



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR”**

**T E S I S  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. LETICIA ANIE JACQUELINE VERASTEGUÍ MONTES DE  
OCA**

**MONTERREY, N. L.**

**2014**



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.

**"PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR"**

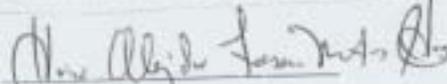
TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA. LETICIA ANIE JAQUELINE VERASTEGUI MONTES DE OCA**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DRA. MARIA ELENA GOMEZ CORONADO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

  
**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

  
**DR. OSCAR DIAZ SANCHEZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

MONTERREY NUEVO LEÓN, 2014

**"PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR"**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA. LETICIA ANIE JAQUELINE VERASTEGUI MONTES DE OCA**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS**  
COORDINADORA DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE  
INSTITUCIONAL



**DR. MANUEL F. GUERRERO GARZA**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN



**DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN

Monterrey, N.L.

**"PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR"**

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

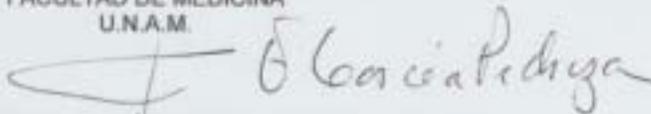
**PRESENTA**

**DRA. LETICIA ANIE JAQUELINE VERASTEGUI MONTES DE OCA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

U.N.A.M.



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912  
H. GRAL. ZONA -MF- NUM. 6, NUEVO LEÓN

FECHA 15/01/2013

**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Pacientes con VIH / SIDA y su funcionalidad familiar.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1912-1

ATENTAMENTE

**DR. (A) ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

**“PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR”**

## INDICE GENERAL

1. Título	6
2. Índice general	7
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	8
4. Planteamiento del problema	16
5. Justificación	17
6. Objetivos	18
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)	19
8. Metodología	
-Tipo de estudio	20
-Población, lugar y tiempo de estudio	20
-Tipo de muestra y tamaño de la muestra	20
-Criterios de Selección	20
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	24
- Plan de análisis	24
- Consideraciones éticas	26
-Instrumentos de recolección	28
- Flujograma	30
9. Resultados	
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	31
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados	39
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)	41
12. Referencias bibliográficas	43
13. Anexos	46

## MARCO TEORICO

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La infección por el VIH conduce a una destrucción gradual del sistema inmunitario y a un aumento de la sensibilidad a las infecciones oportunistas.

La diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de SIDA es que una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. El VIH se transmite a través de los fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

El 80 % de los pacientes infectados por el VIH mueren debido a una infección diferente a la producida por este virus.<sup>1</sup>

La Organización de las Naciones Unidas desarrollo un organismo denominado ONUSIDA quien realiza estimaciones sobre la epidemia para obtener cifras globales, regionales y nacionales. Debido a que la enfermedad se ha mantenido estable a nivel mundial, por primera vez en 30 años, las estimaciones que ha hecho en últimos 2 años muestran una tendencia a la baja en prevalencia. Las nuevas estimaciones indican que para finales del año 2010 existían en el mundo cerca de 34 millones de personas que vivían con VIH, de las cuales cerca del 68% vivían en el África Subsahariana, la región más afectada y que en el mundo podrían haber ocurrido alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones por VIH.

Estas estimaciones indican que para la región de América Latina, en la que se incluye a México, la prevalencia regional en población adulta ha permanecido sin cambios entre 2001 y el 2010, siendo cercana al 0.4%. En nuestra región cerca de 1.5 millones de personas vivían con el VIH; y durante el 2010 ocurrieron cerca de 100 mil nuevas infecciones. La epidemia en América Latina continúa siendo concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas que se dedican

al trabajo sexual y personas que usan drogas inyectables. El 64% de las personas adultas que vivían con VIH en nuestro país durante el 2010 eran hombre.<sup>2</sup>

Según el Registro Nacional de casos SIDA en México, al 30 de septiembre de 2011 se habían diagnosticado y registrado 151,614 casos acumulados de SIDA, de los cuales 82% eran hombres y 18% mujeres.

Del total de los casos registrados de SIDA en el país, el 44% se encuentran en el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz y Jalisco, siendo estas las entidades Federativas con más casos registrados. Mientras por el contrario, Zacatecas, Baja California Sur, Colima y Aguascalientes, representan 2.3% de todos los casos de SIDA reportados hasta la fecha. Por otra parte, del 1 de enero de 2011 al 30 de septiembre de 2011 se habían registrado 2,846 casos nuevos de SIDA y 3,083 casos nuevos de VIH.

La razón hombre/mujer de casos de SIDA es en 2011 de 4.5 a 1. Mientras que para los casos de VIH la razón es de 3.4 hombres por cada mujer. El Distrito Federal es el estado con la mayor razón hombre/mujer de casos registrados de SIDA, 8 hombres por cada mujer, seguido por Nuevo León con una razón de 7.4 hombres por una mujer.

En México el 78% de las personas infectadas con VIH/SIDA reciben tratamiento antirretroviral.<sup>3</sup>

En el estado Nuevo León los primeros casos se registraron en el año 1983 en el Hospital Universitario y al año 2012 se diagnostican alrededor de 300 casos anuales.<sup>4</sup>

Esta infección ha puesto al descubierto la fragilidad del sistema familiar sin importar la condición social, económica o cultural. Y tiene repercusión biológica, social, económica, psicológica pero sobre todo afecta a la familia.

La Familia constituye la unidad básica de desarrollo, durante el cual los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica. Si una enfermedad aguda puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, con más razón lo hace el conocer que uno de sus miembros padece el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).<sup>5</sup>

El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de enfrentamiento hacia los múltiples problemas económico, social, laboral.

La infección por VIH y la consecuencia final de ésta, el SIDA, son eventos cada vez más comunes en la población mundial.

El efecto de un diagnóstico como lo es el VIH/SIDA se refleja en todo el sistema familiar y todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante de la familia por enfermedad esta repercute y afecta a todo el sistema es decir, la familia es considerado un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le pasa a uno afecta al otro y viceversa. <sup>6</sup>

La enfermedad y el sufrimiento que ocasiona, ocupan un primer plano en la vida del paciente y muchas veces en la de su familia. La primera reacción del individuo que se siente enfermo o al que se le ha detectado una enfermedad es de temor e incertidumbre.

Desde el punto de vista sistémico, la pérdida, o amenaza de pérdida de un miembro, es la mayor crisis que tiene que afrontar una familia. Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo, si no los tiene, el sistema pierde funcionalidad. <sup>7</sup>

Como el VIH/SIDA no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presenten diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto en la familia como en el paciente.

