



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF # 1**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA,  
MORELOS”**

Número de registro SIRELCIS R- 2016- 1702-53

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
RAÚL NAVARRETE DUARTE**

**DIRECTORA DE TESIS:  
M.C.S. IVON ROMERO PASCUAL**



Cuernavaca, Morelos.

Febrero 2018.



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES  
DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA, MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**RAUL NAVARRETE DUARTE  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

**AUTORIZACIONES:**

---

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ  
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

---

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.  
COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.  
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

---

**DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN  
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR DE TESIS**

---

**M.C.S. IVON ROMERO PASCUAL**  
ENFERMERA GENERAL DEL HGR/MF No. 1

**CUERNAVACA, MORELOS.**

**Febrero 2018.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES  
DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA, MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**RAUL NAVARRETE DUARTE**

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

---

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES  
DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA, MORELOS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**RAUL NAVARRETE DUARTE  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

---

**PRESIDENTE DEL JURADO**

DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES  
PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE FARMACIA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

---

**SECRETARIA DEL JURADO**

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR UNAM  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

**VOCAL DEL JURADO**

M.C.S. IVON ROMERO PASCUAL  
ENFERMERA GENERAL ADSCRITA AL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL C/MF No.1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA,  
MORELOS.**

## INDICE

Resumen.....	8
Marco Teórico.....	10
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	23
Objetivos.....	24
Hipótesis.....	25
Metodología.....	25
Criterios De Inclusión.....	27
Criterios De Exclusión.....	27
Análisis Estadístico.....	27
Aspectos Eticos.....	28
Resultados.....	29
Discusión.....	34
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	36
Referencias Bibliográficas.....	37
Anexos.....	39



## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No. 1 EN CUERNAVACA, MORELOS.**

Raúl Navarrete Duarte\*, Ivon Romero Pascual\*\*.

*\*Médico Residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos.*

*\*\*Maestra en Ciencias de la Salud, Enfermera General con especialidad en Medicina Familiar, Adscrita al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos.*

### **RESUMEN**

La familia es la célula básica de la sociedad, por lo tanto la funcionalidad familiar es fundamental para que la familia pueda enfrentar y superar crisis paranormativas como el diagnóstico de una enfermedad crónica en un miembro de la misma, así como los cuidados y tratamiento que requiere el paciente. Por otro lado, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana es un problema de salud mundial, afortunadamente los nuevos tratamientos ofrecen un mejor pronóstico y una mejor calidad de vida a los pacientes, sin embargo, el éxito de este depende de la adherencia al mismo. Es por eso que se pretende describir el grado de funcionalidad familiar sobre el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH de la clínica de retrovirus del HGR/MF No. 1 en Cuernavaca, Morelos.

**Objetivo:** Describir la relación del grado de la funcionalidad familiar con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH del HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 en Cuernavaca, Morelos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, retrospectivo, seleccionando a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia a un total de 237 pacientes de la clínica de VIH del HGR/MF No. 1, lo anterior mediante dos cuestionarios y datos mediante la revisión del expediente clínico como la fecha de diagnóstico de la enfermedad. Entre los meses de Enero de 2016 y Febrero de 2017 se describió el grado de funcionalidad familiar mediante el instrumento APGAR

familiar, para conocer el nivel de adherencia al tratamiento retroviral se utilizó el instrumento CEAT-VIH. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico Stata 10.0.

**Resultados:** De los 237 pacientes, el 80% son hombres, la mediana de edad fue de 36 años con RI de 30-44, el estado civil más frecuente lo ocuparon los solteros con un 47.6% de la población entrevistada, la ocupación más frecuente fue empleado ocupando el 32.91%, el tiempo promedio de tratamiento encontrado fue de 60 meses con una desviación estándar de 66.4, respecto a la funcionalidad familiar se encontró que el 77% la perciben como normal y el 74% presentaron adherencia estricta al tratamiento; por último, 88% de la población presentó funcionalidad familiar normal y adherencia estricta al tratamiento.

**Conclusiones:** La funcionalidad familiar normal influye sobre el nivel estricto de la adherencia al tratamiento.

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. FAMILIA

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 2012), la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización.<sup>1</sup>

La familia es la célula básica de la sociedad, es la institución encargada de transformar un organismo biológico, en ser humano y está condicionada por el sistema económico y el periodo histórico social y cultural en el cual se desarrolle. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria en relaciones directas personales, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, adquiere valores éticos y morales, condiciones de vida y aspiraciones y en el existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza incorporando recursos de apoyo, protección, y habilidades para su desarrollo y crecimiento.<sup>1</sup>

#### 1.1 TIPOLOGIA FAMILIAR.

En nuestro medio, el sistema familiar está formado por familias relacionadas entre sí, en ellas cada persona es miembro de dos familias: <sup>1</sup>

- Familia de origen: en la que se nace y obtiene el estatus de hijo.
- Familia de procreación: que se conforma a través del matrimonio o de la unión con su pareja.

En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado puedan incidir sobre su funcionalidad, para ello se hace necesario conocer su

composición, número de miembros, parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco. Ante un evento crítico de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlo es la propia familia. <sup>1</sup>

Según su conformación se definen los siguientes tipos de familia:

- Familia nuclear: Formada por padres con o sin hijos bajo el mismo techo.
- Familia seminuclear: Formada por los hijos y uno de los dos padres.
- Familia consanguínea: Se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar dos generaciones. Incluye la familia nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos), descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos).

Se subdivide en:

- Extensa: Familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permanece ahí después de su unión conyugal.
- Semiextensa: Familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.

