realizar una labor educativa con vistas a sensibilizar a las familias con relación al VIH/SIDA, los miembros de la familia, sexualmente activos, siguen pensando que no son vulnerables a contraer esta enfermedad. De ahí que la percepción de riesgo es un eslabón primordial en la lucha contra el VIH/SIDA. En la literatura consultada se recogen varios estudios nacionales e internacionales, que determinan la percepción de riesgo al VIH/SIDA en grupos vulnerables e incluso se aborda dicha variable en pacientes ya diagnosticados como seropositivos, concluyendo con resultados similares a los nuestros,^{5,13,14} sin embargo, no se recogen estudios que aborden el tema en el contexto familiar.

En conclusión se puede afirmar: que en cuanto a las variables socioeconómicas, se encontró una convivencia social adecuada, así como el ingreso económico familiar regular en los grupos estudiados, quedando demostrado además que las familias con inadecuada percepción de riesgo, disfuncionales y con cohesión familiar inadecuada constituyen un factor de riesgo relativo para la

aparición del VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Imágenes de la epidemia. Ginebra: OMS; 1997.
2. Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). Plan estratégico de prevención del VIH/SIDA hasta 2005. Washington: OMS; 2001.
3. Larrua Rodríguez L, Rabassa Olazábal Y, Lado Rodríguez G, González Pérez S. Algunos aspectos sociales en la epidemia de la infección por VIH. *Rev Humanidades Médicas* 2006; 6(18): 37-9.
4. Familia-Salud: posible medicina contra el SIDA (en línea). Disponible en: www.celmex.com.mx Acceso: 29/enero/2006.
5. Rosabal Socorrás A. Algunos factores sociales asociados a la epidemia del Sida en Cuba. *Sexología y Sociedad*. 2005; 29(12):24-27
6. Steerl R G, Torrie I H. Bioestadística principios y procedimientos. México: Mac Crac Iberoamericana; 1988.
7. Duncan D B. Multiple range and multiple F test. *Biometrics*. 1995; 11(1): 4-5.
8. Di Rienzo J, Balzarini M, Casanoves F, González L, Tablada M. *InfoStat: software estadístico*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2001.
9. Ortiz Gómez MT, Louro Bernal I, Jiménez Cangas I, Silva Ayzaguer LC. La salud familiar: caracterización en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (3): 203-9.
10. Rodríguez Corrales L. Vivir con VIH/SIDA: un reto para las mujeres. *Sexología y Sociedad*. 2005; 11(28):15-20
11. Ovies Carballo G, Santana Pérez F, Verdeja Varela O, Fleitas Ruiz R. Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de Ciudad de la Habana: ideales y realidad. *Sexología y Sociedad*. 2005; 11(28): 34-5.
12. Contreras A. Aspectos sociales del síndrome de inmunodeficiencia humana. México: Universitaria; 1999.
13. Arrue Hernández MI. ¿Cómo demuestro que te amo?. Ciudad de La Habana: CENESEX; 2005 (Salud Sexual)
14. Cruz González D, Badillo Cordero E, Amador Miranda R, Hernández Cartagena M, Serrano García R. La percepción de riesgo y el VIH/SIDA: su relación con las conductas sexuales de un grupo de mujeres puertorriqueñas. San Juan: Cultural; 1996.

SUMMARY

A retrospective, observational, analytical, case-control study was performed, with the objective of determining the behavior of some psychosocial factors in families of patients with HIV/AIDS, in the period between September 2005 to December 2006, in Güines. It was started from the universe of 18 families with HIV/AIDS patients alive, for the group case and for the group control, for each family case ita was taken three families in a simple aleatory way, for a total of

54 families, fulfilling the selection approaches. The statistical analysis was carried out by means of the docima X2, Duncan's Docima, and the Odds Ratio or Reason of Products. In both groups prevailed an appropriate social coexistence and a regular financial income, an inadequate family cohesion, family dysfunctionality, as well as an inadequate risk perception, constituted relative risks for the appearance of the HIV/AIDS in the studied families.

Subjects headings: **ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; HIV; FAMILY/psychology;**

Dra. Marianelis Farray González.

E-mail: marianelys@infomed.sld.cu