La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de sus miembros. Las familias funcionales proporcionan una afirmación positiva a todos sus miembros, permitiendo que cada uno se sienta querido y valorado. <sup>8</sup>

Por lo general, la familia comparte el proceso de la enfermedad, cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, no sólo alarma al paciente, sino a la familia. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo. <sup>9</sup>

A nivel personal pueden estar enfrentándose con la posibilidad de un cambio en su relación. Esto puede implicar la aceptación de nuevos papeles para expresar su sexualidad, aunado a la posibilidad de incrementar su dependencia. <sup>10</sup>

En 1994 en España, el Dr. Luis de la Revilla realizó un estudio observacional, transversal donde incluyó a 56 familias donde un miembro padecía de VIH/SIDA utilizando tres instrumentos de medición validados de funcionamiento familiar observando que los pacientes portadores muestran, aún estando asintomáticos, una mala percepción de salud atribuible a las características de la enfermedad. El bajo nivel de apoyo social detectado asociado al efecto estresante de ser seropositivo puede ser el origen de la disfunción familiar observada en el 46% de sus familias estudiadas. Recomendando actuaciones a nivel individual, comunitario y familiar con el objeto de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, potenciar los apoyos y equilibrar la función familiar. <sup>11</sup>

En el año 2005, la universidad de Ohio estudió la comunicación familiar de 135 hombres infectados con VIH encontrando que los hombres con pruebas positivas que tenían apoyo familiar presentaban menor probabilidad de estar deprimidos, así mismo los comportamientos de riesgo eran menores que en los hombres que no tuvieron el apoyo familiar, concluyendo que el apoyo social es un factor importante para ayudar a los pacientes a adaptarse psicológicamente y a vivir con la infección por VIH ya que se promueve un sentimiento de bienestar emocional. <sup>12</sup>

En un estudio de cohortes realizado al sur de los Estados Unidos en año 2005, se encontró que el apoyo familiar desde el inicio del diagnóstico de positividad, era predictivo de cambios positivos del funcionamiento físico y social en las Personas que viven con VIH/SIDA y que estaban con tratamiento antirretroviral sumamente activo (TARSA). Los Pacientes que tomaban sistemáticamente el TARSA presentaron más beneficios clínicos si percibían que contaban con apoyo social y familiar comparados con los pacientes que recibían TARSA pero no contaban con apoyo de sus familias.<sup>13</sup>

En la Habana Cuba en el año 2009, se estudiaron a 19 pacientes con VIH/SIDA y a 16 familiares cercanos, se trató de identificar las relaciones afectivas que mantiene el paciente con sus familiares, incluyendo si recibe apoyo o no por parte de ellos y cómo este comportamiento puede o no influir en las actitudes que tienen hacia la enfermedad, se encontró que uno de los momentos más difíciles a los que se enfrenta el paciente es comunicarles el diagnóstico a sus allegados, debido a la connotación social de la enfermedad, en 15 de los sujetos estudiados se corroboró que la confianza en sus familiares facilitó ese momento. Solo 4 pacientes no comunicaron su diagnóstico a la familia, y eran pacientes con tendencia suicida, esto evidencia la importancia de la familia y su función de apoyo hacia la persona enferma, lo que pudiera estar afectando la actitud del paciente hacia su enfermedad.

También se corroboró que el total de la muestra estudiada, considera que la enfermedad no interfirió en ningún momento en las relaciones familiares, al contrario, en cinco de las familias estudiadas las relaciones mejoraron después del diagnóstico, sirviéndole de impulso al paciente para poder aceptarla mejor.

Lo que demuestra que el apoyo que pueda brindarle la familia a la persona enferma, es un gran avance para que el paciente asuma su enfermedad como cualquier otra.<sup>14</sup>

En la actualidad existen varios instrumentos para medir la funcionalidad familiar. En 1994 en Cuba ante la ausencia de un instrumento para la medición de

procesos relacionales familiares se dio pauta para el diseño de una prueba que aportara información válida y confiable para tal propósito. Fueron seleccionados 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, acrónimo CRACAPA, que dieron lugar a las 14 afirmaciones que componen la prueba, diseñándose así el cuestionario FF – SIL en 1994 y siendo revalidada en 2004, la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar, tal como se explica en el anexo. (Anexo1)

Según el estudio de revalidación en 2004, donde se estudio la confiabilidad temporal del FF-SIL dio como resultado un valor de 0.93, muy por encima del valor prefijado y muy similar al obtenido en 1994 (0,94), lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.

El análisis de la consistencia interna dio un coeficiente global de 0.84, lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento. En la validación anterior solamente se exploró la correlación global con un resultado de 0.88, algo superior al obtenido en esta investigación. Sin embargo, al computarse los Alfa de Cronbach por categorías se apreció, con excepción de la categoría afectividad ( $\alpha = 0,85$ ), que las restantes  $\alpha$  de Cronbach parciales se encuentran por debajo del  $\alpha$  de Cronbach global, destacándose la categoría Adaptabilidad con un  $\alpha$  de Cronbach = 0,26 y Permeabilidad con un  $\alpha = 0,36$ .

En cuanto a la validez del contenido de la prueba FF-SIL, la mayoría de los expertos consignó los ítems del instrumento como “razonable y comprensible”.

Otro instrumento útil de evaluación de un acontecimiento o situación estresante, interno o externo, agudo o crónico es la escala de Thomas Holmes y Richard Rahe, ellos en su escala de reajuste social, enumeraron 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de una persona normal, este es un intento de estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospechan que anteceden al inicio de una enfermedad o agravan el curso de una enfermedad establecida. En el estudio original en 1967 realizado en Estados Unidos, los autores pidieron a 394 jueces que juzgaran la severidad de 43 situaciones que abarcan el área de salud, trabajo, hogar/familia, personal/social y financiera. Cada ítem tiene una puntuación denominada “unidad de cambio vital”, estas puntuaciones oscilan entre la máxima 100, referida al acontecimiento mas grave que es la muerte del cónyuge, hasta 11 que sería la calificación menos relevante.

Esta escala fue construida después que cientos de personas con diferentes historias biográficas, cuantificasen el grado de ajuste relativo que necesitaron para adaptarse a estos cambios.

En el estudio original, se obtuvieron correlaciones (Rho's de Spearman) mayores a .90 entre los diferentes subgrupos de la muestra. Estudios posteriores también obtuvieron correlaciones altas entre diferentes subgrupos y entre aplicaciones sucesivas (test-retest) de la escala. Para México en 1994 se hizo una validación de la escala en donde los jueces mexicanos tuvieron opiniones semejantes sobre la severidad de las diferentes situaciones. <sup>17</sup>

El VIH/SIDA ha afectado enorme y desproporcionadamente la estructura y las funciones familiares, la fortaleza de las familias y de las redes familiares que contribuyen a determinar cómo los individuos y las comunidades pueden manejar

la enfermedad y sus consecuencias. Cuando se enfrenta la discriminación social y otras dificultades relacionadas con el VIH/SIDA, una familia fuerte y de apoyo es una de las primeras líneas de defensa.<sup>18</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

Considerando que la mayoría de los pacientes infectados con VIH/SIDA se encuentran en etapa productiva de su vida, debemos considerarla como una enfermedad que con un apego estricto al tratamiento y seguimiento médico el paciente puede tener una buena calidad de vida, así mismo debemos identificar si el tipo y la funcionalidad familiar influyen en el desarrollo de la enfermedad.

