



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11,
TAPACHULA, CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
ROLANDO GARCIA LUNA**



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11,
TAPACHULA CHIAPAS**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROLANDO GARCIA LUNA

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:
DR. BOGAR ARTURO RODRÍGUEZ RUIZ**

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



BUAP

TITULO:

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11, TAPACHULA, CHIAPAS.**

AUTORIZACIONES

**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD**



**COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ C/MF 1**

**DR. PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
U.M.F. 11.**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 703.
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS 18 CI 07 101 059
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 07 CEI 001 2018102

FECHA Jueves, 20 de febrero de 2020

Dr. BOGAR ARTURO RODRIGUEZ RUIZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-703-006

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

Escobar

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INDICE

MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
General	20
Específico	20
HIPÓTESIS	21
MATERIALES Y MÉTODOS	22
POBLACIÓN	22
MUESTRA	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión	23
DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
ASPECTOS ÉTICOS	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	31
RESULTADOS	32
DISCUSION	45
CONCLUSIONES	46
PROPUESTAS	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXO 1	51
CONSENTIMIENTO INFORMADO	52

I. RESUMEN.

TÍTULO: “PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11”

INVESTIGADOR PRINCIPAL E INVESTIGADORES ASOCIADOS:

- Dr. Rolando García Luna.

Adscripción médica: Unidad de Medicina Familiar Número 11, Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas. Matrícula IMSS: 98070897

- Dr. Bogar Arturo Rodríguez Ruiz.

Adscripción médica: Unidad de Medicina Familiar Número 11, Tapachula Chiapas.

Matricula: 99076926.

NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES A NIVEL NACIONAL INTERNACIONAL:

- Ninguna

NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES DEL I M S S:

- Unidad de Medicina Familiar Número 11, Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas.

NÚMERO DE PACIENTES QUE CADA CENTRO DEL I M S S INCLUIRÁ:

Todo paciente que asista a consulta externa del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tapachula en el periodo del 2019 al año 2020.

MARCO TEÓRICO:

Cada año la cifra de casos nuevos por el VIH llegó a sus máximos valores en la república mexicana durante el año 2005, un promedio estimado de 15,000 nuevos casos de infecciones, que ha bajado hasta la cifra de 9,300 casos durante 2013, con un leve repunte de 9,888 casos recién notificados durante el año 2014.

El CENSIDA, estima que en la república mexicana habitan 170,000 adultos portadores de VIH y SIDA, y de ellos, 50% sobre su positividad; en infección por este virus. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo 2000 al año 2012, se registró un total de 30,864 casos de VIH/SIDA.

OBJETIVO:

- Describir la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA en la Unidad Familiar N°11 en Tapachula, Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio será de tipo cualitativo no experimental, de corte transversal, descriptivo.

CONCLUSIONES: pendientes acordes a cronograma de actividades

PALABRAS CLAVE: VIH/SIDA, percepción de funcionalidad familiar.

II. INTRODUCCIÓN

En su concepto clásico, la familia es “parte de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación. La familia es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad legítima y a la procreación”.

La “famulus”, del latín actualmente es una institución social, la cual es originada y transformada tanto por masculinos y femeninos en su actuar diario, individual y colectivo. Su diversidad consta en actividades y labores que deben ser echas en toda sociedad. Las preguntas de; cómo y por quien se realizan, así como las formas de organización de los agentes sociales, los entornos y las formas de las familias son múltiples y variables. (13)

La variable no es al azar, no se encuentra estrictamente ligada a diversidades culturales: existen movimientos de cambio social, económico, tecnológico, histórico y político de los que forman parte, todas las evoluciones de las familias.(13)

A pesar ser, firme pilar para el ser humano como individuo, la familia atraviesa momentos, conocidos como ciclos vitales, que necesariamente responden. Las situaciones pueden ser las conocidas comúnmente: adolescencia, maduración, noviazgo, matrimonio, procreación, emancipación de los hijos, jubilación y muerte, se convierten en crisis normativas de su ciclo vital. (7)

Momentáneamente parecerán bien conocidos, pueden presentarse con situaciones de mucho impacto, pudiendo ocasionar crisis atreves de una etapa a otra etapa y es lo que llamamos crisis para normativas, en el caso de una enfermedad crónica social mente tan estigmatizada como lo es infección por V I H/ S I D A, se relaciona necesariamente con la adaptabilidad de la familia en situación de crisis por lo que conlleva cambios a nivel individual y grupal lo que suponen momentos críticos, tambien de afectar sus variables evolutivas por el hecho de presentarse diversas situaciones como divorcios, impactos sociales y la muerte.(7)

Aunque no es la cronicidad o gravedad lo que más genera miedo de esta enfermedad, además la estigmatización con la que se relaciona así las consecuencias de discriminación. La magnitud de la situación, lleva a la familia a; crisis en sus variables evolutivas, estructurales, y funcionales, evidenciando así la problemática para afrontar una serie de problemas que seguramente vendrán a partir de la enfermedad.(7)

El número actual de familias en las que esta enfermedad se convierte en una desalentadora realidad, aumenta rápidamente, exponiendo la fragilidad del sistema familiar y revelando así las consecuencias tanto biológicas en el enfermo, y también las sociales, psicológicas y económicas de todo el grupo familiar.(7)

Hoy en día se proporciona al enfermo de VIH/ SIDA, mejor calidad de vida, brindando así cuidados que tienen aspectos psicosociales y biológicos, aunque poco se hace por la familia, y es verdad que la familia tiene influencia decisiva en la salud de cada uno de los individuos, nos olvidamos que ella en sí misma, al convivir con el V I H, está siendo afectada por una crisis que mal organizada en general a todo el sistema de familia y termina afectando a sus integrantes (Díaz, 2003), sin un solo miembro excluido de esta realidad.(7)

Si un miembro es portador del virus o enfermedad, se lleva a la familia un elemento capaz de modificar el sistema y éste a su vez, impacta de forma directa en el enfermo, dado que la familia tiene una interacción dinámica de tal modo que lo que afecta a un miembro afecta a todo el grupo familiar. (7)

La familia sufre un gran impacto con la enfermedad, adaptándose desde la detección de la infección por V I H, tanto el diagnóstico de S I D A, en la etapa crónica de la enfermedad, y hasta la fase terminal de la enfermedad.(7)

CAPITULO 1.

