

11226 79, 24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION
EN PACIENTES CON SIDA ”**

TESIS

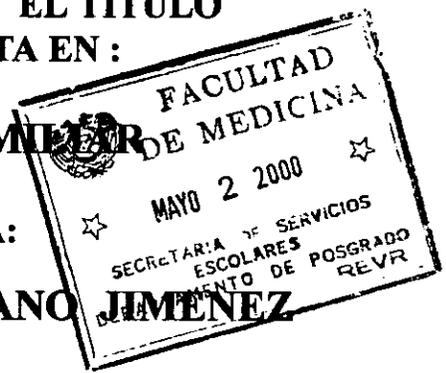
**QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN :**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BERTHA MOEDANO

JIMENEZ



24/5/1999



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F. 1999.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Dra. Rosa María Vázquez Enriquez
Jefatura de Enseñanza e Investigación
HGZ / UMF No.8



Dra. Martha Beatriz Altamirano García
Profesora Titular de Residencia en Medicina Familiar
HGZ / UMF No. 8

ASESOR



Dr. José María Iris Aguilar
Cardiólogo y Profesor en Investigación
Asesor

Bertha Moedano J.

Dra. Bertha Moedano Jiménez
Tesisista

“ Dat Donat Dicat ”

(Da Ofrece Dedita)

Lucio Anneo Séneca

DEDICATORIAS

A MI BEBÉ QUE ES PARTE DE MI SER Y MI RAZÓN DE VIVIR

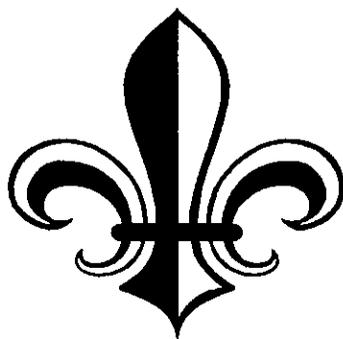
A MIS PADRES Y A MIS HERMANOS POR SU INFINITO AMOR Y APOYO INCONDICIONAL

A MI ESPOSO POR SU CARIÑO Y PACIENCIA

A MIS MAESTROS POR SUS ENSEÑANZAS Y CONSEJOS

A MAGDALENA TRINIDAD HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ QUIEN VIVE EN MI PENSAMIENTO Y SOBRE TODO EN MI CORAZÓN.

AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL AL DR. JOSÉ MARÍA IRIS AGUILAR POR SU ESFUERZO Y DEDICACION PARA EL LOGRO DE ESTA TESIS.



INDICE

TITULO	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	17
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	43

**“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON SIDA ”**

RESUMEN

El enfoque de disfunción familiar se ha aplicado a pacientes con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y se ha encontrado que existen diferencias en relación con individuos sanos. Pero no se ha comparado con enfermos crónicos.

OBJETIVO: Comparar la función familiar en pacientes con SIDA y dos grupos controles. Identificar el estado emocional de cada grupo. Comparar la escala de APGAR FAMILIAR con FACES III.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño Transversal, analítico.

PARTICIPANTES: 23 pacientes con SIDA, 23 pacientes con enfermedades crónicas y 23 individuos sanos. Cuestionarios utilizados: FACES III, test de ZUNG y APGAR FAMILIAR.

RESULTADOS: Se encontraron diferencias significativas en escolaridad, ciclo vital y tipología familiar. Los controles sanos tuvieron un porcentaje de funcionalidad familiar de 65.2 %, los pacientes con SIDA de 17.4 % y los enfermos crónicos de 26 % (FACES III). La escala de Zung mostró normalidad de 65.2 % en los controles sanos, los pacientes con SIDA 34.8 % y enfermos crónicos 26 %.

CONCLUSIONES: La disfunción familiar en enfermos con SIDA es superior a los controles sanos y enfermos crónicos. La escala de FACES

III fue superior a la de APGAR FAMILIAR para identificar disfunción familiar.

PALABRAS CLAVE: SIDA, DEPRESION, FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

INTRODUCCION

El grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún 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. (1)

La salud familiar es un término que se refiere 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 con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. (1)

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 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 alterados sus roles, lo que le impide resolver el problema; la llegada de apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo con las necesidades que precise cada caso, la llevará tras una fase de adaptación a un funcionamiento equilibrado. Cuando los apoyos sean inadecuados ó 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 extrafamiliar. Si estos apoyos extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y normalidad. Por el contrario, si los recursos son insuficientes, se pasará a una fase de inadaptación, que obligará a poner en marcha mecanismos de defensa que colocarán a la familia, en un equilibrio patológico ó disfunción y se llegará en casos límite a la ruptura familiar. (1)

Según la OMS hasta el 31 de marzo de 1998 se han reportado en México 35,119 casos de SIDA en nuestro país.(2,3)

Los afectados se alejan cada vez más de las medidas de prevención que se adoptan y se vuelven cada vez mas renuentes a acudir a los sitios donde se les puede brindar ayuda educativa y asistencial por miedo a ser discriminados. Se ha mencionado que el lugar donde se encuentra mayor número de violaciones a los derechos fundamentales de los enfermos de SIDA es en los servicios de salud.(4) Debido a esto las autoridades se oponen a la obligatoriedad de pruebas masivas de detección del SIDA, discriminación, violación al derecho de la confidencialidad de los resultados de la prueba de detección, la negación del empleo y rescisión de contrato. (5)

En diversas fuentes se ha documentado la apremiante urgencia de llevar 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 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 con HIV / 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. (6)

La acumulación de evidencias en otros países sobre funcionamiento de la estructura familiar en relación con el SIDA, ha obligado a una redefinición en profundidad de los problemas que enfrentan las familias en su manejo con problema del SIDA. Se ha encontrado por ejemplo, que estas familias son también 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 personas con VIH positivas o con SIDA deben pasar por otro proceso de adaptación del que se tiene aún poco conocimiento y que incluye no solo la negación de la identidad familiar con el exterior, sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA, entre la familia y los servicios de salud. (6)

Resulta sumamente llamativa la casi total ausencia de investigación social en esta línea en México. En algunas publicaciones el tema de Familia es mencionado solo marginalmente, mientras que en la mayoría de los casos está

totalmente ausente incluso en revisiones recientes. En la actualidad no existen investigaciones sistemáticas en México que arrojen luz sobre las estrategias a que recurran las familias de personas afectadas por VIH para enfrentar y manejar la enfermedades, diversas observaciones casuísticas sugieren que las reacciones colectivas en torno al VIH / SIDA y a las personas con SIDA, tienden a ser negativas, de rechazo y discriminación. Pero también existen conductas positivas (de apoyo y solidaridad) sobre las que se conoce muy poco. (6)

En caso de que se sospeche *disfunción familiar* será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar que se encuentran afectados. Algunos test miden directamente la función familiar; entre ellos se recomienda el índice **APGAR FAMILIAR** de SMILKSTEIN por tratarse de una herramienta de rápido y fácil manejo, el cual evalúa adaptación, compañerismo, afecto, resolución de problemas familiares.(7,8)

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. (9,10,11)

El enfoque de la disfunción familiar se ha aplicado en España a los pacientes con SIDA y se encontró que entre los pacientes con SIDA había una diferencia estadísticamente significativa de disfunción familiar en relación con los controles. Sin embargo no se midió el grado de depresión con el que cursaban ni el tipo de familia al que pertenecían además de que los controles eran sujetos sanos. (11)

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III)

constituyen la tercera versión de las escalas de evaluación de Modelo Circunflejo que explora la Cohesión y Adaptabilidad familiar, este instrumento fue diseñado en 1980, por David Olson y colaboradores, en la Universidad de Minnesota (Estados Unidos) gracias a este trabajo ha podido ser elaborada una tipología de acuerdo con los diversos modos de funcionamiento familiar.(12,13,14,15,16)

En el modelo Circunflejo se identifican los tipos de familias con 16 distintos niveles de funcionalidad. La primera dimensión es la cohesión familiar y que es definido como: lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros, y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.

