



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“Comparación de la Funcionalidad Familiar y Depresión en
pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital
General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8 San
Ángel”**

T E S I S
**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. BERTHA MOEDANO JIMENEZ

ASESORES:
DR. JOSE MARIA IRIS AGUILAR
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DRA. DANEA LIZBETH ZUÑIGA MORONES

CD. DE MEXICO, D. F.
No. DE REGISTRO:
MEDICINA FAMILIAR.



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.

“Comparación de la Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8 San Ángel”

AUTORES: Dra. Bertha Moedano Jiménez y cols.

OBJETIVO: Comparar función familiar e Identificar depresión en pacientes con SIDA y dos grupos controles.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Transversal, Analítico. Criterios de inclusión: Pacientes con SIDA, Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles e individuos sanos, ambos sexos, edades de 18 a 50 años, adscritos a la unidad. Criterios de exclusión: Pacientes que no deseen participar; sin derechohabiencia; contesten de forma incompleta. Tamaño de la muestra: 23 pacientes con SIDA, 23 con enfermedades crónicas no transmisibles, 23 individuos sanos. Variables: Edad, sexo, estado civil, orientación sexual, escolaridad, tipo de familia, SIDA, Disfunción Familiar, Depresión. Se utilizó APGAR FAMILIAR para Funcionalidad Familiar y Test de Zung Depresión.

RESULTADOS: Se estudió 23 pacientes con SIDA, 20 (86.9%) registraron funcionalidad familiar normal y 8 (34.8%) con no depresión.

Se estudió 23 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, 21 (91.3%) registraron función familiar normal y 6 (26%) con no depresión.

Se estudió 23 individuos sanos registrando 100% funcionalidad familiar normal y 15 (65.2%) con no depresión.

CONCLUSIONES: Se encontró disfuncionalidad familiar en pacientes con SIDA 3 (13.04%), en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles 2 (8.69%) y en individuos sanos no se encontró disfunción familiar. Se detectó depresión 15 (65.21%) en pacientes con SIDA, 17 (73.91%) en pacientes crónicos y 8 (34.78%) individuos sanos.

PALABRAS CLAVE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR, DEPRESION, SIDA.

“Comparación de la Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8 San Ángel”

AUTORIZACIONES

DR.FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 “DR.GILBERTO
FLORES IZQUIERDO.”

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
ENCARGADO DE COORDINACION CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
“DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

ASESOR CLINICO

DR. JOSE MARIA IRIS AGUILAR

CARDIOLOGO Y PROFESOR EN INVESTIGACION DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.8 "DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO."

ASESORA CLINICA

DRA. DANEA LIZBETH ZUÑIGA MORONES

MEDICO FAMILIAR. JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.8 "DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO."

ASESOR EXPERIMENTAL

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

MEDICO FAMILIAR. ENCARGADO DE COORDINACION
CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.8 "DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO."

DEDICATORIAS

A MIS HIJOS

A MI ESPOSO

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS MAESTROS

A MIS ASESORES

A MIS AMIGOS

A MIS PACIENTES

GRACIAS

INDICE

pág.

ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACION.....	22
OBJETIVOS.....	23
HIPOTESIS.....	24
MATERIALES Y METODOS.....	25
TIPO DE ESTUDIO.....	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	26
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	27
MUESTRA.....	28
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	29
VARIABLES.....	30
DISEÑO ESTADISTICO.....	35
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	36
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	39
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	40
CRONOGRAMA.....	41
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO...	43
CONSIDERACIONES ETICAS.....	44
RESULTADOS.....	49
CONCLUSIONES.....	59
DISCUSION.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXOS.....	65

ANTECEDENTES.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física, ya que ahora se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. (1)

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

En el verano de 1981, cuando un reporte de los Estados Unidos de Norteamérica sorprende al mundo médico al reportar un número inesperado de casos de Sarcoma de Kaposi y neumonías por *Pneumocistis carinii*, en sujetos jóvenes de diversos grupos étnicos, previamente sanos, detrás de los cuales existía un cuadro de inmunodeficiencia severa adquirida e irreversible que deterioraba en forma inexorable al aparato inmunológico de los sujetos afectados. (2)

Montagnier y colaboradores fueron los primeros que en 1983 aislaron el virus que ahora se llama VIH-1 (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). En 1986 otro retrovirus fue aislado el VIH-2 se detectó en el oeste de África, donde es endémico, en pacientes con sintomatología similar al SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana). Con posterioridad aparecieron casos en Francia y Portugal, y más tarde en Estados Unidos de América y Holanda, habiendo sido reportados desde las zonas endémicas (3,4)

El agente causal de esta enfermedad es un retrovirus perteneciente a la familia de los lentivirus cuya característica principal es la de tener una enzima llamada transcriptasa reversa, cuya acción es el desafío al dogma central de la biología molecular, dado que interviene el proceso del flujo de la información genética. (5)

La clasificación actual de 1993, (6) del VIH han realizado definiciones ampliadas de vigilancia del SIDA de adolescentes y adultos, considerándose

a pacientes con SIDA a los que pertenecer a las categorías A3, B3, C1, C2 y C3

El VIH puede ser la causa de un amplio espectro de entidades clínicas, que van de una infección aguda a un estado asintomático y a una inmunodeficiencia grave con infecciones crónicas. Se ha utilizado el término SIDA para describir las manifestaciones más graves, en especial las infecciones oportunistas y los tumores asociados a la inmunodeficiencia. (7)

La lucha contra el VIH/SIDA en México se sustenta en el fortalecimiento de las políticas de prevención, que incluyen la educación sexual, los métodos para evitar el contagio, como el uso del condón, el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento.

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 23%, en trabajadoras del sexo es de 2% y en usuarios de drogas inyectables de 6%, contra sólo 0.3% en la población general adulta.

Es muy posible que la mortalidad por esta causa se contenga en el mediano plazo en nuestro país como resultado del desarrollo de nuevos antirretrovirales y el incremento del acceso a ellos.

En México, desde 2003, todos los pacientes con VIH/SIDA tienen acceso gratuito a estos medicamentos.

Es importante, sin embargo, no bajar la guardia y fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus. La principal vía de transmisión en México es la sexual; por esta razón es fundamental seguir promoviendo las prácticas preventivas, incluyendo el uso del condón, y combatir el estigma y la discriminación asociados a esta infección y este padecimiento. El objetivo final de estas estrategias es disminuir la transmisión del VIH en los grupos más vulnerables y evitar que se extienda a la población general. La infección afecta a la población sobre todo joven con mayor transmisión la vía sexual, la parenteral y la materno-fetal. Tiene una alta letalidad. Sin embargo la intervención médica temprana aumenta la población de linfocitos CD4 y los pacientes viven mejor. La atención médica de estos pacientes consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales, medicamentos para prevenir infecciones oportunistas, vacunas y apoyo psicoemocional integral. (8)

De acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer hoy en la Situación de la epidemia de SIDA 2006 del ONUSIDA/OMS, se estima que actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas. En 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (65%) correspondieron a África subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa oriental y Asia central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50% desde 2004. En 2006, 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA.

Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir.

En América del Norte y Europa occidental, a menudo los programas de prevención del VIH no se han sostenido y el número de nuevas infecciones se ha mantenido invariable. Del mismo modo, tan sólo en unos pocos países de ingresos bajos y medianos se han reducido verdaderamente las nuevas infecciones. Y en algunos países en los que anteriormente se habían obtenido resultados satisfactorios en la reducción de nuevas infecciones, como es el caso de Uganda, se ha frenado el ritmo de tales avances o incluso están aumentando las tasas de infección. (9)

Personas viviendo con VIH en México

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1 %.

La epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia media del 15%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH (2009), de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales.

El 5% correspondió a hombres heterosexuales y el 3% a trabajadoras y trabajadores sexuales. Finalmente, las personas privadas de su libertad (2%) y los usuarios de drogas inyectadas (1%) aportaron las proporciones restantes del total de personas que viven con VIH en México.

La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

Finalmente, ¿cuál es la relación que existe entre las 220 mil personas que viven con VIH en nuestro país y los servicios de salud en materia de VIH/SIDA?

El 27% se encuentra recibiendo terapia ARV, en alguna de las instituciones de salud del país o en la medicina privada; un 14% han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar el tratamiento ARV. Sin embargo, el 59% restante son personas que se encuentran infectadas por el VIH, pero que ellas lo desconocen.