MARCO TEÓRICO:

En la pelea contra la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S I D A), no termina y continúa como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y de mayor preocupación a la sociedad (8).

A finales del año 2 0 1 4 se registraron 36,9 millones de pacientes infectadas por el virus (V I H) a nivel mundial, dicho año se infectaron aproximadamente 2 millones de pacientes y 1,2 millones fallecieron a causas relacionadas con el S I D A (8).

Anualmente los casos nuevos por infecciones de V I H llego a su valor máximo en la república mexicana durante el año 2 0 0 5, con una aproximación de 15,000 nuevos casos, lo que ha disminuido hasta llegar a 9,300 en el año 2 0 1 3 (3), con un leve aumento de 9,888 casos nuevos notificados en el año 2014 (4).

En el CENSIDA se estima que en México viven aproximadamente 170,000 adultos portadores V I H y S I D A, de los cuales el 50% desconocen haber sido infectados por este virus (3,4). En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el periodo comprendido entre 2000 a 2012, tuvo un registro total de 30,864 de VIH/SIDA (5).

Al comprender que los pacientes que son seropositivos o, son los que tienen anticuerpos frente al V I H, (6), detectados por análisis de laboratorio; de los cuales; el análisis de inmunoabsorción que es ligada a enzimas (E L I S A), también la transferencia de western, considerada como la prueba de confirmación, y la prueba de P.C.R, en individuos que no presentan algún síntoma de enfermedad de tipo oportunista o neoplasias, pero, albergan el virus en su organismo y por lo tanto son infectantes. (3)

Los portadores de S I D A, además , presentan determinados signos y síntomas como; fiebre, sudor nocturno, fatiga, diarrea, disminucion peso, ganglios palpables en diversas partes del cuerpo y las enfermedades oportunistas, las que son indicadores de que se encuentra en etapas avanzadas de dicha enfermedad.(3)

Podemos inferir que la C D C; propone una clasificación por grupos, de acuerdo a los efectos del virus in situ, esta situación ayuda a diversas manifestaciones clínicas, las que a continuación se mencionan:

- N° uno: Infección aguda; cuadro mononucleosiforme, seroconversión, meningoencefalitis

- N° dos: Infección asintomática; valores analíticos normales, valores patológicos

- N° tres: Adenopatía generalizada persistente; ganglios de más de 1 centímetro, en al menos dos lugares extra inguinales con una persistencia de más de tres meses.

- N° cuatro:

constitucional: pérdida de peso mayor del 10%, fiebre de más de un mes y/o diarrea.

2) neurológico: mielopatía sin otra causa demencia, neuropatía periférica

3) enfermedad secundaria: presencia de infecciones oportunistas, que se clasifican de la siguiente forma:

- Toxoplasmosis de SNC
- C1
- Neumonía por pneumocystis carinii
- Criptococosis extrapulmonar
- Histoplasmosis extrapulmonar
- Tuberculosis extrapulmonar
- Criptosporidiasis
- Infección extraintestinal por strongiloides
- Infección por citomegalovirus
- Infección atípica por micobacterias
- Bacteremia recidivante por salmonella
- Herpes simple crónico,
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva C2
- Leucoplasia oral
- Herpes zoster
- Nocardiasis Tuberculosis pulmonar Estomatitis por cándida

- D
 - Enfermedades secundarias: neoplasias
 - Sarcoma de KAPOSÍ
 - Linfoma no Hodking
 - Linfoma primario del S N C
- E
 - Otras enfermedades asociadas al V I H
 - Neumonía linfoide crónica
 - Neumonías bacterianas recidivantes **(8)**.

A esta clasificación se debe anexar la clasificación de Walter Reed modificada, que integra estadios de la nueva clasificación de V I H de acuerdo con las alteraciones funcionales clínico inmunológico, las que indican la progresión hacia el S I D A, entendiendo así que estar infectado por V I H no implica necesariamente estar enfermo de S I D A.

El virus de inmunodeficiencia humana se transmite de contactos homosexuales, heterosexuales, con sangre, hemoderivados, y por el contagio de la madre infectada al hijo durante el proceso de parto (25), produciendo así el alojamiento del mismo, in situ de células sanas iniciando su proceso de replicación; las copias obtenidas, deberán infectar otras células hospedantes, todas aquellas que expresen el antígeno T4. **(3)**

Generalmente más de un virus se introduce en el cuerpo, quedando expuesta a decenas, o hasta miles de células infectadas. Quedándonos entendido que los virus no pueden entrar a través de la piel intacta, requiriendo la presencia de pérdidas de continuidad o quedar alojados dentro de alguno de los orificios naturales, que contienen membranas, mucosas, tejidos delgados encargados de protección.

Estas membranas capaces de secretar moco compuesto de sustancias encargadas de combatir a los virus y mantener húmedos los tejidos. **(9)**. Los virus al introducirse, viajan por la superficie, introduciéndose en los micro vasos que les irrigan, permitiendo, la invasión del organismo. **(10)**.

En el sistema respiratorio, membranas mucosas, existen macrófagos portadores de V I H, el número no es muy grande, siendo así, la concentración del mismo mínima, el número de virus expulsados, por saliva es pequeño. Considerando que el V I H no cruza con gran facilidad la membrana mucosa, para que se produzca la infección, la concentración del virus debe ser alta. **(11)**.