Continuando con la clasificación según su conformación tenemos:

- Familia compuesta: Cualquier tipo de familia descrito e incluye otros miembros sin nexos consanguíneos (sirvientes, amigos, ahijados).
- Familia múltiple: Son dos o más familias de cualquier tipo bajo el mismo techo.
- Equivalentes familiares: Grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como lo hacen una pareja homosexual o un grupo de amigos que viven juntos.

## 1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LAS FAMILIAS MEXICANAS.

De acuerdo con el INEGI, los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas han influido en la evolución y composición de las familias<sup>2</sup>.

En el censo de población y vivienda realizado en 2010 por el INEGI, el hogar mexicano se divide en nuclear, ampliado y compuesto.

Según el censo en México, de cada 100 hogares:

- 64 son nucleares: formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.
- 24 son ampliados: están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera).
- 1 es compuesto: constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar.
- 9 son unipersonales: integrados por una sola persona.
- 1 es corresidente: está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco.

## **2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

José Luis Huerta González define la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa<sup>1</sup>.

Según el modelo circunflejo de Olson, la definición de funcionalidad familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)<sup>3</sup>.

Ante la aparición de una enfermedad, sobre todo crónica o terminal, la familia lo percibe como un hecho catastrófico, que en el contexto de la medicina familiar se considera una crisis paranormativa, que modifica la propia vida del paciente y las

expectativas en el entorno personal, familiar, social y profesional. Lo anterior ocasiona una serie de procesos que afectan no solo al paciente, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen de las características de la familia, la etapa del ciclo vital en que se encuentre, el rol que desempeñe el paciente y los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento<sup>1</sup>.

Por lo anterior, es esperado que la estructura familiar se modifique ya que el paciente se torna el centro de atención, los niveles de jerarquía se modifican, de tal manera que si el padre es el afectado, su función parental puede ser delegada a otro miembro y pueden aparecer alianzas o coaliciones que pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad<sup>1</sup>.

En cuanto a la forma de respuesta familiar a la enfermedad, se han identificado dos estilos opuestos:

- Tendencia centrípeta: Se desarrolla una extrema cohesión interna en torno al enfermo, quien absorbe la energía y monopoliza la atención del resto de la familia, restando de desarrollo y crecimiento a los otros miembros.
- Tendencia centrífuga: Se desarrollan conductas evitativas en torno a la enfermedad, se designa a un cuidador y se evita que sea el paciente quien se haga cargo de su padecimiento.

Ante recaídas y exacerbaciones de la enfermedad se reajusta la estructura familiar, roles y mecanismos de solución de problemas para adaptarse a la crisis<sup>1</sup>.

Por lo que se hace necesario la evaluación de la funcionalidad familiar, que se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas; en general, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica, que la define como una unidad organizada, integrada por elementos y subunidades que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. Al definirlo como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su

comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. <sup>1-4</sup>

De esta manera la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que pueda tener dicha medición. <sup>4</sup>

Se han identificado al menos 7 instrumentos de medición:

- FAD (Dispositivo de Evaluación Familiar)
- SFI (Inventario Familiar de Autoinforme).
- FAM (Medida de Evaluación Familiar).
- FES (Escala de Entorno Familiar).
- FFI (Índice de Funcionamiento Familiar).
- FFQ (Cuestionario de Funcionamiento Familiar).
- APGAR (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos)

En este proyecto de investigación se utilizó el instrumento APGAR debido que consta de 5 preguntas que facilitan la comprensión por parte del entrevistado, es autoaplicable, nos permite hacer una rápida evaluación y de fácil aplicación, tiene una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.80 (anexo 2)

## 2.1 MEDICION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

### APGAR

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil, sin embargo en este estudio no se aplicará a población infantil. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción

con el cumplimiento de sus parámetros básicos.<sup>4</sup>

Fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar por la relación con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos llamado también APGAR.<sup>4</sup>

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Evalúa cinco funciones básicas de la familia <sup>4</sup>:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFFECTIVIDAD:** es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Consta de 5 ítems con 3 posibles respuestas cada uno, que son casi nunca, algunas veces y casi siempre, otorgándose un puntuación de 0 a 2 respectivamente.

Se interpreta de la siguiente manera:

- Funcionalidad normal= 7-10pts.
- Disfunción moderada= 4-6pts.
- Disfunción grave o severa= < 3pts.

Este instrumento ha sido utilizado y validado previamente en población mexicana.<sup>4</sup>



### 3. VIH.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo.<sup>5</sup>

El VIH puede transmitirse por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada; a través de la sangre y los hemoderivados, asimismo puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. En ausencia de un tratamiento adecuado el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4.<sup>5</sup>

#### 3.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA.

##### Mundial

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.<sup>6</sup>

Al año 2014:

- Se estimaron 34 millones de personas viviendo con el VIH.
- 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años.
- 2.7 millones de personas se infectaron con el VIH en 2010.
- 1.8 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

##### Situación Epidemiológica en México.

Según estimaciones conjuntas realizadas por Onusida-Censida, a finales del 2013 la prevalencia de VIH en la población fue de dos personas de cada mil personas.<sup>6</sup>

En 2013, 89 mil 410 personas estaban recibiendo antirretrovirales en todas las instituciones de salud públicas y privadas, tan solo la Secretaría de Salud atendió a 57,073 personas con un costo promedio anual de \$44,997 pesos por tratamiento <sup>6</sup>.

En el Estado de Morelos había 3811 casos de VIH/SIDA notificados al 2º trimestre del 2015, de los cuáles 2974 son hombres y 837 mujeres. <sup>7</sup>

Según la Dirección General de Epidemiología y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, al 30 de Junio de 2015 tenemos <sup>7</sup>:

- 176 730 casos de VIH/SIDA notificados.
- 122 724 casos notificados de VIH/SIDA que se encuentran vivos.
- 3 805 casos nuevos solo en 2015.
- 3.5 casos nuevos por cada 100mil habitantes notificados en 2015 en Morelos.

