



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20.

**“FUNCIONALIDAD Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO EN EL PACIENTE PORTADOR DE
VIH/SIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 24”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. PINO HERNÁNDEZ CARLOS NOÉ

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Asesora Clínica:

DRA. NOHEMÍ NUÑEZ RODRÍGUEZ



GENERACIÓN: 2010-2013

MÉXICO, 2013



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.

AGRADECIMIENTOS y DEDICATORIA:

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido lograr mi sueño de concluir una etapa más en mi vida y por otorgarme la paciencia y sabiduría en todo tiempo.

En particular dedicatoria de este trabajo:

A mis padres, por su imprescindible apoyo físico, emocional y preocupación por mi bienestar en cada momento

A mis hermanos Ana y Jesús, por su valiosa comprensión y cariño en los momentos más difíciles

A la doctora Nohemí Núñez por su valiosa disposición y apoyo para concretar este estudio

A mis profesoras, que en todo momento mostraron paciencia y fueron fuente de conocimiento

A mis amigos, por estar presentes en las alegrías, las tristezas y las guardias incansables

A mis pacientes que sin ellos no hubiera concretado mis estudios de posgrado

TUTORA

DRA SANTA VEGA MENDOZA

**MEDICO FAMILIAR, MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION,
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 20, IMSS.**

ASESORA CLÍNICA

DRA. NOHEMI NUÑEZ RODRÍGUEZ

MÉDICO INTERNISTA ENCARGADA DE LA CLÍNICA DE VIH HGZ 24, IMSS

Vo. Bo.

DRA MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

**MÉDICO FAMILIAR PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, UMF 20, IMSS**

Vo. Bo.

DR.MÁXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES

**MÉDICO FAMILIAR, COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD, UMF 20, IMSS**

Índice de Contenido

Resumen

Introducción:.....	1
Marco Teórico	4
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de investigación.	16
Objetivos del estudio	17
Justificación.....	18
Hipótesis.....	20
Sujetos, Material y Métodos	21
Resultados	28
Conclusiones.....	40
Discusión.....	42
Bibliografía	45
Anexos	47

RESUMEN

FUNCIONALIDAD Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO EN EL PACIENTE PORTADOR DE VIH/SIDA EN EL HGZ No. 24

PINO- HERNANDEZ C N¹; VEGA-MENDOZA S²; NUÑEZ-RODRIGUEZ N³

1. Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Familiar, Maestra en ciencias de la educación, Profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20 IMSS. 3 Médico Internista, encargada de la Clínica de VIH, HGZ No. 24 IMSS.

OBJETIVO: Determinar funcionalidad familiar y percepción del apoyo que le brinda la familia al sujeto con VIH/SIDA en el HGZ 24 IMSS. **MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo en 246 derechohabientes portadores de VIH/SIDA, durante el periodo de Enero del 2013. Previo consentimiento informado se aplicó cuestionario para determinar: características sociodemográficas, tipología familiar, FACES III para medir la funcionalidad familiar y el instrumento de apoyo familiar percibido de Sinibaldi. Se realizó análisis descriptivo. **RESULTADOS:** Apoyo presente en: pacientes del sexo masculino 83.3%(185), rango de 40 a 49 años 32.9%(73), solteros 62.2%(138), escolaridad bachillerato 32%(71), religión católica 68.5%(152). La funcionalidad familiar más frecuente fue del tipo Relacionada caótica en 23%(51), familias nuclear ascendente 36.5%(81). Con diagnóstico menor a 10 años 59.9%(133), tienen tratamiento antirretroviral 95.5%(212). Coexiste además el Apoyo familiar con preocupación familiar 100%(222), apoyo emocional 98.2%(218), percepción de apoyo 100%(222). **CONCLUSIONES:** Si existe apoyo familiar en el paciente con VIH/SIDA con funcionalidad familiar caótica, lo anterior invita a reflexionar sobre fortalecimiento de estrategias de orientación a nivel familiar que permitan ser adaptables

Palabras claves: VIH/SIDA, familia, Funcionalidad familiar, apoyo familiar, apoyo percibido.

SUMMARY

Functionality and level of perceived family support AT patient with HIV / AIDS IN THE HGZ # 24

PINO-HERNANDEZ C N1; VEGA MENDOZA S2; NUÑEZ-RODRIGUEZ N3

1. Student course of specialization in Family Medicine, 2. Family Doctor, Master of Science in Education, Associate Professor of the Specialization Course in Family Medicine UMF 20 IMSS. 3 Internal Medicine, responsible for the HIV Clinic, HGZ No. 24 IMSS.

OBJECTIVE: To determine family functioning and perception of support that gives the family the subject with HIV / AIDS in the HGZ 24 IMSS. **METHODS:** Descriptive observational study on 246 beneficiaries with HIV / AIDS during the period from January 2013. Informed consent was applied to determine questionnaire: sociodemographic, family pattern, FACES III to measure family functioning and perceived family support tool for Sinibaldi. Descriptive analysis was performed. **RESULTS:** Support this in: male patients 83.3%(185), range 40 to 49 years 32.9%(73), single 62.2%(138), high school education 32%(71), Catholic 68.5%(152). Family functioning was the type most frequently chaotic Linked by 23%(51), up nuclear families 36.5%(81). With diagnosis less than 10 years 59.9%(133), have antiretroviral treatment 95.5%(212). Family support also coexists with concern the family 100%(222), emotional support 98.2%(218), perception of support 100%(222). **CONCLUSIONS:** If there is family support in the patient with HIV / AIDS with chaotic family functioning, the above invites reflection on strengthening guidance strategies at household level to permit to be adaptable

Keywords: HIV / AIDS, family, family functioning, family support, perceived support.

Introducción:

Desde la década de 1980, los investigadores reconocieron que un número considerable de personas presentaban enfermedades e infecciones raras, teniendo en común daños en el Sistema Inmunológico. En 1983, fue aislado su causante, un nuevo virus -denominado como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que es el agente que causa el SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia humana SIDA, acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en inglés AIDS, es una enfermedad caracterizada por presentar deterioro grave del sistema inmunológico y daño a órganos y tejidos debido a la acción directa del virus. El SIDA representa la etapa final de la infección, para llegar a ella la infección tiene que pasar por varias etapas previas, cada una de ellas con sus manifestaciones propias y su diagnóstico se establece cuando el colapso del sistema inmune es incapaz para defenderse de las infecciones oportunistas y células tumorales responsables de su muerte. Casi todos los avances y aportes recientes en el estudio y manejo de la enfermedad están limitados a su terapéutica y la prevención es el modo más eficaz para enfrentar la epidemia¹

El SIDA es el resultado de la infección con el VIH, que es incurable y mortal. Se caracteriza la disminución de los mecanismos de defensa del organismo, que hace vulnerable al que lo padece a todo tipo de infecciones. Se trasmite a través de relaciones sexuales y a través de la sangre; tanto por compartir agujas u otros objetos cortantes que atraviesan la piel o por transfusión sanguínea, también se trasmite a través de la madre infectada al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Al infectarse, algunas personas no experimentan síntomas de primoinfección, mientras que otras tienen síntomas similares a los de una gripe. Estos síntomas normalmente desaparecen después de una a cuatro semanas y el virus puede permanecer inactivo por años y la persona infectada puede contagiar a otras personas. Aun no se conoce alguna vacuna preventivo ni tratamiento curativo; solo se utilizan fármacos para prolongar la vida y la salud de una persona infectada.²

En esta infección existe, lo que se conoce como el periodo de ventana: que es el periodo desde la infección hasta cuando se puedan detectar antígenos, lo que permite detectar la infección pero no así anticuerpos. Este proceso dura tres meses aproximadamente pero en algunas ocasiones puede extenderse hasta seis meses.

Posteriormente pueden pasar entre 2 y 10 años, tiempo en el cual van disminuyendo las defensas del organismo contra otras enfermedades e infecciones; lo que nos da el cuadro conocido como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Actualmente en México, el Distrito Federal tiene la tasa de incidencia acumulada de 1983 a junio de 2011 más alta del país por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) (270.60 por cada 100 mil habitantes). De enero a junio de 2011, el 100% de los casos nuevos de VIH en mujeres fueron contagios en relaciones heterosexuales y entre los hombres, 41 de cada 100 casos fueron por relaciones homosexuales. La población entre los 30 a 34 años es la que presenta el mayor riesgo de contagio de VIH.³

Las principales vías de transmisión del VIH/SIDA en la etapa infantil del país, son la perinatal y la sexual, en el caso de los adolescentes.⁴

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

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

trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas.⁶

De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de Sida de la Secretaría de Salud del INEGI, al 30 de junio de 2011, el Distrito Federal concentra a nivel nacional la mayor cantidad de casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con 23 mil 949 personas. El Distrito Federal ocupa el primer lugar en la tasa de incidencia acumulada por SIDA, con 270.6 casos por cada 100 mil habitantes de enero a junio de 2011, en el Distrito Federal se registraron 54 casos nuevos de SIDA, esto es, 3.2% de la cifra del país (mil 679 casos).

En el Distrito Federal, en el 2009 ocurrieron 502 defunciones causadas por el SIDA. De éstas, 441 fueron hombres y 61 mujeres. En 2009, en la entidad, las tasas de mortalidad más altas se ubican en la población de 35 a 39 años y de 40 a 44 años (13.7 y 11.1 por cada 100 mil habitantes para cada grupo de edad, respectivamente).³

En el periodo 1983 a 2011, en el IMSS, el sistema especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH – SIDA ha registrado 64,738 casos, siendo el mayor porcentaje de casos en la población masculina con un 82.4 por ciento⁷. Esta epidemia concentra el mayor número de casos en la población del grupo de edad productiva de entre los 25 y 44 años, con un 62 por ciento del total de casos registrados. La morbilidad muestra una tendencia descendente a partir de 2003; con discretas crestas y valles entre el 2005 y 2011, pero conservando la misma tendencia; aún se notifican los casos inoportunamente después de un año de su diagnóstico.

Las delegaciones con mayor porcentaje de casos a 2011, son: D.F. Norte (11.13 por ciento), México Oriente (8.98 por ciento), Jalisco (8.16 por ciento), D.F. Sur (5.6 por ciento) y Nuevo León (4.47 por ciento). La mortalidad por este padecimiento representa un 30 por ciento del total de casos con este diagnóstico, cuya tendencia es estable en los últimos años, derivado al uso de fármacos antirretrovirales.⁸

Del total de casos registrados en el sistema especial durante la epidemia, el 70 por ciento se encuentran vivos, un 29.9 por ciento han fallecido y de un 5.6 por ciento se desconoce el estado actual de vida. En los últimos 5 años, el comportamiento de la tasa de mortalidad por SIDA registradas muestra tendencia a la estabilidad: 2006 (3.45), 2007 (3.61), 2008 (3.40), 2009 (3.35), 2010 (3.2), 2011 (2.91).

