



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8

JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES CON VIH/SIDA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EN TITULO
DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. BRUNO OLIVARES LOPEZ



MEXICO, D.F. 2007.

Dr. Miguel Octavio Silva Bermúdez
Director del HGZ / UMF No. 8 San Ángel.

Dra. Martha Beatriz Altamirano García.
Coordinador clínico de educación e investigación en salud.
HGZ / No. 8 San Ángel

Dra. María Gerarda Alarcón Landa.
Médico Internista.
Adscrita al servicio de VIH/ SIDA del HGZ No. 8 San Ángel
ASESORA DE TESIS.

Dr. Fernando Cruz Castillo
Médico especialista en Medicina Familiar,
Adscrito al servicio de Urgencias del HGZ No. 8 San Ángel.
Coasesor de tesis

Dr. Bruno Olivares López
Medico Residente.

AGRADECIMIENTOS

A "DIOS" GRACIAS POR SUS DONES OTORGADOS A TU SIERVO:

VIDA, SALUD, ESPERANZA Y FE.

PROSEGUIRE EL CAMINO QUE NOS SEÑALASTE DE SERVIR AL
NECESITADO DE SALUD Y DE PALABRA.

A MI FAMILIA:

CON TODO EL AMOR, SINCERIDAD, CONFIANZA, COMPRENSIÓN Y EL
TIEMPO QUE ME BRINDARON.

A MIS PADRES:

PONCIANO OLIVARES Y AGUSTINA LOPEZ:
POR HABER CREIDO EN MI Y HOY EN DIA SE VUELVE UNA REALIDAD,

A MIS HERMANOS:

CON FIRMEZA Y TENACIDAD.

INDICE.

1.- AGRADECIMIENTOS	4
2.- RESUMEN.	5
3.- INTRODUCCION.	11
4.- MATERIAL Y METODOS.	28
5.- RESULTADOS.	35
6.- CUADROS Y GRAFICAS.	37
7.- DISCUSIÓN.	45
8.- CONCLUSIONES.	46
9.- ANEXOS	47
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	55

RESUMEN

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es la unidad social básica lo que le permite jugar un papel importante tanto en el proceso generador de la alteración de la salud, como en el proceso de rehabilitación.

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud más importantes de la historia.

Desde sus orígenes, más de 25 millones de personas han muerto a causa del sida y, sólo en 2005, fallecieron 3 millones. A pesar de los esfuerzos, la epidemia continúa superando las estrategias mundiales por contenerla. En la actualidad, el número de personas que vive con VIH ha alcanzado los 40.3 millones, el doble que en 1995 (ONUSIDA, 2005).

En México, casi el 90% de los casos de sida notificados resultan de relaciones sexuales sin protección, pero la mitad corresponden a hombres que tuvieron sexo con hombres (CENSIDA, 2003) y se estima que las dos terceras partes de las personas viviendo con VIH en 2003 se infectaron por esta misma vía (ONUSIDA, 2004). El papel de las migraciones en México es todavía indeterminado. Sin embargo, el aumento en el número de casos de sida en algunas zonas rurales de este país apunta a un posible nexo con la migración a Estados Unidos (ONUSIDA, 2005).

Podemos determinar a través del FACES III que nivel de funcionalidad familiar existe en el paciente portador de VIH, por lo tanto, que tanto soporte recibe el

paciente, por lo que no solo el seguimiento al tratamiento y diversas intervenciones garantizan una evolución adecuada, sino también el apoyo recibido por el paciente, juega un papel importante en el mejoramiento de su estado de salud y la prevención de recaídas.

Es imposible revisar la bibliografía de todas las áreas en las que ha sido aplicado el FACES III, por ser demasiado extensa. Éstas van desde el estudio de la respuesta familiar ante un niño que pasa un tiempo en cuidados intensivos (Youngbloud *et al.* 1995) hasta la probabilidad de recaída en la esquizofrenia debida a las interacciones familiares (King *et al.* 1995). En nuestro tema específico, los vínculos entre familia y enfermedad, existe un considerable número de estudios que investigan las relaciones entre una patología dada y el funcionamiento familiar.

En el presente estudio valoramos que la funcionalidad familiar desempeña un papel importante al disminuir notablemente la morbilidad y el número de hospitalizaciones ò en caso contrario, limita notablemente el crecimiento personal y la respuesta favorable al tratamiento.

RESULTADOS:

Se encontraron similitudes en cuanto a la incidencia de VIH/SIDA a nivel de América latina y específicamente de México que marca una incidencia de de 83.1 para el sexo masculino y 16.9% para el femenino, en comparación con nuestro estudio, arrojó una incidencia de 85% para el sexo masculino y 15% para el femenino. Así mismo la edad de mayor incidencia de casos de VIH/SIDA de nuestro estudio, concuerda con las estadísticas nacionales, las cuales marcan de 15 a 40 años (78.7%).

En cuanto a funcionalidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados, 42.5 % como familias más funcionales, 55 % medianamente funcionales y 2.5 % como familias menos funcionales.

Respecto a cohesión podemos deducir que nuestro estudio el 95 % de nuestros pacientes presentaron buena cohesión familiar, contrariamente solo el 50 % de nuestros casos presentaron una mejor adaptabilidad estructurada.

Se obtuvo una $p > .05$ de acuerdo a la prueba estadística aplicada (Mann-Whitney), por lo que la prueba se considera estadísticamente significativa y se descarta la hipótesis nula.

SUMMARY

The family is but the old one of human the social institutions, is basic the social unit what she allows him to as much play an important role in the generating process of the alteration of the health, like in the rehabilitation process.

The VIH/SIDA has become one of the more important crises of health of history.

From its origins, more than 25 million people they have died because of AIDS and, only in 2005, they passed away 3 million. In spite of the efforts, the epidemic continues surpassing the world-wide strategies to contain it. At the present time, the number of people that lives with VIH has reached 40,3 million, the double that in 1995 (ONUSIDA, 2005).

In Mexico, almost 90% of the notified cases of AIDS are from sexual relations without protection, but half corresponds to men whom they had sex with men (CENSIDA, 2003) and esteem that the two third parts of the people living with VIH in 2003 became infected by this same one via (ONUSIDA, 2004). The paper of the migrations in Mexico is still indetermine. Nevertheless, the increase in the number of cases of AIDS in some countryside of this country aims at a possible nexus with the migration at the United States (ONUSIDA, 2005).

We can determine through PHASES III that level of familiar functionality exists in the carrying patient of VIH, therefore, that as much support receives the patient, reason why nonsingle the pursuit to the treatment and diverse interventions guarantee an adapted evolution, but also the support received by the patient, plays

an important role in the improvement of its state of health and the prevention of relapses.

It is impossible to review the bibliography of all the areas in which it has been applied PHASES III, being too extensive. These go from the study of the familiar answer before a boy who spends a time in intensive cares (Youngbloud *ET to.* 1995) until the probability of relapse in the schizophrenia due to the familiar interactions (King *ET to.* 1995). In our specific subject, the bonds between family and disease, exists a considerable number of studies that investigate the relations between a given pathology and the familiar operation.

In the present study we valued that the familiar functionality carries out an important paper when diminishing remarkably the morbidity and the number of hospitalizations ò in opposite case, remarkably limits the personal growth and the favorable answer the treatment.