Casos de SIDA

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede ubicarse en 1981.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1. La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia del SIDA en México. Dicha razón disminuyó de 10.8 en 1985, hasta 3.6 en el 2008 y aumentó a 4.0 para el 2009.

El grupo de 25 a 34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35 a 49 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25 a 44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA.

La epidemia del SIDA en hombres adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada a la transmisión sexual, ya sea en hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Aunque en los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyeron los casos de SIDA en donde la categoría de transmisión es desconocida (en uno de cada tres casos no se registró la categoría de transmisión).

Sin embargo, también puede observarse una tendencia ascendente, en los últimos años, en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas (como categoría única o asociada a hombres que tiene sexo con hombres) ocupan porcentajes marginales

La epidemia del SIDA en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa más del 99% del total de casos registrados en el 2009, en tanto que los casos de SIDA en usuarias de drogas inyectadas ocupan menos del 1%.

Al igual que la epidemia en hombres, los casos de SIDA en mujeres asociados a la transfusión sanguínea, que llegaron a representar más del 80% de los casos al inicio de la epidemia, también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia. (10)

Actualmente esta creciente epidemia en México ha ocasionado un incremento de la demanda de los servicios de salud principalmente de tipo gubernamental, la causa de que la mayoría de los pacientes afectados no

cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir con las necesidades terapéuticas, las cuales afectan importantemente en la estabilidad económica de los pacientes, que en ocasiones no les es posible solventarlo llevándolos a una interrupción del tratamiento.

Por suerte actualmente en el país se cuenta con asociaciones civiles las cuales retoman el lado humano del paciente portador de VIH/SIDA, así como de su familia, los cuales influyen directamente en el bienestar del paciente y en su calidad de vida. (11)

El efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente.

Ya que cada una de las partes del sistema familiar está relacionada de tal modo que un cambio en una de ellas, provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, es decir, la familia es considerado un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le pasa a uno afecta al otro y viceversa. Por lo tanto, se contempla el todo y sus partes, así como sus conexiones entre las partes, y se estudia el todo para poder comprender las partes. (12)

Además hay que considerar que, cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte experimenta con frecuencia angustia, impotencia y depresión, por lo que es necesario también conocer las etapas de duelo y de aceptación de la enfermedad ya descritas en la literatura mundial. (13)

Etapas de aceptación de la enfermedad según Kubler –Ross, (1969):

La primera etapa es la negación; es un rechazo ante el diagnóstico con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad.

La segunda etapa; es de enojo e ira, sentimientos de coraje por algo que regularmente se desplaza hacia algún miembro de la familia o alguna otra persona.

La tercera etapa es el regateo o pacto todos o algunos miembros de la familia prometen “algo” muy significativo, a cambio de obtener la curación.

La cuarta etapa requiere que el paciente y su familia se dan cuenta de que el regateo no mejora la enfermedad por lo que caen en depresión y se explica el estado de ánimo por:

La carga emocional y económica que el paciente siente que puede llegar a ser para la familia.

El duelo anticipado por la separación de sus seres queridos (rechazo).

La quinta fase es la resignación; se da al término de la etapa previa, lo cual posibilita la aceptación de la enfermedad iniciando el proceso día por día.

La aparición de una enfermedad crónica puede compararse con la aparición de un nuevo integrante; así se origina un periodo de acercamiento entre sus miembros. (14)

La adaptación familiar a la enfermedad crónica puede seguir uno de 2 cursos:

Cuando las familias son flexibles y las reglas permiten expresar a sus miembros emociones, la adaptación familiar es eficaz y continúa funcionando efectivamente (flexibilidad de los roles)

Cuando la adaptación es ineficaz; las reglas familiares y los roles son rígidos, no se permite la expresión de emociones.

La epidemia de SIDA ha generado también reacciones de rechazo a diferentes estilos de vida, producto en muchos casos del miedo infundado al contagio. Todo esto se ha manifestado en actos de discriminación como la negación de servicios médicos, los despidos laborales injustificados y la estigmatización de personas. (15)

Con base en resoluciones que se vienen aprobando desde 1989, en el año 1996 se acordaron en el seno de la ONU las directrices y obligaciones que deben asumir los estados para, en el contexto del VIH/SIDA, proteger de las violaciones a los derechos humanos a los sectores más vulnerables, todo lo cual determinó la creación de indicadores que miden estas problemáticas. (16)

Toda vez que el SIDA es una enfermedad que genera diversas formas de sufrimiento y dolor tanto entre quienes la padecen como entre quienes les rodean, el estudio sistemático de ambos tipos de reacciones sociales ante el padecimiento es de fundamental importancia desde la perspectiva de la salud pública. (17)

Aunque el término de Familia se ha definido de diferentes formas el grupo formado por marido, mujer e hijos siguen siendo la unidad básica de la

cultura de occidente, conservando aun la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles un apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando un valor primario dentro de la sociedad. (18)

Con el término “SALUD FAMILIAR” nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influyen en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia enferma, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de FAMILIA DISFUNCIONAL. Decimos que una familia es normo funcional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a las etapas del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno.

Entre los elementos que afectan a la Dinámica Familiar conviene destacar dos para su importancia. En primer lugar los cambios obligados que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital y en un segundo lugar la presentación de acontecimientos vitales estresantes. Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, esto es, ve afectado su funcionamiento y alterado sus roles, lo que impide resolver el problema; la llegada de apoyo efectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo a las necesidades que precise cada caso, la llevara tras una fase de adaptación a un funcionamiento equilibrado. Cuando los apoyos sean inadecuados o insuficientes se mantendrá la crisis y para salir de ella tendrá que recurrir a recursos extra familiares. Su importancia dependerá, en parte de la calidad y extensión de su red social. Entre estos merecen especial mención los servicios sanitarios, sobre todo el médico de familia, el que debemos considerar como un importante recurso extra familiar. Si estos apoyos extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y normalidad. Por el contrario si los recursos son insuficientes se pasara a una fase de inadaptación, que obligara a poner en marcha mecanismos de defensa que colocaran a la familia, en un equilibrio patológico o disfuncional y se llagara a casos límite a la ruptura familiar. (18)

En diversas fuentes se ha documentado la apremiante urgencia de llevar a cabo investigación social respecto a las familias con uno o más miembros afectados por el VIH. Este llamado obedece no sólo a la necesidad de cuestionar la idea de que la atención extra- institucional a pacientes con

VIH/SIDA -es decir, la atención familiar y comunitaria- es gratuita o de bajo costo, sino también a la importancia de generar información sobre la familia como el contexto social más inmediato en el que transcurre esta enfermedad. Suele asumirse que los enfermos de VIH/SIDA de sociedades con orientación comunitaria, como en México, cuentan con una red de apoyo familiar que no existe en sociedades con una orientación individualista (como los países desarrollados). Sin embargo, en investigaciones recientes se ha demostrado la necesidad de cuestionar este supuesto y de explorar con más detalle los mecanismos de funcionamiento y los límites de este recurso. La acumulación de evidencias en otros países sobre el funcionamiento de la estructura familiar en relación con el SIDA ha obligado a una redefinición del concepto mismo de familia y a una exploración en profundidad de los problemas que enfrentan las familias en su manejo del problema del SIDA. Se ha encontrado, por ejemplo, que estas familias también son víctimas de procesos de estigmatización, que se asocian directamente a la forma en que manejan este problema de salud. Junto con este tipo de presiones sociales externas, las familias de personas VIH positivas o con SIDA deben pasar por todo un proceso de adaptación del que se tiene aún poco conocimiento y que incluye no sólo la negociación de la identidad familiar con el exterior (a través de la cual las familias buscan evitar la estigmatización asociada al VIH/SIDA), sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA, entre la familia y los servicios de salud. La escasa literatura disponible sobre el tema muestra que los procesos sociales de adaptación familiar se vinculan directamente al tipo de manejo del problema del VIH/SIDA que se hace a ese nivel. Se trata de procesos que han sido caracterizados como transiciones a través de la incertidumbre, en las que es posible identificar diversas etapas específicas. El tipo de apoyo social que las familias pueden brindar a los enfermos se asocia estrechamente a la forma en que la familia, en su conjunto, maneja el problema que representa esta enfermedad. Por ello, algunos estudios han identificado necesidades específicas de consejería y apoyo psicológico a familias con un paciente con VIH/SIDA, con el fin de fortalecer esa capacidad de apoyo al enfermo. Resulta sumamente llamativa la casi total ausencia de investigación social en esta línea en México. En algunas publicaciones el tema de la familia es mencionado sólo marginalmente, mientras que en la mayoría de los casos está totalmente ausente, incluso en revisiones recientes del estado del arte en relación con el VIH/SIDA en este país. En la actualidad no existen investigaciones sistemáticas en México que arrojen luz sobre las estrategias a que recurren las familias de personas infectadas por VIH para enfrentar y manejar la enfermedad. Diversas observaciones casuísticas sugieren que

las reacciones colectivas en torno al VIH/SIDA y a las personas con SIDA tienden a ser más bien negativas, de rechazo y discriminación. Pero también existen conductas positivas (de apoyo y solidaridad) sobre las que se conoce muy poco. (19)

APGAR FAMILIAR

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (20)

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (21, 22)

1. Test Apgar familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasificó de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkestein, (23, 24, 25) que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de:

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.