Durante el 2011, se registraron 1,046 casos nuevos de VIH-SIDA, donde el mayor porcentaje de casos registrados corresponde a SIDA en un 62.6 por ciento. Del total de casos registrados el sexo masculino representa el 85.5 por ciento de los casos. Las delegaciones con mayor número de casos nuevos en el año 2011, son: D.F. Sur (12.08 por ciento), D.F. Norte (11.12 por ciento), Jalisco (7.09 por ciento), Tamaulipas (6.71 por ciento) y Yucatán (5.08 por ciento).

Marco Teórico

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar.

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende si la familia es disfuncional o, por el contrario es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, se emplea el FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones, la flexibilidad y la cohesión.

Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.

Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La primera parte, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento y la segunda parte, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia . Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas "real" e "ideal" se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia.⁹

El estudio de la tipología familiar implica identificar:

- el grado de desarrollo alcanzado dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna)
- con qué elementos está integrada (nuclear, extensa, etcétera).
- Valorar contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural)
- Comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía , roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada)
- Calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia

funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria).

La composición familiar es un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico en el que se estudia como con la etapa del ciclo vital con el que se vive. Y la tipología familiar es reflejo de la gran diversidad de condiciones existentes en una sociedad.¹⁰

Según:

DESARROLLO DE LA FAMILIA	1. Moderna (30%) : Niveles socioeconómicos altos. Aspectos económico, escolar, intelectual, rol activo del a mujer.
	2. Tradicional (60%) : Conglomerado de familias de clase media, mayor numero en la sociedad mexicana. Transmisión de valores sociales, tradiciones, que perpetúan desarrollo de nuevas familias.
	3. Arcaica / Primitiva (10%) : Predeterminada también por factores socioculturales y demográficos. Dispersas en territorio nacional. Menor oportunidad a los niveles satisfactores individuales. Familias indígenas.
ASPECTO DEMOGRÁFICO	a. Urbana (60%) : población >2500 habitantes
	b. Rural (40%) : población < 2500 habitantes.
COMPOSICIÓN	1. Nuclear : Padre, madre, hijos.
	2. Extensa : Padre, madre, hijos, familiar consanguíneo.
	3. Extensa compuesta : Padre, madre, hijos, familiar consanguíneo, persona sin parentesco.
FUNCIONALIDAD	a. Funcionales : Cumple con todas sus funciones asignadas. Permiten un mayor o menor desarrollo de sus integrantes. Mejor atención de problemas, relaciones y dinámica familiar
	b. Disfuncionales : Cumplen en menor grado sus funciones.
OCUPACION	1. Campeñinas à actividad productiva el cultivo de la tierra. Clasificación probable rural. Uso de tecnología primitiva.
	2. Obreras à empleo de base con remuneración. Satisfactores básicos. Tres a cuatro salarios mínimos.
	3. Profesionales à al menos un integrante con estudios superiores. Predeterminará estatus, posición social y modo de vida.
CULTURA	1. Indígena : Clasificación rural, campesinas, primitivas. Tipo de cultura tradicional que continúan desarrollando.
	2. Rural : Algunos elementos de la cultura indígena y urbana. Momento cultural en transición, aún conservan elementos socioculturales de su lugar de origen (vestimenta, lenguaje).
	3. Urbana : Radican engrandes ciudades. Altos satisfactores de vida. Acceso al mercado laboral.

Familias según nivel socioeconómico:

<u>Estrato marginado (subproletario)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nivel de subsistencia precario ➤ Grandes cinturones de miseria ➤ Desempleo importante ➤ Sin ingreso económico fijo ➤ Fuentes de ingresos: trabajos eventuales
<u>Estrato popular (proletario)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dependen de su actividad económica ➤ Nivel de subsistencia mínimo ➤ Fuente de ingresos fija con remuneración baja de tres a cuatro salarios mínimos. ➤ Trabajo con esfuerzo físico importante
<u>Estrato medio</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participan en actividades económicas ➤ Nivel de consumo básico- semisuntuario ➤ Obreros calificados con ingresos mayores de tres a cuatro salarios mínimo. ➤ Acceso a mayores niveles de bienestar familiar e individual.
<u>Estrato elitario (de dominio)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poseen gran capital ➤ Manejan toda la actividad productiva ➤ Nivel de satisfactores alto ➤ Necesidades existenciales y superestructurales

Según Leñero las divide en:

Familia rural
Familia subproletaria
Familia proletaria
Familia de clase media
Familia de clase media acomodada

Familias según sentido de desarrollo en el cambio y en la evolución familiar

<u>Subdesarrolladas</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frustración e incapacidad para resolver problemas ○ Circulo vicioso de impotencia ○ Asfixia por parte de los miembros de la familia ○ No se cumplen las funciones de la familia
<u>En coyuntura</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Toma de conciencia de la problemática ● Puede provocar rompimiento del núcleo o superación de la situación ● Se rompe círculo vicioso de las subdesarrolladas
<u>En desarrollo estructural</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolidan interrelaciones humanas internas y externas ○ Reubican a los miembros de forma positiva y funcional ○ Reestablecen sistemas estructurales
<u>Con desarrollo superestructural</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Crean metas, valores, normas que aspiran a un logro espiritual ● Alcanzan propias metas. ● Nuevas formas de unidad familiar

Familias según la dinámica de interacción entre sus miembros

✚ Familias integradas y solidarias	Amalgamiento
✚ Familias desintegradas o con conflicto	Disgregación
✚ Familias de cooperación o subnuclearización, en alianza en torno a la madre, padre u otro miembro de la familia	En homeostasis. Roles bien definidos.

Familias según la división de funciones y tareas	1. Familias con función económica masculina
	2. Familias con función económica femenina
	3. Familias con función económica compartida
	4 Familias que realizan la tarea, según edad, género, estatus familiar.
	5 Familias con disgregación múltiple compartida
Familias según ejercicio de la autoridad	1. Familias autoritarias e impositivas
	2. Familias con autoridad democrática
	3. Familias con autoridad masculina
	4. Familias con autoridad femenina
	5. Familias con autoridad alternante
Familias según el sistema de poder de acuerdo al genero	▷ Familias extensas o consanguíneas
	▷ Familias extensas de tipo casi patriarcal
	▷ Familias extensas (ambivalente o alternante)
	▷ Familias extensas de tipo “maternalista”
Familias mixtas (nucleares extendidas o semiextendidas consanguíneas)	Familias con autoridad masculina predominante (o única): paternas
	Familias con autoridad conyugal compartida
	Familias con autoridad femenina predominante (o única): maternales

Familias según clase social

Familias rurales	Familias indígenas (marginales)	
	Familias campesinas (margi y semimarginales)	
	Familias pequeño burguesas rurales	
Familias urbanas populares	Familias subproletarias marginales	
	Familias proletarias submarginales	
	Familias pequeño burguesas de carácter popular. Pasiva	
Familias urbanas burguesas	Familia mediana burguesía. Participante	
	Familia alta burguesía. Elitario	Consanguínea
		Conyugal predominante
		Mixta

Familias según etapa de desarrollo familiar

<u>Familias en etapa inicial</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familias en etapa primaria, procreativa, inicial 2. De tamaño familiar pequeño (2 a 3 miembros) 3. De tamaño familiar medio (4 a 5 miembros) 4. De tamaño familiar grande (más de 5)
<u>Familias en etapa media y procreativa final</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De tamaño familiar pequeño (2 a 4 miembros) 2. De tamaño familiar medio (5 a 6 miembros) 3. De tamaño familiar grande (mas de 6 miembros)
<u>Familias en etapa final, de disgregación</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De tamaño familiar pequeño (2 a 4 miembros) 2. De tamaño familiar medio (5 a 6 miembros) 3. De tamaño familiar grande (mas de 6 miembros)

Nuevas tipologías familiares

Familia Simultánea : Está constituida por una pareja en la cual uno o ambos adultos están casados por segunda vez y tienen hijos de su relación anterior. Esta forma puede presentar tres variaciones:

- Un miembro de la pareja tiene hijos de la relación anterior.
- Los dos miembros de la pareja tienen hijos de una relación anterior.
- Además de hijos de relaciones anteriores se incluye hijos de la nueva relación.

Familia con Soporte: ante la pérdida de uno de los progenitores, una posible reorganización de la familia puede asignársele a uno de los hijos la función del padre ausente. Se le denomina “hijo parental “.

Familia en “Pas de Deux”: La situación lo anteriormente descrita, puede fortalecer, es decir que entre el (hijo soporte) y el progenitor que quedó se establece una muy estrecha relación, se torna como parásito el uno del otro, se hace pareja a veces dejando de lado el resto de la familia

Familia en Acordeón: Uno de los padres permanece alejado de la familia, por periodos largos la encargada de la familia es la madre, aunque no se le observa como proveedor económico, ella tiene la carga económica del hogar y los hijos.,

está propensa a constantes reorganizaciones. Esto termina perturbando el sistema, y acarrea muchas más dificultades si el progenitor se establece permanente.

Familia con miembro Fantasma: ante la muerte, separación o abandono de uno de los progenitores, hay familias que no logran encontrar formas alternativas de acomodación para cubrir las funciones que alguno de los dos ejercía.

Familia Descontrolada: como reacción a la parálisis genera un caos. En la familia no se detecta con facilidad las jerarquías, la discriminación que posibilite el ordenamiento de las funciones. La estructura puede tornarse desligada a disminuir el contacto entre los miembros, y actúan de forma autónoma.

Familia con Padrastro o Madrastra: En este caso el progenitor no está ausente sino que ha sido reemplazado y supone un proceso de integración, muchas veces muy difícil de lograr puede ser que el nuevo padre no se entregue plena mente por diversas razones y los hijastros no acepten y tiendan a buscar a su padre natural.

Familia homosexual: Se denomina una familia homosexual cuando convive una pareja homosexual y han adoptado hijos o vive con ellos los hijos de uno de los miembros de la pareja o de ambos

Una enfermedad crónica en un miembro de la familia supone una prueba para el funcionamiento de ella, puesto que provoca cambios a nivel de su organización, haciendo que ésta centre con el fin de atender al enfermo y conocer a este nuevo miembro del sistema. Se refleja en un aumento del grado de apoyo que los diferentes miembros de la familia brindan al sujeto enfermo, manifestándose en acciones y actitudes que le ayuden a:

- a. Formar nuevas estructuras de pensamiento y conductas, así como a buscar nuevas fuentes de interés y satisfacción.
- b. Desarrollar una nueva identidad que complementa, por un lado el ego, previo al diagnóstico y por otro lado, los cambios necesarios a realizar, ahora que ha surgido la enfermedad
- c. Revalorar el coraje, la dedicación y el afecto

- d. Aprender a apreciar más la calidad de vida que la cantidad de sufrimiento estéril.