El tratamiento farmacológico es la piedra angular en el manejo de pacientes con VIH/SIDA sin embargo para que este funcione adecuadamente es importante que el paciente cuente con apoyo emocional de su familia, definiendo a este último como las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo. Es en suma proporcionar confianza, seguridad, preocupación y afecto.

Un paciente con un adecuado apoyo familiar tendrá un mejor estado de ánimo que tendrá repercusión en un mejor sistema inmune que le permitirá defenderse de una enfermedad que es inmuno-depresiva por naturaleza. Por tal motivo la funcionalidad familiar es un factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes con VIH/ SIDA

La UMF #43 del IMSS en Escobedo N.L tiene 46 pacientes con diagnóstico de VIH de los cuales nos interesa saber la funcionalidad que tienen ya que hasta la fecha no se cuenta con ningún estudio que nos indique su situación familiar.

Con lo anteriormente mencionado nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la funcionalidad familiar de los pacientes con VIH/SIDA?**

## **JUSTIFICACION**

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. Gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antiretrovíricos, las personas VIH-positivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud.

En la actualidad se cuenta con un considerable número de programas institucionales para enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, así como investigaciones de como se ve afectada la funcionalidad familiar en este tipo de pacientes. Sin embargo se carecen de datos a nivel local de otra enfermedad crónica y hasta ahora sin cura como lo es el VIH/SIDA.

Dentro de la consulta institucional hablando en específico de familias que viven o vivieron con un integrante con VIH nos hemos encontrado ante duelos Patológicos, desintegración familiar, problemas económicos, alteraciones en la dinámica y los roles familiares, por lo anterior se requiere conocer la funcionalidad familiar de pacientes infectados, para posteriormente, en base a los resultados, sugerir campañas educativas, de apoyo social y familiar para los pacientes que viven diariamente con VIH/SIDA y sus familias.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

1. Conocer la funcionalidad familiar en pacientes con VIH de la UMF#43 de Escobedo Nuevo León

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

1. Determinar la presencia de crisis intrafamiliares en pacientes con VIH/SIDA.
2. Identificar las funciones familiares afectadas en pacientes con VIH/SIDA.
3. Conocer las características socio demográficas de la población en estudio (edad, genero, estado civil, escolaridad).

## **HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION**

Por ser un estudio de tipo observacional y descriptivo no se requiere la elaboración de una hipótesis.

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION:**

### **Diseño del estudio:**

El presente diseño es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

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

El presente estudio se realizó con los pacientes adscritos a la UMF No. 43 del municipio de Escobedo Nuevo León, considerando como tiempo de estudio del 1 de Julio del 2013 al 30 de Septiembre 2013

### **Tipo de muestra y tamaño de la misma**

La muestra utilizada es de tipo no probabilístico por conveniencia considerando a todos los pacientes reportados con la enfermedad y seropositivos de la UMF NO. 43 del municipio de Escobedo Nuevo León, siendo un total de 44 pacientes incluidos en el estudio.

### **Criterios De Selección:**

#### **Criterios de inclusión.**

- Familias de pacientes con VIH/SIDA que pertenecen a la UMF#43 de Escobedo Nuevo León.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que el consentimiento informado sea firmado por los integrantes de la familia.

### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes sin familia.

### **Criterios de eliminación.**

- Se eliminaran los cuestionarios incompletos
- Ausencia de consentimiento informado
- Que no acepten participar
- Familias que no participen con la totalidad de los miembros.

### **Información a recolectar y operacionalización de las variables**

Se aplicó un cuestionario conformado por dos partes, la primera parte incluye el consentimiento informado, en la segunda se encuentra los datos generales de identificación como son sexo, edad, estado civil, escolaridad y religión y por el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar “FF-SIL”.

Dicho instrumento evalúa cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, por medio de las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

## VARIABLES DEL ESTUDIO.

CUADRO 1

Tipo y nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Función familiar  (Variable dependiente)	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Se realizará aplicando el cuestionario FF Sil	De 70 a 57 puntos. Familias funcional  De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional  De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional  De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional	Cuestionario FF Sil
Crisis familiares  (Variable dependiente)	Es cuando una Tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema. Los límites se hacen laxos, los roles y las reglas se confunden.	Se realizará utilizando la escala de Holmes a las familias.	Puntuación 300 o más: En riesgo de enfermedad.  Puntuación de 150 a 299 : Riesgo de enfermedad moderado.  Puntuación 150 o menos: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad	Cuestionario Escala de Holmes Rahe
Infección por VIH/SIDA (variable independiente)	Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante el síndrome de	Pacientes positivos al virus de Inmunodeficiencia Humana, y su estado	ELISA, Western Blot y recuento de linfocitos TCD4	Expediente Electrónico Clínico.

	inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	sintomático SIDA		
Edad. (Variable de Control)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo expresado en años.	Edad cumplida al momento de la aplicación de la encuesta.	Ordinal. 1.-0 a 9 años 2.-10 a 19 años 3.-20-29 años. 4.- 30-39 años. 5.- 40-49 años. 6.- 50-59 años. 7.- 60 y más años.	Expediente Electrónico Clínico/formato encuesta
Género. (Control)	Expresión genotípica y fenotípica de una persona.	Característica que distinguen género hombre de una mujer.	Nominal. 1.- Femenino. 2.- Masculino.	Formato encuesta
Estado civil. (Control)	Es la situación legal de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil al momento de la encuesta.	Nominal. 1.-Soltero 2.-Casado. 3.-Unión Libre. 4.-Viudo 5.-Divorciado	Formato encuesta
Escolaridad (Control)	Grado máximo de estudios.	Escolaridad al momento de la encuesta	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Postgrado.	Formato encuesta

## DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

### CUADRO 2

#### DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
COHESIÓN	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas	Se identifica a través de los Ítems 1 y 8 del instrumento FF-SIL.
ARMONÍA	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	Se identifica a través de los Ítems 2 y 13 del instrumento FF-SIL
COMUNICACIÓN	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa	Se identifica a través de los Ítems 5 y 11 del instrumento FF-SIL
PERMEABILIDAD	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones	Se identifica a través de los Ítems 7 y 12 del instrumento FF-SIL
AFFECTIVIDAD	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimiento y emociones positivas unos a los otros.	Se identifica a través de los Ítems 4 y 14 del instrumento FF-SIL.
ROLES	Cada miembro de la familia cumple con responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	Se identifica a través de los Ítems 3 y 9 del instrumento FF-SIL.
ADAPTABILIDAD	Habilidad de la familia para cambiar de estructura y de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo	Se identifica a través de los Ítems 6 y 10 del instrumento FF-SIL.

	requiera.	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es aquella que promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.	Se obtiene a través del resultado de la aplicación del Instrumento FF-SIL.

