



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE  
INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADEMICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
CHETUMAL QUINTANA ROO.**

**“ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGZ C/MF N° 1 IMSS  
CHETUMAL Q. ROO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. TERESA DE JESUS PERAZA PERAZA**

**CHETUMAL QUINTANA ROO.**

**28 de FEBRERO 2006**



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.

**“ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGZ C/MF N° 1 IMSS CHETUMAL Q. ROO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA. TERESA DE JESUS PERAZA PERAZA**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DR. AUGUSTO R. SOLIS GONZALEZ.**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CHETUMAL, Q. ROO.

**DRA. MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO.**

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS  
H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL Q ROO.

**DRA. MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO**

ASESOR DE TEMA DE TESIS  
H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL Q ROO

**DRA. MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL  
H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL Q ROO

**CHETUMAL QUINTANA ROO**

28 DE FEBREO 2006

**“ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGZ C/MF N° 1 IMSS  
CHETUMAL Q. RO  
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DRA. TERESA DE JESUS PERAZA PERAZA**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

1. Título
2. Índice General
3. Marco Teórico
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
  - General
  - Específicos
7. Metodología
  - Tipo de estudio
  - Población, lugar y tiempo de estudio
  - Tipo de muestra y tamaño de muestra
  - Criterio de inclusión, exclusión y eliminación
  - Información a recolectar (variables a recolectar)
  - Método o procedimiento para captar la información
  - Consideraciones éticas
8. Resultados
  - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
  - Tablas (cuadros) y graficas
9. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados
10. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
11. Referencias bibliográficas.
12. Anexos

### 3. MARCO TEORICO

La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) significa un golpe terrible para el mundo y las Instituciones de Salud Pública, quienes durante la segunda mitad del decenio 1970-79 estaban convencidos de la amenaza de las enfermedades provocadas por las bacterias y virus era cosa del pasado. Con la seguridad de los retos presentes y futuros para la medicina eran la conquista de los estados crónicos que debilitan al organismo como es el cáncer, enfermedades cardíacas, demencias, artritis etc. Hoy día, a más de 20 años, el supuesto triunfo de la medicina sobre las enfermedades infecciosas, se convirtió en ilusión. El decenio 80-89 trajo consigo dos nuevas causas de preocupación: el desarrollo de variedades resistentes a los fármacos y la aparición del SIDA, problemas que están presentes todavía <sup>(1)</sup>.

EL SIDA ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, convirtiéndolo en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia. A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretrovírico y la atención en muchas regiones del mundo, en 2005 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 3,1 millones (2,8–3,6 millones) de personas, de las cuales más de medio millón (570 000) eran niños <sup>(2)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2000 existirían alrededor de 40 millones de portadores del virus en el mundo. Sus cálculos fueron acertados, registrándose 36 millones de personas infectadas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y 22 millones han muerto debido al SIDA <sup>(3)</sup>.

Actualmente la pandemia está fuera de control, se calcula que diariamente hay 14,000 nuevas infecciones en el mundo. Para América Latina y el Caribe, la prevalencia del VIH ha alcanzado o superado el 1% en 12 Países, todos ellos en la Cuenca del Caribe. En México se han registrado 71,526 casos acumulados de SIDA hasta el 01 de noviembre del 2003, de los cuales 51.2% han fallecido, se estima que existen entre 116,000 y 177,000 infectados por el VIH en el grupo de 15 a 49 años, con estas cifras México ocupa el 77 lugar Mundial y el 23 en el Continente Americano incluyendo el Caribe.

A dos décadas del conocimiento de la infección por el VIH, el advenimiento de métodos de diagnósticos confiables y accesibles, el conocimiento de los diversos mecanismos de transmisión de la infección, la prevención y el uso de tratamientos antirretrovirales que han modificado dramáticamente el curso natural de la enfermedad, transformándola de una entidad catastrófica y fatal a corto plazo, en una enfermedad crónica y manejable como tantas otras que afectan a la población entre las que se cuentan: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, entre otras. <sup>(4)</sup>.

El VIH se considera una enfermedad familiar, como cualquier otra enfermedad crónica debido al cambio en el estilo de vida del enfermo y su familia, condicionándoles alteraciones tales como: reestructuras en el estado socioeconómico, en el desempeño y armonía de la familia, restricciones de actividades sociales y personales <sup>(5)</sup>.

Es motivo de preocupación en el aspecto social, familiar y del paciente, afrontar el estrés que se genera ante las diferentes reestructuraciones del paciente y su entorno para el apoyo y mejorar la calidad de vida, dependencia del tratamiento y calidad de sobrevivida a largo plazo <sup>(5)</sup>. Es apremiante realizar investigación social respecto a las familias con uno o más miembros afectados por el VIH <sup>(6,7)</sup>. Es importante resaltar la necesidad de cuestionar el apoyo extrainstitucional a estos pacientes, debido que la atención familiar es gratuita o de bajo costo <sup>(8)</sup>, además la importancia de generar información sobre la familia como el contexto social más inmediato en el cual transcurre esta enfermedad.

En la familia el diagnóstico de seropositividad del VIH, la primera reacción que manifiesta la persona afectada es generalmente de crisis, con una fuerte carga emocional por la percepción de miedo a la muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad <sup>(9)</sup>. En esta crisis inicial se busca responder a las múltiples reacciones de: negación, estupor, miedo, tristeza, rabia, frustración, desesperanza, impotencia, culpa, ideas suicidas etc., se ha visto que presentan mejoría a partir de la intervención clínico educativa orientada a mejorar los aspectos básicos de la infección, desarticulando la relación SIDA-muerte, fortaleciendo las redes de apoyo social y motivar la vinculación al proceso de la valoración médica <sup>(10)</sup>.

En el plano biopsicosocial se asume que los enfermos crónicos como en el caso del VIH cuya orientación de apoyo en México es comunitaria, cuentan con una red de apoyo familiar que no existe en sociedades con tendencia individualista. Sin embargo, en investigaciones

recientes se ha demostrado la necesidad de cuestionar este supuesto y de explorar con más detalle los mecanismos de funcionamiento y sus límites <sup>(11)</sup>. La evidencia en otros países sobre el funcionamiento de la estructura familiar en relación con el VIH ha obligado a una redefinición del concepto mismo de familia <sup>(12)</sup> y a explorar profundamente los problemas que enfrentan las familias en su manejo. Encontrando en ocasiones que estas familias son víctimas de procesos de estigmatización <sup>(7,8)</sup> asociados directamente al manejo de este problema de salud <sup>(13)</sup>. Con este tipo de presiones sociales externas, las familias de personas con VIH deben pasar por todo un proceso de adaptación del que se tiene aún poco conocimiento <sup>(14)</sup> y que incluye no sólo la negociación de la identidad familiar con el exterior sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA, entre la familia y los servicios de salud generando en ambos una serie de reacciones que reconocer y manejar <sup>(15, 16, 10)</sup>.

