



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SECRETARÍA DE SALUD  
DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GRAL. "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
MÉXICO; DISTRITO FEDERAL

## IMPACTO DE LA HEPATITIS B Y C EN LA DINÁMICA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA  
ADRIANA CASTILLO HERNÁNDEZ

ASESOR:  
DRA. MARÍA DEL PILAR MATA MIRANDA



MÉXICO, D.F.

2008



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.

IMPACTO DE LA HEPATITIS B y C EN LA DINAMICA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

CASTILLO HERNANDEZ ADRIANA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR.FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESRTIGACION FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR.ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

IMPACTO DE LA HEPATITIS B Y C EN LA DINAMICA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

CASTILLO HERNANDEZ ADRIANA

AUTORIZACIONES

DR. ALFONSO GALVAN MONTAÑO.  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN.

DR. OCTAVIO SIERRA MARINEZ.  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA.

DRA RITA VALENZUELA ROMERO.  
JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA DE POSTGRADO.

DR. ENRIQUE JESUS YAÑEZ PUIG  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

## IMPACTO DE LA HEPATITIS B Y C EN LA DINAMICA FAMILIAR

## INDICE GENERAL

1	ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	1
2	PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3	JUSTIFICACION.	13
4	OBJETIVOS a) Objetivo General b) Objetivo Especifico	13
5	HIPÓTESIS.	13
6	METODOLOGÍA a) Diseño.	13
	b) Material y Métodos	14
	I Universo de estudio	14
	II Tamaño de la muestra	14
	III Criterios de selección	14
	c) Variables.	14
	d) Descripción de procedimientos	15
	e) Consideraciones Éticas	15
7	RESULTADOS	16
8	DISCUSION	22
9	CONCLUSIONES	24
10	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
11	ANEXOS	28

## INDICE GENERAL

1	ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	1
2	PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3	JUSTIFICACION.	13
4	OBJETIVOS a) Objetivo General b) Objetivo Especifico	13
5	HIPÓTESIS.	13
6	METODOLOGÍA	13
	a) Diseño.	
	b) Material y Métodos	14
	I Universo de estudio	14
	II Tamaño de la muestra	14
	III Criterios de selección	14
	c) Variables.	14
	d) Descripción de procedimientos	15
	e) Consideraciones Éticas	15
7	RESULTADOS	16
8	DISCUSION	22
9	CONCLUSIONES	24
10	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
11	ANEXOS	28

## PALABRAS CLAVES

IMPACTO, HEPATITIS, FAMILIA, COHESION, ADAPTABILIDAD

## ANTECEDENTES

### Hepatitis Viral

Consideraciones Generales: La Hepatitis puede ser causada por muchos fármacos y agentes tóxicos, así como por múltiples virus y las manifestaciones clínicas pueden ser variadas. Los virus específicos que causan hepatitis son: 1) Virus de hepatitis A (VHA), 2) Virus de hepatitis B (VHB), 3) Virus hepatitis C (VHC), 4) Virus de hepatitis D (VHD), 5) Virus de hepatitis E (VHE), 6) Virus de hepatitis G (VHG).(1)

### HEPATITIS B

El virus de Hepatitis B es un hepadnavirus de 42 nm con un genoma de DNA de doble cadena parcial, proteína central interior (antígeno central de Hepatitis B, HbcAg), y cubierta superficial exterior (antígeno de superficie de Hepatitis B, HbsAg). Las madres HbsAg-positivas pueden transmitir a sus neonatos al momento del parto; el riesgo de infección crónica del lactante es tan alto como del 90%. El VHB es altamente prevalente en homosexuales y farmacodependientes de drogas intravenosas pero la mayor parte de los casos comunicados en EUA se deben a transmisión heterosexual. (1,2)

Sistemas antígeno-anticuerpo que se relacionan con la infección VHB:

1. HbsAg: La aparición de este es la primera evidencia de infección y se presenta antes de la primera evidencia bioquímica de enfermedad del hígado, persiste durante todo el transcurso de la enfermedad clínica. Su persistencia después de la enfermedad aguda puede vincularse con enfermedad crónica durante períodos variables. Su detección establece infección por VHB.(1,2)

2. Anti-HBs: El anticuerpo específico contra HbsAg(anti-HBs), aparece en la mayor parte de los individuos luego de la depuración, de HbsAg y de la vacunación con éxito contra la hepatitis B. La aparición de HbsAg se retarda ocasionalmente hasta después de la aparición de HbsAg durante esta brecha serológica (período de ventana). La desaparición de HbsAg y la aparición de anti-HBs señala recuperación de la infección por VHB y protección de infecciones recurrentes por VHB. (1,2)

3. Anti-HBc: La IgM anti-HBc aparece pero después de que se detecta la HbsAg (El HbcAg no aparece solo en el suero). Su presencia es un estado de Hepatitis aguda indica el diagnóstico de Hepatitis B aguda y cubre la brecha serológica en los pacientes que ha depurado a HbsAg pero que aun no tienen anti-HBs detectable. La IgM anti-HBc puede persistir por 6 meses o más y puede también reaparecer durante los brotes de Hepatitis B crónica previamente inactiva. (1,2)

La IgG anti-HBc también aparece durante la Hepatitis B aguda pero persiste indefinidamente ya sea que el paciente se recupere (con la aparición de anti-HBs en el suero) o se desarrolle Hepatitis B crónica,( con la persistencia de HbsAg). En donadores de sangre asintomático un anti-HBc aislado sin otros resultados serológicos positivos de Vd. Frecuentemente es un resultado falso positivo. (1,2).

4. HbeAg: El HbeAg es una proteína soluble que se encuentra únicamente en el suero positivo a HbsAg.; Representa una forma secretora de HbeAg indica replicación viral, persistencia en el suero más allá de 3 meses sugiere aumento en la probabilidad de Hepatitis B crónica, su desaparición es seguida por la aparición de anti-Hbe lo cual significa un decremento en la replicación viral. (1,2)

5. DNA VHB: La presencia de DNA VHB es el marcador más sensible y preciso de replicación viral. En los países del mediterráneo, una forma variable frecuente de VHB se caracteriza por Hepatitis B crónica grave y presencia de DNA VHB sin HbeAg en el suero debido a la mutación que evite la síntesis de HbeAg en los hepatocitos infectados (mutante "prenúcleo"). El mutante prenúcleo, puede aparecer durante el curso de la infección por VHB. Como resultado de la presión inmunitaria.

El riesgo de infección crónica es del 30% niños menos de 5 años y 6% en mas de 5 años y adultos (1,2)

### HEPATITIS D (AGENTE DELTA)

Es un virus RNA defectuosos que sólo ocasiona Hepatitis en asociación con infección de Hepatitis B y específicamente sólo en presencia del HbsAg; se depura cuando este último lo hace. El VHD puede coinfectar con VHB o superinfectar a una persona con Hepatitis B crónica. Cuando la Hepatitis D aguda coincide con la infección aguda por VHB, la infección resulta generalmente de gravedad similar a la Hepatitis B sola.

En la Hepatitis B Crónica, la súperinfección con VHD parece conllevar un pronóstico más grave que evoluciona rápidamente a la Cirrosis. El VHD es endémico en algunas áreas como en los países mediterráneos donde más del 80% de los portadores pueden estar súperinfectados. En EUA principalmente por usuarios de drogas intravenosas.

El diagnóstico se atribuye por detección de Anticuerpo contra el Antígenos de Hepatitis D (anti-VHD) o donde está disponible RNA VHD en el suero.

La Hepatitis D se evita mediante la prevención de la Hepatitis B (1,2).

## HEPATITIS C

Se considera que aproximadamente 170 millones de personas están infectadas con VHC

Tiene 6 genotipos principales en nuestro país el genotipo más frecuente es el 1b (mas del 60%), lo cual junto con el genotipo 1<sup>a</sup>, se ha relacionado con una rápida progresión de la enfermedad así como daño más extenso del hígado y pobre respuesta al tratamiento. En cuanto a la incidencia es más elevado, poblaciones de bajos recursos económicos, es mayor en edad productiva entre los 30 y 50 años, así como en afroamericanos. El VHC ha ocasionado más de 90% de los casos de Hepatitis, Hepatitis postransfusión aunque sólo 4% de los casos de Hepatitis C es atribuible a transfusiones, cuando menos 50% de los casos se relaciona con el uso de drogas intravenosas. No se ha detectado transmisión por lactancia. (2, 3, 4).

El virus de la Hepatitis C pertenece a la familia flaviviridae, es un virus ARN lineal de cadera simple constituido por 9500 nucleótidos posee una única estructura (gen) de lectura abierta que codifica una poliproteína viral de 3010 - 3033 aminoácidos aproximadamente. Se han identificado genotipos 1 al 6 además de 50 subtipos aunque todos ellos parecen ser similares desde el punto de vista antihigiénico. Los Genotipos 1 a y 1 b son más comunes en EUA y al oeste de Europa y México y los genotipos 4, 5 y 6 son más comunes en Egipto, Sudáfrica y sureste de Asia respectivamente, se ha observado que los genotipos 1a y 3 son más comunes en personas que utilizan drogas por vía intravenosa. El extremo 5' no codificable y del core se conservan fielmente en todos los genotipos, pero la síntesis de proteínas de la envoltura es codificada por la región hipervariable, que se modifica en diferentes especímenes e incluso en el mismo virus aislado en momentos distintos en el mismo enfermo, esto permite al virus evadir mecanismos inmunitarios del huésped dirigidos entra las proteínas de la envoltura viral. El extremo 3' del genoma contienen los genes de proteínas no estructurales(NS) 1 a 5, la secuencia de nucleótidos que codifican la síntesis del producto C 100-3 se ubica en el gen NS4 y la polimerazo RNA dependiente del ADN, merced a la cual se replica el VHC es codificada por el gen NS5. El genoma del VHC no guarda homología con el virus de la hepatitis B (VHB), los retrovirus ningún oro virus de hepatitis y no se integra en el genoma del huésped ya que no se replica a través de un ADN intermediario. El VHC suele circular en concentraciones bajas de 100 a 1000 visiones por mililitro. Es un virus que se muta rápidamente. (5)

## FACTORES DE RIESGO

Existen grupos de mayor riesgo como los usuarios de drogas intravenosas, personas que se transfundieron antes de junio de 1992 a partir de la cual se realiza prueba de tasas de sensibilidad anti-HVB y anti- VHC introducido como screening sanguíneo, gente con exposición frecuente a productos sanguíneos, pacientes hemofílicos, con trasplantes, insuficiencia renal crónica, pacientes que requieren de quimioterapia como tratamiento del cáncer, pacientes con hemofilia, infantes con madre infectadas con VHB y VHC, otros factores de riesgo como múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, consumidores de cocaína principalmente vía nasal. Otro grupo de alto riesgo incluyen pacientes y personal de centros de hemodiálisis, médicos, dentistas enfermeras y personal que trabaja en laboratorios clínicos y de patología y en bancos de sangre. (5,6).

## HISTORIA NATURAL

Suele transmitirse por inoculación de sangre y productos sanguíneos infectados o por contacto sexual y se encuentra en la saliva, el semen y las secreciones vaginales

Se han descrito dos formas de Hepatitis Aguda y Crónica

La hepatitis Aguda después de un período de incubación que en la hepatitis B es de: El periodo de incubación del VHB es de 6 semanas a 6 meses 8 (promedio de 12 a 14 semanas). La administración de globulinas inmunitarias contra hepatitis B prolonga el periodo de incubación y atenúa la intensidad de la enfermedad.

El período de incubación en el VHC es de 2 semanas a 6 meses, en promedio de 6 a 8 semanas. (5,6)

Las características clínicas: En la Hepatitis A y B son similares, sin embargo el inicio de la hepatitis B tiende a ser más insidioso y los valores de aminotransferasas Después de la infección aguda, la infección por VHB puede persistir en 1 al 2% en adultos inmunocompetentes, pero en un porcentaje más alto de adultos inmunocomprometidos o niños. Puede relacionarse con artritis, glomerulonefritis, poliarteritis nudosa. Se presenta una infección aguda por VHC que en la mayoría de los casos es asintomático o son leves e inespecíficos. En algunos pacientes (10 al 20%) refieren fatiga, náuseas, vómitos, anorexia, mialgias, dolor abdominal el cual es leve en el cuadrante superior derecho pero más frecuentemente es difuso, ascenso y descenso de transaminasas, solo hay ictericia en el 20 al 30% de los casos y estos síntomas pueden permanecer durante 2 a 12 semanas. En la Hepatitis C puede ser un factor de riesgo para Crioglobulinemia, Glomerulonefritis, Tiroiditis autoinmunitaria. Fibrosis pulmonar idiopática, Porfiria esporádica cutánea tardía y quizá en el Linfoma. (5,6).

Es la forma de presentación frecuente: La forma anictérica, en ella se presentan tres períodos sintomáticos: Fase Prodrómica o preictérica, Fase Ictérico y Fase de Convalecencia, con remisión clínica.

1º La Fase Prodrómica: El inicio puede ser abrupto e insidiosos con malestar general, escalofríos, mialgias, artralgias, fatiga, síntomas de vías respiratorias superiores, anorexia, náuseas, vómitos, puede haber diarrea o estreñimiento, dolor abdominal leve constante en el cuadrante superior derecho o en epigastrio que aumenta con el ejercicio o los movimientos. Hay fiebre pero pocas veces supera los 39.5°C. Frecuentemente la desaparición de la fiebre coincide con el comienzo de la ictericia sin dejar de tomar en cuenta que la forma icterica es poco frecuente. En la Hepatitis B Aguda pueden observarse tempranamente exantemas, artritis, enfermedad del suero; Hay Hepatomegalia, puede presentarse hipersensibilidad hepática, puede haber esplenomegalia, adenomegalias.

2ª La Fase Ictérica: La Ictérica clínica se produce luego de 5 a 10 días pero puede aparecer al mismo tiempo que los síntomas iniciales, la mayoría de los pacientes no desarrolla ictericia clínica. Con el inicio de la ictericia frecuentemente empeoran los síntomas prodrómicos seguidos por mejoría clínica progresiva.

3ª Fase de Convalecencia: Hay un aumento en el sentido de bienestar retorno del apetito, desaparición de los síntomas.

La Enfermedad Aguda cede en 2 a 3 semanas con recuperación clínica y laboratorios a las 16 semanas en la Hepatitis B. Del 5 al 10% de los casos el curso puede ser más prolongado y alrededor del 1% puede ser fulminante. La Hepatitis B, D y C pueden volverse crónicas. (5,6, 7).

La Hepatitis Crónica.

Se estima que en el 15% de los casos la enfermedad se auto limita y el 85% tienden a la cronicidad con daño hepático progresivo y lento. Puede notarse como una secuencia ininterrumpida de hepatitis, o en ocasiones se detecta por un hallazgo fortuito por estudio de Alaminotransferasa, cifras que se incrementan típicamente a partir de la cuarta semana que pueden estar persistentemente elevados o por la presencia de anticuerpos contra VHB ó VHC (anti-VHB y anti-VHC), hay en el suero HbeAG y DNA VHB lo que indica replicaciones virales activas en cerca del 70%, también hay IgM anti-HBc a valores bajos en ciertos pacientes la mejoría clínica y bioquímica coincide con la desaparición de HbeAg y DNAHBV del suero, aparición de anti-Hbe e integración del genoma VHB en el genoma del huésped en los hepatocitos infectados), estos se detectan a los tres meses de evolución en el 90% de los pacientes infectados, sin embargo el desarrollo de anticuerpos no indica la resolución de la infección aguda ni la protección contra el virus. El antVHC no es un anticuerpo detector y su

presencia en el suero de pacientes con Hepatitis aguda o crónica significa generalmente que el VHC es la causa de la hepatitis. La infección crónica de VHB afecta a 400 millones de personas en todo el mundo. La infección por un pronúcleo mutante del Genoma VHB durante el curso de la Hepatitis crónica causada por un tipo natural de VHB puede ocasionar una Hepatitis crónica grave con progresión rápida a cirrosis, en especial cuando hay mutaciones adicionales en el núcleo del gen del VHB.

Es una reacción crónica inflamatoria del Hígado de más de 3 a 6 meses de duración, demostrada por valores de aminotransferasa del suero persistentemente elevadas y datos histológicos, mediante los cuales puede clasificarse en Hepatitis crónica persistente y Hepatitis crónica activa. También puede clasificarse en el grado de inflamación portal, periportal y lobulillar (mínimo, leve, moderado o intenso) y la etapa de fibrosis (ninguna, leve, moderada, grave, cirrosis).

El diagnóstico de la enfermedad en etapa aguda es muy importante ya que el beneficio del tratamiento oportuno ha demostrado la prevención de un curso crónico en un 98% de los casos.

(5, 6,7, 8, 9)

Las personas con Hepatitis B y C crónica particularmente cuando la infección se adquiere en etapas tempranas de la vida, se encuentra en un riesgo sustancial de padecer cirrosis y carcinoma hepatocelular hasta de 25 al 40%. (5,6,7,8)

En la Hepatitis Crónica se presenta una viremia persistente ya que el organismo no es capaz de erradicar el virus, lo que junto con la elevación fluctuante de ALT durante 6 meses o más establece el punto en que la infección por virus de hepatitis puede ser considerada como crónica (7,8).

Esta enfermedad debe ser buscada de manera intencional, ya que debido a la ausencia o poca evidencia de síntomas puede existir las personas infectadas que padecen hepatitis B o C que las que ya han sido identificadas, esto es relevante ya que la enfermedad es prácticamente asintomática que ocasiona alteraciones irreversibles en el parénquima hepático en mas del 70% de los casos. Existen factores que condicionan la probabilidad más alta para la evolución crónica, como es el caso de la existencia de subtipos virales 1 a y 1 b en VHC ya que estos se relacionan con la progresión mas rápida de la enfermedad, dando como resultado un daño hepático mas extenso y con menor respuesta al tratamiento, otro factor es el abuso de alcohol con ingesta de mas de 50grs/día acelera la progresión así como también se ha detectado que la carga viral en estos pacientes es mas alta que en aquellos que no consumen bebidas etílicas. (5,6, 7, 8)

En la manera en que las células hepáticas con infectadas y destruidas por el virus el compromiso hepático es progresivo este proceso empieza con la inflamación persistente que produce una aparición progresiva de fibrosis, esteatosis y cirrosis. El momento en que los pacientes con hepatitis crónica presentan síntomas, es porque los cambios inflamatorios tanto en la periferia del parénquima hepático como en los tractos portales han evolucionado a fibrosis o en algunos casos a lesiones mas graves.

El conocimiento de la historia natural en cuanto a la progresión de la fibrosis hepática tanto para la evolución y seguimiento de la terapéutica como para el pronóstico de la enfermedad, se ha visto estimulada por el desarrollo de métodos cuantitativos (índice de Knodell y Metavir), los cuales permiten medir el grado de necroinflamación y fibrosis en biopsias de hígado. Esto es importante ya que la biopsia es relevante para la confirmación del diagnóstico y la evaluación precisa del daño en el parénquima hepático ya que la carga viral no se ha correlacionado con el grado de daño hepático o la severidad de la enfermedad.

La tendencia a una enfermedad severa manifestada por viremia persistente y cirrosis puede estar relacionada al serótino viral. (5, 6, 7).

Los pacientes con hepatitis crónica que evolucionan a cirrosis tienen un riesgo anual del 1 al 4% de desarrollar carcinoma hepatocelular lo cual es importante en el seguimiento agregar USG hepático y determinación de alfa fetoproteína cada 6 meses.

El ciclo natural de la enfermedad termina con la generación de cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en un 4% después de un curso prácticamente asintomático, que se extiende de 2 a 3 décadas.

Manifestaciones Extrahepáticas de hepatitis C crónica como son:

Crioglobulinemia mixta esencial, glomerulonefritis membranosa proliferativa y porfiria cutánea tarda, así como a úlcera corneal de Mooren, tiroiditis autoinmune, Síndrome de Sjogren, liquen plano, fibrosis pulmonar idiopática con escasa evidencia. (5, 6,7)

#### LABORATORIO

La cuenta de leucocitos es normal o baja especialmente en la fase preictérica, a veces pueden detectarse linfocitos atípicos grandes, raramente se presenta anemia aplásica. Hay proteinuria leve y la bilirrubinemia precede a la ictericia regularmente, si se presente fase ictericia existe acolia frecuentemente. La bilirrubina y fosfatasa alcalina se encuentran elevadas y en una minoría de pacientes continúan estándolo después de que se han normalizado los valores de aminotransferasa. Ocasionalmente se manifiesta en la Hepatitis aguda Colestasis. La prolongación del TP en la Hepatitis grave se relaciona con aumento de la mortalidad. (8)

#### SEROLOGIA

Inmunoanálisis Enzimático.

Actualmente en los bancos de sangre desde 1992 se realizan sistemáticamente exámenes automatizados de inmunoanálisis (ELISA) de tercera generación para detectar la infección de VHB y VHC los cuales tienen una alta sensibilidad y especificidad del más del 95% sin embargo esta prueba no puede distinguir si son IgM o IgG por lo cual no se puede saber si es crónica o aguda o se trata de un caso resuelto, sin embargo es muy útil ya que es capaz de detectar anticuerpos dentro de las 4 a 10 semanas posteriores a la exposición esto es importante saberlo ya que en el período de ventana puede presentarse resultados falsos negativos, además cabe mencionar que existen casos de inmunodeficiencia asociados al padecimiento que contribuyen a la presencia de resultados falsos negativos como son los pacientes transplantados portadores de VIH, etc. además en personas de alto riesgo, un resultado falso debe ser considerado falso negativo y se obliga a la realización de pruebas específicas como son las que determinan el material genético del VHB y VHC en sangre.

Las limitaciones de la inmunovaloración con enzimas incluyen la sensibilidad moderada para el diagnóstico de Hepatitis C aguda (falsos negativos) y baja especificidad en donadores de sangre sano y algunas personas con valores altos de gammaglobulina (falsos positivos), al comienzo del curso(7,8,9).