## **ASPECTOS ETICOS**

### **DECLARACION DE HELSINKI.**

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

En el presente trabajo se han tomado todas las precauciones éticas, jurídicas y legales para su desarrollo, cuidando en todo momento la integridad de los participantes. En el presente estudio se investigará la funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA con el objetivo de conocer el entorno familiar y si este guarda relación directa con el curso de la enfermedad

### **LEY GENERAL DE SALUD. (23)**

El estudio se reglamenta en el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reglamentado por la Ley General de Salud en sus Artículos 1º, 96, 100, 101, 102. Adaptándose a los principios científicos y éticos de la investigación médica, no expone a riesgo ni daños a la persona que se encuentre dentro de la investigación, se realiza previa autorización del consentimiento informado.

El reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud, México, 1986. Título Primero. El presente trabajo de Investigación se califica como de mínimo riesgo.

El presente estudio es ético ya que se protegerá y resguardará la identidad de las personas estudiadas, para fines de este estudio únicamente se reportaron los resultados obtenidos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar de las personas que previamente hayan firmado un consentimiento informado el cual se anexa al protocolo como un documento médico legal, cuidando en todo momento la confidencialidad.

El estudio se realizó previo a la autorización por medio de la firma del consentimiento informado de los pacientes con VIH y familiares.

### **Instrumento de medición**

El cuestionario FF-SIL contiene 14 preguntas a las que se le asigna una puntuación específica, la suma de las respuestas totaliza un puntaje que permite calificar a la familia.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

70 – 57 puntos	Familia funcional
56 – 43 puntos	Familia moderadamente funcional
42 – 28 puntos	Familia disfuncional
27 – 14 puntos	Familia severamente disfuncional

La escala de Holmes es una escala que mide los acontecimientos vitales más frecuentes y los valora según el grado de estrés que puede causar a las personas. La escala de estrés está orientada a medir por medio de 43 ítems en los cuales se da una calificación diferente a los acontecimientos vitales del último año e intentar valorar el riesgo de enfermedad debido al estrés. Al final estas calificaciones se suman y se ponderan los resultados de acuerdo al siguiente esquema:

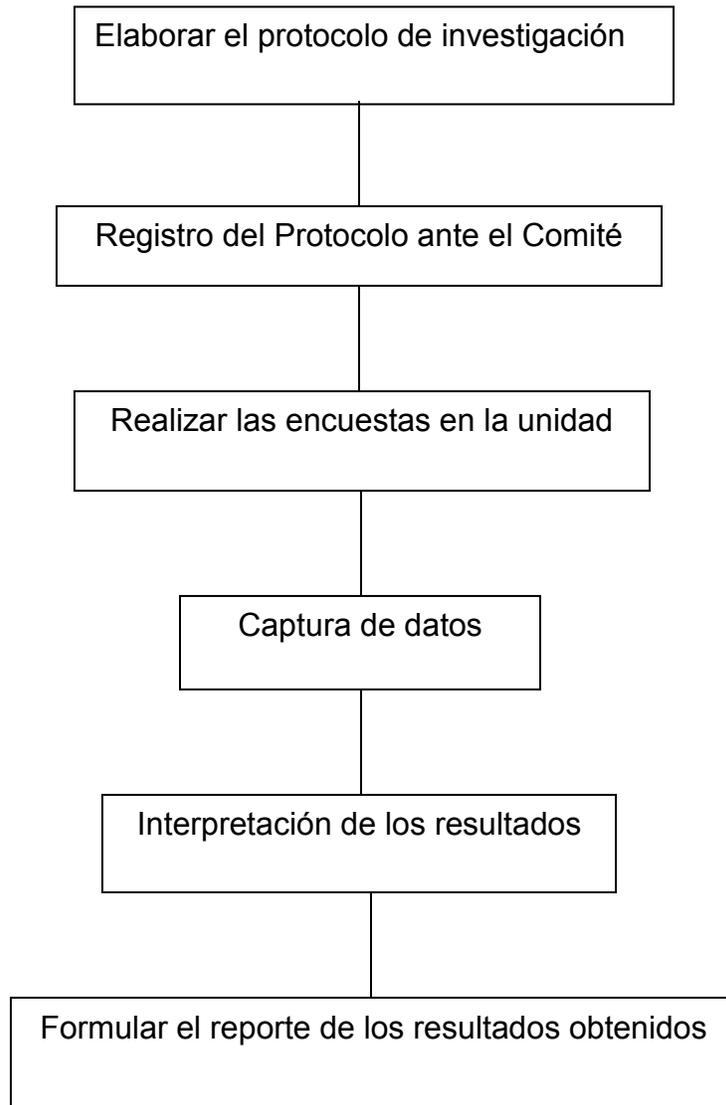
- **Menor de 150:** Existe un riesgo muy pequeño de estrés y de padecer alguna enfermedad psicosomática.
- **Entre 150 y 250:** El riesgo a padecer estrés y una enfermedad psicosomática es moderado.
- **Más de 250:** Existe un riesgo elevado de poder padecer estrés y alguna enfermedad psicosomática.

## **PLAN DE ANALISIS**

Estadística descriptiva. El propósito estadístico de la presente investigación fue identificar las alteraciones en la funcionalidad familiar en pacientes con VIH.

El instrumento se aplicó en una sola ocasión a todos los pacientes obtenidos por censo de pacientes diagnosticados con VIH , utilizando variables cualitativas que a su vez tiene una escala de puntos, dicha escala de valores se contestaron según la percepción como miembro familiar, utilizándose una escala de categorías que describen el funcionamiento familiar.

## FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCESAMIENTOS.



## RESULTADOS.

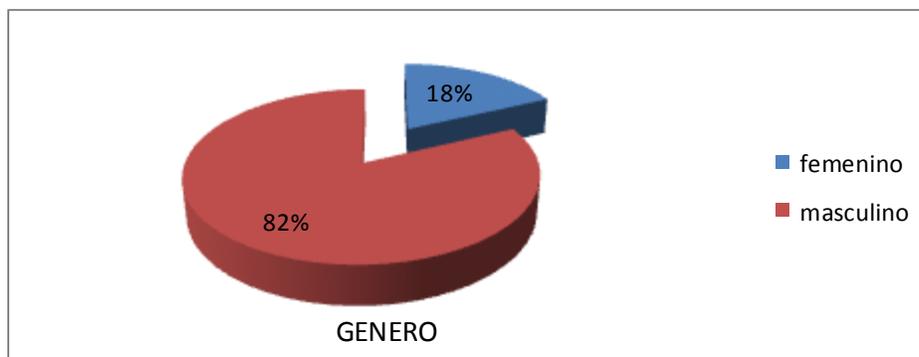
La investigación realizada es un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de VIH por medio de una muestra no probabilística por conveniencia en la UMF# 43 de Escobedo Nuevo León, con la aplicación de la escala de funcionalidad familiar FF-SIL, y la escala de Holmes, así como un cuestionario de datos socio demográficos a un total de 44 pacientes y su familia, con la finalidad de valorar su funcionalidad así como los eventos estresantes que presentan; Encontrando los resultados que a continuación se detallan.