3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.

4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala.

Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

Participación o compañerismo: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Gradiente de crecimiento: ¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

Afecto. ¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

Resolución. Compartir tiempo y recursos ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Las iniciales del inglés, de cada una de estas categorías, determinan el nombre APGAR.

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar: De 7 a 10 puntos: familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa.

No conviene olvidar que en el APGAR FAMILIAR no se realiza una medida objetiva de la función familiar sino que solo detectamos el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. (26, 27, 28)

TEST ZUNG

Zung y Durham 1964, elaboraron una escala sobre Depresión, la cual reúne los siguientes requisitos: es breve, sencilla, cuantitativa, reúne los síntomas más importantes sobre depresión y es aplicable a pacientes con diagnóstico primario de depresión. De esta forma realizaron 20 preguntas, 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio, en un lenguaje común de fácil aplicación y útil en programas de investigación. (29)

Instrumento

Se utilizó la escala de depresión de Zung que explora síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos) . Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 40 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 41-59 puntos para personas que experimentan depresión leve; 60 y más depresión moderada a severa.

No obstante que la escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa, particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica

La escala de depresión de Zung ha sido utilizada con excelentes resultados para evaluar y predecir estados de depresión en diferentes sectores de la población y respecto de diferentes problemas de salud y en años recientes se han empezado a probar sus propiedades psicométricas en países como Colombia y Nueva Zelanda.

Si bien es cierto que con relación al problema de la infección por VIH en la literatura internacional no se dispone de suficiente información sobre el empleo de la citada, nuestra elección de la escala de Zung tuvo que ver con su formato de preguntas y su sencillez para ser respondida y evaluada.

En el caso de su formato de preguntas, contiene unas que engloban información potencialmente valiosa sobre los estados de ánimo y las sintomatologías cognoscitiva y somática que se pueden encontrar en muchas de las personas con VIH. Es decir, es una escala que resume en buena medida algunos de los indicadores básicos que hay que tener en cuenta a lo largo del proceso de intervención interdisciplinaria en ese grupo de personas.

A partir de dichas características y una vez analizados los resultados, se puede asegurar que la escala de depresión de Zung posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH.

El determinar si el sida es una enfermedad estigmatizante favorecedora de disfunción familiar requiere un trabajo con este punto como objetivo principal y un tamaño de muestra más grande. Tal vez la mejor manera de determinar hasta que punto la disfunción familiar es debida a la aparición del sida en un integrante de la familia sería un objetivo a estudiar en posteriores trabajos de investigación. (30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8?

JUSTIFICACION.

En relación a la infección de SIDA el tipo de apoyo social que las familias pueden brindar se asocia estrechamente a la forma en que la familia, en su conjunto, maneja el problema que representa esta enfermedad. Por ello, algunos estudios han identificado necesidades específicas de consejería y apoyo psicológico a familias con un paciente con VIH/SIDA, con el fin de fortalecer esa capacidad de apoyo al enfermo. Resulta sumamente llamativa la casi total ausencia de investigación social en esta línea en México. En algunas publicaciones el tema de la familia es mencionado sólo marginalmente, mientras que en la mayoría de los casos está totalmente ausente, incluso en revisiones recientes del estado del arte en relación con el VIH/SIDA en este país. En la actualidad no existen investigaciones sistemáticas en México que arrojen luz sobre las estrategias a que recurren las familias de personas infectadas por VIH para enfrentar y manejar la enfermedad. Diversas observaciones casuísticas sugieren que las reacciones colectivas en torno al VIH/SIDA y a las personas con SIDA tienden a ser más bien negativas, de rechazo y discriminación. Pero también existen conductas positivas (de apoyo y solidaridad) sobre las que se conoce muy poco.

Por lo anterior consideramos que como profesionales de la salud como un recurso extrafamiliar, es estudiar la funcionalidad familiar y grado de depresión de los pacientes con SIDA con el fin de identificar sus apoyos sociales y la calidad de vida de los pacientes, con el fin de brindarles consejería y apoyo psicológico a las familias con un paciente con SIDA.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Comparar la Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA y dos grupos controles que acuden a consulta derechohabientes al Hospital General de Zona No. 8.

HIPOTESIS.

Por ser un estudio observacional no requiere de realizar una hipótesis, sin embargo para fines didácticos se realizará una hipótesis estadística.

HIPOTESIS ALTERNA (H 1)

La Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA es disfuncional en comparación con 2 grupos controles en el Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8.

HIPOTESIS NULA (H o)

La Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA es funcional en comparación con 2 grupos controles en el Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8.

MATERIALES Y METODOS.

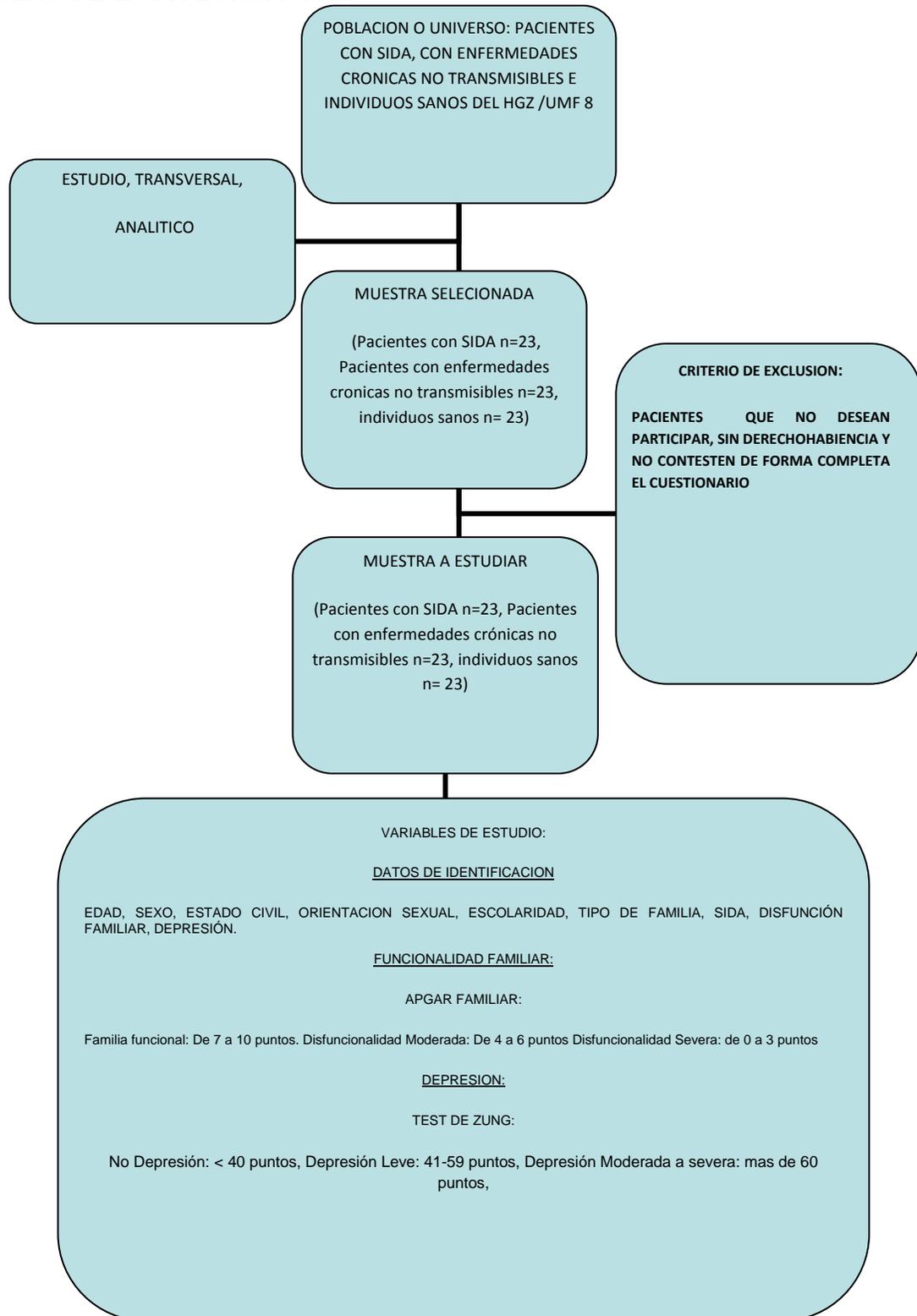
TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente es un estudio Transversal y Analítico.

