



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DE LA SITUACION FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA EN EL HGZ/UMF N° 8”**

TESIS

**QUE REALIZO PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. GIEZI SHADDAI GARCIA LOPEZ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO

DR. MARCELO GUERRA OCHOA
ASESOR CLÍNICO

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, D.F. A JUNIO 2013.
NUMERO DE REGISTRO: 2013-3605-8



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.

“EVALUACIÓN DE LA SITUACION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA EN EL HGZ/UMF N°8”

AUTORES:

DRA. GIEZI SHADDAI GARCÍA LÓPEZ¹, DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO², DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO³, DR. MARCELO GUERRA OCHOA⁴.

1. MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF N°8, 2. COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGZ/UMF N°8, 3. PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF N°8. 4. MÉDICO INTERNISTA ADSCRITO AL SERVICIO DE CLISIDA DEL HGZ/UMF N°8.

OBJETIVO:

Evaluar la situación familiar en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF#8.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional. Con tabulación en SPSS, versión 20, en español, con proporción 0.003, un Intervalo de confianza 99% con amplitud total de 0.10. Se estudiaron 126 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA con aplicación de escalas APGAR familiar y FACES III: se aplicaron en el HGZ/UMF#8 del IMSS del D.F, México en el periodo comprendido de marzo a agosto del 2012. Criterios de exclusión: quien no aceptó firmar consentimiento informado, analfabetas, con alteraciones psiquiátricas o coeficiente intelectual que imposibilitaron responder encuestas.

RESULTADOS:

Predominó sexo masculino (65.10%), rango de edad 31 a 50 años (50%), promedio de edad 39.14 años. Según funcionalidad: Familias funcionales (69%) predominio femenino (75%); disfuncionales (39.1%). Según FACES III: equilibradas (43.7%) de las cuales fue superior en las mujeres (45.5%).

CONCLUSIONES:

Se encontró predominio de pacientes del sexo masculino (74%), edades entre 30 a 50 años (50%) promedio de edad 39.14 años. Según funcionalidad: Predominio de Familias funcionales (69%) con superioridad en pacientes femeninos (75%); disfuncionales (30.9%) con predominio en pacientes jóvenes en rango de edad 10 a 30 años (25.4%). Según FACES III: Predominio de familias equilibradas (43.7%) con superioridad femenina (45.5%). Dentro del manejo integral en salud es prioritario desarrollar un modelo clínico de divulgación que favorezca procesos de apoyo a nuestros pacientes y sus familias. Se proponen algunas intervenciones específicas en salud necesarias para brindar apoyo a las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA.

PALABRAS CLAVE

VIH; Situación familiar; APGAR familiar; FACES III

**“EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
VIH/SIDA DEL HGZ/UMF N°8.”**

AUTORIZACIONES

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud del Hospital General de
zona/Unidad de Medicina Familiar N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

ASESORES

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
zona/Unidad de Medicina Familiar N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor metodológico de tesis

Dr. Marcelo Guerra Ochoa
Especialista en Medicina Interna
Adscrito al Hospital General de zona/Unidad de Medicina Familiar N°8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor Clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Le agradezco por ser mi aliento en los momentos más difíciles y permitirme terminar lo que empecé.

A MI ESPOSO Y BEBÉ

Los tesoros más preciados que poseo; gracias por tu comprensión mi amor, por tu apoyo y amor incondicional, por la dulzura y compañía en mis momentos más vulnerables, en especial a ti mi bebe por llegar a este mundo y darme el aliento más grande para luchar en la vida.

A MIS PADRES

Por forjar en mi, un corazón con ideales y fortalezas para concluir este trabajo arduo.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS

Por su apoyo, paciencia y dedicación para poder terminar este proyecto. En especial a ti mi amiga Gyo, por tu apoyo y tu tiempo incondicional; Gracias.

INDICE

	PAG
1. MARCO TEÓRICO.....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
3. JUSTIFICACION.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
5. HIPOTESIS.....	20
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
6.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	20
6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
6.3 POBLACIÓN O UNIVERSO.....	22
6.4 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.....	22
6.5 MUESTRA.....	23
6.5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
6.5.2 DEFINICION DE CONCEPTOS DE LA MUESTRA.....	23
6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION.....	24
6.7 VARIABLES.....	25
6.7.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	26
6.7.2 DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES.....	27
7. DISEÑO ESTADÍSTICO.....	28
8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	29
9. METODO DE RECOLECCIÓN.....	30
10. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	30
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	31
12. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.....	32

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
14. RESULTADOS.....	34
15. DISCUSIÓN.....	58
16. CONCLUSIONES.....	62
17. BIBLIOGRAFÍA.....	64
18. ANEXOS.....	68

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

Una enfermedad crónica como lo es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), suele sacudir a el sistema familiar completo, afectando a todos sus integrantes, así como al funcionamiento general de la dinámica familiar. Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes, ante este tipo de crisis, juega un importante papel en su evolución ^{1,2}.

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles ante una enfermedad crónica, tanto para el hombre como para la mujer, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar ^{3,4}.

Según el Programa Conjunto de la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) del año 2012, esta epidemia sigue siendo uno de los problemas sanitarios más graves a nivel mundial, afectando a toda la orbe y cobrando más de 3 millones de vidas ⁵.

En la actualidad, y relacionado con el impacto de la infección-enfermedad, se tiende a considerar que la mayor sobrevida aunada a una inadecuada situación familiar en las personas que viven con VIH/SIDA, refuerzan la necesidad de desarrollar nuevos ámbitos de acción en salud ⁶.

ENFERMEDAD: VIH / SIDA

El VIH, es una enfermedad crónica progresiva y transmisible causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, cuyo blanco es el sistema inmune, al cual deteriora de forma gradual e irreversible y cuya expresión clínica final es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. De acuerdo al número de Linfocitos T-CD4 (TCD4), se reconocen 3 fases: 1. La primaria y crónica asintomática / Etapa A, durante ellas con frecuencia, la persona ignora su condición; 2. La etapa de síntomas / Etapa B, donde se presenta, el deterioro del sistema inmunológico; 3. SIDA ó etapa clínica / Etapa C, que de no mediar Tratamiento Antirretroviral (TAR), culmina en la muerte del paciente después de un período total de tiempo variable que, en promedio, es de 9 a 11 años, y según su categoría por TCD4: 1) $>500/\text{mm}^3$ A1, B1, C1, 2) $200-499/\text{mm}^3$ A2, B2, C2 y, 3) $<200/\text{mm}^3$ A3, B3 y C3 ⁷. Ver tabla 1 y 2 en anexos.

El SIDA, se define como el rompimiento del equilibrio entre una intensa replicación viral en linfocitos y macrófagos y disminución de la respuesta inmunológica del paciente con VIH, los cuales se miden por criterios serológicos confirmatorios y la existencia de alguno de los siguientes: a) Presencia de entidad clínica oportunista frecuente como: Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, neumonía por *Pneumocystis Jiroveci*, neumonía bacteriana recurrente, toxoplasmosis cerebral, criptococosis meníngea, síndrome de emaciación o desgaste ó alguna de las 26 entidades clínicas oportunistas listadas en el "Estadio C" de la clasificación clínica del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), b) Un recuento <200 CD4+/mm, o bien, porcentaje de TCD4+ $<14\%$ con respecto al total de linfocitos ⁸.

Las Recomendaciones nacionales sugieren iniciar tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) en pacientes con TCD4 ≤ 200 y en pacientes con Carga Viral (CV/VIH) alta $>100,000$ copias. El inicio de tratamiento antirretroviral en pacientes con <200 TCD4+/uL, mejora la supervivencia y disminuye el riesgo de infecciones oportunistas ^{9,10}.

Actualmente, en el cuadro básico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentran disponibles 19 fármacos divididos en 4 grupos: Inhibidores de la Transcriptasa Reversa (ITR), Inhibidores de la Proteasa (IP), Inhibidores de la Entrada o Fusión (IE) e Inhibidores de la Integrasa (II) que permiten cubrir las necesidades terapéuticas en la mayor proporción de los pacientes. Ver cuadro 4 en anexos ^{11,12}.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

Las primeras descripciones de los casos de VIH, se deben a los informes de Michael Stuart Gottlieb; 1980-1981 en Los Ángeles, California, EE.UU, quien junto a otros investigadores, publicó casos de una serie de cinco pacientes hombres jóvenes homosexuales que presentaban neumonía por germen oportunista siempre asociadas a una grave inmunodeficiencia. En 1981 se dio a conocer el estudio de 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, estableciéndose así de forma definitiva el comienzo de una epidemia. A finales de 1982, el número de casos con SIDA, empezó a aumentar de forma alarmante, extendiéndose a otros grupos de la población. Los estudios epidemiológicos indicaban que existía un agente infeccioso que la transmitía por vía sexual y sanguínea ¹³.

Cuando se tuvieron todos los elementos que señalaban hacia una nueva enfermedad, recibió en sus inicios varias denominaciones, tales como: síndrome del gay (homosexual) e inmunodeficiencia relacionada con el gay, entre otros, hasta que a mediados de 1982 quedó definido el nombre de SIDA ¹⁴.

EPIDEMIOLOGIA

A finales de 2011, la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), declaró, que las nuevas estimaciones indicaron que existen en el mundo cerca de 34 millones de personas que viven con VIH/SIDA, de los cuales, un 95% se encuentran en países subdesarrollados y 92.8% corresponden a pacientes adultos ¹⁵. Ver tabla 3 en anexos.

ONUSIDA, reporta en Latinoamérica, que más del 64% del total de casos registrados de VIH está concentrado en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), así como personas que se dedican al trabajo sexual y las que usan drogas inyectables. A partir del 2007 el contagio registrado entre mujeres ha superado al indicador para varones, de modo que se espera que la epidemia comience a adquirir un rostro femenino como en los países de África subsahariana. Según ONUSIDA y el Centro Nacional para la prevalencia y el control del VIH/SIDA (CENSIDA), el caso en México no es alentador, ya que para el año 2011, se presentaron alrededor de 151,614 casos de infecciones por VIH y 36,714 casos de SIDA, la mayor parte residentes del D.F y Estado de México ¹⁶.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública por el aumento del número de portadores de manera sostenida y exponencial, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de esta enfermedad ¹⁷.

Según ONUSIDA en 2011 estimó una prevalencia nacional de 0.30% en población general. En los últimos 5 años, el número de casos nuevos de VIH notificados por año se ha incrementado. La infección afecta principalmente a población joven y adulta; la mitad del total de las nuevas infecciones corresponden a personas menores de 25 años ¹⁸.

El término HSH, es utilizado en salud pública y acuñado en la década de los 90's por algunos epidemiólogos que estudiaban la propagación de las infecciones de transmisión sexual en varones, cualquiera que fuese su identidad sexual, pero que sostenían relaciones sexuales con varones. Este fue dado para definir los comportamientos sexuales de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres independientemente de la motivación que tengan para sostener este tipo de relaciones ^{19,20}.

En los últimos 10 años, el pronóstico y la calidad de vida de las personas con VIH se ha modificado sustancialmente debido al mejor conocimiento de la eficacia, tolerancia y durabilidad de los diferentes esquemas antirretrovirales y a la disponibilidad de un número creciente de los mismos ²¹.

Pero la epidemia, en tanto problema de salud pública, no afecta solamente a la persona portadora del virus sino también a su entorno familiar y social ²².

SITUACION FAMILIAR

La evaluación del proceso salud-enfermedad en las familias bajo un enfoque integrador de los elementos que intervienen en este proceso, ha ocupado a los médicos familiares y en general a los profesionales de la salud que participan en la atención primaria. La integración de una orientación familiar efectiva en la práctica cotidiana se ha manifestado como una tarea del médico familiar ²³.

Minuchin menciona que para la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquías y demarcaciones de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación ²⁴.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. Así mismo adaptabilidad, es la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida y se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas ²⁵.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en alguno(s) de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambios en los roles de sus integrantes. En la familia "sana", la funcionalidad es equilibrada; dicha característica influye en una adecuada interacción de los subsistemas familiares y su funcionalidad. Esta interacción produce un matiz propio a cada familia que la hace diferente de todas ²⁶

Bellón et al definen a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y es por tanto normofuncional ²⁷.

Es de gran importancia generar información sobre la familia como el contexto social más inmediato en el que transcurre la enfermedad VIH/SIDA ²⁸.

Suele asumirse que los enfermos de VIH/SIDA de sociedades con orientación comunitaria, como en México, cuentan con una red de apoyo familiar que no existe en sociedades con una orientación individualista (como los países desarrollados). 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 los límites de este recurso en nuestro país ²⁹.

La acumulación de evidencia en otros países sobre el funcionamiento de la estructura familiar en relación con el SIDA, ha obligado a una redefinición del concepto mismo de familia, y a una exploración en profundidad de los problemas que enfrentan las familias en su manejo del problema del SIDA ³⁰.

Se ha encontrado, que las familias de personas VIH positivas o con SIDA, son víctimas del proceso de estigmatización, que se asocian directamente a la forma en que manejan este problema de salud. Esta infección ha puesto al descubierto la fragilidad del sistema familiar sin importar la condición social, económica o cultural, y tiene repercusiones biológicas, sociales, económicas, psicológicas y de familia ³¹.

El efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema y ésta a la vez repercute y afecta al paciente ³².

Ya que cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, se contempla el todo y sus partes, así como las conexiones entre las partes, y se estudia el todo para poder comprender las partes ³³.

Es importante saber si existe apoyo familiar en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA pues esto influye o no en la aceptación de la enfermedad y en su evolución y pronóstico ³⁴.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de dinámica familiar y funciones familiares, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización ^{35,36}.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

APGAR es un instrumento creado por el investigador Smilkstein en el año de 1978. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar. Tiene como propósito evaluar la percepción de la persona acerca de su familia (calidad de vida). Es autoaplicable y consta de cinco ítems de las diferentes áreas en que dividen la función familiar (APGAR), para permitir el desarrollo en menor o mayor grado de sus integrantes ^{37,38}.

APGAR mide: Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares), Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares; se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas) ³⁹.

Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2 (casi nunca, a veces, casi siempre), obteniendo una puntuación de 7-10: normofuncional, 4-6: moderadamente disfuncional, y 0-3: gravemente disfuncional ⁴⁰.

APGAR, debe ser utilizado cuando, se requiera información a cerca de la funcionalidad familiar ante una persona enferma dentro de la familia, en un paciente nuevo en la consulta; para una evaluación basal y posterior, cuando la información sobre la funcionalidad familiar es esencial para el manejo de una familia en crisis ⁴¹.

Las ventajas de APGAR son, que es un instrumento de evaluación breve, con preguntas sencillas y concretas, con un tiempo de aplicación corto, aproximado de 3 minutos, va dirigida a personas desde los 11 años de edad en adelante y posee una buena consistencia interna y confiabilidad demostrada según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) quienes reportan una sensibilidad del 84% y una especificidad del 92% ⁴².

Las desventajas de APGAR, son posibles sesgos en las respuestas, y debido a la brevedad del cuestionario, la información obtenida es limitada ⁴³.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), es uno de los instrumentos utilizados para la evaluación del estilo de funcionamiento familiar de

David Olson y colaboradores, para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales. Es la tercera versión de la escala faces, que tiene como propósito la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar^{44,45}.

El proceso de traducción, con fiabilidad en versión en español y, adaptación transcultural de FACES III en población mexicana se realizó en los años 2001 y 2003 respectivamente en el Distrito Federal, por los doctores Gómez Clavelina y Arnulfo Irigoyen en un estudio con un coeficiente de fiabilidad interna que reporta un alfa de Cronbach de 0,70 concluyéndose como un valor alto y adecuado. Su versión original; anglosajona, desarrollada por Olson, et al reportó una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80^{46, 47}.

FACES III, es un instrumento de auto evaluación, consta de 20 reactivos, que puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años y permite clasificar a las familias en 16 combinaciones específicas de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (ver figura 1 en anexos). Está diseñado para obtener, tanto el funcionamiento familiar ideal, como el percibido⁴⁸.

Para Olson (1985), las familias más funcionales o “normales” están constituidas por aquellas que presenten un balance en estas dimensiones, y se les denomina familias equilibradas, es decir: flexible conectada, flexible separada, estructurada separada y estructurada conectada. Adicionalmente FACES III, propone indagar tanto la percepción real que tiene cada miembro de la familia como también la percepción ideal, de esta forma se puede establecer una identificación del grado de satisfacción con el funcionamiento familiar. De acuerdo a los planteamientos de Olson, se considera como las dimensiones más disfuncionales de la cohesión familiar aquellas que se ubican en los extremos del espectro (amalgamadas y desvinculadas); en cuanto a la adaptación familiar también se consideran los extremos como disfuncionales (rígidas y caóticas)⁴⁹.

ANTECEDENTES

En 1995, los investigadores Roberto Castro, Enrique Eroza y colaboradores, realizaron un estudio cualitativo en ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México llamado “Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar” en donde se realizaron 46 entrevistas a enfermos de VIH/SIDA, sus familiares y miembros de su red social para identificar los puntos críticos en la trayectoria de los pacientes y familiares de personas VIH positivas y con SIDA con el fin de desarrollar intervenciones educativas y de apoyo tanto material como emocional por parte de las asociaciones civiles e instituciones, obteniendo como resultados que es posible e importante identificar los puntos críticos en la respuesta y el apoyo familiar hacia este tipo de pacientes. Dentro de lo más destacado, se encontró que hay un rechazo en las relaciones familiares de las personas enfermas y sus relaciones son ambiguas pasando del apoyo al rechazo. Se concluyó con propuestas de intervención específicas de salud necesarias para brindar apoyo a las familias con uno o más miembros infectados por el VIH/SIDA ⁵⁰.