El virus de inmunodeficiencia humana puede localizarse en cualquier líquido o sustancia del cuerpo del infectante, y la presencia de virus de inmunodeficiencia humana en alguna sustancia no necesariamente significa que transmite la infección.

Teóricamente las sustancias mencionadas pueden llegar a transmitir la infección, pero realmente, las vías de riesgo parecen ser la sanguínea, secreciones vaginales, líquido seminal, y flujo del cuello uterino y probablemente la materia fecal. Aunque se ha buscado mucho, no encontrando un caso específico de contagio por medio de la saliva, aunque los ósculos serían en teoría una forma de transmisión.

Siendo el número de virus por unidad de volumen, es un factor de transmisión.

En los casos portadores del virus de inmunodeficiencia, la probabilidad de transmitir la enfermedad es proporcional a las concentraciones del virus **(11)**.

El tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana, se divide en cuatro categorías:

- 1) factores hematopoyéticos estimulantes
- 2) tratamiento para infecciones y neoplasias.
- 3) terapia antirretroviral
- 4) profilaxis de los agentes oportunistas **(12)**

En la segunda situación, las infecciones oportunistas son todas las complicaciones tardías de la infección por virus de inmunodeficiencia, y que la mayor parte, ocurren en los pacientes con menos de 200 células T C D 4.

Fármacos más empleados, se mencionan:

- Primaquina
- Pentamidina
- Trimetropim con sulfametoxazol
- Atovacuona
- Dapsona
- Clindamicina
- Leucovorín
- Trimetrexato
- Eflornitina,

Tratamientos actuales, a más dos décadas años de la epidemia en nuestro país, la utilización de antirretrovirales, la supresión de la replicación viral es un factor determinante en la propagación de la vida y en mejorar las condiciones de la calidad de la misma, continúan en fase de experimentación diversos medicamentos, sin embargo, dentro de los más empleados tenemos los siguientes (3,11)

Los Análogos de nucleósidos por mencionar

Estavudina

Lamivudina

Abacavir

Zidovudina/Lamivudina

Z-idovudina

D-idanosina

Zalcitavina

Z/L/A

E-ntricitabina

D A P D

▪ A C H 1 2 6, 4 4 3

▪ D O T C

- B e t a L Fd 4C
- Phosphazid
- BEA 005
- B e t a D Fd 4C

Los no A/N:

- E-favirenz.
- N-eviparina.
- T M C 120 y T M C 125.
- D P C 083 y D P C 961 (fase 1).
- HI-2 3 6 (fase preclínica)
- Cafanofida-A
- H-emivirina

Los Análogos Nucleótidos:

- T-enofovir (aprobado por la F D A 2001) (11)
- S-aquonavir
- Ri-tonavir
- In-dinavir
- Nel-finavir
- Am-pronavir
- Lopinavir / Ritonavir
- Tri-panavir (fase 2-3 de experimentación)
- R.M.S. 23 26 32 (fase 3).
- C.W.433908 (fase 2 3).
- D P C 681 y DPC 684 (fase preclínica).
- T M C 126 (fase 1).

Los Inhibidores de la fusión o entrada(11)

- P R O 542 (fase 2).
- S -1360 (fase 1-2).
- Entuvirida (aprobado por la FDA 2003)
- S C H D, A M D 3465, A M D 8445 (fase preclínica).
- T A K -4 4 9 (fase 1)
- T-20. (fase 3 de experimentación).
- T -1 2 4 2, PRO-367, S C H C (fase 1).

En cuanto al manejo terapéutico, la administración de los medicamentos ya mencionados, los que fundamentarán los diversos agentes c, entendiendo que su combinación con ejercicio, nutrición ideal, y salud mental, beneficiarán grandemente la calidad de vida del paciente con infección por el virus de inmuno deficiencia humana (11).

Dentro este lineamiento, el consejo estatal para la prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, hace más 10 años, proponen la realización de una intervención en 3 puntos:

- 1) Un régimen de alimentación alto contenido proteico, y evitar consumir alimentos sin cocción, carne, pescado y huevos
- 2) Ejercicio físico aeróbico, el cual se ha vinculado con fortalecimiento del sistema inmune
- 3) Manejo del stress; con grupos de autoayuda y terapias psicológicas, con resultados de un incremento del buen funcionamiento del sistema inmunológico. (11).

El funcionamiento familiar se puede medir con el instrumento; APGAR, como recibe apoyo el paciente de su entorno familia. (8,1) Se debe hacer mención que el soporte familiar juega un rol importante en la evolución favorable y disminución de las hospitalizaciones evidenciado en estudios realizados a pacientes que cursan con DM o IRC. (12) (3).

La familia es considerada unidad bio-psico-social, y tiene un modelo como unidad frente a la atención y salud sanitaria, con la herencia de creencias y valores de los padres a los hijos; explicando el proceso de la historia natural de la enfermedad. (14)

Familia sana es definida como la que ejecuta sus funciones adecuadamente, por ende funcional. Y una familia dis-funcional: aquella que incumple en sus funciones acorde con la etapa del ciclo-vital en la que se localiza, relacionada con las demandas que giran a su alrededor (15) (3)

Esta homeostasis familiar puede ser alterada frente a las crisis. Para-normativas como la presencia de una enfermedad crónica, existencia de conflictos, y otras condiciones que alteran la dinámica F., en donde la participación y cooperación de todos los familiares indispensable para llegar a equilibrio de nuevo de la salud-familiar (16)

Por ende comprendemos que no solo el seguimiento del tratamiento y la realización de acciones, garantizan la calidad de vida, del paciente, también, debemos agregar el apoyo que la familia brinda y que, desempeña un papel importante en la recuperación de la salud, y en la prevención de complicaciones por microorganismos oportunistas muy frecuentes en esta patología. (8, 17).