### SEXO Y EDAD

Se realizó un censo de 44 pacientes de los cuales 36 eran de sexo masculino (82%) y 8 pacientes del sexo femenino (18%). Gráfico 1

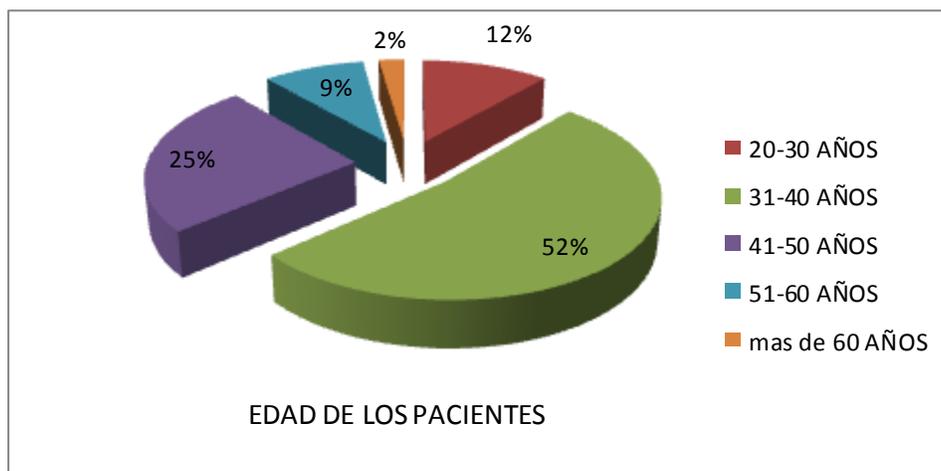
De acuerdo con los rangos de edad encontrados tenemos lo siguiente: 5 pacientes con rango de edad entre 20 a 30 años (12%), 23 pacientes con rango de edad entre 31 a 40 años (52%), 11 pacientes con rango de edad entre 41 a 50 años (25%), 4 pacientes con rango de edad entre 51- 60 años (9%) y 1 paciente con edad arriba de 60 años (2%). Gráfico 2

**Gráfica 1**  
**Genero de los participantes**



Fuente: Encuesta de datos socio demográficos

**Grafica 2**  
**Edad de los pacientes**

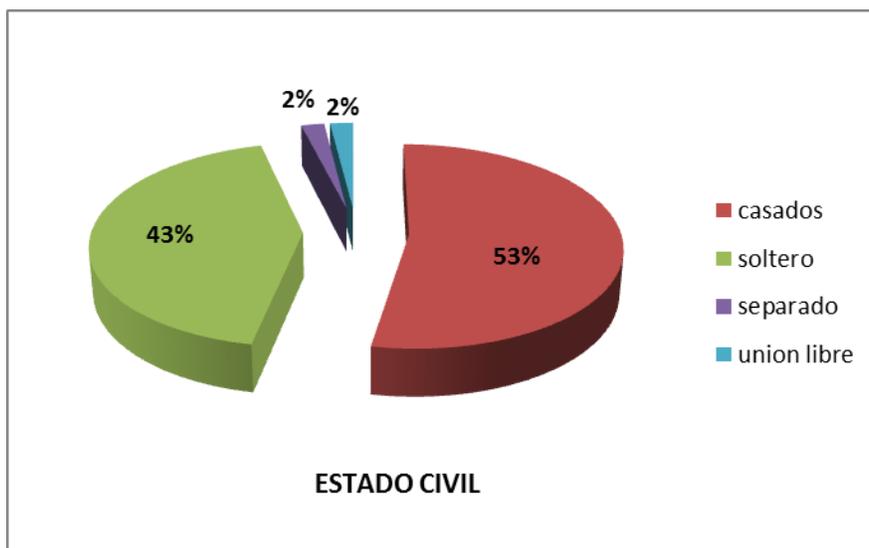


**Fuente: Encuesta de datos socio demográficos**

## ESTADO CIVIL

El estado civil encontrado de los 44 pacientes censados es el siguiente: Casados 23 pacientes (53%), solteros 19 pacientes (43%), separado 1 paciente (2%), unión libre 1 paciente (2%). Grafico 3

**Gráfica 3**  
**Estado Civil**

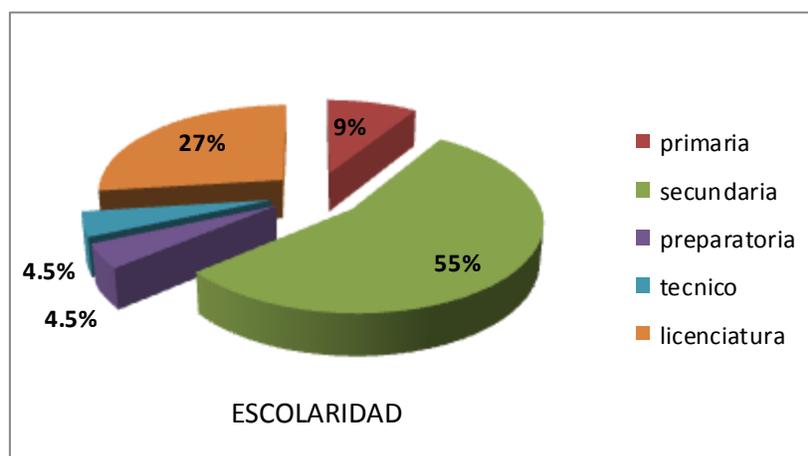


Fuente: Encuesta de datos socio demográficos

## ESCOLARIDAD

La escolaridad de los pacientes censados es la siguiente: primaria 4 pacientes (9%), secundaria 24 pacientes (55%), preparatoria 2 pacientes (4.5%), técnico 2 pacientes (4.5%), licenciatura 12 pacientes (27%). Grafica 4

**Gráfica 4**  
**Escolaridad**



Fuente: Encuesta de datos socio demográficos

## RELIGIÓN

La mayoría de los pacientes profesan la religión católica en un 88.6 % (40 pacientes), cristiana 2.9 % (1 paciente), Testigo de Jehová 2.9% (1 paciente) y 2 pacientes (5.2 % sin ninguna religión)

CUADRO 1  
RELIGIÓN

RELIGIÓN	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CATÓLICA	40	88.6 %
CRISTIANA	1	2.9 %
TESTIGO DE JEHOVA	1	2.9 %
NINGUNA RELIGIÓN	2	5.7 %