La influencia del trato en pacientes y familiares durante la adaptación psicológica como en otra enfermedad grave en la que están en juego las características de la enfermedad, como el tratamiento, aspectos relacionados con la personalidad y capacidad de afrontarla, soporte familiar, redes de apoyo y aspectos socioculturales vinculados al padecimiento <sup>(17)</sup>, factores que determinan el proceso de elaboración del duelo por la pérdida de la salud en ambos, familiares y pacientes. En estas circunstancias se ha documentado que las familias son las principales proveedoras de cuidados a los miembros enfermos.

Las consecuencias del impacto del VIH en la familia están consideradas en las áreas donde se producen más cambios en la organización familiar, como es la asignación de roles, estructura familiar y comunicación <sup>(18)</sup>. Hecho que se puede explicar por los elevados niveles de estrés que conlleva el tener una enfermedad muchas veces estigmatizante de curso irregular, que obliga al individuo a enfrentarse a constantes procesos de pérdidas, duelos, aislamiento y devastación social, familiar y económica como cualquier otro factor estresante circunstancial. Se reporta en estudios previos que las familias con uno o más miembros que viven con el VIH presentan mayores niveles de estrés, menores índices de confianza y esperanza que las familias con un individuo con cualquier otra enfermedad crónica <sup>(19)</sup>.

En estudios realizados en pacientes infectados con el virus del VIH, indican que el estrés puede incrementar la velocidad de progresión del síndrome de inmunodeficiencia <sup>(20)</sup> en un estudio longitudinal de hombres infectados con el VIH y asintomáticos se encontró que



después de 5.5 años de iniciado el estudio, la velocidad de progresión hacia el SIDA se acelero de dos a tres veces en los pacientes que reportaron numerosos eventos de vida adversos y pobre apoyo familiar.

En el contexto familiar del paciente con VIH, se observó que existen factores relacionados con la enfermedad que desafían el rol tradicional de la familia para continuar el apoyo emocional, proveer cuidados, proteger y dar apoyo económico a sus miembros enfermos. Debido principalmente a: 1) persistir dudas en la población general acerca de la transmisión del virus, miedo al contagio que puede ser tan grande que algunos integrantes de la familia se nieguen a darle la mano o besar en la mejilla al enfermo<sup>(20)</sup>. 2) los prejuicios en contra del estilo de vida del paciente dificulta el rol de apoyo tradicional por lo tanto se considera a la “familia de elección” apoyo para el paciente, en relación a su familia de origen<sup>(22)</sup>. Y por último la trayectoria inexorable de la enfermedad con continuo y profundo de deterioro físico y mental, ocasiona desmoralización y desesperación en ella contribuye a que la familia no participe de manera tradicional así como las pérdidas múltiples por el SIDA dentro de la misma familia son frecuentes, de uno o ambos padres o de todos los hijos.<sup>(23)</sup>.

En otros aspectos sociales la respuesta de la familia ante el diagnóstico de VIH de algún integrante, repercute en los demás. En el caso de un adulto joven, puede solicitar apoyo a su familia de elección; frecuente en individuos homosexuales o usuarios de drogas intravenosas, aunque excepcionalmente se ha visto también esta conducta en algunas parejas heterosexuales<sup>(24, 25 26 y 27)</sup>. Una de las ventajas que ofrece la familia de elección es que está formada por individuos con quienes es posible compartir la responsabilidad y el desgaste del cuidado del enfermo. Esta negociación se desarrolla en el contexto de la familia del individuo, o entre el enfermo, su familia de origen, su familia de elección y las instituciones que le brindan apoyo y cuidado. Enfrentando problemas creados por el secreto, miedo al contagio y que ambos sean descubiertos, condicionando estrés, reportado en estudios previos en individuos expuestos a estrés crónico tienen mayores probabilidades de presentar hábitos deletéreos en comparación con personas libres de estrés<sup>(10)</sup>.

En cuanto a la dinámica familiar las fronteras individuales entre los integrantes pueden cerrarse como consecuencia de que uno de los miembros de la familiar haya tenido un tipo de vida “no aceptada socialmente”, con reproches mutuos en la pareja, en cuanto a quién es el responsable de aconsejar a tiempo, vigilar apropiadamente o preocuparse por la persona

enferma, propiciando el distanciamiento, autorreproche y acusación mutua <sup>(28)</sup>. Enfrentan dificultades, como el conflicto que representa la ambivalencia entre la aceptación-rechazo de la naturaleza de la enfermedad, lo que genera en ambos padres mayores niveles de estrés, ansiedad, miedo y depresión que en los progenitores de jóvenes que sufren de cualquier otro padecimiento <sup>(29)</sup>.

Las fronteras externas de la familia que permitieron que el joven se integrara al submundo de las drogas o a una familia de elección, se cierran a fin de defenderse de la estigmatización y evitar el rechazo <sup>(26, 24)</sup>. Las fronteras de los demás miembros de la familia también se cierran y se tornan rígidas. Los sentimientos hacia el paciente se tornan confusos y ambivalentes; por una parte, los miembros de la familia le aman y desean que se recupere y, por otra le odian estigmatizados por haber roto las normas familiares, por ponerlos en riesgo de contagio y en peligro de ser por la sociedad <sup>(21)</sup>.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Debido a las constantes reestructuraciones familiares con un paciente enfermo en este caso el VIH, ambos enfrentan emociones que condicionan estados de estrés, lo que muchas veces empeora el padecimiento al enfrentar el proceso de una enfermedad como la que se aborda en este estudio a fin de conocer el funcionamiento familiar ante el estrés circunstancial tanto en los familiares como en el paciente.

En nuestro medio no se cuenta con estudios que hablen de estrés circunstancial su influencia y repercusión en el funcionamiento familiar del paciente con VIH, si existen estudios realizados en pacientes afectados con el virus del VIH e indican que el estrés puede incrementar la velocidad de progresión del síndrome de la Inmunodeficiencia, en estos estudios se encontró que la velocidad de progresión hacia el SIDA se acelero de dos a tres veces en los pacientes que reportaron numerosos eventos de vida adversos y apoyo familiar deficiente. Se planteo la necesidad de identificar estas variables en los derechohabientes con el diagnóstico antes citado de esta unidad del I.M.S.S. en Chetumal, con un registro inicial de 60 pacientes en su mayoría adultos, predominando el sexo masculino con un tiempo de diagnostico que oscila de 8 meses a 15 años, por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿CUAL ES EL ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL H.G.Z.M.F. N° 1 IMSS DE CHETUMAL Q. ROO?

#### **5. JUSTIFICACION:**

Toda vez que el VIH/SIDA es una enfermedad que genera diversas formas de sufrimiento y dolor, tanto en quienes la padecen como entre los que le rodean. Afrontar este diagnóstico implica una respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, los hallazgos de las investigaciones indican que el estrés produce efectos perjudiciales en una gran cantidad de enfermedades entre las que se encuentra el VIH, estudios realizados en humanos indican que los estresores psicológicos como los casos de duelo, divorcio, situaciones traumáticas entre otros alteran la dinámica familiar.<sup>(31)</sup>

Todo lo anterior en un marco donde priva la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia, generando emociones que tendrá que enfrentar quien es portador del virus del VIH.

Ante los estresores que viven las familias y el paciente las estrategias a las que recurren las familias de personas infectadas por VIH para enfrentar y manejar la enfermedad, sugieren diversas observaciones casuísticas, en que las reacciones colectivas en torno al VIH tienden a ser sentimientos negativos, de rechazo y discriminación. Pero, también existen conductas positivas poco conocidas.