La educación al equipo de salud deberá tener presente los principios bioéticos, y contener temas de equidad de género, de diversidad, derecho a equidad y derechos humanos, la interacción médico-paciente y la evitar discriminación por causa de sexo u orientación sexual.

El concepto funcionalidad, sus bases teóricas están en la propuesta T G de S de Ludwig Von Bertalanffy (1968). La principal característica a la que se dirige esta teoría al desarrollo de los sistemas abiertos, el cual conlleva la capacidad de importar y exportar energías, que le genera una equidad dentro del sistema, para permitir hacer que el sistema funcione.(5)

Posterior la teoría al estudio social (Luhmann, 1984; Parsons, 1968), dándose el termino de “sistema” a las conformaciones e interacciones sociales que el individuo genera a través de la vida.

La teoría engloba que el todo no es más que la suma sus partes, haciendo énfasis en la totalidad, en la que se estudia al individuo con conflictos relacionada directamente con su entorno, constituyendo un enigma circular, por su puntualización en la retroalimentación y en la interacción. Bertalanffy. (1968) comenta que un sistema es compuesto en primera instancia por el aspecto estructural, el que se compone por los límites, los elementos, depósitos de reserva y una red de comunicación e información como elementos primordiales de su dinámica.

Ejemplo, “existen familias en las que imperan la violencia y los abusos pero que, a pesar del sufrimiento, mantienen durante décadas la misma estructura interna”

La estructura familiar es planteada por Alberdi (1999) como “las diferentes culturas/estructuras familiares se traducen en diferentes relaciones hombre/mujer, así como en una diferente relación entre lo privado y lo público; es decir, la significación del entorno familiar en contraposición al mundo exterior”. Entendida como conjunto de interacciones constantes que se dan en una familia tanto dentro de ella como fuera.

En la familia, se puede estructurar una compleja red de intercambios de carácter circular, que tiende a perpetuarse, intercambios complejos tanto verbales y no verbales, llenos de emociones.

Entendemos entonces que es la comunicación intrafamiliar la que cumple un rol importante en la estabilidad del sistema, lo que permite el intercambio de información, facilitando la retroalimentación entre los miembros que lo componen, además permite determinar el modo de funcionamiento familiar.

De acuerdo a sus características de sus estructuras las familias pueden ser calificadas como “desligadas” o aglutinadas”. “Las familias desligadas o apartadas reciben su denominación,

pues en ellas se observa que los nexos entre los miembros de la familia son débiles o inexistentes”.

Las familias aglutinadas, se caracterizan Minuchin (1974) por una íntima interrelación entre todos sus componentes, así los intentos que alguno de ellos pueda realizar por independizarse del grupo familiar, provocan una fuerte resistencia con los demás miembros “el modelo sistémico plantea que en la familia todos influyen sobre todos, en una especie de reacción en cadena circular.

Esta confluencia de interacciones tiene un carácter sinérgico, vale decir, que produce una cualidad nueva que no se puede producir sólo en los individuos aislados cuando la estructura familiar (ese conjunto de interacciones constantes que se dan en la familia) es inadecuada; cuando el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma de manera centrípeta y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción, más adecuadas al momento por el que atraviesan.

Es entonces cuando el síntoma surge como clarinada de alarma o como intento fallido de solución”. El sistema familiar se divide en subsistemas, para poder ejecutar sus funciones, los subsistemas no son absolutos y están en funcionamiento de acuerdo al momento familiar que se esté viviendo, con sus roles, funciones y actividades específicas, siendo los principales el subsistema el parental, conyugal y el fraterno.

Desde el ángulo sistémico la familia, se engloba dentro de un sistema abierto, dinámico y que se encuentra cambiando, por tanto, recibe y envía información desde el medio extra familiar, con la finalidad de acomodarse a las instituciones sociales que intervienen de manera significativa en cada uno de los miembros que integran el grupo familiar.

En las familias, las funciones deberían generar un estado homeostático y en equilibrio, que va produciendo un estado armónico, cohesionado y afectivo entre sus miembros (Minuchin y Fishman, 1984).

Sin embargo, el funcionamiento no es entendido como un estado constante en la familia, más bien como un estado tan cambiante y muy modificable en el tiempo, pues el sistema por el sólo hecho de ser permeable siempre está expuesto a las disfunciones o desequilibrios, siendo estos en algunos casos hasta necesarios, asumiendo la existencia de un conflicto cuando éstos desequilibrios generan un desorden en el sistema y la necesidad de ser intervenido por un agente externo para repararlo.

Consecuentemente, las categorizaciones funcionales o disfuncional son conceptos para seleccionar qué familias deben ser ligadas o no a intervención, por lo cual la funcionalidad no debe ser traducida a un “estado perfecto”, sino que a un estado momentáneamente equilibrado en el sistema.

Sin embargo, el fijar lo qué es saludable o no en una familia, también tiene sus dificultades, por lo que dependerá de muchos factores, ya sean socio-psicológicos, de interacción, en lo que teóricamente se espera de una familia en un contexto cultural específico.

En algunos estudios lo estiman ampliamente aludiendo, “al conjunto de relaciones y procesos que apoyan, protegen a las familias y a sus miembros específicamente durante un tiempo de adversidad y cambio”.

Consecuentemente las familias funcionales, aquellas capaces de crear un entorno que ayude a la evolución personal de sus miembros, son familias que en comúnmente no sufren crisis ni trastornos psicológicos tan severos.

La funcionalidad relacionada a las diferentes características del sistema familiar: niveles de flexibilidad, comunicación, cohesión, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., la cual se ha valorado con diferentes instrumentos cualitativos y cuantitativos.

Uno de los rasgos asociado a las familias funcionales es; el bajo grado de incompatibilidad que se ha mostrado entre sus miembros al percibir la vida familiar; los altos grados de desacuerdo que puedan existir entre los propios padres, o bien entre éstos y sus hijos, así,

aparecen asociados a conflictos en el desarrollo personal y social de los miembros de la familia.