En el periodo de 1998-1999, los investigadores Violeta E. Vera y Ariel Estada Aguilera, realizaron un estudio longitudinal a pacientes que ingresaban al servicio de hospitalización y de Consulta externa del Hospital Juárez de México llamado “Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo”. Se estudiaron 39 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, y a sus familiares, con el objetivo de conocer, con qué apoyo cuentan en la familia, cuál es el conocimiento que tiene sobre su diagnóstico, los sentimientos que presentan, si platican sobre la situación, si hay modificación de acuerdo al número de integrantes de la familia, convivencia con la familia y actividades fuera de casa y cómo influye en el comportamiento de los paciente con VIH/SIDA y el apego a su tratamiento. Obtuvieron como resultados que el 64.70% tuvo apoyo familiar, con mayor apego al tratamiento y menor número de recaídas. Se concluyó que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y la enfermedad y que para ello, hace falta información y manejo en la familia y el paciente en forma conjunta ⁵¹.

En el año 2002, los investigadores Jiménez Ruiz G, et al, realizaron el estudio “La función familiar: VIH – SIDA” el cual fue tipo observacional, transversal. Este se realizó con el objetivo de determinar la adaptación familiar cuando uno de los miembros es portador de VIH/SIDA. Aplicaron Faces III a 18 pacientes con VIH/SIDA para valorar adaptabilidad y cohesión familiar. Obtuvieron como resultados que en 6 casos (25%) existió adaptabilidad y cohesión familiar y en 12 casos (75%) no se encontraron. Se obtuvo una $P < 0.01$ concluyendo que aun no existe apoyo familiar a los miembros de la familia que cursan con VIH – SIDA; sugiriendo conveniente realizar otros estudios sobre los factores que influyen para la no adaptación familiar ⁵².

En 1994, L. de la Revilla, B. Marcos Ortega, et al., realizaron un estudio de tipo observacional, transversal en 58 pacientes VIH (+) de la consulta de enfermedades infecciosas del Centro de Salud de Almanjajar; Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada Norte. Llamado "Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo" el cual llevó como objetivo conocer la percepción de salud y la función familiar en portadores de VIH asintomáticos. Utilizaron APGAR familiar encontrando disfunción familiar en el 46% de seropositivos concluyendo que el origen de esta, puede estar relacionada a la mala percepción de salud y el efecto estresante de ser seropositivo así como al bajo nivel de apoyo social ⁵³.

Nuestra finalidad, es determinar la situación familiar en relación a la funcionalidad y cohesión-adaptabilidad en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del HGZ/UMF n°8, que pueda servir como base para un adecuado algoritmo de manejo preventivo y de rehabilitación desde la perspectiva de el médico familiar, así como para estudios futuros relacionados con este enfoque.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la situación familiar en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8?

JUSTIFICACION:

El VIH/SIDA es una entidad que ha ido en aumento a nivel mundial y a pesar de ello, el tema es tomado aún como tabú a nivel familiar y social, lo cual no ha permitido el desarrollo libre de la sexualidad y la libre expresión. Es frecuente que se realicen estudios sobre la situación familiar en diversas patologías pues esta desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos. Por todo lo anterior es importante adentrarnos en el estudio de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA desde un enfoque del médico familiar, para así saber si existe o no apoyo familiar, pues esto conlleva a la aceptación de la enfermedad y por lo tanto el apego a sus tratamientos con la consecuente disminución de recaídas y complicaciones. Además, existen diferentes estudios e información en diversas partes del mundo que documentan, cómo algunos aspectos de la familia influyen en la evolución del paciente con VIH/SIDA, mas no así en nuestro país. Es por ello que surge la inquietud de estudiar en un ámbito que no es novedoso pero sí poco profundizado, con la posibilidad de evitar que estos pacientes progresen a un estado de inmunosupresión, complicación y/o muerte, todo ello por medio de terapias tanto individuales como familiares, por ser susceptible de modificación. Así como para mejorar los recursos humanos y económicos utilizados por las instituciones públicas debido a la importante demanda que conlleva esta patología y sus repercusiones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la situación familiar en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Identificar qué sexo y rango de edad en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA es más afectado en su funcionalidad familiar en el HGZ/UMF N°8.
- Evaluar qué sexo y rango de edad en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA es más afectado en su cohesión familiar en el HGZ/UMF N°8.
- Determinar qué sexo y rango de edad en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA es más afectado en su adaptabilidad familiar en el HGZ/UMF N°8.
- Analizar de acuerdo a sexo y rango de edad cuál es el tipo de familia que predomina según el modelo circunflejo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8.
- Valorar de acuerdo a sexo y edad, cuál es la frecuencia de familias equilibradas, medias y extremas según FACES III, en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8

HIPOTESIS:

Se realiza con fines de enseñanza.

HIPOTESIS NULA (H_0):

- ✓ La Situación familiar en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA no es mala

HIPOTESIS ALTERNA (H_1):

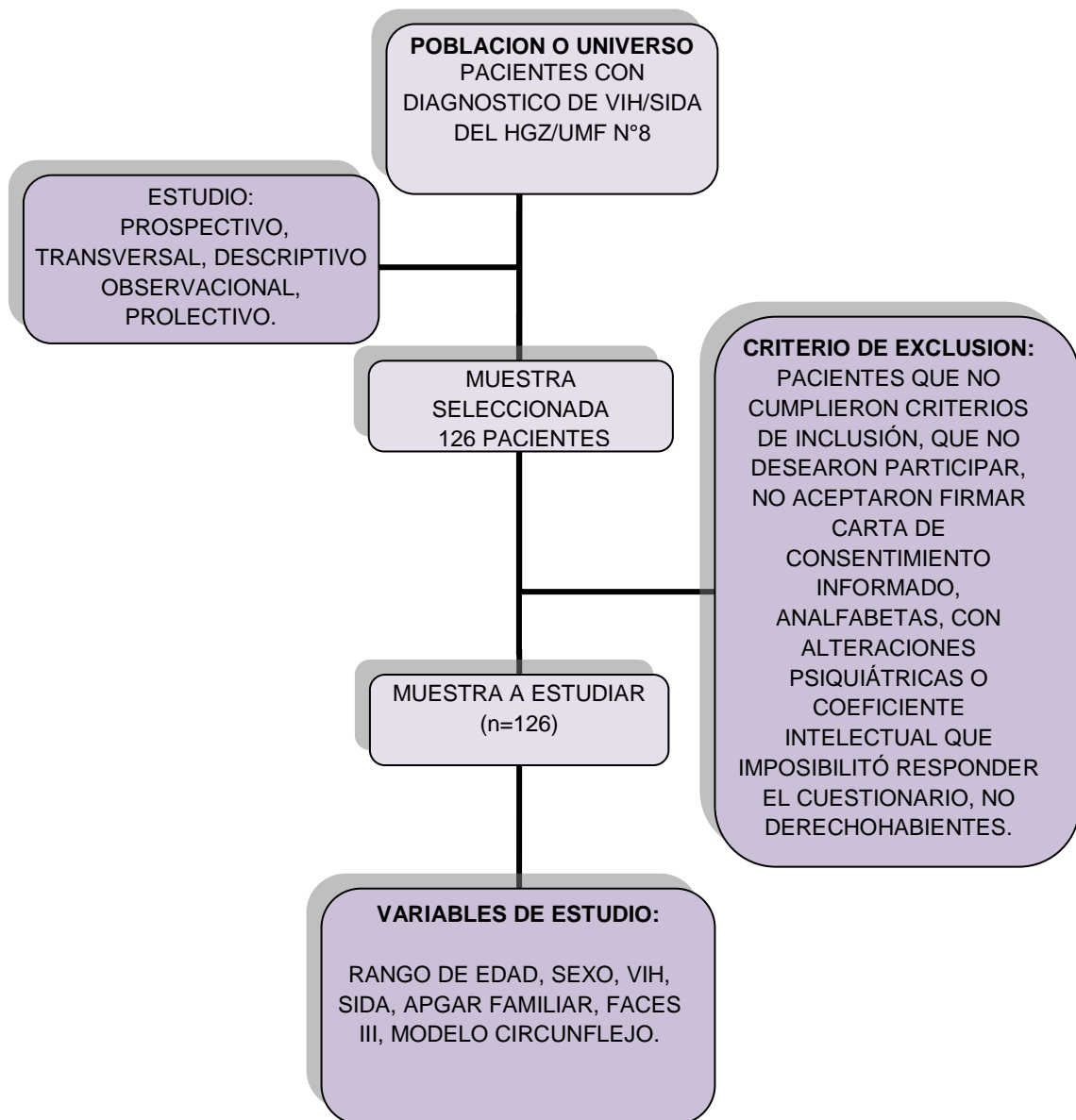
- ✓ La Situación familiar en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA es mala.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a).- Según temporalidad: PROSPECTIVO
- b).- Según número de mediciones que se realizan en cada sujeto de estudio para verificar ocurrencia del evento: TRANSVERSAL
- c).- Según número de poblaciones estudiadas: DESCRIPTIVOS
- d).- Según asignación de la exposición: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Elaboró: Dra. Giezi Shaddai García López.

POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA sin distinción de edad y sexo que acudieron a la consulta del servicio de CLISIDA de la unidad de Medicina Familiar N°8 del Hospital general de zona en el distrito federal, México. Esta fue una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio se realizó en la unidad de medicina familiar #8 del Hospital General de Zona "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS, delegación sur, ubicado en Av. Río Magdalena N°289, Colonia Tizapán, San Ángel, en el Distrito Federal, México.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica para una población finita necesaria fue de 126 pacientes con un intervalo de confianza de 99%, con una proporción de 0.003, con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N = Tamaño de la muestra

Z = Valor de alfa ó nivel de confianza (99%)

n = Tamaño de la población o universo (580)

p = Probabilidad de éxito o a favor esperada (0.10)

q = Probabilidad de fracaso ó en contra (0.10)

I = Máximo error muestral

$$N = \frac{Z^2 \cdot n \cdot (P)(Q)}{I^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot (P)(Q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Nuestra población diana fue:

- Pacientes beneficiarios IMSS con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA del servicio de CLISIDA.
- Sin distinción de edad ni sexo,
- Que acudieron a control en el HGZ/UMF 8.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron a los pacientes que:

- No cumplieron criterios de inclusión,
- No desearon participar,
- No aceptaron firmar carta de consentimiento informado,
- Analfabetas,
- Tuvieron alteraciones psiquiátricas y/o coeficiente intelectual que imposibilitó responder el cuestionario,
- No fueron derechohabientes.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Se eliminaron del estudio aquellos pacientes que:

- No contestaron el cuestionario de forma completa.

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION	1. RANGO DE EDAD 2. SEXO
ENFERMEDAD	1. VIH 2. SIDA
SITUACION FAMILIAR	1. APGAR 2. FACES III 3. MODELO CIRCUNFLEJO
VARIABLE DEPENDIENTE	SITUACIÓN FAMILIAR
VARIABLE INDEPENDIENTE	VIH/SIDA

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

RANGO DE EDAD , es la edad ó tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta incluida en un grupo de personas que concuerdan en una categoría de edad.
SEXO es la condición fenotípica que distingue a los hombres de las mujeres.
SITUACIÓN FAMILIAR representada por la circunstancia actual que atraviesa la familia medible por medio de dos o más parámetros de estudio familiar.
FUNCIONALIDAD es aquel estado en donde las familias cumplen todas sus funciones, además de permitir el desarrollo en menor o mayor grado de sus integrantes. Consiste en la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.
DISFUNCIONALIDAD estado en donde las familias no cumplen todas sus funciones que impide un correcto funcionamiento.
COHESION es el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia y se clasifica como desvinculadas, separadas, conectadas, y amalgamadas.
ADAPTABILIDAD es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo y se divide en rígida, estructurada, flexible y caótica.
MODELO CIRCUNFLEJO son aquellos resultados que surgen de la combinación de cohesión-adaptabilidad familiar y que se clasifican en 16 tipos de familias.
CLASIFICACION FAMILIAR DE ACUERDO A FACES III son los resultados que surgen de correlacionar los 16 tipos de familia del modelo circunflejo y que las clasifican en equilibradas, medias y extremas.
VIH es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana sin manifestaciones de enfermedad.
SIDA es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana con manifestaciones clínicas por un síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Elaboró: Giezi Shaddai García López.

**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
RANGO DE EDAD		CUALITATIVA	NOMINAL	1. 10 A 30 2. 31 A 50 3. 51 A 70
SEXO		CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
FUNCIONALIDAD SEGÚN APGAR		CUALITATIVA	ORDINAL	SEGÚN ESCALA DE MEDICION 1=FUNCIONAL 2=DISFUNCION LEVE 3=DISFUNCION GRAVE
FACES III	COHESION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=AMALGAMADA 2=CONECTADA 3=SEPARADA 4= DESVINCULADA
	ADAPTABILIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=RIGIDA 2=ESTRUCTURADA 3=FLEXIBLE 4=CAÓTICA
CLASIFICACION FAMILIAR DE ACUERDO A FACES III		CUALITATIVA	ORDINAL	1=EQUILIBRADAS 2=MEDIAS 3=EXTREMAS
COMBINACION FAMILIAR DE ACUERDO A MODELO CIRCUNFLEJO		CUALITATIVA	NOMINAL	1= FLEXIBLE SEPARADA 2= FLEXIBLE CONECTADA 3= ESTRUCTURAL SEPARADA 4= ESTRUCTURAL CONECTADA 5= CAÓTICA SEPARADA 6= CAÓTICA CONECTADA 7= FLEXIBLE DESAPEGADA 8= FLEXIBLE APEGADA 9= ESTRUCTURAL DESAPEGADA 10=ESTRUCTURAL APEGADA 11=RIGIDA SEPARADA 12=RIGIDA CONECTADA 13=CAÓTICA DESAPEGADA 14=CAÓTICA APEGADA 15=RIGIDA DESAPEGADA 16=RIGIDA APEGADA

Elaboró: Giezi Shaddai García López.

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS 20 de Windows 7. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda), de dispersión (Rango, varianza, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar), frecuencia y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita con un intervalo de confianza de 99% y un tamaño de la muestra de 126 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se utilizó escala de APGAR; instrumento creado por el investigador Smilkstein en el año de 1978, tiene como propósito evaluar la percepción de la persona acerca de su familia (calidad de vida). Es auto aplicable y consta de cinco ítems de las cinco diferentes áreas en que dividen la función familiar (APGAR), permitir el desarrollo en menor o mayor grado de sus integrantes. Mide: Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares), Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares; se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas). Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2 (casi nunca, a veces, casi siempre), obteniendo una puntuación de 7-10: normo funcional, 4-6: disfuncional moderada, y 0-3: gravemente disfuncional. Debe ser utilizado cuando, se requiera información a cerca de la funcionalidad familiar ante una persona enferma dentro de la familia, ante un paciente nuevo en la consulta; para una evaluación basal y posterior, cuando la información sobre la funcionalidad familiar es esencial para el manejo de una familia en crisis. Sus ventajas son: es un instrumento de evaluación breve, con preguntas sencillas y concretas, con un tiempo de aplicación corto, aproximado de 3 minutos, va dirigida a personas desde los 11 años de edad en adelante y posee una buena consistencia interna y confiabilidad demostrada según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) quienes reportan una sensibilidad de 84% y una especificidad del 92% Sus desventajas, son, posibles sesgos en las respuestas, información limitada debido a la brevedad del cuestionario.

Se aplicó Faces III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), instrumento creado por el investigador Osion y colaboradores, traducida al español en el 2001 y validado y aplicado en México en el 2003 por los doctores Gómez Clavelina y Arnulfo Irigoyen. Utilizada para la evaluación del estilo de funcionamiento familiar, para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales. Es la tercera versión de la escala faces, que tiene como propósito la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar. Dentro de adaptabilidad las divide en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Dentro de cohesión las divide en familias amalgamadas, conectadas, separadas y desvinculadas. Es un instrumento de auto evaluación, consta de 20 reactivos que puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Permite clasificar a las familias en 16 combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (ver figura 1 en anexos). Reportan una sensibilidad y especificidad del 70%. Este, propone indagar tanto la percepción real que tiene cada miembro de la familia como también la percepción ideal.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó la auto-aplicación de las Escalas APGAR y Faces III a los pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de CLISIDA para control en ambos turnos en el HGZ/UMF N°8 de Marzo 2012 a Agosto 2012. En primer lugar se proporcionó a los pacientes un consentimiento informado, previo a la realización de la entrevista para su llenado y de aceptar, se hizo la aplicación del mismo. Se dio un tiempo de 15 minutos para la realización de las escalas de evaluación. Toda esta información se obtuvo en un plazo de un año.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se aplicó la escala de medición APGAR y Faces III sin límite de edad, en forma individual a quienes pudieron leer y entender la información de la escala evitando la participación de los familiares. Si el administrador de la prueba sospechó que el nivel de lectura o entendimiento era inadecuado, trabajó con una primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tuvo dificultades para leer la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba. La prueba se realizó en 15 minutos. Durante la aplicación se hizo hincapié en que las respuestas no debían aceptar ayuda de otras personas. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, si fue posible, se dio la definición del cuestionario. El examinador revisó la prueba, para asegurar que solo una de las respuestas alternativas fuera señalada para cada pregunta. Se optimizó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico del estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°8

TESIS
**“EVALUACIÓN DE LA SITUACION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA
 EN EL HGZ/UMF N°8.**
 2012-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS	X	X	X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X	X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

RECURSOS HUMANOS:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador; médico residente de Medicina Familiar, quien aplicó los cuestionarios y recolectó los datos. Contó con la orientación de dos asesores de investigación, clínico y metodológico como de un director de tesis.