Inmunoblot Recombinante Suplementario (RIBA). La mayor parte de las personas positivas a RIBA son potencialmente infecciones lo cual se confirma con PCR para detectar RNA VHC, a menudo se obtiene anti-VHC por RIBA y son RNA VHC sugiere una recuperación de infección por VHC en el pasado.

Es muy importante tener en cuenta que durante el período de incubación se produce la replicación viral y que en un plazo de una a tres semanas a partir de la exposición es posible detectar el ADN en VHB Y RNA del VHC en la sangre del paciente. (2,9).

La Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) y la Transcripción Mediada (TMA) puede detectar bajos niveles de DNA o RNA del virus en suero, estas pruebas pueden ser cualitativas cuando determinan la presencia o no del virus y cuantitativas cuando determinan la carga viral, esto es útil ya que se ha encontrado en estudios realizados en este ámbito que los pacientes con carga viral alta (> 8 000 000) tienen mayor riesgo de progresar la fase crónica. La presencia de RNA VHC o DNA VHB en suero es indicativo de activación de la infección. (8,9).

También es importante la determinación de concentraciones de enzimas hepáticas que apoyan los datos iniciales para el establecimiento del diagnóstico, en este caso la determinación de ALT que indica daño hepatocelular, obtenida de manera secuencial, que en la etapa aguda se eleva

usualmente 10 veces el nivel normal lo cual ocurre entre la semana 2 a la 8 después de la exposición.

Es importante tomar en cuenta que en el desarrollo de la enfermedad existen fluctuaciones en las concentraciones de estas enzimas y aunque es un análisis de laboratorio para la identificación de la enfermedad las concentraciones detectadas no se consideran un marcador confiable para predecir daño hepático

#### INMUNOENSAYO

Western blots

CUANTIFICACION DE NIVELES SERICOS DE DNA VHB o RNA de HVC

Incluyen cuantificación de PCR y una prueba de branched DNA (bDNA).

#### INDICADORES BIOQUIMICOS DE INFECCION

En Hepatitis B y C crónica aumento de las transaminasas, FR Y Plaquetopenia es frecuente en pacientes con fibrosis o cirrosis, DHL, CK usualmente normales, los niveles de albúmina y protrombina al inicio normales hasta estadios avanzados de la enfermedad, hierro y niveles de ferretina pueden estar elevados. En algunos pacientes la ALT puede estar normal. (4-9).

#### BIOPSIA HEPATICA

No es necesaria para el diagnóstico. pero sí para estadificar la enfermedad y menos del 20 % la requieren.(8,9).

#### DIAGNOSTICO

Elevación de las aminotransferasas y presencia de anti-HVB o anti- HVC, el diagnóstico se confirma encontrando RNA HVC o DNA HVB en el suero. (5,6, 7,8, 9).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hepatitis autoinmune, Hepatitis alcohólica, Esteatosis Hepática no alcohólica, Colangitis Esclerosante, Enfermedad de Wilson, Deficiencia de alfa 1 antitripsina relacionada con enfermedades hepáticas inducidas por fármacos. Mononucleosis infecciosa, infección por Citomegalovirus, infección por virus de Herpes simple, enfermedad por espiroquetas como Leptospirosis y Sífilis secundaria; Brucelosis; enfermedades rickettsiales como la Fiebre Q, Hepatitis Isquémica, Colestasis.

La Fase prodrómica de la hepatitis viral puede diferenciarse de otras enfermedades infecciosas como Influenza, infecciones de vías respiratorias superiores y las etapas prodrómicas de las enfermedades exantemáticas (6,7,8,9)

#### TRATAMIENTO

Modificaciones de acuerdo a los síntomas reposo, evitar ejercicio extremo, evitar el consumo de alcohol y los agentes hepatotóxicos, debe evitarse el sulfato de morfina.

El tratamiento de la infección por VHC con alfa interferón parece disminuir el riesgo de Hepatitis Crónica.

En la Hepatitis B Crónica y replicación viral activa (HbeAg y DNA VHB) en el suero, elevación de los valores de aminotransferasa) el Interferón humano recombinante alfa-2b a dosis de 5 millones de U al día o 10 millones de U 3 veces a la semana intramuscular por 4 meses el 40% responde con normalización de los de aminotransferasa, desaparición de HBeAg y DNA VHB del suero, aparición de anti-HBe y mejoría de supervivencia, la respuesta favorable es sumamente probable con valores de < 200 pg/ml de DNA VHB. Además más del 80% de los que responden pueden depurar eventualmente HBsAg del suero y del Hígado, desarrollar anti-HBs en el suero y así ser curado de la infección. Las recurrencias no son frecuentes.

Análogos Nucleótidos: Lamivudina en ocasiones resistencia viral, Famciclovir bien tolerada aun en paciente con Cirrosis descompensada. (5,6,7,9)

Interferón Recombinante alfa- 2 a a 9 millones de U 3 veces a la semana por 48 semanas puede conducir a normalización de los valores de aminotransferasa del suero, mejoría histológica y eliminación del RNA VHD del suero en el 50% de los pacientes con Hepatitis D Crónica pero hay recurrencia al suspender el tratamiento.(9).

El Objetivo del tratamiento de la hepatitis C comprende la eliminación del virus así como la reducción de los síntomas, la progresión a cirrosis y/o a carcinoma hepatócelular y el desarrollo de complicaciones hepáticas y extrahepáticas elevación persistente de ALT durante más de 6 meses, RNA del VHC se recomienda el uso de interferón alfa en combinación con Ribavirina. Dentro de los interferones (Alfa 2a y 2b) o (Alfa-n1), está el Peginterferón Alfa 2 b a dosis de 180 microgramos por semana vía subcutánea calculado a 1.5mcg por kg. de peso por semana en un rango de 75 a 150mcg por semana o 3 millones de U 3 veces por semana por 24 semanas. Hay factores que predicen la respuesta al tratamiento como son; Ausencia de Cirrosis disminución de valores de RNA VHC, Probable Infección por Genotipos de VHC distintos al 1a y 1b. A las 24 semanas de suspender medicación solo 30 al 50 % mantendrá mejoría. Se ha observado que el tratamiento más prolongado por ejemplo durante 12 a 18 meses aumenta la durabilidad de la remisión y en la actualidad se recomienda generalmente. El Interferón consenso ( Interferón Recombinante Sintético) a una dosis de 9 mcg. 3 veces por semana se presenta mejoría bioquímica, virológica e histopatológica (retorno de ALT a lo normal y pérdida de RNA VHC del suero) en el 50% de los pacientes. La Rivavirina es un medicamento vía oral dos veces al día en 200mg en 24 horas (7,8, 9).

El Interferón Alfa puede resultar benéfico en el tratamiento de la Crioglobulinemia relacionada con la Hepatitis C Crónica.

Nuevos tratamientos antivirales para Hepatitis C inhibidores específicos de VHC derivados enzimáticos de porretazas e inhibidores de polimerazo.

Los efectos adversos incluyen síntomas similares a los del resfriado; los efectos más graves, son síntomas psiquiátricos, irritabilidad, depresión) disfunción tiroidea y supresión de la médula ósea son menos frecuentes

El Interferón esta contraindicado en pacientes con Cirrosis descompensada, Citopenias Intensas, Enfermedades Psiquiátricas y Enfermedades Autoinmunitarias. (7,8,9).

## PRONOSTICO

El curso de la Hepatitis Crónica es variable e impredecible.

La tasa de mortalidad de la Hepatitis B aguda es de 0.1 al 1% y es más alta en la Hepatitis D superpuesta La Hepatitis Fulminante se presenta en 1% con una mortalidad del 60%. La Hepatitis Crónica caracterizada por valores de aminotransferasa aumentados por más de 6 meses, se desarrolla en el 1 al 2% de los pacientes inmunocompetentes con Hepatitis B aguda, pero hasta 90% de los neonatos y lactantes infectados y una proporción sustancial de adultos inmunocomprometidos con Hepatitis B aguda, y en más del 80% de las personas con Hepatitis C aguda evolucionan a la cronicidad. Finalmente puede desarrollarse Cirrosis e Insuficiencia Hepática en hasta el 30% de los individuos con Hepatitis C crónica, en la Hepatitis B crónica del 40%, (dentro de los 5 años posteriores al inicio de los síntomas en la hepatitis B y en decenios en la Hepatitis C crónica). Estos pacientes también tienen el riesgo de desarrollar Carcinoma Hepatocelular con una tasa de hasta 3% por año: Se espera que la mortalidad por Cirrosis y Carcinoma Hepatocelular por Hepatitis C se triplique en los próximos 10 a 20 años. Hasta el 40 A 50% de los pacientes con Hepatitis B crónica y Cirrosis mueren dentro de los 5 años posteriores al inicio de los síntomas aunque la terapéutica mejora el pronóstico en quienes responde. La Hepatitis C Crónica es una enfermedad indolente y a menudo subclínica, el tratamiento con interferón tiene efecto benéfico en la supervivencia. (5.6.7.8.9).

## PREVENCION

Va encaminado a evitar y controlar los factores de riesgo, uso de pruebas de screening en profesionales de la salud y en personal que maneja biológicos sanguíneos, buen manejo de los desechos biológicos y programas informativos para los usuarios de drogas intravenosas y personas con múltiples parejas sexuales.

La Goglobulina Inmune para la hepatitis B (IGHB), puede resultar protectora si se administra a dosis altas dentro de los siete días posteriores a la exposición (dosis adulto es de 0.6ml/kg) seguida por inicio de una serie de vacunas contra VHB.

Las Vacunas usadas en la actualidad son derivados recombinantes. El CDC ha recomendado la vacunación universal, en lactantes y niños.

La dosis para el adulto es de 10 a 20 microgramos inicialmente (dependiendo de la formulación) de 1 a 6 meses pueden verificarse los títulos de anti-HBs postinmunización, no se recomienda el reforzamiento.

La Vacunación universal de los neonatos en países en donde es endémico el VHB reduce la incidencia de carcinoma hepatocelular. (9,10).

## DINAMICA FAMILIAR

La familia constituye una unidad de atención (13).

El organismo familiar tiene diversos componentes que lo constituyen, su ciclo de vida familiar y los factores del medio que influyen en su desarrollo. Estos elementos interactúan dando lugar a un sistema que recibe estímulos, procesa información del medio y elabora respuestas adaptativas, manteniendo un equilibrio propio y exclusivo, cambiante en cada momento del continuo temporal.

Se denomina Función Familiar, a la propiedad del sistema familiar, que lo convierte en organismo similar a cualquier ser vivo y le permite diferenciarse de la simple suma de componentes (11,12, 13, 15)

La familia sana o enferma y familia normofuncional y disfuncional. Los dos primeros conceptos hace referencia a la "salud de la familia", es decir a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman, y por lo tanto se refiere a la prevalencia e incidencia de enfermedades en una familia determinada.

Con los términos "salud familiar" nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario por lo cual el buen o mal funcionamiento de la misma es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. (14,15)

Una familia es normofuncional cuando es capaz de las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Las funciones de la familia se pueden resumir en los siguientes puntos. Debe satisfacer las necesidades físicas, las necesidades afectivas, fortalecer la personalidad, formar roles sexuales, preparar para el mejor desempeño de los papeles sociales y estimular las actitudes de aprendizaje y el apoyo de la creatividad de la iniciativa individual (14,15).

Cuando la Familia "enferma" es decir se hace "ineficaz" y no puede ejercer sus funciones, la denominamos disfuncional.

Decimos que una familia es normofuncional, cuando es capaz de cumplir sus funciones que le han sido encomendadas de acuerdo a la etapa del CVF en que se encuentre y en relación a las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno. No se debe olvidar que el producto de la disfunción familiar es la enfermedad de uno de los miembros, es lo que se denomina caso asignado o paciente índice no sin olvidar que los patrones de funcionamiento familiar están condicionados por el contexto sociocultural al que pertenece la familia y se rige por las normas que estos le asignan, que a su vez son diferentes en cada cultura y época.

No existe por lo tanto un modelo abstracto y universal de familia "normal" que permita definir a partir de él una familia "anormal" solo se habla del cumplimiento de las funciones satisfactoriamente para el buen desarrollo de sus miembros. Aunque no puede hablarse de un patrón de normalidad como tal, sí es cierto que existen diferentes grados de adaptación ante determinadas situaciones.

Existe un modelo explicativo de la disfunción familiar propuesto por Smilkstein et al (Seattle), en el cual se menciona que no existen familias normales ni anormales, "funcionan" bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a su vez dependen de su capacidad de adaptación y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital.

La familia puede encontrarse en 4 diferentes estadios dinámicos: La Familia Normofuncional, La Crisis familiar, Disfunción Familiar y la Familia en Equilibrio Patológico.

De la misma forma en que los individuos desarrollan mecanismos de adaptación ya sea patológicos y no patológicos frente a los estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis de diferentes formas, tal como el individuo adopta mecanismos de defensa, las familias pueden responder perpetuando la situación, utilizando lo que denominamos mecanismo de defensa familiares.(13,16).

Manifestaciones clínicas de la disfunción familiar:

La situación tormentosa a la que se somete la familia disfuncional no se traduce en una demanda de los servicios de salud. Durante un periodo variable, el sistema incapacitado para mantener su homeostasis genera alteraciones en uno de sus miembros, para mantener el equilibrio alguien enferma y puede presentarse situaciones psicósomáticas, o presentarse problemas de conducta y sociales.

Es importante observar al sistema familiar, evaluando su función ante las situaciones que se le presentan, tanto si fuera una alteración psicósomática, de conducta o social como si fuera una enfermedad crónica y degenerativa.

Así como también se observan familias disfuncionales que muestren dificultades para resolver situaciones, como la enfermedad real de uno de sus miembros, la falta de adherencia a tratamientos o la incapacidad para poder atender algún miembro incapacitado. (14,15).

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas, una negativa, que desajusta la función familiar, que la incapacita para realizar sus tareas y que modifica los roles de sus miembros y que está relacionada con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes, la otra fuerza la cual es positiva, constituida por los recursos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio del funcionamiento familiar. (14, 15).

EL conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico familiar a poner en marcha medidas de intervención delineadas en cinco niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar, que proporciona un modelo con el que se puede comparar el grado de atención en la familia en la práctica médica.(14,15)

Nivel Uno: Énfasis mínimo en la familia. En este nivel, el médico trata con la familia sólo en los casos en que la conversación con los familiares del enfermo es una parte necesaria de la práctica médica.

Nivel Dos: Información continua y consejos médicos. Requiere que el médico comprenda la importancia de la familia en la asistencia sanitaria del individuo y que se comunique de manera afectiva con ella, con el fin de obtener y compartir información, además de implicar a sus miembros en el tratamiento dado a un enfermo.

Nivel Tres. Sentimiento y Apoyo: Este implica el conocimiento del desarrollo normal y del funcionamiento de una familia, así como de una forma de reaccionar ante una situación de tensión. Este nivel requiere habilidad y experiencia para evaluar la estructura y las funciones de una familia, así como para identificar sus disfunciones.

Nivel Cuatro: Evaluación Sistemática e Intervención Planificada: Requiere un conocimiento profundo de la teoría de los sistemas familiares. El médico en este nivel es capaz de evaluar a la familia identificar niveles de disfunción familiar y cuyas disfunciones se encuentren más allá de la eficacia de un tratamiento de asistencia primaria. En este nivel el médico emite orientaciones a corto plazo y organiza reuniones con el fin de asesorar sobre los problemas familiares menores.

Nivel Cinco: Terapia Familiar. En este nivel, el médico es capaz de definir una disfunción familiar grave, de planear y organizar un acercamiento terapéutico con el fin de conseguir un cambio importante en el sistema familiar. (14,15).

Instrumentos para Evaluar la Función Familiar.

Se utilizan para la evaluación de la disfunción familiar, disponemos de muy diferentes planteamientos operativos para diseñar la estrategia de intervención, se puede utilizar una estrategia global como la que propone Hollman, basada en diferentes áreas del problema, la familia como sistema, la familia como ambiente y la etapa del ciclo familiar(16,17).

Se clasifican en tres apartados según su utilidad práctica.

Cuestionarios autoadministrados, unidimensionales.

Instrumentos para evaluar el impacto de la enfermedad sobre el sistema familiar, los cuales se han aplicado a enfermedades orgánicas crónicas o incapacitantes.

Como son: La Escala de ajuste Psicológico de la Enfermedad (PAIS), Índice de Función Familiar de Peles y Satterwhite (FFI), Índice de Tensión del Cuidador (CSI) y La Escala Funcional de Demencia (DCS) (16,17).

Instrumentos para Evaluar las Relaciones Familiares: Estos son los que mejor miden la función familiar, de las cuales la más utilizada y validada es La Escala de Adaptación y cohesión Familiar (FACES), la cual esta basa en el modelo circunflejo de Losen, la cual en su versión actualizada (FACES III) consta de 20 preguntas, que evalúan la percepción del paciente acerca de la cohesión y adaptabilidad de su familia, ofrece la posibilidad de contestar la percepción real que el paciente tiene de familia con la idea que el desearía. Otra que también es muy utilizada es el APGAR FAMILIAR, que ha sido diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la función familiar, consta de 5 preguntas que evalúan las diferentes áreas en que los autores dividen la función familia, cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2, obteniéndose al finar un índice entre 0 y 10. Sus autores proponen clasificar a las familias en normofuncionales(7 a 10), moderadamente disfuncionales(4 a 6) y gravemente disfuncionales (0 a 3). Además sugieren que las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrece una indicación, de la función que se encuentra alterada en la familia del paciente. El cual también evalúa los componentes del funcionalismo familiar como son la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. (16,17)

La Cohesión: Es la unión emocional de los miembros de la familia

La Adaptabilidad: Es el valor del cambio en el liderazgo, las relaciones entre si, roles y normas.

#### ENFERMEDAD CRONICA.

Es importante reconocer el entorno familiar para poder reconocer en subsistema familiar al que cada paciente pertenece, para reconocer donde se desencadenan las crisis y las disfunciones o por el contrario encuentra los recursos necesarios para desactivar sus síntomas, de tal forma que ha surgido diferentes modelos de los cuales existe un modelo explicativo para la enfermedades crónicas, en la cual las familias atraviesan diferentes etapas a lo largo del ciclo familiar y en cada nueva fase surgen amenazas para su organización, pues bien una de estas amenazas es la enfermedad. Como menciona Hill en su modelo para analizar las situaciones criticas, mediante el cual se pueden entender las repercusiones que acontecen en el sistema familiar cuando uno de los miembros padece una enfermedad crónica llamado ABCX donde A es la enfermedad, interviniendo su gravedad. curabilidad, incapacidad, medidas terapéuticas, B son los recursos con que cuenta la familia frente a la enfermedad, tipo de apoyo y calidad de la red social, C es lo que sabe la familia acerca de la enfermedad, experiencias previas, etapa del ciclo familiar en la que se encuentra, creencias, X es la crisis entendida como el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en el sistema familiar. En el modelo explicativo la enfermedad sitúa a la familia ante una situación ante una situación nueva e inesperada, que intentara identificar y procesar de acuerdo con sus creencias y experiencias previas, pondrá en marcha los recursos con los que cuente, esto es adaptabilidad, cohesión y capacidad organizativa y en caso necesario buscará apoyos familiares o extrafamiliares de acuerdo con la red social. La intensidad, el valor y la trascendencia de los factores A, B y C modularán la respuesta, esto es la importancia de la crisis(X). (18)

La crisis ocasionará en el subsistema familiar cambios de papeles, modificaciones de funciones, aparición de diadas y triadas de apoyo o rechazo, "feedbaces" positivos y negativos, en esta situación la familia seguirá dos caminos, se adaptara a la nueva situación aceptando todo los reajustes y cambios que la enfermedad crónica ha generado o bien no se adaptará y entrara en una dinámica de disfunción familiar que puede causar, por un lado, el empeoramiento del paciente, origen de crisis, con disminución de su autoestima, aparición de ansiedad y depresión y agravamiento del papel de enfermo y por otro lado le enfermedad de algún otro miembro de la familia.

La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental o ambos en el individuo que lo padece, llevándolo

incluso a la muerte. Estas situaciones llevan a crisis que se manifiestan de diferentes maneras. (19)

En la enfermedad crónica es importante analizar, en el sistema creado por la enfermedad, el individuo y su familia y se han creado varios modelos.

Según el modelo de relación de la enfermedad y el sistema familia de Rolland.

Distingue tres dimensiones.

Tipo psicosocial de la enfermedad: Esta primera dimensión del patrón de enfermedad puede cambiar de acuerdo a su inicio agudo o gradual, curso progresivo, constante o episódico, pronóstico fatal. De la expectativa de vida, o bien, o puede ser un caso de muerte súbita o carente totalmente de efectos sobre la longevidad, así como con el grado de incapacidad que pueda llegar a ocasional en el individuo que la padece (ninguna, leve, moderada o severa).

La incapacidad, puede ser cognitiva, motora, en la producción de energética como en enfermedades cardiovasculares, puede deberse también a los trastornos que la enfermedad ocasiona al individuo sobre su imagen corporal, en los sentidos de relación o finalmente por el estigma social, como los pacientes con VIH-SIDA. (17,18).

Fases en la Historia Natural de la Enfermedad: (19)

La Fase de Crisis Inicial: La cual comprende cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación luego que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa la familia debe superar varios aspectos, el aprender a manejar los síntomas de la enfermedad, el moverse en el ambiente hospitalario, crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión. Al mismo tiempo que permita el proceso de duelo (19).

La Fase Crónica: Independientemente de su duración, debe el enfermo y su familia a vivir día a día con la enfermedad, esto puede traer como consecuencia que la familia sienta que cuando muera el enfermo todo será normal otra vez, pero les provoca vergüenza y culpa, otro obstáculo que la familia debe superar es la tendencia a la mutua dependencia y sobre protección (19).