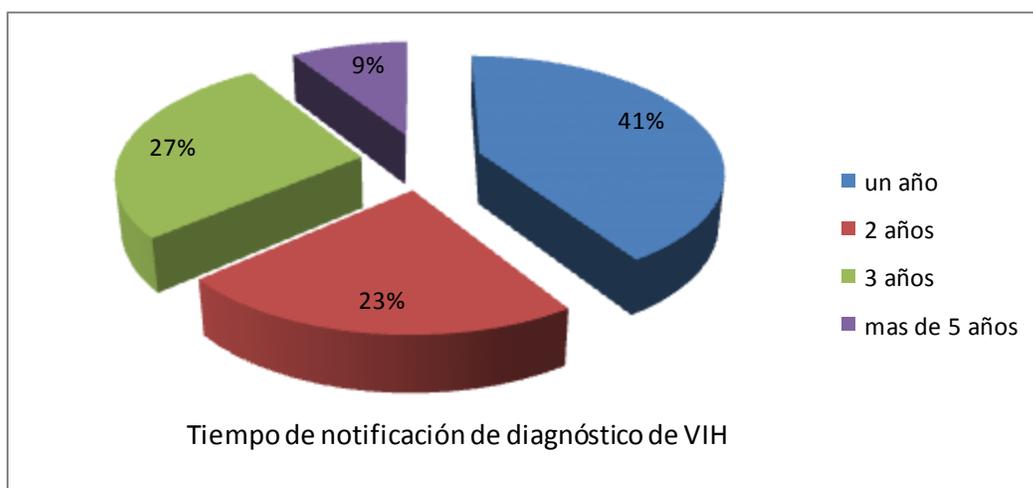
Fuente: Encuesta de datos socio demográficos

## TIEMPO DE EVOLUCION CON EL DIAGNOSTICO DE VIH

En cuanto al tiempo que tiene el paciente desde que se le notificó por primera vez que tenía el diagnóstico de VIH tenemos lo siguiente: un año o menos con el diagnóstico 18 pacientes (41%), 2 años con el diagnóstico 10 pacientes (23%), 3 años con el diagnóstico (27%), más de 5 años con el diagnóstico 4 pacientes (9%).

**Grafica 5**

**Tiempo de Notificación del Diagnóstico de VIH**



Fuente: Encuesta de datos socio demográficos

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

De acuerdo a la puntuación final del instrumento FF-SIL se encontró que el 45 % de las familias son funcionales, el 48% son moderadamente funcionales y el 7 % son disfuncionales, mientras que severamente funcionales no se encontró ninguna familia, como se muestra en la cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Funcional	20	45%
Moderadamente funcional	21	48 %
Disfuncional	3	7 %
Total	44	100 %

Fuente: Encuesta e instrumento FF-SIL

De las familias moderadamente funcionales, se obtuvo menor puntuación en las preguntas que valoran comunicación, permeabilidad y adaptabilidad, mientras que en las familias disfuncionales se obtuvo menor puntuación en las preguntas que valoran permeabilidad, roles y adaptabilidad.

### **Escala de Holmes**

Al aplicar la escala de eventos críticos de Thomas Holmes a los pacientes con diagnóstico de VIH encontramos lo siguiente: 27 pacientes (61%) tienen bajo riesgo de estresores para el desarrollo de crisis familiares, 16 pacientes (37%) tienen un riesgo medio, y un paciente (2%) tiene riesgo alto. Gráfica 6

**Grafica 6**  
**Riesgo de Estrés para pacientes, Escala de Holmes**



Fuente: Escala de Holmes

De los 16 pacientes con riesgo medio para el desarrollo de crisis familiares tenemos que de acuerdo al FF Sil aplicado, 10 familias son moderadamente funcionales y 6 funcionales, por último el paciente con riesgo alto para el desarrollo de crisis familiares de acuerdo al FF Sil pertenece a una familia funcional.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que las familiar de pacientes con VIH son moderadamente funcionales en un 48%, funcionales en un 45% y disfuncionales en un 7 % esto contrasta con los resultados obtenidos por el Dr. Luis de la Revilla quien en el año de 1994 estudió la funcionalidad familiar de 56 familias encontrando disfuncionalidad en el 46%.

En el año 2005 la universidad de Ohio estudio 135 pacientes con VIH concluyendo que aquellos pacientes que perciben el apoyo familiar y social tienen un sentimiento de bienestar y se acoplan psicológicamente a vivir con la infección de VIH, lo cual se corrobora en el presente estudio ya que los pacientes con familias funcionales reportan en menor medida lesiones o enfermedad personal, menores cambios en las condiciones de vida, así como menores cambios en los hábitos de dormir o alimentación según resultados de la escala de Holmes aplicada, contrario a lo que reportan los pacientes con familias moderadamente funcionales y disfuncionales.

En el año 2006 en la Habana, Cuba se realizó un estudio de casos y controles En donde se analizó la funcionalidad familiar de 18 pacientes con VIH y 54 pacientes controles sanos, encontrando disfuncionalidad familiar en 11 pacientes (68.1%) y funcionalidad familiar en 7 pacientes (38.9%) mientras que en los casos controles se encuentra funcionalidad familiar en el 75.9% y disfuncionalidad en el 24.1%, difiriendo completamente con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Mientras tanto en la ciudad de Xalapa, Veracruz en México en el año 2007 se obtuvo una muestra de 65 pacientes de un universo total de 84, utilizando el Apgar familiar en estos 65 pacientes se encontró que el 34% de los pacientes presentaban disfunción grave, disfunción moderada en el 21% y el 44.6% de las familias resultaron funcionales, lo cual es muy similar a lo encontrado en el presente estudio donde se encontró funcionalidad en el 45% de los pacientes, mas

sin embargo solo se encontró disfunción en el 7%, el resto resultó moderadamente funcional (48%).

Las crisis familiares o alteraciones en la funcionalidad familiar se pueden presentar en cualquier etapa del ciclo de vida familiar, con la presencia de nuevos roles, que conlleva a inestabilidad, transformaciones y cierto nivel de desorganización de la familia, como lo refiere el estudio de identificación de crisis personales y familiares en pacientes con VIH utilizando la escala de Holmes.

Las familias disfuncionales de pacientes con VIH al correlacionar los resultados obtenidos en la escala de Holmes tenemos que tienen un bajo riesgo para el desarrollo de crisis familiares y que esta disfunción corresponde a falta de adaptabilidad, comunicación y permeabilidad, mientras que la familia que tiene un riesgo alto para el desarrollo de crisis familiares en la escala de Holmes, de acuerdo al FF SIL es una familia funcional, y la crisis corresponde a eventos estresantes como pérdida de empleo, cambios en el estado de salud, hábitos alimentarios entre otros estresantes encontrados.

## CONCLUSIONES

Las primeras conclusiones de esta investigación están en relación a dar respuesta a la pregunta planteada y la cual queda contestada a satisfacción, por otro lado se alcanzaron los objetivos planteados y además podemos que las familias de pacientes con VIH corresponden a familias moderadamente funcionales en mayor porcentaje seguida de familias funcionales y encontrando disfunción en menos del diez por ciento de estas familias.