- a) Por la medición del fenómeno en el tiempo y la dirección del análisis:
Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **Transversal**.

- b) Lo **Analítico** es el que nos ayuda a “analizar” a los grupos de datos en la búsqueda de semejanzas, asociaciones o diferencias.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACION Ó UNIVERSO:

La investigación se desarrolla en 23 pacientes portadores de SIDA y dos grupos controles: el primer grupo control estuvo formado por 23 pacientes con enfermedades crónico degenerativos no transmisibles y 23 individuos sanos entre 18 y 50 años de edad, de la consulta externa de medicina interna, urgencias y hospitalización, en el turno matutino y vespertino. Afiliados al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8. En la Colonia Tizapán la hormiga; Delegación Álvaro Obregón, que se encuentra en el Distrito Federal, México. En los meses de diciembre del 1998 al 28 de febrero de 1999.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA: La muestra es no probabilística, ajustado a criterio del investigador, se utilizaron:

23 Pacientes con SIDA

23 Pacientes con Enfermedades crónicas no Transmisibles

23 Individuos Sanos

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Se consideran CASOS a los pacientes en fase de con SIDA de acuerdo a los criterios del CDC 1993, que acudan a consulta externa de medicina interna y que se encontraran hospitalizados en urgencias y medicina interna. (Anexo 3)
- Se consideró grupo CONTROL a pacientes que estuvieran hospitalizados por enfermedades crónicas no transmisibles y que no tuvieran SIDA.
- Se consideró al otro grupo CONTROL a individuos sanos que acudieron a la consulta externa de medicina familiar por procesos banales, sin el diagnóstico de SIDA durante el periodo señalado.
- Pacientes sin distinción de sexo.
- Pacientes entre 18 y 50 años de edad.
- Pacientes adscritos al HGZ/UMF No. 8 San Ángel

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que no sean derechohabientes al HGZ/UMF No. 8 San Ángel
- Pacientes que contesten de forma incompleta

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no contesten correctamente el cuestionario.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 50 años
- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION:

- 1.- EDAD.
- 2.- SEXO.
- 3.- ESTADO CIVIL.
- 4.- ORIENTACION SEXUAL
- 5.- ESCOLARIDAD
- 6.- TIPO DE FAMILIA

VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL

VARIABLE DEPENDIENTE: DISFUNCION FAMILIAR.

VARIABLE INDEPENDIENTE: SIDA, DEPRESION.

VARIABLES DE LOS TEST

Para determinar Funcionalidad Familiar utilizamos:

APGAR FAMILIAR con el siguiente puntaje:

Familia Funcional: De 7 a 10 puntos.

Disfuncionalidad Moderada: De 4 a 6 puntos

Disfuncionalidad Severa: de 0 a 3 puntos

Para determinar Depresión utilizamos el **TEST DE ZUNG**, con los siguientes puntajes:

No Depresión: < 40 puntos

Depresión Leve: 41-59 puntos

Depresión Moderada a Severa: más 60 puntos

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=UNION LIBRE 4=DIVORCIADO 5=VIUDO
ORIENTACION SEXUAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=HETEROSEXUAL 2=HOMOSEXUAL 3= BISEXUAL
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= PRIMARIA 2= SECUNDARIA 3= PREPARATORIA 4= LICENCIATURA 5= OTROS
TIPO DE FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL	1= NUCLEAR 2= EXTENSA 3= COMPUESTA

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
DE PATOLOGIA PRINCIPAL**

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
SIDA	CATEGORICA	NOMINAL PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO EN CATEGORÍAS A3, B3, C1, C2, C3 DE ACUERDO AL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL CDC 1993 DEL VIH	1= SI 2=NO
DISFUNCION FAMILIAR	INTERVALO	NOMINAL TEST.- APGAR FAMILIAR	APGAR FAMILIAR Funcional: 8-10 PUNTOS Moderadamente funcional: 5-7 PUNTOS. Disfuncional: 0-4
DEPRESION	CUALITATIVA	NOMINAL TEST DE ZUNG	NO DEPRESION: < 40 PUNTOS. DEPRESION LEVE: 41-59 PUNTOS. DEPRESION MODERADA A SEVERA: MAS DE 60 PUNTOS.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Sexo. Genotipo del paciente

Edad. Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Estado civil. Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Orientación Sexual. Variación sexual que poseen los individuos.

Escolaridad. Conjunto de estudios que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Tipo de Familia. Personas con las que habita.

SIDA. Deficiencia básica de la inmunidad celular, sin otra causa primaria conocida que la infección viral, y es acompañado por un conjunto de anomalías inmunológicas y neurológicas que culminan con un deterioro del sistema linfático y que generalmente, puede conducir a la muerte del paciente por aparición de enfermedades oportunistas o neoplasia.

Disfunción Familiar. Cuando hay mala relación entre los miembros de una familia

Depresión. Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Sexo. Género

Edad. Números enteros.

Estado civil. Las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Orientación Sexual. Pacientes que tienen preferencia sexual por gente de su mismo sexo, del sexo contrario o ambos.

Escolaridad. Grado académico máximo al momento del estudio.

Tipo de Familia. Relación que tiene con las personas que cohabitan con el individuo, siendo la siguiente:

- Nuclear: Formada por Padres e hijos.
- Extensa: Formada por Padres, hijos y familiares consanguíneos
- Compuesta: Lo anterior más personas no consanguíneas.

SIDA. Pacientes con diagnóstico establecido en categorías A3, B3, C1, C2, C3 de acuerdo al sistema de clasificación del CDC 1993 del VIH.

Disfunción Familiar. Se medirá a través del APGAR FAMILIAR.

Depresión. Se medirá a través de la escala de autoevaluación de Zung

DISEÑO ESTADÍSTICO:

Se calcularon las medidas y desviaciones estándar para poblaciones paramétricas con Análisis de Varianza (ANOVA). Se calculó las medianas y percentilas 25 y 75 para poblaciones no paramétricas con prueba de Kruskall Wallis, se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El tamaño de la muestra fue no probabilística, ajustado a criterio del investigador, se utilizaron: 23 Pacientes con SIDA, 23 Pacientes con Enfermedades crónicas no Transmisibles y 23 Individuos Sanos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicó un instrumento de recolección en primera instancia que incluyen los siguientes ítems: (Ver anexo 1)

Sexo

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Orientación Sexual

Tipo de Familia

Portador de SIDA, Enfermedad Crónica no transmisible ó Sano

POSTERIORMENTE SE APLICARON LAS SIGUIENTES ENCUESTAS APLICATIVAS: (Ver anexo 2)

APGAR FAMILIAR

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

Test Apgar familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasificó de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkestein, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de:

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.
2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.

3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.

4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados es como a continuación se señala.

Adaptabilidad o apoyo y solidaridad: ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?

Participación o compañerismo: ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Gradiente de crecimiento: ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?

Afecto. ¿Siente que su familia le quiere?

Resolución. Compartir tiempo y recursos ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Las iniciales del inglés, de cada una de estas categorías, determinan el nombre APGAR.

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar: De 7 a 10 puntos: familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa.

No conviene olvidar que en el APGAR FAMILIAR no se realiza una medida objetiva de la función familiar sino que solo detectamos el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

TEST ZUNG

Zung y Durham 1964, elaboraron una escala sobre Depresión, la cual reúne los siguientes requisitos: es breve, sencilla, cuantitativa, reúne los síntomas

más importantes sobre depresión y es aplicable a pacientes con diagnóstico primario de depresión. De esta forma realizaron 20 preguntas, 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio, en un lenguaje común de fácil aplicación y útil en programas de investigación.