RESULTS:

Were similarities in whatever to the incidence of VIH/SIDA at level of Latin America and specifically of Mexico that marks an incidence of of 83,1 for masculine sex and 16,9% for the feminine one, in comparison with our study, threw an incidence of 85% for masculine sex and 15% for the feminine one. Also the age of greater incidence of cases of VIH/SIDA of our study, agrees with the national statistics, which mark of 15 the 40 years (78.7%).

As far as familiar functionality the following results were obtained, 42,5 % like functional families but, 55 % moderately functional and 2,5 % like less functional families.

With respect to cohesion we can deduce that our study 95 % of our patients they presented/displayed good familiar cohesion, contrary single 50 % of our cases presented/displayed one better structured adaptability.

One was obtained $p > .05$ according to the statistical test applied (Mann-Whitney), reason why the test is considered statistically significant and the null hypothesis discards.

INTRODUCCION

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende de si la familia es disfuncional ò por el contrario es funcional y cuente con los recursos adecuados de soporte social 1.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar 1.

La salud familiar es un término que se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario por lo que su buen o mal funcionamiento, es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia enferma, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el termino disfuncional, decimos que una familia es normo funcional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo ò entorno 2.

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar, conviene destacar dos para su importancia. En primer lugar los cambios obligados que se producen en el transito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segundo lugar la presentación de

acontecimientos vitales estresantes. Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, esto es, se ve afectado su funcionamiento y alterado sus roles, lo que le impide resolver el problema; la llegada de apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo con las necesidades que precise cada caso, la llevara tras una fase de adaptación a un funcionamiento equilibrado. Cuando los apoyos sean inadecuados o insuficientes se mantendrá la crisis y para salir de ella tendrá que recurrir a recursos extrafamiliares. Su importancia dependerá, en parte de la calidad y extensión de su red social. Entre estos merecen especial mención los servicios sanitarios, sobre todo el médico de familia, el que debemos considerar como un importante recurso extrafamiliar. Si estos apoyos extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y normalidad. Por el contrario, si los recursos son insuficientes, se pasará a una etapa de adaptación, que obligará a poner en marcha mecanismos de defensa que colocaran a la familia, en un equilibrio patológico o disfunción y se llegará en casos límite a la ruptura familiar 2.

Según la OMS, ONUSIDA, el gobierno de estados unidos y el fondo mundial, anuncian que El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud más importantes de la historia. Desde sus orígenes, más de 25 millones de personas han muerto a causa del sida y, sólo en 2005, fallecieron 3 millones a pesar de los esfuerzos, la epidemia continúa superando las estrategias mundiales por contenerla. En la actualidad, el número de personas que vive con VIH ha alcanzado los 40.3 millones, el doble que en 1995 (ONUSIDA, 2005) 3.

A lo largo de estos años, las características del fenómeno fueron variando. Hoy somos testigos de la creciente feminización de la epidemia: las mujeres son más vulnerables al VIH tanto anatómica como socialmente. Por una parte, la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable que a la inversa. Por otra, las desigualdades de género provocan que muchas mujeres no puedan decidir cuándo, cómo y con quién tener sexo. Como consecuencia, la proporción de mujeres afectadas sigue en aumento (17.5 millones de mujeres vivían con VIH en 2005, un millón más que en 2003). Lo mismo ocurre con el número de jóvenes: cada día son más de 6.000 los chicos de entre 15 y 24 años que contraen el VIH y este grupo representa la mitad de los nuevos casos (ONUSIDA, 2004) 3.

La tercera gran tendencia mundial está ligada al entorno social. De acuerdo con un informe de ONUSIDA (2004), menos de una de cada cinco personas con riesgo de contraer el VIH tiene acceso a los servicios básicos de prevención. Los países en desarrollo albergan al 95% de las personas que viven con VIH, conformando un círculo vicioso que castiga más duramente aquellos países con menor capacidad de respuesta. La propagación del VIH está fuertemente influida por las condiciones sociales, económicas y políticas. Si bien la situación en América Latina y el Caribe continúa la tendencia mundial, la epidemia del VIH en muchos países de la región tiende a concentrarse en algunas poblaciones con conductas de riesgo: un bajo porcentaje en la prevalencia nacional puede ocultar escenarios extremadamente graves. Es por esto que no puede hablarse de una sola epidemia en la región ya que contextos diferentes exigen abordajes particulares 3.

Caribe:

En consonancia con la tendencia mundial, en América Latina se estima que el 32% de las personas que viven con VIH son mujeres y que, en 2005, entre el 0.4% y 0.6% de los jóvenes de 15 a 24 años estaban infectados. Ese mismo año, el número de personas viviendo con VIH ascendía a 1.8 millones, se registraron 200.000 nuevos casos y ocurrieron 66.000 muertes a causa del SIDA. En la mayor parte de los países de la región, los niveles más altos de infección se encuentran entre los hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, esta tendencia se está diversificando a medida que los hombres transmiten el virus a sus parejas femeninas 3.

El segundo lugar lo ocupan las trabajadoras sexuales. Brasil, México, Argentina y Colombia son los países latinoamericanos con mayor población y, como consecuencia, con el mayor número de infecciones. Sin embargo, la prevalencia más alta se encuentra en los países más pequeños como Belice, Honduras o Guatemala, donde más del 1% de los adultos vivían con VIH en 2003 (ONUSIDA, 2005) 3.

En los países con mayor población, las características de la epidemia presentan tendencias variadas. En Brasil, que alberga a la tercera parte del total de personas que viven con VIH en la región, la epidemia ha penetrado en los 26 estados que lo forman. Una parte creciente de las nuevas infecciones se produce entre mujeres, con una prevalencia que varía del 1% hasta el 6% en mujeres embarazadas, en directa proporción con sus condiciones sociales. Por otro lado, a pesar de que existe una tendencia a un inicio más precoz de la actividad sexual, el porcentaje de jóvenes que afirmó utilizar preservativo en su primera relación sexual aumentó

de menos del 10% en 1986 a más del 60% en 2003 (Ministerio de Salud de Brasil, 2005) 3.

Brasil también ha focalizado sus programas de prevención en usuarios de drogas proveyéndoles gratuitamente nuevas agujas desechables 3.

En Argentina, el 85% de las nuevas infecciones se producen por relaciones sexuales heterosexuales sin protección. La relación varón - mujer se redujo de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004, con un número desproporcionado de infecciones en las zonas urbanas más pobres afectando principalmente a la población joven (Ministerio de Salud de Argentina, 2005) 3.

En Chile y Uruguay, la mayor parte de las infecciones se concentran también en zonas urbanas (Comisión Nacional del SIDA de Chile, 2003; Programa Nacional de SIDA del Uruguay, 2005), mientras que en Paraguay la epidemia parece haberse propagado en las zonas rurales, sobre todo en la frontera con Argentina y Brasil (Programa Nacional de SIDA de Paraguay). En Uruguay, la transmisión por el consumo de drogas intravenosas genera una cuarta parte de los casos de SIDA notificados, mientras que las relaciones sexuales entre varones corresponden a una tercera parte de los casos. Uruguay lleva adelante un fuerte programa de prevención de la transmisión de la madre al hijo que ha dado importantes resultados en los últimos años 3.

Por su parte, en Colombia el VIH afecta principalmente a los varones, quienes conforman el 83% del total de los casos de SIDA (ONUSIDA, 2005). Sin embargo, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, la transmisión de estos

hombres a sus parejas femeninas está modificando el comportamiento de la epidemia, con un aumento en el número de mujeres infectadas en los últimos años 3.