Por tanto, es seguro que en este grupo de familiares y pacientes con VIH al concluir este estudio, socialmente los resultados aportarán datos en este grupo, los cuales mas adelante seguramente servirán para estudios posteriores a efectuar.

## **6. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación del estrés circunstancial con el funcionamiento familiar en pacientes con VIH adscritos al H.G.Z.M.F. N° 1, IMSS Chetumal Q. Roo

### **OBJETIVO ESPECIFICO**

- Determinar el grado de estrés circunstancial en los familiares y pacientes con VIH después de aplicar la escala de Holmes <sup>(32)</sup>
- Identificar por género la relación del estrés circunstancial
- Conocer la relación de apoyo familiar y estrés circunstancial
- Identificar el funcionamiento Familiar después de aplicar el instrumento de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune <sup>(34)</sup>

## **7. METODOLOGIA:**

### **Tipo de estudio**

Encuesta descriptiva.

### **Población, lugar y tiempo de estudio:**

Pacientes con diagnóstico de VIH, con más de 8 meses de evolución, adscritos al H.G.Z.M.F. Núm. 1, en el período de enero a octubre de 2006.

### **Población en estudio**

Pacientes que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les aplicó la escala de Holmes y el cuestionario de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con diagnóstico de VIH con más de 8 meses de evolución en el momento del estudio.

Ambos sexos.

Acepten participar en el estudio

Familiares de pacientes con diagnóstico de VIH con más de 8 meses de evolución que convivan con el paciente.

### **Criterios de exclusión**

Paciente y/o familiares que estén bajo manejo psicológico o psiquiátrico en el momento del estudio

### **Criterios de eliminación**

Pacientes y/o familiares que no respondan en forma completa los instrumentos de evaluación.

## **Variables**

**Estrés circunstancial.-** Es producto de una inadaptación a una sociedad competitiva cambiante, provocada por el éxito o fracaso, la salud o la enfermedad, la alegría o la tristeza, es decir, todo acontecimiento de la vida personal o social al que el organismo da una respuesta inadecuada. Sensación de incapacidad para asumir los retos que presenta la vida cotidiana, el entorno rebasa sus posibilidades de respuesta lo que causa una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor

Se utilizó la Escala de Holmes que califica los eventos críticos en la vida del hombre y que causan estrés, mide 43 eventos, con valores del 100 al 11 y los clasifica de acuerdo al rango de 0 a 149 no existen problemas importantes, los valores de 150 a 199 es igual a crisis leve, de 200 a 299 crisis moderadas y la sumatoria de sus respuestas mayor de 300 es igual a crisis severa.

**Funcionamiento Familiar:** está relacionado con los aspectos transaccionales y sistémicos de la familia. Implica la integración, mantenimiento y crecimiento de los miembros de la familia como unidad dentro de un contexto individual y social, adaptándose a los cambios que se presentan de acuerdo con la etapa del ciclo en que se encuentran, a las demandas exteriores, al tipo de comunicación que se da entre ellos, a la flexibilidad o rigidez del sistema y a los patrones de conducta. <sup>(33)</sup>

Se calificó las respuestas con el Instrumento de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune que consta de seis dimensiones. Con 39 reactivos relacionados con la familia del individuo y pretende medir el funcionamiento familiar a partir de las siguientes dimensiones o escalas:

- 1.-Involucramiento Afectivo Funcional
- 2.-Involucramiento Afectivo Disfuncional
- 3.-Patrones de Comunicación Disfuncionales
- 4.-Patrones de Comunicación Funcionales
- 5.-Resolución de Problemas
- 6.-Patrones de control de conducta

De acuerdo con los factores contenidos en el cuestionario de EFF de Atri y Zetune, al calificarlos con la escala de Likert, se obtuvieron respuestas favorables o desfavorables según la percepción de su funcionamiento familiar; así, después de efectuar la sumatoria de los valores dados en las respuestas y dividirlos entre el número total de ítems, se obtuvo un valor que sirvió de referencia para agruparlos en puntuaciones alta o baja. Para este fin la escala se divide en un rango de -2 a +2, sirviendo de referencia; en el primer valor ubica la percepción familiar como desfavorable y el segundo favorable.

A continuación se describen las variables utilizadas:

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Unidad de medición</b>
Estrés circunstancial	Enfermedad producto de la inadaptación a la sociedad competitiva y cambiante provocada por el éxito o el fracaso, la salud o la enfermedad, la alegría o la tristeza, todo acontecimiento de la vida personal o social al que el organismo da una respuesta inadecuada.	Se calificara de acuerdo a las respuestas de los participantes a través de la escala de Holmes	Cuantitativa nominal	Escala de Holmes
Funcionamiento familiar	Es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar: satisfacción de necesidades afectivo-emocionales, transmisión de valores éticos y culturales, la socialización de sus miembros, establecer patrones para las relaciones interpersonales.	Se calificaran de acuerdo a las respuestas de los participantes en el instrumento de Atri y Zetune	Cuantitativa nominal	Instrumento de evaluación de funcionamiento familiar de Atri y Zetune (1987)
Sexo	Diferenciación sexual que se extiende a lo largo de todo el ciclo vital, los factores biológicos, psicológicos y sociales van a mostrar una permanente interacción, dando lugar lo que denominamos varones y mujeres.	Se definirá como hombre o mujer	Cualitativa dicotómica	Hombre Mujer
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Se obtendrá a través de una cédula de recolección de datos.	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Se obtendrá a través de una cédula de recolección de datos.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Escolaridad	Nivel máximo de Estudios	Se obtendrá a través de una cédula de recolección de datos.	Cualitativa ordinal	➤ Analfabeta ➤ Alfabeto ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Preparatoria ➤ Carrera técnica ➤ Carrera Universitaria
Religión	Creencia concerniente a lo sobrenatural, sagrado, o divino y a los códigos morales, prácticas, rituales, valores e instituciones relacionadas a dicha creencia.	Religión que profesa	Cualitativa Nominal	Católica Evangelista Testigo de Jehová Otras
Hijos	Persona o animal considerados con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos:	No. De hijos	Cuantitativa	1 2 3 O mas
Ocupación	Posición que la persona adquiere en el ejercicio de su trabajo	Ocupación del trabajo	Cualitativa nominal	asalariado obrero o empleado empleado doméstico trabajador independiente
VIH	Individuos a los cuales se les ha detectado por diferentes métodos por VIH en el organismo pero no han desarrollado manifestaciones clínicas	Se obtendrá a través de una cédula de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica	Si No



## **Procedimiento para obtener la muestra**

Para la entrevista inicial, se coordinaron acciones con el personal de Medicina Preventiva a fin de contactar a los pacientes y sus familiares a una reunión donde se les invitó a participar en el estudio. Quienes acudieron se les informó acerca del contenido del estudio que se pretendía realizar y el objetivo, así como los efectos benéficos que redundarían en ellos y sus familiares, ya que al final del estudio se les darían a conocer los resultados acerca del estrés circunstancial y la funcionalidad global de sus familias.