La Fase Terminal: La familia entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones. La primera consiste en la tristeza, separación o distanciamiento, no necesariamente físico, alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo, manifestando su amor a través del bienestar físico del enfermo mas que del involucramiento afectivo. La segunda es la tristeza por que la "familia" que hasta entonces habían conformado ya no existirá más. (19).

Otro aspecto importante son algunas características de la vida familiar como sería su historia transgeneracional de enfermedades, pérdidas y crisis, su nivel de desarrollo, su ciclo familiar, su sistema de creencias, su grado de cohesión. Adaptabilidad y comunicación, etc.

Debido a que enfermedad es parte del individuo y este de una familia resulta necesario pensar simultáneamente acerca de la interacción entre el individuo y su desarrollo familiar. Para lo cual Rolland propone el modelo de Combrick-Graham basado en el sistema espiral que describe que la familia tiene periodos de oscilación entre periodos de acercamiento que se denominan centrípetos y distanciamientos que se denominan centrífugos, los cuales son naturales y no patológicos.(19).

## MARCO DE REFERENCIA

La infección por virus de Hepatitis B y C es considerada como "LA EPIDEMIA SILENCIOSA" debido a que en la mayoría de casos el diagnóstico es fortuito, ya que la enfermedad en etapa aguda en la Hepatitis B un 30% y en la Hepatitis C no da síntomas o en un bajo porcentaje y un alto porcentaje de los infectados evoluciona a la cronicidad. Y son un factor frecuente de Cirrosis y Carcinoma Hepatocelular (de un 25 al 40%). Así como también es la primera causa de Trasplante Hepático y es la causa de 8000 a 10000 muertes anuales, cifras que van aumentando a medida que las personas infectadas entre 1970 y 1980 comiencen a desarrollar afecciones hepáticas esto sucede menos en la Hepatitis B ya que gracias la vacuna contra VHB las cifras en este tipo se espera que disminuyan. Por lo tanto se considera un problema de salud publica ya que se calcula que cerca de 350 a 400 millones de personas a nivel mundial se encuentran infectadas por VHB y 170 millones de personas por VHC.

Se ha encontrado en estudios de prevalencia realizados en nuestro país en grupo de donadores de sangre, población obstétrica y receptores de transfusiones, la frecuencia de infección por VHB y

VHC es del 1.2%. Así como también se ha hecho estudios en grupos de pacientes con hemodiálisis y hemofílicos, médicos, dentista, personas que labora en laboratorios clínicos o de patología y bancos de sangre en los cuales el riesgo es mayor y la prevalencia es en promedio del 36%. De acuerdo al censo de población (100 000 de habitantes) podría estimarse que en la actualidad existen alrededor de 1200 000 personas infectadas en nuestro país. Para el 2005 se reportaron 119 casos de infecciones por VHC (1,9).

Además es importante implementar programas de apoyo a los pacientes portadores de Hepatitis B y C y a sus familiares donde se realizan talleres de conocimientos en general apoyo psicosocial dentro del cual es importante conocimiento de la enfermedad crónica y como repercute en el individuo y su familia(10).

En caso de la enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente, como es el caso de la Hepatitis B y C, es paciente y su familia se enfrentan a la ineludible realidad de que son mortales, y cuanto se dan cuenta que el paciente puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de que puede perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera. Ya que se enfrentan a la posibilidad que la familia que eran ya no lo será más y esta situación producirá cambios y estos se producirán en varios niveles, lo cual llevara a reestructuraciones dentro de la dinámica familia, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento. En la enfermedad crónica, el foco de interés se localiza en el sistema creado por la interacción entre ésta, el individuo y la familia y entre otros sistemas biopsicosociales. El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, ser sometido a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo, o bien incapacidad física, estos hechos sumergen a la persona y a su familia en un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas. (1, 5,18.19)

La Manera en que se interpreta el suceso será decisiva para determinar, el curso final en la resolución e la crisis, en especial la autoimagen y los planes para el futuro tanto del individuo como de la familia, ya que pueden verse en la necesidad de realizar algunas adaptaciones conductuales mientras dure la enfermedad. Sí una enfermedad leve puede hacer que el individuo y su familia entren en crisis cuánto más podrá desequilibrarla el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica.

Existen instrumentos de evaluación para determinar el impacto de una enfermedad en la dinámica familiar, uno de ellos es el FACES III en el cual se analiza la Cohesión y Adaptabilidad. (18.19).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto que causa la enfermedad por Hepatitis B y C, en la cohesión y adaptabilidad?

### 3. JUSTIFICACION

La hepatitis B y C es una enfermedad que causa problemas secundarios importantes en el organismo del individuo que la padece, pudiendo llegar hasta la cirrosis o el cáncer de hígado en el 25 al 40%, ya que el 85% de la fase aguda, evoluciona a la cronicidad, causando de 8000 a 10000 muertes anuales, ya que 350 a 400 millones sean portadoras del VHB y 170 millones de personas del VHC, nuestro país. Existe una tasa de infección de 1.2%, lo cual importante, así como el hecho, que la gente percibe de manera distinta a la enfermedad con respecto a otras enfermedades crónicas degenerativas ya que esta, es una enfermedad infectocontagiosa y a largo plazo crónica y degenerativa se ha visto que hay ajustes en la dinámica familiar desde el momento en que se da el diagnóstico por el temor que se tienen a las consecuencias agudas y crónicas aun desconociendo la propia enfermedad, tan por el hecho del nombre de la enfermedad y los posibles riesgos de contagio. Es conveniente que se estudie este fenómeno ya que hay repercusión respecto, a la enfermedad, en el individuo mismo y en la dinámica familiar. Debido a que la enfermedad es parte del individuo y este de una familia resulta necesario, valorar, también la interacción entre el individuo, su enfermedad y su desarrollo familiar, ya que los factores estresantes, puede ocasionar crisis al interior del sistema familiar, dificultando la atención y recuperación del paciente. De esta manera se hace necesario el estudio de la cohesión y adaptabilidad familiar para determinar el grado de disfunción.

### 4. HIPOTÉISIS

Ya que se trata de un estudio descriptivo, no se requiere de ninguna Hipótesis.

### 5. OBJETIVOS

#### a. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto en la cohesión y adaptabilidad en las familias de pacientes con diagnóstico de Hepatitis B y C.

#### b. OBJETIVO ESPECIFICOS

- 1.- De terminar las características de la familia con hepatitis B y C.
- 2.- Determinar la frecuencia con que se altera la cohesión y adaptabilidad en la Hepatitis B y C.
- 3.- Estudiar el fenómeno de la cohesión y adaptabilidad de la dinámica familiar en estos pacientes

## METODOLOGIA

### a. DISEÑO

Observacional, Transversal, Descriptivo, Prospectivo, Abierto.

### b. MATERIAL Y METODOS

#### I. Universo de estudio:

Pacientes registrados en el área de Bioestadística del hospital Gral. "Dr. Manuel Gea González" así como donadores detectados por el servicio de Banco de Sangre de este mismo hospital.

#### II. Tamaño de la muestra

*El tamaño de la muestra se estimó esperando 70% de disfunción con una potencia de la prueba de 90% y error de 15%, n= 25 pacientes.*

#### II. Criterios de selección:

##### Criterios de inclusión:

*Pacientes que acudieron a consulta o han sido hospitalizados en el HG. Dr. MGG, con el diagnóstico de Hepatitis B y C.*

*Pacientes con cualquier edad.*

*Pacientes que se registraron en el banco de sangre, a la donación.*

##### Criterios de exclusión:

*Pacientes con VH-SIDA.*

##### Criterios de eliminación

*Pacientes que no tengan registro completo.*

*No deseen participar..*

### c. VARIABLES

#### Variables Dependientes:

Dinámica familiar (Cohesión y adaptabilidad): Dicotómica 1=si 2=No

#### Variables independientes:

Sexo: dicotómico 1=hombre 2= mujer

Edad: cuantitativa continua

Número de integrantes de la familia: cuantitativa continúa.

Tipo de familia: categórica

Lugar que ocupa dentro de la familia: categórica.

Ciclo de vida familiar categórica.

### d. DESCRIPCION DE PROCESOS

Diagrama de flujo.

Se solicitó la autorización para la realización de este trabajo a los comités de ética e investigación del Hospital General "Dr. "Manuel Gea González".

Se obtendrá información del servicio de bioestadística sobre cuantos pacientes se han capturado.

Se localizaran los datos del paciente por número de registro.

Se aplicara una cédula con datos específicos del individuo y su familia.

Se aplicaran cuestionarios de escalas de funcionalidad, el FACES III, al paciente y a los otros miembros de la familia. *Para poder obtener la Cohesión y Adaptabilidad de cada paciente y su familia, sumando los puntos de cada nivel:*

**COHESION**

NO RELACIONADA 10-34 PUNTOS

SEMIRELACIONADA 35-40 PUNTOS

RELACIONADA 41-45 PUNTOS

AGLITINADA 46-50 PUNTOS

**ADAPTABILIDAD**

RIGIDA 10-19 PUNTOS

ESTRUCTURADA 20-24 PUNTOS

FLEXIBLE 25-28 PUNTOS

CAÓTICA 29-50 PUNTOS

Calendario.

FECHA DE AUTORIZACIÓN: Julio/Agosto 2006.

FECHA DE TERMINACIÓN: Octubre 2006.

**Recursos**

Recursos humanos:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

ADRIANA CASTILLO HERNANDEZ. RESIDENTE III MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DR. ENRIQUE JESUS YAÑEZ PUIG

JEFE DE LA DIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA MARIA DEL PILAR MATA MIRANDA.

SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION

Los recursos materiales se obtendrán por parte del investigador.

**VALIDACION DE RESULTADOS**

Se usará estadística descriptiva media, desviación estándar, rango y porcentajes.

**PRESENTACION DE RESULTADOS**

Se hará en tablas cuadros y gráficos.

**e. CONSIDERACIONES ETICAS.**

“Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud”.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, Investigación con riesgo mínimo, se agrega hoja de consentimiento informado

## RESULTADOS

### ***Descripción de la muestra de estudio***

Se entrevistaron un total de 25 pacientes con diagnóstico de hepatitis B y C. El 56% fue sexo el masculino (n=14), seguido del femenino con 44% (n=11).

El promedio de edad fue de 41 años con un porcentaje del 16% (n=4, seguido de 49,63 y 66 años con un porcentaje del 8% (n=2), las edades de 26,29,30,31,37,40,45,46,52,54,55,56,61,65,71, con un porcentaje del 4%(n=1)

En lo que respecta a la ocupación la que tuvo el mayor porcentaje fue la de empleado con el 40% (n = 10), seguido las amas de casa con 20%(n=5),el 16%(n=4) lo obtuvo los profesionista, el 12%(n=3)los comerciantes, el 8%(n=2) lo obtuvo jubilado, por ultimo el menor porcentaje obtuvo desempleado con un porcentaje de 4%(n=1),en cuanto a escolaridad la que tuvo mayor porcentaje fue la de profesionista con el 32% (n = 8), cabe mencionar que de las otras cuatro variables tres tuvieron el mismo porcentaje de 20% (n = 5), las cuáles son primaria, secundaria, preparatoria y técnica y con el menor porcentaje con 8%(n=2) analfabeta.

También se preguntó el numero de integrantes de la familia de cada paciente encuestado y las familias que predominaron fueron las de 2 y 5 integrantes obteniendo un porcentaje del 24% (n = 6), seguido de 3 y 5 con un porcentaje del 12%(n=3), tres de las variables obtuvieron el 8%(n=2) con 1, 6 y 7 integrantes, con el 4%(n=1) de 11 integrantes.

De igual manera se cuestiono el tipo de familia de los encuestados, la que predomino fue la familia tradicional-urbana-integrada obteniendo un porcentaje del 32% (n = 8), seguido del tipo de familia moderna-urbana-desintegrada y familia moderna-urbana-integrada y moderna urbana semintegrada con el 16 % (n = 4); seguida de la tradicional-urbana-semintegrada con el 12% (n = 3), seguida de la tradicional rural semintegrada y tradicional urbana desintegrada con 4%(N=1).

Se valoro el ciclo de vida familiar encontrándose que la fase que predomino fue la de independencia con el 36% (n =9) seguido de la fase de dispersión y la fase de retiro o muerte con un porcentaje del 20% (n = 5), por ultimo las fases de matrimonio y expansión con el 12%(n=3) También se cuestiono el lugar que ocupa dentro de la familia el paciente encontrándose que es el padre con un porcentaje del 28% (n = 7), lo cual es un factor de riesgo que pudiera ocasionar alguna crisis en lo que respecta a la dinámica familiar, ya que es el principal proveedor, seguido de la madre con el 24% (n = 6), el cónyuge con el 16% (n = 4), seguido de vive sola e hijo con el 8% (n = 2) seguido de abuela, compañeros de trabajo, tía con el 4% (n = 1)

### ***Descripción de la enfermedad.***

El promedio de años de evolución de la enfermedad con el 32%(n=8) de 1 y2 años. Seguido de 3 y 4 años con el 12%(n=3), en ultimo lugar con un porcentaje de 4%(n=1)5,,6 y 8 años de evolución.

Así mismo se cuestiono a los pacientes sabían algo respecto a su enfermedad obteniendo un porcentaje del 68% (n = 17). Lo cual se considera un factor protector y con el 32%(n=8) que no saben sobre su enfermedad.

Por tipo de tratamiento que lleva se observó el 28% (n=7) de los pacientes que solo llevan dieta, los que llevan dieta, ejercicio y medicamentos con un porcentaje de 24%(n=6), el 12%(n=4) los que llevan solo dieta y ejercicio y los que solo llevan dieta y medicamentos, con el 12%(n=3) los que no llevan ningún tratamiento y por ultimo los que solo llevan medicamentos con 4%(n=1), por ende se consideró importante conocer si el paciente toma adecuadamente sus medicamentos del cual el 72% (n=18) respondió que si lo hace lo que ayuda al factor de protección y los que no lo llevan adecuadamente con el 28%(n=7).

Así mismo se cuestionó sobre la frecuencia con que el paciente visita al médico encontrándose con un porcentaje del 52% (n=13) visita al médico de uno a tres meses. Seguido del 32%(n=8) los que visitan de 4 a 6 meses, con el 12%(n=3), los que visitan 10 a12 meses y por ultimo con el 4%(n=1) los que visitan 6 a9 meses.

De aquí la importante de cuestionar si el paciente considera importante el apoyo de su familia, y se encontró que la mayoría de los pacientes, lo considera importante representado por un 84% (n = 22), seguido del 16%(n=3) del los que no los apoyan. De lo anterior se derivó la pregunta de la

relación que guarda el paciente con su familia y la variable que predominó fue, la buena con el 76% (n = 19), seguido de mala y regular con un 12%(n=3).

### ***Descripción de la dinámica familiar en el paciente con Hepatitis B y C***

Al evaluar la dinámica familiar se utilizó como instrumento de evaluación FACES III el cual evalúa la cohesión y adaptabilidad de las familias, encontrándose que a nivel de cohesión la familia que predominó fue la relacionada con un porcentaje del 44% (n = 11), seguido del 24%(n=6) familias semirelacionadas, con el 20%(n= 5) las familias no relacionadas y con el 12%(n=3) las familias aglutinadas y a nivel de la adaptabilidad la que predominó fue la Caótica con el 40% (n = 10), seguido de la familia estructurada con el 36%(n=9), con el 16%(n=4) la familia rígida, y con el 8%(n=2) la flexible.

#### **Cohesión**

En lo que respecta al sexo masculino predominó la familia relacionada, con un porcentaje del 35.7%(n=5), seguido de la familia semirelacionada con el 28.6%(n=4), con un porcentaje del 21.4%(n=3) la familia no relacionada, por último la familia aglutinada con un porcentaje del 14.3%(n=2) en cuanto respecta al sexo femenino predominó la relacionada con un porcentaje 54,5%(n=6), seguido de la familia no relacionada y semirelacionada, con 18,2%(n=3 y 4 respectivamente) por último la familia aglutinada con 9,1%(n=1).

Al valorar a la ocupación en base a la cohesión, se obtuvo que el rubro de comerciante se obtuvo, la familia que predominó fue la relacionada 66.7%(n=2), seguida de familia semirelacionada con el 33.3%(N=1), en la familia no relacionada y aglutinada no se encontró ningún caso con un total de 5 casos, respecto rubro de, desempleado la familia que predominó fue semirelacionada con un caso, con un porcentaje del 100%, con respecto a empleado con 10 casos la familia que predominó fue la no relacionada con 40%(n=4), seguido de la familia relacionada con el 30%(n=3), con un porcentaje del 20% (n=2), la semirelacionada y por último la familia aglutinada con un 10%(n=1), en lo que respecta a jubilado con dos casos las familias que predominaron con un 50% (n=1) fueron la semirelacionada y relacionada, en los otros niveles no se obtuvo ningún caso, en base a las amas de casa con 5 casos, el mayor porcentaje lo obtuvo la familia relacionada con un 40%(n=2), seguido de las familias no relacionada, semirelacionada y aglutinada con el 20%(n=1) en lo que respecta a profesionistas con cuatro casos con la familia que predominó fue relacionada con el 75%(n=3) seguido de la aglutinada con un 25%(n=1) en los otros niveles no se obtuvo casos.

En base a la escolaridad primaria la familia que predominó con un porcentaje de 40%(n=2), seguida de no relacionada, semirelacionada y aglutinada con 20%(n=1 respectivamente), en lo que respecta a secundaria la familia que predominó fue la no relacionada y ,semirelacionada con el 40%(N=2 respectivamente), seguido de la aglutinada con el 20%(n=1) y en la familia relacionada no se obtuvo ningún caso, con un total de 5 casos. En base a preparatoria y técnica la familia que predominó con 60%(n=3) relaciona seguida de la familia no relaciona, semirelacionada con el 20 %(n=1 respectivamente) y en la aglutinada sin ningún caso, con un total de casos de 5. En lo que respecta a profesional la familia que predominó fue 62.5%(n=5), seguida de la familia semirelacionada con un porcentaje del 25%(n=2), seguida de la aglutinada con 12.5%(n=1), en la familia no relacionada no se obtuvo ningún caso, con un total de caso de 8, en base a analfabeta las familias que predominaron fueron la no relacionada y la relacionada con 50%(n=1 respectivamente) en las familias semirelacionada y aglutina no se obtuvo ningún caso, con un total de caso 2.

En lo que se relaciona al tipo de familia moderna urbana semintegrada la familia que predominó fue la relacionada con el 50%(n= 2), seguida de la no relacionada y semirelacionada con el 25%(n=1), respecto a la familia aglutinada no hubo ningún caso con un total de cuatro caso. En la familia moderna urbana desintegrada predominó la familia relacionada con el 75%(n=3), seguida de la familia no relacionada 25% (n=1), en cuanto a la familia relacionada y aglutinada no hubo ningún caso con un total de 4 casos. En la familia moderna- urbana -integrada la que predominó, fue la familia relacionada con el 75%(n=3) seguida de la familia semirelacionada con el 25%(n=1) reportándose sin casos la no relacionada y aglutinada, con un total de casos de 4. En la tradicional-

urbana-integrada la que predominó fue la familia semirelacionada con el 28.5%(n=3) seguida de la relacionada y aglutinada con 28.6%(n=2), seguida de la no relacionada con el 14.3%(n=1), con un total de 8 casos. De la moderna-urbana-semintegrada, predominó la de la familia relacionada con el 75%(n=3), seguida de la no relacionada con el 25%(n=1), la semintegrada y aglutinada no tuvieron casos, con un total de 4 casos. La moderna-urbana-integrada, en la cual predominó la relacionada con el 75%(n=3) seguida de la semirelacionada 25%(n=1), la no relacionada y la aglutinada no tuvieron casos, dando un total de 4 casos. La tradicional-rural- semintegrada y la tradicional-urbana-desintegrada, la familia que predominó en ambos tipos, fue la no relacionada con un solo caso respectivamente con un porcentaje del 100% (n = 1). La tradicional-urbana- semintegrada, no hubo predominio ya que la semirelacionada, relacionada y aglutinada con el 33.3% (n = 1), con el mismo porcentaje y la familia no relacionada no tuvo casos, dando un total de 3 casos.

En base al ciclo de vida familiar, la familia que predominó en la fase de matrimonio con un total de 3 casos, fue la relacionada con el 66.7%(n=2), seguido de la familia semirelacionada con 33.3%(n=1), en cuanto a la familia no relacionada y aglutinada no se obtuvo ningún caso, en lo que respecta a la fase de expansión predominaron las familias no relacionadas, semirelacionada y relacionada con el 33.3%(n=1), en la familia aglutinada sin ningún caso, con un total de casos de 3, al valorar la fase de dispersión, la familia que predominó fue la semirelacionada con 60%(n=3), seguida de la no relacionada con 40%(N=2,) la familia relacionada y aglutinada no tuvo casos, con un total de casos de 5, en cuanto respecta la fase de independencia, la familia que predominó fue relacionada con 55.6%(n=5,) seguida de la familia no relacionada y aglutinada con un 22.2%(n=2) respectivamente, en la familia semirelacionada no se obtuvo ningún caso con un total de casos de 9, en la fase de retiro o muerte la familia que predominó fue la relacionada con 60%(n=3), seguido de la familia semirelacionada y aglutinada con el 20%(n=19), respectivamente con un total de 5 casos,

Al valorar el lugar que ocupa dentro de la familia, en el rubro de abuela la que predominó fue la aglutinada, con un porcentaje del 100% (n=1), en la familia no relacionada, semirelacionada y relacionada sin casos, en el rubro de compañeros de trabajo la que predominó fue la relacionada con un porcentaje del 100%(n=1), en el rubro de cónyuge la que predominó fue la relacionada con 66.7%(n=2) seguida de la no relacionada y aglutinada con el 33.3% con un total de 4 casos, en el rubro de madre, la que predominó fue la relacionada con 3 casos y el 50%(n=3), la semirelacionada con 33.33%(n=2) seguida de la no relacionada con 16.67% (n=1) y la aglutinada sin casos, con un total de 6 casos, al valorar el rubro de hijo, las familias que predominaron la no relacionada y la relacionada con el 50% (n=1), la semirelacionada y aglutinada sin casos, de un total de 2 casos, en el rubro de padre, el que predominó fue la familia no relacionada y semirelacionada con 42.84%(n=2) seguida de la relacionada y aglutinada con 14.30%(n=1) con un total de 7 casos. En el rubro de hija la que predominó fue la no relacionada con un caso del 100%(n=1), la familia semirelacionada, relacionada y aglutinada sin casos. En el rubro de tía la que predominó fue la relacionada con un caso, la no relacionada, semirelacionada y aglutinada sin casos. En el rubro de vive sola la que predominó fue la familia relacionada con el 100% (n=2), de un total de 2 casos.