Instrumento

Se utilizó la escala de depresión de Zung que explora síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión: < 40 puntos para personas que se encuentran en un rango normal, es decir, sin depresión; 41-59 puntos para personas que experimentan depresión leve; más de 60 puntos para personas que experimentan depresión moderada a severa.

No obstante que la escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento del continuo de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa, particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica

Si bien es cierto que con relación al problema de la infección por VIH en la literatura internacional no se dispone de suficiente información sobre el empleo de la citada, nuestra elección de la escala de Zung tuvo que ver con su formato de preguntas y su sencillez para ser respondida y evaluada.

METODO DE RECOLECCION:

Para la recolección de datos de los pacientes con SIDA, se les aplicó a los pacientes los cuestionarios durante su permanencia en la sala de espera para entrar a su consulta, en sala de urgencias y área de hospitalización de medicina interna, previa aceptación voluntaria en forma verbal del paciente.

Para la recolección de datos de los pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se les aplicó a los pacientes los cuestionarios durante su permanencia en la sala de espera para entrar a su consulta, en sala de urgencias y área de hospitalización de medicina interna, previa aceptación voluntaria en forma verbal del paciente.

Para la recolección de datos de los individuos sanos, se les aplicó los cuestionarios durante su estancia en la sala de espera para entrar a su consulta o recibir dotación de medicamentos por procesos banales, previa aceptación voluntaria del paciente.

Esta evaluación llevó a cabo en los meses de diciembre del 1998 al 28 de febrero de 1999.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

El entrevistador estará previamente capacitado para aplicar las encuestas, todos los individuos serán candidatos de aplicación de las encuestas, excepto aquellos individuos que no sean derechohabientes al HGZ/UMF No. 8 San Ángel, pacientes que no acepten contestar el cuestionario, pacientes que contesten cuestionarios incompletos. Si existiera alguna pregunta por la cual tengan duda, el entrevistador podrá dar la definición de las palabras de acuerdo al diccionario de la real academia de la lengua española, podrá leer el enunciado en voz alta, pero no dará ninguna explicación del mismo, ya que podría sesgar la respuesta del encuestado. Se evitó la ayuda de terceros, para evitar la influencia de otra opinión sobre la encuesta. Se respetará el derecho a la privacidad y confidencialidad del individuo entrevistado, si es que lo decida dará su nombre o no al entrevistador.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO

DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

HGZ/UMF No. 8 “SAN ANGEL”

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

“Comparación de la Funcionalidad Familiar y Depresión en pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8 “San Ángel”

AÑO: 1998

FECHA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
TITULO								X				
ANTECEDENTES								X				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								X				
OBJETIVOS									X			
HIPOTESIS									X			
PROPOSITOS									X			
DISEÑO METODOLOGICO										X		
ANALISIS ESTADISTICO										X		
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION											X	X

AÑO: 1999

FECHA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X					
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X					
ALMACENAMIEN- TO DE DATOS				X				
ANALISIS DE DATOS				X				
DESCRIPCION DE DATOS				X				
DISCUSIÓN DE DATOS				X				
CONCLUSION DEL ESTUDIO				X				
INTEGRACION Y REVICION FINAL				X				
REPORTE FINAL				X				
AUTORIZACIONES					X			
IMPRESIÓN DEL TRABAJO					X			
PUBLICACION					X			

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto a orientación de la realización de la investigación de tres asesores de investigación. Para la realización de esta investigación se contara con una computadora VAIO, Grupo de trabajo WORK GROUP con procesador Intel (R), Corel TM i3CP Memoria 4.00 G, USB, programas: Word, DI-BASE3 y EPI-6, un disco compacto para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducirla hoja de datos generales, los cuestionarios de APGAR FAMILIAR y TEST ZUNG así como hoja de lápices, plumas, borradores. Los gastos en general se absorbieron por la residente de Medicina Familiar: Bertha Moedano Jiménez.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el parágrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

A. Introducción

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. Principios básicos para toda investigación médica

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un

profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible

hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

RESULTADOS

Se estudió a 69 pacientes, 23 con diagnóstico de SIDA, 23 con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles y 23 individuos sanos. Se observó en los resultados un predominio de género masculino 63 (91.3%), género femenino 6 (8.7%).

PACIENTES CON SIDA

Se estudió a 23 con diagnóstico de SIDA se observó en los resultados un predominio de género masculino 21 (91.3%), género femenino 2 (8.7%).

Se observó que en la edad, la media fue de 32 años, con una desviación estándar de 25% (27 años) y 75% (35 años)

En estado civil 19 (82.7%) solteros, 3 (13%) casados y 1 (4.3%) divorciados.

En conducta sexual 2 (8.69%) heterosexuales, 20 (86.9%) homosexuales y 1 (4.34%) bisexuales.

La escolaridad promedio fue de 12 años.

En tipo de familia 10 (43.5%) familias nucleares, 10(43.5%) familias extensas, 3 (13%) familias compuestas.

Con APGAR FAMILIAR 20 (86.9%) función normal, 1 (4.34%) moderadamente funcionales y 2 (8.69%) disfuncionales.

Test de Zung 8 (34.8%) con No depresión, 10 (43.4%) Depresión leve, 5 (21.8%) Depresión moderada a grave.

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Se estudió a 23 con diagnóstico de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se observó en los resultados un predominio de género masculino 21 (91.3%), género femenino 2 (8.7%).

Se observó que en la edad, la media fue de 38 años, con una desviación estándar de 25% (28 años) y 75% (47 años)

En estado civil 7 (30.4%) solteros, 15 (65.2%) casados y 1 (4.3%) divorciados.

En conducta sexual 23 (100%) heterosexuales.

La escolaridad promedio fue de 6 años.

En tipo de familia 9 (39.1%) familias nucleares, 11(47.8%) familias extensas, 3 (13%) familias compuestas.

Con APGAR FAMILIAR 21 (91.3%) función normal, 1 (4.34%) moderadamente funcionales y 1 (4.34%) disfuncionales.

Test de Zung 6 (26%) con No depresión, 11 (48%) Depresión leve, 6 (26%) Depresión moderada a grave.

INDIVIDUOS SANOS

Se estudiaron 23 individuos sanos se observó en los resultados un predominio de género masculino 21 (91.3%), género femenino 2 (8.7%).

Se observó que en la edad, la media fue de 33 años, con una desviación estándar de 25% (25 años) y 75% (43 años)

En estado civil 7 (30.4%) solteros y 16 (69.6%) casados.

En conducta sexual 23 (100%) heterosexuales.

La escolaridad promedio fue de 9 años.

En tipo de familia 18 (78.3%) familias nucleares, 3(13%) familias extensas, 2 (8.7%) familias compuestas.

Con APGAR FAMILIAR 23 (100%) función normal.

Test de Zung 15 (65.2%) con No depresión, 7 (30.4%) Depresión leve, 1 (4.4%) Depresión moderada a grave.

SECCION DE CUADROS Y GRAFICOS

Tabla. 1

GENERO	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINOS	21	91.3 %	21	91.3 %	21	91.3 %
FEMENINOS	2	8.7 %	2	8.7 %	2	8.7 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100 %

Gráfica. 1

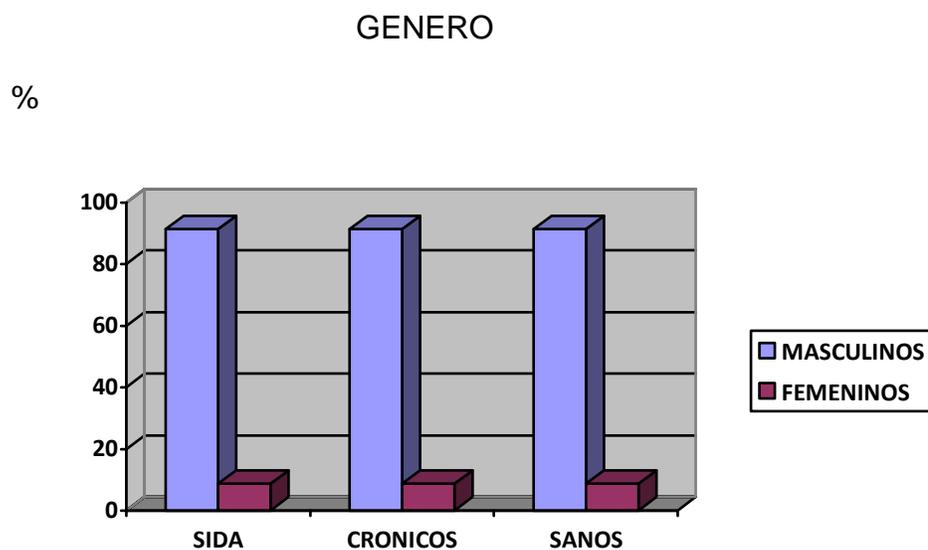


Tabla. 2

	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	MEDIANA	(%25,%75)	FRECUENCIA	(%25,%75)	FRECUENCIA	(%25,%75)
EDAD PROMEDIO	32	(27,35)	38	(28,47)	33	(25,43)