.

El VIH en México de acuerdo a datos obtenidos de CENSIDA 2006 (30 junio del 2006), se muestran las siguientes categorías de transmisión:

Sexual en un 92% (Homosexual 47.0%), (heterosexual 45.2%), Sanguínea 5.2% (transfusión sanguínea 3.4 %), (hemofílico 0.4%),(Donador 0.6%), (Drogas I.V 0.9%), Perinatal 2.3%, Otras (Homo- Drogas) 0.3%, Se desconoce 37.3% 4.

En cuanto al sexo, se presenta en Hombres un total de 87,348 (83.1%), Mujeres 17, 822 (16.9 %) 4.

De acuerdo a edad se presenta en menores de 15 años un total de 2553 casos (2.5 %), de 15 a 44 años 81,980 (78.7 %), de 45 años o más un total de 19,621 casos (18.8%), Edad ignorada 1,016 casos 8 1.0%) 4.

En cuanto a casos por institución la SSA representa, un total de 59,094 casos (56.2 %), IMSS 32, 884 (31.3 %), ISSSTE 5,633 (5.4%), otras 6827 (6.5 %), a nivel privado 772 casos (0.6 %) 4.

Los afectados se alejan cada vez más de las medidas de prevención que se adoptan y se vuelven cada vez más renuentes a acudir a los sitios donde se les puede brindar ayuda educativa y asistencial por miedo a ser discriminados. Se ha mencionado que el lugar donde se encuentra mayor número de violaciones a los derechos fundamentales de los enfermos de sida es en los servicios de salud 5,6. Debido a esto las autoridades se oponen a la obligatoriedad de pruebas masivas de detección de sida, discriminación, violación al derecho de la confidencialidad de los resultados de la prueba de detección, la negación del empleo y rescisión de contrato 7.

En diversas fuentes se ha documentado la apremiante urgencia de llevar investigación social respecto a las familias, con uno o más miembros afectados por el VIH. Este llamado obedece no sólo a la necesidad de cuestionar la idea de que la atención extra-institucional a pacientes con VIH/SIDA es decir, la atención familiar y comunitaria es gratuita de bajo costo, sino también a la importancia de generar información sobre la familia como el contexto social más inmediato en el que transcurre esta enfermedad. Suele asumirse que los enfermos con 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 8.

La acumulación de evidencias en otros países sobre funcionamiento de la estructura familiar en relación con el sida, ha obligado a una redefinición en profundidad de los problemas que enfrentan las familias en su manejo con

problema del sida. Se ha encontrado por ejemplo, que estas familias son víctimas también de procesos de estigmatización, que se asocian directamente a la forma en que manejan éste problema de salud. Junto con este tipo de presiones sociales externas, las personas VIH positivas ò con sida deben pasar por otro proceso de adaptación del que se tiene aún poco conocimiento y que incluye no solo la negación de la identidad familiar con el exterior, sino también la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con sida, entre la familia y los servicios de salud 8.

El tratamiento farmacológico, es la piedra angular del manejo de pacientes con VIH/SIDA sin embargo para que esto funciones adecuadamente es necesario que el enfermo cuente con un importante apoyo emocional; se define como apoyo emocional a las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima del individuo, en suma pues, se trata de expresiones de amor, de brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación, interés, dar afecto y consolar. Un paciente con adecuado apoyo familiar, no solo tendrá un mejor estado de ánimo, sino también un mejor sistema inmunológico que le permitirá defenderse más adecuadamente de una enfermedad que es inmunosupresiva por naturaleza. Por tal motivo, es el apoyo emocional un factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes portadores de VIH/SIDA 9, 10, 11, 12,13.

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad 14, 15, 16.

FACES III (*family adaptability and cohesión evaluación scales*) es un instrumento creado por Olson y Cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el *circumplex assessment package* del cual forma parte FACES III 14, 15, 16.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión,

adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia 17.

En el modelo circunflejo se identifican los tipos de familias con 16 distintos niveles de funcionalidad. La primera dimensión, es la cohesión familiar y que es definido como: lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros, y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Un alto nivel de cohesión significa sobre identificación con la familia, resultante de lazos externos y autonomía individual limitada (amalgamiento). Nivel bajo de cohesión, significa escasa identificación con la familia, resultante de lazos débiles y autonomía individual limitada (desvinculación). Nivel balanceado de cohesión significa identificación con la familia, resultante de lazos y autonomía flexible 17.

Algunas variables específicas pueden usarse para valorar el grado de cohesión familiar y son: lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, interés y recreación 17.

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

relación de roles y relación de reglas. Los extremos de ésta dimensión son la poca adaptabilidad (modelo rígido), y la alta adaptabilidad (modelo caótico) 17.

Para ambas dimensiones los niveles intermedios como balanceados o moderados son los más adecuados para un buen funcionamiento familiar y los niveles extremos son muy problemáticos tanto para Parejas como para familias conforme al tiempo 17.

La representación gráfica del modelo se compone de dos ejes perpendiculares con adaptabilidad en el eje "Y" y cohesión en el eje "X". Cada dimensión está dividida en cuatro grados, resultando dieciséis subtipos diferentes, que pueden ser utilizados para caracterizar la familia. Además, tres zonas esbozan las siguientes características de funcionamiento: equilibrado, medio y extremo 17.

FACES III permite al investigador y a los clínicos, situar a una familia en el marco más comprensivo del modelo circunflejo, en función de la percepción que tengan sus miembros de funcionamiento familiar. Es un instrumento que consta de 20 temas (10 temas para cohesión y 10 para adaptabilidad) 18, 19, 20.

ANTECEDENTES.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es un trastorno debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo I (VIH-I) y que se caracteriza por el progresivo deterioro del sistema inmunitario celular, que da lugar a infecciones secundarias o al desarrollo de neoplasias malignas 21.

Una gran mayoría de las personas infectadas con VIH-I desarrollan anticuerpos fácilmente detectables contra componentes específicos del VIH-I dentro de los tres primeros meses siguientes a la exposición inicial. Algunas personas permanecen sintomáticas durante éste periodo de seroconversión, pero muchas (quizá la mayoría) experimentan un “síndrome retroviral” generalmente leve y de corta duración, que se manifiesta por erupciones cutáneas transitorias maculopapulosas o urticariales, meningitis aséptica, un síndrome semejante a la mononucleosis caracterizado por fiebre, malestar y linfadenopatías generalizadas, o todo ello a la vez 21.

Tras estos síntomas iniciales, los afectados suelen permanecer asintomáticos durante varios años, aunque el deterioro inmunológico lentamente progresivo sigue su progresión todo el tiempo. Tras la infección por VIH-I, la media del recuento de linfocitos t4 auxiliares disminuye inexorablemente, si bien la tasa de descenso presenta variaciones considerables de unos individuos a otros 21.

La infección se transmite por contacto heterosexual u homosexual entre varones, agujas compartidas (uso de fármacos intravenosos), transfusión de sangre o

productos hematológicos contaminados, y desde la madre infectada al feto o al recién nacido 21.