Las familias de los pacientes moderadamente funcionales presentan áreas de oportunidad en comunicación, permeabilidad y adaptabilidad, mientras que las familias disfuncionales tienen áreas de oportunidad en roles, permeabilidad y adaptabilidad.

La Cohesión, armonía, y afectividad son bien ponderadas en las familias de pacientes con VIH, por lo que al aplicar escala de eventos críticos de Holmes reportan en más del sesenta por ciento bajo riesgo para el desarrollo de crisis familiares. Con lo que podemos concluir que las familias que presentan un integrante con diagnóstico de VIH responde aumentando los lazos de afecto, armonía y cohesión familiar.

En el presente estudio los resultados son más favorables a los arrojados hace 20 años cuando se realizaron los primeros estudios de funcionalidad familiar en pacientes con VIH, encontrando que el uso de la tecnología, las redes sociales y el alcance del internet ha servido para que las familias busquen sus redes de apoyo y busquen actualizaciones sobre la propia, así mismo encontramos que aún persiste cierto grado de disfunción lo cual se puede traducir en depresión para el mismo paciente, apego inadecuado a su tratamiento o seguir con prácticas sexuales de riesgo.

Finalmente consideramos que el estudio puede ser aplicado a una población mayor, ya que los instrumentos utilizados son de ayuda y dan resultados

especificos para poder dar una mejor atención en la consulta de medicina familiar a este tipo de pacientes y sus familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Departamento de Salud/ División de prevención ETS/VIH. Definición de VIH/SIDA, Agosto 2012. URL disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>
2. ONUSIDA/ Datos y análisis/ Herramientas de epidemiología, Agosto 2012. URL disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/>
3. Gobierno Federal/Censida/ Casos de Sida al 30 de Junio 2012. Agosto 2012, URL disponible en: <http://censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html> Agosto 2012
4. Cordova VJ, Ponce LS, Valdespino JL. 25 años del SIDA en México, Logros, desaciertos y retos. Segunda Edición. Instituto Nacional de Salud Pública 2009
5. Velasco ML, Sinibaldi J. La familia y el VIH/SIDA SID. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Ed. Manual Moderno; 2010, p. 131-80.
6. El VIH en México 2011. Numeralia Epidemiológica/ Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA Secretaría de Salud. 2011 (5)
7. Velasco ML, Sinibaldi J. La familia y el VIH/SIDA SID. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Ed. Manual Moderno; 2010, p. 131-80.
8. Mas HB, Marin M. La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente. Rev Psiquiat Pub 1998;10: 58-60.
9. Orzechowzki A. SIDA. México: Publicación Amigos Contra el SIDA A.C. SIDA Hoy 2010; 2010, p. 29 -30.
10. Sánchez J, Colmerarejo J. Habilidades en atención al enfermo terminal. Rev Med General 2010: 486-92.
11. De La Revilla L, Marcos OB, Castro JA, Aybar ZR, Martín SI, Percepción de la Salud, Apoyo Social y Función familiar en pacientes con VIH Positivos. Atención Primaria 1994 Mar; 13:161-164

12. Jia H, Uphold CR, Wu S, Chen GJ, Duncan PW. Predictors of changes in health related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. *AIDS patient care and STDS* 2005; **19**(6): 395-405.
13. Serovich JM, Kimberly JA, Mosack KE, Lewis TL. The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. *AIDS care* 2001; **13**(3): 335-41.
14. Farray GM, Álvarez ME, Aspectos psicosociales de las familias de los pacientes con VIH/SIDA. *Revista de Ciencias Medicas La Habana* 2009 (15)
15. Azulay AT. Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte. *Rev Med Paleativa* 2000; 7: 145-56.
16. Louro BI, Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20 (3)
17. Bruner AC, Acuña L, Gallardo LM, La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México, *Revista Latinoamericana de Psicología* 1994; 26 (4) 253-269
18. Pereira R. Hacia un modelo familiar de duelo. *Rev Mosaico* 2002; 9-14.
19. Uribe P, López C, Hernández G y cols. Emociones y sentimientos del paciente y su familia. En: *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con el VIH/SIDA* 2a. ed. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA; 2009, p. 29-32.
20. Medalie JH. ¿Es la familia una realidad en la medicina familiar? *Rev Med Fam* 2010; 10(7): 7-17.

- 21.-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.
22. Abrego L, Del Río C, Hernández S y cols. La familia y el enfermo. En: Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA SI. 2a. ed. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA;1998, p. 52-3
23. Lourraine S. Pérdida y el virus de la inmunodeficiencia humana. Agonía, muerte y duelo. 2a. reimpresión. México: Ed. Manual Moderno; 1998, p. 181-202
24. Jia H, Uphold CR, Wu S, Chen GJ, Duncan PW. Predictors of changes in health related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. *AIDS patient care and STDS* 2005; **19**(6): 395-405.
25. Serovich JM, Kimberly JA, Mosack KE, Lewis TL. The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. *AIDS care* 2001; **13**(3): 335-41. [PUBMED: 11397335]
26. Watzlawick P, Beavin B. Jackson D. La organización de la interacción humana. En: Teoría de la comunicación humana. 10a. reimpresión. Barcelona: Ed. Herder; 1995, p. 115 -39.
27. Ortiz GMT. La salud familiar. *Rev Cub Med Gen* 2009; 15(4): 439-45.
28. O Connor J, McDermott I. ¿Qué es un sistema? En: Introducción al pensamiento sistémico. Barcelona: Ed. Urano; 1998, p. 27-49.
29. Del Hoyo A. La relación médico paciente en el siglo XXI. *Rev Hosp Clin Universidad de Chile* 2002; 13: 128-132

## ANEXO 1



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:	PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Patrocinador externo (si aplica):	N/A
Lugar y fecha:	ESCOBEDO, NL JULIO 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	IDENTIFICAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA
Procedimientos:	SE APLICARA 2 CUESTIONARIOS
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	COLABORAR EN LA DETECCION DE AREAS DE OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCION DE CRISIS PARANORMATIVAS EN PACIENTES CON VIH.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	VOLUNTARIO
Privacidad y confidencialidad:	ABSOLUTA

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):

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

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

Investigador Responsable: DRA. LETICIA VERASTEGUI MONTES DE OCA TELEFONO CELULAR 8180171211

Colaboradores: \_\_\_\_\_

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](mailto: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**

**ANEXO 2**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL NUEVO LEON  
UMF No. 43**

**ENCUESTA PARA RECOLECCION DE DATOS DEL EXPEDIENTE  
“PACIENTES CON VIH Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

<b>NOMBRE:</b> _____	<b>NUM.AFILIACION:</b> _____
<b>EDAD:</b> _____	<b>SEXO:</b> M _____ F _____
<b>RELIGION:</b> _____	<b>ESCOLARIDAD:</b> _____

<b>ESTADO CIVIL:</b> _____
<b>TIEMPO DE EVOLUCION CON EL DIAGNOSTICO:</b> _____

**Anexo 2. Escala de evaluación de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe**

Esta escala recoge 43 situaciones que pueden ser percibidas como negativas o no deseables causando estrés en el individuo. Los distintos acontecimientos recogidos se refieren a aspectos referidos a la familia, el hogar, el trabajo, la comunidad o la economía. Cada ítem tiene una puntuación denominada “unidad de cambio vital”, estas puntuaciones oscilan desde 100 que es la máxima, referida al acontecimiento más grave (muerte del cónyuge), hasta 11 que sería la menos relevante. La que se presenta, es la escala de evaluación de reajuste social de Holmes y Rahe modificada<sup>1</sup>. Para evaluar los acontecimientos se sumaron todas las unidades de cambio vital, es decir, la puntuación de cada ítem. Cuando la suma es igual o superior a 150, se considera que estos acontecimientos pueden afectar negativamente a la familia o al estado de salud de uno de sus miembros.