En el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, en Cuernavaca, Morelos, al 2016 se tenía una población cautiva de 612 pacientes, a los cuales se les otorga atención y tratamiento de forma mensual en la Clínica de Retrovirus de esta unidad.

### 3.1 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

Una vez realizado el diagnóstico como portador de la infección por VIH se procede a la evaluación inicial, la cual debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Es prioritario identificar síntomas, signos y definir intervenciones inmediatas en caso necesario; identificando problemas médicos concretos, relacionados o no a la infección por el VIH; para lo cual se deberá realizar una historia clínica completa. <sup>8</sup>

El tratamiento antirretroviral actual consiste en la combinación de al menos 3 medicamentos de los que se encuentran disponibles en nuestro país, específicamente 19 en el IMSS, mismos que se dividen en 5 grupos farmacológicos<sup>8</sup>:

1. Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN):

Abacavir, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina.

2. Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN): Efavirenz, Nevirapina, Etravirina.
3. Inhibidores de la proteasa (IP): Atazanavir, Darunavir, Lopinavir, Ritonavir.
4. Inhibidores de la entrada (IE): Enfuvirtida, Maraviroc.
5. Inhibidores de la integrasa (II): Raltegravir.

Por otro lado, el iniciar un tratamiento farmacológico conlleva beneficios importantes a la vida del paciente como la disminución la replicación viral, aumento del conteo de los T CD4 y por otra parte no menos importante, mejora considerablemente la calidad de vida de nuestros pacientes.<sup>9</sup>

### 3.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

De acuerdo a la OMS, se define como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario.<sup>10</sup>

La adherencia al tratamiento antirretroviral ha demostrado asociación con un optima supresión viral y a un gran incremento del conteo de los linfocitos T CD4 y por lo tanto, bajo riesgo de progresión a SIDA.<sup>10</sup>

Según la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados dimensiones, mismos que se precisan a continuación<sup>10</sup>:

1. Factores socioeconómicos: tales como el estado socioeconómico deficiente, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, la distancia al centro de tratamiento, dificultad para transportarse, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad, el tratamiento y la disfunción familiar.

2. Factores relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria: como servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas.
3. Factores relacionados con la enfermedad: entre ellos se encuentran los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física o psicológica), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
4. Factores relacionados con el tratamiento: entre los que se incluyen la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los cambios frecuentes en los medicamentos, los efectos secundarios y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.
5. Factores relacionados con el paciente: como el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones, las expectativas del paciente, el olvido, la angustia por los posibles efectos adversos farmacológicos, la baja motivación, la falta de educación que abarca el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad, negación a la enfermedad, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, entender mal las instrucciones de tratamiento.

La medición de la adherencia terapéutica representa un reto, porque no existe una regla estándar, y además de que existen diferentes aproximaciones directas e indirectas para hacerlo.

### 3.3 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TARAA.

Existe un Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) que se utiliza como instrumento para dichos fines, que fue

desarrollado y validado por Remor en España. <sup>11</sup>

El cuestionario contiene 20 ítems que evalúan:

- El cumplimiento del tratamiento en la última semana.
- Adherencia general desde el inicio del tratamiento.
- Adherencia al horario en la toma de la medicación.
- Valoración del paciente de su grado de adherencia.
- Recordar el nombre de los fármacos incluidos en su tratamiento.

La puntuación total obtenida de la suma de los ítems da 89 como valor máximo y 17 como mínimo, estratificando a los pacientes en 4 niveles de adherencia que se describen a continuación:

- Adherencia Estricta= >85pts.
- Adherencia Adecuada= 80-84pts.
- Adherencia Insuficiente= 75-79pts.
- Adherencia Baja= < 74pts.

Este instrumento tiene una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.80, que se traduce en buena fiabilidad. (Anexo 1)

Dicho instrumento ha sido utilizado en otros estudios que evalúan la adherencia al tratamiento farmacológico, tal como lo hizo Ana Cristina de Oliveira e Silva y cols, en una población de Brasil en el año 2013. <sup>9</sup>

## MARCO REFERENCIAL.

La adherencia al tratamiento retroviral ha sido estudiada por diversos investigadores como lo hizo María Isabel Peñarieta y cols, en Tamaulipas entre el 2006 y el 2008, realizaron un estudio transversal, a una población de 117 pacientes del programa de tratamiento, identificando no adherencia en los cuatro días y cuatro semanas previas de aplicada la encuesta. Se observó que la tasa de no adherencia fue del 50% y el 48% en los últimos cuatro días y cuatro semanas, respectivamente. Los factores identificados en la no adherencia son no guardar el medicamento en un lugar específico, percepción insatisfecha de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento.<sup>12</sup>

Otro estudio realizado por Dulce Alejandra Balandrán y cols. en la ciudad de México en 2013, evaluó la adherencia al tratamiento antirretroviral (ATRV). Realizaron un estudio transversal, en 2 054 pacientes estimando la adherencia de cuatro días como un indicador reportado de forma tradicional en México, y el índice de adherencia como una medición que se ha reportado más correlacionada con mediciones biológicas y que considera, adicional al reporte de cuatro días, el seguimiento del horario, seguimiento de instrucciones especiales y tiempo desde la última vez que dejó de tomar ATRV. De acuerdo con los niveles que reporta el índice, se hace necesario reforzar estrategias que promuevan la adherencia al tratamiento, ya que un porcentaje elevado de pacientes presenta niveles de adherencia que ponen en riesgo la efectividad del tratamiento.<sup>13</sup>

Luis Xochihua Díaz en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México en 2009, estudió los factores que condicionan el mal apego al tratamiento ATRV. Estudios prospectivos en adultos y niños han demostrado que el riesgo de la falla virológica aumenta en proporción a la pérdida de dosis administradas, así como a la producción de resistencia. Concluye que una variedad de factores, como la presentación del fármaco, la frecuencia de dosis, la edad del niño y las

características psicosociales de los padres y de los niños, han sido asociadas a la adherencia.<sup>14</sup>

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2011 comparte las experiencias exitosas en el tratamiento ATRV en Latinoamérica, sin embargo, también estudia los factores que influyen en el mal apego al tratamiento, entre las cuáles encontramos que las creencias, actitudes y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y realizarlo de forma correcta.