FISIOPATOLOGÍA

La glucoproteína de la cubierta exterior del VIH-I tiene gran afinidad por el antígeno CD4, una molécula que se encuentra en la superficie de los linfocitos T cooperadores, los monocitos y macrófagos, la microglia del sistema nervioso central y las células de Langerhans de la piel. El virus unido al CD4 consigue entrar en la célula y pierde su cubierta. El genoma viral RNA es transcrito inversamente por una enzima codificada por el virus (transcriptasa inversa) y el provirus DNA bicatenario se integra en el cromosoma huésped, donde puede permanecer en estado latente. Varios factores pueden activar la transcripción del DNA pro viral in vitro. Señales activadoras de los linfocitos, como los antígenos o mitógenos, inducen a los factores transactivantes del huésped para activar la transcripción del virus latente. El RNA mensajero viral codifica la síntesis de proteínas del núcleo, transcriptasa inversa y cubierta. Entonces se reúne el virus completo y que contiene dos copias de RNA y germina dicho virus desde la célula infectada 21.

Los enfermos con sida tienen una deficiencia profunda de los linfocitos T auxiliares. Los efectos citopáticos del virus, pueden contribuir a la llamativa depleción de células CD4 que se encuentran en las personas con sida. Sin embargo, en individuos seropositivos la frecuencia de células T auxiliares infectadas y latentes, se calcula que no es mayor de 10 a la menos 3 y aun es

menor el número de células (se calculan en 10 a la menos 4 a 10 a la menos 5) en las que se puede demostrar que están sintetizando RNA mensajero viral en un momento dado. Así, pues, todavía no se conocen totalmente los mecanismos que contribuyen a la pérdida de células en la esta enfermedad 21.

Signos físicos.

- *hallazgos inespecíficos: fiebre, pérdida de peso, anorexia.
- *síndromes específicos:
 - 1.- se observan asociados con infecciones oportunistas y neoplasias malignas (las denominadas enfermedades indicadoras) 21.
 - 2.- mas frecuentes:
 - *infecciones respiratorias (neumonía por pneumocystis carinii, tuberculosis, neumonía bacteriana, infección micótica) 21.
 - *infecciones del sistema nervioso central (toxoplasmosis, meningitis criptocócica, tuberculosis) 21.
 - Infecciones gastrointestinales (criptosporidiosis, isosporiasis, citomegalovirus 21.
 - *infecciones oculares (citomegalovirus, toxoplasmosis) 21.
 - *sarcoma de Kaposi (cutáneo o visceral), linfoma (ganglionar o extraganglionar) 21.
 - Posiblemente asintomático 21.

Diagnostico:

- Diagnostico de sida si el análisis del subconjunto de linfocitos t demuestran un número de células CD4 < 200 ò $< 14\%$ de los linfocitos totales en presencia de infección por VIH demostrada, aunque no existan otras infecciones.
- Pruebas de anticuerpos ANTI-VIH.
- Análisis de la carga del virus: para planear el tratamiento antivirico a largo plazo.
- Examen de líquido cefalorraquídeo: para meningitis.
- Pruebas serológicas para sífilis, hepatitis B. Hepatitis C y toxoplasmosis 21.
- **Estudios de diagnóstico por imagen:**
- TC craneal para encefalopatía o complicaciones focales del sistema nervioso central (p. Ej., toxoplasmosis, linfoma).
- Gama grafía pulmonar con ganglio para contribuir al diagnóstico de neumonía por pneumocystis carinii 21.

- **Tratamiento no farmacológico.**
- Mantener ingesta adecuada de calorías.
- Aconsejar una buena higiene oral y atención odontológica regular 21.
- **Tratamiento a largo plazo.**
- De todos los pacientes con infección por VIH, sobre todo los que cumplen los criterios de definición de caso de sida.

- Tratamiento antiretroviral con combinaciones de derivados de los nucleosidos: zidovudina (AZT) , didanosina (DDI), zalcitabina (DDC), lamivudina (3TC), estavudina (D4T), con o sin adición de inhibidores de las proteasas (saquinavir, ritonavir, indinavir), de acuerdo con las recomendaciones actuales basadas en el estadio clínico y en la determinación de la carga de virus.
- Tratamiento específico para infecciones agregadas como: neumonía por pneumocystis carinii y tuberculosis 21.
- **Evolución y pronóstico.**
- El sida es una enfermedad crónica cuyo curso suele estar marcado por complicaciones progresivamente más graves y por una incapacidad cada vez mayor 21.

Se define como familia sana, aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y por lo tanto normo funcional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno 2.

Este equilibrio de la familia puede alterarse ante las crisis paranormativas como la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesario para alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar 22.

De lo anterior entendemos que no solo el seguimiento en el tratamiento y la realización de diversas intervenciones, vendrán a garantizar la calidad de vida de nuestro paciente, sino también, debemos agregar el apoyo que la familia brindaría y que sin duda, desempeña pues un papel importante en el mejoramiento del estado de salud, así como en la prevención de recaídas condicionadas por agentes oportunistas que son tan frecuentes en esta enfermedad 23.

MATERIAL Y METODOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de funcionalidad familiar en el paciente con VIH/SIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la cohesión del paciente con VIH.

Determinar la adaptabilidad del paciente con VIH/SIDA.

Determinar los grados de función familiar en los pacientes con VIH.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el nivel de funcionalidad familiar de los pacientes con VIH/SIDA?

V. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Se ha hablado en innumerables ocasiones sobre disfunción y función en pacientes con enfermedades crónicas, y sobre todo estudiado la calidad de vida de ellos y la funcionalidad familiar, pero dentro de la medicina familiar y específicamente de los médicos de familia, el estudio comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Por consiguiente, en el caso de los pacientes con VIH/SIDA, hay poca evidencia sobre el apoyo familiar, por lo que con el presente trabajo, se pretende explorar el FACES III de funcionalidad familiar en pacientes portadores en cualquier estadio, indagando el nivel de disfunción o en su defecto función familiar que acarrearía en su entorno durante el tiempo de evolución de su enfermedad a partir del diagnóstico; por tanto se pretende con el presente trabajo reforzar el apoyo familiar durante la trayectoria de la enfermedad y la generación de compromiso frente al desafío que plantea el VIH/SIDA.

ESPECIFICACION DE VARIABLES

Variable dependiente.

Funcionalidad familiar.

La salud familiar es un término que se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario por lo que su buen o mal funcionamiento, es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia enferma, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término disfuncional, decimos que una familia es normal funcional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. (2)

Variables independientes.

VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es un trastorno debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo I (VIH-I) y que se caracteriza por el progresivo deterioro del sistema inmunitario celular, que da lugar a infecciones secundarias o al desarrollo de neoplasias malignas. (21).

Variables del género:

Edad

Sexo

DEFINICION DE VARIABLES.

Funcionalidad familiar: variable nominal, cualitativa.

VIH: variable nominal, cualitativa.

HIPOTESIS

Hipótesis nula.

Existe mejor nivel de funcionamiento familiar en el paciente portador de VIH/SIDA lo que favorece una mejora de su estado de salud, disminuyendo consecuentemente la morbilidad, mejorando su crecimiento personal y una mejor respuesta al tratamiento medico.

Hipótesis alterna.

Existe disfunción familiar en le paciente portador de VIH/SIDA, lo que favorece un mayor impacto de afección a su estado de salud, empeorando la morbilidad y modificando negativamente su crecimiento personal y la respuesta al tratamiento medico.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo no comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con VIH/SIDA que se encuentran en el área de consulta externa de medicina interna, en el HGZ.MF.No. 8 de la ciudad de México, DF, durante los meses de septiembre del 2005 a octubre del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- pacientes con VIH/SIDA.
- En cualquier estadio de la enfermedad.
- Sin importar el tiempo de evolución.

