11226

5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

S.I.D.A. Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
F A M I L I A R

P R E S E N T A :

DRA. EDITH ALANIS RESENDIZ

ASESOR:
DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ

MEXICO D.F. FEBRERO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

VALIDACIÓN

ASESOR Vo. Bo.

DR. JUAN ESPINOSA MARTÍNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA U.M.F No. 20 I.M.S.S D.F

IMSS
U.M.F.No. 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E
INVESTIGACION MEDICA

Vo. Bo.

DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS
Especialista en Medicina Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación
De la U.M.F No. 20 I.M.S.S

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO.

A Dios Por permitirme vivir brindándome libertad de elegir mi camino.

A Mis Padres Por todo su apoyo y amor, así como darme día a día ánimo para seguir adelante cuando creí no poder continuar.

A Mis Hermanos Que en medida de lo posible me han brindado todo su cariño, ayudándome a levantarme en todos y cada uno de mis tropiezos.

A Mi Pareja Quien estuvo conmigo en todas las ocasiones que necesite de un hombro para apoyarme, brindándome su amor y fortaleza.

A Mis Amigos Con quienes compartí ayunos, desvelos, alegrías y tristezas; por mostrarse siempre optimistas y solidarios. Especial mención a mi gran, gran amigo Ignacio, quien falleció días antes de iniciar nuestra residencia.....

Éste logro es de ambos.

A Mis Profesores En especial al Dr. Juan Espinosa por quien guardo un profundo respeto y admiración.

SIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

INDICE

CONTENIDO	***PAGINA***
Justificación	06
Objetivos	08
Antecedentes Científicos	09
Material y Métodos	18
Cuadros y Gráficas	19
Resultados	55
Análisis Estadístico	65
Conclusiones	67
Comentario	70
Resumen	71
Bibliografía	73
Anexos	75

JUSTIFICACIÓN.

Cada año en todo el mundo, se contabilizan cerca de 330 millones de casos nuevos por enfermedades de transmisión sexual; de ellos, seis millones son casos nuevos por infección del Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus que provoca el SIDA.
Una tercera parte de las personas infectadas con VIH, son jóvenes, cada día se infectan aproximadamente 7000 jóvenes en todo el mundo según cifras de CONASIDA, lo que equivale a cinco jóvenes infectados cada minuto ó a 2.6 millones de infecciones anualmente. Para el año 2020 habrá más de 40 millones de huérfanos menores de l5 años en los 23 países del mundo más afectados por el VIH. La mayoría de esos muchachos habrán perdido a sus padres por causa del SIDA.
México, que forma parte de esos países está integrado por una sociedad con diferentes costumbres, mitos, religiones y niveles socio-económicos. La familia, integrante de ésta sociedad, experimenta diferentes respuestas sociales y Psicológicas ante la presencia de un miembro portador de una enfermedad infecto-contagiosa como lo es el SIDA., enfermedad rodeada de ideas moralistas entre otras; ya que ésta enfermedad se presentaba en mayor porcentaje, inicialmente, en individuos que practicaban la homosexualidad, promiscuidad, drogadicción, y en el menor de los casos: aquéllos que habían recibido transfusiones sanguíneas.
La aceptación de un individuo contaminado dentro del vínculo familiar y social, se relaciona con la información que la familia obtenga con respecto al contagio, evolución y tratamiento del padecimiento, información que debe ser proporcionada por el médico familiar dentro del primer nivel de atención.
La infección por el Virus y el SIDA se ha constituído en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario que se lleven a cabo acciones decisivas para su prevención y control.
Causa angustia en los pacientes y sus familias cuando se tienen conceptos erróneos sobre la enfermedad, en este caso el SIDA; ya que en estudios realizados se ha visto que solo en 4% de la

información a sido otorgada por el Médico familiar, quien se encarga del primer nivel de atención, y es, por tanto, el médico que debe dar mayor información acerca de dicha patología, no sólo en el ámbito biológico, sino también social y psicológico lo que nos obliga a desarrollar nuevas estrategias para cambiar actitudes, y así, los programas de prevención sean los más adecuados en todas aquellas enfermedades que sean prevenibles. Así, ya que el hombre es un ser social médico no solo debe buscar curar, sino también educar al paciente.

La presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de conocer como se encuentra la funcionalidad familiar de estos enfermos, para así poder crear estrategias que nos permita brindar una educación adecuada a la población afectada, que coadyuve a la integración del paciente a la familia y que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes con S.I.D.A vistos en la consulta externa del Hospital General de Zona No. 29 (Aragón) I.M.S.S, de Noviembre del 2000 a Enero del año 200l.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- Identificar que relación guarda el grado de escolaridad y el grado de funcionalidad familiar.
- Determinar si la preferencia sexual tiene relación con la presencia de disfunción familiar.
- Determinar el mecanismo de transmisión más frecuente en el grupo estudiado.
- Determinar si el sexo de los pacientes guarda relación con el grado de funcionalidad familiar.
- Determinar por porcentaje la clasificación social de la familia de acuerdo a: estructura, desarrollo y demografía.
- Determinar si el tiempo de evolución de la enfermedad guarda relación con el grado funcionalidad familiar.
- Determinar de acuerdo a la clasificación social de la familia, si su tipología y desarrollo guardan relación con el grado de funcionalidad de la misma.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Sin lugar a dudas el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha constituido en una "enfermedad de moda"; a pesar que desde su descubrimiento ha habido un progreso sustancial para el entendimiento de los mecanismos patogénicos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante de la infección, persisten actualmente un gran número de incógnitas que conciernen al propio virus, a las células blanco, a las respuestas del huésped infectado y a su epidemiología. (1).

La infección por VIH/SIDA es uno de los problemas de salud pública más complejos a los que se ha enfrentado la humanidad en las últimas décadas; ya que no es sólo una enfermedad que provoca daño al cuerpo humano, también produce serias repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas a los individuos, familias y comunidades afectadas. (2)

El SIDA es entónces, la etapa final de una infección causada por un virus que tiene una duración de varios años; por lo que en la actualidad se considera que es una infección crónica, a partir que una persona es infectada por el virus que causa el SIDA, tarda en promedio 10 años para desarrollar manifestaciones clínicas. (3)

Existen diversas etapas a partir de que una persona es infectada por el Virus, las cuales varían si es una persona adulta o menor de l3 años. Las principales etapas de ésta infección son: infección aguda, periodo asintomático o latencia clínica y SIDA. (4)

Éste síndrome de carácter mortal, puede ser calificado de epidemia mundial. Los primeros casos referidos fuerón en 1977 y 1978 al parecer en los Estados Unidos, Haití y África. Para 1979 se le describió en Europa, dos años después se le asoció al Sarcoma de Kaposi y a otras infecciones poco comunes, entre las que destaca le Neumonia por

Pneumocystis carinii (5). Nadie imaginó la magnitud ni la irrupción de una epidemia que costaría millones de vidas, inicialmente se "diagnosticó" en 5 pacientes homosexuales con neumonía por Pneumocystis carinni, una infección pulmonar observada en niños severamente desnutridos o en adultos con tratamiento intensivo de quimioterapia; posteriormente hubo infección de los no homosexuales, mujeres, drogadictos endovenosos, al igual que hombres con hemofilia, los compañeros sexuales de éstas personas, imigrantes de África y del caribe y algunos niños nacidos de madres que pertenecían a éstos grupos de riesgo. Todas éstas personas pertenecientes a grupos variados tenían algo en común: niveles casi inexsistentes de glóbulos blancos denominados células T "helpers",(6) cuya función es mantener funcionando correctamente el sistema inmunológico. Estos sistemas deficitarios los dejaron vulnerables a graves enfermedades consecutivas. A pesar de que ellas podían ser tratadas, e incluso curadas, surgían otras. Luego de su primera enfermedad grave a los pacientes se les diagnosticaba SIDA (siendo diagnosticado el primer caso como tal, en 1981) y sobrevivían a lo sumo durante l ó 2 años (7). Fue hasta 1984 cuando se estableció que el virus denominado VIH era la causa del misterioso síndrome, encontrándose también que su vía de transmisión de una persona a otra era a través del contacto sexual o por contacto de sangre infectada, instalándose en las células T "helpers" y destruyéndolas progresivamente (8)

Para 1981 existían en el mundo aproximadamente 100,000 personas infectadas por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para finales de 1997, el programa mundial Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que existían 30.6 millones de personas viviendo con el VIH. Del total de infectados por el VIH a nivel mundial, ya habían muerto 11.7 millones de personas, entre niños y adultos (9)

Sin embargo, dichas estadísticas no revelan el verdadero impacto de ésta epidemia mundial; el SIDA ha sido la causa de que resurjan problemas de salud que ya se pensaban controlados, como la Tb (10)
Actualmente ONUSIDA calcula que una persona distinta adquiere la infección cada 5 segundos lo que significa que se están infectando cada día 16,000 personas. De continuar ésta progresión, para finales del año 2000 habrá cerca de 40 millones de personas infectadas por el VIH a nivel mundial. De las 16,000 personas que se infectan diariamente en el mundo, 1,600 corresponden a menores de 15 años y 42% a mujeres (11).
Según informes proporcionados por CONASIDA, la situación mundial de adultos y niños viviendo con VIH/SIDA para finales del año 2000 a nivel mundial será la siguiente :
América del Norte: 920,000; Caribe: 390,000; Europa Occidental: 540,000; Europa Oriental y Asia Central: 700,000; Asia Oriental y Pacífico: 640,000; Asia del Sur y Sudoriental: 5.8 millones; Australia y Nueva Zelandia: 15,000; África Subsahariana: 25.3 millones; África del Norte y oriente Medio: 400,000; Caribe: 390,000 y América Latina: 1.4 .millones. Haciendo una suma total de: 36.l millones de personas (12).
La tendencia de propagación del VIH en América latina es prácticamente la misma que en países industrializados, en los que se observa que el número de infecciones se está reduciendo e incluso se ha estabilizado, aunque se trata de un panorama que no es uniforme en toda la región.
Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2 (13). El tipo 1 es el más conocido y es el responsable de la mayoria de los casos de SIDA en el mundo, el VIH tipo 2 se identificó por primera vez en 1986 en pacientes de África oriental en donde estuvo confinado varios años, sin embargo se han reportado algunos casos de infección por virus tipo 2 en Europa,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

América del Sur, Canadá y Estados Unidos (14). La diferencia más relevante entre estos dos tipos de Virus es la menor eficiencia de transmisión del VIH-2 y su mayor periodo de latencia antes del desarrollo del cuadro clínico de SIDA. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y la subfamilia de los lentivirus (15). Se conocen a la fecha cuatro retrovirus humanos que son: HTLV-I, HTLV-II y los virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 y VIH-2 (2). Las únicas vías de transmisión son aquellas en las que existe intercambio de secreciones como la sangre, secreciones sexuales o leche materna, es decir:

A. Transmisión sexual.
B. Transmisión sanguínea.
C. Transmisión perinatal; o sea de una madre infectada a su hijo (16).

Aún con todo lo estudiado, la "epidemia del siglo" sigue en aumento, siendo las áreas más afectadas de nuestro país: Cd. De México, Guadalajara, Puebla, Nuevo león y baja California. (17). Los primeros casos de S.I.D.A en nuestro país fueron reportados en l983; para fines de l99l había 9.073 notificaciones, y hasta diciembre de 1993, 10 años después, se había casi duplicado la cifra con 17,387 casos, continuando en crecimiento éstas cifras a nivel francamente alarmante; desde el inicio de la epidemia y hasta el 1º. De Octubre de 1998, se han registrado de manera acumulada 37,38l casos en nuestro país; sin embargo ésta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la apidemia, debido a los fenómenos conocidos en todo el mundo como retrasos en las notificaciones y subnotificaciones (18); estimándose que existe un retraso en la notificación del 33% de los casos de SIDA, en tanto que la subnotificación esta retrasada en un l8.5%. de este modo , al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrados, en realidad existen en nuestro país alrededor de 59,000 casos

acumulados; calculándose una cifra aproximada de 30,000 casos para el año 2000 (2).Debido al crecimiento estratosférico en éstas cifras, se han realizado durante los años, numerosos estudios, encontrándose que los grupos de edades más afectados (dentro del IMSS) fueron de los 25-34 y 35 a 44 años; lo cuál podía verse reflejado en años perdidos de vida potencial, por ser éstas edades reproductivas y productivas para el país (19). Tenemos pués, que pocos agentes han sido tan extensamente estudiados como el VIH, agente causal del SIDA, considerándose en la actualidad, como el agente etiológico más importante del siglo XX para enf. Infecto-contagiosas (20); es así como el SIDA es considerado como una enfermedad mortal, ya que hasta el momento, no existe tratamiento específico ni vacuna capaz de prevenirlo. La incidencia es ascendente e involucra a portadores, enfermos y familiares(21). La magnitud, trascendencia y complejidad del padecimiento lo ubican como uno de los principales problemas de salud pública institucional que amerita atención multidisciplinaria. Cada vez se han reportado más pacientes en edad reproductiva, ya que se encuentran economicamente activos, siendo el único sosten de sus familias. Los homosexuales tienden al rechazo de la figura paterna, otras familias "responden" con indecisión de aceptar a su familiar enfermo (22).