En general, determinadas características sociodemográficas (edad, sexo, raza, nivel cultural y situación económica) no han demostrado ser buenas predictoras del nivel de adherencia o han mostrado hallazgos contradictorios. Otras características como disponer de un domicilio fijo, de soporte social o familiar y una buena calidad de vida relacionada con la salud han mostrado una relación más sólida con una mejor adherencia.<sup>15</sup>

Por otro lado, en relación a la adherencia al tratamiento retroviral con la funcionalidad y apoyo familiar, BA Afolabi y cols. realizaron un estudio de tipo transversal descriptivo en Osogbo, Nigeria, en el año 2013; mediante un cuestionario que incluyó la escala PSS Fa para apoyo familiar y el instrumento APGAR para funcionalidad familiar, la adherencia farmacológica se midió mediante el autoinforme del paciente. Se entrevistaron a 379 pacientes, la edad promedio fue 40.8 años, la mayoría eran mujeres (60%). El 55% estaban casados y la mayoría (72.1%) tenían educación secundaria. Respecto a la adherencia farmacológica se encontró que la mayoría de los encuestados (95.5%) se adhirieron a la TARGA. Más del 90% estaban satisfechos con el apoyo recibido de su familia y la mayoría atribuyó su adherencia a la TARGA a la atención y el apoyo recibido de su familia.

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

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en algún miembro de la familia constituye un cambio radical en la vida de esta y también en su relación con el entorno, por un lado el enfermo vive la incertidumbre por la posible limitación de sus capacidades y riesgo de muerte, por otra parte, este cambio enfrenta a la familia a la posibilidad de establecer nuevos patrones de relación ante la incorporación del equipo tratante y la admisión del paciente a un sistema hospitalario.

En el caso particular de la infección por el VIH, existe una actitud de juicio y rechazo a la que el paciente y su familia tienen que enfrentarse, siendo diferente la reacción ante otro tipo de enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas. Los familiares del paciente portador de VIH llegan a enfrentar este proceso que resulta difícil de entender, mismo que incluye negociaciones sobre la identidad de la familia con el ambiente social externo, la lucha del grupo familiar para evitar el estigma asociado a esta enfermedad y la delimitación de deberes y responsabilidades nuevas en relación a cómo cuidar a estos pacientes también puede generar solidaridad y apoyo familiar, como disfunción familiar al no saber enfrentar dicho proceso, he aquí donde se pretende estudiar la influencia de la funcionalidad de la familia en la adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el instrumento APGAR para funcionalidad familiar y el instrumento CEAT-VIH para adherencia al tratamiento.

#### **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿La funcionalidad familiar determinada por el instrumento APGAR, influye en el nivel de adherencia al tratamiento retroviral (CEAT-VIH) en pacientes de la clínica de VIH del HGR/MF No. 1?

#### **6. JUSTIFICACIÓN**

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana es un problema de salud mundial que genera altos costos anualmente, afortunadamente los nuevos tratamientos ofrecen un mejor pronóstico y una mejor calidad de vida a los pacientes,



sin embargo el éxito de este, depende de la adherencia al mismo ya que la omisión de la toma de alguno, genera en cierto grado de resistencia por parte del virus al medicamento prescrito.

El diagnóstico de la infección genera inestabilidad emocional al portador y por ende a su familia, quienes son parte fundamental para el adecuado control y tratamiento de esta infección, cuando no existe apoyo o es ineficiente, es frecuente la omisión de la toma de medicamentos, lo que genera a su vez falla y resistencia a los mismos, por otro lado las deficiencias del equipo de salud y el propio sistema de salud como las deficiencias en la dotación de medicamentos en algunas ocasiones pueden ser factores que disminuyan la adherencia farmacológica.

En el HGR/MF No. 1 los derechohabientes portadores del virus son atendidos en la clínica de VIH, durante la consulta y de manera verbal, algunos pacientes manifestaron percibir poco apoyo y falta de comprensión por parte de su familia para la atención y tratamiento de este padecimiento, por lo que el infectólogo tiene que hacer envíos con el psicólogo que no necesariamente pone especial énfasis en todos los aspectos de este padecimiento o dedique tiempo completo a los pacientes. Con este proyecto se busca explorar la influencia que tiene la función familiar normal sobre la estricta adherencia al tratamiento antirretroviral, de manera que en aquellos casos en donde se verifique una desviación en la función familiar se pueda justificar la necesidad un profesional Psicólogo para los pacientes de la sede.

## **7. OBJETIVOS**

Objetivo General.

Identificar la relación del grado de funcionalidad familiar con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH del HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 en Cuernavaca, Morelos.

### Objetivos Específicos.

- Analizar las características generales de los pacientes portadores de VIH del HOSPITAL GENERAL REGIONAL con MEDICINA FAMILIAR No. 1 en Cuernavaca, Morelos.
- Determinar el grado de funcionalidad en pacientes portadores de VIH de la sede de estudio.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes portadores de VIH de la sede.
- Describir la relación entre el grado de funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes portadores del VIH de la sede.