Un nivel alto de cohesión significa sobre identificación con la familia resultante de lazos externos y autonomía individual limitada (amalgamiento).

Nivel bajo de cohesión significa escasa identificación con la familia, resultante de lazos débiles y autonomía individual limitada (desvinculación).

Nivel balanceado de cohesión significa identificación con la familia, resultante de lazos y autonomía flexible.

Algunas variables específicas pueden usarse para valorar el grado de cohesión familiar y son: lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones. tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, interés y recreación.

La segunda dimensión del Modelo Circunflejo es la Adaptación, que se define como el grado de flexibilidad del sistema familiar y la forma en que realiza cambios, por lo tanto representa la habilidad de dicho sistema familiar o marital para cambiar su estructura en cuanto a roles y reglas en respuesta a situaciones de stress. Las variables específicas que se usan para valorar el grado de adaptabilidad familiar son: poder familiar (control y disciplina), estilo de negociación, relación de roles y relación de reglas. Los extremos de esta dimensión son la poca adaptabilidad (modelo rígido), y la alta adaptabilidad (modelo caótico).

Para ambas dimensiones los niveles intermedios como balanceados o moderados son los mas adecuados para un buen funcionamiento familiar y los niveles extremos son muy problemáticos tanto para pareja como para familias conforme al tiempo.

FACES III permite al investigador y a los clínicos situar a una familia en el marco más comprensivo del modelo circunflejo, en función de la percepción que tengan sus miembros de funcionamiento familiar. Es un instrumento que consta de 20 temas (10 temas para cohesión y 10 para adaptabilidad).

Estado Emocional. Escala de Zung.

Zung y Durham 1964, (17) 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.

Los objetivos de nuestro estudio fueron comparar la función familiar entre los pacientes con SIDA y dos grupos controles y estratificar de acuerdo al estado

emocional de cada grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fue aceptado por el comité local de investigación. Diseño transversal, analítico. La selección de los casos fue consecutiva de todos los pacientes internados con el diagnóstico de SIDA que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Los controles se parearon por edad y sexo y se seleccionaron de igual manera cumpliendo con los mismos criterios. Dicho estudio se llevó a cabo durante los meses de diciembre de 1998 a febrero de 1999.

Se consideraron criterios de inclusión la edad mayor de 16 años, sin importar sexo, estar adscritos al HGZ/ UMF 8 IMSS, aceptación voluntaria en forma verbal del paciente y que hallan contestado de forma completa el cuestionario. Entre los criterios de no inclusión se consideró a los pacientes que se negaron a contestar el cuestionario y como criterio de exclusión se consideraron a los pacientes que dieron datos incorrectos, que no cooperaran adecuadamente y que contestaran de forma incompleta el cuestionario.

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, teniendo el siguiente patrón de ciclo de vida (16) : la primera fase es el matrimonio que es cuando dos personas se unen en matrimonio, la segunda fase es la expansión que se refiere a la llegada del primer

hijo, la tercera fase la dispersión iniciando con la socialización de los hijos al ir a la escuela, la cuarta fase la independencia se refiere a que la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", cuando sus hijos han formado nuevas familias. Y la fase de retiro y muerte donde se presenta incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos y finalmente la muerte.

En cuanto a su composición (16) la familia se divide de tres formas:

Nuclear que la componen padres e hijos

Extensa lo anterior más consanguíneos

Compuesta lo anterior más no consanguíneos.

Se consideró protección cuando se utilizaba el condón para prevenir la transmisión del SIDA.

Se consideró que los pacientes tenían IRA cuando contestaban afirmativamente la pregunta: ¿ Se siente enojado o con amargura por padecer esta enfermedad?

Se consideró variable independiente el SIDA, como variable dependiente la Disfunción familiar y como variable de confusión la depresión. El grupo de casos estuvo formado por 23 pacientes portadores de SIDA, de acuerdo a los criterios de el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de

1993, (18) que estuvieron hospitalizados en medicina interna . El primer grupo control estuvo conformado por 23 pacientes que estuvieron hospitalizados en medicina interna por enfermedades crónicas que no tuvieran SIDA. El segundo grupo control estuvo conformado por 23 pacientes sanos, que acudieron a servicios hospitalarios por procesos banales, o por actos burocráticos; sin diagnóstico de SIDA y que no tuvieran enfermos crónicos ni con SIDA en su familia.

Se administraron a los grupos de estudio y control los siguientes cuestionarios: APGAR FAMILIAR de Smicktenstein. (8,11) En este test de funcionalismo familia que consiste en 5 preguntas. Cada una de ellas se corresponde con un área diferente de la función familiar: apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva, FACES III diseñado por David Olson y cols. (12,15) en 1980 en la Universidad de Minesota (Estados Unidos). Se trata de un cuestionario que explora la cohesión que mide el equilibrio entre el tiempo que necesitan cada uno para sí. Las variables para evaluar este grado de cohesión familiar son las siguientes: vínculo emocional, independencia, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y el ocio. La adaptabilidad también se explora en dicho cuestionario que se define como la habilidad de cada conyúngue para hacer frente de modo

efectivo a una nueva situación cambiando los roles y las estrategias. Las variables para evaluar el grado de adaptabilidad son el liderazgo, el control, la disciplina, roles y normas. El Test de Zung y Durham diseñado en 1964 (17). Se trata de una escala sobre Depresión, la cual es breve, sencilla cuantitativa, midiendo 4 escalas diferentes: Normalidad, ansiedad, desórdenes de la personalidad, ajuste de situaciones transitorias y depresión.

Análisis 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 la prueba de Kruskall Wallis, se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se calculó el tamaño de la muestra en base al trabajo del Dr. De la Revilla L. (11) obteniendo un $n= 23$ para los casos y $n= 46$ para los controles con el programa EPI-6.

Se realizó una correlación entre las escalas de APGAR FAMILIAR y FACES III utilizando r de Pearson.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 69 encuestas, 63 correspondieron a hombres (91.3%) y 6 a mujeres (8.7%) Tabla 1. Respecto a la edad tuvieron un promedio de 34 años y escolaridad de 9 años. Tabla 2. En cuanto al tipo de familia encontramos un mayor porcentaje de familias nucleares 37 (53.6%) Tabla 3. Ciclo vital predominante fue la fase de Independencia 32 (46.4%) Tabla 4. Se encontró como conducta sexual predominante la heterosexual 48 (69.5%) Tabla 5.