Se obtuvieron los siguientes datos en base a la evolución e la enfermedad en años desde el diagnóstico y el Fases III.

En cuanto al 1er año de evolución la familia que predominó fue la relacionada con 50%(n=4), seguida de la familia relacionada con 37.5%(n=3), seguida de la no relacionada con 12.5%(n=1), seguida de aglutinada sin ningún caso, con un total de 8 casos, en el rubro de 2 años de evolución, la familia que predominó fue la relacionada con 50%(n=4), seguida de la no relacionada y aglutinada con 25%(n=2) respectivamente, con un total de caso de 8, en la familia semirelacionada no hubo casos, a los 3 años de evolución, la familia que predominó la relacionada con 66.7%(n=2), seguida de la semirelacionada con 33.3%(n=1), la familia relacionada y aglutinada no tuvo ningún caso, con un total de 3 casos, en lo que se respecta a los 4 años de evolución, las familia nivel de no relacionada, relacionada y aglutinada con 33.3%(n=1), respectivamente con el nivel, la familia semirelacionada no se obtuvo ningún caso, con un total de 3 caso, al valorar los 5 años de evolución la familia que predominó fue la no relacionada con un solo caso con un porcentaje del 100%, a los 6 años de evolución la familia que predominó fue la relacionada con un porcentaje del 100% con un solo caso, a los

8 años de evolución la familia que predominó fue la semirelacionada con un solo caso con un porcentaje del 100%,

En valorar los resultados de la pregunta ¿ sabe algo de su enfermedad?, el grupo de los pacientes que sí sabe de su enfermedad que se observa como factor de protección la familia que predominó fue la relacionada con un 47.1%(n=8), seguido de la semirelacionada con un 29.4%(n=5), seguido de la familia no relacionada y aglutinada con un 11.8%(n=29), respectivamente, con total de 17, en los casos en los pacientes que no saben sobre su enfermedad, se consideró el factor expuesto las familias que predominaron, fue la no relacionada y la relacionada con un 37.5%(n=3) respectivamente, seguida de la familia semirelacionada y aglutinada con 12.5%(n=1) respectivamente, con un total de 8 casos.

En base al tratamiento se consideraron varios rubros como la dieta, el ejercicio y los medicamentos, en los pacientes que llevan solo dieta, la familia que predominó fue la relacionada con 42.9%(n=3), seguida de la familia no relacionada y semirelacionada con 28.6%(n=2) respectivamente, en la familia aglutinada no se obtuvieron casos, con un total de casos de 7, en los pacientes que llevan dieta y ejercicio la familia que predominó fue la semirelacionada con 50%(n=2) y las familias no relacionadas y relacionadas con 50%(n=1) respectivamente la familia aglutinada no se encontraron casos, con un total de casos de 4, en cuanto a los paciente que reciben dieta, ejercicio y medicamentos la familia que predominó fue la relacionada con 50%(n=3), seguida de la aglutinada con 33.3%(n=2), seguida de la semirelacionada con 16.7%(n=1), seguida de la aglutinada sin ningún caso, con un total de 6 casos, al valorar a los pacientes que solo llevan dieta y medicamentos, la familia que predominó fue la relacionada con 75%(n=3) seguida de la no relacionada con 25%(n=1), las familias semirelacionada y aglutinada no obtuvieron casos, con un total de casos de 4, en los pacientes que solo reciben medicamentos, con un solo caso cuyo porcentaje del 100%, en los pacientes que no llevan ningún tratamiento las familias que predominaron fue la no relacionada, semirelacionada y la relacionada con un 33.3%(n=1) respectivamente, en la familia aglutinada no se reportó ningún caso, con un total de caso de 3.

De lo cual se consideró importante conocer la frecuencia de visitas al médico; de lo cual se obtuvo que los pacientes que acuden de 1 a 3 meses. predominó la familia relacionada con el 46%(n=6), seguida de la no relacionada y semirelacionada con el 23% (n=3), seguida de la aglutinada con 8%(n=1), con un total de casos de 13, los pacientes que acuden de 4 a 6 meses la familia que predominó fue la relacionada con el 38% (n=3) seguida de la semirelacionada y aglutinada con 25% (n=2), por último, la no relacionada con el 12% (n=1,) dando un total de 8 casos, de los pacientes que acuden al médico de 7 a 9 meses solo se obtuvo un caso, en la familia no relacionada con un porcentaje del 100% (n=1), los pacientes que acuden de 10 a 12 meses el predominio fue la familia relacionada con 16.6% (n=2) seguida de la semirelacionada con el 33.4% (n=1), la familia no relacionada y aglutinada no se obtuvo ningún caso, dando un total de 3 casos.

En base a la toma adecuada de sus medicamentos los pacientes que si toman adecuadamente sus medicamentos la familia que predominó fue la relacionada con 44.4%(n=8), seguida de la semirelacionada con 22.2%(n=4), seguida de la familia no relacionada y aglutinada con el 16.7%(n=3) respectivamente, dando un total de caso de 18, en los pacientes que no toman adecuadamente sus medicamentos la familia que predominó fue la relacionada con 42.9%(n=3) seguida de la familia no relacionada y semintegrada con 28.6%(n=2), la familia aglutinada no tuvo ningún caso dando un total de casos de 7.

En relación al apoyo familiar que reciben los pacientes en la familia en la relacionada 53%(n=11), en cuanto a la familia semirelacionada el 24% (n=5), no relacionada con tres casos el porcentaje fue del 14% (n=3), con un total de 3 casos, en la aglutinada 9% (n=2) y en el grupo de los que no reciben apoyo en la familia no relacionada el 50%(n=2), en la familia relacionada no se presentó ningún caso con el .0%(n=0), en la familia semirelacionada se presentó un caso el 25% (n=1) y en la aglutinada un caso 25% (n=1).

En cuanto a la relación que sostiene el paciente con su familia en el grupo que tiene buena relación, la que predominó, fue la relacionada con 9 casos con el 47.2% (n=9), la semirelacionada con 4 casos el 20.2% (n=4), en cuanto a la aglutinada con 4 casos el 20.2%(n=4) y la no relacionada con 2 casos es el 12.2% (n=2), con un total de 19 casos, en el grupo de regular

relación la que predominó fue la no relacionada con 2 casos que son el 75% (n=2) seguida de la semirelacionada con 1 caso que representa el 25% (n=1) y en las familias relacionada y aglutinada no hubo ningún caso con un total de 3 casos, en cuanto al grupo de la mala relación la que predominó fue la no relacionada, semirelacionada y relacionada con el 33.3% (n=1), dando un total de 3 casos.

### **Adaptabilidad**

Otro aspecto que evalúa el FACES III es la adaptabilidad y los resultados son los siguientes en base a la muestra:

En base al sexo masculino la familia que predominó fue la de estructurada con 50% (n=7), seguida de la caótica con el 28.6% (n=4), seguida de la rígida con 21.4% (n=3), seguida de la flexible sin casos, resultando un total de 14 casos. En el sexo femenino predominó la caótica con 54.5% (n=6), seguida de la estructurada y flexible con el 18.2% (n=2) seguida de la rígida con 9.1% (n=1), de un total de 11 casos.

En cuanto a la ocupación se valoró diferentes rubros, como son el de comerciante en el que, predominó fue la caótica con el 66.7%(n=2, seguido de la rígida con 33.3%(n=1), seguida de la estructurada y flexible que no presentaron casos, dando un total de 3 casos, en el desempleado la que predominó, fue la rígida con un caso 100% (n=1), en empleado la que predominó, fue la estructurada con el 50% (n=5) seguido de la caótica con el 30% (n=3), seguida de la rígida con el 20% (n=2), seguida de la flexible sin casos, con un total de 10 casos, en cuanto al jubilado el que predominó fue la flexible y caótica con el 50%(n=1), seguida de la rígida y estructurada con 2 casos, en el caso de ama de casa el que predominó la caótica con el 60% (n=3), seguida de la estructurada y flexible con el 20% (n=1), seguida de la rígida sin casos, dando un total de 5 casos. En el rubro de profesionista la que predominó fue la rígida con el 75 (n=3) seguida de la caótica con 25%(n=1) seguida de la rígida y flexible sin casos de un total de 4 casos.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes en la primaria la que predominó fue la caótica con el 60% seguida de la rígida y flexible con el 20%(n=1), seguida de la rígida sin casos de un total de 5 casos, a nivel secundaria la que predominó fue la rígida con el 60%(n=3) seguida de la estructurada y caótica con el 20% seguida de la flexible sin casos de un total de 5 casos, a nivel de preparatoria y técnico la que predominó fue la estructurada y caótica con el 40%(n=2) seguida de la rígida con el 20%(n=1), seguida de la flexible sin casos, dando un total de 5 casos, a nivel profesional la que predominó fue la estructurada con el 50%(n=4) seguida de la caótica con el 37.5%(n=3) seguida de la flexible con 12.5% (n=1) seguida de la rígida sin casos, dando un total de 8 casos, en cuanto al analfabeta la que predominó fue la estructurada y la caótica con 50%(n=1) seguida de la rígida y flexible sin casos de un total de 2 casos.

También se considero importante interrogar en el número de integrantes de la familia de lo cual se obtuvo. En lo que respecta al número de integrantes de la familia con 1 integrante predominó la rígida y caótica con 50%(n=1) de estructurada y flexible sin casos, dando un total de casos 2 valorando a las familia con 2 integrantes la que predominó, fue la estructurada y caótica con 50%(n=3), seguida de la rígida y flexible sin caso, dando un total de 6 casos, en las familias con 3 integrantes,, las que predominaron fueron la rígida, estructurada y caótica con 33.3%(n=1), seguida de la flexible sin casos con un total de casos 3, familias con 4 integrantes, la que predominó fue la caótica con el 50%(n=3) seguida de la rígida estructurada y flexible con 16.7%(n=1),de un total de 6 casos, familias con 5 integrantes las que predominaron fueron las rígida estructurada y caótica con el 33.3%(n=1), seguida de la flexible sin casos de un total de 3 casos, con 6 integrantes predominaron la estructurada y la caótica con el 50% (n=1), seguida de la rígida y flexible sin casos, dando un total de casos de 2, con 7 integrantes predominó la estructurada y la flexible con el 50%(n=1), seguida de la rígida y caótica sin casos con un total de casos de 2, las familias con 11 integrantes en la cual solo se obtuvo un casola estructurada con el 100%(n=1).

Con respecto al lugar que ocupa dentro de la familia la abuela con un solo caso predominó la flexible con 100%(n=1), en compañero de trabajo predominó la estructurada con un solo caso con 100%(n=1), en cuanto a cónyuge predominó la estructurada con 100%(n=4), de un total de 4 casos, en cuanto a la madre predominó la caótica con 50%(n=3), seguida de la estructurada con 33.3%(n=2), seguida de la flexible con 16.6%(n=1), seguida de la rígida sin casos con un total de 6 casos, en cuanto al lugar de hijo predominaron la estructurada y la caótica con 50%(n=1) seguida de la rígida y flexible con 0 casos con un total de 2 casos, en cuanto al padre predominó la caótica y la rígida con 42.86%(n=3) seguida de la estructurada 14.29%(n=1) seguida de la flexible sin casos con un total de casos de 7, al valorar el rubro de hija predominó la caótica con un solo caso con 100%(n=1), así como en tía con un solo caso con 100% (n=1), en el lugar de vive sola predominó la rígida y la caótica con 50% (n=1) con 2 casos. Al valorar el tipo de familia se encontró: Con respecto al tipo de familia la moderna-semintegrada predominó la estructurada con el 50%(n=2) seguida de la flexible y caótica con 25% (n=1) seguida de la rígida sin casos, con un total de 4 casos, la moderna-urbana-desintegrada predominó la caótica con 50%(n=2) seguida de la rígida y estructurada 25%(n=1), seguida de la flexible sin, dando un total de 4 casos, en el tipo de familia moderna-urbana-integrada, predominó la estructurada y caótica con 50%(n=2), las otras familias no presentaron casos, de un total de 4 casos, la tradicional-urbana-integrada, predominó la estructurada con el 100%(n=2) los otros rubros no presentaron casos, total de casos 2, la tradicional- rural-semintegrada solo presentó un caso con predominio de estructurada con el 100%(n=1), tradicional urbana integrada con predominio de caótica con 57.1%(n=4) seguida de la rígida con 28.6%(n=2) seguida de la estructurada con 14.3%(n=1) seguida de la flexible sin casos con un total de casos de 7, la tradicional-urbana-semintegrada predominaron la rígida flexible y caótica con 33.3% (n=1), seguida de la estructurada sin casos, con un total de casos de 3. En cuanto al ciclo familiar en la fase de matrimonio predominó la estructurada con el 100% n=3) seguida de la rígida flexible y caótica sin casos, con un total de casos 3, en cuanto a la fase de expansión las que predominaron, fueron la rígida estructurada y caótica con el 33.3% (n=1) seguida de la flexible sin casos, con un total de casos de 3, en la fase de dispersión predominaron la rígida y la caótica con 40%(n=2) seguida de la estructurada con 20%(n=1,) seguida de la flexible sin casos con un total de casos de 5, en la fase de independencia predominaron la estructurada y la caótica con 44.4%(n=4) seguida de la flexible con 11.1%(n=1) seguida de la rígida sin casos con un total de casos de 9, en la fase de retiro y muerte predominó la familia caótica con el 60%(n=3) seguida de la rígida y flexible con 20% (n=1), seguida de la estructurada sin caso, dando un total de casos de 5.

#### Respecto a la enfermedad

En cuanto a la evolución de la enfermedad en años a partir de diagnóstico los pacientes con 1 año de evolución predominó la caótica con 50%(n=4), seguida de la rígida con 37.5%(n=3), seguida de la estructurada con 12.5%(n=1), seguida de la flexible sin casos, con un total de 8 casos. en los pacientes de 2 años predominó la estructurada con 87.5%(n=7) seguida de la flexible con 12.5%(n=1), seguida de las familias rígida y caótica sin casos, con un total de 8 casos, en 3 años de evolución predominaron la rígida la flexible y la caótica con 33.3%(n=1), seguida de la estructurada sin caso, con un total de 3 casos, a los 4 años de evolución predominó la caótica con 66.7%(n=2), seguida de la estructurada con 33.3% (n=1,) seguida de la rígida y la flexible sin casos con un total de 3 casos. a los 5 años predominó la caótica con un solo caso 100%(n=1), a los 6 y 8 años predominó con un solo caso la caótica con 100% (n=1)

También se cuestionó sobre ¿ sabe algo de su enfermedad?, en el grupo de los pacientes que consideran saber de su enfermedad y que se considera como factor de protección predominó la familia caótica 47.1% (n=8), seguida de la estructurada con 41.2% (n=7), seguida de la rígida y flexible con 5.9% (n=1), con un total de 17 caso. Al valorar el grupo de los pacientes que reportó no sabe sobre su enfermedad y se considera como grupo expuesto predominó la rígida con 37.7%(n=3,) seguida de la estructurada y caótica con 25%(n=2), seguida de la flexible con 12.5%(n=1), con un total de 8 casos.

Al valorar a los pacientes en el rubro de su tratamiento se clasificó en dieta, ejercicio y medicamentos obteniendo los siguientes resultados:

En los pacientes que solo llevan dieta predominó la estructurada y caótica con 42.9%(n=3), seguida de la rígida con 14.3%(n=1). seguida de la flexible sin casos, con un total de 7 casos, en los pacientes que llevan dieta y ejercicio predominaron la rígida y caótica con 50%(N=2), seguida de estructurada y flexible sin casos, con un total de 4 casos, en los pacientes que llevan dieta, ejercicio y medicamentos la que predominó fue la estructurada con 50%(n=3) seguida de la caótica con 33.3%(n=2), seguida de la flexible con 16.7%(n=1), seguida de la rígida sin casos, con un total de 6 casos, los pacientes que solo llevan dieta y medicamentos predominó la estructurada con 50%(n=2), seguida de la flexible y caótica con 25% (n=1), seguida de la rígida sin casos, dando un total de 4 casos, en los pacientes que solo llevan medicamentos solo se obtuvo un caso 100%(n=1), al valorar los pacientes que no llevan tratamiento predominaron la rígida estructurada y caótica con 33.3%(n=1) seguida de la flexible sin casos, dando como total de casos de 3.

En cuanto a si toma adecuadamente sus medicamentos en el grupo de los pacientes que si toman adecuadamente sus medicamentos predominó la estructurada con 44.4% (n=8) seguida de la caótica con 33.3% (n=6) seguida de la rígida con 11.1% (n=2) seguida de la flexible con 11.1% (n=2), en el grupo de los pacientes que no toman adecuadamente sus medicamentos el que predominó fue la caótica con 57.1% (n=4) seguida de la rígida con 28.6% (n=2) seguida de la estructurada con 14.3% (n=1) seguida de la flexible sin casos con un total de 7 casos. También valoramos la frecuencia de visitas al médico en el cual se obtuvo los siguientes resultados:

En el grupo de pacientes que visitan de 1 a 3 meses al médico predominó la caótica con 46.2%(n=6) seguida de la estructurada con 30.8%(n=4) seguida de la rígida con 14.4%(n=2) seguida de la flexible con 7.7%(n=1), con un total de 7 casos, en cuanto a los que visitan al médico de 4 a 6 meses predominó la estructurada con 50% (n=4,) seguida de la caótica con 37.5% (n=3), seguida de la flexible con 12.5% (n=1), seguida de la rígida sin casos con un total de 8 casos, en cuanto a los que visitan al médico de 7 a 9 meses predominó con un solo caso la estructurada con 100% (n=1), al valorar en cuanto a los que visitan de 10 a 12 meses, predominó la rígida con 66.7%(n=2) seguida de la caótica con 33.3 (n=1) seguida de la estructurada y flexible sin casos de un total de 3 casos.

En el grupo de los pacientes que si recibieron apoyo la que predominó fue la caótica con 42.86%(n=9) seguida de la estructurada con 38.1%(n=8), seguida de la rígida con 14.1% (n=3), seguida de la flexible con 4.8%(n=1), en el grupo de pacientes que no cuenta con apoyo familiar la rígida, estructurada, flexible y caótica presentaron el 25%(n=1) con un total de 4 casos.

Así como también se cuestionó sobre la relación familiar obteniendo que los pacientes que consideraron tener una buena relación familiar, predominó la caótica con 47.37%(n=9), seguida del nivel de estructurada con 26.32%(n=5), seguida de la rígida con 15.7 % (n=3), seguida de la flexible con 10.53%(n=2) dando un total de 19 casos. En el grupo que llevan una regular relación predominó la estructurada con 66.6%(n=2), seguida de la rígida con 33.33%(n=1), seguida de la flexible y caótica sin casos. En el grupo de los que llevan una mala relación predominó la estructurada con 66.66%(n=2) seguida de la caótica con 33.3% (n=1) seguida de la rígida y flexible sin casos, en el cual se obtuvo un total de 3 casos

## DISCUSION

Walsh, en su libro de procesos de una familia normal, nos refiere que en la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas, una negativa, que desajusta la función familiar, que la incapacita para realizar sus tareas y que modifica los roles de sus miembros y está relacionada con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes, en este estudio encontramos que las familias que predominaron fueron (en un 44%) relacionadas desde el punto de vista de cohesión, por lo que podemos comentar que estas familias no tendrían un estrés como lo comenta Walsh, sin embargo las que pudieran tener problemas, serían las familias caóticas, (en un 40%), desde el punto de vista de adaptabilidad, que nos comenta el FASES III.

Se encontró que el predominio de sexo fue el masculino (con 72%), lo cual se considera relevante, ya que usualmente, es el principal proveedor económico, debemos de tomar en consideración lo anterior y lo mencionado por Walsh, pudiera traer como consecuencia, una crisis familiar, por el contagio y la cronicidad, así como la disminución del ingreso económico de la familia por la Historia Natural de la Enfermedad.

De la Revilla nos habla de las fuerzas positivas, constituidas por los recursos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio del funcionamiento familiar. Queriendo correlacionar y hacer búsqueda del entorno de los pacientes que encuestamos se propusieron la variable de ocupación, se calificó a las familias, según el FACES III, encontrando que predominaron (62.5%) los profesionistas de los cuales el mayor porcentaje tenían una familia relacionada (con el 62.5%), incrementando hasta el 70%, en un seguimiento a 5 años lo cual confirmamos que el apoyo de los familiares se fue incrementado, también encontramos en cuanto a la adaptabilidad de la familia y la ocupación, los comerciantes tienen más caos conforme pasa el tiempo de evolución de la enfermedad, por lo que incrementa el riesgo, sin embargo los jubilados, con una familia relacionada tienen más adaptabilidad y menos caos. Esto nos ayuda a entender el conocimiento, que el entorno familiar, influye mucho en estos padecimientos crónicos, confirmado lo encontrado en los estudios de De La Revilla. (18)

Así como De La Revilla refiere que las familias atraviesan por diferentes etapas a lo largo del ciclo vital y que cada etapa genera diferentes amenazas y una de ellas, es la enfermedad crónica por lo cual se considera importante valorar el ciclo de vida familiar de nuestros encuestados, valorando los resultados obtenidos, las familias que predominaron fueron las que se encontraban en fase de independencia, de estas, en mayor porcentaje están relacionadas (con el 55.6%), en comparación con las fases de expansión y dispersión no se relacionaron o semirelacionaron (con el 40 al 60% respectivamente), pero a nivel de adaptabilidad son caóticas, (en el 44%).(17)

La Historia Natural de la Enfermedad, desde el punto de vista de la familia, tiene diferentes fases las cuales son:

La Fase de Crisis inicial. La cual comprende periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación, luego que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa la familia debe superar varios aspectos uno el aprender a manejar los síntomas de la enfermedad, el moverse en el ambiente hospitalario, crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión. Al mismo tiempo que permita el proceso de duelo.