## **8. HIPOTESIS**

La funcionalidad familiar determinada por el instrumento APGAR influye en el nivel de adherencia al tratamiento evaluado por el CEAT-VIH en pacientes portadores de VIH del HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 en Cuernavaca, Morelos.

## **9. METODOLOGÍA**

Área de estudio: Epidemiológica

Fuente de datos: Primaria

Tiempo en el que se estudió el evento: Transversal.

Ocurrencia del evento de interés: Retrospectivo.

Control de variables: Observacional

Fin o propósito: Transversal

Diseño: Transversal analítico.

## 9.1 UNIVERSO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL TRABAJO.

Se entrevistó a los pacientes activos de clínica de retrovirus del HGR C MF #1, que aceptaron con previo consentimiento informado; así como cumplieron con los criterios selección.

## 9.2 RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a los pacientes que se encontraron en la sala de espera de la clínica de VIH de la sede de estudio, antes o después de la consulta de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del paciente, se propuso de manera verbal la inclusión al presente estudio, una vez que aceptaron, se condujeron a un consultorio privado que se encuentra al lado de la mencionada clínica, donde permaneció solo el entrevistador y el paciente, previa firma del consentimiento informado (anexo 3). Datos generales como edad, género, ocupación, estado civil se registraron en la primera parte del cuestionario CEAT-VIH (anexo 1). Posteriormente el resto del cuestionario para la estimación de adherencia, seguido de la aplicación del APGAR familiar que fue entregado al paciente de forma impresa para su llenado, ambos en un tiempo de 10 minutos. Las respuestas otorgadas fueron plasmadas en cada cuestionario que ya se encontraba impreso y se individualizaron para cada paciente, al término de la entrevista se realizó la suma de los puntos obtenidos por cada ítem de cada instrumento y se interpretó de acuerdo a lo establecido en el instrumento (ver anexo 1 y 2). Los pacientes a los que se detectó disfunción familiar moderada y severa fueron referidos al servicio de Psicología de su unidad de adscripción con el aval del responsable de la sede de estudio. Del expediente clínico se obtuvo la fecha de diagnóstico de la enfermedad, la ausencia de enfermedad psiquiátrica registrada en el mismo, y se corroboró el nombre y número de seguridad social. Para el análisis de la relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento se realizó un análisis bivariado mediante el paquete estadístico de Stata.

### 9.3 TAMAÑO DE MUESTRA.

Se tomó en cuenta para este trabajo el tamaño de muestra para una población finita, ya que están cautivos los pacientes de esta clínica dando seguimiento a su tratamiento.

Una vez realizada la formula, se obtuvo una población de estudio de 237 pacientes.

### 9.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH por método de Western Blot y ELISA.
- Pacientes derechohabientes.
- Pacientes que se encuentren en control en la clínica de VIH del HGR/MF No.1.
- Consentimiento informado asentado por escrito y firmado por el paciente.
- Edad entre 18 y 75 años.
- Hombres y mujeres sin distinción de la preferencia sexual.

### 9.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica registrado en el expediente clínico.
- Pacientes con SIDA en estado avanzado, con déficit neurológico.
- Pacientes con VIH hospitalizados.
- Pacientes que no deseen participar.

## 10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo obtenido por cada una de las variables, frecuencias y medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (rangos intercuartiles y desviación standar) según la distribución de las variables. La comparación de medias, medianas y proporciones entre grupos independientes se realizó mediante pruebas paramétricas y no paramétricas (t d student, exacta de Fisher, chi2).

## **11. ASPECTOS ETICOS.**

Para las investigaciones médicas en seres humanos y de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Sociedad Médica Mundial y sus principios éticos, consideramos que el presente estudio tiene propósito colaborar en la investigación médica, para determinar la funcionalidad familiar y su relación con el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes portadores de VIH en un hospital de segundo nivel de atención.

En la recolección de datos se protegió la confidencialidad y la dignidad de los participantes, conservando la integridad individual, por medio del consentimiento informado.

En la ejecución del estudio, las entrevistas se hicieron en forma directa a la población seleccionada, indicando que se trata de un estudio de investigación solo con fines estadísticos.

Cabe mencionar que de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Art. 17, este estudio se considera como una investigación de riesgo mínimo.

## 12. RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características generales de la población de estudio (237 pacientes), donde se puede observar que el 80% son hombres, la mediana de edad encontrada fue de 36 años con RI de 30-44. El estado civil más frecuente lo ocuparon los solteros con un 47.6% de la población entrevistada, la ocupación más frecuente fue empleado ocupando el 32.91%,

El tiempo promedio de tratamiento encontrado fue de 60 meses con una desviación estándar de 66.4 (ver Tabla 1).

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que el 77% de la población la perciben como normal, de acuerdo al CEAT-VIH se encontró que el 74% tienen una estricta adherencia al tratamiento (ver Tabla 1).

De nuestra población con respecto a la relación entre la funcionalidad familiar normal y la adherencia estricta al tratamiento se encontró que corresponden al 87.98% (ver Tabla 2). Lo cual es estadísticamente significativo después de haberlo realizado con la corrección de Yates ( $p < 0.000$ ).

De la población del sexo masculino estudiada y con respecto a la relación entre la adherencia estricta al tratamiento y la funcionalidad familiar normal, se encontró que corresponden 89.78% (ver Tabla 3). Lo cual es estadísticamente significativo después de haberlo realizado con la corrección de Yates ( $p < 0.000$ ).