Criterios de no inclusión:

- Se excluyeron a pacientes portadores de VIH/SIDA con presencia agregada de retraso psicomotriz.
- Fase terminal de la enfermedad.
- Pacientes en malas condiciones generales que les impidiera colaborar.
- los que no desearon participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- pacientes que contestaron de manera inadecuada el cuestionario.
- Pacientes no derechohabientes al IMSS.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

Pacientes portadores de VIH/SIDA usuarios y adscritos al HGZ numero 8, que cumplan los criterios de inclusión y acepten la aplicación de la encuesta.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO CONTROL

No necesario para el estudio.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

El universo total comprende a todos los pacientes portadores de VIH/SIDA que son atendidos en la consulta externa, con y sin tratamiento.

DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA

Se toma una proporción estadística en base a lo registrado .

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo de la muestra se obtuvo de acuerdo a proporción por universo de trabajo el cual es menor a 1000, por lo tanto se obtuvo un 15 por ciento del universo.

n: Universo (260).

Muestra = 40

RESULTADOS

El presente estudio consistió en un total de 40 pacientes todos ellos portadores de VIH/SIDA, de los cuales 34 (85%) correspondieron al sexo masculino y 6 (15%) al sexo femenino con edades de 21 a 51 años, con una media de 33.65, mediana de 33.00 y moda de 32. Estos resultados concuerdan con la incidencia de VIH/SIDA a nivel de América latina y México específicamente, mismos que de acuerdo a CONASIDA 2006 apuntan a una incidencia en el sexo masculino de 83.1% y 16.9% en el sexo femenino, así mismo nuestros resultados empatizan con respecto a la edad en la cual existe mayor incidencia de casos de VIH de acuerdo a las estadísticas nacionales y comprende de 15 a 44 años (Cuadro y grafica I, II, III).

En cuanto a cohesión familiar, 26 pacientes (65%) presentaron a la evaluación del FACES III un puntaje de 41 a 42 que corresponde a mejor cohesión relacionada, 12 pacientes (30%) un puntaje de 35 a 40 que corresponde a una cohesión de tipo mejor semirrelacionada y solo 2 pacientes (5%) presentaron cohesión extrema no relacionada, por lo que podemos deducir que en nuestro estudio el 95% de nuestros pacientes presentaron una adecuada cohesión familiar. (Cuadro y grafico IV).

Respecto a Adaptabilidad familiar variaron los resultados en comparación a la cohesión, puesto que obtuvimos una frecuencia de 20 pacientes (50%) con adaptabilidad extrema caótica, una frecuencia de 16 pacientes (40%) con

adaptabilidad mejor estructurada y, solo 4 (10%) con adaptabilidad mejor flexible.
(Cuadro y grafico V)

En cuanto al tipo de familia podemos deducir que nuestro estudio presento una frecuencia de 17 (42.5%) para familia mas funcional, una frecuencia de 22 (55%) para el tipo medianamente funcional, ya que presentan adecuada cohesión, sin embargo existe alteración en su adaptabilidad lo que en cierto grado la vuelve disfuncional y solo 1 (2.5%) para menos funcional, ya que existe alteración a nivel de cohesión y también de su adaptabilidad. Por lo que se determina que nuestro estudio arroja que un 50% de nuestra población estudiada presenta una funcionalidad familiar adecuada y el otro 50% presenta cierto grado de disfuncionalidad, lo que se reflejara en alteración de su funcionamiento y alterado sus roles, lo que de alguna forma le impide resolver adecuadamente su patología (cuadro y grafica VI).

En cuanto al sexo y tipo de familia obtuvimos una frecuencia de 13 hombres con mejor funcionalidad, 20 medianamente funcional y solo 1 menos funcional, en el sexo femenino obtuvimos a 4 con mejor funcionalidad, 2 con mediana funcionalidad y 0 con menos funcionalidad. (Cuadro y grafico VII).

De acuerdo a la prueba estadística utilizada (Mann -whitney) se reporta una z con valor de (1.306) que se traduce por encima de $p > 0.05$ por lo cual la prueba se considera estadísticamente significativa por lo que se rechaza la hipótesis nula.

CUADROS Y GRAFICAS

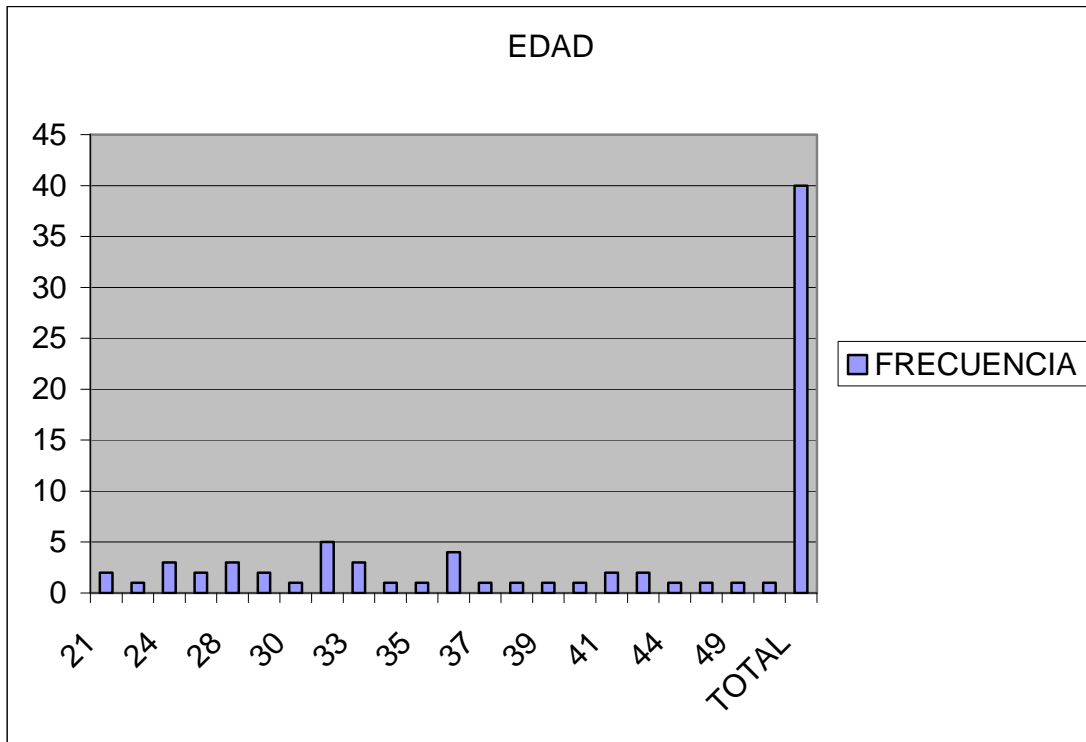
CUADRO I.

		edad	sexo
N	Valid	40	40
	Missing	0	0
Mean		33.65	1.15
Median		33.00	1.00
Mode		32	1
Range		30	1
Minimum		21	1
Maximum		51	2