La familia en el contexto social en que nos desenvolvemos, influye de manera determinante para el desarrollo del individuo, con su actitud y la de él hacia ellos. (23), involucrándose el núcleo familiar en un proceso dinámico para mantener su equilibrio (8). La presencia de cualesquiera enfermedad causa angustia, y si bien es cierto que la angustia es fundamentalmente biológica, su manifestación trasciende la esfera biológica y envuelve todo el ser (24).

Con toda la información hasta ahora conjuntada, es posible deducir que la pandemia no se circunscribe ya a los grupos de alto riego, sino que

existe la posibilidad muy real de que la población general puede ser suceptible a éste tipo de infección (25). Ningún individuo, país o región del mundo está a salvo de la infección por VIH así como de sus repercusiones. Los individuos infectados por VIH se enfrentan a dos batallas: la primera en contra de la enfermedad y la segunda, y quizá la más cruel, en contra de la discriminación, refieren sentir perder una batalla contra la estigmatización social, y, en numerosas veces: familiar (26); entendiendo como familia como una unidad funcional, como un sistema de interacción, o mejor aún de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según Le Play-Proudhon "es la célula básica de la sociedad" (10). Puede ser clasificada en base a:

I. Su desarrollo:

Moderna: Consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles de los conyuges.
Tradicional o Protogeneracional: El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos, se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.
Arcaica o Primitiva: Es la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

II. Demografia:
De acuerdo a su distribución Geográfica
Urbana.
Rural.

III. Tipologia:

Campesina: Es una familia subproletaria, con fuerza de trabajo no calificada, no tiene empleo fijo.

Obrera: Familia proletaria, de clase media, con fuerza de trabajo calificada, posee capital, condición económica más holgada.

Profesional: Familia acomodada, posee capital y recursos suficientes para explotar a los demás. Tiene estudio profesional.

IV. Composición y estructura.

Nuclear: Formada por padre, madre e hijos. Es el modelo de la familia actual.

Extensa: Formada por padre. Madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

Compuesta: Además de los integrantes que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo consanguíneo o legal, como lo es el caso de amigos y compadres (27).

FASES DEL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA.

A. *FASE DE MATRIMONIO.* Comienza con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo. En ésta etapa se enfrenta a 3 esferas. 1) Ajuste sexual. 2) Información sobre planificación familiar, prevención de enfermedades venéreas y embarazos no deseados. 3) Interacción de la personalidad para llegar a la complementaridad.

B. *FASE DE EXPANSIÓN.* Se inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del ultimo hijo.

C. *FASE DE DISPERSIÓN.* Una vez alcanzado el ajuste de un nuevo miembro, fenómeno que se da si la pareja ha alcanzado una adecuada

socialización para que él empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

D. *FASE DE INDEPENDENCIA.* Cuando la familia se dispersa los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez, para que la fase de independencia sea completa los hijos deben ser independientes mientas mantienen lazos de unión con los padres, pudiendo continuar con las funciones de afecto, socialización y Status.

E. *FASE DE RETIRO Y MUERTE.* Fase final del ciclo que se acompaña de incertidumbre, la estabilidad familiar se agraba por la incapacidad de trabajar. Agotamiento de los recursos económicos, hijos casados en fase de expansión sin posibilidad de poder proporcionar recursos a los padres (28).

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia Satir emplea los siguientes criterios: Comunicación, individualidad, toma de decisiones y reacción a los eventos críticos; existen varios instrumentos para evaluar dicha funcionalidad, uno de ellos es el FACES III (Family Adaptability ans Cohesion Evaluation Scales), desarrollado a finales de los setentas por Olson y sus colaboradores. Este instrumento permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, es fácil de aplicar y calificar, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años (29).

La escala se conforma por 20 ítems que recogen la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia. La cohesión es definida como la característica del vínculo emocional que une a los miembros de la familia entre sí. Cohesión en este caso incluye: apoyo interno, límites emocionales y familiares, intereses, valoración del compartir en familia, solidaridad interna, etc (30)

La adaptabilidad es definida por los autores de la escala, como la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus relaciones de roles, sus reglas de relación en respuesta a eventos situacionales o del desarrollo (31).
Los ítems de adaptabilidad evalúan el liderazgo, control. Disciplina, roles y reglas. Cada ítem es contestado de acuerdo a una escala Likert que interroga en 5 alternativas que van desde el total acuerdo al total desacuerdo con la pregunta. Cada respuesta tiene un puntaje. Los ítems de cohesión y adaptabilidad se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permiten ubicar a la familia encuentada en uno de los 16 tipos de familia que el modelo circunflejo de Olson clasifica, de acuerdo a las dos variables mencionadas. Los tipos de familia se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y su grado de funcionalidad. (30). Ver anexos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ INFLUYE LA PRESENCIA DE UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA CON SIDA EN EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR?.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional con la finalidad de determinar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes con SIDA.

.

La muestra fue conformada por 43 pacientes con Diagnóstico de SIDA, vistos en la C. Externa del Hospital General de Zona No. 29 durante el periodo de noviembre a enero del 2000-2001, siendo supervisado por el servicio de Medicina Interna.

Para la elección de los pacientes se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con Diagnóstico de SIDA adscritos al HGZ No. 29, Delegación 02 Noroeste vistos en la consulta externa, independientemente del tiempo de evolución del dx. con presencia o no de enfermedades concomitantes.
- Pacientes con edad comprendida entre 26 y 50 años.
- Pacientes sin alteración de la conciencia.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Pacientes que vivan con su familia.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes con deterioro mental.
- Pacientes en fase terminal.
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Se elaboró un cuestionario donde se pudo evaluar la clasificación de la familia desde el punto de vista social, así como se agregaron preguntas que nos permitieron identificar la fase de evolución en que se encontraba la familia del paciente. Para la evaluación de la funcionalidad, se aplicó el instrumento FACES, que consta de 20 preguntas, con ponderaciones del 1 al 5 cada una, permitiendo hacer 16 combinaciones para la evaluación de la funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (Ver anexos).

Una vez obtenido el resultado, se procedió al análisis gráfico para poder llegar a una conclusión.

TABLA NO. 1

PACIENTES CON S.I.D.A SEGÚN EDAD Y SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

RANGO DE EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
26-30 AÑOS	7	1
31-35 AÑOS	7	2
36-40 AÑOS	13	2
41-45 AÑOS	4	1
46-50 AÑOS	3	0
TOTAL	34	6

RANGO DE EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
26-30 AÑOS	17 5	2 5
31-35 AÑOS	17 5	5
36-40 AÑOS	32.5	5
41-45 AÑOS	10	2 5
46-50 AÑOS	7 5	0
TOTAL	85	15

Fuente: Pacientes con dx. De SIDA vistos en la consulta externa de M.I. del Hospital General de Zona No 29.

PACIENTES CON S.I.D.A SEGÚN EDAD Y SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN SEXO Y EDAD

	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS
SEXO MASCULINO	7	7	13	4	3
SEXO FEMENINO	1	2	2	1	0

EDAD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

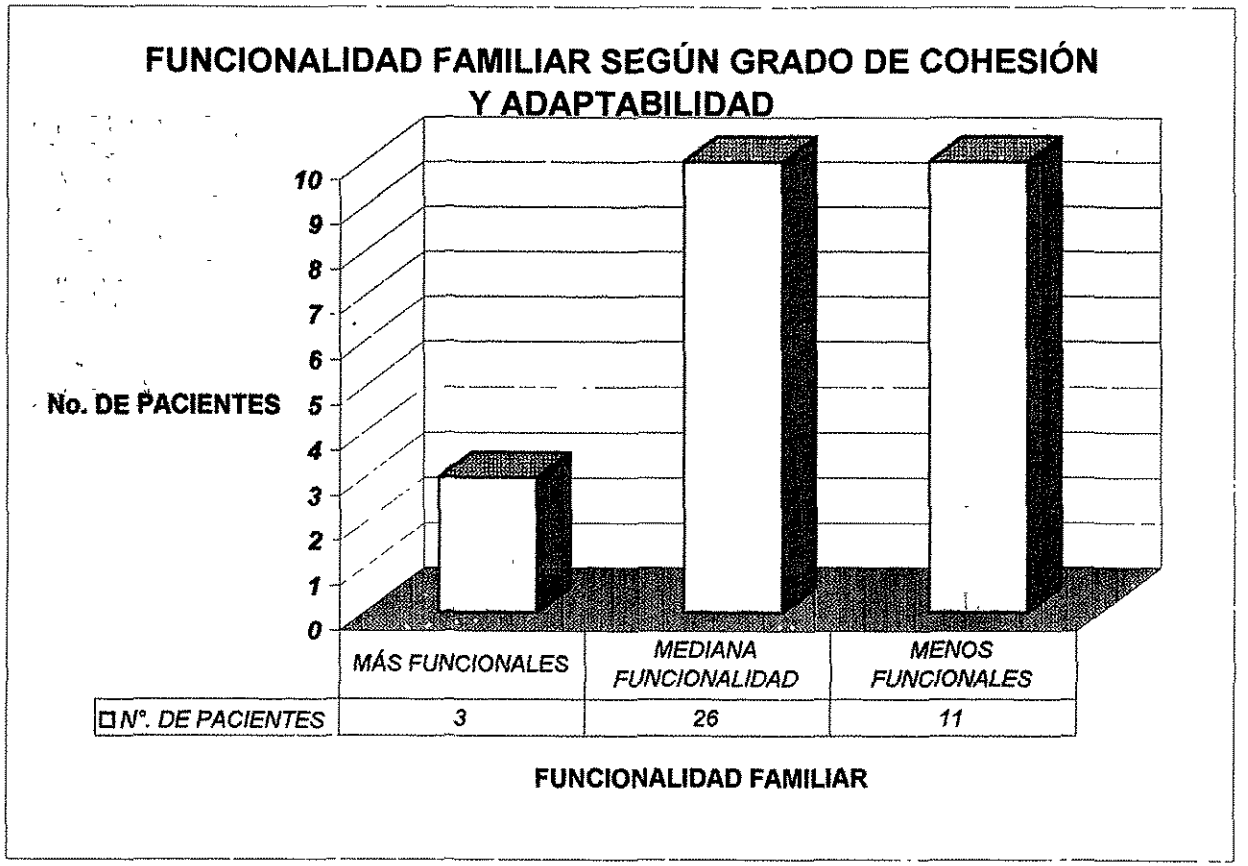
GRAFICA No. 2

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS ENLA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. No: 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

FUNCIONALIDAD	N°. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MÁS FUNCIONALES	3	7.5
MEDIANA FUNCIONALIDAD	26	65.0
MENOS FUNCIONALES	11	27.5
TOTAL	40	100