La Fase crónica: Independientemente de su duración, debe el enfermo y su familia aprender a vivir con la enfermedad, esto puede traer como consecuencia que la familia sienta que cuando muera el enfermo, todo será normal otra vez, pero les provoca vergüenza y culpa, otro obstáculo que la familia debe superar, es la tendencia a la mutua dependencia y sobre protección.

Respecto al modelo explicativo de Hill, De la Revilla menciona sobre la enfermedad crónica, es un factor de estrés en la dinámica familiar(17), así como la enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental o

ambos, en el individuo que lo padece, llevándolo incluso a la muerte. Estas situaciones llevan a crisis que se manifiestan de diferentes maneras(18), por lo cual se considero importante valorar los años de evolución de la enfermedad, de lo que se observo, que el mayor porcentaje se obtuvo en 1 a 2 años(con el 32%), en los cuales las familias si se relacionaron, entre 4 y 5 años, no se relacionaron, sin embargo a los 6 a 8 años nuevamente se relacionan; por otro lado al valorar la adaptabilidad en estas familias, en los pacientes con 1 a 2 años de evolución se obtuvo un nivel de adaptabilidad caótico y en 3 a 4 años las familias se estructuraron y a los 5 a 8 años el nivel de adaptabilidad nuevamente fue caótica, lo cual se corrobora con lo mencionado por De La Revilla.

Las familias toman dos caminos uno el readaptarse y cambiar los roles o por otro lado caer en caos lo cual puede repercutir en el deterioro del paciente de ahí nos lleva a valorar, si el paciente conoce algo sobre su enfermedad, obteniendo que el grupo de pacientes que sabe sobre su enfermedad, se relacionaron, pero presentan una adaptabilidad caótica, al valorar al grupo de los que no saben sobre la enfermedad, estas familias también se relacionaron pero presentaron un nivel de adaptabilidad rígido; el hecho de no conocer sobre su enfermedad implica un factor de riesgo, ya que estas pueden no adaptarse a su enfermedad crónica sino al contrario pudieran sufrir tiempos caóticos o tomar una actitud con limites muy rígidos.

Por otro lado las familias que no conocen de la enfermedad desde el inicio pueden no adaptarse de manera funcional lo cual que puede repercutir en la adecuada toma de su medicamentos y apego a tratamiento; sin embargo encontramos dos grupos, el que toma adecuadamente su medicamento las cuales muestran una relación adecuada en la familia y en el grupo de los que no toman adecuadamente sus medicamentos también están relacionadas, pero el no tomar adecuadamente sus medicamentos es un factor de riesgo, que al evolucionar la enfermedad, causa mas deterioro en el paciente y puede llevar a las familias a entrar en conflicto y en ocasiones hasta llegar al caos.

También consideramos, importante investigar sobre el apoyo familiar encontrando que el mayor grupo considera tener un buen apoyo familiar, sin embargo al hacer su evaluación encontramos que con los que respecta a la cohesión las familias están relacionadas pero con una adaptabilidad caótica.

Al analizar los resultados a nivel de cohesión en el grupo de los que consideran tener un buen apoyo familiar se obtuvo, (un 50%) que las familias están caóticas y no se relacionan.

Por ultimo es importante evaluar, la relación familiar con respecto a la cohesión y la adaptabilidad y se detecto que las familias que predominaron fueron las que consideraban tener una buena relación familiar y de estas en mayor porcentaje, están caóticas pero si se relacionan. Todo los rubros valorados se consideran importante, ya que Smilkstein et al (Seattle) en el modelo explicativo, de la disfunción, menciona que no existen familias normales ni anormales, "funciona" bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a su vez dependen de su capacidad de adaptación y de los recursos que han sido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital. (18)

De la misma forma en que los individuos desarrollan mecanismos de adaptación ya sea patológicos y no patológicos frente a los estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis de diferentes formas, tal como el individuo adopta mecanismos de defensa, las familias pueden responder perpetuando la situación, utilizando lo que denominamos mecanismo de defensa familiares. (18).

## CONCLUSION

Es importante observar al sistema familiar, evaluando su función ante las situaciones que se le presentan, en una alteración psicosomática, conductual o social. Así como con una enfermedad crónica y degenerativa, ya que el sistema tiene distintas variables de estrés que en un momento dado pueden desestabilizar al paciente y su sistema familiar; siendo el caso de la Hepatitis B y C investigada en este estudio.

El aplicar un instrumento de evaluación familiar para determinar la disfunción familiar como es el FACES III, incluido en el Modelo Circunflejo nos permite de manera objetiva valorar lo que ocurre con la dinámica familiar de estas familias, a nivel cohesión y adaptabilidad. Lo que permitiría intervenir para la prevención de problemas más severos que se pueden presentar en la dinámica familiar y poder modificar una disfunción, que puede presentarse en cada etapa del ciclo de vida familiar, ocasionar patrones patológicos. Lo cual podemos obtener al valorar la Cohesión (que es la unión emocional de los miembros de la familia) y la Adaptabilidad (el valor del cambio en el liderazgo, las relaciones entre sí, roles y normas), tal como se realizó en el paciente y sus familias de este estudio, y se obtuvo que la cohesión no está tan alterada con un nivel de adecuada relación, sin embargo la adaptabilidad a este estrés por la enfermedad se observó caótica y esto puede romper la unión familiar a tal grado de no definirse bien algún liderazgo que permita resolver la crisis, modificar roles de cada miembro de la familia que puede traer como consecuencia una flexibilidad, en las primeras etapas, pero una rigidez conforme transcurre la enfermedad, que repercute en el apoyo del paciente y como consecuencia el no apego a tratamiento y a continuar con un círculo patológico, con una homeostasis inadecuada, que agrava la enfermedad, deteriora al paciente, a la familia y obliga a ser frecuentador asiduo de servicios de urgencias y no de una atención primaria adecuada.

Lo que podemos aportar nosotros después de esta investigación sería ofrecer una recomendación a todo el equipo de salud para realizar programas de control de las enfermedades crónicas de una manera Sistemática Integral que incluya las tres esferas de la atención en un individuo, la Biológica, Psicológica y Social, que permita el conocimiento global del enfermo y su entorno para que de esta manera pueda llevar su enfermedad con una calidad de vida adecuada.

Dejamos a consideración de ustedes el realizar más investigaciones de este tipo con la finalidad de ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

## 10. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Centers for Disease Control and Prevention: Transmission of Hepatitis B virus in correlation facilities Georgia, January 1999, June 2002 MMWR 2004; 53: P 678-81p.
2. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Sistema Único de Información. Numero 5 col. 23 semana 5, del 29 de enero al 4 de febrero del 2006.
3. Méndez, SN. Epidemiología de la Hepatitis C. Rev. Gastroenterology Mex. 2002 67(S2):13-16 pp.
4. Shepard, CW, Finelli L, Alter MJ. Global Epidemiology of Hepatitis C virus infection. Lancet Infect. Dis. 2005; vol. 5: 558-567pp
5. Harrinson, Manual de Medicina Interna, Ed. Interamericana, México 2002. 15ª edición, 2011-2030, 2036-2045 pp.
6. Highleyman. L, And other. Hepatitis C. Curso natural y tratamiento. Bol. Trat. Exp. Contra SIDA. Dic. 1999: 2-23 pp
7. The Nacional Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC). What I Need To Know About Hepatitis C. February 2003.
8. Renán A. Gongora-Biachi .MD, Carlos J Castro-Sansores.MD, Pedro González-Martínez. Md, Dora M Lara-Perera, QFB, Julio Garrido-Palma. MD, Víctor Lara-Perera .MD. Frequency of antibodies against the hepatitis C Virus in patients with hepatic cirrhosis in Yucatan, Mexico. Salud Pública de México, vol. 45 no. 5 septiembre 2003: 346-350pp
9. Méndez, SN y otros. Consenso Nacional sobre Hepatitis C, conclusiones. Con. Nac. Hep. C 2002, México. Jun; 2002: 2-28pp
10. Manteniendo del control, viviendo con la Hepatitis C. Manual para Pacientes.
11. Ramón de la Fuente. Psicología Médica, 2ª Edición, editorial Fondo de Cultura Económica: 154 –168 y 169- 176pp.
12. A. Irigoyen., Fundamentos de Medicina Familiar, 5ª edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. México, 1998.
13. Florentina Marín-Reyes, Martha Rodríguez-Morán. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial. Art. Breve Salud Pública de México vol. 43 no.4 julio-agosto 2001, 336-339 pp.
14. Froma Walsh, Conceptualization of Normal Family Processes, Cap. 3.
15. L. De la Revilla y L. Fleitas. Función y Disfunción Familiar, Conceptos e Instrumentos de la Dinámica Familiar, cap. 11.
16. Gómez – Clavelina F J, Irigoyen- Coria A, Ponce- Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam. 1999; 1(2): 45-57 pp.

17. ER Ponce, FJ Gómez Clavelina, M Terán Trillo, AE Irigoyen Coria, S Landgrave Ibáñez. Validación del cuestionario FACES III en español (México). Arch. Med. Fam. 2002,30(10): 624-630 pp.

18.L. de la Revilla . Conceptos y Instrumentos de la Atención Familiar.. Modelos Explicativos de la Atención Familiar. Cap. 3.

19. María Luisa Velasco, J.F. Julián Sinibaldi. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias ).El Manual Moderno. 2001. Cap. 4 y 5.

11. ANEXOS

**Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De acuerdo con los Principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Se me ha explicado que padezco Hepatitis C o B y se me propone participar en el proyecto para estudiar, la funcionalidad de mi sistema familiar con respecto a mi enfermedad.
- II. Los procedimientos que se llevaran a cabo son con encuestas de una escala que evalúa la funcionalidad de la familia con respecto al impacto de las enfermedades crónicas, en la función familiar y así como también se utilizará la aplicación de una cédula la cual implica su participación.
- III. Se evaluará si mi enfermedad produce impacto en la función de mi familia y mediante esto detectar alteraciones y otorgar un apoyo integral a mi familia y a mí y esto me facilite la comprensión, aceptación y adecuado manejo de su enfermedad.
- IV. Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- V. Se me explica que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee sin que por ello cree prejuicios para continuar mi atención y tratamiento.
- VI. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.
- VII. Se me explico que se me mantendrá informado de los avances y resultados del estudio en el que estoy participando.
- VIII. No se requerirán estudios complementarios.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:

**IMPACTO DE LA HEPATITIS B Y C EN LA DINAMICA FAMILIAR**

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre y firma del testigo 1

Dirección:

Relación que guarda paciente:

Nombre y firma del testigo 2

Dirección:

Relación que guarda con el paciente

**INVESTIGADOR: ADRIANA CASTILLO HERNANDEZ MEDICINA FAMILIAR**

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Simón Kawa, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al ((0155) 40 00 30

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
División de Medicina Familiar  
CEDULA DE INFORMACION INDIVIDUAL

**Nombre:** **No. Registro**

**Sexo** M ( ) F ( )

**Edad** ( ) años **Ocupación**

**Escolaridad** Analfabeta ( ) Primaria completa ( ) Primaria completa ( )  
Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Técnica Profesional ( ) Licenciatura ( )

**Número de Integrantes de la Familia:** Únicamente los que viven en la misma Casa ( )

**¿Qué lugar ocupa dentro de su familia**

**Tipo de Familiar:** Moderna ( ) Urbana ( ) Integrada ( )  
Tradicional ( ) Rural ( ) Semintegrada ( )  
Desintegrada ( )

**Ciclo de vida familiar:** Fase de matrimonio ( ) Fase de expansión ( ) Fase de dispersión ( )  
Fase de independencia ( ) Fase de retiro o muerte ( )

**Evolución de la Enfermedad:** Años ( ) Meses ( )

**¿Sabe algo de su enfermedad?** Sí ( ) No ( )

**Tratamiento que tiene actualmente:** Dieta ( ) Ejercicio ( ) Medicamentos ( ) Especificar

**Tomado adecuadamente sus medicamentos:** sí ( ) no ( )

**¿Con qué frecuencia visita usted a su médico para el control de su enfermedad?**  
1 a 3 meses ( ) 4 a 6 meses ( ) 7 a 9 Meses ( ) 10 a 12 Meses ( )

**¿Considera importante el apoyo de su familia para un adecuado control de su enfermedad?**

**¿Cómo es la relación con su familia?**

### FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (Minnesota University)

Versión en Español: Gómez-Clavelina FJ, Ingoyen-Corta A. (Universidad Nacional Autónoma de México)

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

#### DESCRIBA SU FAMILIA:

- \_\_\_\_\_ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- \_\_\_\_\_ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_\_\_ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_\_\_ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_\_\_ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_\_\_ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_\_\_ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- \_\_\_\_\_ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_\_\_ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_\_\_ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_\_\_ 11. Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_\_\_ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- \_\_\_\_\_ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- \_\_\_\_\_ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- \_\_\_\_\_ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_\_\_ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_\_\_ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_\_\_ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_\_\_ 19. La unión familiar es muy importante
- \_\_\_\_\_ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

**TABLAS DE COHESION**

**Sexo " Cohesión**

	Cohesión				Total
	1	2	3	4	
Sexo 1 Casos	3	4	5	2	14
% Sexo	21.4%	28.6%	35.7%	14.3%	100.0%
% Cohesión	60.0%	66.7%	45.5%	66.7%	56.0%
% Total	12.0%	16.0%	20.0%	8.0%	56.0%
2 Casos	2	2	6	1	11
% Sexo	18.2%	18.2%	54.5%	9.1%	100.0%
% Cohesión	40.0%	33.3%	54.5%	33.3%	44.0%
% Total	8.0%	8.0%	24.0%	4.0%	44.0%
Total Casos	5	6	11	3	25
% Sexo	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 HOMBRE (1) MUJER (2)

**Ocupación \* Cohesión**

	Cohesión				Total
	1	2	3	4	
Ocupa 1 Casos	0	1	2	0	3
% Ocupa	0%	33.3%	66.7%	0%	100.0%
% Cohesión	.0%	16.7%	18.2%	.0%	12.0%
% Total	.0%	4.0%	8.0%	0%	12.0%
2 Casos	0	1	0	0	1
% Ocupa	.0%	100.0%	.0%	0%	100.0%
% Cohesión	.0%	16.7%	.0%	0%	4.0%
% Total	.0%	4.0%	0%	.0%	4.0%
3 Casos	4	2	3	1	10
% Ocupa	40.0%	20.0%	30.0%	10.0%	100.0%
% Cohesión	80.0%	33.3%	27.3%	33.3%	40.0%
% Total	16.0%	8.0%	12.0%	4.0%	40.0%
4 Casos	0	1	1	0	2
% Ocupa	.0%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
% Cohesión	0%	16.7%	9,1%	0%	8.0%
% Total	.0%	4.0%	4.0%	0%	8.0%
5 Casos	1	1	2	1	5
% Ocupa	20.0%	20.0%	40.0%	20.0%	100.0%
% Cohesión	20.0%	16.7%	18.2%	33.3%	20.0%
% Total	4.0%	4.0%	8.0%	4.0%	20.0%
6 Casos	0	0	3	1	4
% Ocupa	.0%	.0%	75.0%	25.0%	100.0%
% Cohesión	0%	.0%	27.3%	33.3%	16.0%
% Total	.0%	.0%	12.0%	4.0%	16.0%
Total Casos	5	6	11	3	25
% Ocupa	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 COMERCIANTE (1) DESEMPLEADO (2) EMPLEADO (3) JUBILADO (4) HOGAR (5) PROFESIONISTA (6)

**Ciclo de Vida familiar \* Cohesión**

		Cohesión				Total
		1	2	3	4	
Ciclo	1 Casos	0	1	2	0	3
	% Ciclo	.0%	33.3%	66.7%	.0%	100.0%
	% Cohesión	.0%	16.7%	18.2%	.0%	12.0%
	% Total	0%	4.0%	8.0%	.0%	12.0%
2 Casos	2 Casos	1	1	1	0	3
	% Ciclo	33.3%	33.3%	33.3%	.0%	100.0%
	% Cohesión	20.0%	16.7%	9.1%	.0%	12.0%
	% Total	4.0%	4.0%	4.0%	.0%	12.0%
3 Casos	3 Casos	2	3	0	0	5
	% Ciclo	40.0%	60.0%	0%	.0%	100.0%
	% Cohesión	40.0%	50.0%	0%	.0%	20.0%
	% Total	8.0%	12.0%	.0%	.0%	20.0%
4 Casos	4 Casos	2	0	5	2	9
	% Ciclo	22.2%	0%	55.6%	22.2%	100.0%
	% Cohesión	40.0%	.0%	45.5%	66.7%	36.0%
	% Total	8.0%	.0%	20.0%	8.0%	36.0%
5 Casos	5 Casos	0	1	3	1	5
	% Ciclo	.0%	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
	% Cohesión	0%	16.7%	27.3%	33.3%	20.0%
	% Total	0%	4.0%	12.0%	4.0%	20.0%
Total	Casos	5	6	11	3	25
	%Ciclo	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
	% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% Total	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 FASE DE MATRIMONIO(1) FASE DE EXPANSION(2)FASE DE DISPERSION(3)FASE DE INDEPENDENCIA (4)  
 FASE DE RETIRO O MUERTE (5)

**Evolución de la enfermedad \* Cohesión**

	Cohesión				Total
	1	2	3	4	
Evolución 1 Casos	1	4	3	0	8
% Evolución	12,5%	50.0%	37.5%	.0%	100.0%
% Cohesión	20.0%	66.7%	27.3%	.0%	32.0%
% Total	4.0%	16.0%	12.0%	.0%	32.0%
2 Casos	2	0	4	2	8
% Evolución	25.0%	.0%	50.0%	25.0%	100.0%
% Cohesión	40.0%	.0%	36.4%	88.7%	32.0%
% Total	8.0%	.0%	16.0%	8.0%	32.0%
3 Casos	0	1	2	0	3
% Evolución	.0%	33.3%	66.7%	0%	100.0%
% Cohesión	.0%	16.7%	18.2%	0%	12,056
% Total	.0%	4.0%	8.0%	0%	12.0%
4 Casos	1	0	1	1	3
% Evolución	33.3%	.0%	33.3%	33.3%	100.0%
% Cohesión	20.0%	.0%	9.1%	33.3%	12.0%
% Total	4.0%	.0%	4.0%	4.0%	12.0%
5 Casos	T	0	0	0	1
% Evolución	100.0%	.0%	0%	.0%	100,0%
% Cohesión	20.0%	.0%	0%	0%	4,0%
% Total	4.0%	.0%	.0%	0%	4.0%
6 Casos	0	0	1	0	1
% Evolución	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
% Cohesión	.0%	.0%	9.1%	.0%	4.0%
% Total	.0%	.0%	4.0%	.0%	4.0%
8 Casos	0	1	0	0	1
% Evolución	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
% Cohesión	.0%	16.7%	.0%	.0%	4.0%
% Total	.0%	4.0%	.0%	.0%	4.0%
Total Casos	5	6	11	3	25
% Evolución	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	20,0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 SE CLASIFICARON POR AÑOS DE EVOLUXION

**Sabe algo de su enfermedad \* Cohesión**

		Cohesión				Total
		1	2	3	4	
Sabe	0 Casos	2	5	9	2	17
	% Sabe	11.8%	29.4%	47.1%	11.8%	100.0%
	% Cohesión	40.0%	83.3%	72.7%	66.7%	68.0%
	% Total	8.0%	20.0%	32.0%	8.0%	68.0%
1 Casos	% Sabe	3	1	3	1	8
	% Cohesión	37.5%	12.5%	37.5%	12.5%	100.0%
	% Total	60.0%	16.7%	27.3%	33.3%	32.0%
	% Total	12.0%	4.0%	12.0%	4.0%	32.0%
Total	Casos	5	6	11	3	25
	% Sabe	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
	% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% Total	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 SI SABE SOBRE SU ENFERMEDAD (0) NO SABE SOBRE SU ENFERMEDAD (2)

**Toma adecuadamente sus medicamentos\* Cohesión**

		Cohesión				Total
		1	2	3	4	
Toma	1 Casos	3	4	8	3	18
	% Toma	16.7%	22.2%	44.4%	16.7%	100.0%
	% Cohesión	60.0%	66.7%	72.7%	100.0%	72.0%
	% Total	12.0%	16.0%	32.0%	12.0%	72.0%
2 Casos	% Toma	2	2	3	0	7
	% Cohesión	28.6%	28.6%	42.9%	.0%	100.0%
	% Del Total	40.0%	33.3%	27.3%	.0%	28.0%
	% Total	8.0%	8.0%	12.0%	.0%	28.0%
Total	Casos	5	6	11	3	25
	% Toma	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%
	% Cohesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% Total	20.0%	24.0%	44.0%	12.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 TOMA ADECUADAMENTE SUS MEDICAMENTOS (1) NO TOMA ADECUADAMENTE SUS MEDICAMENTOS (2)

### Apoyo Familiar\*Cohesión

Apoyo	1	2	3	4	
1Casos	3	5	11	2	21
%	14%	24%	53%	9%	
2Casos	2	1	0	1	4
%	50%	25%	0%	25%	
Total	5	6	11	3	25

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3 ) AGLUTINADA (4)  
 CON APOYO (1) SIN APOYO (2)

### Relación Familiar\*Cohesión

Relación	1	2	3	4	
1Casos	2	4	9	4	19
%	12.2%	20.2%	47.2%	20.2%	
2Casos	2	1	0	0	3
%	75%	25%	.0%	.0%	
3Casos	1	1	1	0	3
%	33.3%	33.3%	33.3%	.0%	
Total	5	6	10	3	25