Aquellos pacientes y familiares que decidieron participar se les proporcionó la carta de consentimiento informado que autoriza su participación, posteriormente se les aplicó los instrumentos de medición de la escala de Holmes y el instrumento de Evaluación de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune, previa información para responderlos, además del cuestionario sociodemográfico a los pacientes el cual sirvió únicamente para fines estadísticos del grupo.

## **Métodos estadísticos a utilizar**

Se realizó la base de datos y análisis estadístico en el programa SPSS, aplicando estadística descriptiva frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable.

## **Consideraciones éticas:**

El presente estudio cumple con las consideraciones formuladas en la Declaración de Helsinki y su modificación de Tokio para los trabajos de investigación biomédica en humanos, además se apega a las consideraciones formuladas en la Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos y al instructivo para la operación de la Comisión de Investigación científica y de los Comités Locales de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 8.- RESULTADOS

Los resultados de la investigación realizada fue en una muestra de 10 pacientes con diagnóstico de VIH y 15 familiares que también aceptaron participar, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: escala de Holmes y el cuestionario de evaluación de funcionamiento familiar de Atri y Zetune. Ambos miden actitudes, éstas tienen diversas propiedades, destacando las siguientes; dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja) propiedades que forman parte de la medición. <sup>(30)</sup>

Se identificaron a los pacientes y familiares en función a la respuesta de estrés, obtenida a través de la escala de HOLMES.

Se valoró el funcionamiento familiar percibido por pacientes y familiares al aplicarles el cuestionario de ATRI y ZETUNE. Y por último se identifican las variables demográficas tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión, descendencia, ocupación, conocimiento sobre el diagnóstico, evolución, apoyo familiar y relaciones sociales.

Ante la situación de estrés a la que están expuestos los pacientes y familiares se obtienen los siguientes resultados: presentan estrés leve el 10% (1) de los pacientes en el sexo masculino, moderado el 30% (3) en los masculinos y severa en el 40% (4) en las femeninas y 20% (2) en los masculinos. En relación a la respuesta obtenida en los familiares no se encontró estrés en 31.25% (5), estrés leve 18.75% (3), moderado en 31.25% (5) y severo 18.75% (3). Ver tabla 1 y 2

Respuestas de pacientes en escala de HOLMES

Tabla 1

	Leve		Moderada		Severa		Total	
	Fem. c.	Mas c.	Fem. c.	Mas c.	Fem. c.	Mas c.	Fem. c.	Mas c.
Paciente	0	1	0	3	4	2	4	6

Respuestas de familiares en escala de HOLMES

Tabla 2

	No hay crisis		Leve		Moderada		Severa		Total	
	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem.	Masc
Familiar	1	4	1	2	2	2	2	1	6	9

**Resultado de funcionamiento familiar de Atri y Zetune**

Tabla 3

Num. paciente	Respuesta paciente	Respuesta Familiares
1	2.5	2.8
2	3.3	
3	2.6	
4	3.3	2.8
5	3.3	3.5
6	3.1	3.1
		3.2
7	3.4	2.9
		3.2
		3.3
		3.3
8	3.8	2.9
		3.3
9	3.8	3.6
		3.9
10	4.4	5.1
		4.0

Tabla 3: Como puede observarse en la tabla 3 donde se comparan las respuestas de los pacientes y familiares en cuanto a la percepción del funcionamiento de su familia., toda la puntuación la calificaron con una actitud favorable unas mejor que en otras.

Las respuestas obtenidas de estrés a través del instrumento de Holmes y de funcionamiento familiar de Atri y Zetune podemos observar que aun cuando se manejaron niveles altos de

estrés en el 50% de los pacientes; en el funcionamiento familiar no se observan alteraciones en cuanto a las respuestas obtenidas en el grupo estudiado, ver tabla 4.

Tabla 4

Paciente Num.	Respuesta de Holmes		Respuesta a Atri y Zetune	
	Paciente	Familiares	Paciente	Familiares
1	severa	severa	2.5	2.8
2	moderada		3.3	
3	severa		2.6	
4	severa	moderada	3.3	2.8
5	severa	severa	3.3	3.5
6	no hay estrés	no hay estrés	3.1	3.1
		moderada		3.2
7	moderada	moderada	3.4	2.9
		no hay estrés		3.2
		leve		3.3
		no hay estrés		3.3
8	moderada	moderada	3.8	2.9
		no hay estrés		3.3
9	severa	moderada	3.8	3.6
		no hay estrés		3.9
10	moderada	leve	4.4	5.1
		leve		4.0

El total de participantes se puede observar que el 60% (6) pertenece al sexo masculino, el predominio de edad se encuentra en edad productiva de la vida, el estado civil predominante fueron los casado con el 50% (5), la escolaridad predominó el nivel secundaria, el numero de hijos se observó que 40% (4) no tienen, la actividad económica el 60% (6) tienen trabajo, el tiempo de conocer el diagnostico el 70% (7) se encuentra entre 2 y 10 años, solo 1 tiene menos de 1 año, las enfermedades presentadas solo el 40% no refieren alguna y el 60% (6) aun cuando han tenido enfermedades, estas no se consideran como consecuencia de la inmunodeficiencia, la presencia de otro familiar con el mismo diagnostico es positivo en el 20% (2) donde el cónyuge es portador, la convivencia el 90% (9) conviven con la familia, el conocimiento de la enfermedad el 50% (5) mencionan que si

conocen la evolución de su enfermedad; el 70% (7) de los familiares si conocían el diagnóstico del paciente, y por último el 80% (8) tienen el apoyo familiar, ver tabla 5

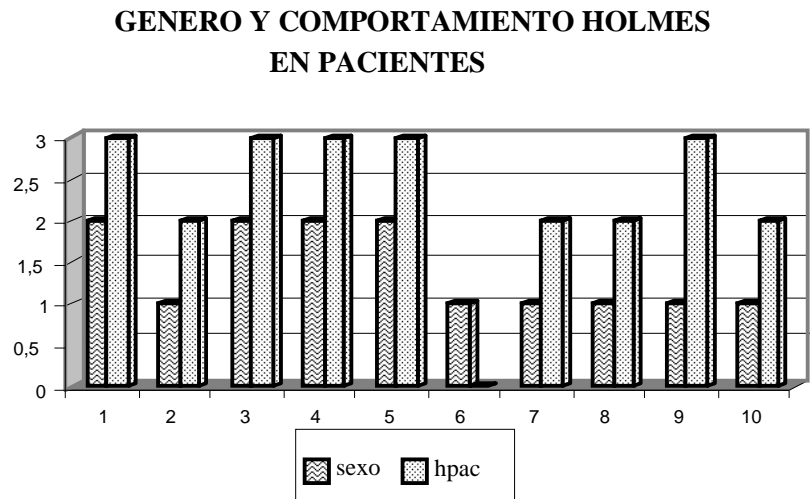
**Tabla 5**  
**Resultados del cuestionario sociodemográfico**