Fuente Pacientes de la C. Ext de HGZ No. 29

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS ENLA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



FALLA DE ORIGEN
TESIS CON

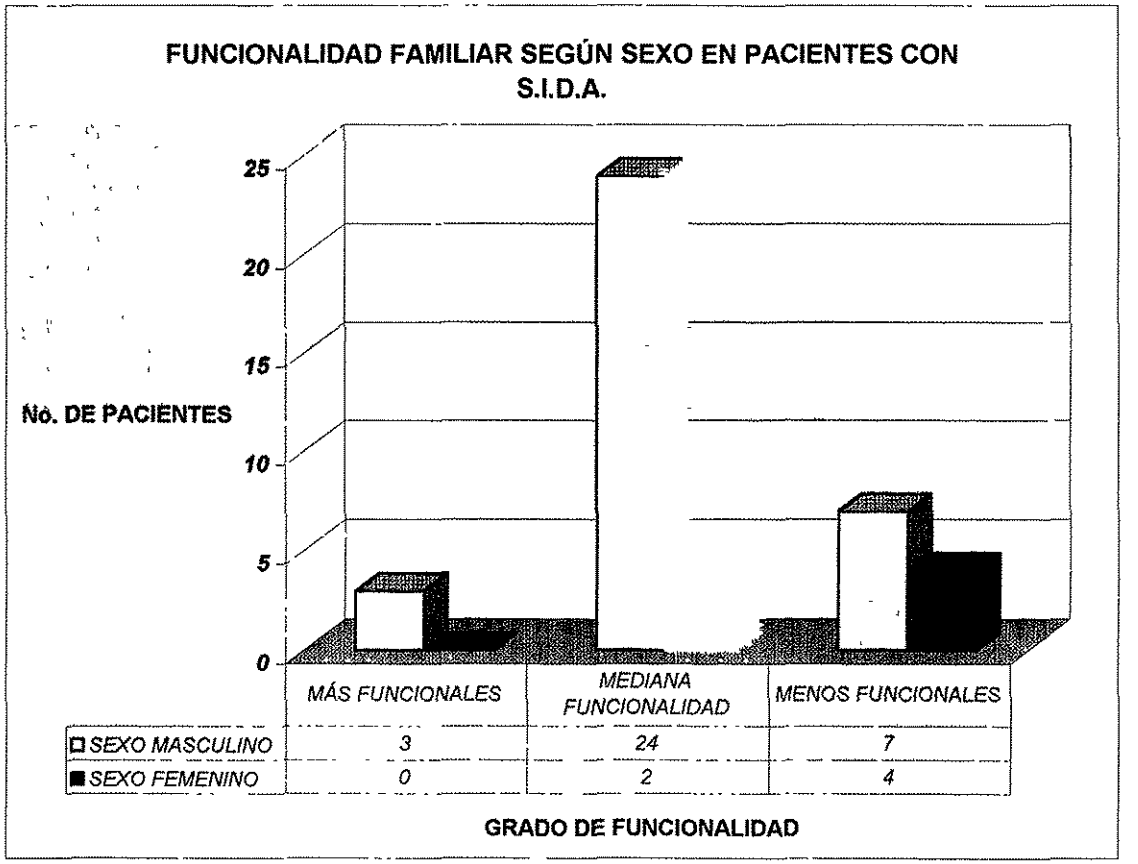
TABLA No. 3.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

GRADO DE FUNCIONALIDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
MÁS FUNCIONALES	3	0
MEDIANA FUNCIONALIDAD	24	2
MENOS FUNCIONALES	7	4
TOTAL	34	6

Fuente: Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M.I. del Hospital General de Zona No 29.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



FALLA DE ORIGEN
TESIS CON

TABLA No. 4

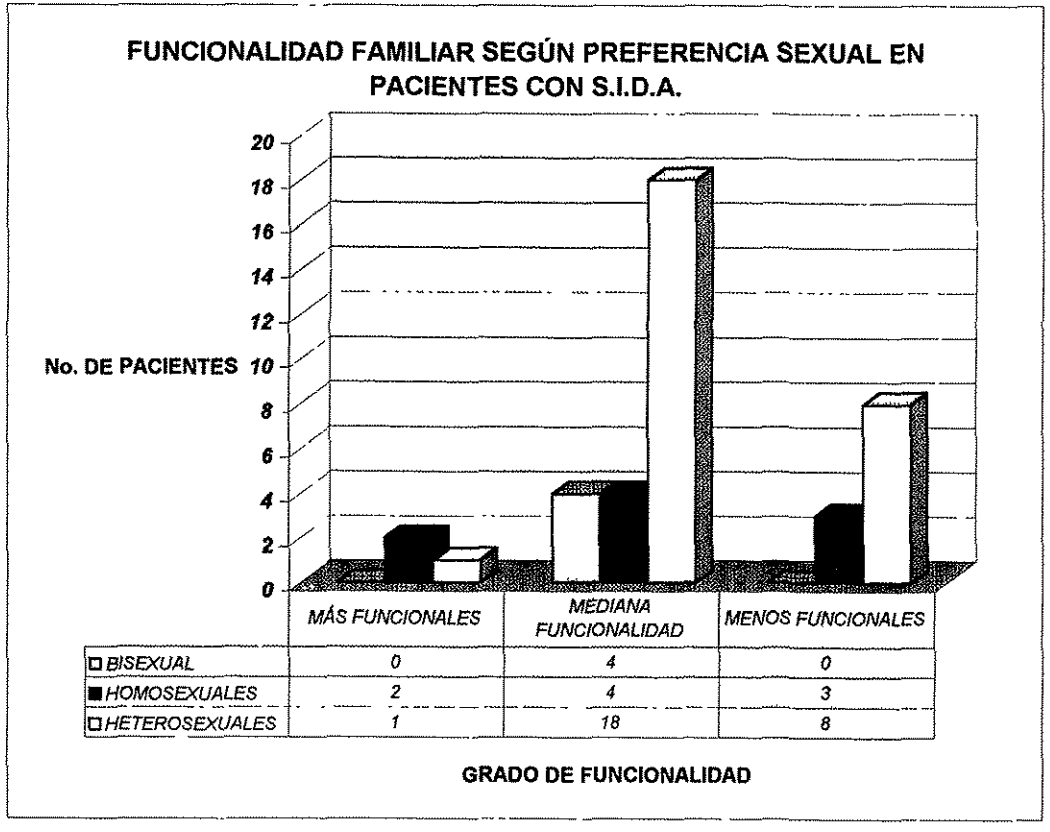
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN PREFERENCIA SEXUAL EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

PREFERENCIA SEXUAL	BISEXUAL	HOMOSEXUALES	HETEROSEXUALES	No PACIENTES
MÁS FUNCIONALES	0	2	1	3
MEDIANA FUNCIONALIDAD	4	4	18	26
MENOS FUNCIONALES	0	3	8	11
TOTAL	4	9	27	40

Fuente Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M.I del Hospital General de Zona No 29

27

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN PREFERENCIA SEXUAL EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

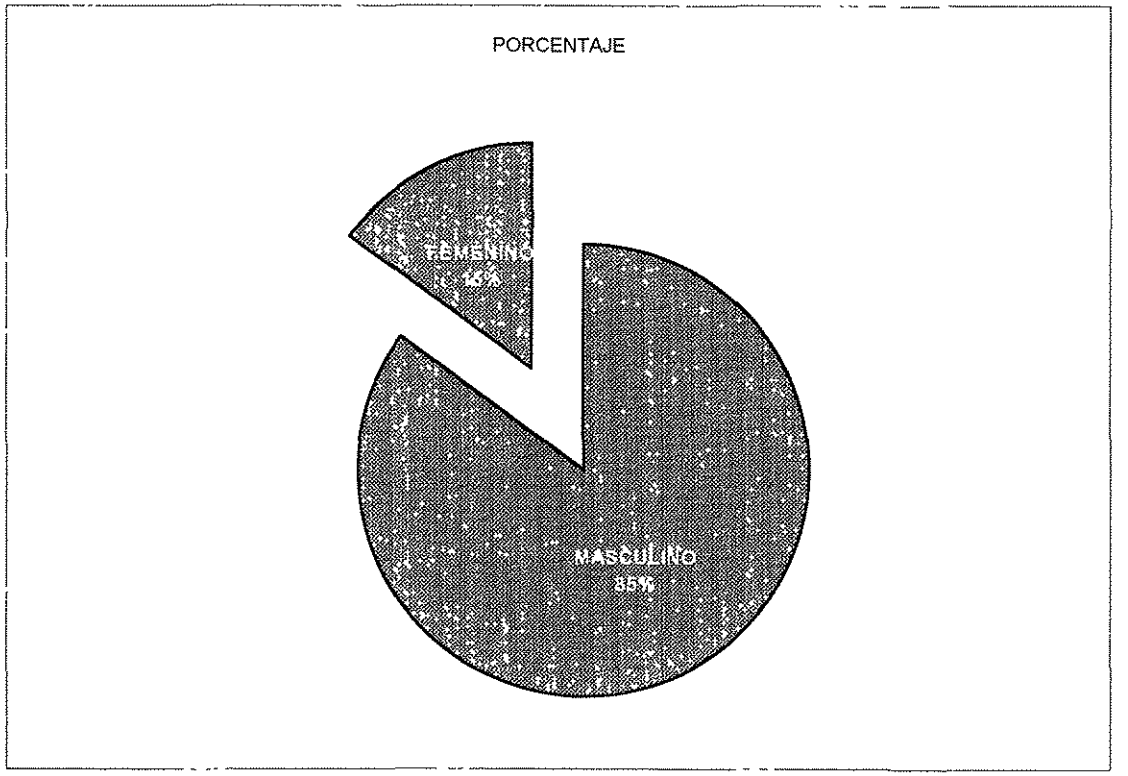
TABLA No. 5

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

SEXO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	34	85
FEMENINO	6	15
TOTAL	40	100

Fuente Pacientes con dx SIDA Vistos en la C Ext HGZ No. 29

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

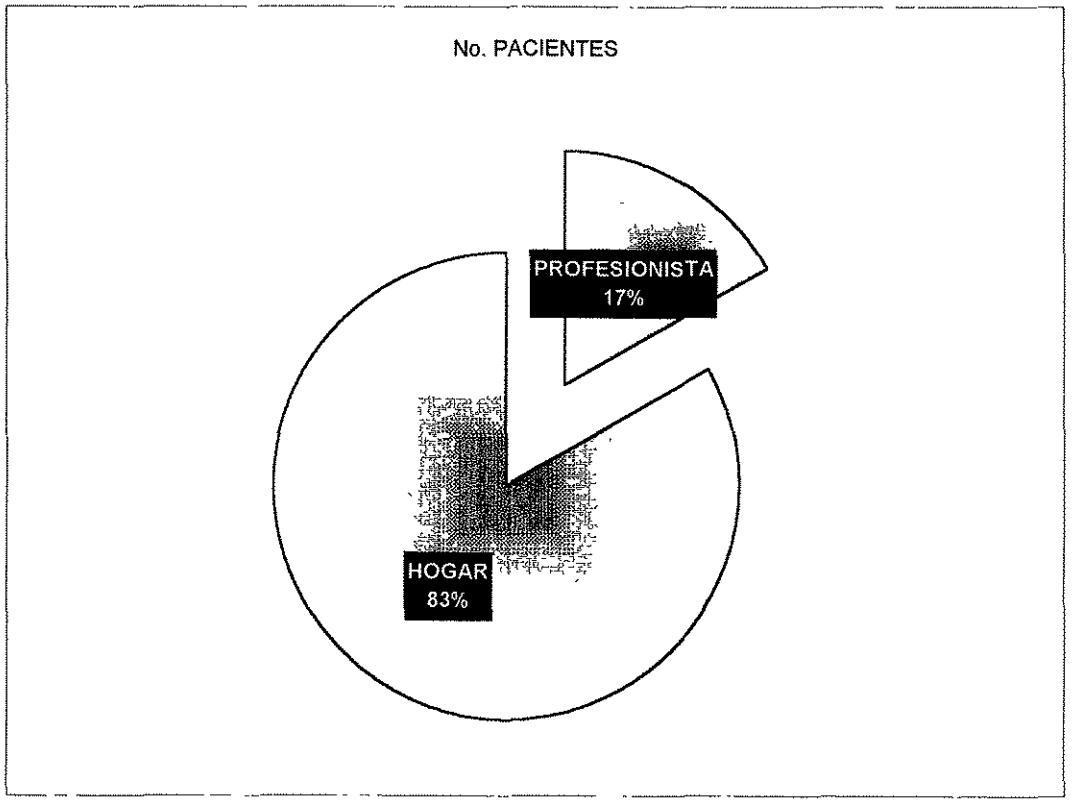
TABLA No. 6

PACIENTES CON S.I.D.A. DEL SEXO FEMENINO, DISTRIBUIDAS SEGÚN OCUPACIÓN VISTAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

OCUPACIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	1	17
HOGAR	5	83
TOTAL	6	100

Fuente. Ptes con dx. de SIDA de la C Externa del HGZ No 29

PACIENTES CON S.I.D.A. DEL SEXO FEMENINO, DISTRIBUIDAS SEGÚN OCUPACIÓN VISTAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

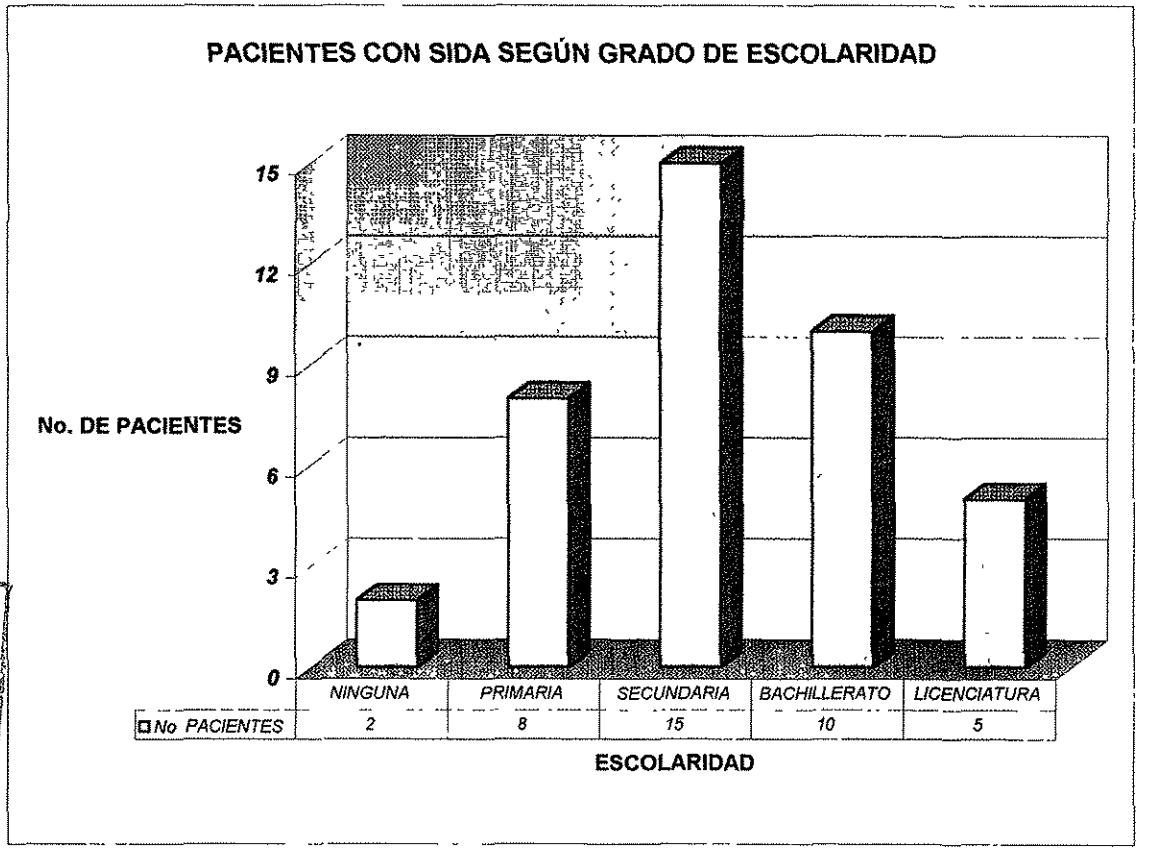
TABLA No. 7.

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

ESCOLARIDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA	2	5.0
PRIMARIA	8	20.0
SECUNDARIA	15	37.5
BACHILLERATO	10	25.0
LICENCIATURA	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente pacientes del HGZ No 29, con Dx de SIDA, vistos en C Externa

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

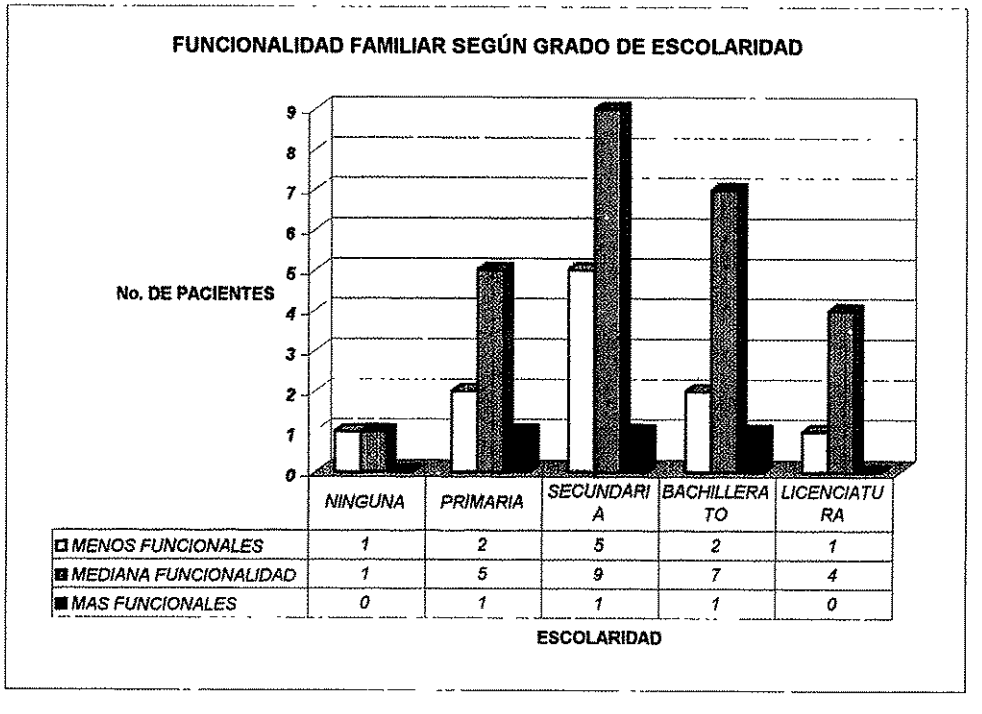
TABLA No. 8

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

ESCOLARIDAD	MENOS FUNCIONALES	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MAS FUNCIONALES
NINGUNA	1	1	0
PRIMARIA	2	5	1
SECUNDARIA	5	9	1
BACHILLERATO	2	7	1
LICENCIATURA	1	4	0
TOTAL	11	26	3

Fuente Pacientes vistos en C Ext del HGZ No 29 con dx de SIDA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

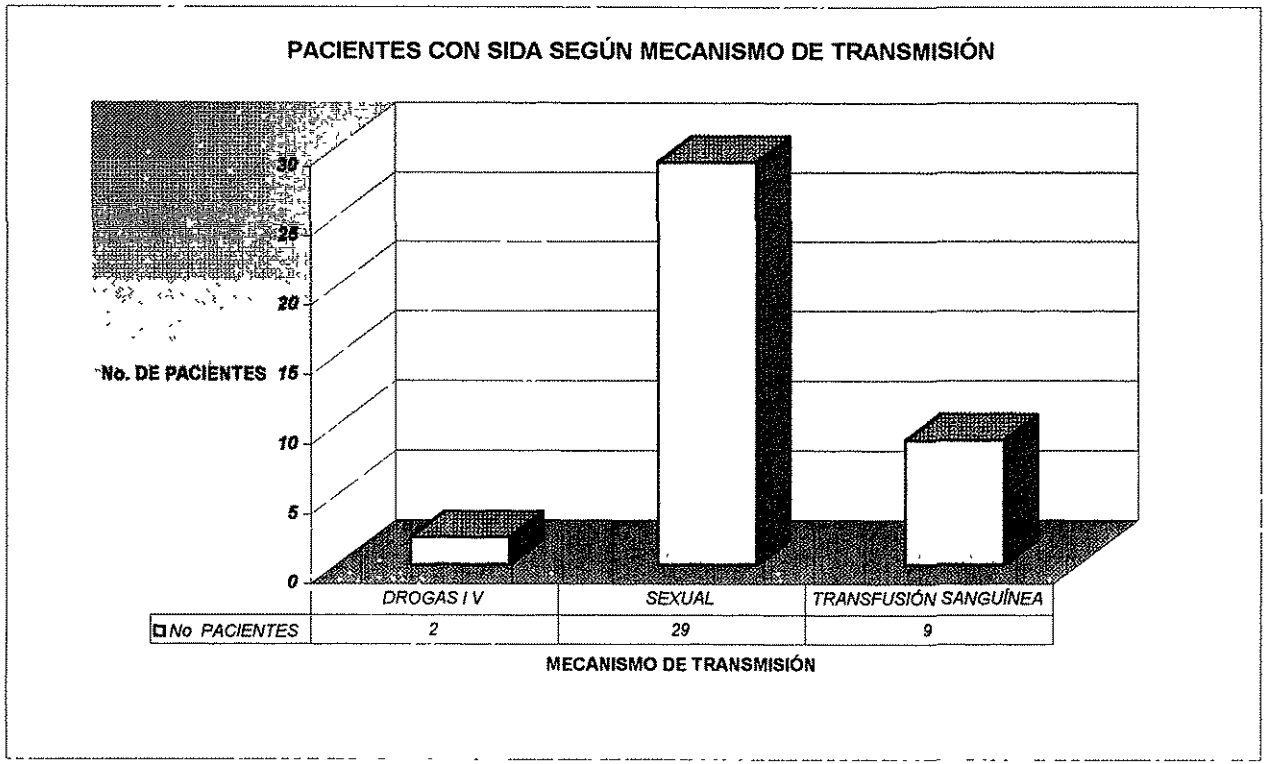
TABLA No. 9

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

MECANISMO DE TRANSMISIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
DROGAS I.V	2	5.0
SEXUAL	29	72.5
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	9	22.5
TOTAL	40	100

Fuente. Pacientes con dx de SIDA vistos en la consulta externa del HGZ No. 29

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

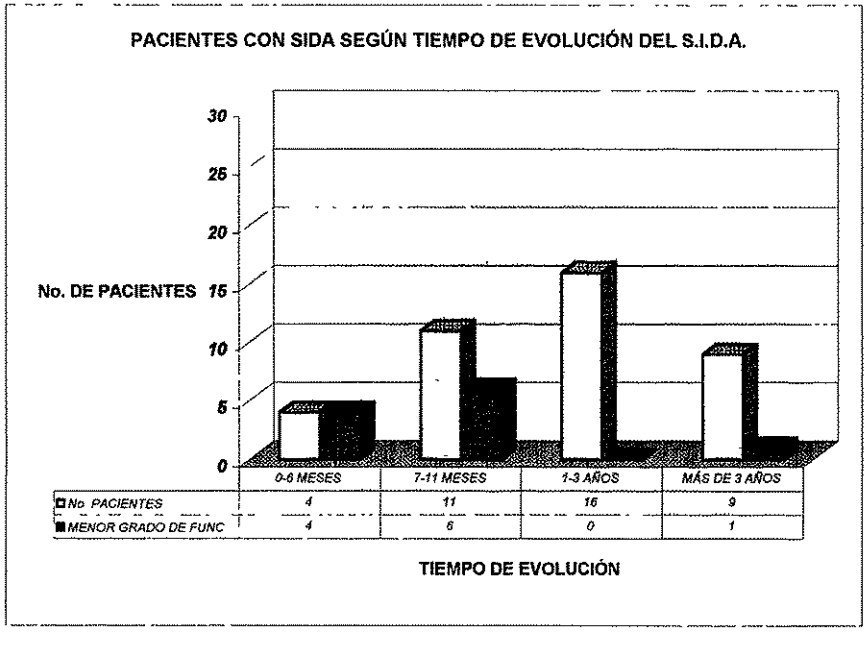
TABLA No. 10.