La familia ha sido considerada como fuente natural de apoyo al enfermo, y esta idea pareciera universalmente aceptada, pero la presentación del SIDA, con su narrativa de miedo y estigma, ha venido a poner prueba esta afirmación. A esto contribuyen tanto el miedo como el estigma social, estigma que portarán no solo en paciente, sino también su familia. Esta manifiesta miedo ante lo incurable, lo impredecible, el contagio, el temor a que alguien se entere o a que la familia se separe al haber quienes rechacen y quienes acepten al paciente, así como miedo a no poder hacer frente a los gastos que el padecimiento trae consigo y al estigma social que la enfermedad conlleva.¹¹

El individuo con VIH/SIDA presentará temor a no valerse por sí mismo, al dolor, al sufrimiento y a lo que vendrá, al rechazo, a la humillación, a la pérdida de su imagen corporal, a llegar a ser una carga para su familia y amigos, y finalmente a una muerte dolorosa. Otro factor que hace difícil a la familia adaptarse a la enfermedad es que se le hace evidente el estilo de vida de quien la padece, con lo cual se encuentra sujeto a los prejuicios tanto por parte del grupo social como de la familia. El estigma social individual y familiar dificulta que ésta logre aceptar al individuo y a su enfermedad no sólo por parecerla, sino también el portador del ostracismo social.

Se ha estudiado la relación que existe entre el número de síntomas relacionados con el hecho de tener VIH/SIDA, el recuento de los linfocitos CD4 y el grado de apoyo social que los individuos perciben que están recibiendo. Las investigaciones realizadas hasta el momento parecen indicar que el apoyo recibido del cónyuge es la forma de soporte más eficaz para lograr afrontar las vicisitudes de la vida.

El apoyo se define como todo aquello que sirve para sostener, proteger, auxiliar, favorecer o brindar soporte a un individuo. Para Caplan y Kililea (1976) conceptualizan como el comportamiento entre individuos que persigue mejorar la

competencia adaptativa de quien requiere el soporte, para que pueda enfrentar y manejar más efectivamente las crisis, los periodos de transición entre las diferentes etapas de la vida, el estrés cotidiano, y las tensiones que surgen como consecuencia de las pruebas a las cuales lo enfrenta la vida. También se define como una adecuada percepción de apego o unión entre dos o más individuos. Es la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y brindar soporte a la persona, de manera que ésta encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto superación, así como las capacidades para que enfrente con firmeza y seguridad las situaciones difíciles.¹²

El apoyo está basado en el grado de empatía que existe entre las personas que integran un vínculo específico, pues si éste es bueno y sano, el apoyo se brindará de forma más efectiva y pocas veces se cuestionará si está disponible o no, mientras que entre individuos que mantienen malas relaciones o insanas, el soporte no siempre se encontrará disponible y generalmente tenderá a ser menos efectivo.

El bienestar se encuentra influido por diferentes características sociodemográficas como edad, género y estado civil, pero sin duda un predictor importante del bienestar es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido.¹³

El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al apoyo social.

Entre los apoyos que recibe el adulto, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona

no posee el apoyo de redes formales. Así, se ha encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos. . En este contexto, el apoyo familiar puede conceptualizarse como la disponibilidad y accesibilidad de los miembros de la familia para ayudar al paciente en el afrontamiento de las dificultades a las que debe enfrentarse.

La preocupación dentro de la familia es un ciclo sin fin que refuerza algunas características humanas como la autorrealización, la construcción de la autoestima, la ayuda mutua material y espiritual y la protección de cada uno contra los abusos y el miedo.

Sobre el respecto, hoy en día se sabe, por ejemplo, que aquellas personas que han sido capaces de aceptar su condición de seropositividad al VIH, de desarrollar estrategias de afrontamiento activas frente a la enfermedad, tales como la potenciación de los recursos personales, expresión de emociones, demanda de información y búsqueda de apoyo emocional, fundamentalmente, logran mantener la infección por VIH asintomática en mayor medida que aquellas que no lo hacen, lo que se traduce en términos clínicos en una menor probabilidad de que se progrese hacia la etapa final del proceso de infección conocido como SIDA.¹⁴

Los estudios de los países desarrollados, así como los estudios sin intervención pertinentes, indican que el apoyo familiar y social pueden ser muy efectivos para ayudar a enfrentar el VIH/SIDA. Las familias son pequeñas o grandes, compuestas de miembros que tienen la obligación de proporcionar un amplio rango de apoyo emocional, social, psicológico o material.

Las familias proporcionan o comparten los alimentos, la ropa, el albergue, la seguridad y el apoyo social, y pueden prestar apoyo y atención a los pacientes que viven con el VIH/SIDA. Un estudio reciente en un país desarrollado halló que los hombres con pruebas positivas para VIH tenían menor probabilidad de estar deprimidos si recibían apoyo familiar¹⁵.

Se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar¹⁶. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.

De lo anterior entendemos que no solo el seguimiento en el tratamiento y la realización de diversas intervenciones, vendrán a garantizar la calidad de vida del paciente, sino también debemos agregar el entorno familiar que debería estar presente, puesto que presenta un papel importante en el mejoramiento del estado de salud, así como en la prevención de recaídas condicionadas por agentes oportunistas frecuentes en esta enfermedad.

Planteamiento del problema

El ámbito social juega un papel importante en la patología ya que el entorno puede favorecer la presencia de factores de riesgo para contraer VIH/SIDA, la familia es un pilar elemental tanto en la génesis de esta enfermedad como en el seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes seropositivos. La esperanza de vida en los últimos años se ha visto incrementada de acuerdo a la mejora de la calidad de la atención médica, dando oportunidad a innumerable posibilidad de tratamientos médicos y farmacológicos en el tratamiento del VIH-SIDA. Esto no solo, repercute en la salud del individuo portador, sino que la carga emocional del paciente y de la familia ha venido desarrollándose para adaptarse al cambio que genera la crisis de aceptación. Múltiples factores relacionados, en cuanto a la implicación de la enfermedad incurable en sí, la historia previa a la adhesión, situación social, apoyo social y otras variables que también alteran directamente a la persona portadora, se han estudiado que son factores que desencadenan apego al tratamiento y la resistencia farmacológica y deterioro progresivo de la enfermedad. Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad¹⁷ y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe.

El hecho de conocerse portador de VIH puede influir en la dinámica familiar generando disfunción en la familia. Actualmente se cuentan con escasos registros a nivel nacional sobre el apoyo familiar percibido en los pacientes portadores seropositivos, por lo que en este estudio se pretende estimar apoyo emocional familiar que los pacientes portadores poseen, estimar la preocupación familiar por el enfermo, así como la percepción del apoyo familiar que ellos refieren.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la funcionalidad familiar y nivel de apoyo familiar percibido en el paciente portador de VIH/SIDA en el HGZ No. 24?

Objetivos del estudio

Objetivos generales:

Determinar la funcionalidad familiar y la presencia del apoyo que le brinda la familia al sujeto con VIH/SIDA sobre HGZ No. 24 IMSS.

Objetivos específicos

- a. Identificar la tipología familiar.
- b. Identificar la funcionalidad familiar que presentan los pacientes con VIH/SIDA que reciben atención médica en la clínica de VIH del HGZ 24 del IMSS.
- c. Identificar el nivel de apoyo: presencia o no de apoyo familiar, preocupación familiar por el paciente, apoyo emocional, percepción individual del apoyo familiar otorgado.
- d. Identificar características generales de los pacientes y su enfermedad.

Justificación

La aceptación de un individuo contaminado dentro del vínculo familiar y social, se relaciona con la información que la familia obtenga con respecto a la transmisión, evolución y tratamiento del padecimiento, información que debe ser proporcionada por el médico familiar dentro del primer nivel de atención.

La infección por el virus y el SIDA han constituido un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación por lo que es necesario que se lleven a cabo acciones decisivas para su prevención y control.

Causa angustia en los pacientes y sus familiares cuando se tienen conceptos erróneos sobre la enfermedad, en este caso el SIDA; ya que en los estudios realizados se ha visto que sólo el 4% de la información ha sido otorgada por el médico familiar quien se encarga del primer nivel de atención y es por tanto, el médico quien debe dar mayor información acerca de dicha patología, no solo en el ámbito biológico sino social y psicológico, lo que nos obliga a desarrollar nuevas estrategias para cambiar actitudes y así, los programas de prevención sean los más adecuados en todas aquellas enfermedades que sean prevenibles. Así ya que el hombre es un ser social médico, su función no basta con curar al paciente sino educar al paciente.

Se conoce que el apoyo familiar en los pacientes con VIH/SIDA repercute en varios niveles, entre ellos incluye la ayuda económica, apoyo en el proceso de revelación de la enfermedad, las actividades cotidianas y la asistencia médica o el apoyo psicológico. Los estudios de los países desarrollados así como en los estudios sin intervención indican que el apoyo familiar tiene múltiples niveles de repercusión positiva en los pacientes que viven con VIH/SIDA, desde un incremento en las áreas de salud mental, como en la reducción de ansiedad y estrés, síntomas depresivos y la soledad acompañante, durante algún tiempo. Sin embargo se desconocen datos preciosos a nivel de Latinoamérica con estudios controlados.

La presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de conocer como se encuentra desarrollada la funcionalidad de la familia del paciente y las redes sociales con las que cuenta, para que nos permita brindar un punto de partida para emprender la terapéutica inicial al paciente y en un futuro próximo desarrollar técnicas de estrategias para una mejor integración del paciente con su familia.

Hipótesis

NO REQUIRIRIO POR EL TIPO DE ESTUDIO

Sujetos, Material y Métodos

SITIO DEL ESTUDIO

Hospital General de Zona No. 24 ubicada en avenida Insurgentes Norte número 1322 colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero C. P. 07760 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la delegación 1 Noroeste del Distrito Federal.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un diseño observacional y descriptivo en derechohabientes portadores de VIH/SIDA que acudieron a consulta externa, en el periodo de Enero del 2013.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION:

Criterios de inclusión: Pacientes seropositivos derechohabientes al IMSS que son atendidos en la consulta externa de la clínica de VIH en el HGZ 24; que desearon participar en el estudio no importando el estadio de la enfermedad ni el tiempo de duración de la patología.