Concepto	Numero	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	60
Femenino	4	40
<b>Edad</b>		
20 a 29	3	30
30 a 39	2	20
40 a 49	3	30
50 a 59	1	10
> 60	1	10
<b>Estado Civil</b>		
Casado	5	50
Unión libre	4	40
Soltero	1	10
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	1	10
Secundaria	5	50
Bachilleres	3	30
Secretaria	1	10
<b>Religión</b>		
Católica	7	70
No contesto	3	30
<b>Según número de hijos</b>		
Ninguno	4	40
Uno	1	10
Dos	3	30
Tres	1	10
Nueve	1	10
<b>Actividad económica</b>		
Sin trabajo	2	20
Hogar	2	20
Secretaria	1	10
Técnico	1	10
Obrera	1	10
Empleado	1	10
Taxista	1	10

<b>Tiempo de conocer diagnostico</b>	Numero	%
< 1 años	1	10
2 años	2	20
5 años	1	10
8 años	1	10
10 años	2	20
15 años	1	10
No contesto	2	20
<b>Enfermedades agregadas al diagnostico</b>		
Ninguna	4	40
Inf. Vías urinarias	2	20
Gripa	1	10
Toxoplasmosis	1	10
No contesto	2	20
<b>Familiar mismo diagnostico</b>		
Cónyuge	2	20
Ninguno	6	60
No contesto	2	20
<b>Tipo de convivencia</b>		
Familiares	9	90
Solo	1	10
<b>Conoce evolución de la enfermedad</b>		
Si	5	50
No	5	50
<b>Conoce la familia la evolución de la enfermedad</b>		
Si	7	70
No	3	30
<b>Apoyo familiar</b>		
Si	8	80
No	2	20

Las respuestas de estrés obtenidas en los pacientes de acuerdo al genero se observó que el estrés fue mayor en el sexo femenino con el 40%(4) y en el masculino 10%(1) relacionado con el menor tiempo de conocer el diagnostico.

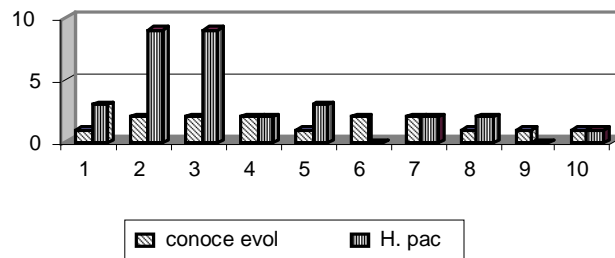
Grafica 1



El conocimiento de la evolución de la enfermedad y las respuestas obtenidas en los familiares se observó mayor estrés en quienes dijeron no conocerlo, ver grafica 2

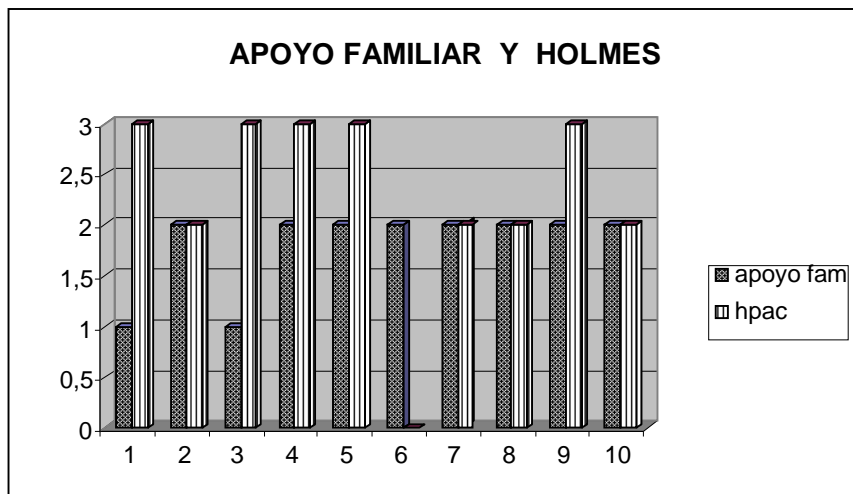
Grafica 2

**LOS FAMILIARES CONOCEN LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD  
Y RESPUESTA A LA ESCALA DE HOLMES**



En el apoyo familiar, las respuestas de la escala de Holmes se observó que el mayor rango de estrés no estuvo relacionado con tener o no el apoyo, ver grafica 3

Grafica 3:



## 9.-DISCUSION

El estudio se efectuó a través de una muestra de 10 pacientes con sus respectivas familias, en su mayoría respondió un familiar, en otras 3 o 4, esto es posible que refleje la relación del paciente con quien recibe el apoyo afectivo e instrumental. El objetivo fue conocer la relación de los estresores circunstanciales, como el duelo, el divorcio, situaciones traumáticas entre otros, tanto en los pacientes como en sus familiares y valorar como afecta en su funcionamiento familiar. Debido a que en este contexto social familiar es donde con mayor frecuencia transcurre la enfermedad.

El grupo estudiado en su mayoría son masculinos en un 60% esto avala la casuística mundial afectada en un rango de edad de 20 a 49 (2), el sector educativo más afectado fue el nivel primaria y secundaria con el 70% lo que posiblemente refleje una pobre educación y por ende una orientación mínima en los cuidados para prevenir y así evitar padecer



enfermedades infectocontagiosas. En relación al ciclo de vida el mayor porcentaje son casados con hijos, y están en etapa productiva; en relación al trabajo un 70 % son activos en este aspecto ubicándose de acuerdo a sus ingresos en un nivel de pobreza entre 1 y 2 de acuerdo al consenso de la última reunión académica de medicina familiar. <sup>(35)</sup> El hecho de conocer su diagnóstico en este grupo estudiado, dijeron estar enterados desde hacía 8 meses hasta 15 años lo que hace a este grupo heterogéneo en este sentido. Sus respuestas al preguntarles acerca de haberse enfermado desde su diagnóstico hasta el momento del estudio negaron haber tenido manifestaciones de inmunodeficiencia. Quienes dijeron estar enfermos al igual que su pareja, respondió afirmativamente el 20%, la mayoría dijo vivir con sus familiares y recibir apoyo de ellos; de acuerdo a la literatura revisada es la familia quien brinda apoyo al enfermo <sup>(21)</sup>, el 80% dijo compartir tiempos libres y recibir visitas; sin embargo se pudo constatar en los pacientes muchos de ellos se han alejado de la vida social que tenían antes de enfermarse, es posible que mucho obedezca al estigma de padecer esta enfermedad; otro aspecto, es en cuanto a la apertura de compartir el diagnóstico de su enfermedad con otro familiar, este hecho es probable que esté relacionado con quienes respondieron los instrumentos aplicados en la mayoría de ellos nadamas lo habían compartido con uno o dos familiares a excepción del paciente 7 en quien fueron mas familiares los que apoyaron en responder la escala de Holmes y el instrumento de Atri y Zetune

Por otro lado las respuestas en la escala de Holmes en relación a los paciente se pudo observar que las respuestas que más se repitieron fueron: lesiones personales o enfermedad, muerte de un amigo cercano, cambios en la salud de un familiar, cambios en los estados financieros, en las condiciones de vida, lo que orilla un estado de estrés muchas veces severo en los pacientes. Situaciones que en el ciclo de vida de quien padece una enfermedad como el VIH así como la enfermedad misma condiciona más estrés. Un hecho que llama la atención en este grupo de pacientes fue que el estrés severo se reporto en el grupo de mujeres y solamente en un varón fue quien se reporto el estrés de este rango. Sin embargo en los familiares estas situaciones generadoras de estrés circunstanciales, en su percepción fueron diferentes ya que en ellos el estrés fue desde no tenerlo hasta

percibirlo en forma leve, moderada o severa, no así en los pacientes donde un gran porcentaje del estrés fue severo.