**Tabla 1. Características generales de la población de estudio, grado de Funcionalidad Familiar y nivel de Adherencia al Tratamiento.**

<b>VARIABLE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	<b>36 (30,44)*</b>	
<b>Sexo</b>		
Hombre	192	81
Mujer	45	19
<b>Ocupación</b>		
Obrero	54	23.7
Comerciante	38	16
Empleado	78	32
Profesionista	43	18
Labores del hogar	24	10
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	113	47.6
Casado	67	28
Viudo	4	1.6
Divorciado	33	14
Unión Libre	20	8
<b>Resultado de Test APGAR Familiar</b>		
Funcionalidad Normal	183	77
Disfunción Leve	49	21
Disfunción Severa	5	2
<b>Adherencia al Tratamiento CEAT-VIH</b>		
Baja	17	7
Insuficiente	20	8
Adecuada	24	10
Estricta	176	74
<b>Tiempo de tratamiento (meses)</b>	<b>60(24,120)*</b>	

\*mediana con rangos intercuartiles.

**Tabla 2. Análisis bivariado entre la Funcionalidad Familiar y la Adherencia al Tratamiento.**

Adherencia al tratamiento	Funcionalidad Familiar n (%)			p *
	Función normal	Disfunción leve	Disfunción severa	
Baja	3 (1.6)	12 (24.5)	2 (40)	0.000
Insuficiente	4 (2.2)	16 (32.6)	0 (0)	
Adecuada	15 (8.2)	7 (14.3)	2 (40)	
Estricta	161 (88)	14 (28.6)	1 (20)	

\*p=chi2 con corrección de Yates

**Tabla 3. Análisis bivariado entre la Funcionalidad Familiar y la Adherencia al Tratamiento del sexo masculino.**

Adherencia al tratamiento	Funcionalidad familiar n (%)			p*
	Función normal	Disfunción leve	Disfunción severa	
Baja	1 (7.1)	11 ( 78.6)	2 ( 14.3)	0.000
Insuficiente	4 (21)	15 (79)	0 (0)	
Adecuada	14 (63.6)	6 (27.4)	2 (9)	
Estricta	123 (89.8)	13 (9.5)	1 ( 0.7)	

\*p=chi2 con corrección de Yates



De la población del sexo femenino estudiada, se encontró que aquellas con estricta adherencia farmacológica y con función familiar normal corresponden al 97.44%. No se encontró disfunción familiar severa en este grupo de pacientes. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

La información descrita previamente se encuentra en la tabla 4.

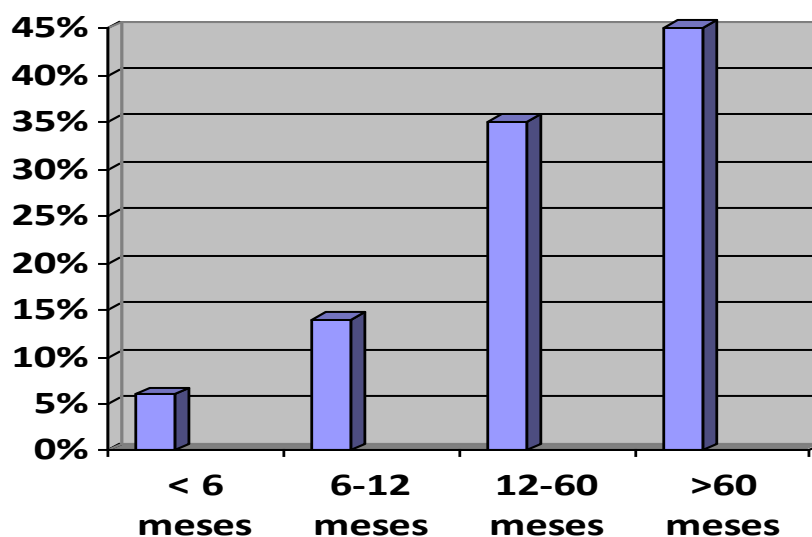
**Tabla 4. Análisis bivariado entre la Funcionalidad Familiar y la adherencia al tratamiento por sexo femenino.**

Adherencia al tratamiento	Funcionalidad familiar n (%)		p*
	Función normal	Disfunción leve	
Baja	2 (66.7)	1 (33.3)	0.624
Insuficiente	0 (0)	1 (100)	
Adecuada	1 (50)	1 (50)	
Estricta	38 (97.4)	1 ( 2.6)	

\*p=chi2 con corrección de Yates

En el gráfico 1 se puede observar que el 45% de los pacientes han tomado el tratamiento por más de 60 meses.

**Gráfica 1. Porcentaje de pacientes con farmacoterapia respecto al tiempo de consumo.**



De los cuáles el 33.8% tienen una adherencia estricta, además el 34.6% lo han tomado entre 12 y 60 meses, de ellos el 28.7% tienen una adherencia estricta, lo anterior se puede ver ampliamente en la tabla 5.

**Tabla 5. Relación entre la Adherencia Farmacológica y el Tiempo de Tratamiento.**

Tiempo (meses)	Adherencia al tratamiento			n (%)	
	Estricta	Adecuada	Insuficiente	Baja	Total
< 6	6 (2.5)	3 ( 1.3)	2 (0.9)	4 (1.7)	16 (6.3)
6-12	22 (9.3)	3 (1.3)	2 (0.9)	6 (2.6)	33 (14)
12-60	68 (28.7)	6 (2.6)	6 (2.6)	2 (0.9)	82 ( 35)
>60	80 (33.8)	15 (6.3)	5 (2.1)	7 (3)	107 (45)
Total	176 (74.3)	27 (11.4)	15 (6.3)	19 (8)	237 (100)

### 13. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo se encontró que el 80% de los participantes eran del sexo masculino, lo cual es consistente con otros resultados como los publicados por Iñiguez-Stevenz en 2006 en donde se encontró que la prevalencia de VIH fue del 85% en el sexo masculino, al igual que lo publicado en 2014 por el CENSIDA que reportaron una prevalencia del 80% en hombres.<sup>17,6.</sup>