RECURSOS MATERIALES Y FISICOS:

Para la realización de esta investigación, se utilizó para la captura de datos una computadora portátil Gateway 2011, con procesador Pentium Windows 7, y un disco compacto en los cuales se efectuó el análisis estadístico a través de los programas Excel y SPSS 20 así como el almacenamiento de datos. Servicio de fotocopiado para reproducir la escala de medición APGAR y Faces III, lápices y borradores.

FINANCIAMIENTO:

Todos los gastos derivados de esta investigación fueron absorbidos por residente de segundo año de medicina familiar quien realizó el estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no se contraponen con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Médica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

NOTA: Consentimiento informado se encuentra en anexos

RESULTADOS

- De los 126 pacientes que se estudiaron, se encontró que el predominio de sexo es 82 (65.10%) hombres y 44 (34.90%) mujeres. (Ver anexo tabla y gráfico 1)
- Se analizó predominio de rango de edad obteniendo una frecuencia de: 63 (50%) entre 30 a 50 años, 32 (25.40%) entre 10 a 30 años y 31 (24.60%) entre 50 a 70 años. (Ver anexo tabla y gráfico 2)
- Se encontró, la media de edad en 39.14 años, con un valor mínimo de 19 años y un valor máximo de 63 años, una moda de 34 años, una mediana de 37 años y una desviación estándar de 12.034 años.
- En el rubro de funcionalidad familiar según APGAR, se observó una fracción de: 87 (69.0%) familias funcionales, 27 (21.40%) familias con disfunción moderada, 12 (9.50%) familias con disfunción severa. (Ver anexo tabla y gráfico 3)
- En el apartado de cohesión familiar, se halló que: 61 (48.40%) familias conectadas, 29 (23.0%) familias amalgamadas, 20 (15.90%) familias separadas, 16 (12.7%) familias desvinculadas. (Ver anexo tabla y gráfico 4)
- En la sección de adaptabilidad familiar, se comparó el porcentaje resultando en: 56 (44.40%) familias estructuradas, 38 (30.20%) familias rígidas, 22 (17.50%) familias flexibles y 10 (7.90%) familias caóticas. (Ver anexo tabla y gráfico 5)
- En el conjunto de clasificación familiar según FACES III, se investigó una frecuencia de: 55 (43.70%) familias equilibradas, 49 (38.90%) familias medias y 22 (17.50%) familias extremas. (Ver anexo tabla y gráfico 6)
- En el componente de modelo circunflejo, se valoró una frecuencia de: 29 (23.0%) familias estructurales conectadas, 18 (14.30%) familias rígidas conectadas, 13 (10.30%) familias estructurales apegadas, 11 (8.70%) familias estructurales separadas, 10 (7.90%) familias flexibles conectadas, 9 (7.10%) familias rígidas apegadas, 8(6.30%) familias rígidas desapegadas, 6 (4.80%) familias flexibles apegadas, 5 (4.0%) familias flexibles separadas, 4 (3.20%) familias caóticas desapegadas, 4 (3.20%) familias caóticas conectadas, 3 (2.4%) familias rígidas separadas, 2 (1.60%) familias estructurales desapegadas, 2 (1.60%) familias flexibles desapegadas, 1 (0.80%) familia caótica separada y 1 (0.80%) familia caótica apegada. (Ver anexo tabla y gráfico 7)

- En el rubro de sexo y funcionalidad familiar según APGAR, se juzgó una frecuencia en: Mujeres, 33 (75.0%) familias funcionales, 8 (18.20%) familias con disfunción moderada y 3 (6.80%) familias con disfunción severa. En hombres, 54 (65.90%) familias funcionales, 19 (23.20%) familias con disfunción moderada y 9 (11.0%) familias con disfunción grave. (Ver anexo tabla y gráfico 8)
- En la variable de sexo y cohesión familiar, se acertó con una frecuencia en: Mujeres, 18 (40.90%) familias conectadas, 11 (25.0%) familias amalgamadas, 11 (25.0%) familias separadas y 4 (9.10%) familias desvinculadas. Hombres, 43 (52.40%) familias conectadas, 18 (22.0%) familias amalgamadas, 12 (14.60%) familias desvinculadas y 9 (11.0%) familias separadas. (Ver anexo tabla y gráfico 9)
- En el agregado de sexo y adaptabilidad familiar según FACES III, se averiguó una frecuencia en: Mujeres, 21 (47.70%) familias estructuradas, 12 (27.30%) familias rígidas, 7 (15.90%) familias flexibles y 4 (9.10%) familias caóticas. En Hombres, 35 (42.70%) familias estructuradas, 26 (31.70%) familias rígidas, 15 (18.30%) familias flexibles y 6 (7.30%) familias caóticas. (Ver anexo tabla y gráfico 10)
- En la unidad de sexo y clasificación familiar según FACES III, se apreció en: Mujeres, 20 (45.50%) familias equilibradas, 17 (38.60%) familias medias y 7 (15.90%) familias extremas. En hombres, 35 (42.70%) familias equilibradas, 32 (39.0%) familias medias y 15 (18.30%) familias extremas. (Ver anexo tabla y gráfico 11)
- En lo referente a la relación sexo y modelo circunflejo, se comparó una frecuencia en: Mujeres de, 10 (22.70%) familias estructuradas conectadas, 7 (15.90%) familias estructuradas separadas, 5 (11.40%) familias rígidas conectadas, 4 (9.10%) familias rígidas apegadas, 3 (6.80%) familias flexibles apegadas, 3 (6.80%) familias estructuradas apegadas, 2 (4.50%) familias rígidas separadas, 2 (4.50%) familias flexibles separadas, 2 (4.50%) familias caóticas conectadas, 1 (2.30%) familia flexible conectada, 1 (2.30%) familia flexible desapegada, 1 (2.30%) familia estructurada desapegada, 1 (2.30%) familia caótica desapegada, 1 (2.30%) familia caótica apegada, 1 (2.30%) familia rígida desapegada, 0 (0%) familias caóticas separadas. Hombres, 19 (23.20%) familias estructuradas conectadas, 13 (15.90%) familias rígidas conectadas, 10 (12.20%) familias estructuradas apegadas, 9 (11.0%) familias flexibles conectadas, 7 (2.30%) familias rígida desapegada, 5 (2.30%) familias rígidas apegadas, 4 (4.90%) familias estructuradas separadas, 3 (3.70%) familias flexibles separadas, 3 (3.70%) familias caóticas desapegadas, 3 (3.70%) familias flexibles apegadas, 2 (2.40%) familias caóticas conectadas, 1 (1.20%) familia caótica separada, 1 (1.20%) familia flexible desapegada, 1 (1.20%) familia estructurada desapegada, 1 (2.30%)

familia rígida separada, 0 (0%) familias caóticas apegadas. (Ver anexo tabla y gráfico 12)

- En el elemento de correlación rango de edad y funcionalidad familiar según APGAR, se calificó en: 10 a 30 años, 18 (56.20%) familias funcionales, 9 (28.10%) familias con disfunción moderada y 5 (15.60%) familias con disfunción grave. 30 a 50 años, 45 (71.40%) familias funcionales, 13 (20.60%) familias con disfunción moderada y 5 (7.90%) familias con disfunción grave. 50 a 70 años, 24 (77.40%) familias funcionales, 5 (16.10%) familias con disfunción moderada y 2 (6.50%) familias con disfunción grave. (Ver anexo tabla y gráfico 13)
- En el componente correlación de rango de edad y cohesión familiar, se valoró: De 10 a 30 años, 11 (34.40%) familias conectadas, 10 (31.20%) familias amalgamadas, 7 (21.90 %) familias separadas y 4 (12.50%) familias desvinculadas. De 30 a 50 años, 28 (44.40%) familias conectadas, 14 (22.20%) familias amalgamadas, 11 (17.50%) familias separadas y 10 (15.90%) familias desvinculadas. De 50 a 70 años, 22 (71.0%) familias conectadas, 5 (16.10%) familias amalgamadas, 2 (6.50%) familias separadas y 2 (6.50%) familias desvinculadas. (Ver anexo tabla y gráfico 14)
- En la sección de correspondencia rango de edad y adaptabilidad familiar, se halló que: De 10 a 30 años, 13 (40.60%) familias estructuradas, 8 (25.0%) familias rígidas, 8 (25.0%) familias flexibles y 3 (9.40%) familias caóticas. De 30 a 50, 29 (46.0%) familias estructuradas, 20 (31.70%) familias rígida, 9 (14.30%) familias flexibles y 5 (7.90%) familias caóticas. De 50 a 70, 14 (45.20%) familias estructuradas, 10 (32.30%) familias rígidas, 5 (16.10%) familias flexibles y 2 (6.50%) familias caóticas. (Ver anexo tabla y gráfico 15)
- En el apartado de paralelismo rango de edad y clasificación de familia según FACES III, se obtuvo una frecuencia de: 10 a 30 años, 14 (43.80%) familias equilibradas, 11 (34.40%) familias medias y 7 (1.90%) familias extremas. De 30 a 50 años, 26 (41.30%) familias equilibradas, 25 (39.7%) familias medias y 12 (19.0%) familias extremas. De 50 a 70 años, 15 (48.40%) familias equilibradas, 13 (41.90%) familias medias y 3 (9.70%) familias extremas. (Ver anexo tabla y gráfico 16)
- En el conjunto de rango de edad y modelo circunflejo se investigó que: De 10 a 30 años, 4 (12.50%) familias flexibles conectadas, 4 (12.50%) familias estructuradas separadas, 4 (12.50%) familias estructuradas conectadas, 4 (12.50 %) familias estructuradas apegadas, 4 (12.50%) familias rígidas apegadas 3 (9.40%) familias rígidas conectadas, 2 (6.20%) familias flexibles separadas, 2 (6.20%) familias flexibles desapegadas, 1 (3.10%) familia flexible apegada, 1 (3.10%) familia caótica separada, 1 (3.10%) familia caótica desapegada, 1 (3.10%) familia caótica apegada, 1 (3.10%) familia

rígida desapegada, 0 (0.0%) familias caóticas conectadas, 0 (0.0%) familias estructuradas desapegadas y 0 (0.0%) familias rígidas separadas. De 30 a 50 años, 15 (23.80%) familias estructuradas conectadas, 7 (11.10%) familias rígidas conectadas, 6 (9.50%) familias estructuradas separadas, 6 (9.50%) familias estructuradas apegadas, 6 (9.50%) familias rígida desapegadas, 4 (6.30%) familias flexibles apegadas, 4 (6.30%) familias rígidas apegadas, 3 (4.80%) familias flexibles conectadas, 3 (4.80%) familias caóticas conectadas, 3 (4.80%) familias rígidas separadas, 2 (3.20%) familias estructuradas desapegadas, 2 (3.20%) familias flexibles separadas, 2 (3.20%) familias caóticas desapegadas, 0 (0.0%) familias caóticas separadas, 0 (0.0%) familias flexibles desapegadas, y 0 (0.0%) familias caóticas apegadas. De 50 a 70, 10 (32.30%) familias estructuradas conectadas, 8 (25.80%) familias rígidas conectadas, 3 (9.70%) familias flexibles conectadas, 3 (9.70%) familias estructuradas apegadas, 1 (3.20%) familia flexible separada, 1 (3.20%) familia estructurada separada, 1 (3.20%) familia caótica conectada, 1 (3.20%) familia caótica desapegada, 1 (3.20%) familia flexible apegada, 1 (3.20%) familia rígida desapegada, 1 (3.20%) familia rígida apegada, 0 (0.0%) familias caóticas separadas, 0 (0.0%) familias flexibles desapegadas, 0 (0.0%) familias estructuradas desapegadas, 0 (0.0%) familias rígidas separadas y 0 (0.0%) familias caóticas apegadas. (Ver anexo tabla y gráfico 17)

SEXO

FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	82	65.10
Mujeres	44	34.90
Total	126	100

Tabla 1. Frecuencia de acuerdo a Sexo

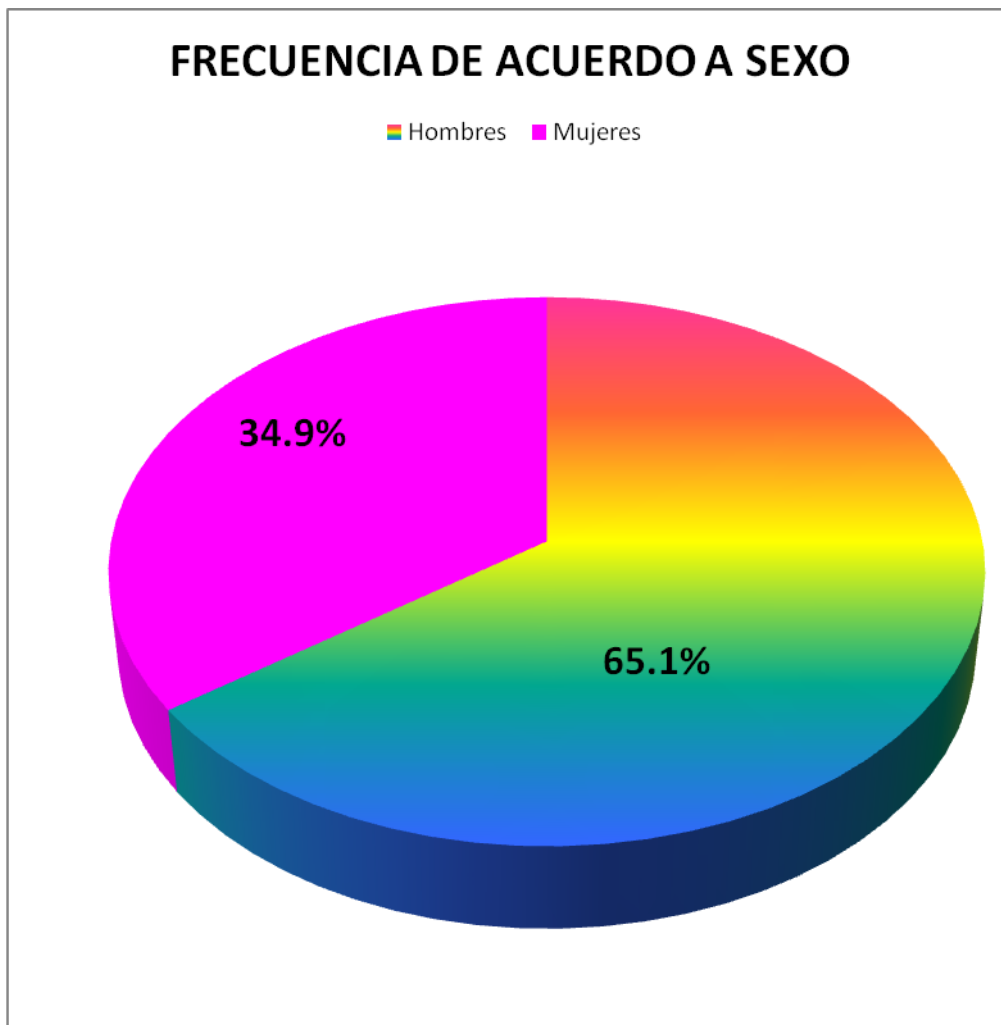


Tabla. 1 Frecuencia de acuerdo a Sexo

RANGO DE EDAD

FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD		
RANGO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
10 a 30	32	25.40
31 a 50	63	50.0
51 a 70	31	24.60
Total	126	100

Tabla 2. Frecuencia de acuerdo a Rango de edad

RANGO DE EDAD

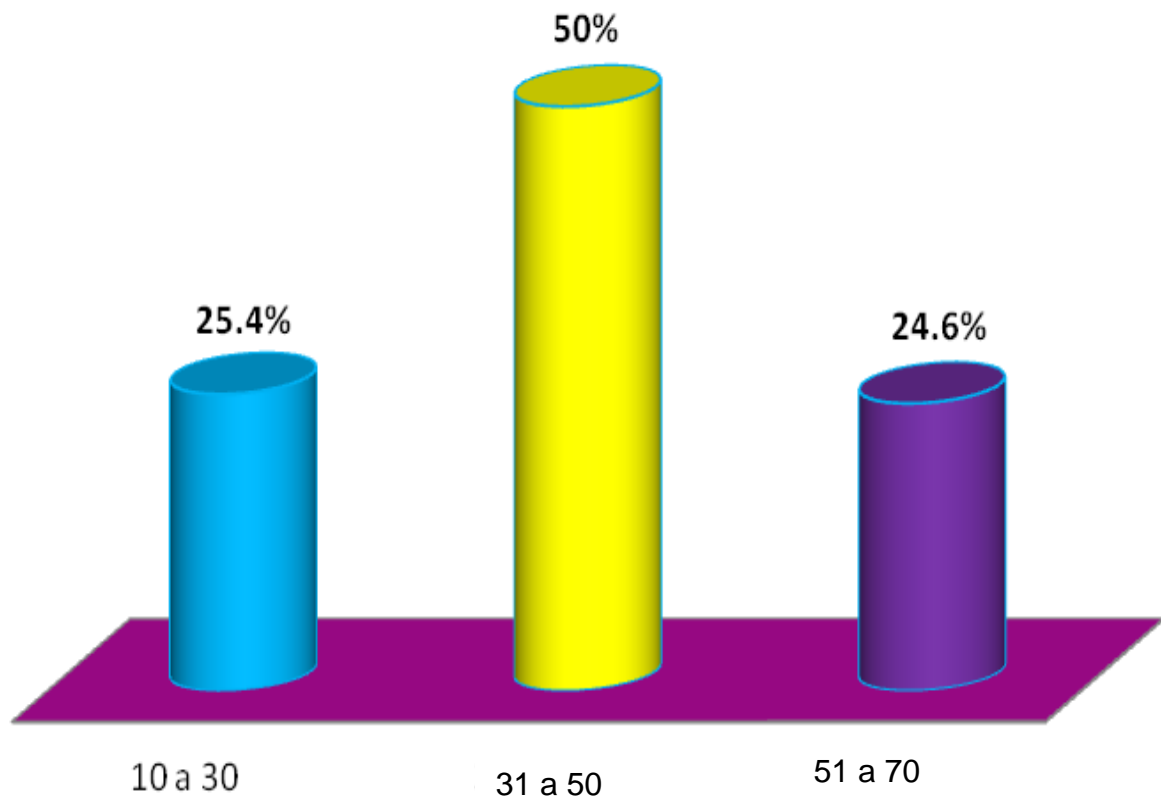


Gráfico 2. Frecuencia de acuerdo a Rango de edad

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FRECUENCIA DE ACUERDO A FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	87	69.0
Disfunción moderada	27	21.40
Disfunción severa	12	9.50
Total	126	100