En cuanto a su funcionamiento familiar las respuestas tanto en los familiares como en los pacientes su percepción fue favorable; es importante saber que el responder las escalas de autoinforme esta sujeta a sesgos, falsificaciones y distorsiones por parte de la persona que responde; de acuerdo a estudios realizados, parecen indicar que el sujeto casi siempre reporta un mejor funcionamiento de su núcleo familiar que el que realmente tiene. Lo que posiblemente se haya dado en el grupo de pacientes y familiares encuestados.

Sin embargo aunque los pacientes dejan entrever el tener un funcionamiento familiar favorable en sus respuestas en el cuestionario de EFF de Atri y Zetune, en la mayoría de los pacientes únicamente respondieron uno o dos familiares esto hipotéticamente habla de que no existe una comunicación adecuada y tal vez las relaciones familiares no son tan favorables, ya que el apoyo de los familiares a los pacientes al responder los cuestionarios fueron en su mayoría uno o dos familiares a excepción del paciente numero 7; en los pacientes 2 y 3 no respondió ningún familiar, esto dijeron, por no haber enterado a sus familiares de su padecimiento a pesar de tener 10 años de vivir con el VIH lo que al parecer sucede en este bloque de pacientes quienes están enterados del diagnostico fueron los que apoyaron en responder los instrumentos de evaluación. Esto deja entrever que en muchos de ellos no todos los familiares están enterados del padecimiento que sufre el paciente. Familiarmente habla de la elección del paciente con quienes quiere compartir su padecimiento, es posible que también esté entreverada la culpa, los sentimientos de enojo, y el estigma social que desafortunadamente aun cubre a este padecimiento.

Los estresores psicológicos en este estudio tuvieron mayor impacto en los pacientes del sexo femenino en las pacientes 1,3,4,5, reportando estrés severo, es posible que esto sea debido a su ciclo vital, a los hijos que tienen y a la permanente probabilidad de recaídas de su enfermedad así como la incertidumbre que pueda generarles

Aunque la mayoría reporto no haber tenido restricción en sus actividades sociales es posible que ubicaran el hecho de recibir visitas y departir con sus familiares como actividades sociales lo que forma parte de ellas, pero si aceptaron haber tenido cambios en sus actividades y compromisos antes del diagnóstico que presentan, causándoles una disminución importante en ellas.

De acuerdo a la literatura en cuanto a que la familia es quien brinda el mayor apoyo, en este grupo de pacientes se pudo apreciar este hecho ya que el mayor porcentaje dijo tenerlo. todos los pacientes respondieron vivir con algún familiar consanguíneo o al menos nadie manifestó estar con la familia de elección, algunos de los solteros viven solos pero con estrechez de lazos familiares, lo que confirma el reporte de la literatura en reforzar que la familia es quien cuida. El tener un enfermo en la familia supone una prueba del funcionamiento de ésta, pues provoca cambios a nivel de su organización, haciendo que ésta se vuelque sobre si misma con el fin de atender al enfermo.

En la dinámica familiar se pudo constatar que las fronteras externas de la familia de este grupo de pacientes están cerradas, aunque parece existir una alianza entre los padres y los pacientes solteros así como entre los cónyuges que comparten el mismo diagnóstico o en su defecto nadamas uno de ellos lo padece, parecería que en este grupo es el apoyo emocional el que esta presente, evitando que el diagnóstico trascienda estas fronteras. Es posible que las fronteras externa cerradas de la familia se relacione en evitar el rechazo de quien padece la enfermedad y a la estigmatización a la cual podrían enfrentarse.

Sin embargo, en cuanto a que si conocen la evolución de la enfermedad el 50' % dijo no saber de esta evolución, hecho que hace imperante la mayor difusión de la enfermedad para su prevención.

Un factor importante en este grupo de pacientes y familiares es que ninguno esta recibiendo apoyo psicológico, varios de ellos, no saben de lo que se les habla o creen no necesitarlo. Es preciso abordar a estos grupos y efectuar programas psicoeducativos encaminados al manejo del estrés además de hacerles conciencia de la importancia que tiene la familia y las relaciones que en ella se dan. Es posible que el grado de estrés este relacionado con el

nivel de educación y socioeconómico bajo aunado a los estresores de mayor rango, como el hecho de la enfermedad misma, los cambios que condiciona la enfermedad, orillando los cambios de vida.

Llama la atención que en el grupo de pacientes estudiados no se relaciono el tiempo de padecer la enfermedad con el estrés alto que manejan y las posibles complicaciones propias de la enfermedad ya que a pesar de tener en algunos de ellos 15 años de vivir con el VIH además del mayor grado de estrés reportado en la escala de HOLMES, ninguno reporto haber tenido complicaciones de inmunodeficiencia.

Ya que de acuerdo a los estudios reportados en la literatura acerca del VIH los estresores circunstanciales se relacionan con la posible progresión en dos o tres veces mayor hacia el SIDA. Es posible que en este grupo el soporte importante sea el apoyo familiar que perciben a pesar de los eventos de vida adversos. Este sería un punto importante a investigar en estudios posteriores en este grupo de pacientes.

Por tanto de acuerdo a los resultados del cuestionario sociodemográfico y la escala de HOLMES las mujeres fueron quienes reportaron más rango de estrés severo a pesar de convivir con el VIH mas de 2,10 o15 años, es posible que exista la relación con la responsabilidad de los hijos, la enfermedad misma y su evolución, aunque también en los varones se reporto estrés severo fue en menor rango y en quien se reporto estrés severo es en quien ha convivido menor tiempo con la enfermedad lo que hace fuerte la posibilidad que este relacionado con la evolución de la enfermedad y el desconocimiento real de la misma.

La edad mas afectada en este grupo fue de 20 a 49 años en relación al menor rango de edad de 50 a 79 años. Lo que probablemente se relaciona y refuerza es la actividad sexual plena y el desconocimiento epidemiológico de la enfermedad.

El estado civil más afectado con estrés moderado y severo fue en el grupo de los casados, con un 60% en relación al estrés moderado en los solteros con el 20%, los que dijeron tener una unión libre fue el 10% de estrés.

Curiosamente el estrés fue de severo a moderado en los pacientes con hijos y por ende en el sexo femenino en relación a los solteros con un estrés moderado así reportado y sin hijos al igual que quien reporto tener 9 hijos y un estrés moderado. Parecería que no es el número de hijos sino más bien es el estar en edad productiva, casado y la responsabilidad de tener una familia con hijos lo que detona un estrés de rango elevado además de los estresores circunstanciales.