Gráfica. 2

EDAD PROMEDIO

Edad

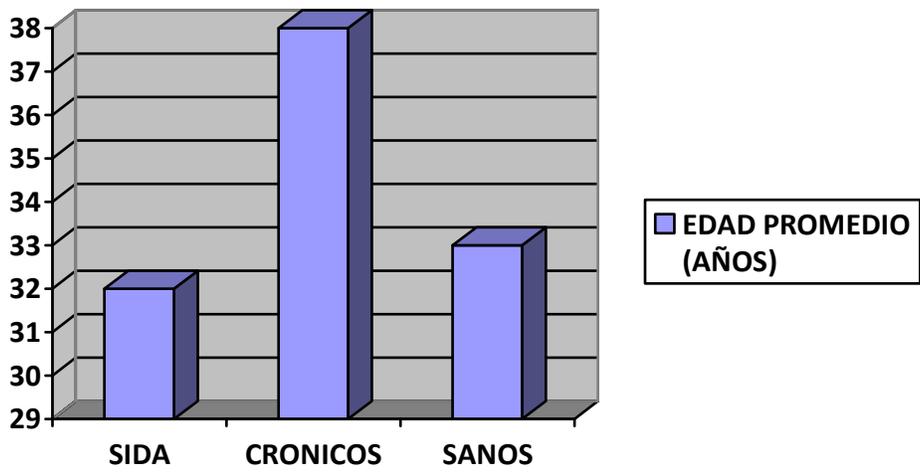


Tabla. 3

ESTADO CIVIL	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS	19	82.7 % *	7	30.4 % *	7	30.4 % *
CASADOS	3	13 %	15	65.2 %	16	69.6 %
DIVORCIADOS	1	4.3 %	1	4.3 %	0	0 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100

*p = 0.00029

Gráfica. 3

ESTADO CIVIL

%

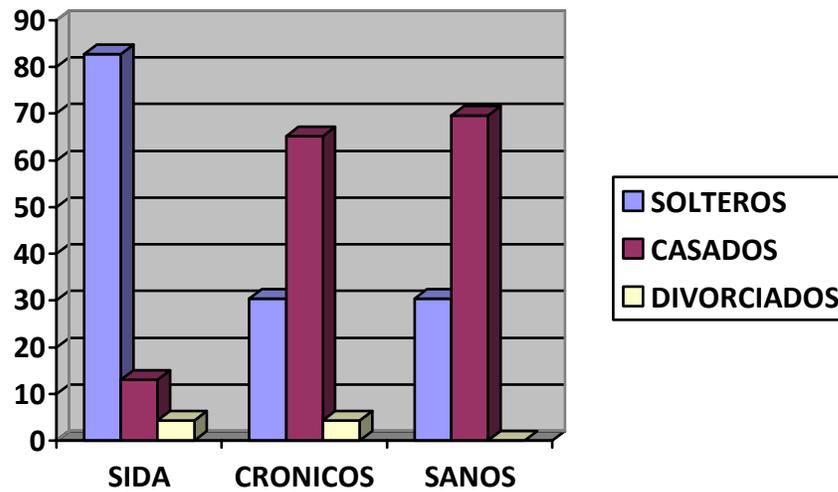


Tabla. 4

CONDUCTA SEXUAL	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	2	8.69 %	23	100 %	23	100 %
HOMOSEXUAL	20	86.9 %	0	0 %	0	0 %
BISEXUAL	1	4.34 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100 %

Gráfica. 4

CONDUCTA SEXUAL

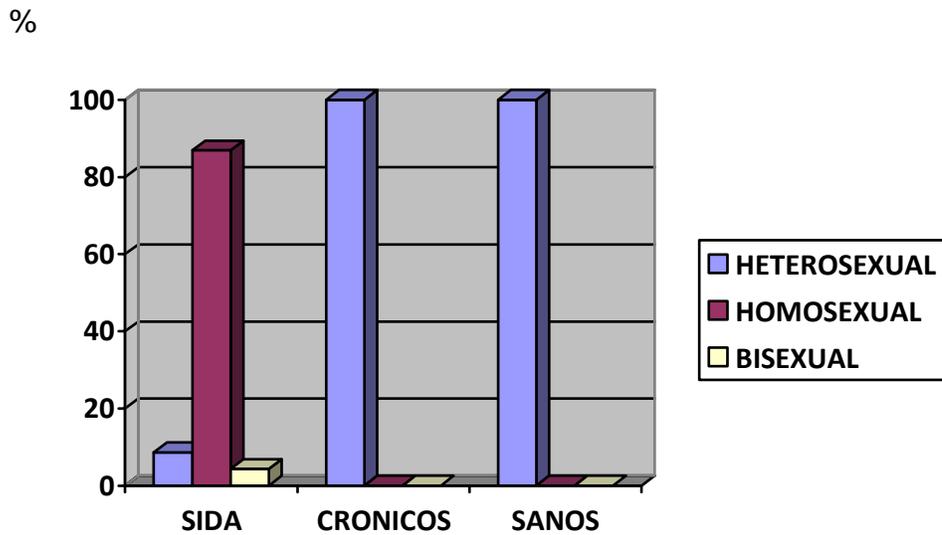


Tabla. 5

	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	MEDIANA	(%25,%75)	MEDIANA	(%25, %75)	MEDIANA	(%25,%75)
ESCOLARIDAD	12	(9,15)	6	(5,9)	9	(6,18)

Gráfica. 5

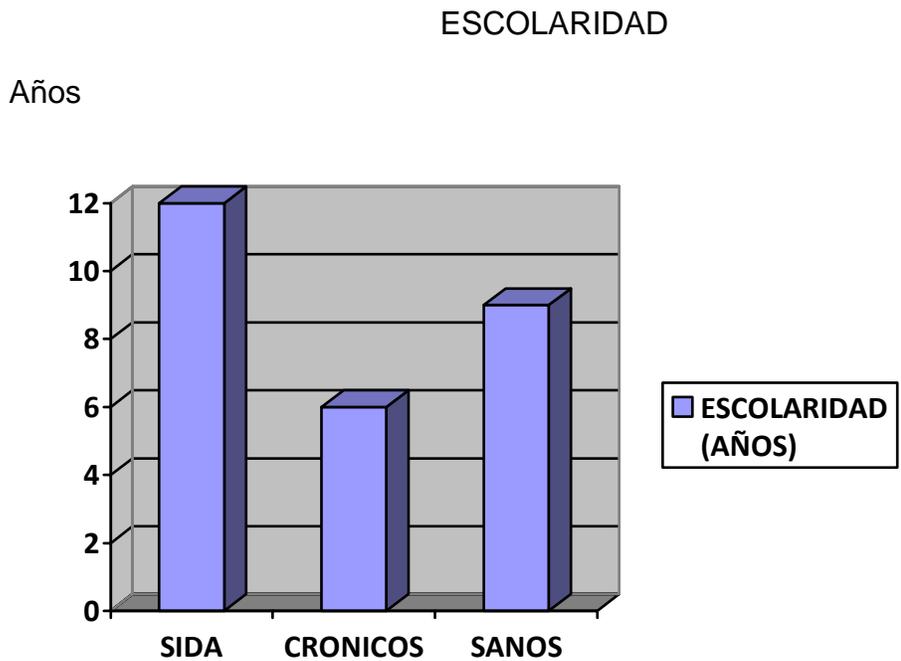


Tabla. 6

TIPO DE FAMILIA	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	10	43.5 %	9	39.1 % *	18	78.3 % *
EXTENSA	10	43.5 %	11	47.8 %	3	13 %
COMPUESTA	3	13 %	3	13 %	2	8.7 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100 %