Criterios de exclusión: pacientes embarazadas, pacientes con presencia concomitante de retraso psicomotriz o malas condiciones generales que les impidiera colaborar y pacientes que no desearon participar en el estudio

Criterios de eliminación: Pacientes que no contestaron los formatos de forma completa y pacientes que accedieron a participar pero que se retractaron de ello.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la fórmula general que utiliza el estadígrafo Z1 para estimar el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica en donde $N = 4Z\alpha^2 P (1-P) / W^2$. Donde P implica la proporción esperada de pacientes, en este caso se aplica a una proporción de 0.20, W se define como la amplitud total del intervalo de confianza, en este estudio aplicado a una amplitud del 0.10, y un nivel de confianza de $(1-\alpha)$, mientras que la $Z\alpha^2$ se refiere a la desviación normal estandarizada para α bilateral, donde $(1-\alpha)$ es el nivel de confianza. Para este estudio se tomaron los valores anteriormente descritos, resultado la cantidad de 246 pacientes, los cuales se estudiaron.¹⁸

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES UNIVERSALES

Por medio de dos variables que constituyen este estudio, definimos el apoyo familiar percibido a través de los dominios de Preocupación, Apoyo emocional y Percepción de apoyo. Mientras que en la funcionalidad familiar empleamos las variables de Cohesión y Flexibilidad familiar.

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Tipo de variable
Apoyo familiar	Consiste en la habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad, y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes.	Mediante la aplicación del Instrumento validado de percepción de apoyo familiar por Sinibaldi; se estableció si existe apoyo de la familia hacia el individuo, por medio de una encuesta de 19 reactivos, con punto de corte de 57 puntos: 1. Apoyo familiar de 57 y más. 2. Sin apoyo familiar de 56 y menos.	cualitativa nominal dicotómica

		Además se evaluaron cada una de las áreas de percepción que a continuación se mencionan: Preocupación familiar, apoyo emocional, percepción del apoyo.	
Preocupación familiar	Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que se tiene por una persona, una cosa o una situación determinada. Implica la igualdad, el compartir las mismas funciones en la sociedad, por variadas que sean. De tal forma que la preocupación familiar relaciona estrechamente con la preocupación, comprensión y protección que los integrantes del grupo familiar desean mostrar por el enfermo con VIH/SIDA.	Mediante la aplicación del Instrumento validado de percepción de apoyo familiar por Sinibaldi; se estableció si existe preocupación real de la familia hacia el individuo, por medio de siete reactivos, estimamos la variable como presente o ausente. La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos (punto de corte) y más indica preocupación familiar por el enfermo. Sin preocupación de 20 puntos y menos.	cualitativa nominal dicotómica
Apoyo emocional	Consiste en la unión moral basada en la comprensión, la ayuda, el cariño, la confianza, el amor y la amistad, que produce la seguridad al satisfacer las necesidades de los individuos de un núcleo familiar. Se relaciona estrechamente con el interés de los miembros de la familia por mostrar al enfermo que están dispuestos a brindarle su apoyo al área emocional, a través de escucharlo, alentarle a enfrentar la vida y procurarle bienestar.	Mediante la aplicación del Instrumento validado de percepción de apoyo familiar por Sinibaldi; a través de cinco reactivos del apoyo emocional: 1, 3, 6, 12 y 16, del instrumento, estimamos como apoyo emocional de 25 y más puntos y sin apoyo emocional de 24 y menos.	Cualitativa nominal dicotómica
Percepción de apoyo familiar	Se relaciona con la sensación que tiene el enfermo de que los miembros de su familia se encuentran comprometidos en brindarle apoyo por medio de respaldarle, alentarle, cuidarle, ayudarlo y colaborar para lograr su bienestar.	Mediante la aplicación del Instrumento validado de percepción de apoyo familiar por Sinibaldi; a través de siete reactivos que evalúan la percepción de apoyo familiar: 4, 7, 9, 11, 13, 15 y 18, de dicho instrumento. Se estableció si existe apoyo emocional de 21 y más puntos y sin percepción de apoyo de 20 y menos.	cualitativa nominal dicotómica
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Los criterios que deben tener la funcionalidad constan de: Comunicación: Clara, directa, específica y congruente Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias	Se empleó el instrumento FACES III el cual consta de 20 ítems para cohesión, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 10 ítems que evalúa el nivel de cohesión y 10 ítems para flexibilidad de la familia	Cualitativa nominal politómica

	<p>toleradas</p> <p>Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema</p> <p>Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes</p>	<p>tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 10 ítems que reflejan el nivel de cohesión y 10 para flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal"). Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas "real" e "ideal" se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia. Por lo tanto el instrumento evalúa dos rubros (flexibilidad y cohesión) que a continuación se detallarán.</p>	
Cohesión	<p>Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Dentro del modelo Circunflejo se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación</p>	<p>En cohesión familiar se miden los reactivos nones: a) Unión emocional: 11, 19. b) Apoyo o soporte: 1, 17. c) Límites familiares: 7, 5. d) Tiempo y amigos: 9, 3. e) Interés y recreación: 13, 15. Finalmente agrupamos en la clasificación familiar: No relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
Flexibilidad	<p>Capacidad de un sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a estrés situacional o evolutivo. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la flexibilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación.</p>	<p>En flexibilidad familiar medimos los reactivos pares: a) Liderazgo: 6, 18. b) Control: 12, 2. c) Disciplina: 4, 10. d) Roles y reglas: 8, 16, 20, 14. Finalmente agrupamos en la clasificación familiar: Rígida, estructurada, flexible, caótica</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

Variables Sociodemográficas

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Tipo de variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento del estudio	Mediante pregunta directa en el cuestionario se preguntó edad y se	Cuantitativa de intervalo, discreta

		clasificaró en 6 intervalos. a) 18 a 29 años, b) 30 a 39 años, c) 40-49 años, d) 50-59 años, e) 60-69 años, f) más de 70 años.	
Género	Construcción social de subjetividades hegemónicas complementarias para hombres y mujeres. Es la identificación con un modelo sociocultural global e integrador asumiendo un rol masculino y/o femenino.	Mediante pregunta directa en el cuestionario se preguntó el género asumido y se clasificará en dos rubros: masculino o femenino	Cualitativa nominal
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio. Se agrupan en los siguientes apartados. Analfabeta: persona que no sabe leer ni escribir, Primaria: escuela en la que se enseña a leer y escribir junto con los conocimientos básicos de la historia, la geografía, la naturaleza y el comportamiento cívico. Secundaria: Conjunto de estudios que se realizan después de los elementales. Bachillerato: Conjunto de estudios posteriores a la educación primaria y previo a las carreras universitarias. Licenciatura: Título que otorgan las instituciones de enseñanza superior a los alumnos que han terminado una carrera, cumpliendo así con los requisitos que los facultan para ejercer su profesión	Mediante pregunta formulada en el cuestionario se interrogó la escolaridad y se clasificó en alguno de los siguientes grupos. A) Analfabeta, b) primaria, c) secundaria, d) bachillerato, e) licenciatura, f) posgrado.	cualitativa nominal politómica
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Mediante pregunta directa en el cuestionario se preguntó estado civil y se clasificó en cinco apartados. a) soltero, b) casado, c) Unión libre, d) divorciado, e)viudo	cualitativa nominal politómica
Religión	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual	Mediante una pregunta del cuestionario se interrogó la creencia practicante hasta ese momento, durante la entrevista. Se agrupó en los siguientes apartados: a) ninguna, b) católica, c) cristiana, d) testigo de Jehová, e) Mormón, f) otra.	cualitativa nominal politómica
Tiempo de evolución	Cronología en años, en la que el paciente lleva portando la enfermedad.	A través de una pregunta se captó el lapso de evolución de la enfermedad mediante lapso de decenios. A) Menos de 10 años, b)	Cuantitativa de intervalo discreta.

		más de 10 años.	
Ingesta de medicamento	Conducta del paciente que corresponde a la presencia de apego farmacológico prescrita por médico.	Por medio de una pregunta se analizó si el paciente ingiere algún fármaco antirretroviral en ese momento.	Cualitativa nominal dicotómica
Tipología familiar	<p>Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; una familia es un sistema que opera a través de pautas trasnacionales acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse y estas pautas sostienen el sistema.</p> <p>Unipersonales: No por necesidad y contra su voluntad como acaece en situaciones conocidas (gente mayor, mujeres solteras, personas viudas, etc), sino por decisión libre y como opción de vida (temporal o definitiva). Son hogares constituidos por personas que viven solas (de solteros, separados, divorciados). Nuclear simple: Integrada por una pareja sin hijos. Nuclear monoparental: Compuesta por un solo padre y uno o más hijos (ya sea por la soltería de la madre (con hijos de distintos padres) o como consecuencias de complicaciones del desarrollo familiar tales como fallecimiento separación o divorcio.</p> <p>Familia consanguínea: Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, en el mismo hogar ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos) y verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. Se divide en: Familia extensa: Integrada por una pareja o uno de sus miembros (con o sin hijos), que vive con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar. Familia compuesta (ampliada): Puede ser cualquiera de los tipos de familia anteriores incluyendo además otros miembros sin anexos con-sanguíneos (amigos, huéspedes). Reconstituida o ensamblada: Uno de los padres vuelve a formar pareja luego de una separación o divorcio, donde existía al menos un hijo de una relación anterior. Familia homosexual: donde la pareja está constituida por dos miembros con orientación sexual al mismo sexo.</p>	Mediante una pregunta se estimó sobre las personas que viven dentro del hogar con el interrogado o si es que vive solo. Se agrupó en los siguientes rubros: a) solo, b) madre y/o padre, c) algún otro miembro familiar, d) amigos, e) pareja. Así mismo también determinamos el tipo de familia en la cual se desarrolla el paciente en: a) unipersonal, b) nuclear sin hijos, c)nuclear extensa, d)nuclear ascendente, e) nuclear descendente, f) compuesta, g) adoptiva, h) homosexual, i)otro.	Cualitativa nominal politómica

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

A través de un análisis exhaustivo en base a entrevistas directas con los pacientes, bajo consentimiento informado, que se encuentran acudiendo a citas para tratamiento y seguimiento en la clínica de VIH de esta unidad se obtuvieron los datos precisos del mes de Enero del 2013, para realizar la descripción de los datos obtenidos, y posteriormente realizar asociaciones descriptivas específicas. Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de los datos.

Se solicitó además el apoyo a la Coordinación de Enseñanza y a la Clínica de VIH en el HGZ 24 mediante oficio escrito, para aplicar un cuestionario de 32 ítems cuyo objetivo fue evaluar el contexto del paciente, 19 reactivos para evaluar el apoyo familiar percibido y 20 para evaluar la funcionalidad familiar así como otros elementos para la tipología familiar y aspectos socio demográficos del paciente.

Se realizó dicha entrevista durante el mes de Enero del 2013, durante cuatro horas de lunes a viernes en el turno matutino de la consulta externa de la Clínica de VIH, en la sala de espera se interrogaron a los pacientes, con una duración aproximada de diez minutos para contestar el cuestionario aplicado, tras previo consentimiento informado al paciente para participar en dicho llenado. Cualquier duda en ese momento se resolvió directamente en ese momento y tomando en cuenta que en caso de requerir información detallada del estudio, se proporcionaría resultado con previa solicitud.