La relación con el tiempo de conocer su diagnóstico y el estrés, el rango de severidad de más de 400 de acuerdo a la escala de Holmes fue con el tiempo de 2 años de vivir con el VIH, aunque se reporto el mismo rango en quien tiene de 10 a 15 años de evolución el valor en severidad fue menor. Esto relacionado con lo reportado en la literatura, el paciente por la misma patología presenta estrés, entran en juego múltiples factores relacionados con las características de la enfermedad, así como la capacidad para afrontarla <sup>(17)</sup>.

El estrés de rango severo en 30% se relaciono con el hecho de no saber la evolución de la enfermedad de acuerdo al contenido de respuestas de leve a moderada hasta no tener estrés, lo que hace importante e imperante el manejo en forma integral de estos pacientes.

Los pacientes que respondieron afirmativamente contar con apoyo familiar reportaron rangos de estrés desde moderado a a severo, sin embargo quienes dijeron no contar con él, reporto rangos de estrés severo y nuevamente en el genero femenino.

## **10. CONCLUSIONES**

- 1.- El estrés circunstancial en familiares fue desde no tenerlo hasta el severo
- 2.- El estrés circunstancial fue mayor en los pacientes
- 3.- El sexo femenino reporto estrés circunstancial severo
- 4.- El tener apoyo familiar no exento el estrés circunstancial en los pacientes
- 5.- El Funcionamiento Familiar fue favorable tanto en los pacientes y familiares

## **RECOMENDACIONES**

En este grupo de pacientes que integraron el estudio es importante tener en cuenta efectuar ciertas acciones de acuerdo a los resultados obtenidos:

- 1.- Dado que el tener esta enfermedad conlleva una fuerte carga emocional en quien la padece y sus familiares; es imperante el apoyo psicológico a través de programas psicoeducativos tanto de los pacientes como sus familiares donde se les oriente acerca de su enfermedad y connotarla como una enfermedad crónica ya que en la actualidad no es sinónimo de muerte.
- 2.- Conociendo que existen grupos de riesgo elaborar programas de prevención y formas de transmisión. Esto relacionado a que en este grupo el mayor porcentaje de enfermos dijeron no conocer la evolución de la enfermedad aunque son un grupo en edad joven y productiva
- 3.- Fortalecer la responsabilidad del paciente en la evolución de su enfermedad así como la vinculación de la familia y las redes sociales e interinstitucionales con que cuenta para su manejo, control y apoyo integral.

## 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NULAND, S. B Como nos llega la muerte. Reflexiones sobre la etapa final de la vida, Ed. Norma, Santa Fe de Bogotá, Colombia.1995:
2. Situación de la epidemia de SIDA: 2005. "ONUSIDA/05.19S". .Infecciones por VIH – epidemiología. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, epidemiología. Brotes de enfermedad.
3. Villasís, K. A. Revista de Investigación Clínica. A 20 años del descubrimiento del VIH. 2004; 56; (2): 122-123.
4. Pérez-Saleme, L. y Hernández-Tepichin, G. Revista de Investigación Clínica. Epidemiología de la infección por virus de Inmunodeficiencia Adquirida: veinte años de experiencia. 2004; 56; (2): 134-142.
5. Rohrich, B., Herrat, V. G., Asmus, G. y Shaefer, K. The elderly Dialysis Patient: Management of the hospital stay Nephrol Dial Transplants, 1988, 13; (7): 69-72.
6. Álvarez, T. O. Revista Nefrología Mexicana. Diálisis en el enfermo anciano, 1999; 20; (4): 177-184.
7. Bonuck, K. A. AIDS and families: Cultural, psychosocial and functional impacts. Soc Work Health Care, 1993; 18; (2): 75-88.
8. Danzinger, R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. Soc. Sci. Med; 1994; 39: (7): 905-917.
9. Ward, D. Brown, M. A. Labor and cost in AIDS family caregiving. West J Nurse Res. 1994; 16; (1): 10-25.
10. Marzuc, P. M, Tierney, H., Tardiff, K. Increased risk of suicide in persons with AIDS. Jama. 1988; 259: 1333-1337.
10. Correa, D. [WWW.asistenciapsicologicaenvihsida](http://WWW.asistenciapsicologicaenvihsida): 2005; un acompañamiento esencial.
11. Seeley, J., Kajura, E., Bachengana, C., Opongo, M., Wagner, U. and Mulder, D. The extended family and support for people with AIDS in a rural population in south west Uganda: A safety net with holes, AIDS Care. 1993; 5; (1): 117-122.
12. Levine, C. AIDS and the changing concepts of family. Mi lbank. 1990; 68; (1): 33-58
13. Powell, G. M. and Brown, M. A. Going public as an AIDS family caregiver. Soc Sci Med. 1992; Volume 34; (5): 571-580.

14. Barret, G. and Victor C. R. "We just want to be a normal family..." Pediatric HIV/AIDS services at an inner-London teaching hospital. *AIDS Care* 6. 1994; (4): 423-433.
15. Powell-Cope, G. M. Family caregivers of people with AIDS: Negotiating partnerships with professional health care providers. 1994; *Nurs Res* 43; (6): 324-330.
- 16.-Onusida (2000) El estigma del VIH
17. Velasco de Torres M. L., Vilchis Sordo, R. M. y Talamante Mayagoitia, S. Niño son SIDA y Crisis Familiar. *Psicoterapia y Familia*, 1997; 10: 25-33.
18. Bor, R., Miller, R., and Goldman, E., HIV/AIDS and the family: A Review of research in the first decade. *Journal of Family Therapy*, 1993; 15: 187-204.
19. Atkins, R., and Madalon, A. Family adaptation to AIDS: A Comparative study. Special Issue: AIDS and the hospice community. *Hospice Journal*. 1991; 7: 71-83.
20. Lovejoy, N. C. AIDS: Impact on the gay men's homosexual and heterosexual families. In: Bezolt, F. W. and Sussman, M. B. *Homosexuality and Family relations*. New York: The Haworth Press. 1990.
21. Velasco, C. M. L. y Sinibaldi, G. J. F. J. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. La familia y el VIH/SIDA. Editorial Manual Moderno: México. 2001; (131-194),
22. Nord, D. The impact of multiple AIDS-related loss on families of origin and families of choice. *The American Journal of Family Therapy*. 1996.
- 23.-Foster, G., Makufa, C., Drew, R., Kambeu, S. and Saurombe, K. Supporting children in need through a community based orphan visiting program. *AIDS Care*. 1996; 8: 839-404.
24. Bor, R. and Du Plessis, P. The impact of HIV/AIDS on families. An overview of recent research. *Families, systems & Health*. 1997; 15: 413-427.
25. Britton, P., Zarski, J. and Hobsfoll, S. Psychological distress and the role of significant others in a population of gay/bisexual men in the era of HIV. *AIDS Care* 1993; 5: 43-53.
26. Walker, G. in the midst of winter. *Systemic Therapy With Families, Couples, and Individuals with AIDS Infection*. New York: W. W. Norton y Company. 1992
27. Foley, M., Skurnich, J. H., Kennedy, C. A., Valentin, R. and Souria, D. B. Family support for heterosexual partners in HIV-serodiscordant couples. *AIDS*. 1994; 8: 1483-1487.