Con respecto a su estado civil, en este trabajo se encontró un 47.68% correspondiente a aquellos que se encuentran solteros, seguido del 28.27% que corresponde a los casados, 13.92% para los divorciados y 8.44% para los que viven en unión libre. Resultados similares se encontraron en el trabajo realizado por María Isabel Peñarrieta, donde el 59% de su población estudiada fueron solteros, 17% divorciados/viudos y el 14% viven en unión libre.<sup>12</sup>

Por otro lado Dulce Alejandra Balandrán en 2013 encontró en su estudio que de un total de 809 pacientes derechohabientes del IMSS 79.8% fueron empleados, 11% jubilado o discapacitado y 6% a labores del hogar<sup>13</sup>. Mientras que en este estudio se encontró que el 32.9% del total de los encuestados son empleados, seguido de obrero con un 22.7%, profesionista 18% y menos del 16% comerciantes y dedicados a labores del hogar. Esta discrepancia se puede ver debido a que en el estudio citado anteriormente abarca pacientes de los tres niveles de atención y en este estudio solo se incluyeron pacientes de segundo nivel.

Por otra parte, se observó que la funcionalidad familiar normal en esta población fue de 77%, disfunción leve 20% y 2% con disfunción severa; mientras que Cambambia-Jiménez y cols. en Xalapa, Veracruz encontró un mayor predominio de familia disfuncional en sus grados moderada y grave, de 21 y 34% respectivamente, mientras que el 44.6% pertenecieron a una familia con funcionalidad normal<sup>18</sup>. Estas diferencias encontradas pueden deberse a que en el estudio de Cambambia y cols,

se excluyeron a las personas que viven solas, mientras que en este estudio y de acuerdo a De la Revilla <sup>19</sup>, la persona que vive sola se considera como familia, por lo que también se incluyeron.

Respecto a la adherencia al tratamiento, encontramos que el 74% tiene estricta adherencia. Por su parte Dulce Alejandra Balandrán<sup>13</sup> encontró adecuado apego en 89% de su población, por otra parte, en el trabajo realizado por Peñarrieta<sup>12</sup> en Tamaulipas, se reportaron cifras de apego del 48-50% reportando como principales motivos de bajo apego, la intensidad de los efectos secundarios, la cantidad de tabletas diarias y el estricto apego al horario que se requiere. Para este trabajo se reconoce que no se hizo el análisis de datos relacionados a la caracterización del tratamiento farmacológico aunque se recomienda hacerlo en siguientes trabajos.

Afolabi BA y cols, demostró que el soporte familiar contribuye a una mayor respuesta en la adherencia al tratamiento, lo cual enfatiza la importancia del involucramiento de la familia en el cuidado del enfermo<sup>16</sup>. Estos resultados son concordantes con este estudio, donde encontramos que el 87.98% de los pacientes tienen una funcionalidad familiar normal y un estricto apego al tratamiento. Por tanto el incrementar la función familiar podría favorecer la adherencia al tratamiento.

La principal limitación en este estudio es el diseño de tipo transversal, con el que no se puede obtener causalidad. Adicionalmente, la recolección de datos puede generar un sesgo de información ya que una de las encuestas fue autoaplicada y la otra aplicada por el investigador. A pesar de que el instrumento CEAT-VIH indaga sobre la percepción de los efectos secundarios y adversos, no permite evaluar el tipo de farmacoterapia por lo tanto es otra limitante.

Una ventaja fue que las encuestas se realizaron en un consultorio destinado a la realización de las mismas, en privado y sin familiares, con el fin de evitar un sesgo de respuesta inducido

## **14. CONCLUSIONES.**

La principal conclusión de este estudio es que la funcionalidad familiar normal influye sobre una adherencia estricta al tratamiento. Por lo que en el contexto de la especialidad en Medicina Familiar, este estudio tiene relevancia debido a que evalúa una parte fundamental de la familia. Es competencia del Médico Familiar detectar problemas de la dinámica familiar que puedan ocasionar disfunción y conjugar con un equipo multidisciplinario como Psicología, Atención Farmacéutica, Trabajo Social, entre otras, para incrementar la adherencia farmacológica.

Derivado del presente trabajo de investigación queda pendiente el sustentar la petición del servicio de Psicología de la sede, ya que derivado del análisis de las variables realizado la relación entre la disfunción familiar y la baja adherencia al tratamiento sigue justificando su participación en la clínica.

## **15. RECOMENDACIONES.**

- En el servicio de medicina familiar se recomienda la búsqueda intencionada de problemas de la dinámica familiar que puedan afectar su funcionalidad y la oportuna referencia a los servicios que requiera como Psicología.
- En la Clínica de VIH se hace necesaria la instauración de un servicio exclusivo de Psicología para dar atención oportuna con terapias individuales y familiares a los pacientes que lo requieran, en busca de la mejora de la funcionalidad familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta-González, J. Medicina Familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª Ed. Edit Alfil. 2005: 47-52.
2. INEGI. Estadística a propósito del día de la familia mexicana. Censo de Población y Vivienda 2010.
3. Olson D, Russell C, d Sprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1 ed. ; Edit Routledge; 1989.
4. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de los instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999;1(2): 45-47.
5. CENSIDA. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. Dirección General de Epidemiología. 2012.
6. CENSIDA. La epidemia del VIH y SIDA en México. 2014.
7. Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA, Actualización al 2do. Trimestre de 2015.
8. Soto, LE, Cols. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral en adultos. CENSIDA. 2011.
9. Oliveira, AC. , Karina, R, Almeida, J. Gir, E. Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dic. 2014;22(6):994.
- 10.OMS. Adherencia a los Tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2003.
11. Tafur-Valderrama E, Ortiz C, Alfaro CO, García-Jiménez E. Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH). Ars Pharm 2008; 49 (3): 183-198.