Resultados

Los resultados de las encuestas que se realizaron fueron capturados y procesados a través del programa SPSS v.17, se estimó un análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central y porcentaje para las variables cualitativas. Los datos del cuestionario se registraron en las tablas de salida ingresando las variables en estudio al programa SPSS para obtener: media, mediana, tablas de contingencia y distribución de frecuencias mediante estadística descriptiva para analizar las distribuciones de cada una de las variables

Se estudiaron 246 pacientes que acudían a citas programadas en la Clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, encontrándose dentro de las características sociodemográficas que predominó el sexo masculino en un 84.6% (n=208), mientras que el femenino en un 15.4% (n=38). Por grupo de edad, predominó el rango 40-49 años en un 31.7% (n=78), seguido del grupo de 30 a 39 años en un 30.1% (n=74); se presenta una moda de 38 años, mediana 40 años y promedio de 41.35 años. En relación a su escolaridad, en un 32.1%(n=79) contaban con educación a nivel bachillerato, seguida de la educación secundaria en un 28.5%(n=70). El estado civil predominante fue Soltero en un 61.4%(151). La religión predominante fue la católica en un 65.9% (n=162) seguida de ninguna creencia en el 22%(n=54) de los encuestados. (Tabla 1) (Gráfica 1 y 2).

Las características familiares de la población estudiada, se encontró que la tipología predominante de los encuestados fue Nuclear ascendente en un 33.7%(n=83), continuando con la familia homosexual en un 16.7%(n=41), y unipersonal en un 16.3% (n=40). La cohesión encontrada mayoritariamente fue las familias del tipo No relacionada en un 28.9% (n=71), mientras que en adaptabilidad tenemos una predominancia de las familias Caóticas en un 69.9%(n=172). En cuanto a Funcionalidad familiar hallamos de manera frecuente familias Relacionadas Caóticas en un 22%(n=54), seguida de el apartado de funcionalidad Aglutinada Caótica en un 19.5%(n=48). (Tabla 2) (Gráfica 3).

En relación a las características de la enfermedad denotamos la presencia de que en un 58.9%(n=145) que precisaban un diagnóstico reciente de diez años o menos. Mientras que casi el 95.1% (n=234) se apegaban al uso de antirretrovirales. En lo que respecta al Apoyo, se valoró por medio del instrumento de forma global el Apoyo familiar y de forma específica los rubros de Preocupación, apoyo emocional y percepción del paciente sobre el apoyo familiar. Se encontró en un 90.2% (n=222) la presencia de apoyo familiar y preocupación, mientras que el apoyo emocional y la percepción de apoyo familiar estaban presentes en un 89.4%(n=220) de los pacientes analizados. (Tabla 3 y 4) (Gráfica 4 y 5).

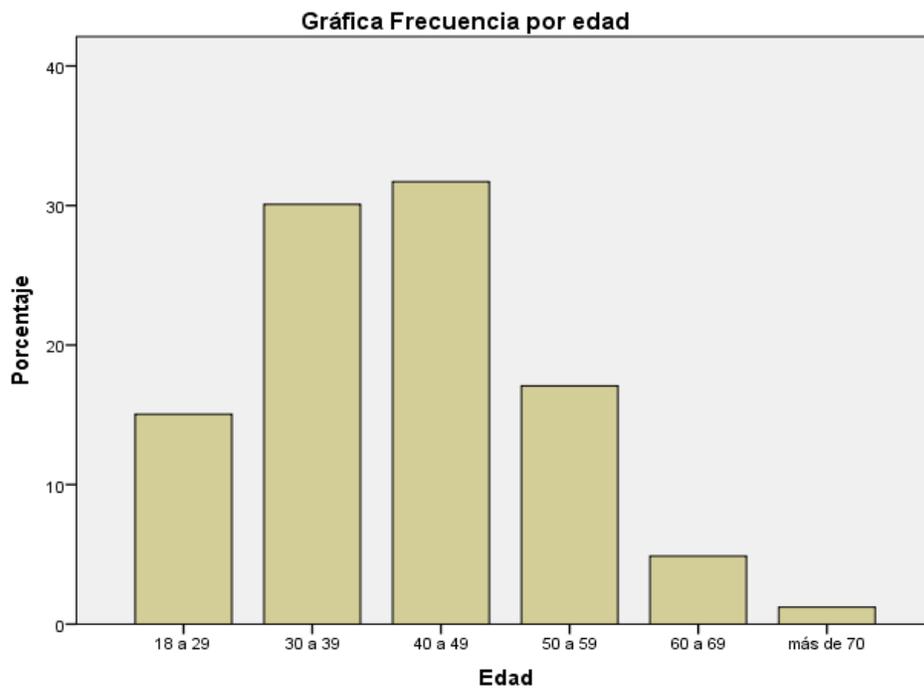
Se estimó la presencia de apoyo familiar en general en el grupo de 40 a 49 años en un 32.9% (n=66). El género masculino en un 83.3%(n=185). Los estado civil fueron solteros en un 62.2% (n=138). Refiriéndonos a la escolaridad fue a nivel bachillerato en un 32%(n=71). La religión católica en un 68.5%(n=152). En cuanto a tipología familiar fue en la Nuclear ascendente en un 36.5% de los casos (n=81). El grado Cohesión fueron en las familias Relacionadas en un 28.4%(n=63), mientras que la adaptabilidad, las familias Caóticas en un 72.1%(n=160). Con funcionalidad familiar de tipo Relacionada caótica en un 23% (n=51) seguidas del tipo Aglutinada caótica en un 21.2% (n=47). En cuanto a la relación de apoyo familiar con características de la enfermedad se puntualiza que los pacientes con menos de 10 años de diagnóstico en un 59.9%(n=133) y de los pacientes que usan tratamiento con antirretrovirales el 95.5%(n=212). Se presento apoyo en las áreas familiar en el 100% (n=222) en forma de preocupación el 100%., apoyo emocional coexistía el apoyo familiar en un 98.2% (n=218). Mientras que en el rubro de Percepción de apoyo familiar coexistía un 100% (n=220). (Tablas 5, 6, 7 y 8) (Gráficas 6, 7 y 8).

TABLA 1. Características sociodemográficas en los pacientes con VIH/SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje
<u>Edad</u>		
18 a 29	37	15.0
30 a 39	74	30.1
40 a 49	78	31.7
50 a 59	42	17.1
60 a 69	12	4.9
más de 70	3	1.2
<u>Género</u>		
Femenino	38	15.4
Masculino	208	84.6
<u>Estado civil</u>		
Casado	32	13.0
Divorciado	16	6.5
Soltero	151	61.4
Unión Libre	34	13.8
Viudo	13	5.3
<u>Escolaridad</u>		
Primaria	23	9.3
Secundaria	70	28.5
Bachillerato	79	32.1
Licenciatura	61	24.8
Posgrado	10	4.1
<u>Religión</u>		
Católica	162	65.9
Cristiana	15	6.1
Testigo de Jehová	2	0.8
Mormón	4	1.6
Otra	9	3.7
Ninguna	54	22.0
Total	246	100.0

Fuente: HGZ 24, IMSS

Gráfica 1



Gráfica 2

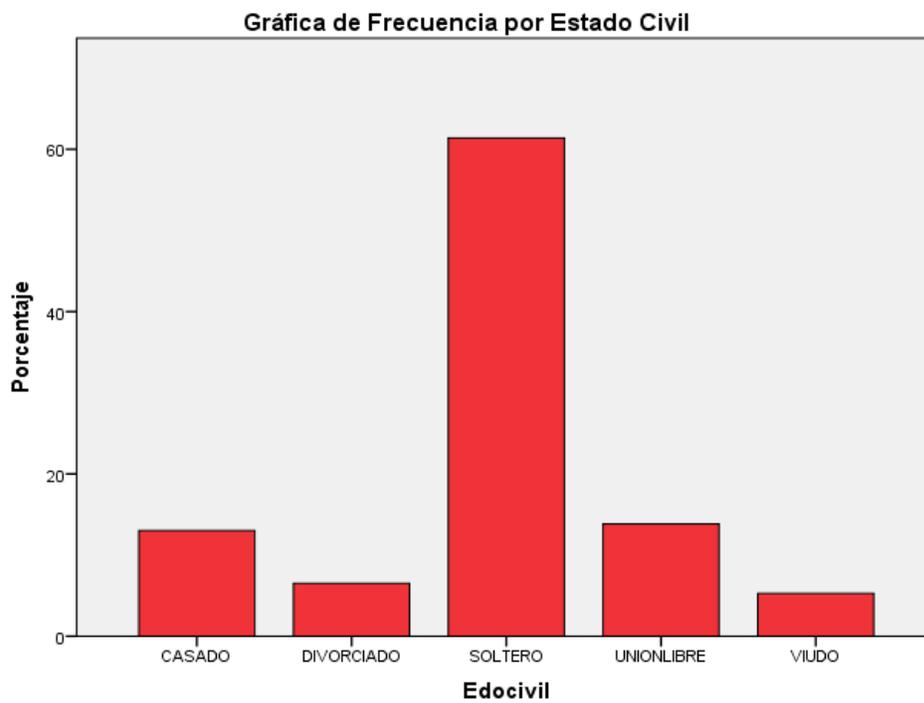


TABLA 2. Características familiares en los pacientes con VIH/SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje
<u>Tipología</u>		
Adoptiva	18	7.3
Nuclear extensa	7	2.8
Nuclear sin hijos	32	13.0
Nuclear descendente	19	7.7
Homosexual	41	16.7
Nuclear ascendente	83	33.7
Otro	3	1.2
Compuesta	3	1.2
Unipersonal	40	16.3
<u>Cohesión</u>		
No relacionada	71	28.9
Semirrelacionada	53	21.5
Relacionada	69	28.0
Aglutinada	53	21.5
<u>Adaptabilidad</u>		
Rígida	16	6.5
Estructurada	19	7.7
Flexible	39	15.9
Caótica	172	69.9
<u>Funcionalidad Familiar</u>		
No Relacionada Rígida	12	4.9
No Relacionada Estructurada	9	3.7
No Relacionada Flexible	19	7.7
No Relacionada Caótica	31	12.6
Semirrelacionada Rígida	3	1.2
Semirrelacionada Estructurada	1	.4
Semirrelacionada Flexible	10	4.1
Semirrelacionada Caótica	39	15.9
Relacionada Rígida	1	.4
Relacionada Estructurada	9	3.7
Relacionada Flexible	5	2.0
Relacionada Caótica	54	22.0
Aglutinada Flexible	5	2.0
Aglutinada Caótica	48	19.5