Tabla 3. Frecuencia de acuerdo a Funcionalidad familiar

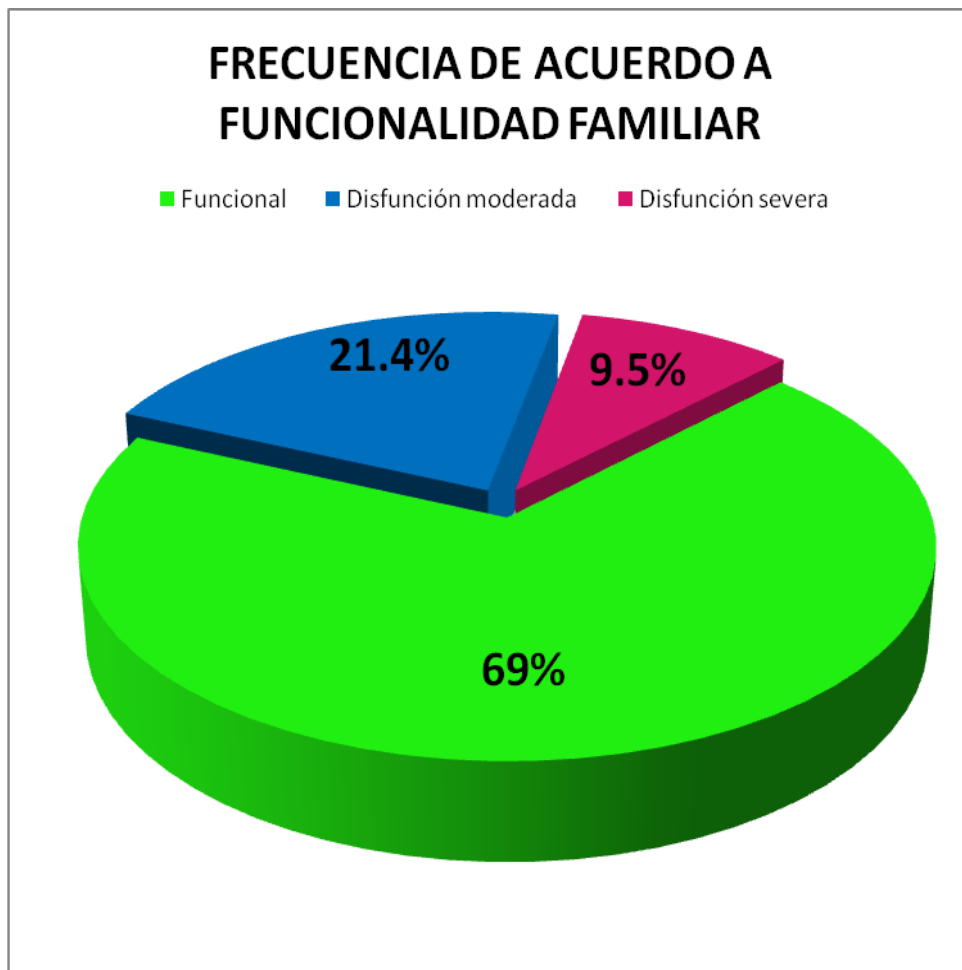


Gráfico 3. Frecuencia de acuerdo a Funcionalidad familiar

COHESION

FRECUENCIA DE ACUERDO A COHESION FAMILIAR		
COHESION FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje (%)
Amalgamada	29	23.0
Conectada	61	48.40
Separada	20	15.90
Desvinculada	16	12.70
Total	126	100

Tabla 4. Frecuencia de acuerdo a Cohesión familiar

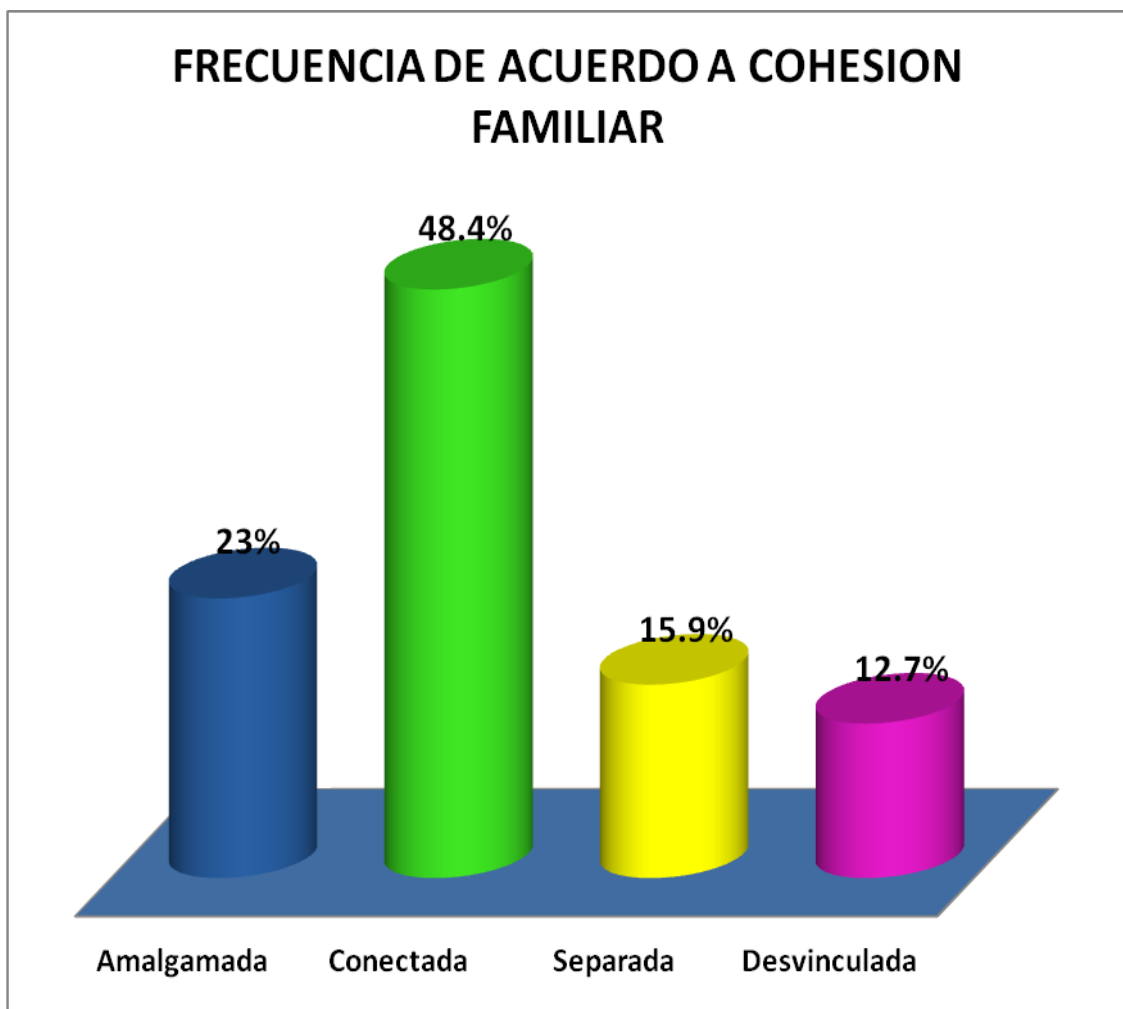


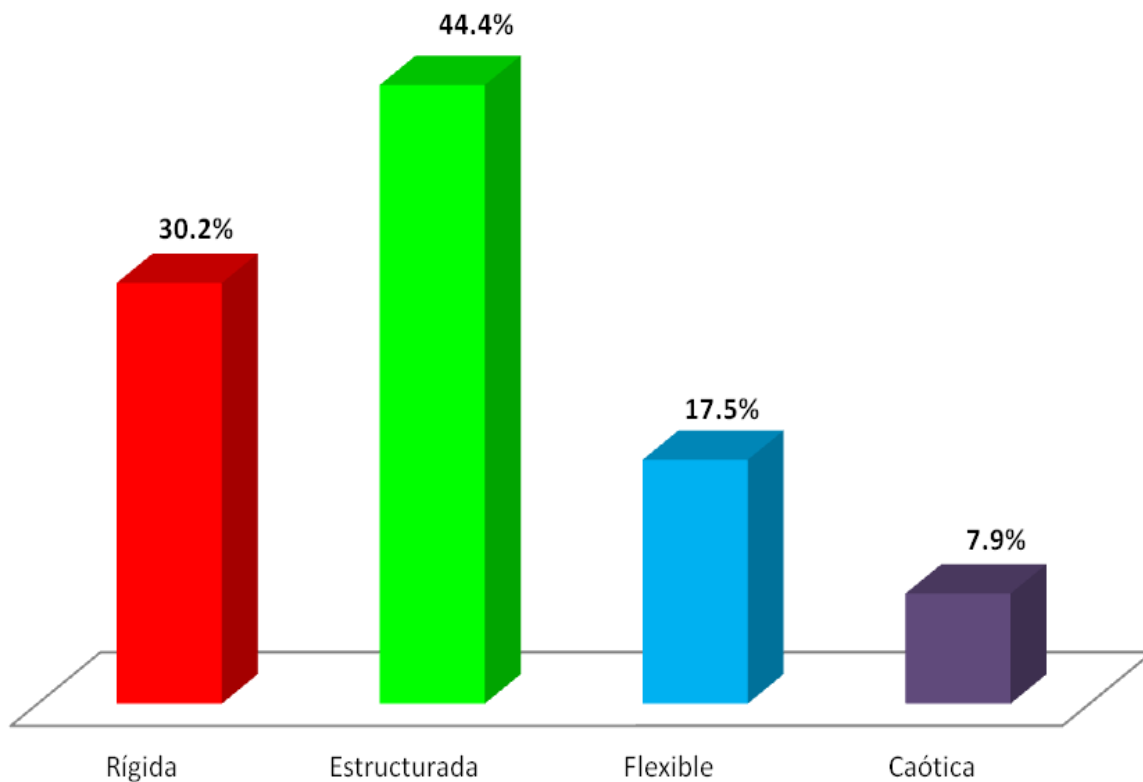
Gráfico 4. Frecuencia de acuerdo a Cohesión familiar

ADAPTABILIDAD

FRECUENCIA DE ACUERDO A ADAPTABILIDAD FAMILIAR		
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rígida	38	30.2
Estructurada	56	44.40
Flexible	22	17.50
Caótica	10	7.90
Total	126	100

Tabla 5. Frecuencia de acuerdo a Adaptabilidad familiar

ADAPTABILIDAD FAMILIAR



Cuadro 5. Frecuencia de acuerdo a Adaptabilidad familiar

CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III

FRECUENCIA DE CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III		
CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III	Frecuencia	Porcentaje (%)
Equilibrada	55	43.70
Media	49	38.90
Extrema	22	17.50
Total	126	100

Tabla 6. Frecuencia de acuerdo a Clasificación familiar según FACES III

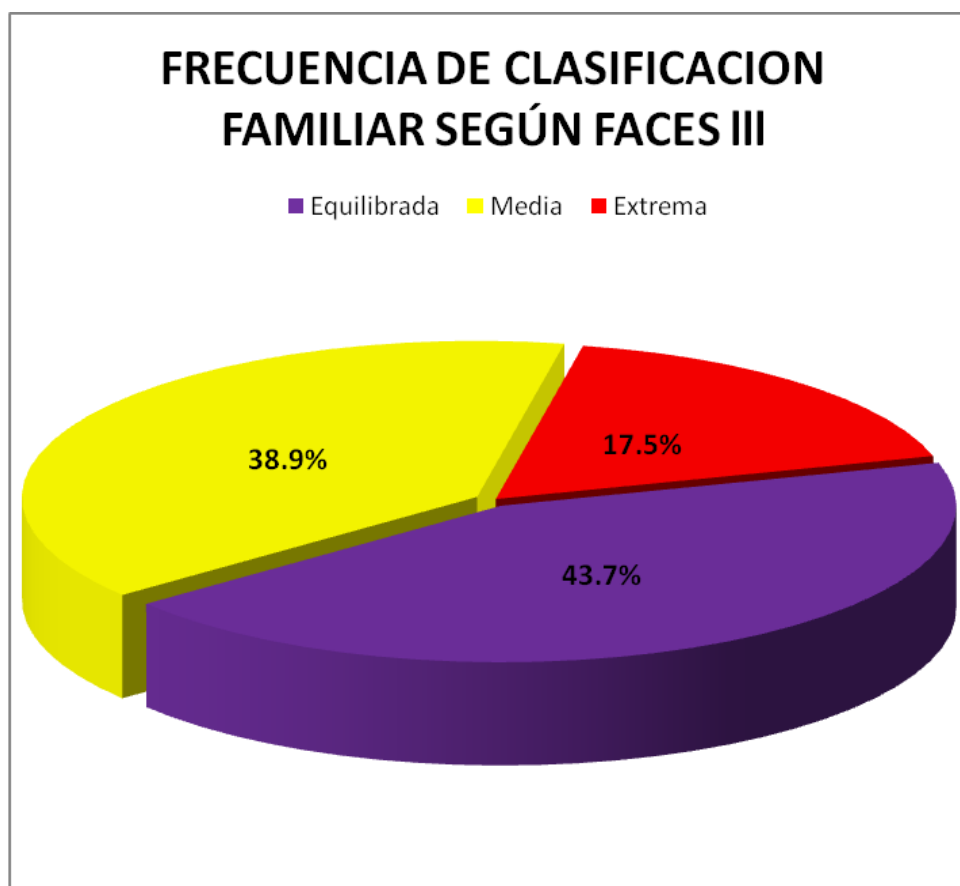


Gráfico 6. Frecuencia de Clasificación familiar según FACES III

MODELO CIRCUNFLEJO

FRECUENCIA DE ACUERDO A MODELO CIRCUNFLEJO		
MODELO CIRCUNFLEJO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Flexible separada	5	4.0
Flexibles conectada	10	7.90
Estructural separada	11	8.70
Estructural conectada	29	23.0
Caótica separada	1	0.80
Caótica conectada	4	3.20
Flexible desvinculada	2	1.60
Flexible amalgamada	6	4.80
Estructural desvinculada	2	1.60
Estructural amalgamada	13	10.30
Rígida separada	3	2.40
Rígida conectada	18	14.30
Caótica desvinculada	4	3.20
Caótica amalgamada	1	0.80
Rígida desvinculada	8	6.30
Rígida amalgamada	9	7.10
Total	126	100

Tabla 7. Frecuencia de acuerdo a Modelo circunflejo

FRECUENCIA DE ACUERDO A MODELO CIRCUNFLEJO

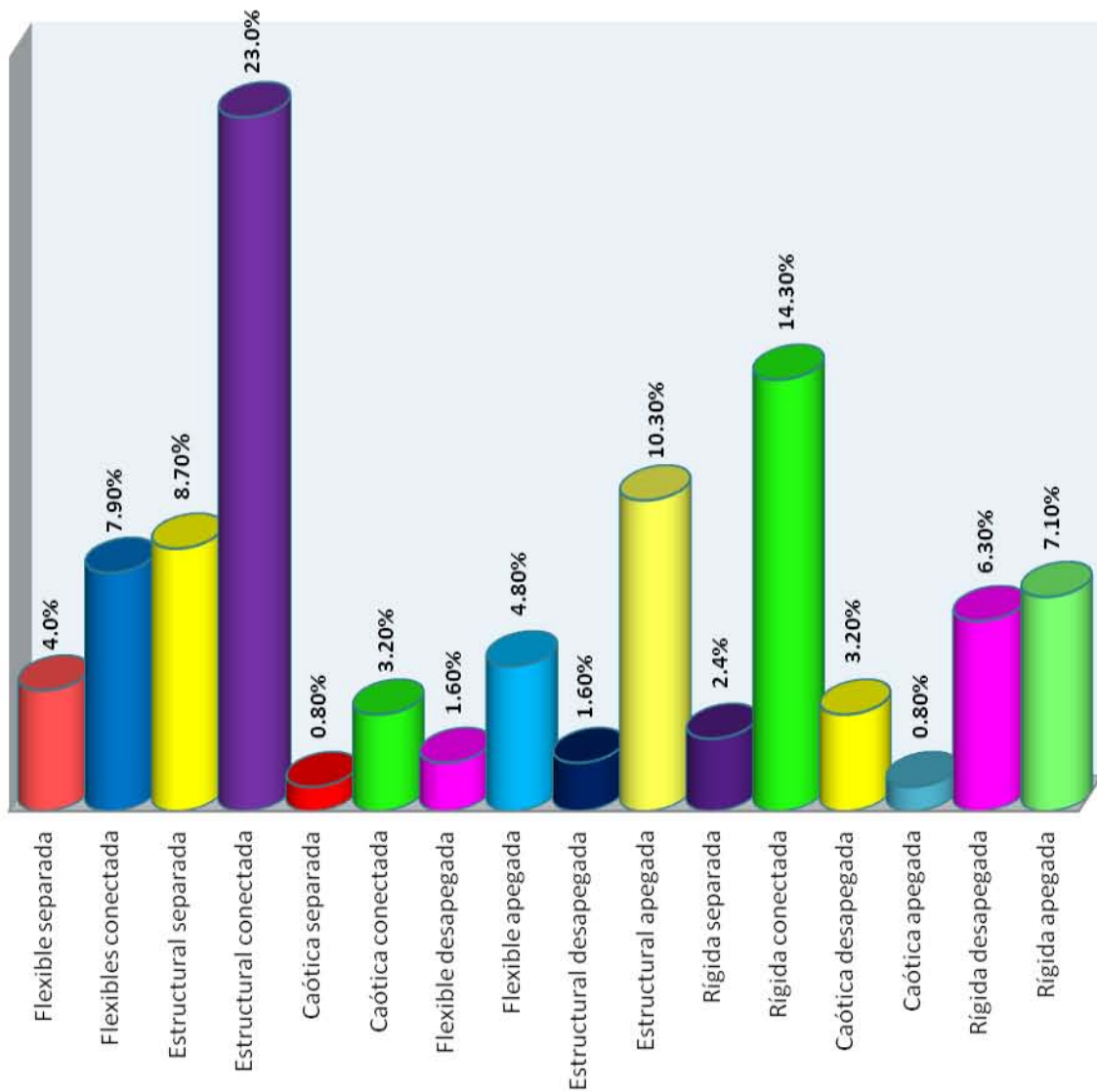


Gráfico 7. Frecuencia de acuerdo a Modelo circunflejo

SEXO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RELACION SEXO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
SEXO	Funcional		Disfunción moderada		Disfunción severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Mujer	33	75.0	8	18.20	3	6.80	44	100
Hombre	54	65.90	19	23.20	9	11.0	82	100