12. Peñarrieta MI, Kendall T, Martínez N, Rivera AM, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(3): 333-37.
13. Balandrán DA, Gutiérrez JP, Romero M. Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. Índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica*. 65 ( 5) 384-391.
14. Xochihua-Díaz L. Apego al tratamiento antirretroviral en adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 66. 2009. 306-313.
15. OPS. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. 2011.
16. Afolabi BA, Afolabi MO, Afolabi AA, Odewale MA. Roles de la dinámica familiar en la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad entre las personas que viven con VIH / SIDA en un hospital terciario en Osogbo, sudoeste de Nigeria. *Afr Health Sci*. 13(4); 2013:920-926
17. Íñiguez-Stevens E, Brouwer K, Hogg R , et al. Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana, México: 2006. *Gac Med Mex*. 145 (3). 2009: 189-195.
18. Cambambia-Jiménez GA, Sáenz-Vázquez L, Galindo-Sáenz J, et al. Perfil de las familias de pacientes con VIH/SIDA de una Unidad de Medicina Familiar de Xalapa, México. *Arch Med Fam*, 12 (3) 2010: 77-82.
19. Irigoyen-Coria E. Elementos para un análisis de la estructura familiar. *Nuevos fundamentos de Medicina Familiar*. 2015: 48-51.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN MORELOS  
HGZ MF No1 CUERNAVACA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No.1 EN CUERNAVACA, MORELOS.**

**Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.**

Año de Diagnóstico:		Género:				Edad:
Ocupación: a) Obrero b) Comerciante c) Empleado d) Profesionista e) Labores del hogar.		Estado civil: a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) Unión libre.				
Fecha de la encuesta:		Tiempo de tratamiento:				
Durante la última semana.		Siempre 1	Más de la mitad de las veces. 2	Aprox. la mitad de las veces. 3	Alguna vez 4	En ninguna ocasión. 5
1	¿Ha dejado de tomar los medicamentos?					
2	Si se ha sentido mejor, ¿ha dejado los medicamentos?					
3	Si se ha sentido peor, ¿ha dejado de tomarlos?					
4	Si ha estado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomarlos?					

5. ¿Recuerda que medicamentos está tomando?

1. Si (2)      2. No. (1)

6. ¿Cómo calificaría la relación con su médico?

1. Mala      2. Algo mala      3. Regular      4. Mejorable      5. Buena.

		Nada 5	Poco 4	Regular 3	Bastante 2	Mucho 1
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					



9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

		Nunca. 1	Alguna vez. 2	Aprox. La mitad de las veces. 3	Bastantes veces. 4	Siempre. 5
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimo y seguir adelante?					

14. ¿Cómo se siente en general desde que empezó a tomar los antirretrovirales?

1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Indiferente 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho

15. ¿Cómo valora la intensidad de los efectos secundarios relacionados con la toma de los medicamentos?

1. Muy intensos 2. Intensos 3. Medianamente intensos 4. Poco intensos 5. Nada intensos

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?

1. Mucho tiempo 2. Bastante tiempo 3. Regular 4. Poco tiempo 5. Nada de tiempo

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto a la toma de los antirretrovirales?

1. Nada cumplidor 2. Poco cumplidor 3. Regular 4. Bastante 5. Muy cumplidor

18. ¿Qué dificultad percibe al tomar los antirretrovirales?

1. Mucha dificultad 2. Bastante dificultad 3. Regular 4. Poca dificultad 5. Nada de dificultad

		Si 1	No 2
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno?		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?		

**Interpretación: Adherencia estricta > 85pts, Adherencia Adecuada 80-84pts, Adherencia Insuficiente 75-79pts, Adherencia Baja <74pts.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN MORELOS  
 HGZ MF No1 CUERNAVACA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No.1 EN CUERNAVACA, MORELOS.

TEST APGAR PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

**Interpretación:**

**Funcionalidad normal 7-10 pts.**

**Disfunción Leve 4-6 pts.**

**Disfunción Grave o Severa <3 pts.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

FOLIO: \_\_\_\_\_

Nombre del estudio: del FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH DEL HGR/MF No.1 EN CUERNAVACA, MORELOS.

Lugar y fecha: Hospital General Regional No.1 "Lic. Ignacio García Téllez" del IMSS, Cuernavaca Morelos. 2016

Número de registro: R- 2016- 1702-53

Justificación y objetivo del estudio: Se describirá la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes de la clínica de VIH, ya que la falta de la misma repercute en falla y resistencia virológica.

Procedimientos: 1. Aceptar participar en el proyecto.  
2. Contestar los cuestionarios que permitirán describir la funcionalidad familiar y nivel de adherencia al tratamiento de cada participante.

Posibles riesgos y molestias: No existe ningún riesgo al participar en el estudio dado que sólo se determinará la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, se mantendrá privacidad a sus respuestas del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Detectar aquellos pacientes con disfunción familiar y canalizar a los servicios de apoyo correspondientes.

Participación o retiro: En el momento en que el (la) participante lo considere necesario podrá abstenerse de participar en el estudio.

Privacidad y confidencialidad: En todo momento se respetaran los principios bioéticos, por lo que no se expondrá su nombre para relacionarlos con los resultados obtenidos.

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

Investigador Responsable: Dr. Raúl Navarrete Duarte.  
Residente de Especialidad en Medicina Familiar en Hospital General Regional con Medicina Familiar#1  
Teléfono: 7555577484  
Correo electrónico: navarrete.raul@hotmail.com

Investigador responsable: M. C. S Ivon Romero Pascual  
Enfermera General del Hospital General Regional c MF#1  
Teléfono: 777 1414147  
Correo Electrónico: ivonarp@gmail.com

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 del paciente  
NSS:

Nombre de quien obtiene el consentimiento

Firma

Firma