La funcionalidad asociada a diferentes características del sistema familiar como: niveles de relaciones familiares, flexibilidad cohesión, comunicación, estrés, conflictos, límites, vínculos, emociones, normas, etc., que la literatura ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos.

Por tanto, en las familias, las funciones familiares tienen la capacidad de construir y generar estructuras, ejemplo, el asumir un determinado rol, que una mujer o un hombre trabaje de alguna manera le entrega una organización estructural al sistema familiar.

El funcionamiento de la familia es referido como la forma de relacionarse el grupo internamente, y al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Al constituir un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia, produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar.

La dinámica psicológica relacional llega a imprimirle al hogar un clima agradable, de seguridad y satisfacción o un clima desagradable, de tensión, angustia y temor.

El funcionamiento familiar se constituye la síntesis de las relaciones familiares, tanto como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.

Al no existir homogeneidad de criterios en cuanto a la definición de funcionamiento familiar, sí se precisa cierta coincidencia en cuanto a los procesos relacionales que producen el funcionamiento familiar como son la comunicación, la armonía, la afectividad, la cohesión, los roles, la permeabilidad y la adaptabilidad.

Las investigaciones que se realizaron en el contexto angolano acerca de la familia han sido escasas, destacándose la efectuada por *Lundoloqui* en su tesis doctoral.

Dentro de las principales características que se encontraron: existe insuficiente nivel de preparación de la familia para educar a los hijos, prevaleciendole muchos prejuicios, métodos y estilos educativos desacertados que afectan la formación de los niños, problemas de incomunicación padre e hijos; si la familia no colabora mucho con la escuela, se mantiene la utilización del trabajo infantil como medio de potenciar la economía familiar en detrimento del cumplimiento de los horarios y deberes escolares dado su bajo nivel de solvencia económica, entre otras dificultades.

A partir de todos los elementos abordados, destacamos la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables en este contexto que permitan su evaluación.

Al tener en cuenta el reconocimiento y las evidencias de validez reportadas de la prueba elaborada por Isabel Louro, en la evaluación de dicha categoría, así como su empleo en diversos estudios, la investigación se plantea el objetivo de analizar la estructura factorial, confiabilidad y validez.

CAPITULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hace 30 años oficialmente el 5 de junio de 1981 se detectó el VIH/SIDA a nivel mundial y ha cobrado millones de víctimas constituyéndose en una pandemia mundial que no distingue edad, género, raza, religión, cultura ni región, generando grandes dificultades económicas, sociales, biológicas y psicológicas.

Diariamente se estima que mueren 4,900 personas a causa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Así la infección produce un deterioro progresivo del sistema inmune, dando lugar a la inmunodeficiencia.

El SIDA es un término aplicado a los estadios más avanzados de la infección por VIH. En México el VIH se adquiere principalmente en la juventud, para el 2013 la tasa de incidencia en la población joven era de 3.3 casos por cada 100 mil jóvenes con edad que oscila entre los 15 y 24 años la vía sexual es el medio de trasmisión más frecuente con 95.2%.

Se estima que a finales del 2014 se registraron 36,9 millones de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo, ese mismo año contrajeron la infección aproximadamente 2 millones de personas y 1,2 millones murieron por causas relacionadas con el sida. El número anual de nuevas infecciones por el VIH alcanzó su valor máximo en México en el año 2005, con una estimación promedio de 15.000 nuevas infecciones, que ha disminuido hasta llegar a 9.300 casos en el 2013, con un ligero repunte de 9.888 casos nuevos notificados en el 2014. El Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y el Sida estima que en México viven 170.000 adultos con VIH y sida, de los cuales el 50% desconocen estar infectados por este virus. Todo esto refleja que en nuestro país y en nuestra ciudad la situación es preocupante.

Toda familia con un miembro portador del virus debe necesariamente atravesar por crisis internas de diversa índole y es aquí cuando su capacidad adaptativa se pone a prueba, pues la presencia de la enfermedad supone cambios para cada miembro de la familia.

Por tanto, la principal inquietud de este trabajo es conocer

¿Cómo es la percepción de la funcionalidad familiar en los pacientes con VIH/SIDA en la UMF N°11?

JUSTIFICACIÓN

El estudio actual pretende el ampliar la información de la percepción del funcionamiento familiar en un grupo de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Así es fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre la percepción del funcionamiento familiar en el transcurso del desarrollo de la enfermedad crónica, la institución médica se encarga de transmitir conocimientos a través de su tratamiento, y también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado donde la familia juega un papel fundamental; por ello, es primordial que desde ese espacio del médico familiar, se eliminen los estigmas que rodean al curso del VIH/SIDA.

De acuerdo a los resultados de este estudio se busca el incrementar el interés tanto del médico familiar y de los demás profesionales de la salud en el estudio de los aspectos sociales y familiares que influyen significativamente en el curso del VIH/SIDA en pacientes que asisten a la consulta en la Unidad de Medicina Familia Número 11 del IMSS.

El trabajo de investigación es importante por las siguientes razones:

Es un aporte para las demás especialidades médicas, ya que brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los prestadores de servicios de salud datos importantes; tanto para comprender mejor que los aspectos psicológicos y sociales nos influyen de manera significativa en esta población que padece la enfermedad, en particular permitiendo de este modo tomar decisiones a nivel de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH, lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.

Por último, ya con los resultados de este estudio se buscará el incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos y sociales, que nos influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad, en este caso en particular del paciente afectado del VIH.

Así surgen los esfuerzos de la medicina familiar para evaluar la percepción del funcionamiento familiar en los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

OBJETIVOS

General

- Describir la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA en la Unidad Familiar número 11.

Específico

- El identificar las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA en la Unidad Familiar número 11.
- El identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.
- El identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.
- El identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de involucramiento afectivo y respuestas afectivas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.
- El identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de roles en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.
- El identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de control de conducta en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

HIPÓTESIS

H1.