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3 ) AGLUTINADA (4)  
 BUENA (1) REGULAR (2) MALA (3)

### TABLAS DE ADAPTABILIDAD

#### Sexo \* Adaptabilidad

	adaptabilidad				Total
	1	2	3	4	
Sexo 1	3	7	0	4	14
% Sexo	21.4%	50.0%	.0%	28.6%	100.0%
% Adapta	75.0%	77.8%	.0%	40.0%	56.0%
% Total	12.0%	28.0%	.0%	16.0%	56.0%
2 Casos	1	2	2	6	11
% Sexo	9.1%	18.2%	18.2%	54.5%	100.0%
% Adapta	25.0%	22.2%	100.0%	60.1%	44.0%
% Total	4.0%	8.0%	8.0%	24.0%	44.0%
Total	4	9	2	10	25
% Sexo	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
% Adapta	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 HOMBRE (1) MUJER (2)

**Ocupación \*Adaptabilidad**

	adaptabilidad				Total
	1	2	3	4	
1 Casos	1	0	0	2	3
% Ocupa	33.3%	.0%	.0%	66.7%	100.0%
% Adapta	25.0%	.0%	.0%	20.0%	12.0%
% Total	4.0%	.0%	.0%	8.0%	12.0%
2 Casos	1	0	0	0	1
% Ocupa	100.0%	0%	.0%	.0%	100.0%
% Adapta	25.0%	.0%	.0%	.0%	4.0%
% Total	4.0%	.0%	.0%	.0%	4.0%
3 Casos	2	5	0	3	10
% Ocupa	20.0%	50.0%	.0%	30.0%	100.0%
% Adapta	50.0%	55.6%	.0%	30.0%	40.0%
%Total	6.0%	20.0%	.0%	12.0%	40.0%
4 Casos	0	0	1	1	2
% Ocupa	.0%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
% Adapta	.0%	0%	50.0%	10.0%	8.0%
% Total	.0%	.0%	4.0%	4.0%	8.0%
5 Casos	0	1	1	3	5
% Ocupa	.0%	20.0%	20.0%	60.0%	100.0%
% Adapta	.0%	11.1%	50.0%	30.0%	20.0%
% Total	.0%	4.0%	4.0%	12.0%	20.0%
6 Casos	0	3	0	1	a
% Ocupa	.0%	75.0%	0%	25.0%	100.0%
% Adapta	.0%	33.3%	.0%	10.0%	16.0%
% Total	.0%	12.0%	.0%	4.0%	16.0%
Total Casos	4	9	2	10	25
% Ocupa	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
% Adapta	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 COMERCIANTE (1) DESEMPLEADO (2) EMPLEADO (3) JUBILADO (4)  
 HOGAR (5) PROFESIONISTAS (6)

**Ciclo de Vida Familiar \* Adaptabilidad**

		adaptabilidad				Total
		1	2	3	4	
ciclo	1 Casos	0	3	0	0	3
	% Ciclo	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% Adapta	0%	33.3%	.0%	.0%	12.0%
	% Total	.0%	12.0%	.0%	.0%	12.0%
2 Casos	2 Casos	1	1	0	1	3
	% Ciclo	33.3%	33.3%	.0%	33.3%	100.0%
	% Adapta	25.0%	11.1%	.0%	10.0%	12.0%
	% Total	4.0%	4.0%	.0%	4.0%	12.0%
3 Casos	3 Casos	2	1	0	2	5
	% Ciclo	40.0%	20.0%	.0%	40.0%	100.0%
	% Adapta	50.0%	11.1%	.0%	20.0%	20.0%
	% Total	8.0%	4.0%	.0%	8.0%	20.0%
4 Casos	4 Casos	0	4	1	4	9
	% Ciclo	.0%	44.4%	11.1%	44.4%	100.0%
	% Adapta	.0%	44.4%	50.0%	40.0%	36.0%
	% Total	.0%	16.0%	4.0%	16.0%	36.0%
5 Casos	5 Casos	1	0	1	3	5
	% Ciclo	20.0%	.0%	20.0%	60.0%	100.0%
	% Adapta	25.0%	.0%	50.0%	30.0%	20.0%
	% Total	4.0%	.0%	4.0%	12.0%	20.0%
Total	Casos	4	9	2	10	25
	% Ciclo	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
	% Adapta	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% Total	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 FASE DE MATRIMONIO (1) FASE DE EXPANSION (2) FASE DE DISPERSION (3)  
 FASE DE INEPENENCIA (4) FASE DE RETIRO O MUERTE (5)

**Evolución de la Enfermedad \* Adaptabilidad**

	Adaptabilidad				Total
	1	2	3	4	
Evolución 1 Casos	3	1	0	4	8
% Evolución	37.5%	12.5%	.0%	50.0%	100.0%
% Adapta	75.0%	11.1%	0%	40.0%	32.0%
% Total	12.0%	4.0%	0%	16.0%	32.0%
b2 Casos	0	7	1	0	8
% Evolución	.0%	87.5%	12.5%	.0%	100.0%
% Adapta	.0%	77.8%	50.0%	.0%	32.0%
% Total	.0%	28.0%	4.0%	.0%	32.0%
3 Casos	1	0	1	1	3
% Evolución	33.3%	.0%	33.3%	33.3%	100.0%
% Adapta	25.0%	.0%	50.0%	10.0%	12.0%
% Total	4.0%	.0%	4.0%	4.0%	12.0%
4 Casos	0	1	0	2	3
% Evolución	.0%	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
% Adapta	.0%	11.1%	.0%	20.0%	12.0%
% Total	.0%	4.0%	.0%	8.0%	12.0%
5 Casos	0	0	0	1	1
% Evolución	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
% Adapta	.0%	.0%	.0%	10.0%	4.0%
% Total	.0%	.0%	.0%	4.0%	4.0%
6 Casos	0	0	0	1	1
% Evolución	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
% Adapta	.0%	.0%	.0%	10.0%	4.0%
% Total	.0%	.0%	.0%	4.0%	4.0%
8 Casos	0	0	0	1	1
% Evolución	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
% Adapta	.0%	.0%	.0%	10.0%	4.0%
% Del Total	.0%	.0%	.0%	4.0%	4.0%
Total Casos	4	9	2	10	25
% Evolución	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
% Adapta	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3)AGLUTINADA (4)  
SE CLASIFICARON POR AÑOS DE EVOLUCION

**Sabe algo de su Enfermedad \* Adaptabilidad**

	Adaptabilidad				Total
	1	2	3	4	
sabe 0 Casos	1	7	1	8	17
% Sabe	5.9%	41.2%	5.9%	47,1%	100.0%
% Adapta	25.0%	77.8%	50.0%	80.0%	68.0%
% Total	4.0%	28.0%	4.0%	32.0%	68.0%
1 Casos	3	2	1	2	B
% Sabe	37.5%	25.0%	12.5%	25.0%	100.0%
% Adapta	75.0%	22.2%	50.0%	20.0%	32.0%
%Total	12.0%	8.0%	4.0%	8.0%	32.0%
Total Casos	Q	g	2	10	25
% Sabe	18.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
% Adapta	1000%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	16.0%	36.0%	8,0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 SI SABE SOBRE DE SU ENFERMEDAD (0) NO SABE SOBRE SU ENFERMEDAD (2)

**Toma adecuadamente sus medicamentos\* Adaptabilidad**

	Adaptabilidad				Total
	1	2	3	4	
toma 1 Casos	2	8	2	6	18
% Toma	11.1%	44.4%	11.1%	33.3%	100.0%
% Adapta	50.0%	88.9%	100.0%	60.0%	72.0%
% Total	8.0%	32.0%	8.0%	24.0%	72.0%
2 Casos	2	1	0	4	7
% Toma	28.6%	14.3%	.0%	57.1%	100.0%
% Adapta	50.0%	11.1%	.0%	40.0%	28.0%
% Total	8.0%	4.0%	.0%	16.0%	28.0%
Total Casos	4	9	2	10	25
% Toma	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%
% Adapta	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% Total	16.0%	36.0%	8.0%	40.0%	100.0%

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 TOMA ADECUADAMENTE SUS MEDICAMENTOS (1)  
 NO TOMA ADECUADAMENTE SUS MEDICAMENTOS (2)

### Apoyo familiar \*adaptabilidad

Apoyo	1	2	3	4	
1Casos	3	8	1	9	21
%	14.2%	38.1%	4.8%	42.86%	
2Casos	1	1	1	1	4
%	25%	25%	25%	25%	
Total	4	9	2	10	25

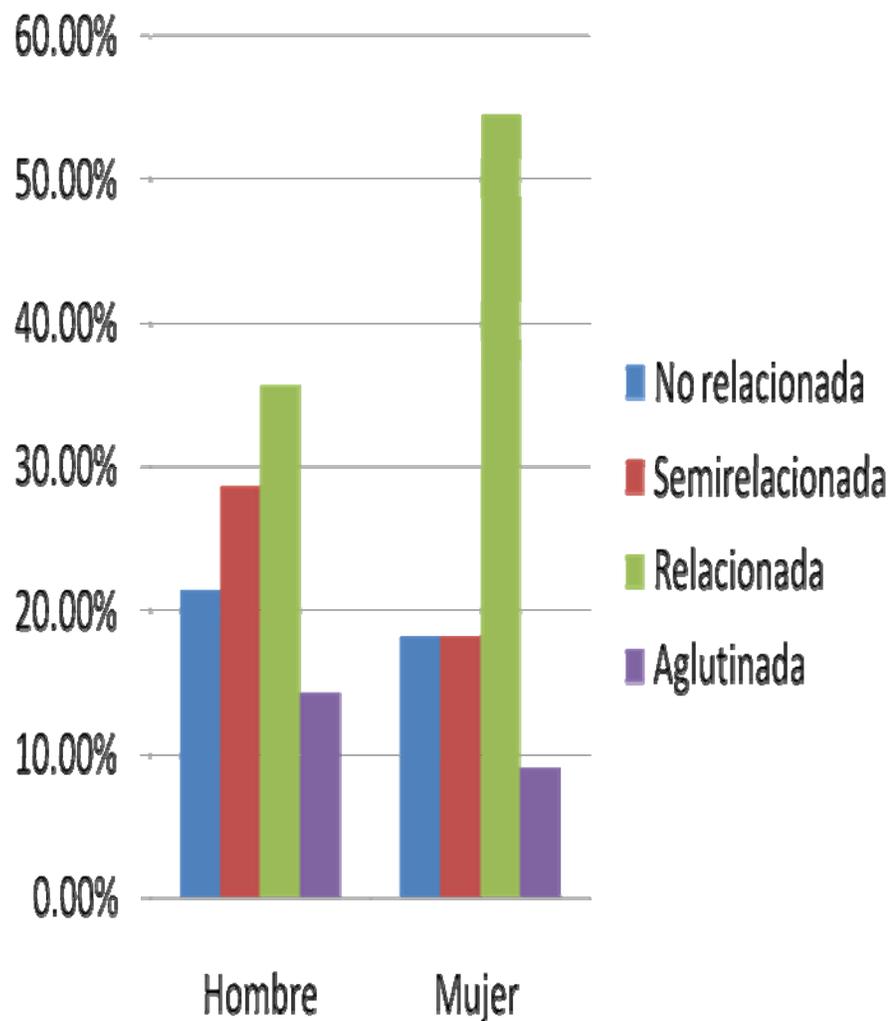
NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 SI LO APOYAN (1) NO LO APOYAN (2)

### Relación Familiar\* adaptabilidad

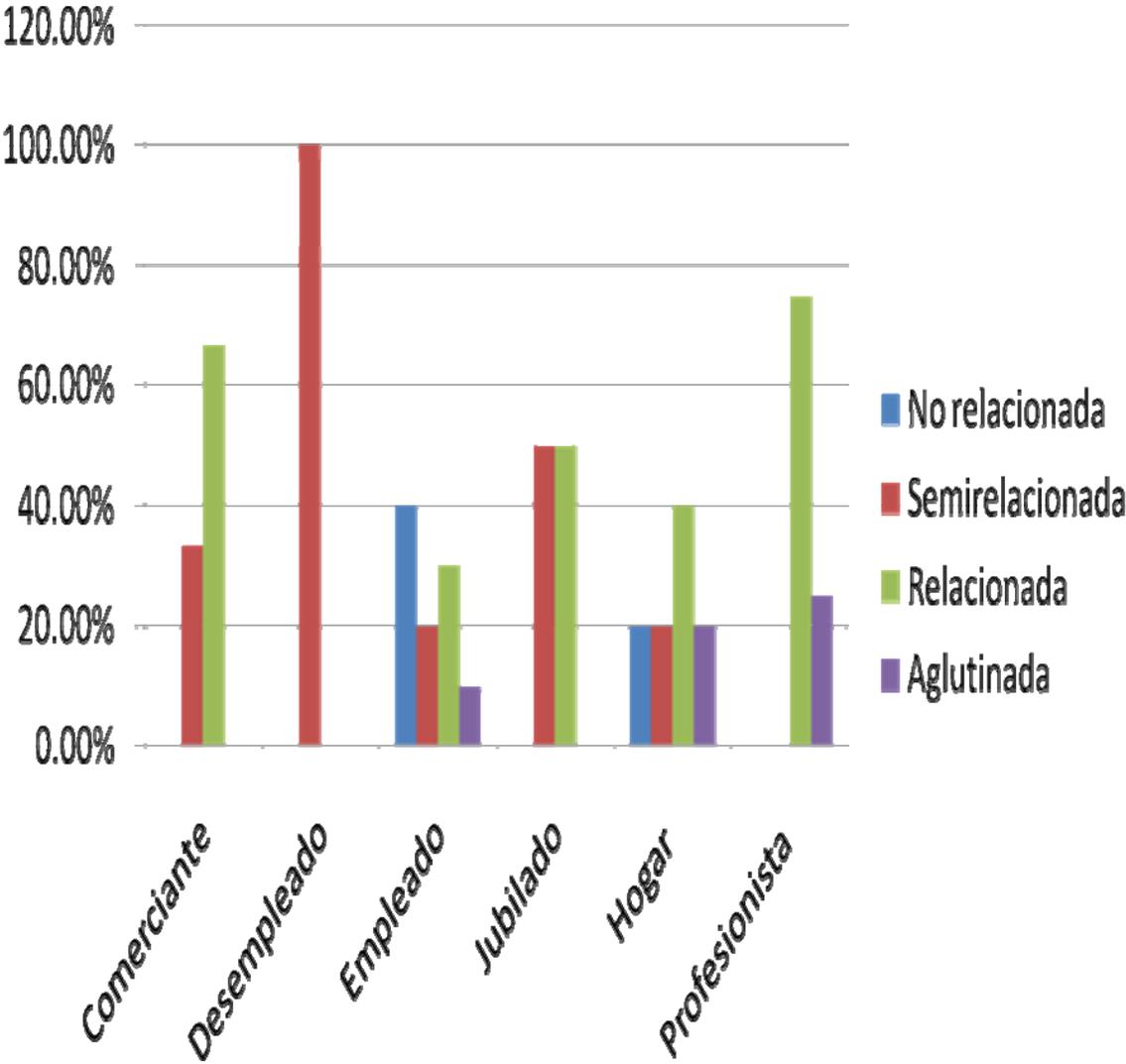
Relación	1	2	3	4	
1Casos	3	5	2	9	19
%	15.78%	26.32%	10.53%	47.37%	
2Casos	1	2	0	0	3
%	33.3%	66.6%	.0%	.0%	
3Casos	0	2	0	1	3
%	.0%	66.6%	.0%	33.3%	25

NO RELACIONADA (1) SEMIRELACIONADA (2) RELACIONADA (3) AGLUTINADA (4)  
 Buena relación (1) Regular relación (2) Mala relación (3)