**Escala de evaluación de reajuste social**

Señale con una cruz aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año

<input type="checkbox"/> 1. Muerte del cónyuge 100 <input type="checkbox"/> 2. Divorcio 73 <input type="checkbox"/> 3. Separación matrimonial 65 <input type="checkbox"/> 4. Encarcelación 63 <input type="checkbox"/> 5. Muerte de un familiar cercano 63 <input type="checkbox"/> 6. Lesión o enfermedad personal 53 <input type="checkbox"/> 7. Matrimonio 50 <input type="checkbox"/> 8. Despido del trabajo 47 <input type="checkbox"/> 9. Paro 47 <input type="checkbox"/> 10. Reconciliación matrimonial 45 <input type="checkbox"/> 11. Jubilación 45 <input type="checkbox"/> 12. Cambio de salud de un miembro de la familia 44 <input type="checkbox"/> 13. Drogadicción y/o alcoholismo 44 <input type="checkbox"/> 14. Embarazo 40 <input type="checkbox"/> 15. Dificultades o problemas sexuales 39 <input type="checkbox"/> 16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia 39 <input type="checkbox"/> 17. Reajuste de negocio 39 <input type="checkbox"/> 18. Cambio de situación económica 38 <input type="checkbox"/> 19. Muerte de un amigo íntimo 37 <input type="checkbox"/> 20. Cambio en el tipo de trabajo 36 <input type="checkbox"/> 21. Mala relación con el cónyuge 35	<input type="checkbox"/> 22. Juicio por crédito o hipoteca 30 <input type="checkbox"/> 23. Cambio de responsabilidad en el trabajo 29 <input type="checkbox"/> 24. Hijo o hija que deja el hogar 29 <input type="checkbox"/> 25. Problemas legales 29 <input type="checkbox"/> 26. Logro personal notable 28 <input type="checkbox"/> 27. La esposa comienza o deja de trabajar 26 <input type="checkbox"/> 28. Comienzo o fin de la escolaridad 26 <input type="checkbox"/> 29. Cambios en las condiciones de vida 25 <input type="checkbox"/> 30. Revisión de hábitos personales 24 <input type="checkbox"/> 31. Problemas con el jefe 23 <input type="checkbox"/> 32. Cambio de turno o de condiciones laborales 20 <input type="checkbox"/> 33. Cambio de residencia 20 <input type="checkbox"/> 34. Cambio de colegio 20 <input type="checkbox"/> 35. Cambio de actividades de ocio 19 <input type="checkbox"/> 36. Cambio de actividad religiosa 19 <input type="checkbox"/> 37. Cambio de actividades sociales 18 <input type="checkbox"/> 38. Cambio de hábito de dormir 17 <input type="checkbox"/> 39. Cambio en el número de reuniones familiares 16 <input type="checkbox"/> 40. Cambio de hábitos alimentarios 15 <input type="checkbox"/> 41. Vacaciones 13 <input type="checkbox"/> 42. Navidades 12 <input type="checkbox"/> 43. Leves transgresiones de la ley 11
--	---

Modificada de Holmes y Rahe.  
 1. De la Revilla L. Acontecimientos vitales estresantes. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos en atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.

No.	Vivencias	Casi nunca	Poca veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes en la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de las demás familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

### **ANEXO 3**

#### **PERSONAL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN**

Se llevó a cabo en conjunto con diversos profesionistas de la salud que incluyó al encuestador, personal de enfermería del área de epidemiología así como a la trabajadora social de la UMF#43 y HGZ#6.

#### **RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES REQUERIDOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN**

- Expediente clínico.
- Cuestionario elaborado para conocer datos personales de cada paciente.
- Cuestionario impreso de escala de Holmes y FF Sil
- Computadora personal con programas estadísticos para el análisis de los datos.

La aplicación del instrumento se realizó en la UMF#43 de Escobedo Nuevo León, y en la HGZ #6 de San Nicolás de los Garza se realizó en diferentes fechas y horarios ajustándose al tiempo disponible de los pacientes.

Para la aplicación del instrumento se necesitó diez minutos disponibles, lápiz o bolígrafo y un lugar donde apoyarse (escritorio, mesa, etc.)

Se entregó el consentimiento informado de participación voluntaria y el instrumento de evaluación con el folio respectivo, se entregó a cada paciente de manera individual y confidencial.

Al término de las respuestas se recibió el documento y se anotó en la base de datos el nombre y número de folio por paciente para posteriormente informar el resultado, los datos fueron manejados de manera confidencial.

## DEDICATORIA

QUIERO AGRADECER A DIOS PORQUE EL SUPO LOS TIEMPOS Y ESTOS SON SIEMPRE PERFECTOS, GRACIAS DIOS POR DERRAMAR TANTAS BEDIIONES EN MI VIDA.

GRACIAS A MI MADRE POR DARME LA VIDA, EL APOYO, EL EMPUJE, Y SIEMPRE LAS PALABRAS DE ALIENTO PARA NUNCA DESFALLECER Y QUEDAR EN EL INTENTO, GRACIAS POR SER LA MEJOR MADRE PARA MI Y MIS HIJOS EN MIS PERIODOS DE AUSENCIA, GRACIAS INFINITAS MADRE MIA TE AMO...

GRACIAS A MIS HIJOS JOSE MANUEL, JOSE EMILIO Y MARIA JOSE POR ESPERAR, POR SER LAS GRANDES PERSONITAS QUE SON, MI MOTOR, MI FARO, MI GUIA, MI ESTIMULO Y MI RAZON PARA DESPERTAR CADA DIA.

GRACIAS A MIS MAESTROS, ASESORES, MEDICOS, PERSONAL DEL IMSS Y SOBRE TODO A LOS PACIENTES CON VIH QUE HICIERON POSIBLE ESTE ESTUDIO, GRACIAS POR ABRIR SU MENTE, SU TIEMPO Y DARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCER A SUS FAMILIAS.