CUADRO II**EDAD Y FRECUENCIA.**

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje acumulativo
21	2	5.0	5.0	5.0
22	1	2.5	2.5	7.5
24	3	7.5	7.5	15.0
27	2	5.0	5.0	20.0
28	3	7.5	7.5	27.5
29	2	5.0	5.0	32.5
30	1	2.5	2.5	35.0
32	5	12.5	12.5	47.5
33	3	7.5	7.5	55.0
34	1	2.5	2.5	57.5
35	1	2.5	2.5	60.0
36	4	10.0	10.0	70.0
37	1	2.5	2.5	72.5
38	1	2.5	2.5	75.0
39	1	2.5	2.5	77.5
40	1	2.5	2.5	80.0
41	2	5.0	5.0	85.0
42	2	5.0	5.0	90.0
44	1	2.5	2.5	92.5
48	1	2.5	2.5	95.0
49	1	2.5	2.5	97.5
51	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

GRAFICO II
EDAD Y FRECUENCIA

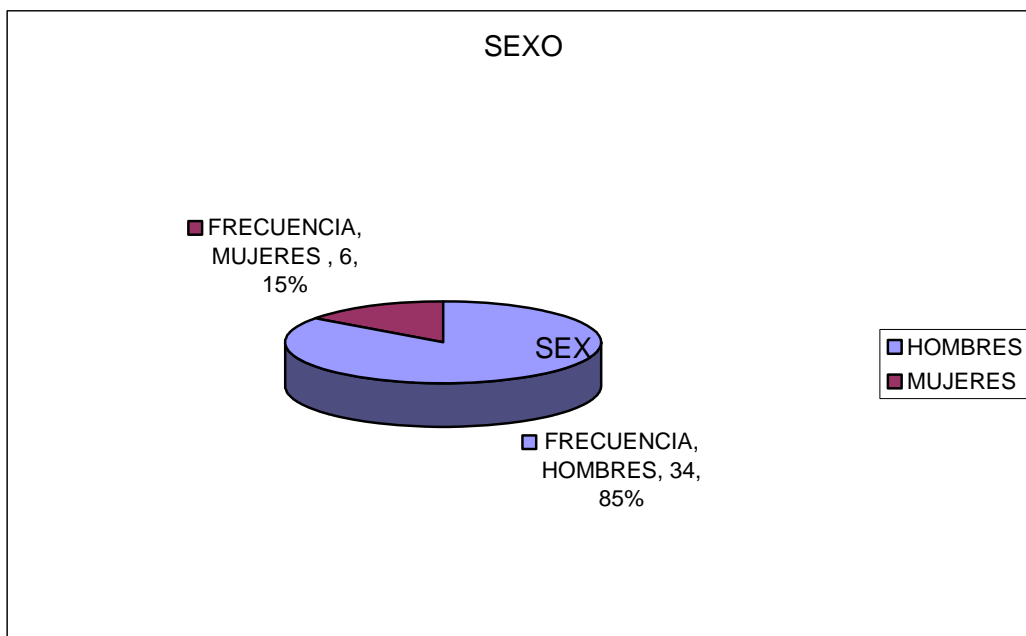


CUADRO III

SEXO, FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES PORTADORES DE VIH/SIDA

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor porcentual	Porcentaje acumulativo
hombres	34	85.0	85.0	85.0
mujeres	6	15.0	15.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

GRAFICA III.

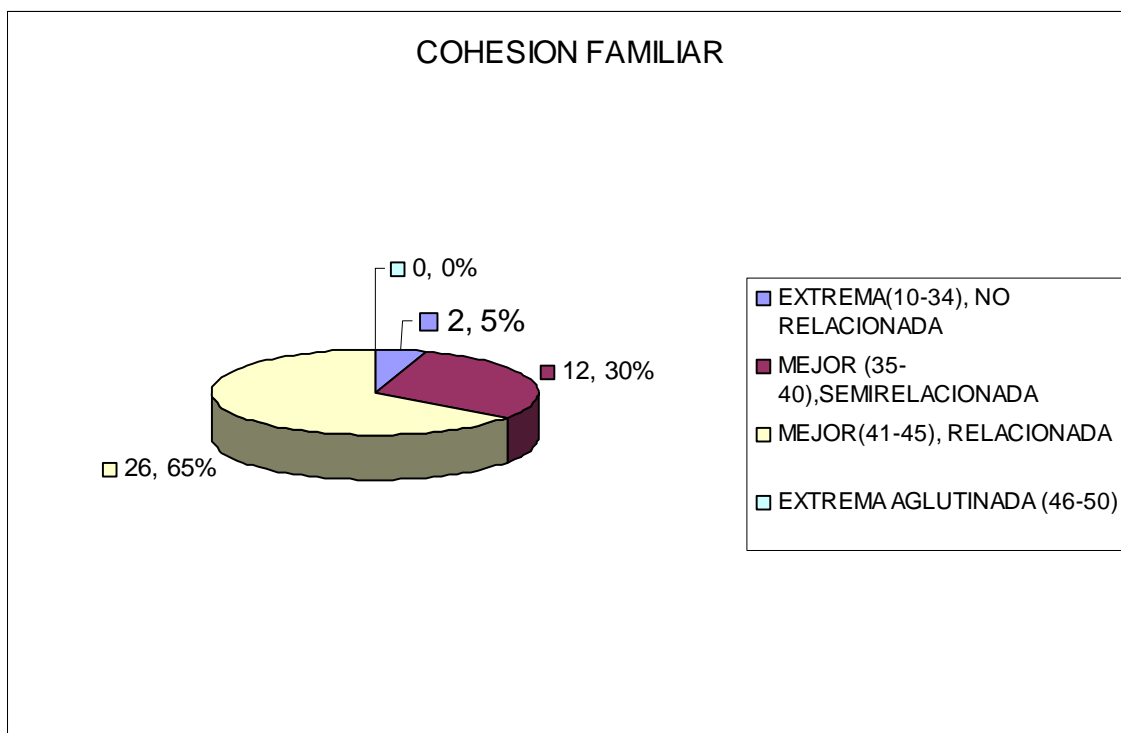


CUADRO IV.

COHESION FAMILIAR (TIPO, FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor porcentual	Porcentaje acumulativo
extrema(10-34) no relacionada	2	5.0	5.0	5.0
mejor(35-40) semirelacionada	12	30.0	30.0	35.0
mejor(41-45) relacionada	26	65.0	65.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