Tabla 8. Relación Sexo y funcionalidad familiar

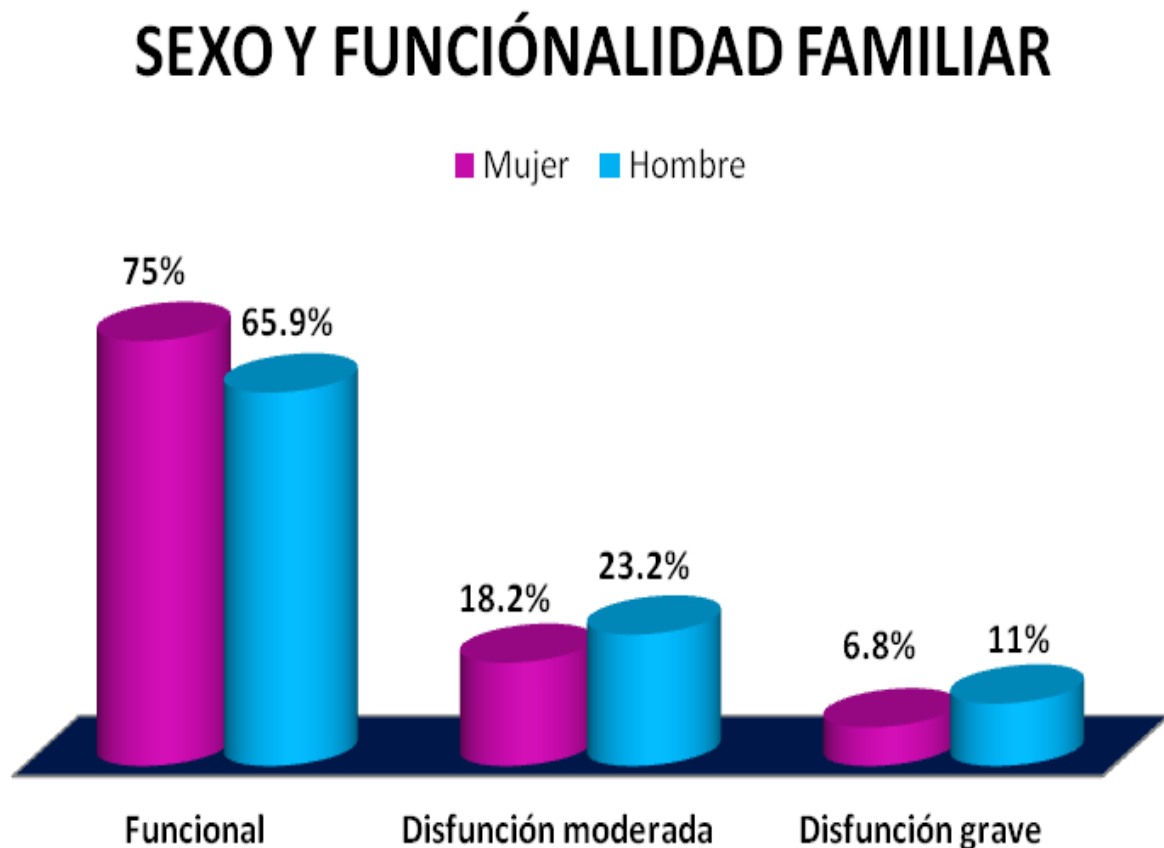


Gráfico 8. Relación Sexo y funcionalidad familiar

SEXO Y COHESION FAMILIAR

RELACIÓN SEXO Y COHESIÓN FAMILIAR										
SEXO	COHESIÓN FAMILIAR									
	Amalgamada		Conectada		Separada		Desvinculada		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Mujer	11	25.0	18	40.90	11	25.0	4	9.10	44	100
Hombre	18	22.0	43	52.4	9	11.0	12	14.60	82	100

Tabla 9. Relación Sexo y Cohesión familiar

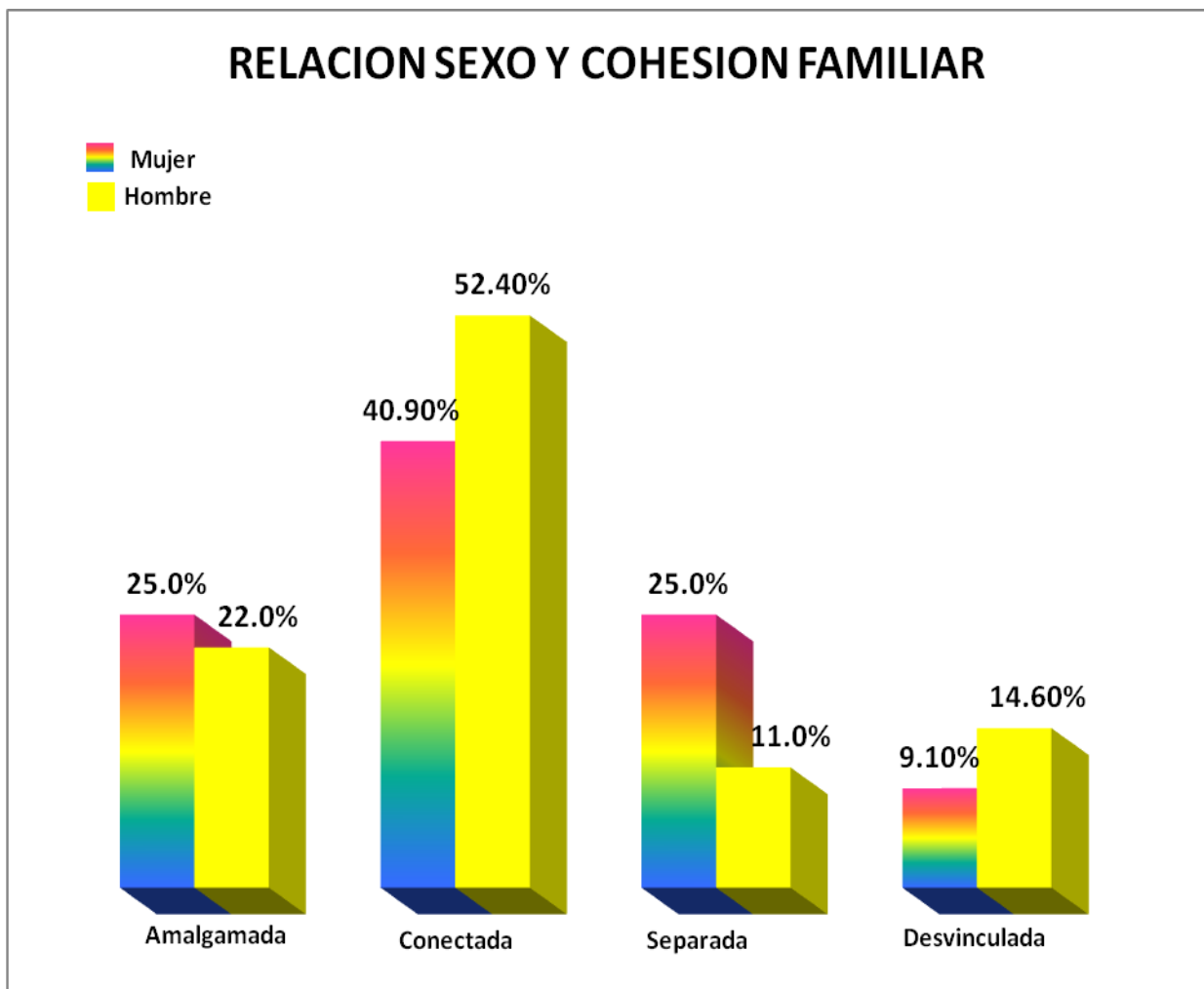


Gráfico 9. Relación Sexo y Cohesión familiar

SEXO Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

RELACION SEXO Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR										
SEXO	ADAPTABILIDAD FAMILIAR									
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Mujer	12	27.30	21	47.70	7	15.90	4	9.10	44	100
Hombre	26	31.70	35	42.70	15	18.30	6	7.30	82	100

Tabla 10. Relación Sexo y Adaptabilidad familiar

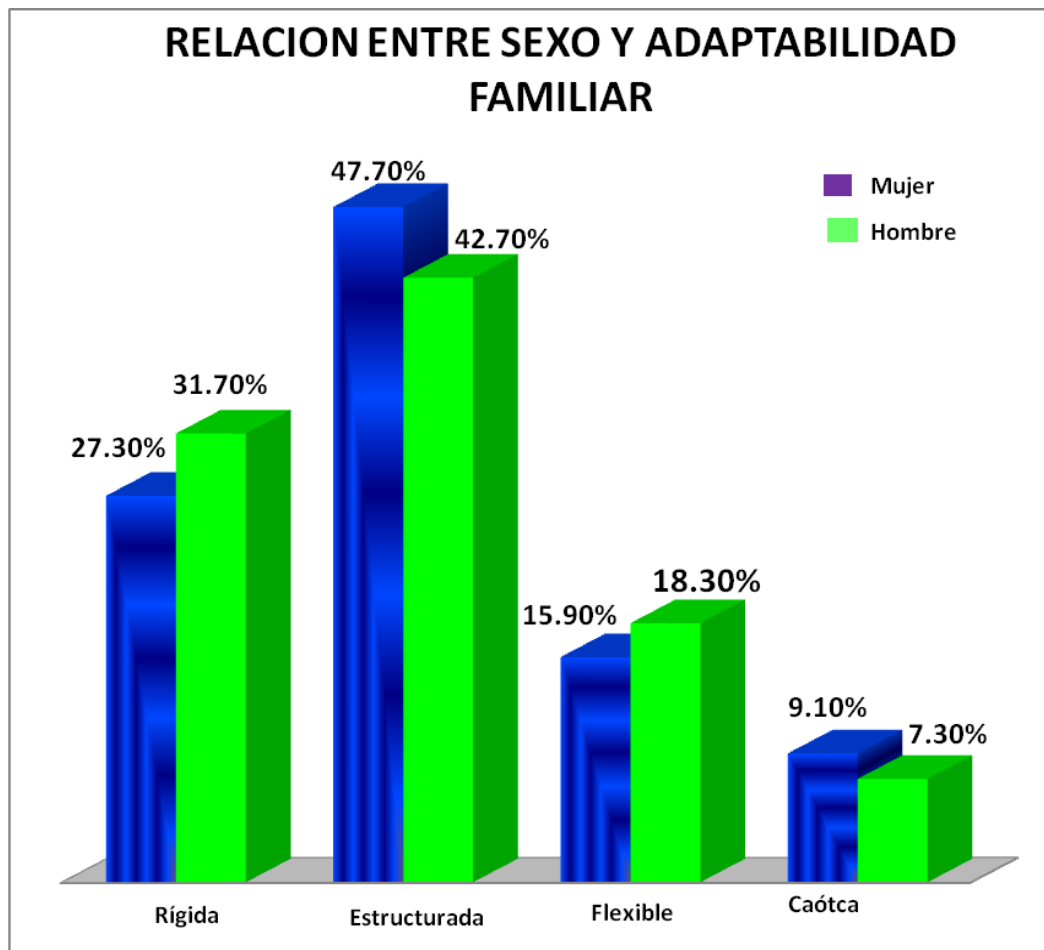


Gráfico 10. Relación Sexo y adaptabilidad familiar

SEXO Y CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN FACES III

RELACION SEXO Y CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN FACES III								
SEXO	CLASIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN FACES III							
	Equilibrada		Media		Extrema		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Mujer	20	45.50	17	38.60	7	15.90	44	100
Hombre	35	42.70	32	39.0	15	18.30	82	100

Tabla 11. Relación Sexo y Clasificación familiar según FACES III

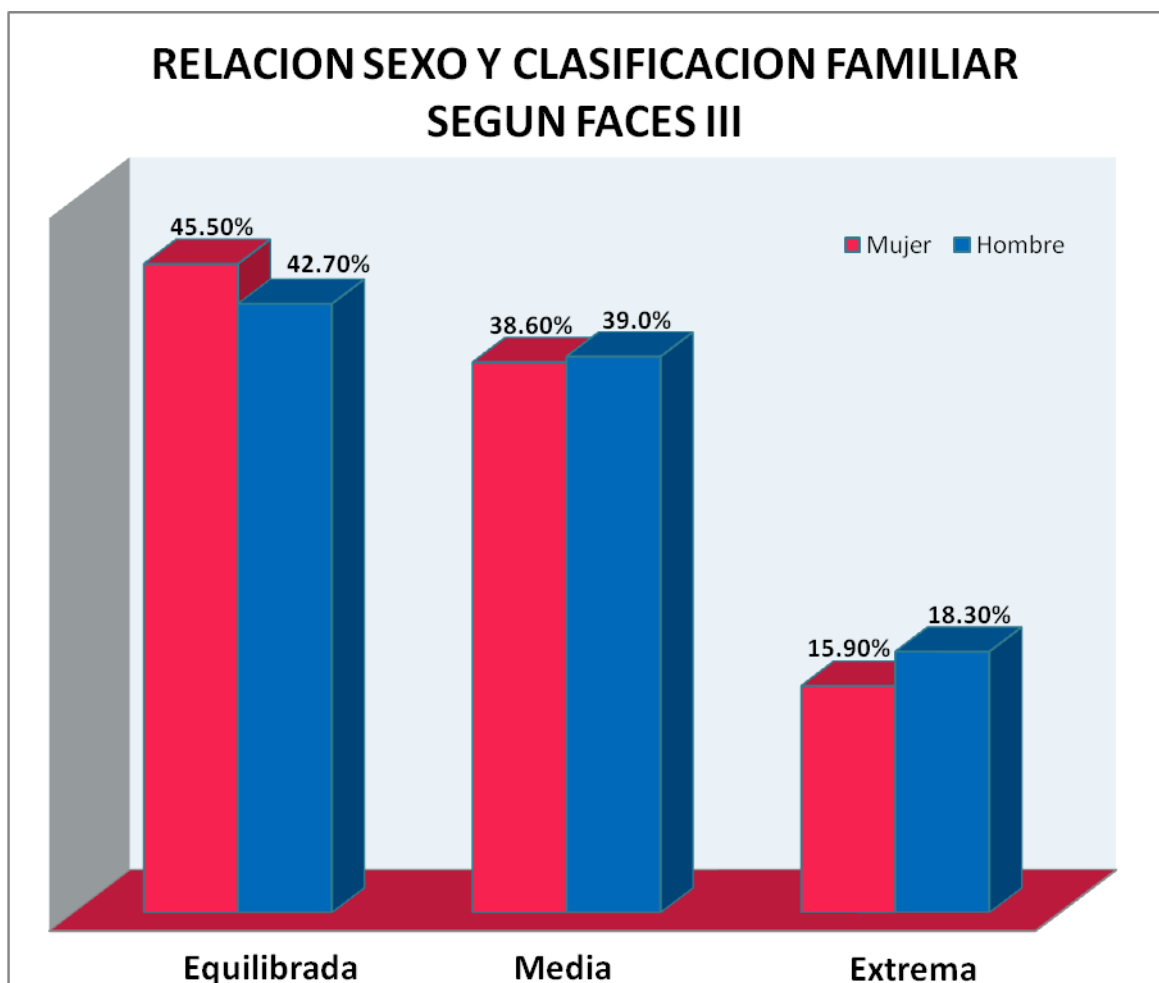


Gráfico 11. Sexo y clasificación familiar según faces III

SEXO Y MODELO CIRCUNFLEJO

RELACION SEXO Y MODELO CIRCUNFLEJO						
SEXO	MODELO CIRCUNFLEJO					
	Mujer		Hombre		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Flexible separadas	2	4.50	3	3.70	5	4.0
Flexible conectada	1	2.30	9	11.0	10	7.90
Estructural separada	7	15.9	4	4.90	11	8.70
Estructural conectada	10	22.70	19	23.20	29	23.0
Caótica separada	0	0.0	1	1.2	1	0.8
Caótica conectada	2	4.50	2	2.40	4	3.20
Flexible desapegada	1	2.30	1	1.20	2	1.60
Flexible apegada	3	6.80	3	3.70	6	4.80
Estructural desapegada	1	2.30	1	1.20	2	1.60
Estructural apegada	3	6.80	10	12.20	13	10.30
Rígida separada	2	4.50	1	1.20	3	2.40
Rígida conectada	5	11.40	13	15.90	18	14.30
Caótica desapegada	1	2.30	3	3.70	4	3.20
Caótica apegada	1	2.30	0	0.0	1	0.80
Rígida desapegada	1	2.30	7	8.50	8	6.30
Rígida apegada	4	9.10	5	6.10	9	7.10