28. Miller, R., Goldman, E. and Bor, R. Application of Family systems approach to working With people affected by HIV disease. Two cases studies. *Journal of Family Therapy*. 1994; 16: 295-312
29. Weiner, L., Theut, S., Steinberg, S., Reikert, K. and Pizzo, P. The HIV infected child: Parental responses and psychosocial implication. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1994; 64: 485-492.
30. Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. Metodología de la investigación. (2ª Ed.) Diseños experimentales de investigación. 2000; (105-201), Interamericana: México.
31. Slaikeu, K.S Intervención en crisis. Crisis circunstanciales en la vida. 1988; (48-66), Editorial Manual Moderno: México
32. Holmes, T.H. y Rahe, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. 1967.
33. Epstein, N., Baldwin, L. y Bishop, D. The Mc Master Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983; 9: (171-180)
- 34.- Atri y Zetune, R. Confiability y validez del cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF) Tesis de Maestría en Orientación y Psicoterapia Familiar. Universidad de las Américas A.C. México D. F. 1987.

## 12.- ANEXOS

### Escala de Holmes <sup>(32)</sup>

Rango	Suceso en la vida	Valor significativo
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital	65
4	Término de condena	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesiones personales o enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Incendio en el trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Ganar un nuevo miembro de la familia	39
15	Readaptación del negocio	39
16	Cambio en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo cercano	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el numero de argumentos con el cónyuge	35
20	Hipoteca o préstamo para una compra mayor	31
21	Juicio hipotecario o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija abandonado en hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposa inicia o termina de trabajar	26
27	Inicio o termino de la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones y horarios de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de pasatiempo	19
35	Cambio en las actividades de la iglesia	19
36	Cambio en actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para un compra menor	17
38	Cambios en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el numero de familiares juntos	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

### **Cuestionario de evaluación de funcionamiento familiar <sup>(34)</sup>**

- 1) Mi familia me escucha
- 2) Mi familia me ayuda desinteresadamente
- 3) En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño
- 4) En mi familia hablamos con franqueza
- 5) Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayudarme
- 6) En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones
- 7) Me siento apoyado (a) por mi familia
- 8) Las normas familiares están bien definidas
- 9) En mi familia nos decimos las cosas abiertamente
- 10) Si estoy enfermo mi familia me atiende
- 11) En mi familia expresamos la ternura que sentimos
- 12) En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas
- 13) Me siento parte de mi familia
- 14) Somos una familia cariñosa
- 15) En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos
- 16) Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo
- 17) Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia
- 18) En la casa no tenemos un horario para comer
- 19) Mi familia no respeta mi vida privada
- 20) Me molesta que mi familia me cuente sus problemas
- 21) No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia
- 22) Mi familia es indiferente frente a mis necesidades afectivas
- 23) Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia
- 24) En mi casa cada quien se guarda sus problemas
- 25) Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa
- 26) Las tareas que me corresponden, sobrepasan mi capacidad para cumplirlas
- 27) En mi familia ocultamos lo que nos pasa
- 28) Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia
- 29) En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas

- 30) Cuando se me presenta algún problema me paralizó
- 31) Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia
- 32) En casa mis opiniones no son tomadas en cuenta
- 33) No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia
- 34) En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas
- 35) En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta
- 36) En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos
- 37) En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas
- 38) En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa
- 39) Si falla una decisión intentamos otra alternativa
- 40) Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias
- 41) En mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos
- 42) Mi familia es flexible en cuanto a las normas

## INVITACIÓN

Chetumal Q.Roo \_\_\_\_\_ mes de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por este medio me permito invitarle, y a sus familiares a una reunión el \_\_\_\_\_ de este mes a las \_\_\_\_\_ hrs. en el Hospital General de Zona del IMSS, con carácter informativo acerca de su posible participación en un estudio de investigación.  
De antemano le agradezco su presencia y atención prestadas.

A T E N T A M E N T E  
Teresa de Jesús Peraza Peraza

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚM. 1

El presente cuestionario se aplica a fin de conocer como se siente o percibe con la descripción que usted tiene de su familia. Le agradezco contestar todos los enunciados y marcarlos con una (X)

Los valores son:

Totalmente en desacuerdo      TD-----1  
 En Desacuerdo                      D-----2  
 NI de acuerdo ni en desacuerdo    NA/ND-3  
 De acuerdo                            A-----4  
 Totalmente de acuerdo            TA-----5

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
Me siento apoyado (a) por mi familia	1	2	3	4	5
Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
Si estoy enfermo mi familia me atiende	1	2	3	4	5

En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
Cuando me enojo con algún miembro de mi familia se lo digo	1	2	3	4	5
Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
En la casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia	1	2	3	4	5
Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
En mi casa cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para	1	2	3	4	5

cumplirlas					
En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros en la familia	1	2	3	4	5
En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas	1	2	3	4	5
Cuando se me presenta algún problema me paraliza	1	2	3	4	5
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
En casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia	1	2	3	4	5
En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas	1	2	3	4	5
En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	1	2	3	4	5
En mi casa, logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
Si falla una decisión intentamos otra alternativa	1	2	3	4	5



Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
En mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos	1	2	3	4	5
Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5

## CARTA DE ACEPTACIÓN

Chetumal Q. Roo, a \_\_\_de \_\_\_\_\_2005

Por medio de la presente aceptamos y nos comprometemos a participar en el estudio de investigación llamado “ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGZ C/MF N° 1, IMSS CHETUMAL Q. ROO” Estamos informados acerca del contenido del estudio.

Aceptamos integrarnos al grupo.

La investigadora asegura el anonimato y confidencialidad en aspectos de índole personal, tanto en la publicación de la presente investigación como en las presentaciones que se realicen a partir de este estudio.

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la familia

que asiste

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Dra. Teresa de Jesús Peraza Peraza

## Cuestionario sociodemográfico

El siguiente cuestionario servirá únicamente para fines estadísticos. Se garantiza el anonimato de los encuestados. Responda por favor sólo los datos requeridos.

Nombre

Sexo

Edad

Estado civil

Escolaridad

Religión

¿Tiene hijos?

¿Cuántos?

Ocupación

Monto aproximado de lo que gana

Jubilado (a)

Pensionado (a)

Tiempo aproximado de conocer el diagnóstico

Cuántas veces se ha enfermado ¿y de que? desde que conoce su diagnóstico

¿Algún otro familiar cercano a usted padece la misma enfermedad?

Mencione con quién vive y su parentesco y desde hace cuánto tiempo.

¿Usted conoce la evolución de su enfermedad?

¿Sus familiares conocen la evolución de su enfermedad?

¿Se siente apoyado por sus familiares en esta etapa de su enfermedad?

¿Recibe visitas, de quiénes, y con qué frecuencia?

¿Usted y su familia comparten tiempos libres?

Gracias.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**“ESTRÉS CIRCUNSTANCIAL Y SU RELACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO**  
**FAMILIAR DE PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGZ C/MF N° 1 IMSS**  
**CHETUMAL Q. ROO”**

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
Diseño de protocolo					2005							
Investigación bibliográfica												
Redacción de protocolo												
Presentación de protocolo al C.L.I.	2006											
Modificaciones al protocolo												
Recolección de datos												
Procesamiento de datos												
Análisis estadístico												
Elaboración de conclusiones												
Redacción escrito												
Difusión												
Envío publicación												