Al administrar el cuestionario APGAR FAMILIAR a los 69 pacientes, se encontró 64 normofuncionales (92.8%), 2 moderadamente funcionales y 3 disfuncionales (4.3%) Tabla 6. Al administrar el cuestionario FACES III se encontró 25 pacientes (32.2%) normofuncionales, 28 moderadamente funcionales (40.6%) y 16 disfuncionales (23.2%) Tabla 7. Al analizar el Test de Zung sobre depresión se encontró un total de 29 pacientes normales (42%), con ansiedad 28 (40.6%) y con depresión 12 (14.5%). Tabla 8.

De los 69 pacientes entrevistados 23 correspondían a pacientes sanos, 23 a pacientes con SIDA y 23 pacientes con enfermedades crónicas, en cuanto al sexo 21 correspondían al sexo masculino y 2 al sexo femenino,

mismo número de individuos observamos en los 3 grupos. Tabla 9. La mediana de edad de los individuos sanos fue de 33 años, en pacientes con SIDA 32 años y de pacientes con enfermedad crónica 38 años, en cuanto a la escolaridad se presentó un promedio de 9 años en los individuos sanos, 12 años en los pacientes con SIDA y 6 años en los pacientes con enfermedades crónicas ($p = 0.002$) Tabla 10. En cuanto al estado civil, los pacientes con SIDA tuvieron un porcentaje superior de solteros comparados con los individuos sanos y enfermos crónicos ($p < 0.05$) Tabla 11. En cuanto al ciclo vital de la familia los pacientes con SIDA tuvieron un porcentaje superior de independencia comparados con los individuos sanos y los enfermos crónicos ($p = 0.0001$) Tabla 12 y Figura 1. Los controles sanos y enfermos crónicos tuvieron un porcentaje superior de relación de pareja comparándolos con los sujetos con SIDA ($p = 0.013$) Tabla 13 y Figura 2.

En pacientes con enfermedades crónicas y con SIDA se encontró que tenían un porcentaje menor de familias nucleares en relación con los sujetos sanos ($p < 0.05$) Tabla 14 y Figura 3. Los controles sanos tuvieron un porcentaje de funcionalidad familiar muy superior al de los pacientes con SIDA y de los enfermos crónicos ($p < 0.01$) en cambio,

la comparación entre los pacientes con SIDA y los enfermos crónicos no mostró ninguna diferencia estadística con la aplicación del cuestionario FACES III Tabla 15 y Figura 4. En cuanto a cohesión y adaptabilidad se encontraron los datos, que se muestran en Tablas 16, 17 y Figuras 5, 6.

La escala de Zung mostró que los controles sanos tenían un porcentaje de individuos normales mayor ($p < 0.05$) que los pacientes con SIDA y los enfermos crónicos. Tabla 18 y Figura 7.

Al estratificar según la escala de Zung y descartar a los pacientes con ansiedad y depresión encontramos que entre los controles sanos había una diferencia estadísticamente significativa de función familiar, comparada con los pacientes con enfermedades crónicas y los enfermos con SIDA ($p = 0.02$) Tablas 19, 20 y Figura 8, 9.

En cuanto al acercamiento a una religión después de diagnosticada la enfermedad se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con SIDA y los enfermos crónicos Tabla 21. En cuanto al uso de preservativo, se observó que los individuos con SIDA son los que utilizaban con mayor frecuencia el preservativo comparado con los individuos sanos y

enfermos crónicos ($p = 0.01$) Tabla 22. En cuanto a la pregunta ¿ Se siente enojado o con amargura por padecer esta enfermedad ?, se observó respuesta afirmativa en un mayor número de individuos con SIDA comparados con los enfermos crónicos ($p = 0.08$) Tabla 23.

Tabla 1. Distribución por sexo en el total de la población

SEXO	n (%)
HOMBRES	63 (91.3)
MUJERES	6 (8.7)

Tabla 2. Distribución por edad y escolaridad en el total de la población.

	MEDIANA (% 25, % 75)
EDAD	34 (28,41)
ESCOLARIDAD	9 (6,12)

Tabla 3. Distribución por tipo de familia en el total de la población

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA (%)
NUCLEAR	37 (53.6)
EXTENSA	24 (34.8)
COMPUESTA	8 (11.6)

Tabla 4. Ciclo Vital en el total de la población.

CICLO VITAL	FRECUENCIA (%)
MATRIMONIO	3 (4.3)
EXPANSION	9 (13)
DISPERSION	25 (36.23)
INDEPENDENCIA	32 (46.4)
RETIRO Y MUERTE	0 (0)

Tabla 5. Conducta sexual en el total de la población

CONDUCTA SEXUAL	FRECUENCIA (%)
HETEROSEXUAL	48 (69.5)
HOMOSEXUAL	20 (29)
BISEXUAL	1 (1.5)

Tabla 6. Distribución de la muestra en cuanto a percepción de la Función Familiar. APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	FRECUENCIA (%)
FUNCIONAL	64 (92.8)
MODERADAMENTE FUNCIONAL	2 (2.9)
DISFUNCIONAL	3 (4.3)

Tabla 7. Distribución de la muestra en cuanto a percepción de la función familiar. FACES III

FACES III	FRECUENCIA (%)
FUNCIONAL	25 (36.2)
MODERADAMENTE FUNCIONAL	28 (40.6)
DISFUNCIONAL	16 (23.2)

Tabla 8. Distribución de la muestra en cuanto a escala de Zung

ZUNG	FRECUENCIA (%)
NORMAL	29 (42)
ANSIEDAD	28 (40.6)
DEPRESIÓN	12 (14.5)

Tabla 9. Distribución por sexo en los grupos de estudio

SEXO	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
HOMBRES	21 (91.3)	21 (91.3)	21 (91.3)
MUJERES	2 (8.7)	2 (8.7)	2 (8.7)

Tabla 10. Edad y Escolaridad promedio en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	MEDIANA (%25, %75)	MEDIANA (% 25, % 75)	MEDIANA (% 25, % 75)
EDAD	33 (25, 43)	32 (27, 35)	38 (28, 47)
ESCOLARIDAD	9 (6, 18)	12 (9, 15) *	6 (5, 9) *

* p = 0.002

Tabla 11. Estado Civil en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
SOLTEROS	7 (30.4)	19 (82.7) *	7 (30.4) *
CASADOS	16 (69.6)	3 (13)	15 (65.2)
DIVORCIADOS	0 (0)	1 (4.3)	1 (4.3)

* p = 0.00029

Tabla 12. Ciclo Vital Familiar en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
MATRIMONIO	2 (8.7)	0 (0)	1 (4.3)
EXPANSION	5 (21.7)	0 (0)	4 (17.4)
DISPERSION	10 (43.5)	4 (17.4)	11 (47.8)
INDEPENDENCIA	6 (26) *	19 (82.6) *	7 (30.4) *
RETIRO Y MUERTE	0 (0)	0 (0)	0 (0)