Tabla 12. Relación Sexo y Modelo circunflejo

RELACION SEXO Y MODELO CIRCUNFLEXO

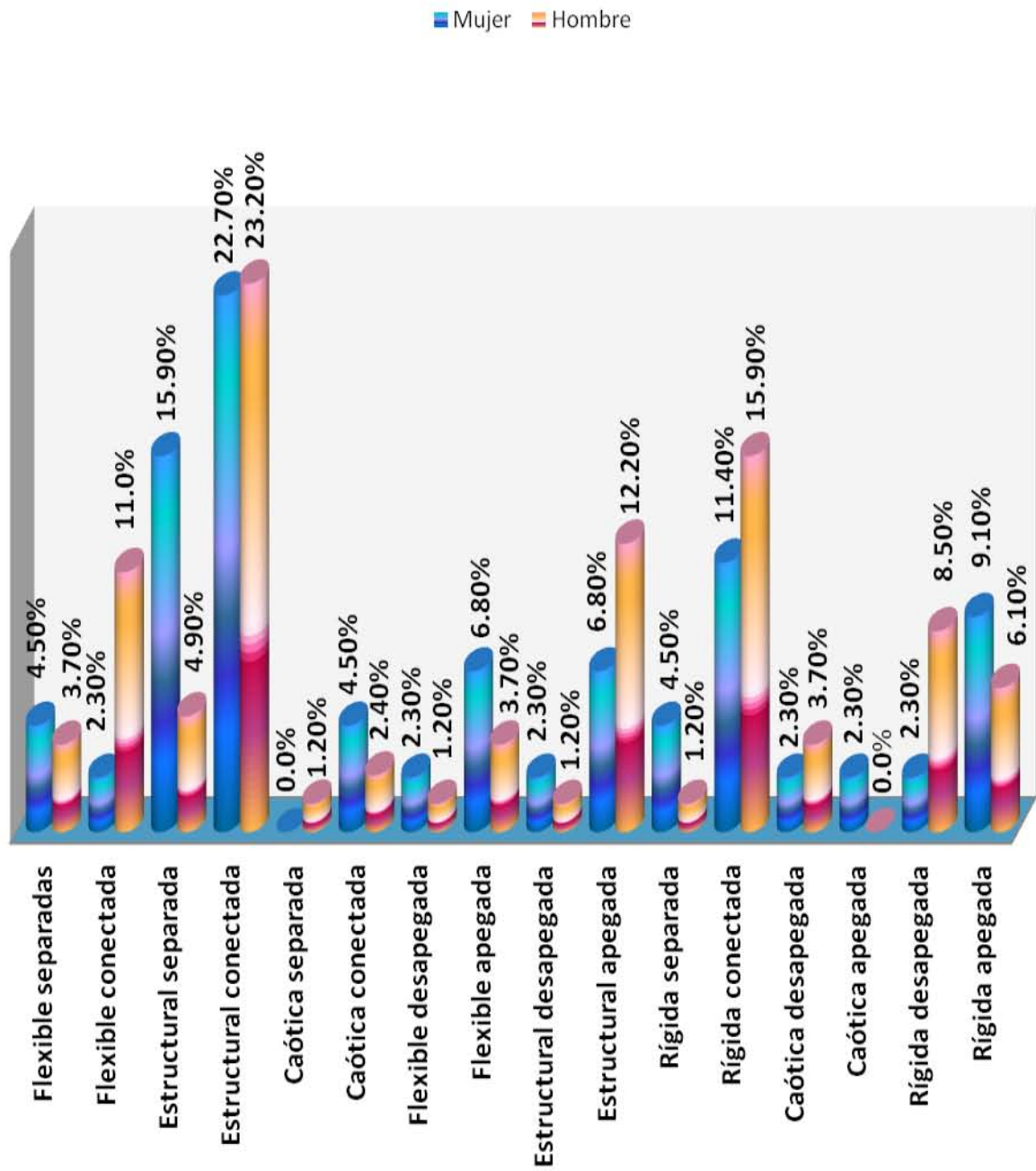


Gráfico 12. Sexo y modelo circunflejo

RANGO DE EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RELACION RANGO DE EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
RANGO DE EDAD	FUNCIONALIDAD FAMILIAR							
	Funcional		Disfunción moderada		Disfunción severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
10 a 30	18	56.20	9	28.10	5	15.60	32	100
31 a 50	45	71.40	13	20.60	5	7.90	63	100
51 a 70	24	77.40	5	16.10	2	6.50	31	100

Tabla 13. Relación Rango de edad y funcionalidad familiar

RANGO DE EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

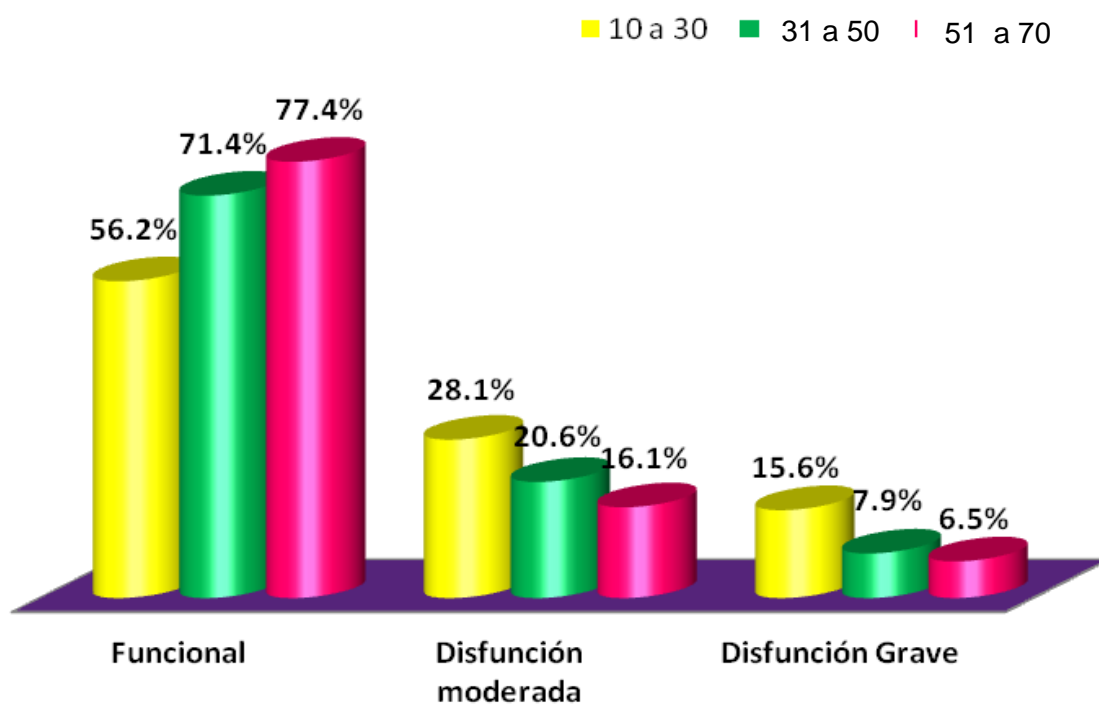


Gráfico 13. Relación Rango de edad y funcionalidad familiar

RANGO DE EDAD Y COHESION FAMILIAR

RELACION RANGO DE EDAD Y COHESIÓN FAMILIAR										
RANGO DE EDAD	COHESIÓN FAMILIAR									
	Amalgamada		Conectada		Separada		Desvinculada		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
10 a 30	10	31.20	11	34.40	7	21.90	4	12.50	32	100
31 a 50	14	22.0	28	44.40	11	17.5	10	15.90	63	100
51 a 70	5	16.10	22	71.0	2	6.50	2	6.50	31	100

Tabla 14. Relación Rango de edad y Cohesión familiar

RANGO DE EDAD Y COHESION FAMILIAR

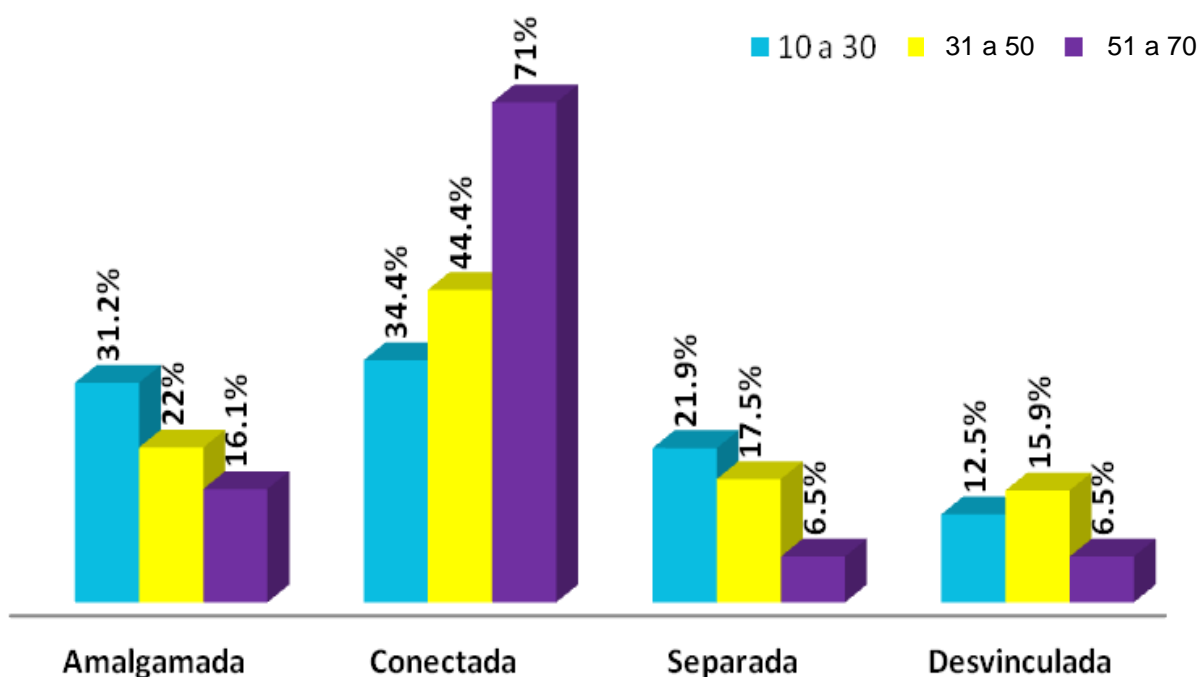


Gráfico 14. Rango de edad y cohesión familiar

RANGO DE EDAD Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

RELACION RANGO DE EDAD Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR										
RANGO DE EDAD	ADAPTABILIDAD FAMILIAR									
	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
10 a 30	8	25.0	13	40.6	8	25.0	3	9.40	32	100
31 a 50	20	31.70	29	46.0	9	14.30	5	7.90	63	100
51 a 70	10	32.30	14	45.20	5	16.10	2	6.50	31	100

Tabla 15. Relación Rango de edad y Adaptabilidad familiar

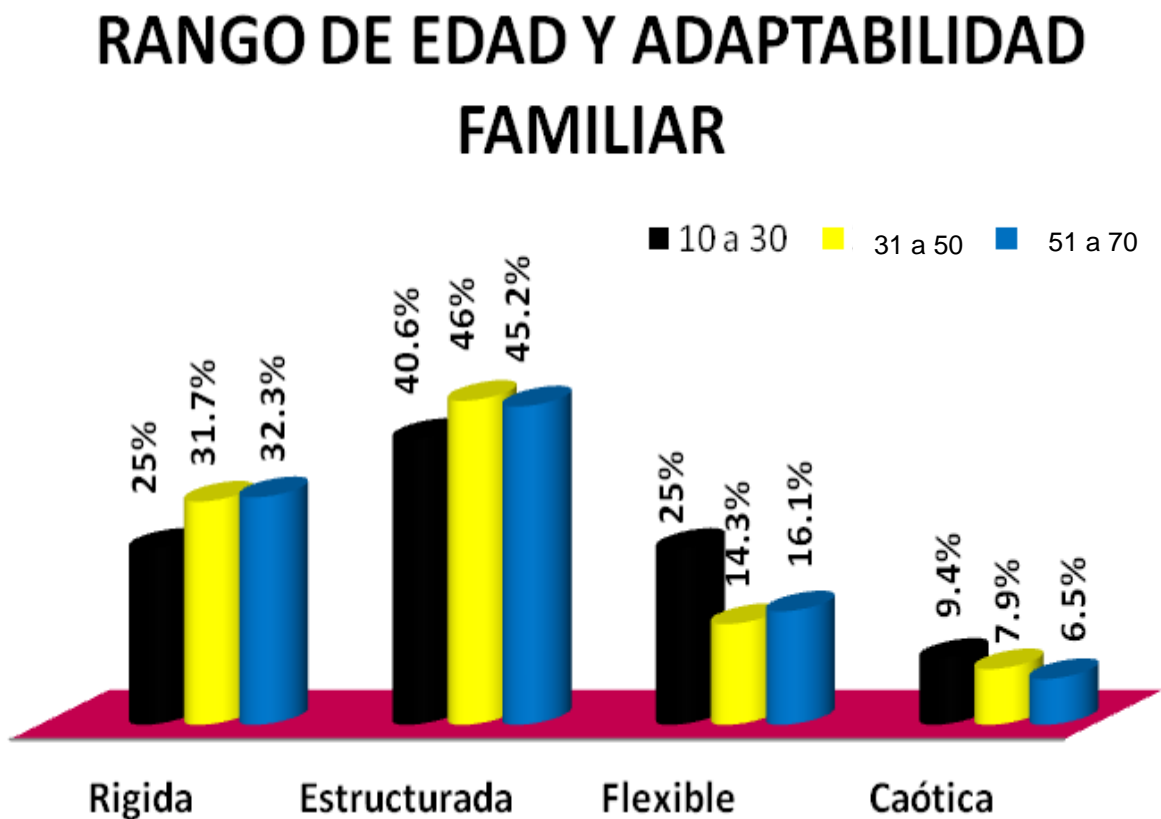


Gráfico 15. Rango de edad y adaptabilidad familiar

RANGO DE EDAD Y CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III

RELACION RANGO DE EDAD Y CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III								
RANGO DE EDAD	CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN FACES III							
	Equilibradas		Medias		Extremas		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
10 a 30	14	43.80	11	34.40	7	21.90	32	100
31 a 50	26	41.30	25	39.70	12	19.0	63	100
51 a 70	15	48.40	13	41.90	3	9.70	31	100

Tabla 16. Relación Rango de edad y Clasificación familiar según FACES III

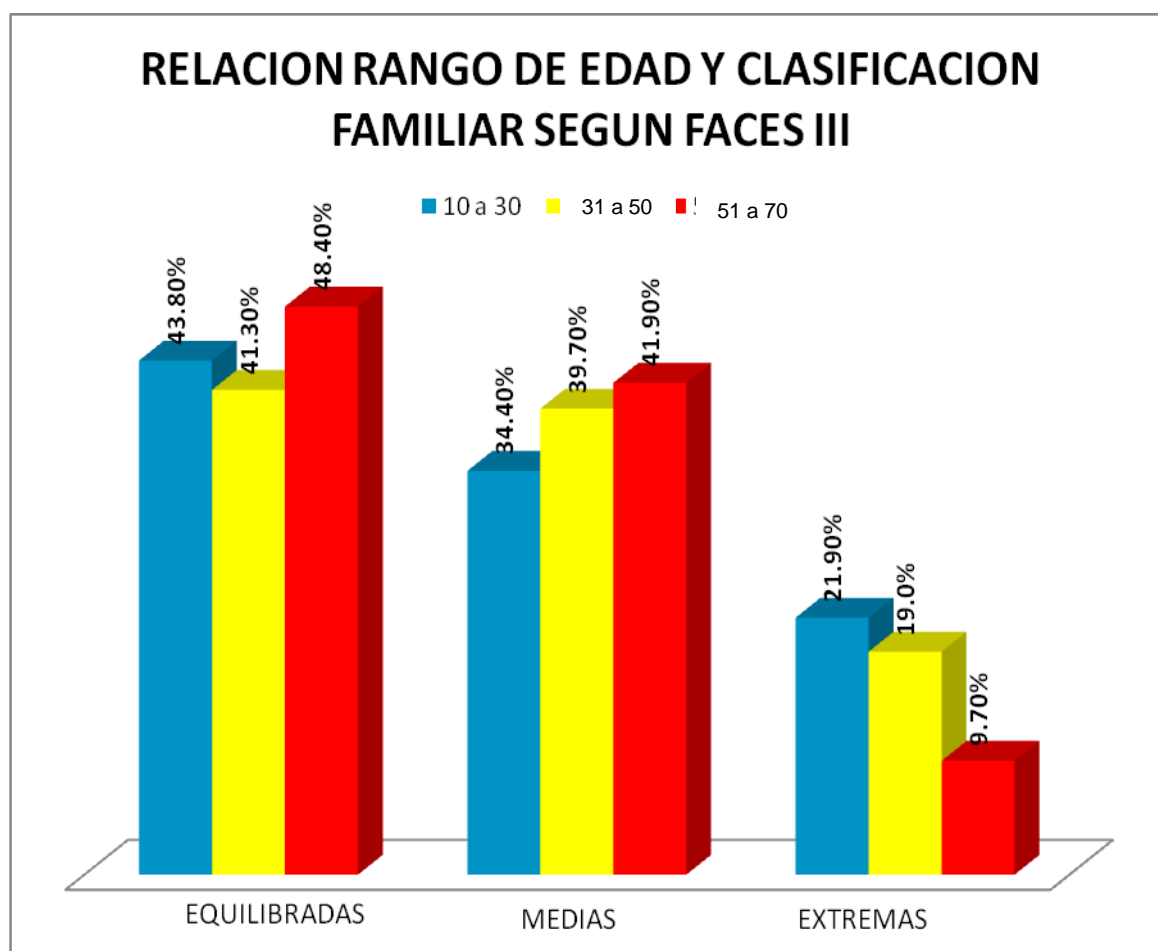


Gráfico 16. Relación Rango de edad y Clasificación familiar según FACES III

RANGO DE EDAD Y MODELO CIRCUNFLEJO

RELACION RANGO DE EDAD Y MODELO CIRCUNFLEJO								
RANGO DE EDAD	MODELO CIRCUNFLEJO							
	10 a 30		31 a 50		51 a 70		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Flexible separadas	2	6.20	2	3.20	1	3.20	5	4.0
Flexible conectada	4	12.50	3	4.8	3	9.70	10	7.90
Estructural separada	4	12.50	6	9.50	1	3.20	11	8.70
Estructural conectada	4	12.50	15	23.80	10	32.30	29	23.0
Caótica separada	1	3.10	0	1.2	0	0.0	1	0.8
Caótica conectada	0	0.0	3	4.80	1	3.20	4	3.20
Flexible desapegada	2	6.20	0	0.0	0	0.0	2	1.60
Flexible apegada	1	3.10	4	6.30	1	3.20	6	4.80
Estructural desapegada	0	0.0	2	3.20	0	0.0	2	1.60
Estructural apegada	4	12.50	6	9.50	3	9.70	13	10.30
Rígida separada	0	0.0	3	4.80	0	0.0	3	2.40
Rígida conectada	3	9.40	7	11.10	8	25.80	18	14.30
Caótica desapegada	1	3.10	2	3.20	1	3.20	4	3.20
Caótica apegada	1	3.10	0	0.0	0	0.0	1	0.80
Rígida desapegada	1	3.10	6	9.50	1	3.20	8	6.30
Rígida apegada	4	12.50	4	6.30	1	3.20	9	7.10