GRADO MENOR DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON SIDA VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001 SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENF	No. PACIENTES	MENOR GRADO DE FUNC.
0-6 MESES	4	4
7-11 MESES	11	6
1-3 AÑOS	16	0
MÁS DE 3 AÑOS	9	1
TOTAL	40	11

fuente. Pacientes con dx. de SIDA vistos en la consulta externa del HGZ No 29

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL S.I.D.A.
VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

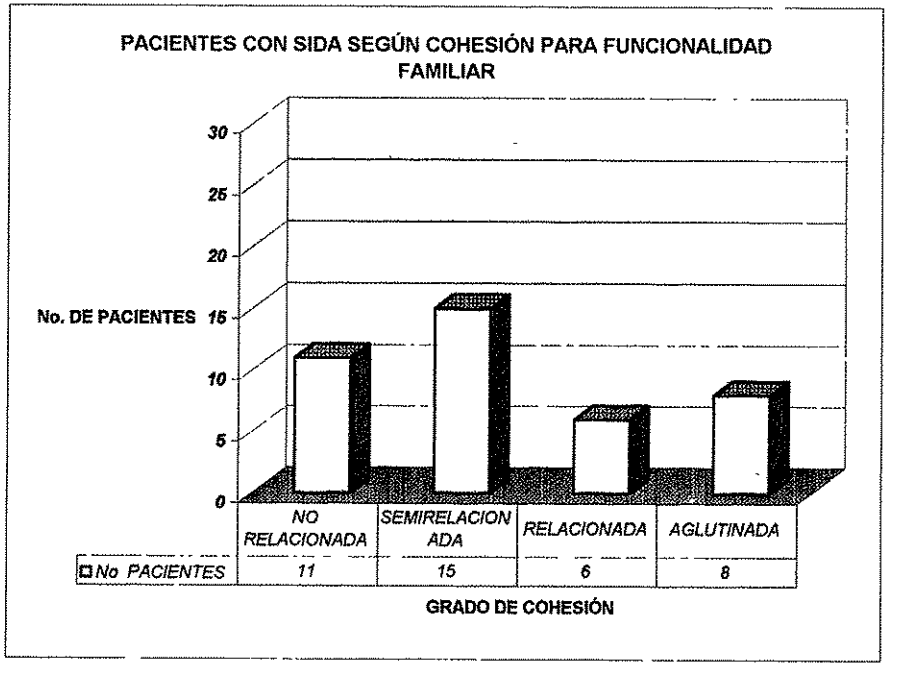
TABLA No. 11

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN COHESIÓN PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III) VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

GRADO DE COHESIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	11	27.5
SEMIRELACIONADA	15	37.5
RELACIONADA	6	15.0
AGLUTINADA	8	20.0
TOTAL	40	100

Fuente: Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M.I. del Hospital General de Zona No 29

PACIENTES CON S.I.D.A. SEGÚN COHESIÓN PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III) VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

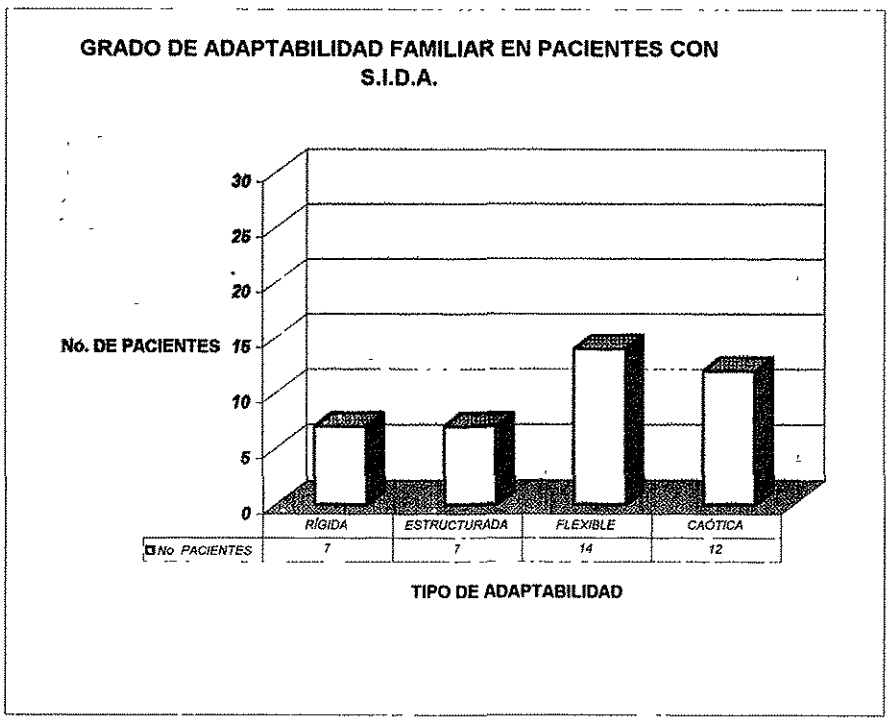
TABLA No. 12.

GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

TIPO DE ADAPTABILIDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
RÍGIDA	7	17.5
ESTRUCTURADA	7	17.5
FLEXIBLE	14	35.0
CAÓTICA	12	30.0
TOTAL	40	100

Fuente. Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M.I. del Hospital General de Zona No 29

GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

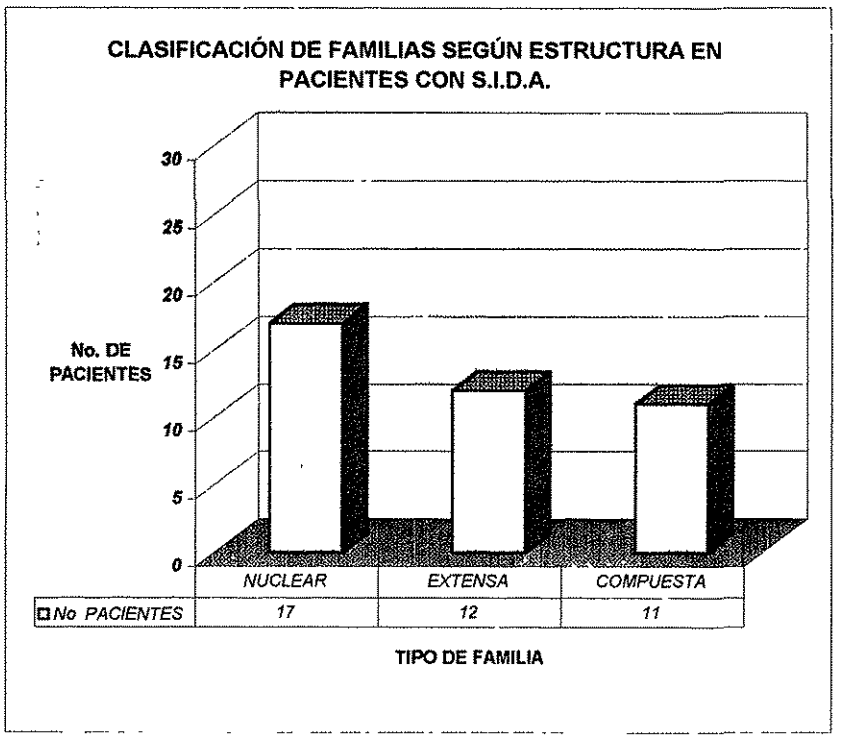
TABLA No. 13.

CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS SEGÚN SU ESTRUCTURA EN PACIENTES CON S.I.D.A VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

TIPO DE FAMILIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NUCLEAR	17	42.5
EXTENSA	12	30.0
COMPUESTA	11	27.5
TOTAL	40	100

Fuente· Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M I. del Hospital General de Zona No. 29

CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS SEGÚN SU ESTRUCTURA EN PACIENTES CON S.I.D.A VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

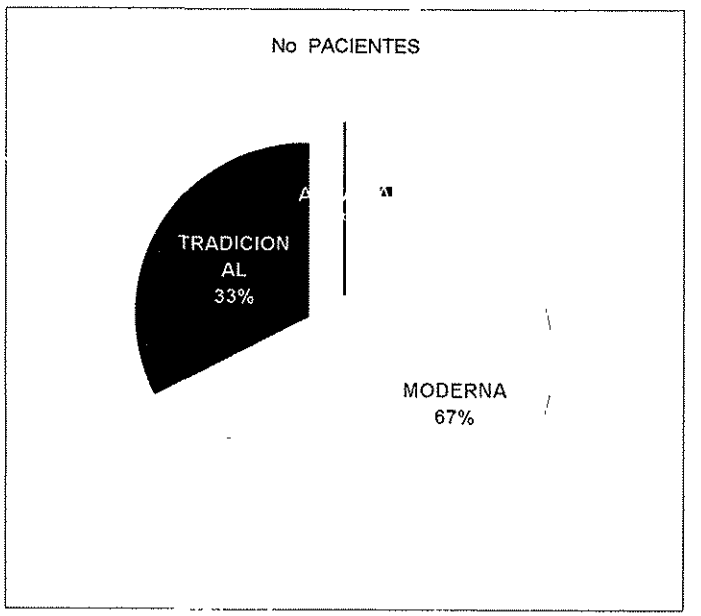
TABLA No. 14.

DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN SU DESARROLLO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

TIPO DE FAMILIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MODERNA	27	67.5
TRADICIONAL	13	32.5
ARCAICA	0	0.0
TOTAL	40	100

Fuente Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M I. del Hospital General de Zona No 29

DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN SU DESARROLLO EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

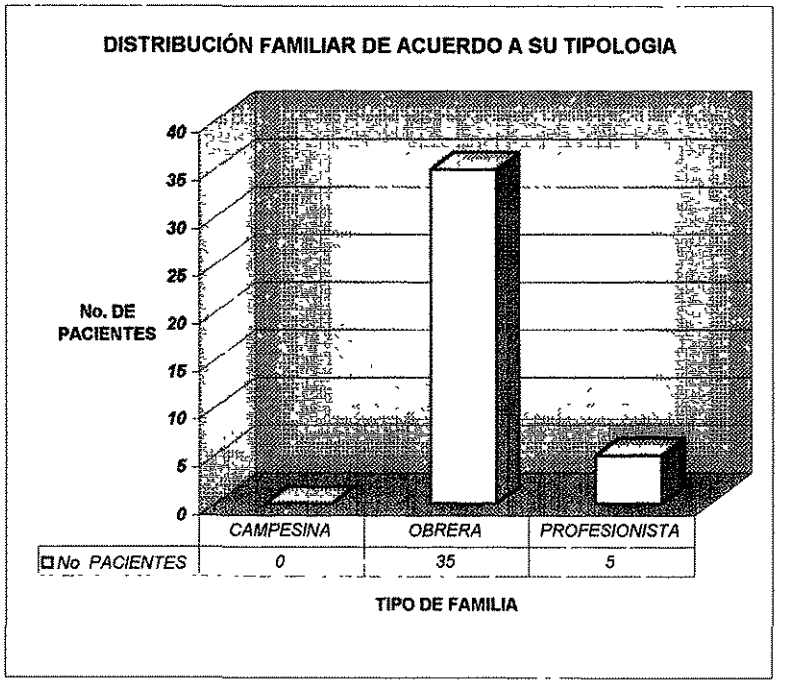
TABLA No. 15.

DISTRIBUCIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A SU TIPOLOGÍA EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

TIPO DE FAMILIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
CAMPESINA	0	0.0
OBRERA	35	87.5
PROFESIONISTA	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M I. del Hospital General de Zona No 29.

DISTRIBUCIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A SU TIPOLOGÍA EN PACIENTES CON S.I.D.A. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

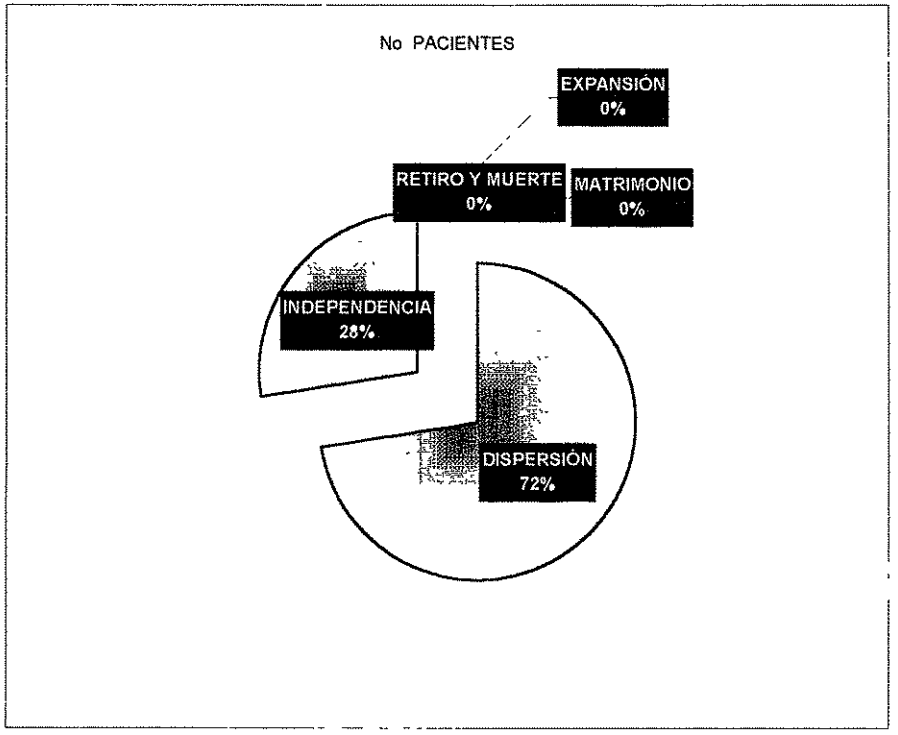
TABLA No. 16.

PACIENTES CON S.I.D.A. DE ACUERDO A SU CICLO DE VIDA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

CICLO DE VIDA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MATRIMONIO	0	0.0
EXPANSIÓN	0	0.0
DISPERSIÓN	29	72.5
INDEPENDENCIA	11	27.5
RETIRO Y MUERTE	0	0.0
TOTAL	40	100.0

Fuente Pacientes con dx De SIDA vistos en la consulta externa de M.I. del Hospital General de Zona No 29

PACIENTES CON S.I.D.A. DE ACUERDO A SU CICLO DE VIDA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 17.

CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD DISTRIBUIDOS POR SEXO
VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

ADAPTACIÓN SEGÚN NÚMERO DE PACIENTES

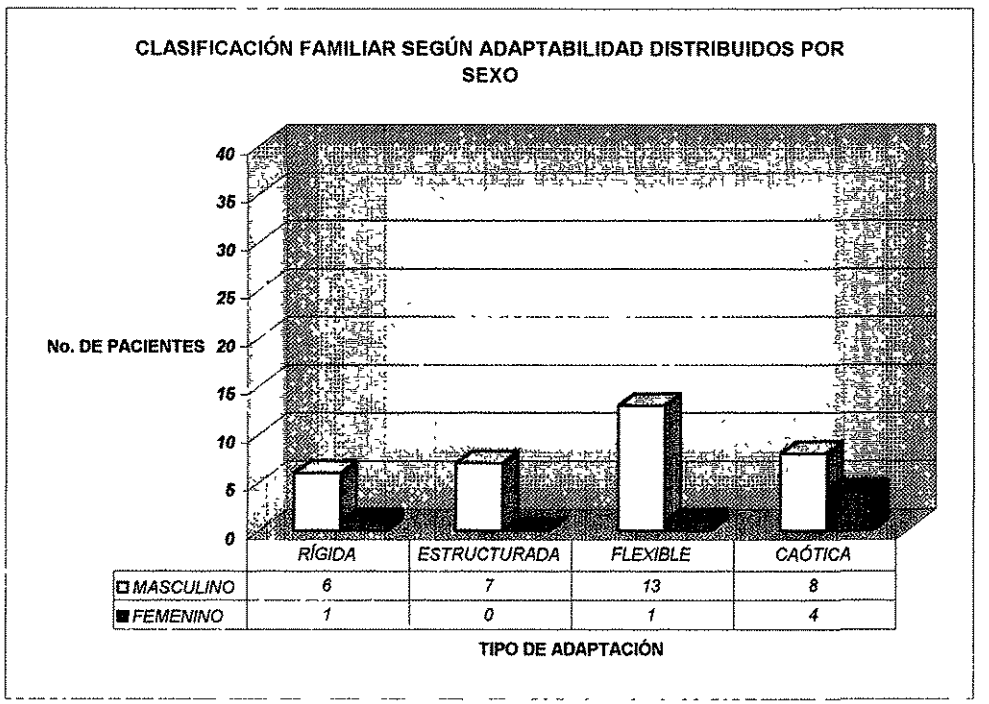
TIPO DE ADAPTACIÓN	MASCULINO	FEMENINO
RÍGIDA	6	1
ESTRUCTURADA	7	0
FLEXIBLE	13	1
CAÓTICA	8	4
TOTAL	34	6

ADAPTACIÓN SEGÚN PORCENTAJE DE PACIENTES

TIPO DE ADAPTACIÓN	MASCULINO	FEMENINO
RÍGIDA	15	2.5
ESTRUCTURADA	17.5	0
FLEXIBLE	32.5	2.5
CAÓTICA	20	10
TOTAL	85	15

Fuente. pacientes con dx. de SIDA vistos en la C Externa del HGZ No 29

CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD DISTRIBUIDOS POR SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



FALLA DE ORIGEN
TESIS CON

TABLA No. 18

CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN DISTRIBUIDOS POR SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001

COHESIÓN SEGÚN NÚMERO DE PACIENTES

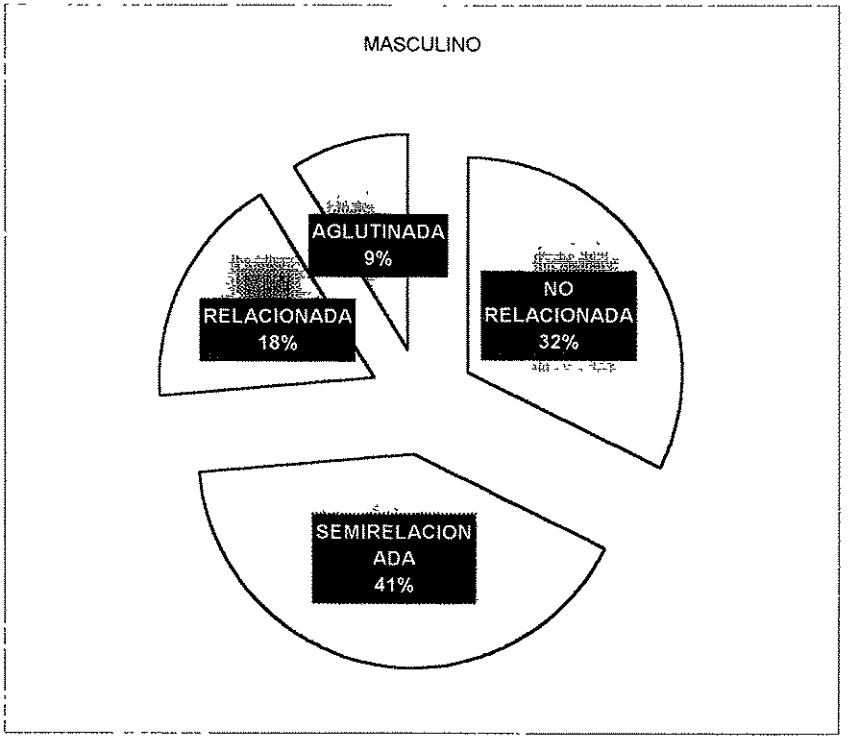
GRADO DE COHESIÓN	MASCULINO	FEMENINO
NO RELACIONADA	11	0
SEMIRELACIONADA	14	1
RELACIONADA	6	0
AGLUTINADA	3	5
TOTAL	34	6

COHESIÓN SEGÚN PORCENTAJE DE PACIENTES

GRADO DE COHESIÓN	MASCULINO	FEMENINO
NO RELACIONADA	27 5	0
SEMIRELACIONADA	35	2 5
RELACIONADA	15	0
AGLUTINADA	7 5	12 5
TOTAL	85	15

Fuente Ptes con dx de SIDA vistos en la consulta externa del HGZ No. 29

CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN COHESIÓN DISTRIBUIDOS POR SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. No. 29 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Con respecto a los resultados obtenidos tenemos:
Se estudiaron 40 pacientes con diagnóstico de SIDA de una muestra original de 43 pacientes, vistos en la consulta externa del HGZ No. 29, durante el periodo de noviembre a enero del 2000-2001, 02 fallecieron durante el periodo del estudio y 01 de ellos se rehusó a participar.

La razón encontrada fue: 5.6 hombres por 01 mujer; la proporción se ubicó en que por cada 9 pacientes 8 lo son del sexo masculino, lo que equivale a un porcentaje de 85% de la muestra fueron pacientes del sexo masculino y 15% del sexo femenino.
La edad media encontrada fue de 36 años con una media de 36.5 años y la moda se encontró en edades de 28,38 y 39 años de edad.

TABLA Y GRÁFICA No. 1.
Con respecto a los resultados obtenidos se obtuvo que el mayor número de pacientes encuestados se encontraba en edades entre 36 a 40 años, de los cuáles 13 eran del sexo masculino y 2 del sexo femenino. Ello concuerda con lo que la literatura reporta, acerca de que el mayor porcentaje de pacientes con SIDA están en edades productivas y aún reproductivas.

TABLA Y GRÁFICO No. 2.
Nos reporta el grado de funcionalidad familiar, de acuerdo a ello se encontró un mayor porcentaje de pacientes con mediana funcionalidad con un total de 26 pacientes, que equivale a 65% de

la población estudiada, en segundo lugar se encontró a las familias con menor grado de funcionalidad, éstas presentes en 11 pacientes, equivalente a un 27.5%; en tercer y último lugar a las más funcionales con un total de 3 pacientes que corresponde a un 7.5%.

TABLA Y GRÁFICO No. 3.

Nos habla de grado de funcionalidad familiar y SIDA distribuidos según sexo, encontrándose que el mayor número de pacientes del sexo masculino tiene una mayor funcionalidad familiar, ello encontrado en 24 pacientes; en segundo lugar se encontró a las familias menos funcionales, en 7 pacientes; y el menor número de familias, lo son de tipo más funcional, encontradas en 3 pacientes.

En pacientes del sexo femenino, se encontró predominan las familias menos funcionales, encontrándose que 4 pacientes pertenecían a éste tipo de familia; en segundo lugar las medianamente funcionales, presentes en 2 pacientes; cabe destacar no se encontró a ninguna familia de pacientes del sexo femenino con buena / ó más funcionalidad.