*p= 0.007

Gráfica. 6

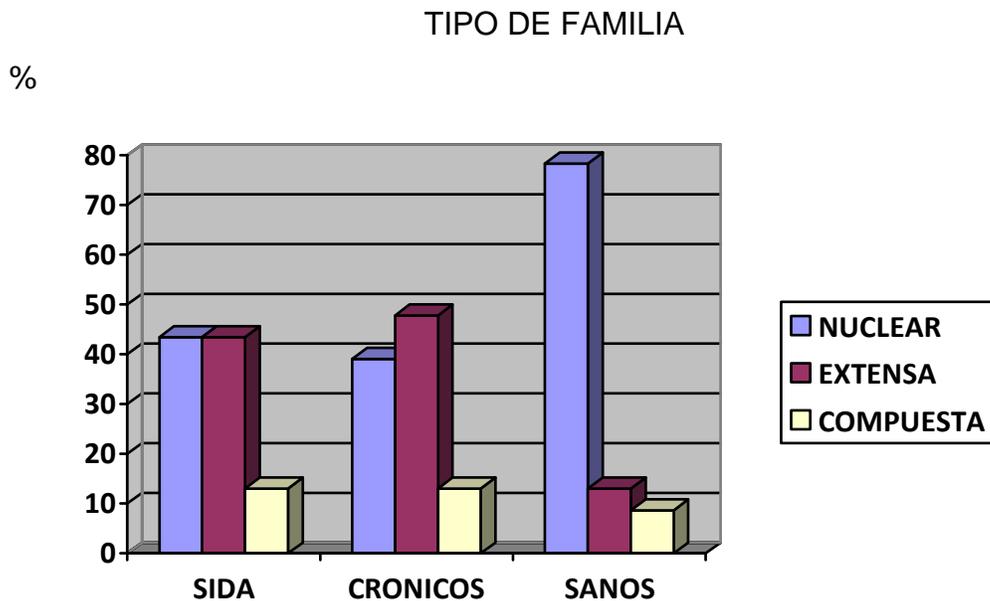


Tabla. 7

APGAR FAMILIAR	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	20	86.9 %	21	91.3 %	23	100 %
MODERADAMENTE FUNCIONAL	1	4.34 %	1	4.34 %	0	0 %
DISFUNCIONAL	2	8.69 %	1	4.34 %	0	0 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100 %

Gráfica. 7

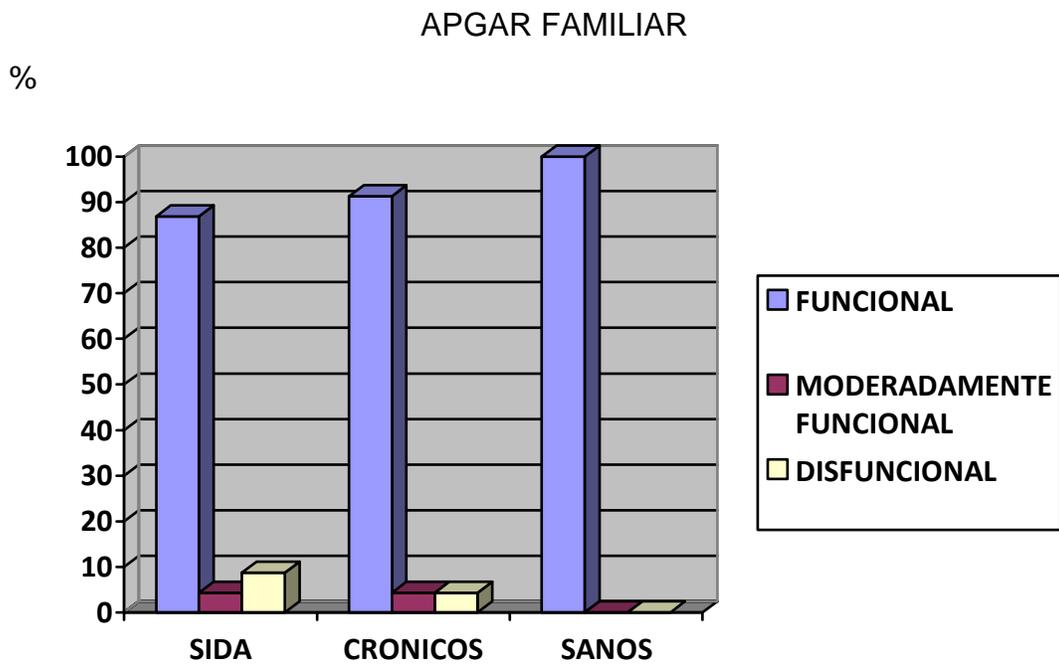


Tabla. 8

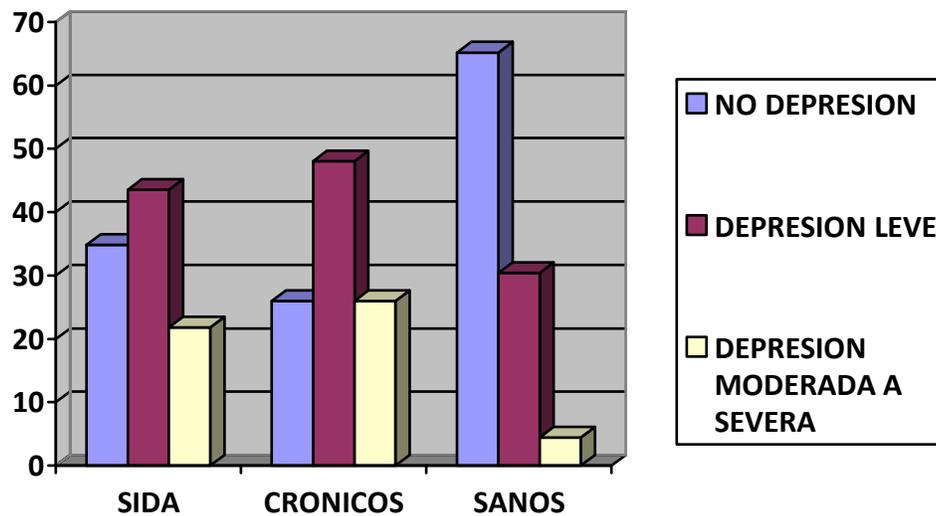
TEST ZUNG	SIDA		CRONICOS NO TRANSMISIBLES		SANOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRESION	8	34.8 %	6	26 % *	15	65.2 % *
DEPRESION LEVE	10	43.5 %	11	48 %	7	30.4 %
DEPRESION DE MODERADA A SEVERA	5	21.8 %	6	26 %	1	4.4 %
TOTAL	23	100 %	23	100 %	23	100 %

*p=0.007

Gráfica. 8

TEST DE ZUNG

%



CONCLUSIONES

Se aplicó a 69 pacientes el APGAR FAMILIAR en los tres grupos de estudio que conformaron nuestra muestra, no encontramos diferencias estadísticamente significativas 64 (92.7%) resultaron con Función Familiar Normal, 2 (2.8%) con disfunción moderada y 3 (4.34%) con disfuncionalidad; lo que nos da un total de 5 (7.24%) con algún grado de Disfuncionalidad Familiar; lo que concuerda con lo reportado en la literatura nacional y mundial.

Al aplicó el TEST DE ZUNG de 23 pacientes con SIDA 8 (34%) reportaron No Depresión, 10 (43%) depresión leve y 5 (21%) depresión moderada a severa; de 23 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles 6 (26%) con No depresión, 11 (48%) con depresión leve y 6 con depresión moderada a severa (26%), de 23 individuos sanos 15 (65%) resultaron con No depresión, 7 (30%) con depresión leve y 1 (4.4%) con depresión moderada a severa; encontrando diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con enfermedades crónicas e individuos sanos respecto a la No depresión; lo que concuerda con lo reportado en la literatura nacional y mundial.

En la edad, la media en los tres grupos de estudio fue 34 años, con percentiles (%25, %75) de 28, 41 años.

Observando predominio de género masculino en los tres grupos de estudio 63 (91.3%) pacientes y del género femenino 6 (8.7%).

En cuanto a estado civil 19 (82%) enfermos con SIDA eran solteros siendo este grupo superior en comparación con los dos grupos controles: enfermos crónicos 7 (30%) y sanos 7 (30%), encontrando diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a conducta sexual 20 (86.9%) enfermos con SIDA eran homosexuales siendo en el único grupo de estudio en donde se encontró esta conducta sexual, en comparación con los enfermos crónicos que el 100% eran heterosexuales, al igual que los individuos sanos que el 100% refirieron ser heterosexuales.