Fuente: HGZ 24, IMSS

Gráfica 3

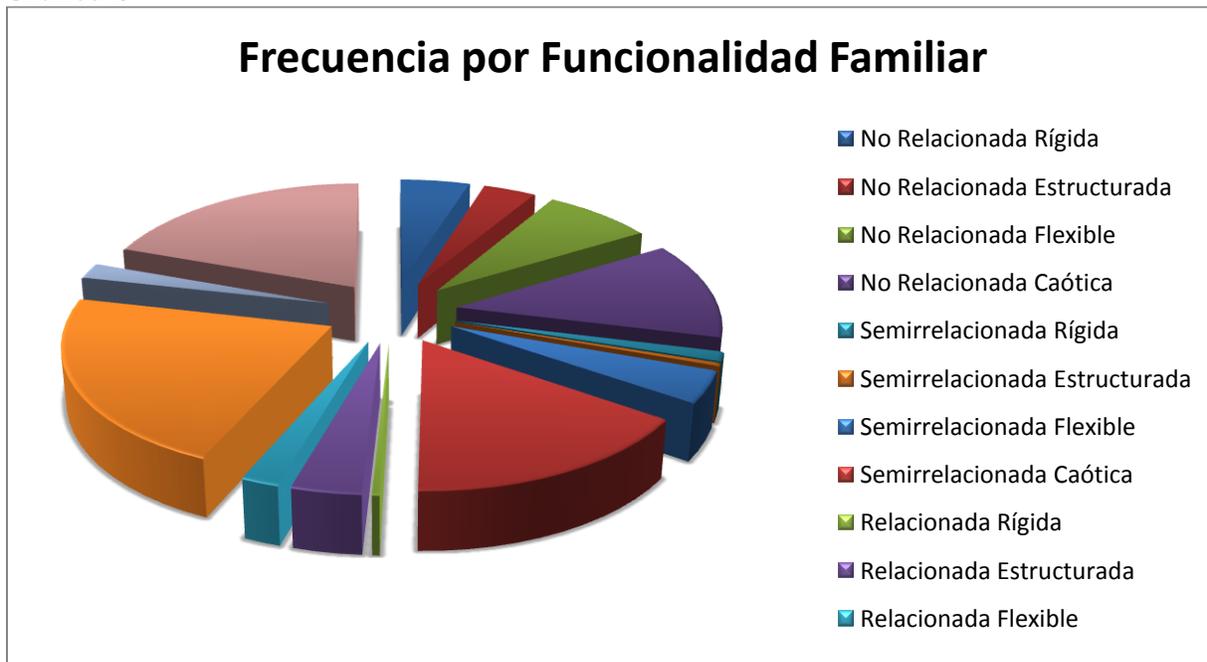


TABLA 3. Características de la enfermedad en los pacientes con VIH/SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje
Años desde el diagnostic		
Menos de 10	145	58.9
Más de 10	101	41.1
Uso de antirretrovirales		
No	12	4.9
Si	234	95.1
Total	246	100.0

Fuente: HGZ 24, IMSS

Gráfica 4



Gráfica 5



TABLA 4. Características del apoyo en los pacientes con VIH/SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Familiar		
No	24	9.8
Si	222	90.2
Preocupación		
No	24	9.8
Si	222	90.2
Apoyo emocional		
No	26	10.6
Si	220	89.4
Percepción de apoyo		
No	26	10.6
Si	220	89.4
Total	246	100.0

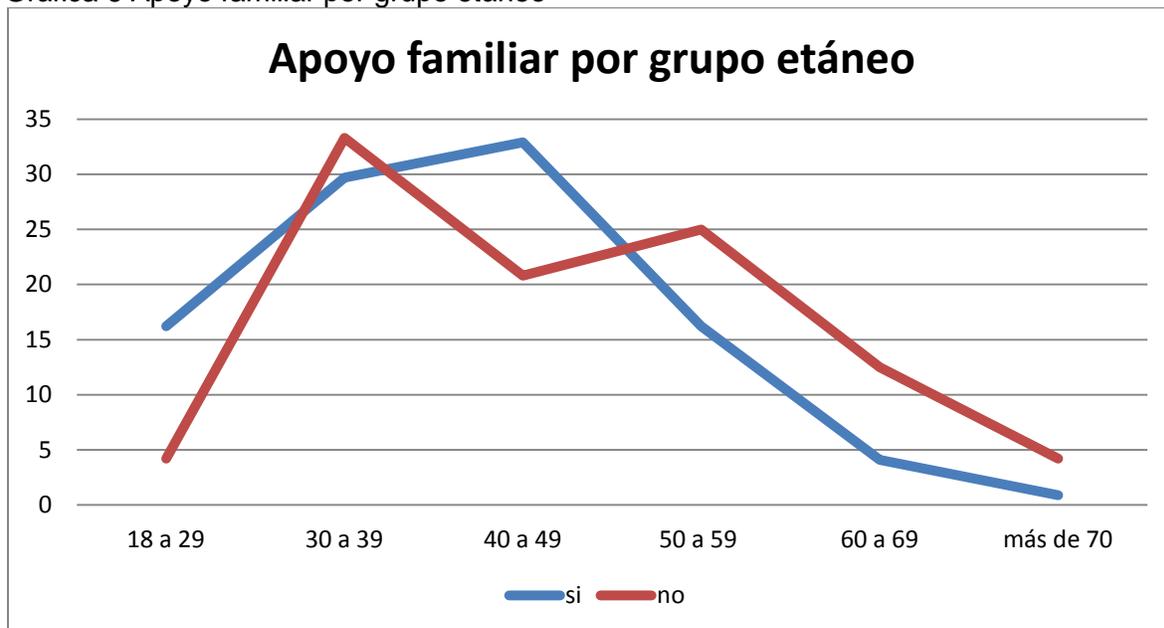
Fuente: HGZ 24, IMSS

TABLA 5. Apoyo familiar y características sociodemográficas en los pacientes con VIH/SIDA.

Aspectos socio demográficos		Apoyo familiar			
		No		Si	
		N =24	%	N =222	%
Edad	18 a 29	1	4.2	36	16.2
	30 a 39	8	33.3	66	29.7
	40 a 49	5	20.8	73	32.9
	50 a 59	6	25	36	16.2
	60 a 69	3	12.5	9	4.1
	más de 70	1	4.2	2	0.9
Género	Femenino	1	4.2	3	16.7
	Masculino	23	95.8	185	83.3
Estado civil	Casado	2	8.3	30	13.5
	Divorciado	1	4.2	15	6.8
	Soltero	13	54.2	138	62.2
	Unión Libre	6	25	28	12.6
	Viudo	2	8.3	11	5
Escolaridad	Analfabeto	0	0	3	1.4
	Primaria	4	16.7	19	8.6
	Secundaria	6	25	64	28.8
	Bachillerato	8	33.3	71	32
	Licenciatura	4	16.7	57	25.7
	Posgrado	2	8.3	8	3.6
Religión	Católica	10	41.7	152	68.5
	Cristiana	2	8.3	13	5.9
	Mormón	2	8.3	2	0.9
	Ninguna	8	33.3	46	20.7
	Otra	2	8.3	7	3.2
	Testigo de JAH	0	0	2	0.9

Fuente: HGZ 24, IMSS

Gráfica 6 Apoyo familiar por grupo etáneo



Gráfica 7 Apoyo familiar presente por estado civil

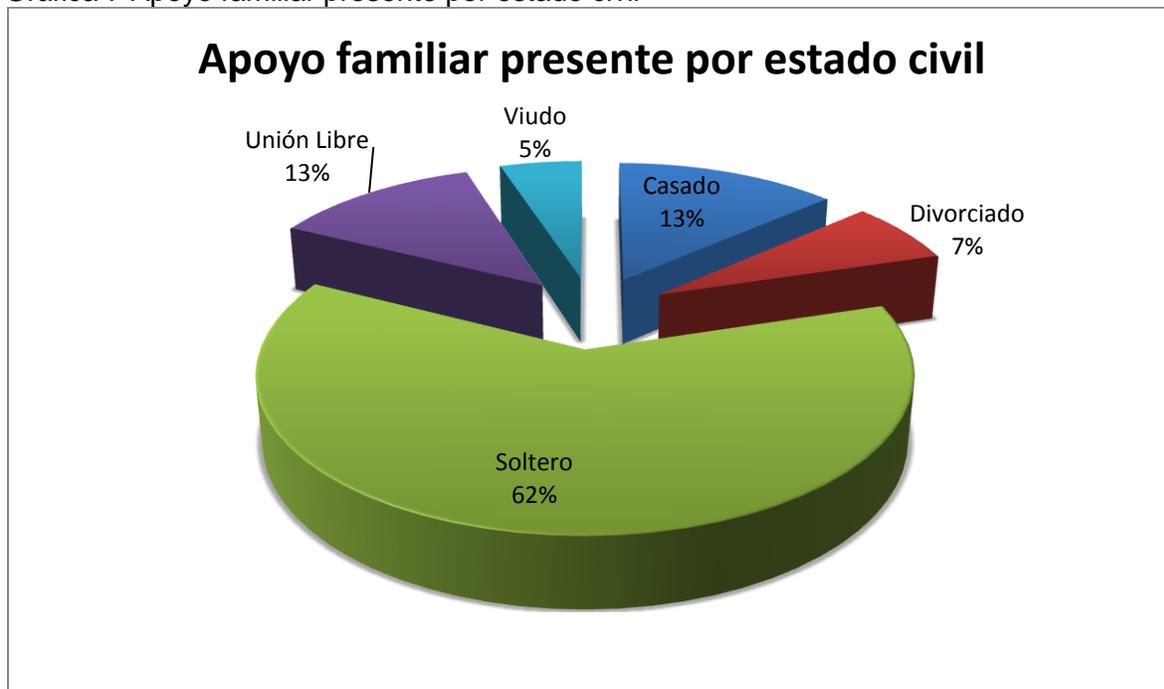


TABLA 6. Apoyo familiar y características familiares en los pacientes con VIH/SIDA.