Tabla 17. Relación Rango de edad y Modelo circunflejo

RANGO DE EDAD Y MODELO CIRCUNFLEJO

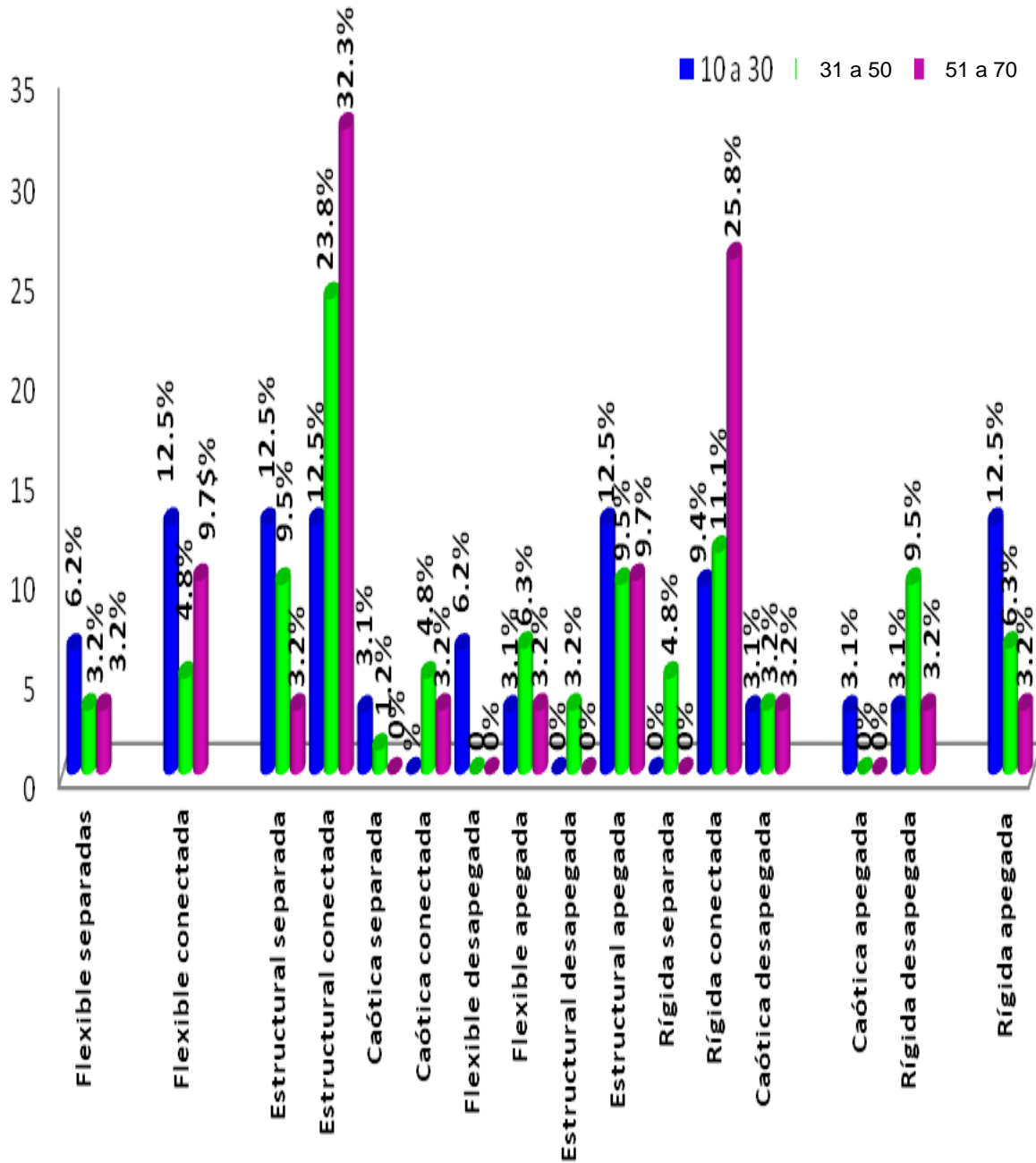


Gráfico 17. Rango de edad y Modelo circunflejo

DISCUSIÓN

Según Galindo S., et al 2010, Xalapa, México, en su estudio “Perfil de las familias de pacientes con VIH/ SIDA”, encontraron un predominio de pacientes del sexo masculino en un 74%. Restrepo M. et al. 2005, Medellín, Colombia en su estudio de “Características socio-demográficas del VIH/SIDA” junto con L. de la Revilla et al. 1994, Granada en el estudio “Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo” así como el Dr. Gregorio S. et al. 2006, Colima, en su estudio “Evaluación del APGAR familiar en pacientes con VIH/SIDA” hallaron resultados similares con predominio de sexo masculino en 2/3 partes del total de pacientes estudiados. Haciendo una comparación con los datos encontrados en nuestro estudio; 65.10% hombres, no se observan diferencias importantes, coincidiendo con un mayor predominio en el sexo masculino. Esto podría deberse a que los varones se exponen a conductas sexuales de riesgo en mayor porcentaje que las mujeres, pero de igual manera incide en forma directa en la propagación de la enfermedad.

Por otro lado, refiere el Dr. Gregorio S. et al. 2006 en el estudio comparativo sobre “Evaluación del APGAR familiar en pacientes con VIH/SIDA”, Galindo S. et al 2010, Xalapa, México, “Perfil de las familias de pacientes con VIH/ SIDA” y Restrepo M. et al. 2005, Medellín, Colombia “Características socio-demográficas del VIH/SIDA”, que se encontró un promedio de edad de 36.5 años, con una preponderancia de pacientes entre 41 y 50 años (30.70%) y 21 a 40 años respectivamente. Esta situación concuerda con lo reportado en nuestro estudio con un mayor predominio de adultos y adultos jóvenes infectados de 30 a 50 años (50%), pues no se observan diferencias transcendentales en edad, coincidiendo. Lo anterior pudiera deberse a que en estas edades, los pacientes tienen mayor vida sexual activa y generalmente lo llevan a cabo sin protección o ésta no es la adecuada para evitar ITS como el VIH/SIDA.

En cuanto a la situación familiar, el estudio citado de Galindo S. et al 2010, Xalapa, México, “Perfil de las familias de pacientes con VIH/ SIDA” y los de L. de la Revilla et al. 1994, Granada “Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo” encontraron grados de disfunción familiar en un 55% y 46.5% respectivamente. Vinaccia Stefano et. al. Medellín, Colombia 2006, en “APGAR familiar y paciente VIH-SIDA”, mostraron una situación familiar no tan favorable con tan solo un 58% de familias funcionales. En nuestro estudio, los resultados muestran un predominio de familias funcionales en un 69% y 30.9% para familias con algún grado de disfunción (moderada y/o severa). A pesar de haber diferencias porcentuales entre los estudios, todos concordaron en una alta disfunción familiar en este tipo de pacientes.

Por otra parte, con respecto al estudio de Jiménez Ruiz, et. al. Nuevo León, México 2003, llamado “La función familiar: VIH-SIDA” donde se realizó un estudio a 18 pacientes para valorar cohesión y adaptabilidad según FACES III, evidenciaron niveles extremos en 75% de las familias. En nuestro estudio, la mayoría de familias según el modelo circunflejo, resultaron equilibradas (43.70%) con subtipos estructuradas conectadas (23%), pues predominaron por cohesión, los subtipos relacionados (48.40%), seguidas de las aglutinadas (23%) y según adaptabilidad aventajaron las de tipo estructuradas (44.40%), seguidas por las caóticas (7.9%). Contrastando nuestros resultados con los mostrados en los estudios referidos, tanto en FACES III como en APGAR, suponemos que las diferencias encontradas pudiesen estar relacionadas con el nivel académico y cultural de los grupos estudiados para lo cual consideramos la posibilidad de realizar otros estudios donde este punto sea uno de los principales análisis de enfoque.

Dentro de los objetivos específicos de nuestro estudio, referente a la comparación de sexo y APGAR familiar, reseñando el estudio de Galindo S. et al 2010, Xalapa, México, “Perfil de las familias de pacientes con VIH/ SIDA”; arroja como resultado, un mayor grado de disfunción en las familias de las mujeres (41%) en comparación con los hombres (26%). Esto difiere con lo encontrado en nuestro estudio, donde la mujer tuvo mucho mejor funcionalidad familiar con 75% de familias funcionales y 25% con algún grado de disfunción, en comparación del hombre con 65.9% con familias funcionales de las cuales 34.2% cursaron con algún grado de disfunción familiar.

En nuestro estudio en cuanto la comparación de sexo y APGAR familiar, respecto del estudio de Galindo S. et al 2010, se encontró también, que la mujer tuvo mucho mayor cohesión y adaptabilidad familiar que los hombres con 45.50% y 42.7% respectivamente de familias equilibradas. El hecho de que entre el grupo de pacientes varones y el grupo de pacientes mujeres existan diferencias importantes permite deducir que estas, posiblemente son debido a que las condiciones socioculturales del lugar no son las mismas para ambos estudios pues hoy en día, en los países desarrollados y subdesarrollados la mujer viene logrando iguales derechos que los varones.

Entre los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, que acuden a su control al servicio de CLISIDA del HGZ/UMF N°8 y sus familias, existe una estrategia de adaptación a la vida cotidiana que se basa en la tendencia a normalizar las permanentes emergencias en las que se encuentran (rechazo social, enfermedades, complicaciones, etc.). Sólo así les es posible llevar una vida, desde su punto de vista normal. Esto es, familias equilibradas seguidas de familias con cohesión y adaptabilidad media en consecuencia, son fenómenos estrechamente relacionados a la vida de los pacientes con VIH/SIDA y sus familias; la normalidad de lo inesperado, de lo repentino, se presenta en su situación familiar.

Dentro de las limitaciones generales encontramos que existe un bajo número de investigaciones en México y a nivel mundial, que documenten los aspectos relacionados con la situación familiar en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en comparación con las múltiples patologías crónico-degenerativas existentes, en donde hallamos diversos estudios utilizando APGAR Familiar como instrumento de medición, y en los cuales se ha encontrado que el ambiente en el que se ven involucrados estos pacientes, tiene gran influencia en el control de su patología de fondo, pues de esta manera, el enfermo ve modificada su conducta, ó aumenta su motivación en base a la convivencia adecuada o inadecuada con su familia. Por lo tanto no se ha permitido de manera extensa, la comparación y discusión de nuestros resultados; algunas publicaciones aunque abordan el tema de la familia lo hacen en forma marginal.

Otras limitaciones del estudio, son que en la evaluación de la situación familiar, solo se consideró la auto-percepción del paciente hacia el análisis de las respuestas familiares ante el diagnóstico de VIH/SIDA, y no se analizaron las respuestas relacionadas a los servicios de salud, en términos del control de la enfermedad, las complicaciones, el apego al tratamiento y muerte, ni su relación con la situación familiar.

Por lo que se sugiere, aplicar los instrumentos a más de un integrante de la familia para obtener una información más precisa sobre lo que acontece dentro de esta, así como realizar y validar instrumentos que permitan una evaluación más profunda de la situación familiar en estas formas de convivencia, abordar las respuestas relacionadas a los servicios de salud y su relación con situación familiar en posteriores estudios. Por último, realizar un mayor número de investigaciones sobre el tema para identificar el tipo de fuentes de apoyo psicosocial tanto para los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA como para sus familias.

La finalidad de analizar la situación familiar como sistema de soporte del paciente con diagnóstico de VIH/SIDA es que sirva de base para realizar un adecuado algoritmo de manejo preventivo y de rehabilitación desde la perspectiva de el médico familiar, así como base para estudios futuros relacionados con este enfoque, pues creemos que la familia juega un papel de vital importancia en el paciente con VIH y es probable que la presencia o ausencia del apoyo familiar, se relacione con el control que estos llevan de su enfermedad. Eh aquí donde recae el objetivo general de aplicación de nuestro estudio.

Es de vital importancia el papel que juega nuestra institución para los pacientes con VIH/SIDA. Analizando esto, debemos tener bien claras las características del desafío que enfrentamos. Si desde el punto de vista de la medicina familiar, el SIDA es una enfermedad como cualquier otra y contra ella se han encontrado medicamentos y vacunas, se debe recordar que la epidemia provocada, posee complejidad que va más allá de una crisis de salud. No se intenta solamente

enfrentar una dolencia biológica, sino que se confronten temores psicológicos, reacciones sociales y familiares, de pánico, ignorancia, prejuicios y discriminación, pues estas conllevan un impacto emocional fuerte sin herramientas suficientes para afrontar la enfermedad existente.

Considero que el estudio de la situación familiar relacionada a la salud es un aspecto que está recibiendo gran interés en el caso de las enfermedades causadas por el VIH/SIDA. Es por ello, la importancia de profundizar más en este tipo de estudios y sobre el rol del médico familiar en este largo proceso de enfermedad, puesto que el diagnóstico del VIH/SIDA afecta de manera considerable en lo afectivo y otras esferas del ser humano y está en nuestras manos, promover una buena situación familiar en estos pacientes a lo largo de todo el periodo evolutivo de la infección.

El enfoque evolutivo de las crisis familiares para-normativas como es el que uno de sus miembros padezca una enfermedad crónica ha permitido cambios en su conceptualización. Estas crisis no siempre tienen consecuencias negativas, ni son referidas siempre a circunstancias traumáticas, sino que están relacionadas también con acontecimientos normales del desarrollo familiar. Por lo tanto, los profesionales de Atención Primaria como lo es el médico familiar, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, debemos tener objetivos fundamentales a los que deben ir encaminados la intervención. Podemos citar que las acciones de prevención deben ir orientadas fundamentalmente a fomentar la capacidad adaptativa tanto del paciente como de la familia; ayudar a reordenar y organizar el funcionamiento familiar y ayudar a la familia a reconocer sus propios recursos protectores, que le permitan el reordenamiento familiar. La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar. La ayuda psicológica que se les brinde a estos pacientes no solo mejorará la calidad de vida del paciente, la forma de vivir de la enfermedad sino que además mejorará su situación familiar con la consecuente adherencia al TARV para alcanzar una mejor calidad de vida por medio de un tratamiento eficaz, apoyo físico, emocional, psicológico, social y sobre todo el poder recibir ayuda en momentos de desamparo.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la situación familiar en nuestro universo de estudio, según funcionalidad familiar, es adecuada comparada con lo que demuestran otros estudios.

De acuerdo a los determinantes del cuestionario APGAR, las familias fueron funcionales en un 69.0%, lo que traduce que más de la mitad de los pacientes tienen una auto percepción buena del apoyo familiar. A pesar de ello, hay un alto grado de disfuncionalidad (30.9%), observando que 3 de cada 10 pacientes presentan disfuncionalidad familiar. Por lo tanto, la estimación del funcionamiento familiar de la población estudiada, es auto valorada en más del 50% como satisfactoria y/o suficiente siendo esto bueno pero preocupante pues nos habla de que aún falta incidir en gran manera en el tercer nivel de intervención familiar como médicos de familia.

Por lo tanto, nuestra hipótesis alterna “La situación familiar en el paciente con diagnóstico de VI/SIDA es mala” se descarta y se acepta la hipótesis nula pues la situación familiar en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en nuestro universo es buena en el mayor porcentaje.