* p = 0.0001

FIGURA 1. CICLO VITAL FAMILIAR

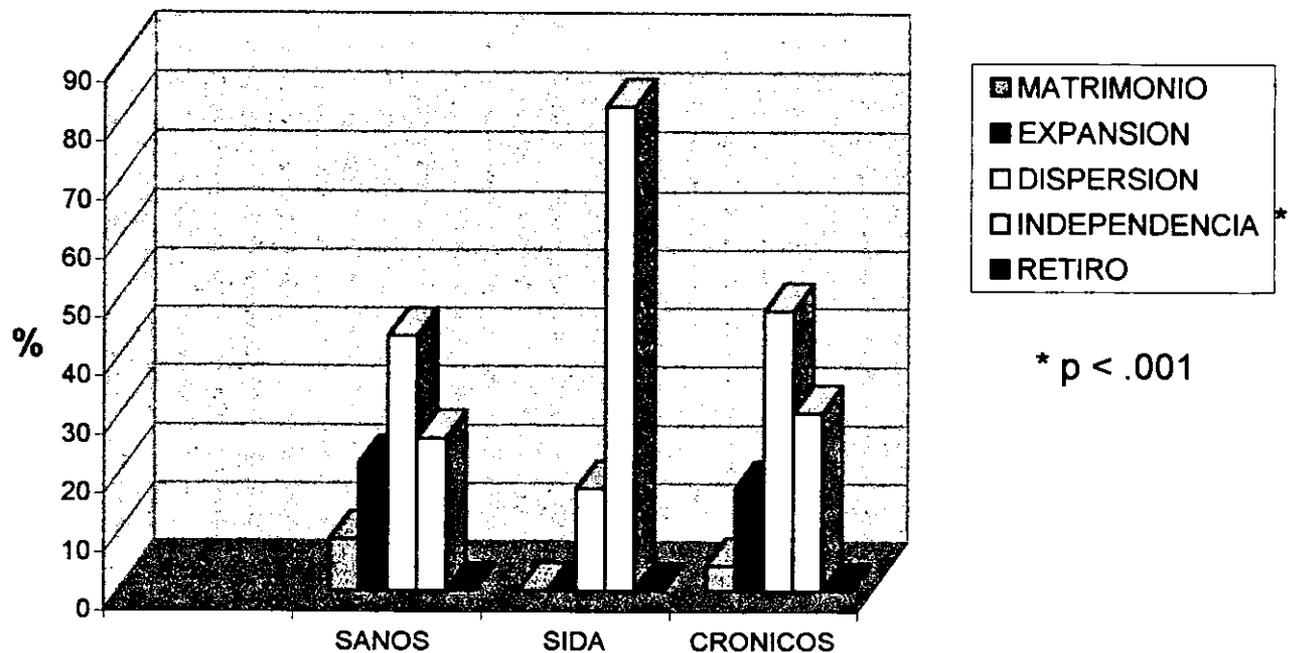


Tabla 13. Relación de pareja en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
PAREJA:	n(%)	n(%)	n(%)
SI	19 (82.6) *	11 (47.9) *	19 (82.6) *
NO	4 (17.4)	12 (52.1)	4 (17.4)

* p = 0.013

FIGURA 2. RELACION DE PAREJAS EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

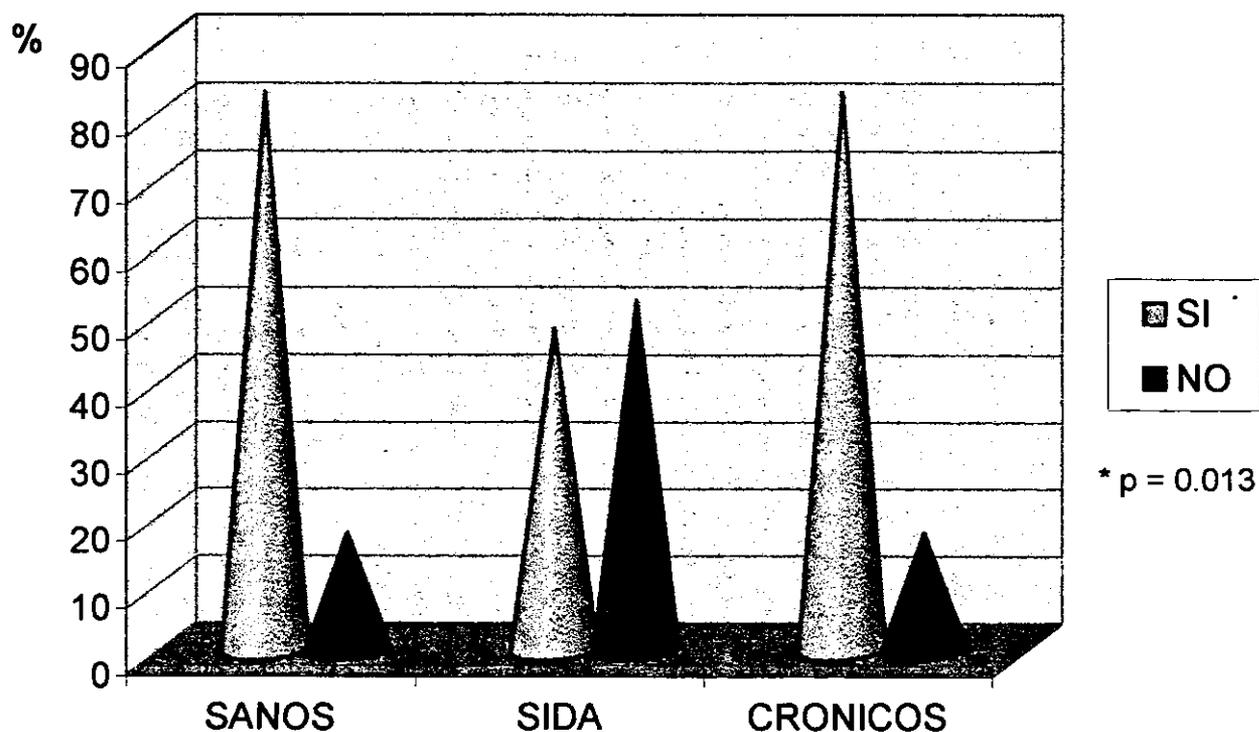
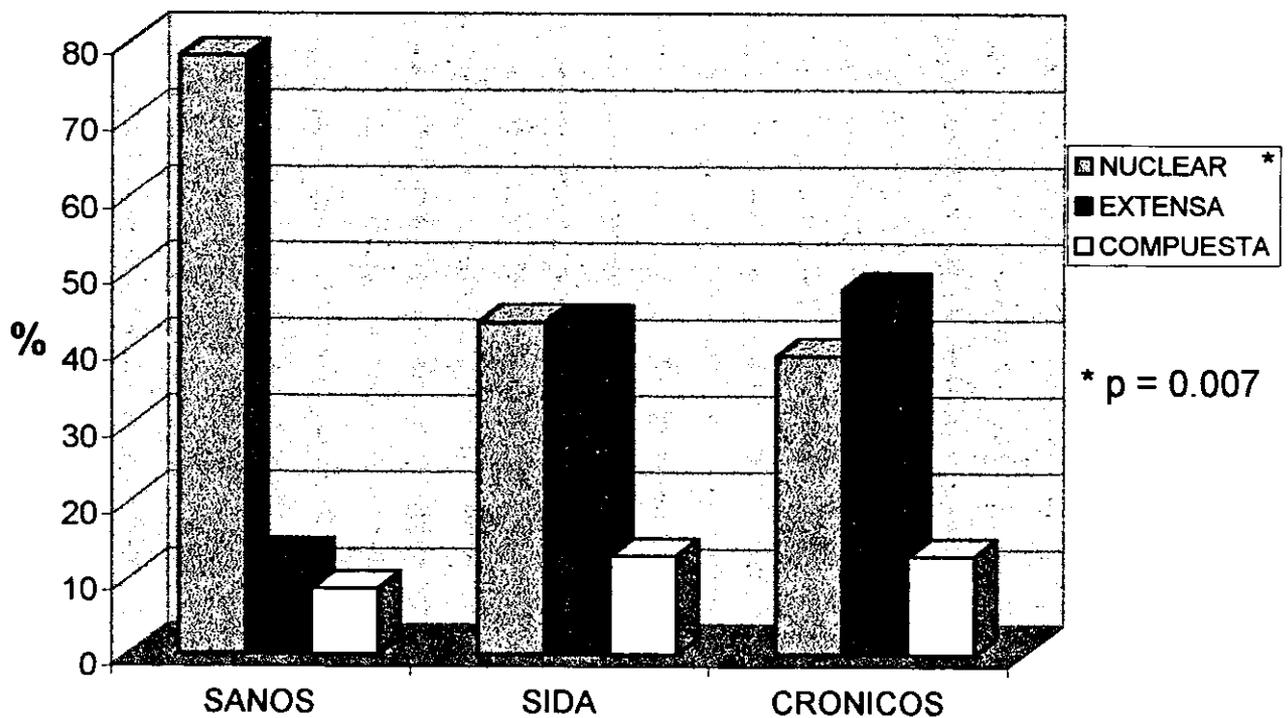