GRAFICA IV

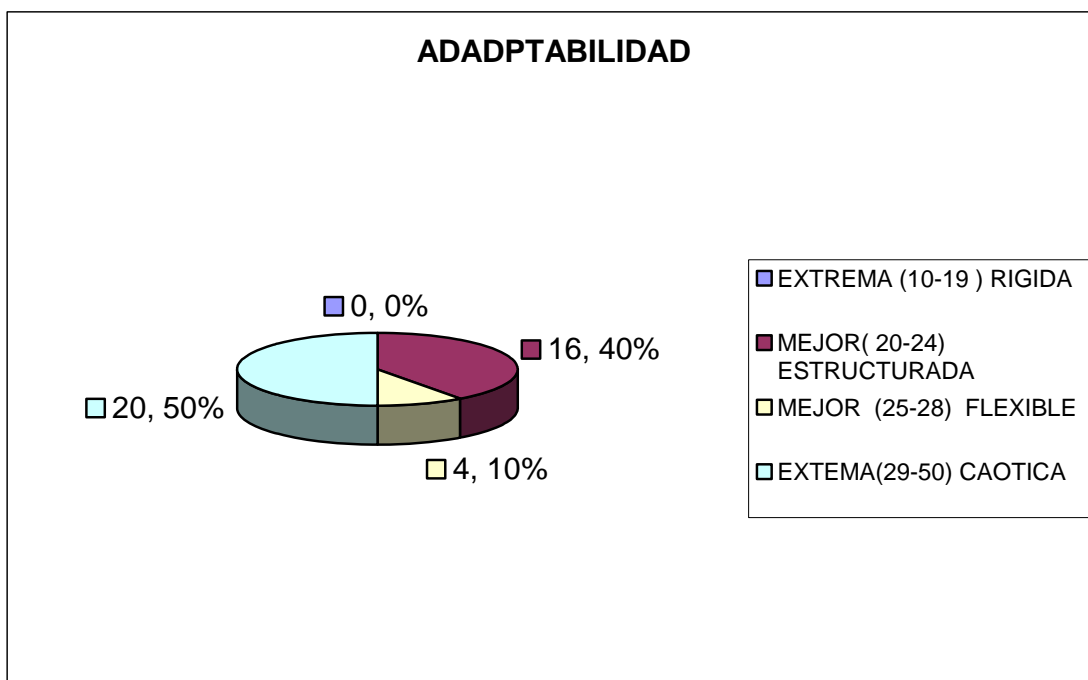


CUADRO V.

ADAPTABILIDAD (TIPO, FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor porcentual	Porcentaje acumulativo
mejor(20-24) estructurada	16	40.0	40.0	40.0
mejor(25-28)flexible	4	10.0	10.0	50.0
extrema(29-50),caótica	20	50.0	50.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

GRAFICA V

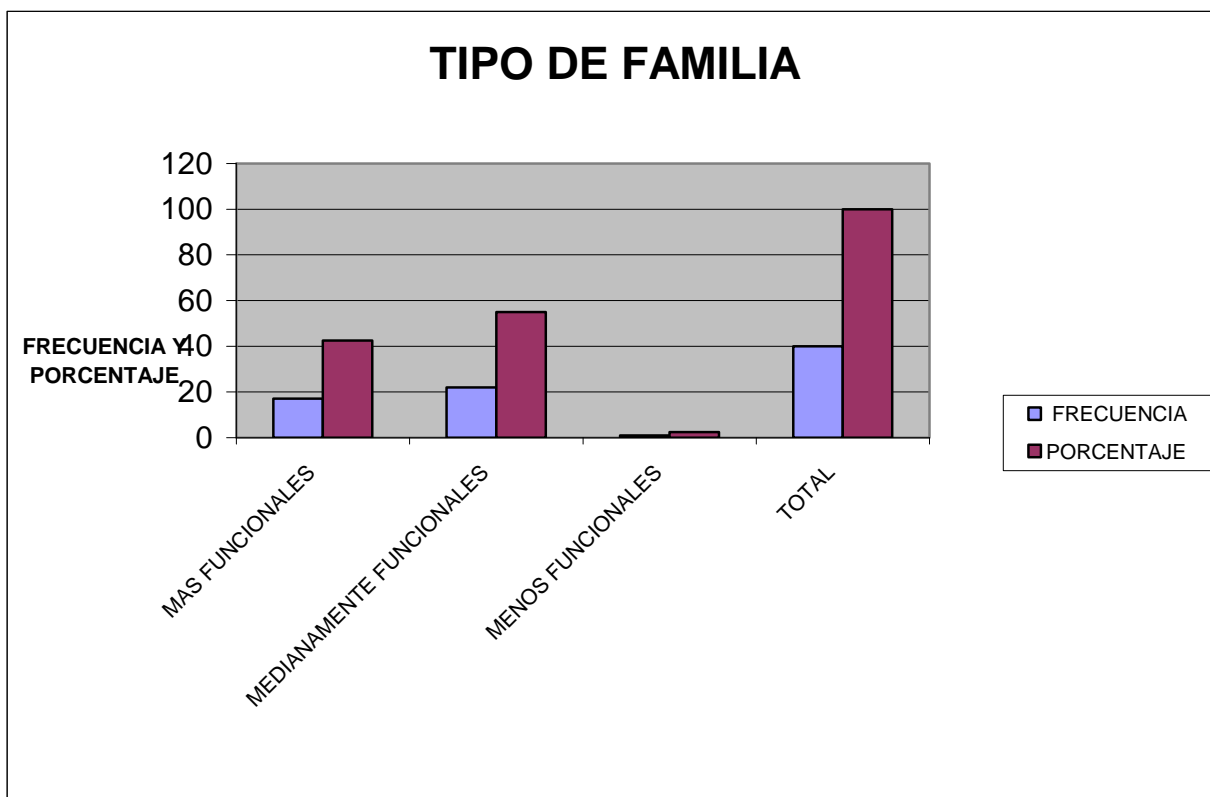


CUADRO VI

TIPO DE FAMILIA EN RELACION A FACES III (FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor porcentual	Porcentaje acumulativo
mas funcionales	17	42.5	42.5	42.5
mediana funcionalidad	22	55.0	55.0	97.5
menos funcionales	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

GRAFICA VI.

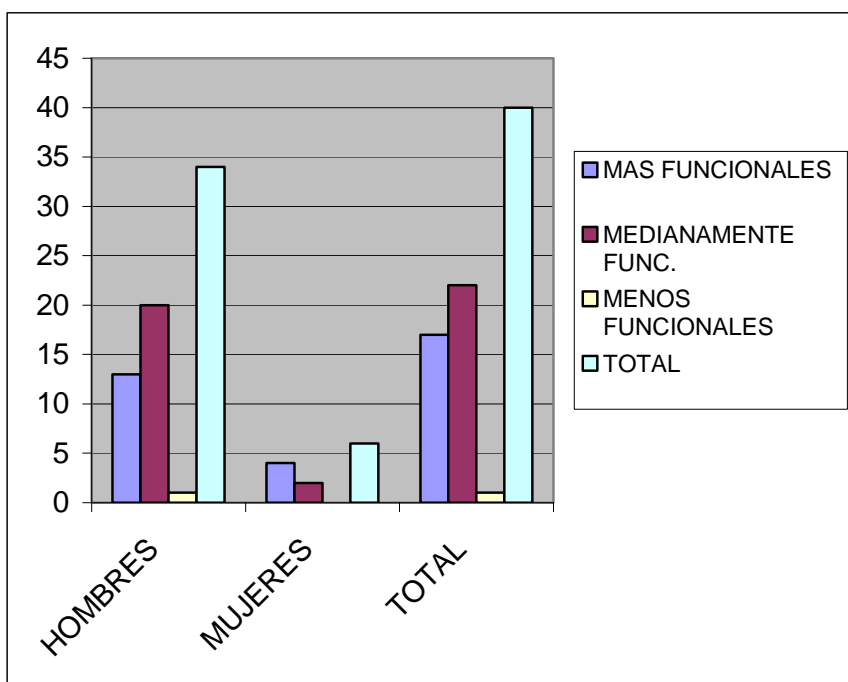


CUADRO VII.

RELACION ENTRE SEXO Y TIPO DE FAMILIA

Sexo	tipo de familia			Total
	mas funcionales	mediana funcionalidad	menos funcionales	
hombres	13	20	1	34
mujeres	4	2	0	6
Total	17	22	1	40

GRAFICA VII.