TABLA Y GRÁFICA No. 4.

Nos muestra el grado de funcionalidad familiar según la preferencia sexual, encontrándose que de los pacientes bisexuales, TODOS pertenecen a familias de mediana funcionalidad, 04 pacientes.

Del grupo de homosexuales, la mayoría de familias encontradas era de mediana funcionalidad, 04 pacientes; en segundo lugar se encontraban las familias menos funcionales, 3 pacientes; y el menor número de pacientes pertenecía a familias más funcionales, 1 paciente solamente. Así, del total global de la muestra, se encontró en 1er. lugar a las familias de mediana funcionalidad, representadas

por 26 pacientes; en 2º. lugar a las menos funcionales representadas o vistas en 11 pacientes, y en 3er. lugar a las más funcionales, encontradas en sólo 3 pacientes.

TABLA Y GRÁFICO No. 5.

Con respecto a la distribución por sexo se encontró un 85% pertenecía a pacientes del sexo masculino, con un número de pacientes de 34; y l5% al sexo femenino representado por 6 pacientes encuestadas.

TABLA Y GRÁFICO No. 6.

Con respecto a la rubro ocupación en el sexo femenino se encontró que la mayoría de las pacientes se dedicaban al hogar, es decir no trabajaban, con un número de 5 pacientes, equivalente a un 83% de las mujeres incluidas en el estudio, y en segundo lugar se encontró a las mujeres profesionistas con un número de 1 paciente, equivalente al 15% de la muestra.

TABLA Y GRÁFICO No. 7.

Con respecto al grado de escolaridad se encontró el mayor porcentaje de pacientes cursó con nivel secundaria, encontrándose lo habían cursado 15 pacientes, equivalente al 37.5%; en 2º. Lugar se encontraban los de nivel bachillerato, con un número de 10 pacientes, equivalente al 25%; en 3er. lugar habían cursado solo el nivel primaria, con un número de 8 pacientes de los encuestados, equivalente al l5%; en 4to. Lugar a pacientes con nivel licenciatura, con un número de 5 pacientes, equivalente al 12.5%; y el 5to. Y último lugar se encontró a los pacientes que no contaban siquiera

con nivel primaria, ello se observó en 2 pacientes, equivalente a un 5% de la muestra total global.

TABLA Y GRÁFICA No. 8.

En ésta tabla se puede observar el grado de funcionalidad familiar según grado de escolaridad cursado; concluyendo: se encontraron a 2 pacientes con nula escolaridad; de los cuáles 1 pertenecía a familia menos funcional y 1 a familia de mediana funcionalidad; con nivel primaria se encontrarón a 8 pacientes, de ellos 2 pertenecían a familias de menor funcionalidad, 5 a una familia medianamente funcional y 1 a familia menos funcional (ó disfuncional); en nivel secundaria se encontraron a 15 pacientes, 5 de ellos pertenecían a familias menos funcionales, 9 a mediana funcionalidad y 1 a las menos funcionales; de los pacientes con nivel bachillerato se encontró, de un total de 10, que 2 pertenecían a familias menos funcionales, 7 a las medianamente funcionales y 1 con familia funcional; los pacientes con nivel licenciatura fueron 5. 1 con familia menos funcional y 4 pertenecían a familias de mediana funcionalidad.

TABLA Y GRÁFICO No. 9.

Se reporta en ella la distribución por frecuencia de los pacientes según el mecanismo de transmisión de la enfermedad, encontrándose un mayor número de pacientes adquirieron la enfermedad por vía sexual, un número de 29 pacientes, equivalente al 72.5%; en 2º. Lugar se encontró la vía de transmisión sanguínea, con 9 pacientes, equivalente al 22,5%; y en 3er. lugar la transmisión endovenosa, reportada en 2 pacientes, equivalente al 5%.

TABLA Y GRÁFICO No. 10.

Se obtuvo que con respecto a la menor funcionalidad según tiempo de evolución de la enfermedad, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que tenían un rango de evolución entre 7 a 11 meses; en 2º. Lugar se encontraban los pacientes con una evolución de 0 a 6 meses y por último lugar, según orden de frecuencia, los pacientes con una evolución de más de 3 años, visto sólo en l paciente.

TABLA Y GRÁFICO No. 11.

Muestra el grado de Cohesión de las familias encontrado, encontrándose un tipo de cohesión no relacionada en 11 pacientes; semirelacionada en 15 pacientes, relacionada en 6 pacientes y Aglutinada en 8 pacientes, cabe mencionar el mayor porcentaje de éste ultimo tipo, eran del sexo femenino, con un equivalente al 62.5%.

TABLA Y GRÁFICO No. 12.

Con respecto a la adaptabilidad familiar se encontró: tipo rígida 7 pacientes, tipo estructurada 7 pacientes, Flexible 14 pacientes y caótica 12 pacientes.

TABLA Y GRÁFICO No. 13.

De acuerdo a la clasificación social de la familia según estructura se encontró: familias tipo nuclear: 11 pacientes, equivalente al 42.5%; tipo extensa 12 pacientes, equivalente a un 30% y finalmente el tipo extensa en 11 pacientes, equivalente a un 27.5%.

TABLA Y GRÁFICO No. 14.

La distribución familiar según su desarrollo se encontró de la siguiente manera: Tipo moderna en 27 pacientes, equivalente a un 67.5%; tradicional en 13 pacientes, equivalente a un 32.5%. No se encontraron pacientes pertenecientes a familias de tipo arcaico.

TABLA Y GRÁFICO No. 15.

La familia según topología más frecuente encontrada fue la de tipo obrera, con un total de 35 pacientes, equivalente al 87.5%; y en 2º. Lugar a las familias profesionales, con un total de 5 pacientes, equivalente al 12.5%. No se encontraron familias de tipo campesino.

TABLA Y GRÁFICA No. 16.

Las familias estudiadas se encontraban en su mayoría en ciclo vital de dispersión, pues se observó en 29 de los pacientes, equivalente a 72.5%; en ciclo de independencia se encontraron cursaban 11 pacientes, equivalente a un 27.5%.

No se encontró a ninguna familia en ciclo de matrimonio, expansión, ni retiro.

TABLA Y GRÁFICO No. 17.

Con respecto a su clasificación de acuerdo a variable adaptabilidad, de encuesta FACES distribuidos según sexo, se encontro:

Familias tipo rígida: 7 pacientes, de los cuales 6 eran sexo masculino, equivalente a 15%; y 1 paciente de sexo femenino, equivalente a 2.5%.

Familias tipo estructurada: 7 pacientes, siendo los 7 del sexo masculino, equivalente al 17.5%.

Familias tipo flexible: 14 pacientes, de los cuáles 13 eran sexo masculino, equivalente al 32.5 %, y 1 pertenecía al sexo femenino, equivalente al 2.5%.
Familias tipo caótica: 12 pacientes, siendo 8 del sexo masculino equivalente al 20% y 4 del sexo femenino, equivalente al 10%.

TABLA Y GRÁFICO No. 18.

En ella se refleja la distribución de las familias, según cohesión, de las familias, distribuidas por sexo.
Tipo no relacionada: 11 pacientes, siendo los 11 del sexo masculino, equivalente a 27.5%.
Tipo semirelacionada: 15 pacientes, siendo 14 del sexo masculino, equivalente a un 35% y 1 paciente del sexo femenino, equivalente a un 2.5%.
Tipo relacionada: 6 pacientes/familias, siendo los 6 del sexo masculino, equivalente a un 15.6% del total global.
Tipo Aglutinada: 8 pacientes, siendo 3 del sexo masculino, equivalente a un 7.5% Y 5 del sexo femenino equivalente a un 12.5%.

ANÁLISIS DE CUADROS

TABLA 1.

Grado de funcionalidad Familiar.

Escolaridad	Más funcionales	Mediana func.	Menos func.
Ninguna	0	1	1
Primaria	1	5	2
Secundaria	1	9	5
Bachillerato	1	7	2
Licenciatura	0	4	1

Valor de X2 = 2.11
Grados de Libertad: 8
P = < .05
Límite de confianza = 2.2 %

TABLA 2.

Grado de funcionalidad familiar

Tiempo de evolución De la enfermedad	Familias funcionales	Familias No funcionales
0 – 6 meses	0	4
7 – 11 meses	5	6
1 – 3 años	16	0
Más de 3 años	8	1

Valor de X2 = 21.86
Grados de libertad = 3
P = > .05
Límite de confianza = 99.99 %

TABLA 3.

Funcionalidad familiar según tipo de adaptabilidad

Sexo	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Masculino	6	7	13	8
Femenino	1	0	1	4

Valor de X2 = 5.07
Grados de libertad = 3
P = < .05
Límite de confianza = 83.39 %

TABLA 4.

Funcionalidad familiar según tipo de cohesión

Sexo	No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada
Masculino	11	14	6	3
Femenino	0	1	0	5

Valor de X2 = 17.97
Grados de libertad = 3
P = > .05
Límite de confianza = 99.95 %

TABLA 5.

Grado de funcionalidad familiar

Sexo	Más	Mediana	Menos
Masculino	3	24	7
Femenino	0	2	4

Valor de X2 = 5.55
Grados de libertad = 2
P = < .05
Límite de confianza = 93.7%

TABLA 6.

Grado de funcionalidad familiar

Preferencia sexual	Más funcionales	Medianamente funcionales	Menos funcionales
Bisexual	0	4	0
Homosexual	2	4	3
Heterosexual	1	18	8

Valor de X2 = 6.02
Grados de libertad = 4
P = < .05
Limite de confianza = 80.27 %

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis de las variables a través de cuadro tetracórico y Chi cuadrada.
A continuación se interpreta la asociación existente entre:

TABLA No. 1.
Grado de funcionalidad familiar y nivel escolar. Estas variables tienen un límite de confianza de 2.2%; con un valor de X2 = 2.11 con 3 grados de libertad; obteniendo un valor de p = < de .05, traduciendo esto, que es estadísticamente significativa, lo que se traduce existe relación entre éstas dos variables y no sólo ser explicadas por el azar.

TABLA No. 2
Funcionalidad familiar y tiempo de evolución de la enfermedad SIDA. Se encontró éstas variables tienen un límite de confianza de 99.99%; con un valor de X2 = 21.86, con 3 Grados de libertad; obteniendo un valor de p > de .05; pudiendo concluir con ello éste valor es estadísticamente no significativo, por lo tanto las diferencias observadas son finalmente explicadas por azar y no hay necesidad de recurrir a ninguna otra razón para explicarlas.

TABLA No. 3.
Vemos la relación existente entre tipo de adaptabilidad familiar y sexo, encontrándose un límite de confianza de 83.39%, un valor de X2 = 5.07 con 3 Grados de Libertad; obteniéndose un valor de p = < .05; siendo estadísticamente significativo, es decir, puede existir relación entre éstas dos variables y no sólo ser explicadas por azar.

TABLA No. 4.

Aquí se estudiaron las variables de tipo de Cohesión y sexo, encontrándose: tienen un límite de confianza de 99.95%; con un valor de X2 = 17.97 con 3 Grados de Libertad y un valor de p = > .05; concluyendo son estadísticamente no significativas, traduciendo que ésta relación puede ser finalmente explicada por el azar.

Según el cuadro se vio un mayor número de pacientes del sexo masculino con familias semirelacionadas, y un número mayor de pacientes del sexo femenino con familias tipo aglutinada.

TABLA No. 5.

Con respecto a grado de funcionalidad y sexo se obtuvo: Existe entre estas dos variables un límite de confianza de 93.7%, un valor de X2 = 5.55, una p = < de .05 con 2 Grados de libertad, concluyendo las diferencias entre éstas dos variables son significativas, es decir, pudieran tener relación y no solo ser explicadas por el azar.

TABLA No. 6.