Tabla 14. Tipo de familia en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
NUCLEAR	18 (78.3) *	10 (43.5)	9 (39.1) *
EXTENSA	3 (13)	10 (43.5)	11 (47.8)
COMPUESTA	2 (8.7)	3 (13)	3 (13)

* p = 0.007

FIGURA 3. TIPO DE FAMILIA



**Tabla 15. Funcionalidad Familiar en los grupos de estudio
FACES III**

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
FUNCIONAL	15 (65.2) *	4 (17.4) *	6 (26) *
FUNCION MODERADA	4 (17.4)	13 (56.6)	11 (48)
DISFUNCIO- NAL	4 (17.4)	6 (26)	6 (26)

* $p < 0.01$

FIGURA 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

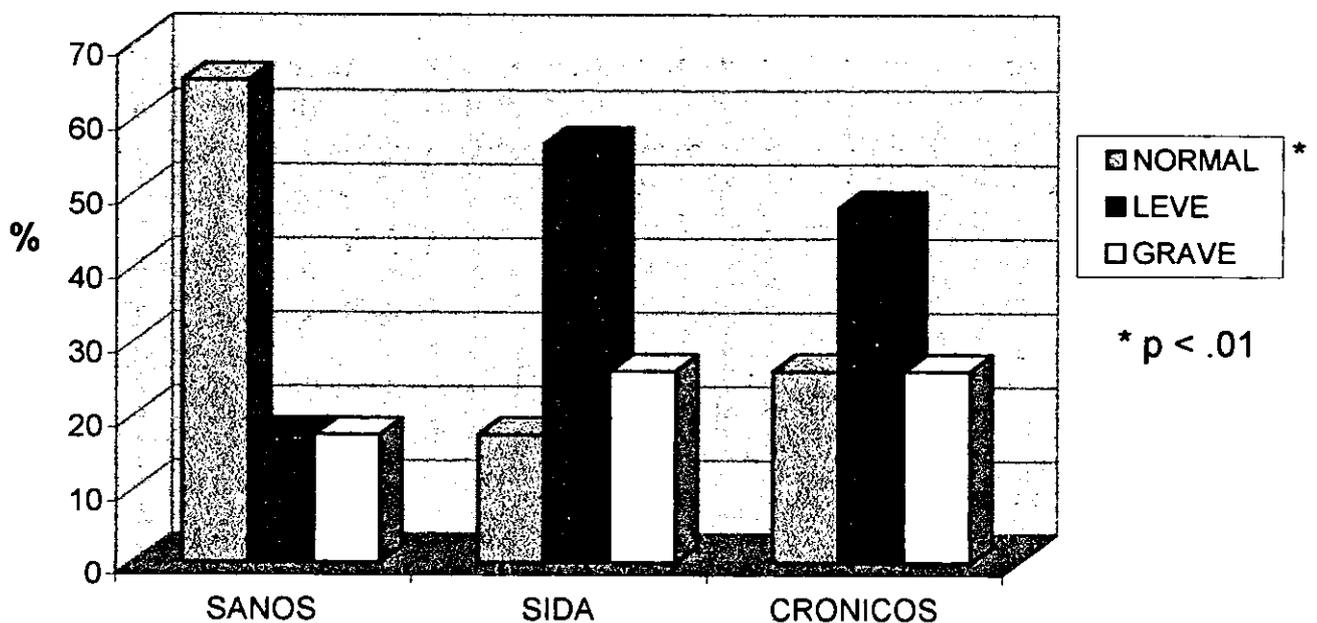


Tabla 16. Cohesión en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
NO RELACIONADA	3 (13)	8 (34.8)	4 (17.4)
SEMIRELACIONADA	6 (26)	5 (21.8)	2 (8.7)
RELACIONADA	9 (39.1)	6 (26.1)	11 (47.8)
AGLUTINADA	5 (21.8)	4 (17.4)	6 (26.1)

Tabla 17. Adaptabilidad en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
CAÓTICA	4 (17.3)	11 (47.8)	13 (56.5)
FLEXIBLE	14 (60.8)	7 (30.4)	7 (30.4)
ESTRUCTURADA	4 (17.3)	4 (17.3)	2 (8.7)
RÍGIDA	1 (4.3)	1 (4.3)	1 (4.3)