La percepción del funcionamiento familiar en pacientes con VIH de la Unidad Familiar No. 11 es mayor a la reportada en la literatura.

H0:

La percepción del funcionamiento familiar en pacientes con VIH de la Unidad Familiar No. 11 es menor a la reportada en la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño general del estudio

Este estudio será de tipo cualitativo no experimental, de corte transversal, descriptivo.

POBLACIÓN

El universo de estudio estará constituido por pacientes que asisten a consulta externa del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tapachula en el periodo del 2019 al 2020.

MUESTRA

Se encuestará a todos los pacientes con diagnóstico de VIH que acudan al departamento de Epidemiología de Enero a 2019 a diciembre 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión

1. **Edad:** Conformado por pacientes hombres y mujeres entre 18 y 55 años.
2. **Género:** Conformado por pacientes masculinos y femeninos.
3. **Estado Civil:** Solteros, casados y unión libre.
4. **Tiempo de enfermedad:** De reciente diagnóstico y/o 1 año o más.
5. **Sector poblacional:** La presente investigación se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS Tapachula. (Pacientes referidos a Epidemiología por VIH/sida)
6. **Participación:** La participación de los pacientes será voluntaria.

Los criterios de exclusión

1. **Personas que no desean participar.**
2. **Condiciones físicas y cognitivas.**
 - a Condiciones físicas y cognitivas que no les permitan responder a los instrumentos.

OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICIÓN	TIPO	UNIDAD DE
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		MEDIDA
Percepción de funcionalidad familiar	Es la impresión que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos.	Se aplicará la encuesta de Julca y Libertado la cual consta de 15 preguntas, cada una con 4 opciones de respuesta.	Cualitativa Ordinal	1.-Bajo 0-15 2.- Medio 16-30 3.- Alta 31-45

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD MEDIDA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años	Cuantitativa Discreta	• Años
Genero	Condición orgánica que distingue masculino de femenino	Se preguntará al paciente su sexo biológico físico y anatómico.	Cualitativa Dicotómica	• Hombre • Mujer
Escolaridad	Período de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Grado de estudios del paciente	Cualitativa Ordinal	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Licenciatura • Posgrado
Ocupación	Actividad o trabajo o profesión	Trabajo del paciente	Cualitativa Nominal	• Desempleado o • Empleado
Tiempo de diagnóstico de VIH	Número de años en que el médico le diagnosticó VIH	Tiempo de diagnóstico	Cualitativa Ordinal	• Menos de 1 año • De 1 a 3 años • 4 años o más

Tratamiento contra el VIH	Tratamiento que se usa para el control de la enfermedad.	Tratamiento farmacológico utilizado por los pacientes.	Cualitativa Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> · Los Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN) · Los Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN) · Los Inhibidores de la proteasa (IP) · Inhibidores de la fusión · Antagonistas de CCR5 · Inhibidores de la integrasa · Inhibidores posfijación · Intensificadores farmacocinéticos · Combinación de medicamentos contra el VIH
--	--	--	--------------------------------------	---

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Este estudio será sometido a la evaluación por parte del Comité Local de Investigación en Salud N.703 y Comité Local de Ética en Investigación en Salud N° 7038, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se trata de estudio sin riesgo de acuerdo al artículo N.17 del Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación.

Se utilizará el instrumento del funcionamiento familiar Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013). Los criterios para la elaboración de este instrumento fueron propuestos por el Modelo Mc Master de Epstein. Basado en los trabajos de Epstein, Bishop y Levin (1978) en las Universidades McMaster y Brown.

Tal instrumento está organizado por dimensiones y consta de 15 ítems; puntuables entre 0 y 3 puntos, lo que permitió como resultado una puntuación mínima de 0 y máxima de 45. Cada ítem tuvo como alternativas de respuesta: A) Siempre: 3 puntos; B) Casi siempre: 2 puntos; C) A veces: 1 puntos; D) Nunca: 0 punto

VALIDEZ

El cuestionario que examina el funcionamiento familiar de Julca y Liberato (2013), será expuesto a la validez predictiva, mediante la aplicación de prueba de coeficiente de correlación de "rs" de Spearman Brown, y posterior se utilizó el coeficiente de correlación de "r" de Pearson, para los ítems del instrumento de medición, donde se obtuvo un valor de $rs = 0.936$ ($rs > 0.75$), siendo un instrumento válido.

CONFIABILIDAD

Con respecto a la confiabilidad del instrumento se procederá a aplicar a una muestra piloto de 50 pacientes, en donde se espera obtener para el constructo total un valor de confiabilidad

Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.809$ ($\alpha > 0.75$) lo cual indicara que el cuestionario de Funcionamiento Familiar, es altamente confiable y significativo a nivel psicométrico. Asimismo, en las dimensiones se buscará lo siguiente:

Confiabilidad

Dimensiones	Alfa de Cronbach	N° ítems
Comunicación	0.770	3
Resolución de problemas	0.805	3
Involucramiento afectivo y Respuestas afectivas	0.800	3
Roles	0.783	3
Control de conducta	0.799	3

CONFIABILIDAD

Los puntajes directos serán convertidos en niveles diagnósticos y las dimensiones del instrumento, los cuales serán calificadas de acuerdo a la siguiente escala:

Baremación

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Comunicación	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Resolución de problemas	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Involucramiento afectivo y Respuestas afectivas	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Roles	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Control de conducta	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Funcionamiento Familiar	0 - 15	16 - 30	31 - 45

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para los datos socio-demográficos se realizará estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables de tipo cualitativo: género, estado civil, grado escolar, personas con las que convive el paciente y el tipo de tratamiento que usa; para las variables edad y tiempo de diagnóstico se usaron medidas de tendencia central y dispersión como media, desviación estándar, mínimos y máximos.