# Sexo \*cohesión

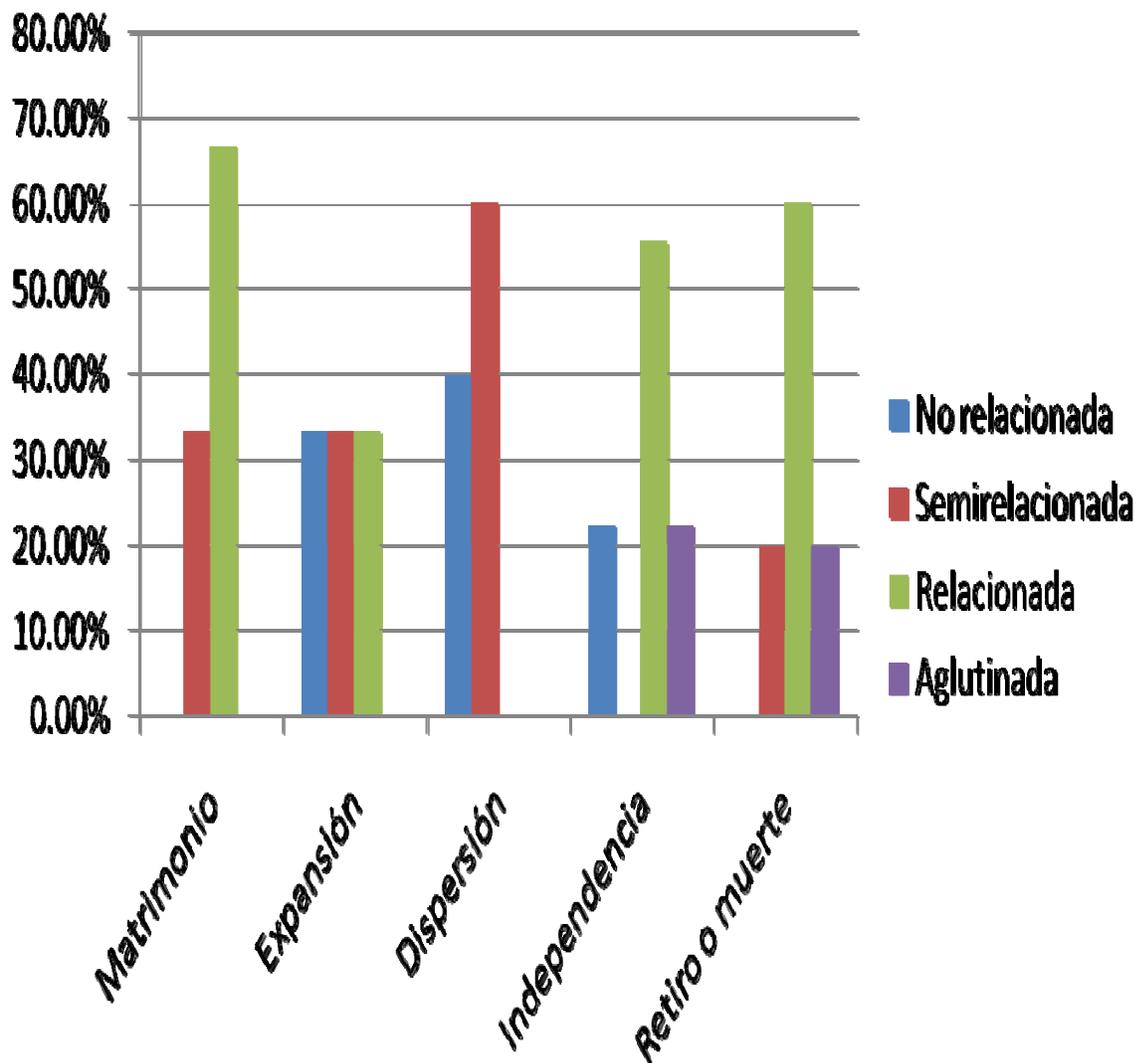


# Ocupación \*cohesión

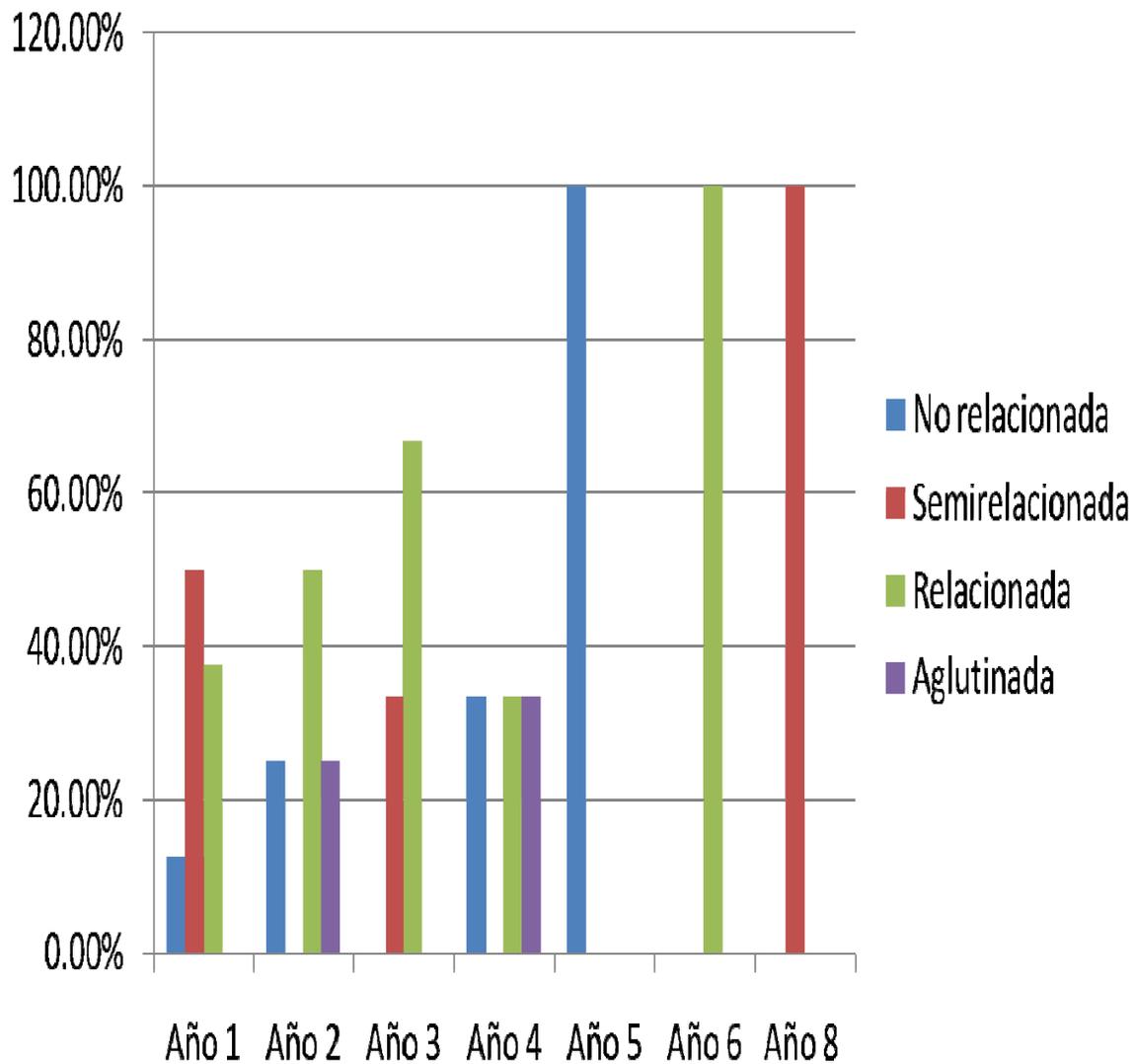


# Ciclo de vida familiar

## \*cohesión

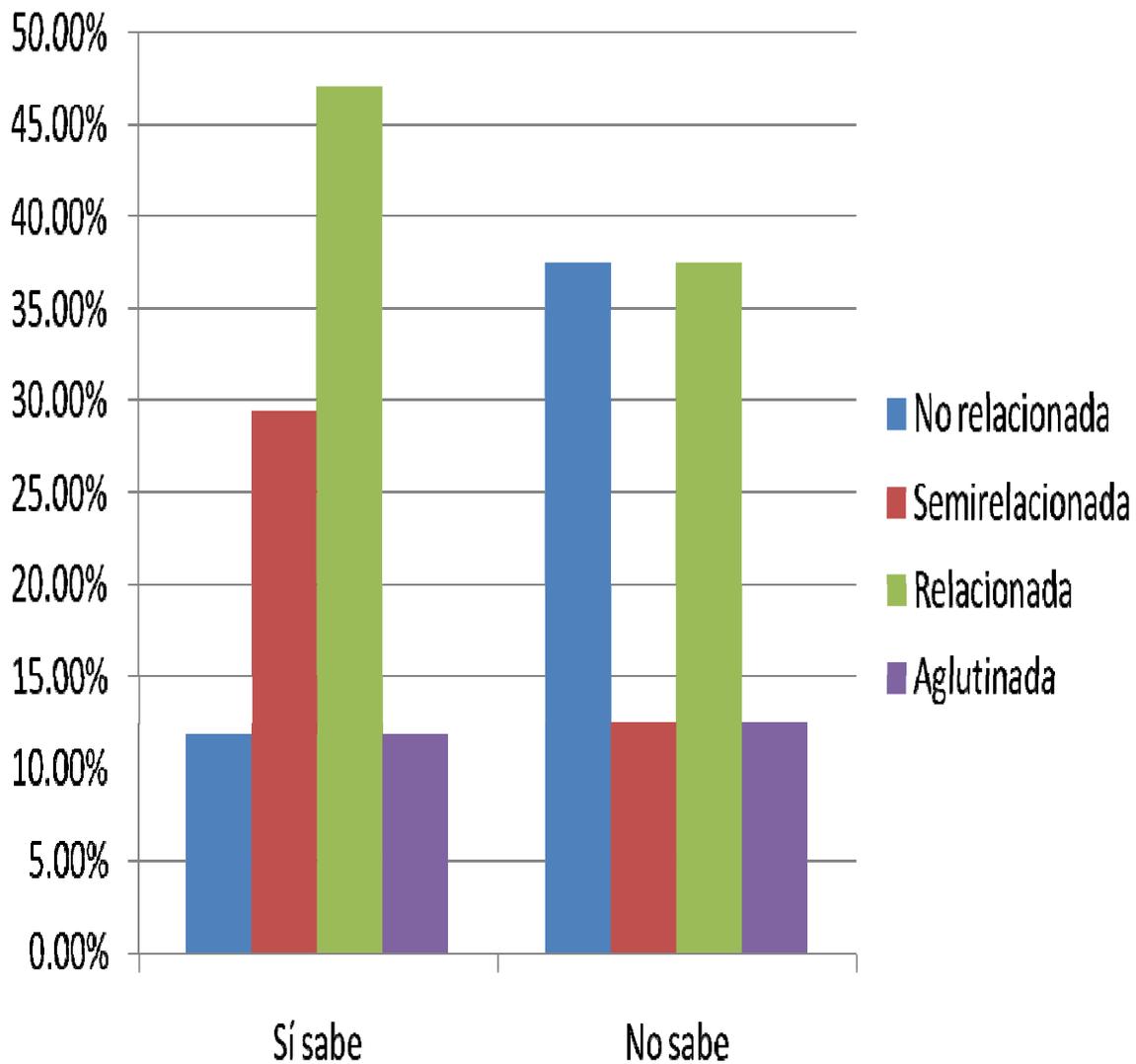


# Evolución \*cohesión



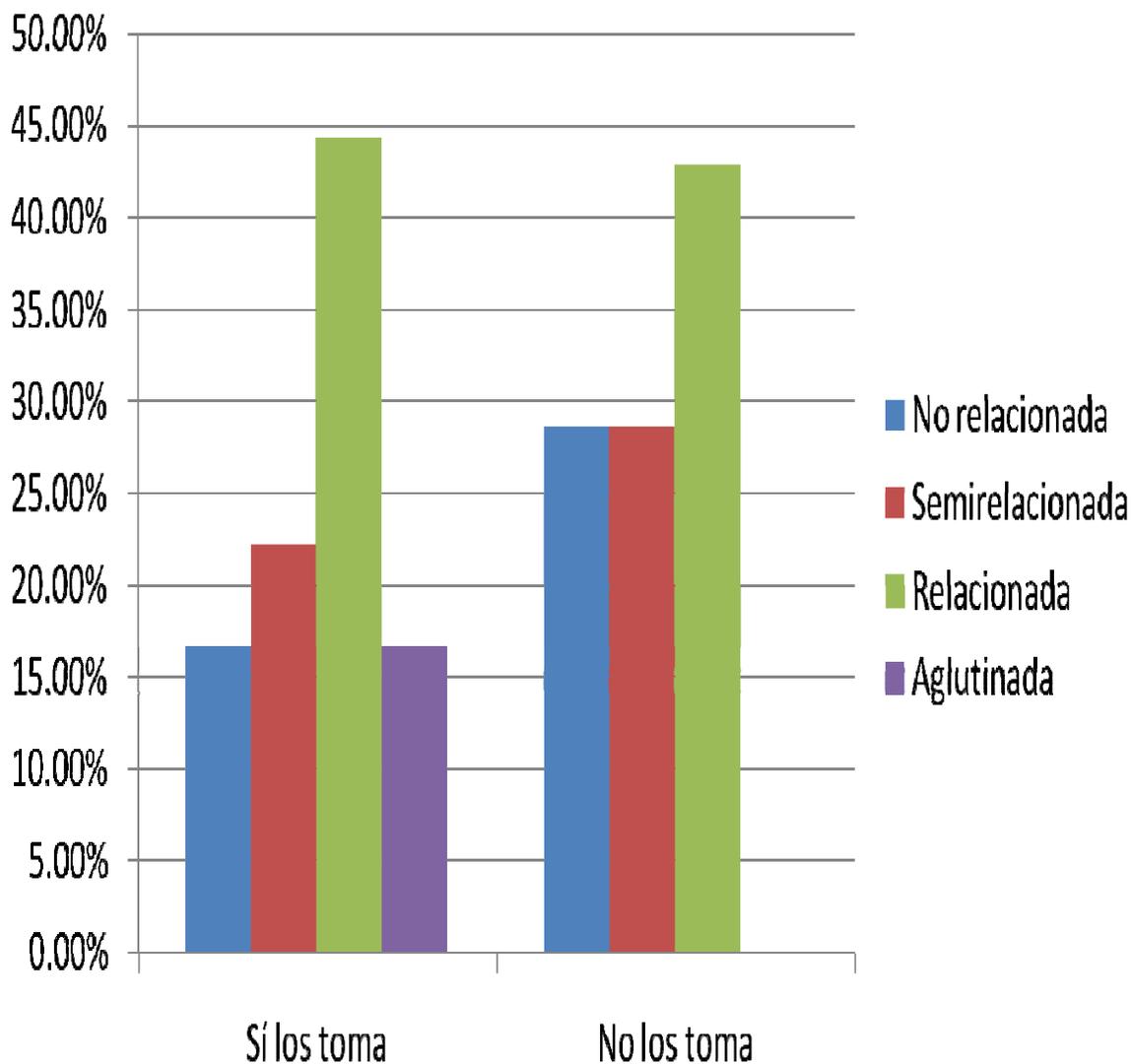
# Sabe de su enfermedad

## \*cohesión

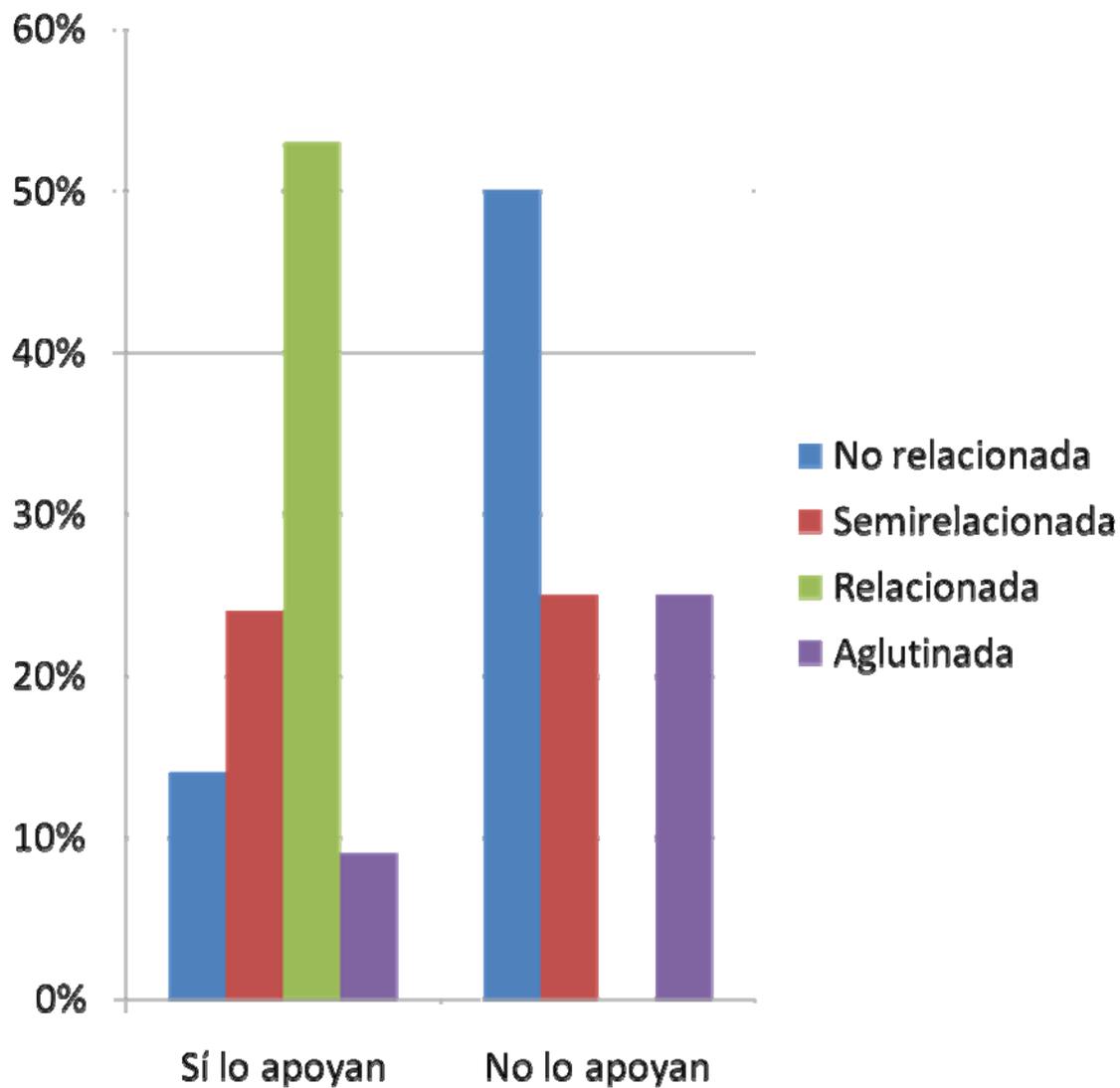


# Toma adecuada de medicamentos

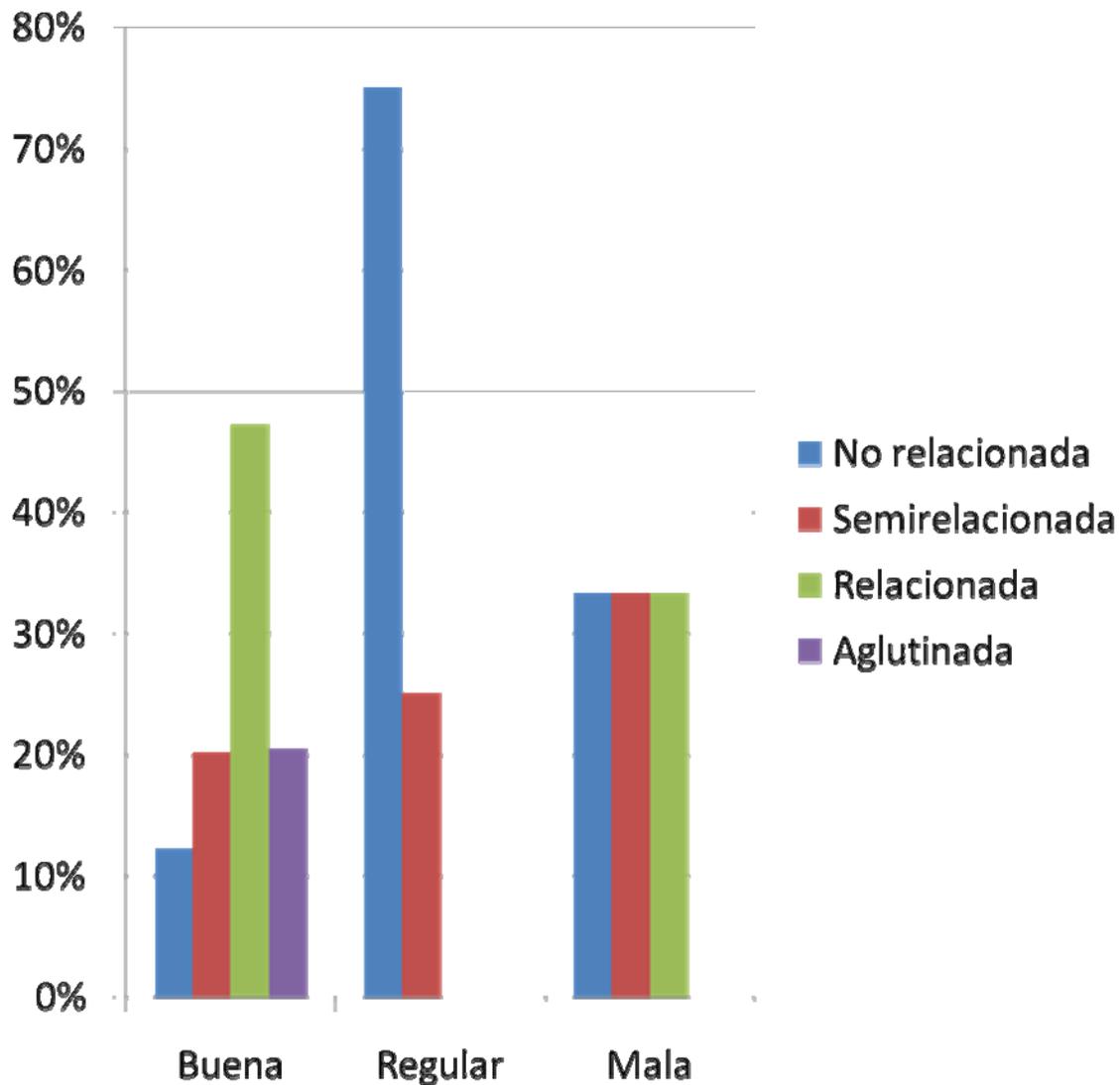
## \*cohesión



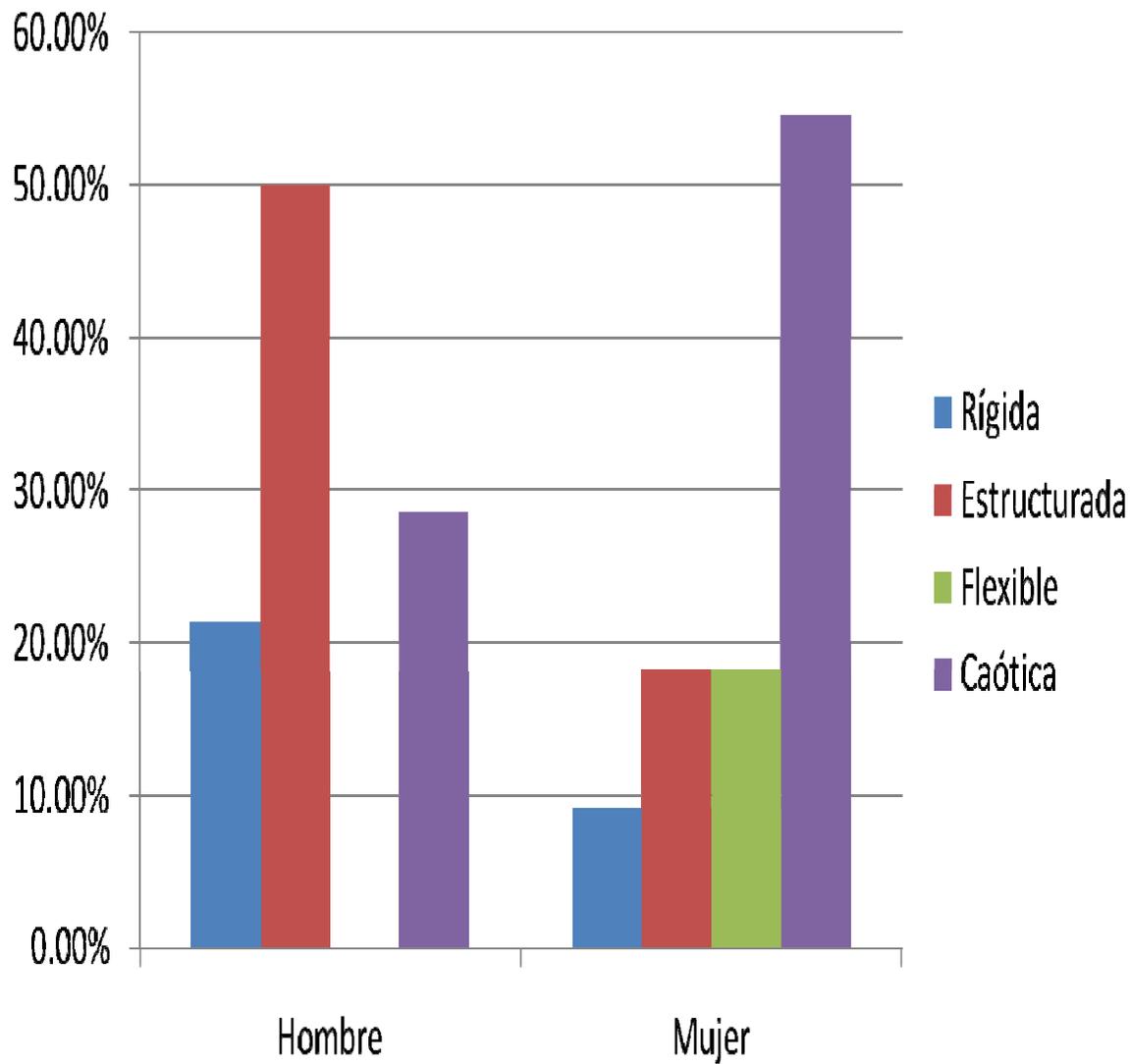
# Apoyo familiar \*cohesión



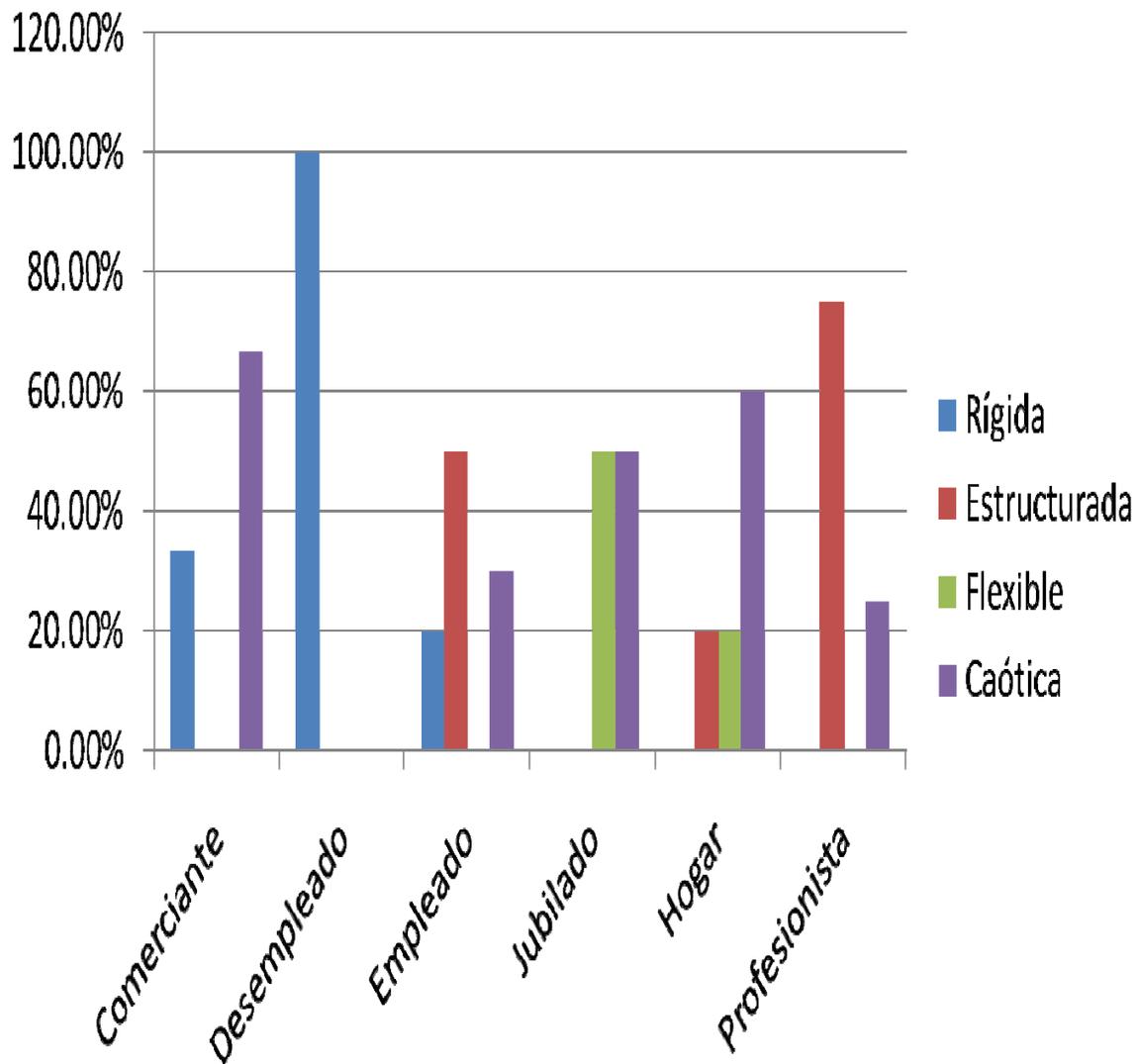