Aspectos familiares		Apoyo Familiar			
		No		Si	
		N=24	%	N=222	%
Tipología	Adoptiva	5	20.8	13	5.9
	Nuclear Extensa	0	0	7	3.2
	Nuclear sin hijos	3	12.5	29	13.1
	Nuclear descendente	1	4.2	18	8.1
	Homosexual	6	25	35	15.8
	Nuclear ascendente	2	8.3	81	36.5
	Otro	0	0	3	1.4
	Compuesta	1	4.2	2	0.7
	Solo	6	25	34	15.3
Cohesión	No relacionada	15	62.5	56	25.2
	Semirrelacionada	2	8.3	51	23
	Relacionada	6	25	63	28.4
	Aglutinada	1	4.2	52	23.4
Adaptabilidad	Rígida	7	29.2	9	4.1
	Estructurada	4	16.7	15	6.8
	Flexible	1	4.2	38	17.1
	Caótica	12	50	160	72.1
Funcionalidad familiar	No relacionada rígida	6	25	6	2.7
	No relacionada estructurada	2	8.3	7	3.2
	No relacionada flexible	1	4.2	18	8.1
	No relacionada caótica	6	25	25	11.3
	Semirrelacionada rígida	0	0	3	1.4
	Semirrelacionada estructurada	0	0	1	0.5
	Semirrelacionada flexible	0	0	10	4.5
	Semirrelacionada caótica	2	8.3	37	16.7
	Relacionada rígida	1	4.2	0	0
	Relacionada estructurada	2	8.3	7	3.2
	Relacionada flexible	0	0	5	2.3
	Relacionada caótica	3	12.5	51	23
	Aglutinada flexible	0	0	5	2.3
	Aglutinada caótica	1	4.2	47	21.2

Fuente: HGZ 24, IMSS

Gráfica 8. Apoyo familiar presente por funcionalidad familiar

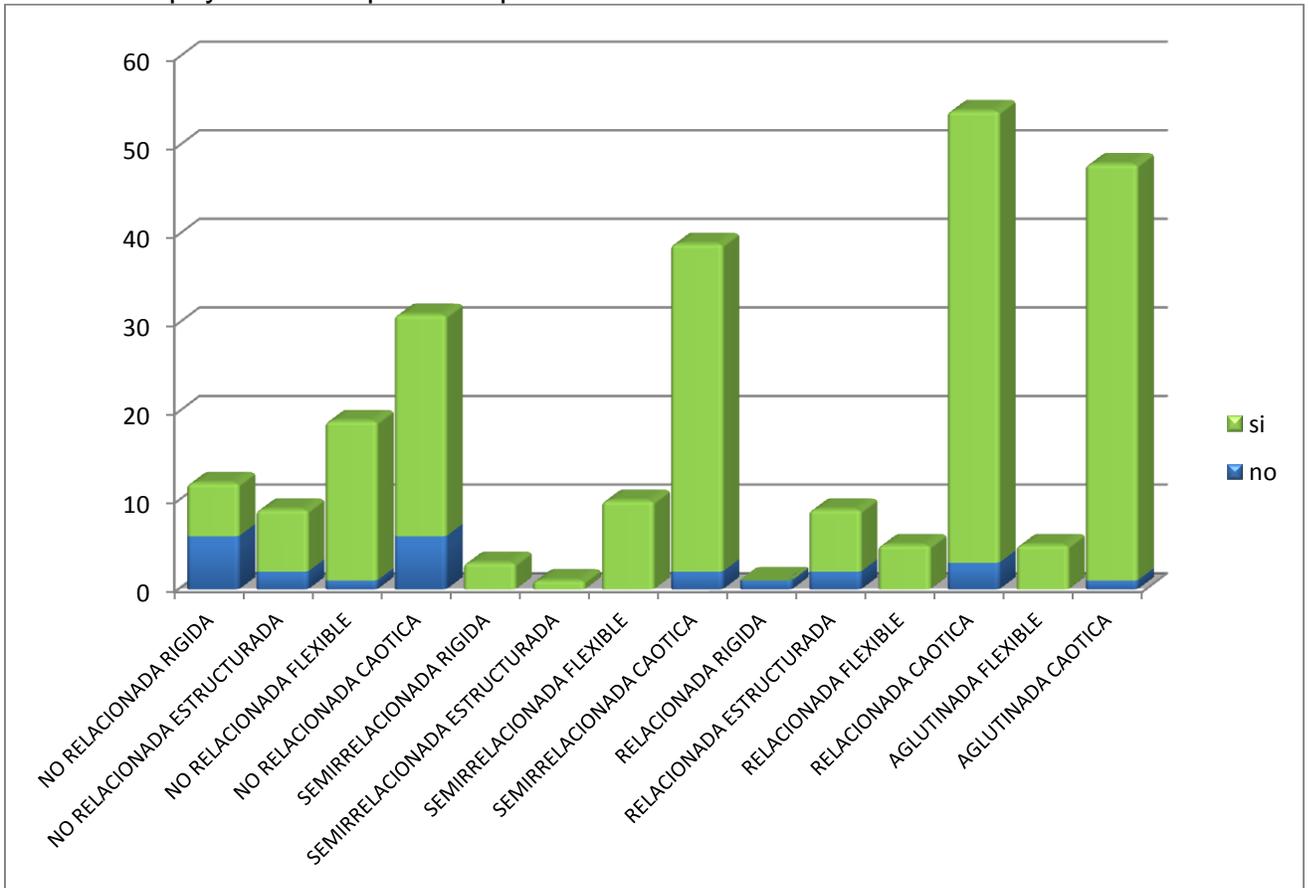


TABLA 7. Apoyo familiar y características de la enfermedad en los pacientes con VIH/SIDA.

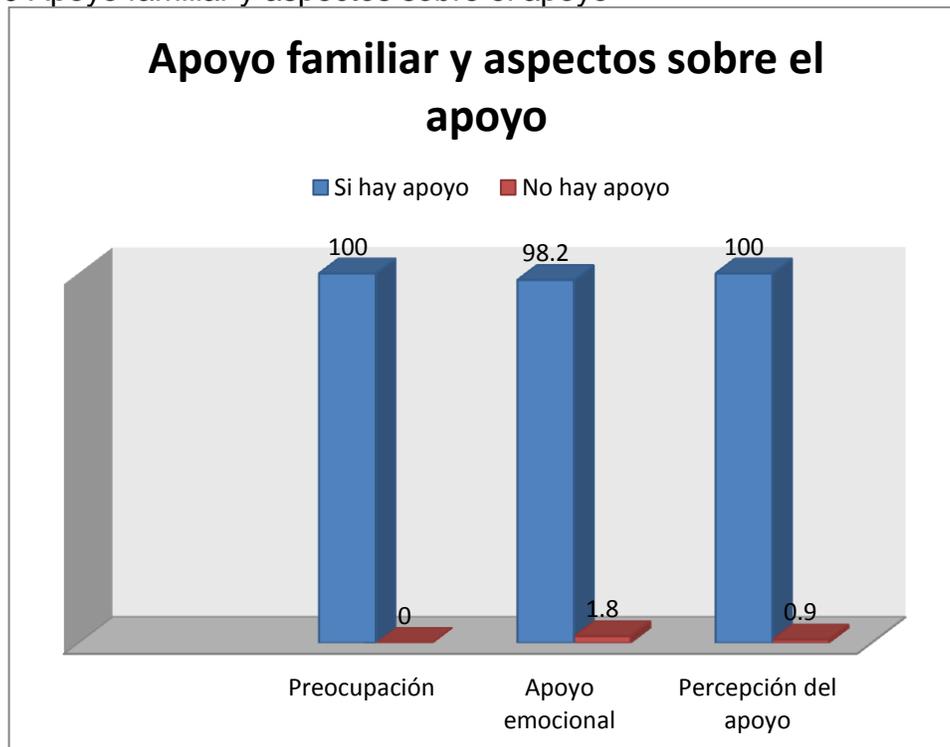
Aspectos de la enfermedad		Apoyo Familiar			
		No		Si	
		N =24	%	N=222	%
Años	Menos de 10	12	50	133	59.9
	Más de 10	12	50	89	40.1
Uso de antirretrovirales	No	2	8.3	10	4.5
	Si	22	91.7	212	95.5

Fuente: HGZ 24, IMSS

TABLA 8. Relación de apoyo familiar con características del apoyo

Aspectos del apoyo familiar		Apoyo familiar			
		No		Si	
		N=24	%	N=222	%
Preocupación	No	24	100	0	0
	Si	0	0	222	100
Apoyo Emocional	No	22	91.7	4	1.8
	Si	2	8.3	218	98.2
Percepción del apoyo familiar	No	24	100	2	0.9
	Si	0	0	222	100

Gráfico 9 Apoyo familiar y aspectos sobre el apoyo



Conclusiones

Se concluye en este estudio lo siguiente:

- Existe un apoyo familiar presente en los pacientes portadores de VIH/SIDA, se manifiesta con preocupación presente, existencia de apoyo emocional y de percepción de apoyo familiar de la enfermedad por el paciente.
- El sexo masculino fue dominante en un 84.6%.
- Predomino el grupo de edad de 40 a 47 años,
- El promedio de edad fue de 41 años.
- Nivel de escolaridad fue bachillerato.
- Religión católica en un 65%.
- La tipología frecuentemente es la familia del tipo Nuclear, siendo predominantemente el tipo ascendente siendo en este estudio del 33.7%.
- La cohesión estimada comúnmente fue la No Relacionada, mientras que la adaptabilidad recayó en variedad caótica.
- En cuanto a funcionalidad, la combinación constantemente descrita fue la Relacionada caótica en un 22%.
- El tiempo de diagnóstico del virus en los pacientes tiene un lapso menor a 10 años en más de la mitad de los pacientes encuestados (59.9%).
- El 95.5% de los pacientes mantiene uso del tratamiento antirretroviral.
- Existe apoyo familiar en general en el 90% de los pacientes.
- Existe preocupación por parte de sus familias en un 90.2%
- Del mismo modo se presenta apoyo emocional en el 89% y de los cuales también perciben apoyo familiar con el mismo porcentaje.
- Existe apoyo emocional en los pacientes más jóvenes, declinando dicho apoyo a medida que el paciente envejece.
- El apoyo familiar es ligeramente mayor en el sexo femenino que en masculino, tiene mayor predilección el apoyo en los solteros, escolaridad secundaria, religión católica.
- La tipología familiar que recibe mayor apoyo familiar es la nuclear ascendente.

- La funcionalidad familiar que presenta mayor apoyo fue la Relacionada caótica.
- El apartado de preocupación coexiste con el apoyo familiar en un 100% de los casos.
- Mientras que el apoyo emocional coexiste con el apoyo familiar en un 98.2%
- La percepción de apoyo familiar se mantiene coexistente con el apoyo familiar en un 100%.

Discusión

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia humana y su sucesor el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida son retos actuales a nivel mundial, en nuestro país se cuenta con cobertura universal al tratamiento farmacológico disponible, y en datos reportados la prevalencia se mantiene estable, más aun es importante demostrar que la funcionalidad familiar repercute directamente en el apoyo familiar de los pacientes y que dicho rubro es un determinante en el apego al tratamiento.