En cuanto a la escala de funcionalidad familiar se determinará media, mínimo y máximo; porcentaje y frecuencias para cada una de las dimensiones y para los resultados de la puntuación total. Se realizará una prueba de comparación de medias con el fin de determinar diferencias entre cada una de las dimensiones evaluadas en los pacientes.

Programas a utilizar para análisis de datos.

Todos los análisis estadísticos se calcularán utilizando el software SPSS V.22 a un nivel de confiabilidad de 0.5 en adelante, con una significancia menor a 0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación propuesto se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a las normas y criterios éticos para conducción de investigación en seres humanos.

Sera enviado por el Comité Local de Investigación en Salud N.703 y Comité Local de Ética en Investigación en Salud N.7038 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se trata de estudio sin riesgo de acuerdo al artículo N.17 del Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación

Al contacto inicial se explicará el objetivo y otros detalles del estudio asegurando confidencialidad y anonimato. Asimismo, se les pedirá su consentimiento informado para participar de acuerdo a lo establecido en los principios éticos para investigaciones con sujetos humanos de la Declaración de Helsinki y a los Comités de investigación y ética del IMSS.

En dicho documento se le explicará al participante cual será el propósito de la investigación, además de que no existirá riesgo físico asociado, así como ninguna compensación monetaria por su participación en esta.

La información obtenida en la entrevista será usada con fines de investigación y de manera confidencial. Se incluirá información personal básica como la edad y género, sin embargo, se tomará como precaución para minimizar la posibilidad de identificación de la identidad del participante, la cual será identificación por números.

ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki (Asamblea en Brasil, octubre 2013): La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

EL CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2019						2020											
	MES CALENDARICO	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Elaboración del protocolo de tesis																		
Revisión del protocolo																		
Registro del protocolo																		
La aplicación de las encuestas																		
El análisis de los datos																		
La descripción de resultados																		
La discusión de resultados																		
La escritura de la tesis																		
La revisión y corrección de tesis																		
La presentación de la tesis																		

CAPÍTULO 3. LOS RESULTADOS

Se encuestaron 36 pacientes, predominando 25 Y 30 años con 11.1%, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Edad.

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	1	2.8
19	3	8.3
21	1	2.8
22	1	2.8
23	2	5.6
24	1	2.8
25	4	11.1
26	3	8.3
27	1	2.8
28	3	8.3
29	3	8.3
30	4	11.1
31	2	5.6
32	3	8.3
35	1	2.8
38	2	8.3
40	1	2.8
Total	36	100

Al preguntar sobre género de pacientes con VIH/SIDA, predominó hombre en 72.2% (26) seguido de mujer con 27.8% (10), como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Genero de pacientes con VIH/SIDA.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	26	72.2
Mujer	10	27.8
Total	36	100

Al preguntar sobre escolaridad de pacientes con VIH/SIDA, predominó escolaridad licenciatura en 41.7% (15) seguido de secundaria con 25% (9), como se demuestra en la tabla N° 3.

Tabla N° 3. Escolaridad de los pacientes con VIH/SIDA

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	1	2.8
Primaria	3	8.3
Secundaria	9	25.0
Preparatoria	7	19.4
Licenciatura	15	41.7
Posgrado	1	2.8
Total	36	100

Al preguntar sobre ocupación de pacientes con VIH/SIDA, predominó ocupación empleado en 86.1% (31) seguido de desempleada con 13.9% (5), como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Ocupación de pacientes con VIH/SIDA.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	31	86.1
Desempleado	5	13.9
Total	36	100

Al preguntar sobre tiempo de diagnóstico de VIH, predominó de 1 a 3 años con un 38.9% (14), como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Tiempo de diagnóstico de VIH.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE VIH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 1 año	11	30.6
De 1 a 3 años	14	38.9
4 años o más	11	30.9
Total	36	100

Al preguntar sobre el tratamiento contra el VIH, predominó de combinación de medicamentos contra el VIH un 22.2% (8) seguido de inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos, y de los inhibidores posfijación, e intensificadoras farmacocinéticas 13.9% (5), como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Tratamiento contra el VIH.

TRATAMIENTO CONTRA EL VIH	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Los Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN)	7	19.4
Los Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)	6	16.7
Los Inhibidores de la proteasa (IP)	3	8.3
Los Inhibidores de la fusión	1	2.8
Antagonistas de CCR5	1	2.8
Inhibidores de la integrasa	2	5.6
Inhibidores posfijación	4	11.1
Intensificadores farmacocinéticos	4	11.1
Combinación de medicamentos contra el VIH	8	22.2
Total	36	100

Al preguntar sobre la percepción de la funcionalidad, predominó percepción bajo con un 38.9%(14), seguido de medio con un 33.3%(12), como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Percepción de la funcionalidad familiar de pacientes con VIH/SIDA.

PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	14	38.9
MEDIO	12	33.3
ALTO	10	27.8
Total	36	100

Al relacionar escolaridad con percepción de la funcionalidad en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó percepción de la funcionalidad baja en escolaridad secundaria y percepción de la funcionalidad familiar alta en escolaridad licenciatura con un 22.2%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, se puede observar significancia estadística ($p= 0.007$), como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Relación entre escolaridad y percepción de la funcionalidad familiar de pacientes con VIH/SIDA.