FIGURA 5. COHESION EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

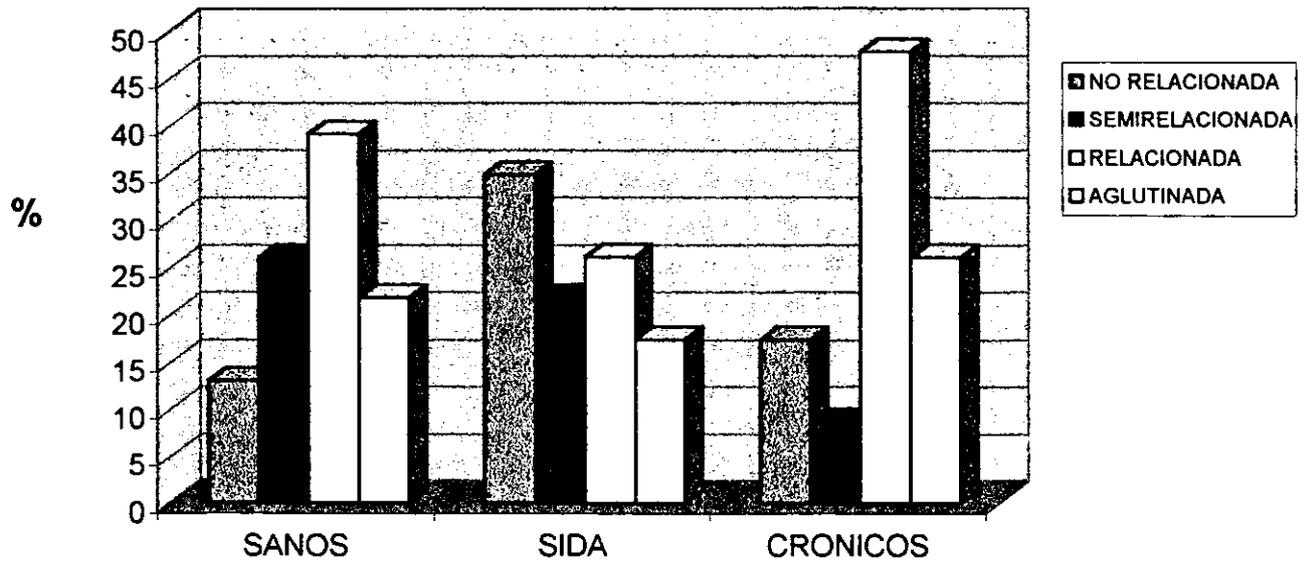
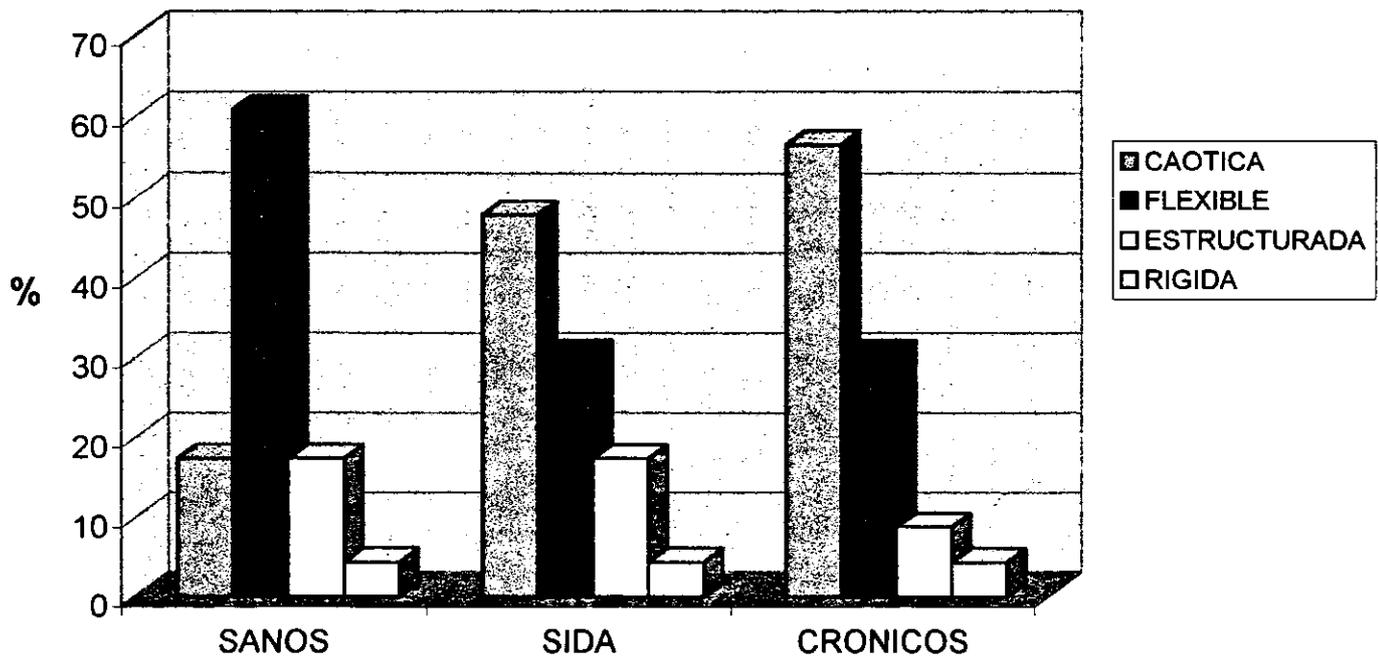


FIGURA 6. ADAPTABILIDAD EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO



**Tabla 18. Estado emocional en los grupos de estudio
Escala de Zung**

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
NORMAL	15 (65.2) *	8 (34.8)	6 (26) *
ANSIEDAD	7 (30.4)	10 (43.4)	11 (48)
DEPRESION	1 (4.4)	5 (21.8)	6 (26)

* p = 0.007

FIGURA 7. ESTADO EMOCIONAL EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

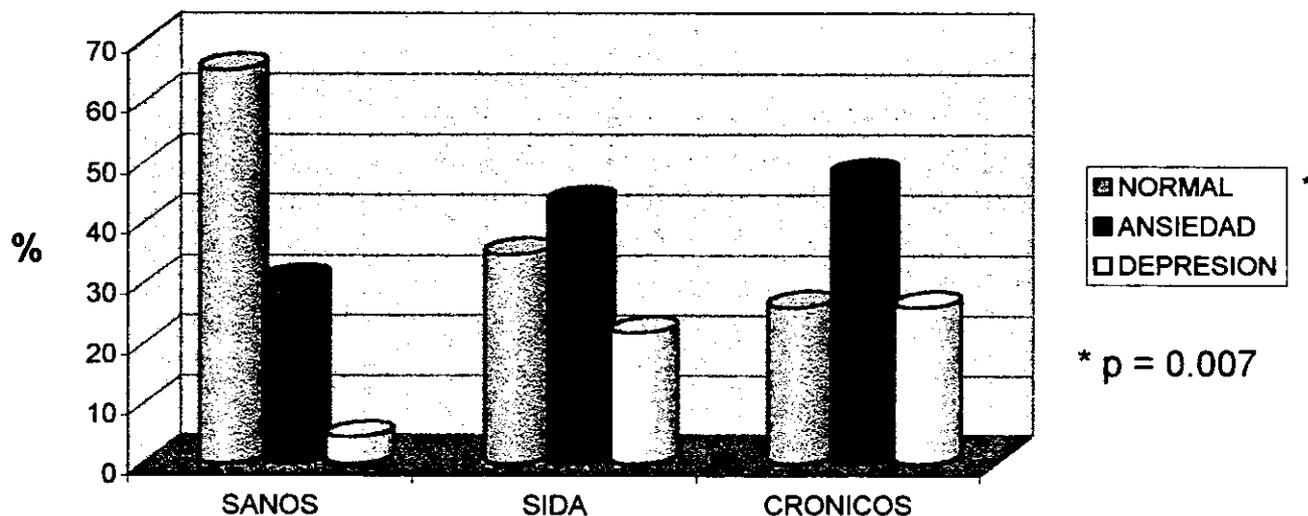


Tabla 19. Función familiar en sujetos sin ansiedad ni depresión

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
FUNCIONAL	12 (80) *	2 (25)	1 (16.7) *
FUNCION MODERADA	1 (6.6)	3 (37.5)	3 (50)
DISFUNCIONAL	2 (13.4)	3 (37.5)	2 (33.3)