DISCUSION.

Determinamos que existe en el 95% de nuestra frecuencia una mejor cohesión es decir, que existe una adecuada identificación con la familia resultante lazos emocionales adecuados y una autonomía flexible.

En cuanto a la adaptabilidad familiar nuestro estudio arroja una frecuencia 50 a 50, es decir la mitad de nuestra población estudiada presenta una adecuada habilidad para cambiar su estructura en cuanto a sus roles y reglas en respuesta al stress que representa el desafío del VIH/SIDA, la otra mitad presenta problemática para lograr una adecuada adaptabilidad lo que en cierto grado la vuelve disfuncional y, es aquí en donde el médico familiar debe de intervenir como un recurso extrafamiliar para identificar los elementos que afectan la dinámica familiar, proveer por la familia del enfermo la llegada de apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo a las necesidades que precise cada caso, para llevarla tras una fase de adaptación a un funcionamiento equilibrado para de esta manera revertir la disfunción y como se ha demostrado en otros estudios en donde se ha aplicado FACES III, un adecuado funcionamiento familiar se vera reflejado en una mejora en el estado de salud, disminuyendo la morbilidad, mejorando el crecimiento personal , una mejora del sistema inmunológico y una mejor respuesta al tratamiento médico.

CONCLUSIONES.

Existe adecuado funcionamiento familiar en 42.5 % de nuestra población estudiada.

Existe disfuncionalidad familiar en el 57.5% de nuestra población estudiada.

Existe adecuado nivel cohesión en el 95% de nuestra población, es decir que existen adecuados lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros así como cierto grado de autonomía, contrariamente solo en el 50% de nuestra población estudiada se presenta una adecuada adaptabilidad el otro 50% presenta problemática en la misma que la convierte en cierto grado en disfuncional.

Estadísticamente nuestro estudio coincide en cuanto a la edad y sexo para incidencia de VIH/SIDA a nivel de América latina y México específicamente.

ANEXOS

ANEXO I.

DECLARACION DE HELSINKI

INTRODUCCION

Es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

I. PRINCIPIOS BASICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.

5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para

respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

ANEXO II.

CUESTIONARIO.

Describe a su familia: (en la Cohesión y la Adaptabilidad)

1 NUNCA 2 CASI NUNCA 3 ALGUNAS VECES

4 CASI SIEMPRE 5 SIEMPRE

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

ANEXO III.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

HGZ. NO.8, A ____ de _____ del 2006

El presente estudio pretende valorar el nivel de funcionalidad familiar que existe en el paciente portador de VIH/ SIDA, aplicando un instrumento de evaluación (faces III). Esto permitirá plantear alternativas de atención médica y mostrar la importancia de que el apoyo familiar genera una mejora en su estado de salud, en su crecimiento personal y en una mejor respuesta a tratamiento terapéutico.

yo _____, acepto contestar el cuestionario anexo a este documento, una vez que se me ha explicado clara y ampliamente que será para la conducción de una investigación de relevancia enfocada para la mejor atención del paciente haciéndolo de manera libre y honesta.

Firma

ANEXO IV.

CRONOGRAMA

	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct
Búsqueda de inf.	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊
Elaboración de protocolo							☑ 😊	☑ 😊						
Aprobación														
Inicio del estudio							☑ 😊							
Tiempo de investigación							☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊
Captación de pacientes							☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊	☑ 😊
Análisis e Interpretación											☑ 😊	☑ 😊		
Elaboración del Documento													☑ 😊	☑ 😊
Presentación														☑ 😊

Fecha de Inicio: 1ro. Septiembre del 2005.

Fecha de Término: 31 de octubre del 2006

Planeado

Realizado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Arias-Lilian, Herrera Julián A. Al Apgar familiar en el cuidado primario a la salud. Colombia Médica. 1994; 8: 25-26.
2. De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria. 1992; 10: 582- 583.
3. ONUSIDA (2005) Situación de la Epidemia en México en: [http://www. Un.Mx./Léxico](http://www.Un.Mx./Léxico). Html.
4. CENSIDA (2006): El VIH/ SIDA en México. [www. Salud. gob.mx/ Conasida](http://www.Salud.gob.mx/Conasida).
5. CENSIDA (2003): El VIH/ SIDA en México. [www.Salud. gob. Mx / Conasida](http://www.Salud.gob.Mx/Conasida).
6. Zozoya M. Cartilla de la comisión de derechos humanos contra la discriminación de personas afectadas con el SIDA. Organización panamericana de la salud 2003; 14: 8-9.
7. Villamil RJ. El SIDA entre maquinas y engranes, Ausencia de Riesgo y discriminación laboral. Organización Panamericana de la salud 2003; 12: 8-9.
8. Castro R, Eroza E, Maria MC, Hernández JJ. Estrategias de manejo entorno al VIH/ SIDA a nivel familiar. Salud Pública. México 1997; 39: 32-43.
9. Fuster MJ, Ruíz- de Apodaca. Cuestión de Genero: Mujer y VIH- SIDA, Editorial Seisida. 2002; 11: 135-139.
10. Rabkin J-G, Wagner-G-J, Rabkin-R. Fluoxetine Tratment for depression in patient with HIV an AIDS: a Randomized, placebo controlled trial. AMJ Psichiatry 1999; 7: 35-40.
11. Brounwald- E et al. Enfermedades por retrovirus. En: Harrison principios de medicina interna. D.F; México: Interamericana MC Graw Hill ; 2003. 1541- 1764.

12. Huerta- González José Luis Dr. Estudio de La salud familiar. En: Programa de actualización continua en medicina familiar. D.F; México. Intersistemas Editorial; 1999. 56-58.
13. Consejo estatal para la prevención del SIDA, Jalisco (COESIDA), secretaría de gobierno del estado de Jalisco, guía práctica para el personal de salud con trabajo en VIH/SIDA. COESIDA; 1998: 119.
14. Halvorsen JG. Seif – report family assessment. Fam Pract. Res J .1991: 11(1) : 21-55.
15. Gómez- Clavelina FJ. Irigoyen- Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch .Med.Fam. 1991:_1 (2): 45-57.
16. Gómez –Clavelina FJ. Instrumentos para la evaluación psicosocial familiar. Criterios de selección. Documentos de trabajo CNPI/002. México. 2002: 22-24.
17. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Chapter 19in. Normal Family Processes; Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. 3a. Ed. Guill Ford Press. New.
18. Cluff.RB. Hicks MW. Madsen Ch. Beyond, The Circumplex Model: 1.A Moratorium on Curvilinearity. fam Proc. 1994; 33: 455-470.
19. Olson DH. Curvilinearity survives: the world is not flat. Fam. Proc.1994; 33: 363-364.
20. Gomez CF, Irigoyen CA. Two types of family assessment. Fam Proc. 1995; 34: 363 -364.

21. Merle A. Sander, M.D. Paul A. Volberding, M.D. Manejo médico del SIDA. 2da. Edición. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 1992; 5: 71-107.
22. De la Revilla I. Porqué es necesaria la atención familiar en: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España. Editorial Doyma; 1994: 6-12.
23. UNAIDS: Epidemiological Fac. Sheeta on HIV/AIDS and Sexually trnasmitted infections; D.F; México 2002, UNAIDS available. From. URC.