Se encontró predominio de pacientes entre las edades de 30 a 50 años en un 50% con una mediana de 37 años lo que demostró que los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de nuestra unidad, en su gran mayoría son jóvenes y jóvenes adultos.

Se obtuvo mayor proporción del sexo masculino con un 65.10% lo cual, como ya se comentó podría deberse a que estos se exponen a conductas sexuales de mayor riesgo en un mayor porcentaje que las mujeres.

En su conjunto la adaptabilidad y cohesión en la clasificación de familias según FACES III fue mayoritaria para las familias equilibradas en un 43.70%.

Haciendo una comparación entre funcionalidad familiar y sexo, encontramos un mayor porcentaje de familias funcionales en las mujeres que en los hombres con un 75.0% y 65.90% respectivamente

Así también, de acuerdo a la clasificación familiar según FACES III encontramos un mayor número de familias equilibradas en las mujeres con un 45.5% en comparación con un 42.70% en los hombres.

En relación a la funcionalidad familiar y el rango de edad, se halló mayor disfuncionalidad en los pacientes jóvenes con un rango de edad entre 10 a 30 años en un 43.70%, seguido por los adultos jóvenes entre 30 a 50 años con 28.5%.

Según la clasificación familiar de acuerdo a FACES III en relación a su rango de edad, en nuestro universo, hay una diferencia notable entre los grupos, lo cual se traduce en: la situación familiar en cuanto a funcionalidad en los pacientes con rango de edad de 30 a 50 años es más afectados con 19% de familias extremas a diferencia de las familias de los pacientes dentro de los rangos de edad de 10 a 30 y de 50 a 70 años con 1.90% y 9.70% respectivamente

Con lo anterior, consumamos que la familia en crisis no es siempre una familia disfuncional, son situaciones de cambio, que implican transformaciones en el sistema familiar, pero si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar. El evento familiar, por sí solo, no genera crisis, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de esta, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma. Por ello es importante aplicar el perfil del médico familiar basados en modelos de atención que optimicen la situación familiar y con ello la situación del propio paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Academia Aten Primaria* 2013;19:118-123
2. Díaz I. Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo multidisciplinario. *Revista Internacional de Psicología [revista electrónica]* 2008 [consulta: 15/06/2013]. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.org>.
3. Medina OM, Castillo MM, Rugerio MA, Mtz MC. La familia: situación de vida y salud. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2008;16(3):119-122.
4. Zavala Rodríguez M, Ríos Guerra M, García Madrid G, et al. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Universidad de La Sabana Colombia Aquichan*, 2009;9(3):257-270
5. ONUSIDA . Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. [artículo en línea] Ginebra 2011, [consulta: 15/06/2013] Disponible en: Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_es.pdf.
6. Santiago. Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud. Apoyo psicosocial a niños y niñas que viven con vih/sida que se atienden en el sistema público de salud. 2009, 3ª ed. Santiago Chile.
7. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica para la atención del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención. México 2008.
8. Global AIDS response progress reporting 2013. Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS.
9. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services, 2009.
10. Matthew T, McKenna MD. División de Prevención del VIH / SIDA, el Centro Nacional para el VIH / SIDA, Hepatitis Viral, ETS y TB. Definiciones de vigilancia de casos de infección por VIH entre adultos, adolescentes y niños mayores de <18 meses y para la infección por el VIH y el SIDA entre los niños de 18 meses a 13 años. [artículo en línea] Estados Unidos, 2008. [consulta: 15/06/2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm>.
11. ----- . Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH, México. Guía elaborada en 2008, actualizada en 2011.
12. Aberg JA, Kaplan JE, Libman H, et al. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: 2009 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America, IDSA Guidelines, CID 2009; 49.
13. Lamotte J. Infección-enfermedad por VIH/SIDA [artículo en línea]. *MEDISAN* 2004 [consultado 20/08/ 2012]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm.

14. VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud, 2^a ed. actualizada y aumentada: 2009. 1^a ed 2006.
15. ONUSIDA. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2012: directrices desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política sobre el VIH/SIDA 2011. [artículo en línea] Ginebra, 2012. [consulta: 15/06/2013] Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_es.pdf.
16. ----- . Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México [revista electrónica] 2010 [consultado 05/06/2011]. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010>.
17. Censida. El VIH/SIDA en México 2009 [artículo en línea] CENSIDA 2009 [consultado 12/09/2012]. Disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>.
18. CENSIDA, INSP, SS. VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. 2^a ed actualizada y aumentada: 2009. 1^a ed 2006. [artículo en línea] [consulta: 15/06/2013] Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
20. ONUSIDA, Policy brief: HIV and sex between men. [revista electrónica] 2006 . [consulta: 15/06/2013]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf.
21. Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 5a ed. 2012
22. DIARIO LA GACETA–LATAGUNGA, UNICEF. Avances en la lucha contra el SIDA infantil. Redacción Central, 2011.
23. Pons AO, Flores MA. Abordaje integral de la salud familiar. Medicina Familiar. Corinter México, 2008:145-171.
24. De la Revilla L. y Fleitas L. Función y Disfunción familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57
25. Corzo S. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Atención Primaria. 1998;21(5):275-282.
26. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar 2^a ed. Barcelona 1979:78-138.
27. Corzo M, Pérez S, Flores P, et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Aten Primaria. 1998;21:275-82.
28. Levine C. AIDS and the changing concepts of family. Milbank Q 1990;68(1):33-58
29. McGrath J, Ankrah E, Maxine D, et al. AIDS and the urban family: Its impact in Kampala, Uganda . AIDS care 1993;5(1):55-70.

30. Gilmore N, Somerville M. Stigmatization and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming “them” and “us”. *Soc Sci Med* 1994;39(9):1339-1358.
31. Powell G, Brown M. Going public as an SAID family caregiver. *Soc Sci Med* 1992;34(5):571-580.
32. Donoso T. Desarrollo de una identidad con tendencia a la vergüenza. Una mirada desde la teoría y las interacciones familiares. *Rev Psicol Universidad de Chile* 1999;8(1):57-66.
33. *The Journal of Family Practice* 1982;15(2).
34. Louro I. La familia en la determinación de la salud, *Rev. Cubana Salud Pública* 2003;29(1):48-51
35. Monrroy C, Boschetti B, Irigoyen A. El estrés ¿Un problema en la práctica del médico familiar? *Arch Med Fam* 2001;3(4):91-93.
36. Méndez E, Ramirez C, Riquelme H. Crisis familiares accidentales y enfermedad psicosomática. *Arch.Med.Fam* 2001;3(4):105-108.
37. Gómez Clavelina F.J, Ponce Rosas E.R. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español). Artículo de revisión, *aten fam* 2010;17(4):102-106.
38. Piot P, Greener R, Russell S. Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development. *PLoS*
39. Normal Family processes. Growing Diversity and Complexity. 3ª ed. The Guilford Press. New York London 19:2003.
40. Gómez F. Diagnóstico de salud familiar: Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina Eds. Fundamentos de medicina familiar. 5ª ed. México. *Medicina Familiar Mexicana* 2007;4(10):1571-1575
41. Bellon, J, Delgado A, Luna J. y Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 1996;186:289-96.
42. Oslon D, Gorall D. Circumplex Model of Marital & Family Systems. In F: Normal Family Processes. 3ª ed. New york: Editorial Walsh. Guilford 2006:514-547
43. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 1982;15:303-112.
44. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 2006;8(1):27-32.
45. Mora A, Rojas A. Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud* [revista electrónica] 2005 [Consultado 25/08/2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77330107>.
46. Ponce Rosasa E.R, Gómez Clavelina F.J, Terán Trillo M, et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002;30(10):624-630
47. Gómez F, Ponce E, Irigoyen A. FACES III: alcance y limitaciones. *Aten Fam* 2005;12(1):10-11.

48. Olson D. Circumplex Model of marital and family systems. *Jour Fam Ther* 2000;22(2):144-167.
49. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) 2010;3(2)30-36
50. Castro R, Eroza E, Orozco E, et al. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública Mex* 1997;39:32-43.
51. Vera V, Estrada A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con vih/sida ante su diagnóstico y su manejo. *Rev Hosp Jua Méx* 2004;71(1)29-35.
52. Jiménez Ruiz G, Gómez Soto V. LA FUNCIÓN FAMILIAR: VIH – SIDA. Delegación de Investigación del IMSS en nuevo león (México). 2ª ed. 2003. *Revista Salud pública y Nutrición*.
53. L. de la Revilla. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Aten Primaria*. 1994;13(4):21-26.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA EN EL HGZ/UMF N°8.”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México, D.F HGZ/UMF n° 8 , Enero 2012 a Febrero 2014
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	El VIH/SIDA es una entidad que ha ido en aumento por lo que es importante saber si existe apoyo familiar por su influencia en la aceptación de la enfermedad VIH/SIDA y en el apego al tratamiento. Además, existen diferentes estudios en diversas partes del mundo, mas no así en nuestro país. Objetivo: Analizar la situación familiar en pacientes con diagnostico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8
Procedimientos:	Se aplicarán dos encuestas de forma directa e individual.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la situación familiar en pacientes con diagnostico de VIH/SIDA en el HGZ/UMF N°8
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables. Por lo tanto solo se informará en caso de situación relevante
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se me identificará en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: No aplica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Colaboradores: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dr. Marcelo Guerra Ochoa

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Nº8 CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO “EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA EN EL HGZ/UMF N°8”.

EDAD: _____ AÑOS
SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. ESTOY SATISFECHO CON EL APOYO QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA O PASO POR UNA SITUACIÓN CRÍTICA.			
2. ME SATISFACE LA MANERA E INTERES CON QUE MI FAMILIA DISCUTE MIS PROBLEMAS Y LA FORMA EN QUE PARTICIPA PARA RESOLVERLOS.			
3. MI FAMILIA RESPETA MIS DECISIONES INDIVIDUALES Y ACEPTA MIS DESEOS DE EFECTUAR NUEVAS ACTIVIDADES O DE HACER CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA.			
4. ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA EL AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS YA SEAN DE BIENESTAR O DE MALESTAR.			
5. ME SATISFACE LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS			
TOTAL			

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
8 CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO “EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA EN EL HGZ/UMF8”.

EDAD: _____ **AÑOS**
SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

FACES III

DESCRIBA A SU FAMILIA:	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SÍ					
2. EN NUESTRA FAMILIA, SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER PROBLEMAS					
3. ACEPTAMOS LAS AMISTADES DE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA					
4. LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A LA DISCIPLINA					
5. NOS GUSTA CONVIVIR SOLAMENTE CON LOS FAMILIARES MAS CERCANOS					
6. CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIDAD					
7. NOS SENTIMOS MAS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE NUESTRA FAMILIA					
8. NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS					
9. NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN FAMILIA					
10. PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACION CON LOS CASTIGOS					
11. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS					
12. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES					
13. CUANDO SE TOMA UNA DECISION IMPORTANTE TODA LA FAMILIA ESTA PRESENTE					
14. EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN					
15. CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN FAMILIA					
16. INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOTROS					
17. CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA TOMAR DECISIONES.					
18. EN NUESTRA FAMILIA ES DIFICIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD					
19. LA UNIÓN FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE					
20. ES DIFICIL DECIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGAR					
TOTAL					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°8

TESIS
**“EVALUACIÓN DE LA SITUACION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA
 EN EL HGZ/UMF 8.**
 2012-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS	X	X	X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X	X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

TABLA 1

CATEGORÍA CLÍNICA			
CÉLULAS CD4:	A	B	C
(1) > 500/mm ³	A1	B1	C1
(2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
(3) <200/mm ³	A3	B3	C3

Secretaría de Salud. GPC 2008

TABLA 2

CATEGORIA CLÍNICA A.
<ul style="list-style-type: none"> * Infección asintomática por el VIH. * Adenomegalia general persistente (AGP). * Enfermedad aguda (primaria) por VIH. * Ganglios linfáticos en ≥ 2 sitios anatómicos extra-inguinales (≥ 1 cm diámetro durante más de tres meses).
CATEGORÍA CLÍNICA B
<p>Sintomático no A no C. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Angiomatosis bacilar. * Candidiosis vaginal (más de un mes y no responde a tratamiento) * Candidiosis orofaríngea. * Displasia cervicouterina grave * Síndrome constitucional, * Fb de $\geq 38.4^\circ$, o diarrea de más de un mes de evolución.
CATEGORÍA CLÍNICA C
<ul style="list-style-type: none"> * Candidiosis esofágica, traqueal o bronquial. * Coccidiodomicosis extrapulmonar. * Criptococosis extrapulmonar. * Cáncer cervicouterino invasivo. * Criptosporidiosis intestinal crónica (más de 1 mes). * Retinitis por Citomegalovirus (CMV) o CMV en hígado, bazo o ganglios linfáticos. * Encefalopatía por VIH. * VSH con úlcera mucocutánea (+1 de un mes), bronquitis, neumonía. * Histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar. * Isosporidiosis crónica (más de 1 mes). * Sarcoma de Kaposi. * Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, cerebral primario. * <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>, extrapulmonar. <i>M tuberculosis</i> pulmonar y extrapulmonar. * Neumonía <i>Pneumocistis jirovecci</i>. * Neumonía recurrente (+2 episodios en 1 año). * Leucoencefalopatía multifocal progresiva. * Bacteremia recurrente por <i>Salmonella sp.</i> * Toxoplasmosis cerebral. * Síndrome de desgaste por VIH.

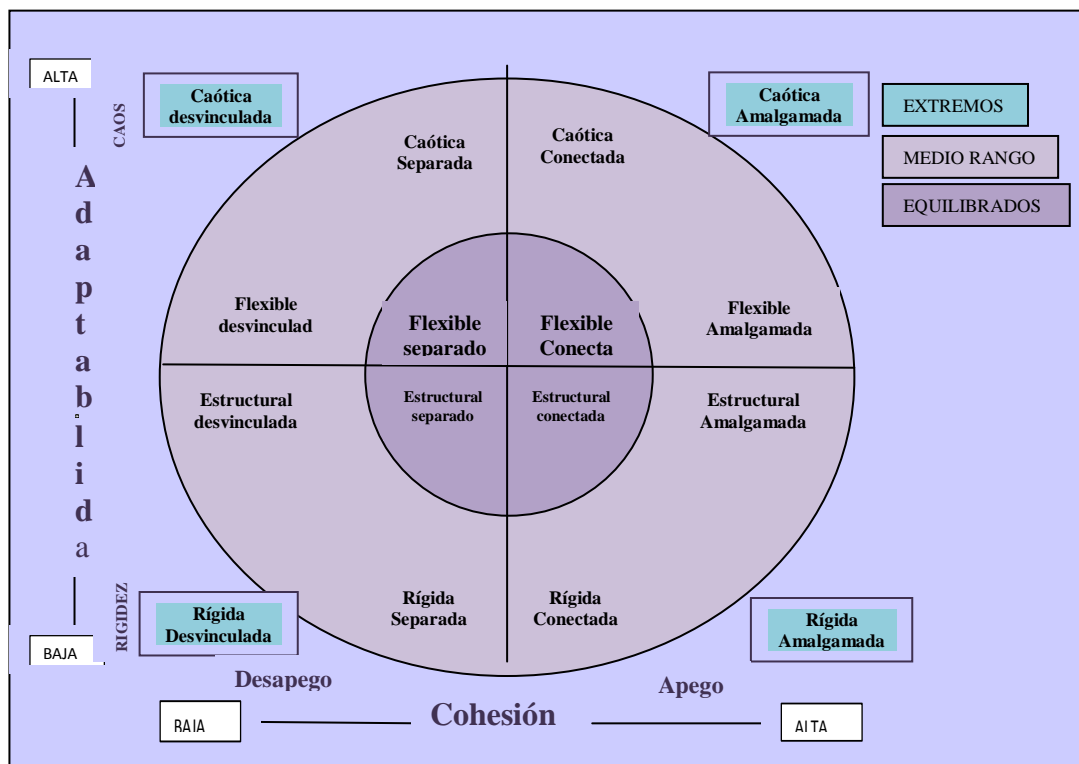
Secretaría de Salud. GPC 2008. Categorías clínicas

TABLA 3

PANORAMA MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DEL VIH 2009		
N° de personas viviendo con VIH en 2007	Total	33.4 mill (31.5 - 35.8 mill)
	Adultos	31.3 mill (29.2 - 33.7 mill)
	Mujeres	15.7 mill (14.2 - 17.2 mill)
<hr/>		
Personas infectadas Por el VIH en 2007	Total	2.7 mill (2.4 - 3.0 mill)
	Adultos	2.3 mill (2.0 - 2.5 mill)
	Niños <15 años	2.1 mill (1.2 - 2.9 mill)
<hr/>		
Muertes por SIDA En 2007	Total	2.0 mill (1.7 - 2.4 mill)
	Adultos	1.7 mill (1.4 - 2.1 mill)
	Niños <15 años	280 000 (150 000 - 410 000)

UNAIDS, AIDS epidemic up date 2009. Geneva: UNAIDS, 2009.

FIGURA 1



Modelo circunflejo (adaptado de Olson et al. 1989)

TABLA 4

INHIBIDORES DE PROTEASA (IP)	INHIBIDORES DE TRANSCRIPTASA REVERSA (ITR)	INHIBIDORES DE LA ENTRADA (IE)	INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (II)
Atazanavir Darunavir Ritonavir Saquinavir Fosamprenavir Lopinavir Tripranavir	AN: Abacavir Didanosida Emtricitabina Lamivudina Stavudina Tenofovir Zidovudina ANN: Efavirenz Etravirina Nevirapina	Enfuvirtide Maraviroc	Raltegravir

AN: Análogos nucleósidos / ANN: Análogos no nucleósidos

IDSA Guidelines, CID 2009