En este estudio se encontró que si existe Apoyo familiar en los pacientes portadores de VIH/SIDA en un noventa por ciento, a diferencia del resultado obtenido que se encontró en un estudio transversal en México realizado en el 2009 donde el nivel de apoyo era menor al ochenta por ciento.¹⁹

En relación a las características sociodemográficas encontramos en su mayoría predominio del sexo masculino, soltero, con edades que oscilan entre los 40-49 años, católicos, con escolaridad a nivel bachillerato, similar a lo reportado en el estudio citado previamente. Probablemente estos hallazgos estén relacionados con la prevalencia de la enfermedad VIH/SIDA reportada en nuestro país predominantemente en población masculina que tiene sexo con hombres.

El estado civil mayor frecuentemente encontrado fue el soltero, en una mayor predominancia, esto es esperado de alguna forma asociado a la adaptabilidad familiar, ya que al no tener el paciente un compromiso conyugal, los límites individuales suelen ser más permisivos.

La funcionalidad familiar está descrita principalmente en este estudio las familias Relacionadas caóticas y aglutinadas caóticas, considerando a las familias en un rango medio a un rango extremo, y a su vez la importancia de encontrar una adaptabilidad caótica traduce la falta de liderazgo, los roles cambiantes, disciplina irregular y cambios excesivos, lo que orilla a las familias a permanecer poco sujetas a un modo preciso de normas. La enfermedad como medio generador de reestructuración en la familia, en este caso el VIH/SIDA, causa crisis no normativa

en la que la comunicación que si bien anteriormente era escasa se intensifica, brindándoles a los miembros de la familia la oportunidad de discutir sobre sus fallos y sus aciertos percibidos, además permite disminuir la ansiedad aumentando la comunicación, esa razón justifica que el patrón Relacionado, sea el más frecuentemente encontrado en una familia que aporta apoyo y preocupación a su paciente.

En este estudio se encontró que gran parte de la población conviven con sus progenitores independientemente de la edad del paciente, dicho enunciado juega un papel importante como medio generador de apoyo, puesto que en su mayoría son jóvenes que viven bajo la protección de madre y/o padre, no solo económica, incluso afectiva e instrumental.

Cabe destacar que el lapso de diagnóstico de la infección es notoriamente reciente, menor a 10 años, lo que hace una suponer de que no se ha llevado una prevención primaria adecuada, y que las campañas para protección sexual, no han tenido el auge esperado, aunque las cifras de prevalencia se mantengan estables, según los reportes estatales a nivel nacional, no hemos logrado un impacto a nivel preventivo para frenar la propagación del virus.

El 5% de los pacientes cuenta con un diagnóstico nuevo y casos no confirmado de ser portadores del virus desde hace menos de un año, esto lleva a una pauta a no llevar tratamiento farmacológico antirretroviral instaurado hasta presentar carga viral detectable y un conteo específico de CD4.

El apoyo familiar existe presente en los pacientes portadores, sin embargo presenta una curva de descenso a medida que aumenta la edad, esto puede ser esperado ya que la red de apoyo familiar se va perdiendo con el paso de los años, particularmente en el envejecimiento, caso específico en pacientes que no tienen descendencia, el apoyo familiar se limita a sus congéneres y familiares coetáneos. Es por eso que los padres fungen un apoyo familiar de protección, apoyo emocional y preocupación en los pacientes solteros portadores del virus.

En el proceso de socialización, la familia tiene un papel fundamental en el cuidado y la crianza de los hijos y, principalmente, en la transmisión de conocimientos, valores y costumbres que les permita adaptarse a la sociedad como personas activas y productivas. Es el punto de partida para investigar el proceso de apoyo familiar como generador de pautas de ayuda al paciente portador, en este estudio se encontró que tanto la preocupación, como la percepción de apoyo familiar y el apoyo emocional coexisten proporcionalmente con el apoyo familiar en general otorgado. Esto se ve favorecido en el transcurso de la enfermedad de los pacientes ya que les proporciona una red extensa de recursos familiares como instrumentales que asumen un rol positivo durante la historia de la enfermedad.

Los resultados de esta investigación generan puntos de reflexión e interrogantes que se asumirían en posteriores investigaciones, como por ejemplo el rol adjudicado por la familia, y el vínculo que establece con el paciente en cuanto a su enfermedad dentro de un sistema caótico.

Con estos resultados obtenidos sería útil diseñar estrategias educativas a nivel familiar para incrementar el apoyo hacia la población portadora que exhorten a favorecer la prevención de la diseminación del virus, y que también con dichos resultados logremos un mejor aprovechamiento del recurso familiar traducido en apoyo para el paciente, estructurarle una red de soporte para sí mismo y a su vez fomentar el apoyo familiar como una herramienta para el médico como co-terapeuta en el tratamiento del VIH-SIDA.

Bibliografía

- ¹ Llorente MD, Cedeño LS, Guzmán GJ, Fuentes PP. Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral, iMedPub Journals, Archivos de Medicina 2009; 5:2
- ² UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. [internet][citado 2012 Oct 15]. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
- ³ Base de datos. Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, 2011 [internet][citado 2012 Oct 15]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/sida11.asp?s=inegi&c=2819&ep=78>
- ⁴ Magis RC. EL VIH y el SIDA en México al 2008 Hallazgos, tendencias y reflexiones, México, CENSIDA 2008
- ⁵ Tapia CR, Bravo GE, Uribe ZP. Evolución de la Epidemia del SIDA en México. El Colegio Nacional, 2003, pp 19-47
- ⁶ Güemes GD, Mondragón RA, Madrigal LH. Situación de la epidemia del VIH/SIDA en México, Aten Fam 2011; 18: 2-3.
- ⁷ Muñoz HO, Zárate AA, Garduño EJ, Zuñiga AJ, Hermida EC, Casarrubias RM. La atención de pacientes con SIDA en el IMSS, Gaceta Médica [Internet]. 2005, 3: 1 [citado 2012, Oct 16]. Disponible en: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/gaceta/munoz.htm>
- ⁸ Base de datos abierta: Informe de Rendición de Cuentas de la APF 2006-2012 [Internet] [citado 2012, Oct 16]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/Informe2006-2012/Informe2006-2012.pdf>
- ⁹ Ponce-Rosas, E.R., Gómez-Clavelina, F.J., Terán-Trillo, M., Irigoyen-Coria, A.E. y Landgrave-Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria; 30: 624-630.
- ¹⁰ Membrillo LA. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos Mexicanos. México 2008. p.53-72
- ¹¹ Velasco CM. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual moderno, 2001. p 131, 194.
- ¹² Velasco CM, Luna PA. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax, México 2001, p57-83.
- ¹³ Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicol* [Internet]. 2012; 30(2): 23-29. [citado 16 Oct 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext
- ¹⁴ Pina LJ, Rivera IB. Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional en personas seropositivas al VIH del Noroeste de México. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2007; 13(2): 53-63. [citado 16 oct 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n2/art07.pdf>

- ¹⁵ Serovich JM, Esbensen AJ, Mason TL. HIV disclosure by men who have sex with men to immediate family over time. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(7): 492–500.
- ¹⁶ Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología - Psychological Writings* 2010; 330-36. [internet] [Citado el 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=271019811003#>
- ¹⁷ Vinaccia AS. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. Medellín, Colombia. *Terapia Psicológica* 2008;1:125-132.
- ¹⁸ Hulley SB, *Diseño de la Investigación Clínica, un enfoque epidemiológico*, Ediciones Doyma, 1993. p.231
- ¹⁹ Bautista-SL, García TM. Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México 2009. *Aten Fam* 2011; 18(1):4-8.
- ²⁰ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [internet][citado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- ²¹ Código de Nuremberg, Comisión Nacional de Bioética. [internet][citado 15 Oct 2012] Disponible en: http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf
- ²² Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet] [citado 15 Oct 2012]. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf
- ²³ Requisitos de uniformidad para citación bibliográfica según Vancouver 2010, U.S. National Library of Medicine, 2010. [Internet] [citado 15 Oct 2012]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- ²⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana. [citado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>
- ²⁵ Asociación de pacientes con VIH- SIDA [Internet][citado el 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/principal.html>

Anexos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación 1 Norte
Hospital General de Zona No. 24 Insurgentes
 Departamento de Educación e Investigación Médica

Título proyecto:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO PERCIBIDO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH/SIDA

Folio: _____

CUESTIONARIO:

INSTRUCCIONES: Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”.

Marque con una X de acuerdo a su percepción

1. Edad	18 a 29 años	30 a 39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	> 70 años

2. Género	Masculino	Femenino

3. Estado civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Divorciado	Viudo

4. Escolaridad	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado

5. Religión	Ninguna	Católica	Cristiana	Testigo de Jehová	Mormón	Otra

6. ¿Con quién vive?	solo	Madre y/o Padre	Otro miembro familiar (especificar)	Amigos	Pareja	Especificar si es: a. Hombre b. Mujer

7. Años de diagnóstico	menos de 10 años	más de 10 años

8. ¿Toma antirretroviral?	Si	No

De las siguientes aseveraciones marque con una X la respuesta que más se acerque a su realidad. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Pese a la enfermedad, mi familia se preocupa por mi bienestar					
2	Siento que algunos miembros de mi familia me aman					
3	Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida					
4	Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar esta enfermedad					
5	Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuánto se preocupa por mí					
6	Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia					
7	Desde que me dijeron que padecía de VIH/ SIDA, algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal					
8	Siento que algunos miembros de mi familia me animan					
9	Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar					
10	Me siento comprendido por algunos miembros de mi familiar					
11	Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan cuando me siento mal de salud					
12	A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponible para brindarme apoyo emocional					
13	Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme					
14	Mi familia se preocupa por mi estado de salud					
15	Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones					
16	Me siento respaldado por algunos miembros de mi familiar cuando hablo con ellos acerca de lo que me está pasando					
17	Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo					
18	Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme					
19	Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo					

Nuevamente, marque con una X la opción más válida según su punto de vista. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	DESCRIBA SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de todos 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 otras personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo nadie falta					
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 decidir quién hace las labores del hogar					

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en el Hospital General de Zona No. 24 IMSS Distrito Federal, a __ del mes de _____ del 2013
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	<u>Funcionalidad familiar y nivel de apoyo familiar percibido en el paciente portador de VIH/SIDA en el HGZ No. 24</u>
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

- **El objetivo del estudio es:** Determinar la funcionalidad familiar y la percepción del apoyo que le brinda la familia al sujeto con VIH/SIDA sobre HGZ No. 24 IMSS durante el año 2013
- **Se me ha explicado que mi participación consistirá:**

si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario con una ficha de identificación y de eventos individuales y familiares en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	<p style="text-align: center;">Dra. Santa Vega Mendoza 11660511</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE</p>
<p style="text-align: center;">_NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="text-align: center;">R3MF Carlos Noé Pino Hernández 9935664</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p> <p>México DF a ____ de ____ del 2013</p> <p>HGZ 24 Insurgentes</p>
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p> <p>México DF a ____ de ____ del 2013</p> <p>HGZ 24 Insurgentes</p>