Grado de funcionalidad Familiar y preferencia sexual. Aquí se obtuvo un límite de confianza de 80.27%, con un valor de X2 = 6.02 y una p = < de .05 con 4 Grados de Libertad. Concluyéndose con ello, esta relación de variables es estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES.

Como sucede en otras enfermedades virales como la gripa, la hepatitis, el sarampión, la parotiditis o la poliomielitis; el SIDA no es curable, se ha avanzado de manera importante en la búsqueda de medicamentos que lo permitan controlar y se han desarrollado diversos antirretrovirales, que son medicamentos que tratan de evitar que el virus se replique y siga causando daño a las células del cuerpo humano; por lo que en la actualidad el SIDA es tratable, pero no se cura.

Es importante señalar ésta es una enfermedad transmisible y por lo tanto, prevenible.

Pero, y ¿cómo se encuentra la familia de éstos pacientes?, en el presente estudio se encontró lo siguiente:

El rango de edad más afectado fue el de 36 a 40 años en ambos sexos, ello concordando con lo mencionado en la bibliografía con respecto a que el mayor porcentaje de pacientes con ésta enfermedad se encuentra en edades productivas y aún reproductivas; pudiéndose ver reflejado en el ciclo de vida familiar que se encontró cursaban, ya que ninguno de ellos se encontraba en fase de expansión ni reproducción.

Se observó un mayor porcentaje de pacientes del sexo masculino, un 85% con respecto al sexo femenino, 15%; ello posiblemente a que sólo se tomó en cuenta la enfermedad SIDA y no pacientes sero-positivos.

Con respecto al grado de funcionalidad familiar se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecían a familias de mediana funcionalidad, ello relacionado también con el tiempo de

evolución de la enfermedad, pudiendo estar relacionado a que a mayor tiempo de evolución, los pacientes y sus familias ya han superado la etapa de duelo, encontrando "equilibrio" familiar, reflejándose en su grado de adaptabilidad y cohesión.

Un punto importante fue el que en pacientes con preferencia heterosexual, cursaban o provenían de familias no funcionales en un mayor número de pacientes, comparado con las familias de los pacientes homosexuales, en que se encontró provienen de familias, en mayor número de ellos, de mediana funcionalidad, pudiendo observarse un mayor grado de cohesión y adaptabilidad, rompiendo con la estigmatización a que habían sido sujetos, conforme han pasado los años.

Con respecto en el ámbito escolar obtuvimos la mayoría de los pacientes habían cursado nivel secundaria (25%) y hubo un buen porcentaje de nivel licenciatura (12.5%), viéndose un mayor nivel de preparación de la población en general, comparada con la reportada hace algunos años.

La vía sexual sigue ocupando el porcentaje más importante de vía de transmisión de la enfermedad, a pesar de las campañas de información realizadas desde 1985 con respecto a "sexo seguro", pues a pesar de ellas, según la edad observada de evolución de la enfermedad de los pacientes, la gran mayoría de ellos había sido contagiado durante la adolescencia o cercana a ella.

El mayor número de pacientes se encontró pertenecían a familias de mediana funcionalidad, con una evolución de la misma de 1 a 3 años; cabe mencionar que de las familias de las mujeres se observó un mayor porcentaje de familias con una adaptabilidad tipo caótico y una cohesión aglutinada, ello pudiendo estar relacionado a que en nuestro país, al igual que en muchos de América Latina, aún existe

un "culto" importante de respeto hacia el sexo femenino. Es importante mencionar lo ya dicho en la literatura, con respecto a que las mujeres dedicadas al hogar e infectadas con VIH y posteriormente desarrollo de SIDA, cada día va en aumento.
De acuerdo a la clasificación social de la familia se corroboró también lo ya escrito, acerca de que el mayor porcentaje lo ocuparon las familias con estructura nuclear, desarrollo moderno, tipo obrero, con un ciclo de vida de dispersión o bien independencia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO.

La estructura familiar es el conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros, sino que se consideran una misma estructura.

La familia es un grupo social natural, que determina la respuesta de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, las influencia de la familia sobre sus miembros ha sido demostrada experimentalmente en investigaciones sobre diferentes enfermedades, sus miembros responden a las tensiones que afectan a la familia.

Entonces: ¿ Por qué a veces nos olvidamos de ellas ?.

RESUMEN

Se realizó un estudio en 40 pacientes con diagnóstico de S.I.D.A del H.G.Z No. 29 durante el periodo comprendido entre Noviembre del 2000 a Enero del 2001 con el fin de identificar el grado de funcionalidad familiar con que cursaban éstos pacientes.

Se aplicó un cuestionario para determinar la clasificación familiar desde el punto de vista social, así como se agregó un ítem para identificar la fase del ciclo vital en que se encontraban.

Se aplicó la encuesta FACES para evaluar el grado de funcionalidad familiar según su cohesión y adaptabilidad.

Los resultados obtenidos fueron: del total global de la muestra 85% eran pacientes del sexo masculino y 15% del sexo femenino con una edad promedio de 36 años.

Se encontró que el mayor número de enfermos del sexo femenino pertenecían a familias menos funcionales con una adaptabilidad caótica y una cohesión aglutinada.

En general, el mayor porcentaje de los pacientes tenía familia de mediana funcionalidad.

El nivel escolar más frecuente fue el de secundaria, seguido de bachillerato y en 3er. lugar: primaria.

La vía de transmisión de la infección de nuestra muestra fue la sexual.

De los pacientes pertenecientes a las familias menos funcionales destacaron los que tenían una evolución de la enfermedad entre 7 a 11 meses.

Respecto a la clasificación social se encontró un mayor predominio de familias con estructura nuclear, tipo moderna, ocupación obrera y en fase de dispersión.

Se pudo concluir existe diferencia significativa entre funcionalidad familiar y: nivel escolar, sexo y preferencia sexual; así como funcionalidad familiar según adaptabilidad y sexo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez L. EL SIDA. DOGMAS E INCERTIDUMBRES: Revista Médica del IMSS. México Sep-Oct 1989; 27: 347-356.
2. Instituto Panos. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: MITOS Y REALIDADES me://A:sida12htm: 1-9.
3. Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 12. ed. Ed. Interamericana. México 1991.
4. Glaxo Wellcome CURSO ABIERTO Y A DISTANCIA SOBRE SIDA Y ETS. CONASIDA. 2000.
5. García E. A PROPÓSITO DE SIDA: CONSIDERACIONES HISTORICAS DE UNA EPIDEMIA. Revista Médica del IMSS. México, mayo de 1990: 28: 205-211.
6. Farreras. ORINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (cd).
7. me://A.sida23.htm. NUEVAS NOTAS DE SIDA: 1-4.
8. Boletín CONASIDA 1999.
9. Boletín CONASIDA 1999.
10. me://A:decreto.htm. DERECHOS POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.
11. Martínez r. Zamora. EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Revista Médica del IMSS. Febrero de 1992; 30: 156-158.
12. http://www.ssa.gob.mx/conasida/eventos/dianum/2000/gráficas-archivos/freme.htm.
13. http://www.ssa.gob.mx/conasida/eventos/bibliografías/2000.SITUACION ACTUAL DEL SIDA.
14. BOLETÍN CONASIDA, 1998.
15. Diccionario Médico. Melloni, Ed. Reverté. 1993
16. me://A:sida.htm CINCO JÓVENES POR MINUTO: 1-6.

17. Cruz G. Et. Al. EL SIDA EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA. Revista Médica del IMSS. México. Feb. 1992; 30: 153-154.
18. Friedland et. Al. LA INFECCIÓN CAUSADA POR EL VIH EN EL NUEVO SIGLO. Atención Médica. Mayo 2000: 21-35.
19. Izazola J., Valdéz M., Sánchez J., et.al. LA MORTALIDAD POR EL SIDA EN MÉXICO DE 1983 A 1992. TENDENCIAS Y AÑOS PERDIDOS DE VIDA POTENCIAL. Salud Pública de México. México, Febrero 1995. 37 (2): 140'148.
20. martínez Zamora. EL VIRUS DE INMUDEFICIENCIA HUMANA. Revista Médica del IMSS México, Febrero de 1992, 30: 156-158.
21. Argumedo A., Aragón X., Escobar G., et. Al. ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA. Revista Médica del IMSS. México 1992; 30: 213-216.
22. Catro R. ESTRATEGIAS DE MANEJO EN TORNO AL VIH/SIDA A NIVEL FAMILIAR. Salud Pública de México Enero-Febrero 1997; 39 (1): 32-43.
23. BOLETÍN CONASIDA 2000.
24. Campillo S.C; LA ANGUSTIA VITAL. Revista Médica del IMSS. México. Mayo- Junio 1994: 130 (3) 162- 163.
25. me://A:sida2htm. MITOS Y REALIDADES DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE LAS ETS: 1-9.
26. LifshitzA. EL FRACASO DEL ÉXITO. Revista Médica del IMSS. México, Marzo-Abril 1992; 128 (2): 87-90.
27. Ian R. MEDICINA DE FAMILIA. Mc Whinney. Barcelona España 1995.
28. Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. PAC MF-1. Programa de actualización Continua en medicina Familiar. Libro 1. Ed. Intersistemas. México 2000.

29. Archivos en Medicina Familiar. EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS. México Abril-Junio de 1999; 1 (2): 1-65.
30. Parry E. FACTORES PSICOLÓGICOS CONCURRENTES EN LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN DE JÓVENES EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN EL MEDIO LIBRE. http://members.tripod/libertadasistida/parry01.htm.
31. Osornio L. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR DE ADOLESCENTES DE SEXO FEMENINO CON INTENTO DE SUICIDIO. http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.ttml: 1-10.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

DELEGACIÓN 01 NOROESTE

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ENCUESTA PARA CLASIFICACIÓN FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL.

Siglas del Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Edo. Civil: _____ Tiempo de evol. de la enfermedad: _____

Preferencia sexual: _____ Vía de transmisión: _____

Marque con una "x" la respuesta que considere correcta ó complementaria:

ESTRUCTURA:

1.- ¿Quienes viven en su casa?

Esposo ( ) Esposa ( ) Hijos ( )

Otros ( ) Quienes: _____

DESARROLLO:

2.- ¿Quién (es) trabajan en su familia?

Esposo ( ) Esposa ( ) Hijos ( )

DEMOGRAFÍA:

3.- Su casa cuenta con servicios de:

Agua potable ( ) Luz eléctrica ( )

Pavimento ( ) Drenaje ( )

Transporte colectivo ( )

TIPOLOGIA:

4.- ¿Qué tipo de empleo desempeñan ?

	Obrero	*Profesional*	*Empleado*	*Comerciante*	*Hogar*
Esposo	( )	( )	( )	( )	( )
Esposo	( )	( )	( )	( )	( )
Hijos	( )	( )	( )	( )	( )

CICLO VITAL

5.- ¿ Cuántos hijos tiene como?

Estudiantes : _____ *Trabajadores:* _____ *Casados:* _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
DELEGACION 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

INSTRUCCIONES: Favor de marcar con una "X" la respuesta que considera más adecuada a su opinión, para describir a Su Familia·

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

11. Nos sentimos muy unidos:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

12. En nuestra familia los hijos toman las desiciones:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

13. Cuando se toma una desición muy importante, toda la familia esta presente:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

14. En nuestra familia las reglas cambian:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

15. Con facilidad podemos planear las actividades en familia:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

17. Consultamos unos con otros para tomar desiciones:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

19. La union familiar es muy importante:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar:
Siempre_____Casi Siempre_____Algunas veces_____Casi Nunca_____Nunca_____

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

ESCALA DE EVALUACION

COHESION		
No relacionada	10 a 34	Extrema
Semirelacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema
ADAPTABILIDAD		
Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

Origina 16 combinaciones

Las mas funcionales:
Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionales:
Mejor cohesión y extrema adaptabilidad
Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menor funcionales:
Extrema cohesión y extrema adaptabilidad