* p = 0.019

Tabla 20. Función familiar en sujetos con ansiedad y depresión

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
FUNCIONAL	3 (37.5)	2 (13.3)	6 (35.3)
FUNCION MODERADA	3 (37.5)	10 (66.7)	6 (35.3)
DISFUNCIONAL	2 (25)	3 (20)	5 (29.4)

FIGURA 8. FUNCION FAMILIAR EN SUJETOS SIN ANSIEDAD NI DEPRESION

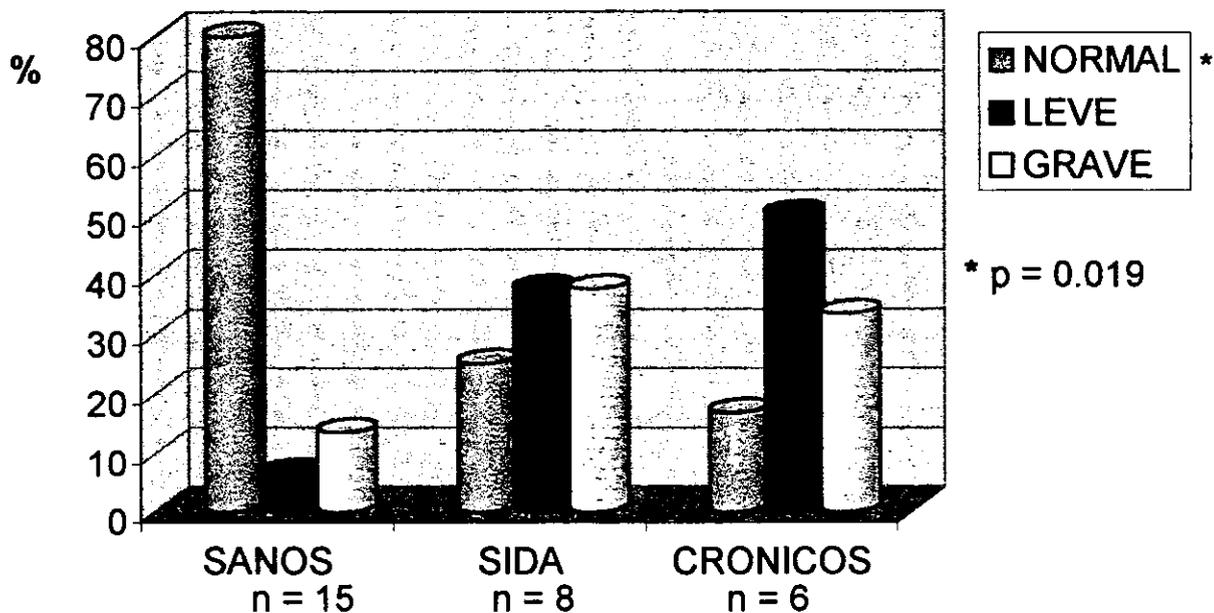


FIGURA 9. FUNCION FAMILIAR EN SUJETOS CON ANSIEDAD Y DEPRESION

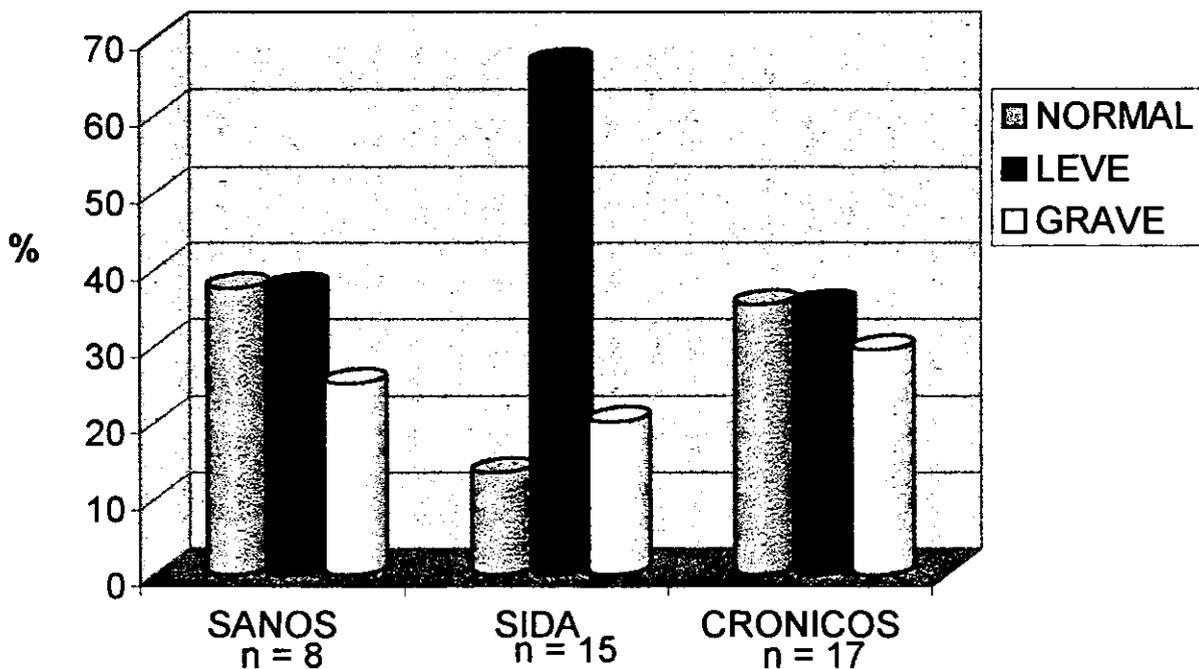


Tabla 21. Acercamiento a una religión después de diagnosticada la enfermedad en los grupos de estudio.

	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)
SI	16 (68) *	9 (39.1) *
NO	7 (32)	14 (60.9)

* p = 0.03

Tabla 22. Uso de preservativo en los grupos de estudio

	SANOS	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)	n(%)
SIEMPRE	0 (0) *	7 (32) *	0 (0) *
OCASIONAL- MENTE	5 (24)	7 (32)	0 (0)
NUNCA	16 (76)	8 (35)	20 (100)

* p = 0.01

Tabla 23. Respuesta a la pregunta ¿ Se siente enojado o con amargura por padecer esta enfermedad en los grupos de estudio.