En la escolaridad, los pacientes con SIDA 12 años con percentiles (%25, %75) 9,15 años fueron los que registraron mayor escolaridad respecto a los grupo de enfermos crónicos 6 años con percentiles (%25, %75) 5, 9 años e

individuos sanos 9 años con percentiles (%25, %75) 6, 18 años, encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a Tipo de Familia en los individuos sanos 18 (78.3%) se encontró mayor número de familias nucleares a diferencia de los otros grupos de estudio con en el grupo con enfermedades crónicas no transmisibles 9 (39.1%) y enfermos con SIDA 10 (43.5%), encontrando diferencias estadísticamente significativas.

En conclusión, los tres grupos de estudio, presentaron un alto grado de Funcionalidad Familiar Normal.

Respecto a Depresión los tres grupos de estudio presentaron algún grado de Depresión, siendo los enfermos crónicos no transmisibles los que presentaron mayor número, siendo el grado leve, el más frecuente.

Encontramos mayor número de pacientes con SIDA del sexo masculino, jóvenes, solteros, homosexuales, como lo reporta la literatura.

DISCUSION

La Funcionalidad Familiar predominó la Normalidad en los tres grupos de estudio, de acuerdo a lo reportado previamente (28). Al analizar Depresión de cada uno de los grupos los enfermos crónicos eran los más afectados seguidos de los pacientes con SIDA.

Los resultados principales de este trabajo muestran que la población de los casos tienen características que la diferencian totalmente de los controles: mayor número de solteros, mayoría de homosexuales. El nivel de escolaridad era el más alto de los 3 grupos. Todas estas características tenían diferencias estadísticamente significativas con los grupos controles.

Con los resultados obtenidos se aceptó la hipótesis nula y se descarta la hipótesis alterna para Funcionalidad Familiar, ya que los pacientes con SIDA y los dos grupos controles adscritos al Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 8 "San Ángel" registraron funcionalidad familiar normal en la mayoría de los casos.

Con los resultados obtenidos se pudo aceptar la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula para Depresión, ya que los pacientes con SIDA adscritos al Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 8 "San Ángel" se deprimen.

Considero que sería importante el planear estrategias más efectivas de prevención de la enfermedad del SIDA y considerar el apoyo familiar y psicoemocional a nivel institucional con grupos de terapia y orientación familiar, para el manejo integral del paciente.

La formación de un equipo multidisciplinario que se encargue de la orientación de los familiares de los pacientes.

Estudiar de una manera integral a los pacientes y su familia así como el apoyo familiar que reciben durante los diferentes estadios de la enfermedad.

Se puede continuar con el seguimiento de los pacientes para medir a través de los diversos estadios de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Velarde –Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002;44; 349-361.
- 2.- Franco CE. VII Congreso Nacional de la sociedad española de transfusión sanguínea. 1ª. Ed. España Editorial Diputación Provicional, 1996:105.
- 3.- García GM, Valdespino GJ. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. 1ª. Ed. México: Publicaciones Técnicas del Instituto Nacional de diagnóstico y referencia Epidemiológicos, 1993; 25-76.
- 4.- Margani RA Inmunología e Inmunoquímica 5ª. Ed. Argentina: Editorial Panamericana, 1996;556-558.
- 5.- Franco CE. VII Congreso Nacional de la sociedad española de transfusión sanguínea. 1ª. Ed. España Editorial Diputación Provicional, 1996:105.
- 6.- Sanford JP. Sande NA. Gilbert DN Guía para el tratamiento del SIDA/VIH 5ª. Ed. México; Editorial The Sanford, 1997:7
- 7.- Montauk S. Gerhard B. Oportunistic infections and psycholosocial stress in HIV. American Family Physician 1997; 56-87-96.
- 8.- Cordova Vilalobos JA, Ponce De Leon Rosales Saúl, Valdespino JL. 25 Años de SIDA en México, 2ª. Edición 2009 Instituto Nacional de Salud Pública.
- 9.- Situación Mundial de la Epidemia de SIDA 2006 del ONU/SIDA /OMS.
- 10.- El VIH/SIDA en México 2009, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA en México 2009, Primera Edición diciembre de 2009.
- 11.- Remor EA, Infección por VIH y Sida: características psicológicas y adhesión al tratamiento. Madrid Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, UAM,2001.
- 12.- Violeta E. Vera Pérez Et al. Influencia Social y Familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo y su manejo Rev Hosp Jua Méx 2004; Vol. 71 (1):29-35.

- 13.- Kubler Ross, Elisabeth / Kessler, David; Sobre el duelo y el dolor Editorial: Luciernaga, S.A., Año de edición: 2006, Número edición: 01^a
- 14.- Velasco Campos. Manejo del enfermo crónico y su familia: Sistemas, Historias y Creencias, Manual Moderno 2001:131-186.
- 15.- Estrada-Márquez F, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E. Estigma y discriminación en hombres que tienen sexo con hombres. En: Magis-Rodríguez C, Barrientos-Bárceñas H, Bertozzi-Kenefick S. (Eds.) SIDA: Aspectos de Salud Pública. México: CENSIDA – INSP, 2006: 97-103.
- 16.- OPS – ONUSIDA. Programas Nacionales de SIDA. Guía para el monitoreo y la evaluación. ONUSIDA/00.17E, junio de 2000, Ginebra. [Consultado el 17 de diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/>
- 17.- Castro R, Eroza E. Orozco E, Manca MC. Hernández JJ. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud Pública Mex 1997; 39:32-43.
- 18.- De la Revilla L. La disfunción familiar. Aten Primaria 1992;10:582-583.
- 19.- Castro R. Eroza E. Orozco E. Manca MC. Hernández JJ. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud Pública Mex 1997;39:32-43.
20. Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1^a. edición. Division Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
21. Fundación Kellogg. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud. OPS. OMS. Marzo 1996.
22. Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana. Abril/Junio 1997; 1(1): 40-46.
23. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-1239.
- 24.- José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García Funcionalidad Familiar en el Adolescente Embarazada Rev Fac Med UNAM Vol. 47 No. 1 Enero-Feb,2004.

- 25.- Rodríguez FE, Gea SA, Gómez MA, García GJ. Estudio de la función Familiar a través del cuestionario Apgar. Aten Primaria 1996;17:338-341.
- 26.- Smucker WD. Wildman BG, Lynch TR Revolinsky MC Relationship between the family APGAR and behavioral problems in children. Arch Fam Med 1995; 4: 535-539.
- 27.- Gwyther RG. Bentz EJ Drossman DA. Validity of the family APGAR in patients with irritable bowel syndrome Fam Med 1993; 25: 21-25.
- 28.- De la Revilla L. Ortega M. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. Aten Primaria 1994; 13 603-607.
- 29.- Calderón NG. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. 2ª. Ed. México; Editorial Trillas, 1982: 102-111.
- 30.- Blanca M. Rivera I.A; Andrés E. Corrales R.b,1, Óscar Cáceres R.b, Julio A. Pina L.C Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Terapia Psicológica 2007, Vol. 25, N° 2, 135-140.

ANEXOS

ANEXO 1

FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

ANEXO DE ENCUESTA APLICATIVA

RESPONDER POR EL PACIENTE:

1) Sexo: _____ 2) Edad: _____

3) Estado Civil: a) Soltero
B) Casado
c) Unión Libre
d) Divorciado
e) Viudo

4) Escolaridad: a) Primaria
b) Secundaria
c) Preparatoria o Técnico
d) Licenciatura
e) Posgrado

5) Orientación Sexual: a) Heterosexual
b) Homosexual
c) Bisexual

6) Tipo de Familia: a) Familia Nuclear
b) Familia Extensa
c) Familia Compuesta

7) SIDA: a) Si

b) No

Si su respuesta es no anote si padece de alguna otra enfermedad y cual es:

ANEXO 2

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2.- Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3.- Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5.- ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACION TOTAL			

TEST DE ZUNG				
Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado				
	Muy Pocas Veces (1)	Algunas Veces (2)	Frecuentemente (3)	La mayoría de la veces (4)
1.- Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

ANEXO 3

Lintocitos T CD4	A	B	C
> 500 cel/ml	A1	B1	C1
200-499 cel/ml	A2	B2	C2
<199 cel/ml	A3	B3	C3

■ sida

Clasificación hecha por el CDC (Centro de Control de Enfermedades) en 1993 en adultos y niños

www.censida.salud.gob.mx