# Relación familiar \*cohesión



# Sexo \*adaptabilidad

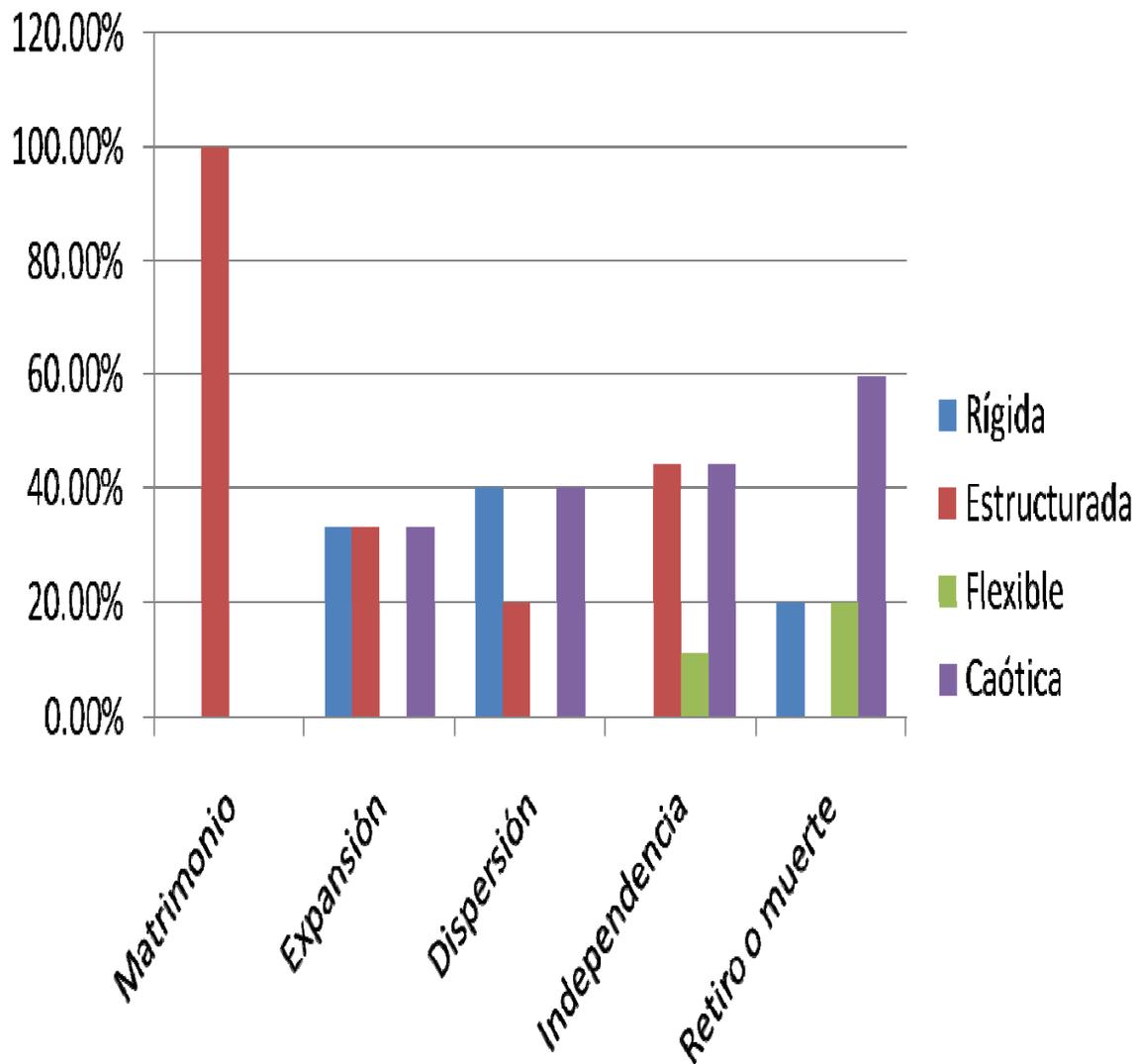


# Ocupación \*adaptable d

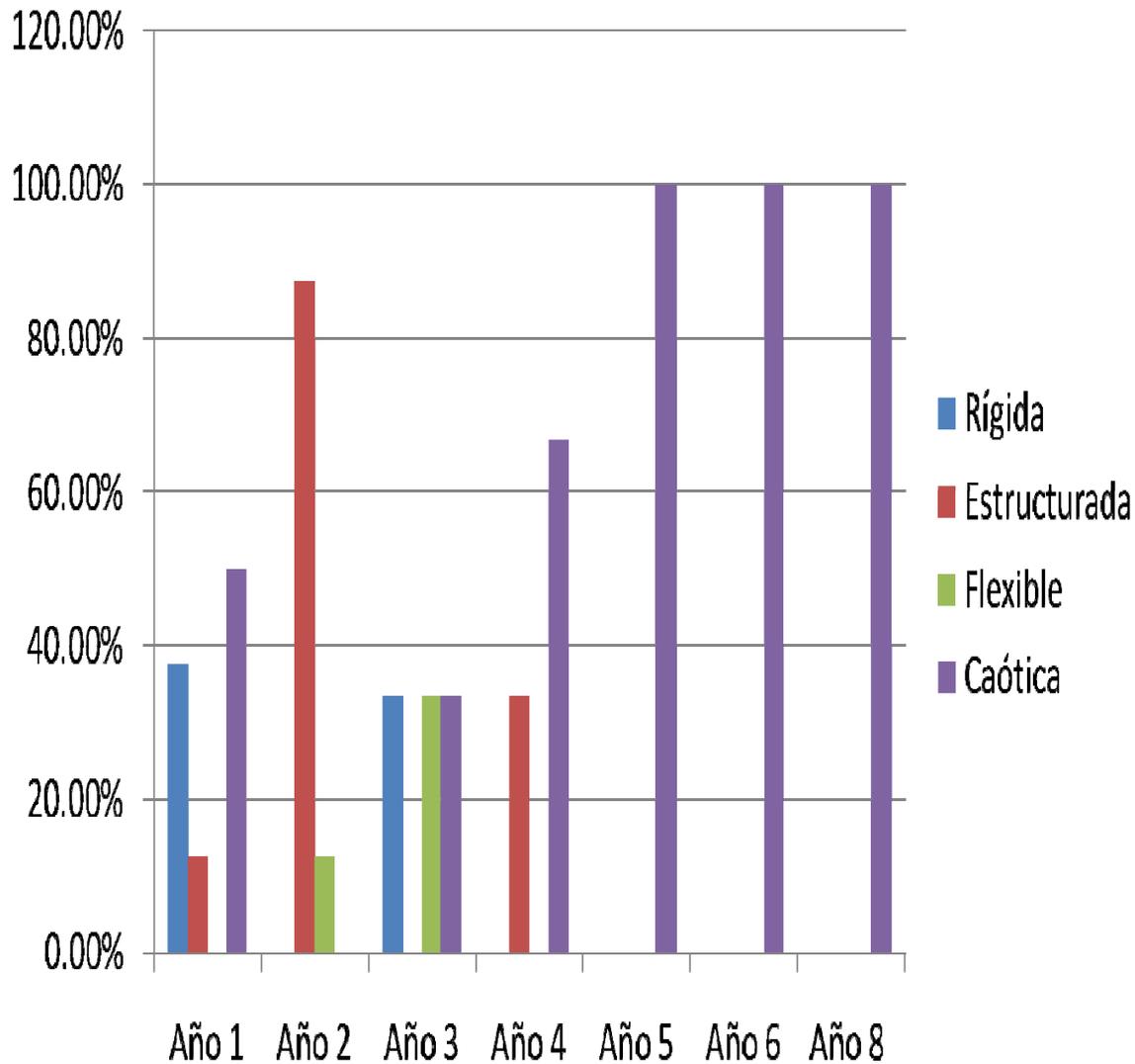


# Ciclo de vida familiar

## \*adaptabilidad

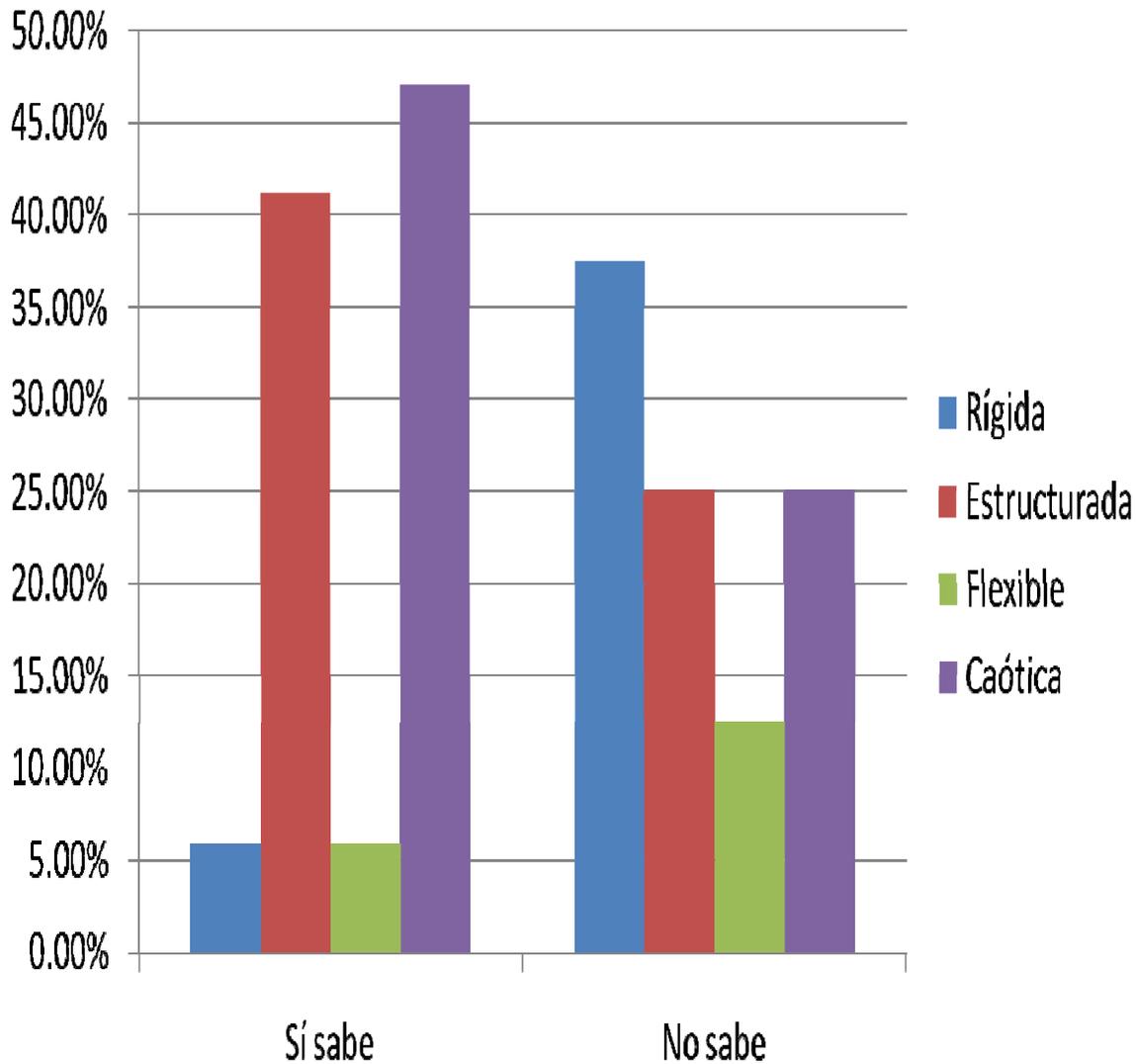


# Evolución \*adaptableidad



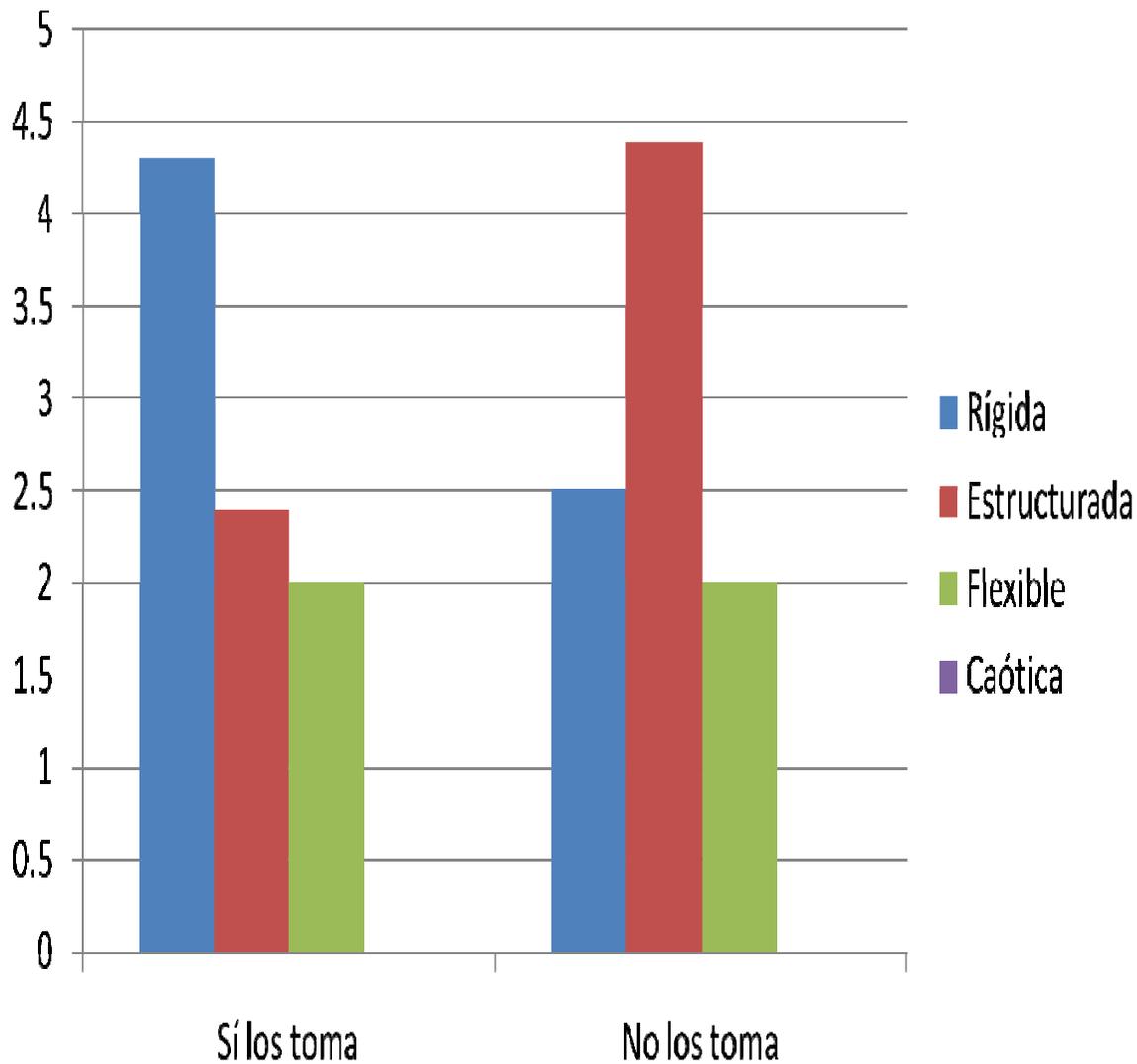
# Sabe de su enfermedad

## \*adaptabilidad

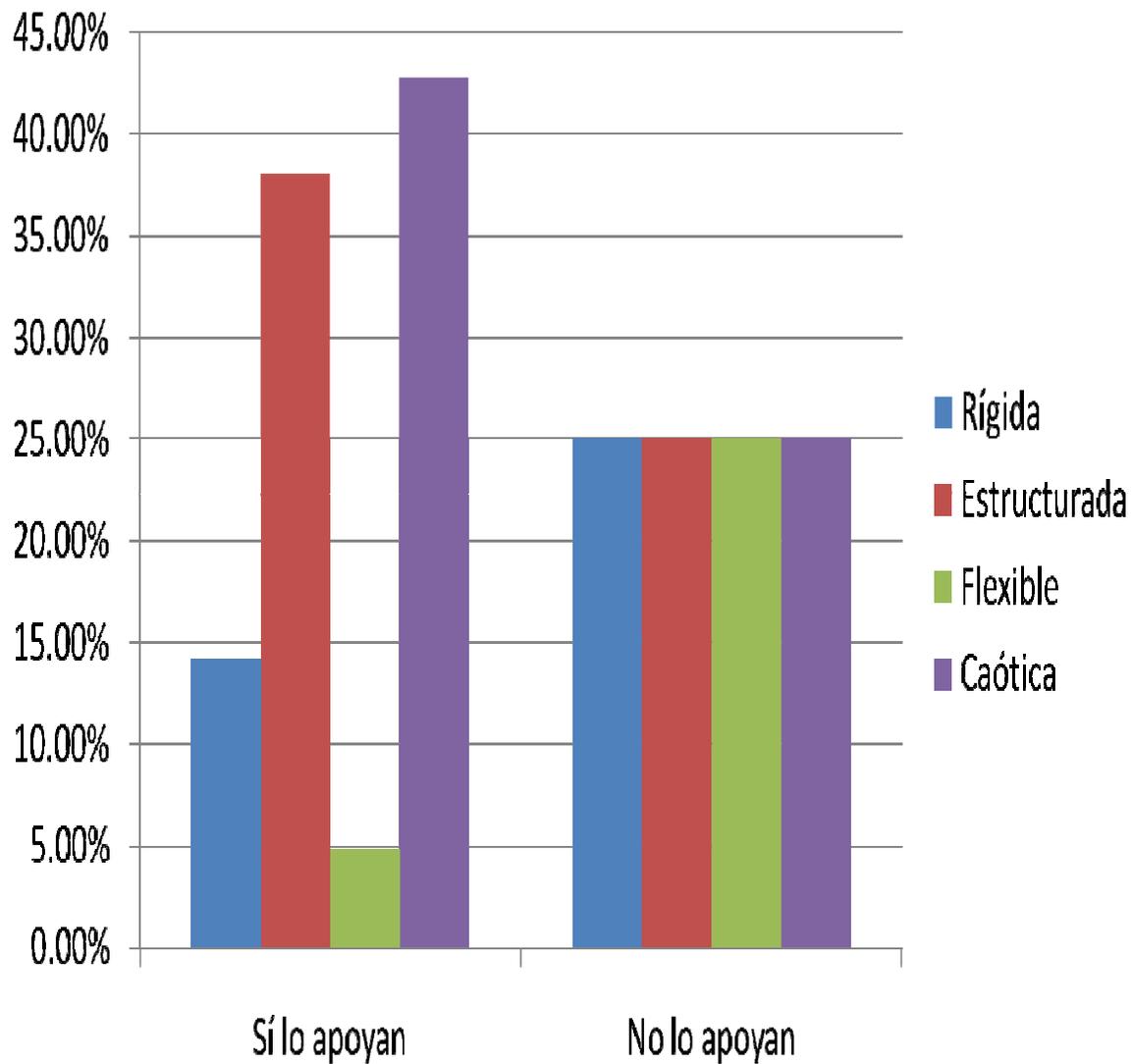


# Toma adecuada de sus medicamentos

\*adaptabilidad



# Apoyo familiar \*adaptable



# Relación familiar \*adaptabilidad