	SIDA	CRONICOS
	n(%)	n(%)
SI	8 (34.8) *	3 (13.9) *
NO	15 (65.2)	20 (86.1)

* p = 0.08

DISCUSIÓN

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, la mitad referían que no tenían pareja. El nivel de escolaridad era el más alto de los 3 grupos. El grupo de pacientes con SIDA era el que más usaba el condón aunque solo el 35 % lo usaba rutinariamente. El ciclo vital familiar de estos pacientes con SIDA predominaba la Independencia. Todas estas características tenían diferencias estadísticamente significativas con los grupos controles. El uso del condón como protección para evitar la transmisión del SIDA en nuestra muestra colectada demuestra lo infructuoso de las campañas sanitarias para tratar de controlar la enfermedad. Tal vez no sea preocupante que el 100 % de los enfermos crónicos (activos sexualmente) digan que nunca utilizan protección pero la inquietud empieza cuando nos enteramos que 65.2 % de los casos no utiliza el condón de forma rutinaria. Tal vez por eso se ha reportado que los afectados se alejan cada vez más de las medidas de prevención. (4)

Existía el mayor grado de disfunción familiar entre los enfermos con SIDA seguidos de los enfermos crónicos. En cambio los controles sanos tenían un grado de funcionamiento familiar alto de acuerdo a lo reportado

previamente (11,15). Al analizar el estado emocional de cada uno de los grupos de los enfermos crónicos eran los más afectados seguidos de los pacientes con SIDA. Sin embargo existía una tendencia de que los pacientes con SIDA tenían un mayor porcentaje de amargura.

Al analizar la funcionalidad familiar el Dr. De La Revilla (11) encontró diferencia entre 53 % contra 88 % entre los pacientes con SIDA y los controles sanos ($p < 0.001$), nosotros encontramos un contraste más marcado: 17.4 % contra 65.2%. Sin embargo es necesario mencionar que nosotros utilizamos un instrumento más confiable que la escala de APGAR FAMILIAR, que es el instrumento FACES III. Al buscar la r de Pearson entre las dos escalas encontramos que la correlación era muy baja y que definitivamente el cuestionario de APGAR FAMILIAR no tenía validez para determinar la función familiar cuando lo comparamos con el FACES III.

Rodríguez y cols. (8) compararon a los enfermos crónicos con los enfermos agudos y con padecimientos mentales encontrando que estos últimos eran los que más disfunción familiar tenían seguidos de los enfermos crónicos. Nosotros encontramos que no existen diferencias de funcionalidad familiar entre los enfermos con SIDA y los enfermos crónicos. Sin embargo en cuanto a la cohesión encontramos que entre los enfermos crónicos esta

dimensión de la función familiar se encuentra mejor que entre los pacientes con SIDA. No así la adaptabilidad que al igual que los pacientes con SIDA está severamente afectada. Esta diferencia en cuanto a una de las dimensiones de la función familiar puede estar en relación a la respuesta familiar ante la presencia de un enfermo crónico en casa. En un trabajo de la Universidad de Minesota (13) donde se estudió la función familiar en individuos con enfermedades mentales y un grupo control se encontró que la cohesión del grupo control era muy similar a la que nosotros encontramos en nuestro trabajo en el grupo de individuos sanos y de enfermos crónicos, en cambio los pacientes con SIDA tuvieron una cohesión muy similar a los del grupo de enfermos mentales.

Con respecto a la adaptabilidad el grupo control de Minesota (13) fue muy similar a nuestros controles sanos y el grupo de enfermos mentales tuvo una adaptabilidad comparada con los pacientes con SIDA y al grupo de enfermos crónicos.

En cuanto a la función familiar, los enfermos con SIDA y los enfermos crónicos eran similares al grupo de enfermos mentales de estudio de Minesota (13).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Al considerar nuestros resultados donde el grupo con SIDA tuvo el mayor porcentaje de disfunción familiar vale la pena hacer las siguientes consideraciones:

En los pacientes con SIDA la función familiar esta viciada de origen cuando se considera que la salud familiar es que cada uno de los miembros de la familia lleven una vida dentro de parámetros normales lo cual en nuestros pacientes homosexuales con SIDA dista mucho de ser real.(19)

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 utilizar a homosexuales sin SIDA como grupo control.

La evolución de la familia cambia en cada uno de los estadios del ciclo vital familiar. Al iniciar una nueva etapa del ciclo vital familiar se rompe el equilibrio y se produce ansiedad y depresión. La causa de la ansiedad y depresión por sí misma puede originar disfunción familiar como sería la aparición de un enfermo con SIDA ó tal vez problemas económicos entre los controles sanos. Sin embargo entre los enfermos crónicos la ansiedad y depresión en relación a la muerte inminente de un integrante de la familia

los hace probablemente tener una mejor función familiar que cuando se acostumbran a la presencia del enfermo crónico. (Figura 7,8) Estos hallazgos son más notorios cuando el estado emocional de los enfermos crónicos era el más alterado aun que el de los enfermos con SIDA y esto no repercutía en la función familiar.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos con SIDA tienen un mayor porcentaje de solteros, de individuos en ciclo vital de independencia y con mayor escolaridad. La gran mayoría homosexuales.
2. La disfunción familiar entre los enfermos con SIDA es muy superior a la de los controles sanos y discretamente mayor a la de los crónicos.
3. La ansiedad y la depresión parece ser un componente central en la causa de disfunción familiar entre los controles sanos pero no entre los enfermos crónicos ni entre los enfermos con SIDA.

BIBLIOGRAFIA

1. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992; 10:582-583.
2. Valespino GJ, García GM, Del Río ZA, Loo ME. Epidemiología del SIDA/HIV en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Publica Mex* 1995; 37: 556-571.
3. World Health Organization, Genova. Global AIDS surveillance. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1998; 73: 193-200.
4. Zozoya M. Cartilla de la comisión nacional de derechos humanos contra la discriminación a personas afectadas con el SIDA. *La Jornada* 1997; 14:8-9.
5. Villamil RJ. El SIDA entre máquinas y engranes, ausencia de riesgo y discriminación laboral. *La Jornada* 1997; 12: 8-9.
6. Castro R, Eroza E, Orozco E, Manca MC, Hernández JJ. Estrategias de manejo entorno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Publica Mex* 1997; 39:32-43.
7. De La Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.
8. Rodríguez FE, Gea SA, Gómez MA, García GJ. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996; 17: 338-341.
9. 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.
10. Gwyther RG, Bentz EJ, Drossman DA. Validity of family APGAR in patients with irritable bowel syndrome. *Fam Med* 1993; 25: 21-25.
11. De La Revilla L, Ortega M. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Aten Primaria* 1994; 13: 603-607

-
12. Cluff RB, Hicks MW, Madsen CH. Beyond the circumplex model: 1.A Moratorium on curvilinearity. *Fam Proc* 1994; 33: 455-470.
 13. Olson DH. Curvilinearity survives: the world is not flat. *Fam Proc* 1994; 33: 363-364.
 14. Gómez CF, Irigoyen CA. Two types of family assessment. *Fam Proc* 1995; 34: 363-364.
 15. Polaino A, Martínez C. Evaluación psicológica y psicopedagógica de la familia 1ª ed. España: Editorial RIALP, 1998: 197-265.
 16. Irigoyen CA, Gómez CF, Hernández RC, Farfán SO, Fundamentos de medicina familiar. 4ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1996: 3,27-31,37,126-137.
 17. Calderón NG. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. 2ª ed. México: Editorial Trillas, 1985: 102-111.
 18. Sanford JP, Sande NA, Gilbert DN. Guía para el tratamiento del SIDA/VIH. 5ª ed. México: Editorial The Sanford, 1997:7.
 19. Angel AM. Aplicación de la evaluación familiar FACES III en un grupo de familias de la clínica medico familiar ermita de mayo a noviembre de 1996. Tesis ISSSTE-UNAM, 1997: 5-6.