ESCOLARIDAD		PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD			TOTAL	P
		Bajo	Medio	Alto		
Analfabeta	Frecuencia	0	1	0	1	0.007
	Porcentaje	0	2.8	0	2.8	
Primaria	Frecuencia	2	1	0	3	
	Porcentaje	5.6	2.8	0	8.3	
Secundaria	Frecuencia	8	1	0	9	
	Porcentaje	22.2	2.8	0	25	
Preparatoria	Frecuencia	3	3	1	7	
	Porcentaje	8.3	8.3	2.8	19.4	
Licenciatura	Frecuencia	1	6	8	15	
	Porcentaje	2.8	16.7	22.2	41.7	
Posgrado	Frecuencia	0	0	1	1	
	Porcentaje	0.0	0.0	2.8	2.8	
Total	Frecuencia	14	12	10	36	
	Porcentaje	38.9	33.3	27.8	100	

Al relacionar percepción de la funcionalidad con género en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó percepción de la funcionalidad baja en género masculino con un 36.1%, y una percepción de la funcionalidad alta en el género femenino con un 19.4%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, se puede observar significancia estadística ($p=0.002$), como se demuestra en la tabla N° 9.

Tabla N° 9. Relación entre percepción de la funcionalidad familiar y género en pacientes portadores de VIH/SIDA.

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD		GENERO		TOTAL	P
		Mujer	Hombre		
Baja	Frecuencia	1	13	14	0.002
	Porcentaje	2.8	36.1	38.9	
Media	Frecuencia	2	10	12	
	Porcentaje	5.6	27.8	33.3	
Alta	Frecuencia	7	3	10	
	Porcentaje	19.4	8.3	27.8	
Total	Frecuencia	10	26	36	
	Porcentaje	27.8	72.2	100	

Al relacionar percepción de la funcionalidad con tiempo de tratamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó percepción de la funcionalidad baja con tiempo menor de 1 año y percepción de la funcionalidad media en tiempo de 1 a 3 años con un 22.2%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, podemos observar significancia estadística ($p=0.003$), como se demuestra en la tabla N° 10.

Tabla N° 10. Relación entre percepción de la funcionalidad familiar y tiempo en pacientes portadores de VIH/SIDA.

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD		TIEMPO			TOTAL	P
		Menor de 1 año	1 a 3 años	4 años o más		
Baja	Frecuencia	8	4	2	14	0.003
	Porcentaje	22.2	11.1	5.6	38.9	
Media	Frecuencia	2	8	2	12	
	Porcentaje	5.6	22.2	5.6	33.3	
Alta	Frecuencia	1	2	7	10	
	Porcentaje	2.8	5.6	19.4	27.8	
Total	Frecuencia	11	14	11	36	
	Porcentaje	30.6	38.9	30.6	100	

Al relacionar percepción de la funcionalidad familiar con tipo de tratamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó percepción de la funcionalidad familiar baja con tratamiento tipo ITIN (los Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos) en un 13.9%, seguido de percepción de la funcionalidad familiar media y alta con tratamiento en combinación de medicamentos con un 11.1%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, observamos significancia estadística ($p= 0.028$), como se demuestra en la tabla N° 11.

Tabla N° 11. Relación entre percepción de la funcionalidad familiar y tipo de tratamiento, en pacientes con VIH/ SIDA.

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD		TIPO DE TRATAMIENTO									TOTAL	P
		ITIN	ITINN	IP	I FUSION	CCR 5	I INTEGRASA	I POSFIJACION	INTENSIFICADORES	COMBINACION		
Bajo	Frecuencia	5	3	3	0	1	1	0	1	0	14	0.028
	Porcentaje	13.9	8.3	8.3	0	2.8	2.8	0	2.8	0	38.9	
Medio	Frecuencia	2	3	0	0	0	1	2	0	4	12	
	Porcentaje	5.6	8.3	0	0	0	2.8	5.6	0	11.1	33.3	
Alto	Frecuencia	0	0	0	1	0	0	2	3	4	10	
	Porcentaje	0	0	0	2.8	0	0	5.6	8.3	11.1	27.8	
Total	Frecuencia	7	6	3	1	1	2	4	4	8	36	
	Porcentaje	19.4	16.7	8.3	2.8	2.8	5.6	11.1	11.1	22.2	100	

Al relacionar escolaridad con ocupación en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó escolaridad licenciatura con ocupación empleado con un 38.9%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, observamos significancia estadística ($p= 0.010$), como se muestra en la tabla N°12.

Tabla N° 12. Relación entre escolaridad y ocupación en pacientes portadores de VIH/SIDA.

ESCOLARIDAD		OCUPACIÓN		TOTAL	P
		Empleado	Desempleado		
Analfabeta	Frecuencia	1	0	1	0.010
	Porcentaje	2.8	0	2.8	
Primaria	Frecuencia	1	2	3	
	Porcentaje	2.8	5.6	8.3	
Secundaria	Frecuencia	8	1	9	
	Porcentaje	22.2	2.8	25	
Preparatoria	Frecuencia	7	0	7	
	Porcentaje	19.4	0	19.4	
Licenciatura	Frecuencia	14	1	15	
	Porcentaje	38.9	2.8	41.7	
Posgrado	Frecuencia	0	1	1	
	Porcentaje	0	2.8	2.8	
Total	Frecuencia	31	5	36	
	Porcentaje	86.1	13.9	100	

Al relacionar escolaridad con género en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó escolaridad secundaria con género hombre con un 25%, y escolaridad licenciatura en género mujer en un 19.4%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson se observa una significancia estadística ($p= 0.015$), como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Relación entre escolaridad y género en pacientes portadores de VIH/SIDA.

ESCOLARIDAD		GENERO		TOTAL	P
		Hombre	Mujer		
Analfabeta	Frecuencia	1	0	1	0.015
	Porcentaje	2.8	0	2.8	
Primaria	Frecuencia	1	2	3	
	Porcentaje	2.8	5.6	8.3	
Secundaria	Frecuencia	9	0	9	
	Porcentaje	25	0	25	
Preparatoria	Frecuencia	7	0	7	
	Porcentaje	19.4	0	19.4	
Licenciatura	Frecuencia	8	7	15	
	Porcentaje	22.2	19.4	41.7	
Posgrado	Frecuencia	0	1	1	
	Porcentaje	0	2.8	2.8	
Total	Frecuencia	26	10	36	
	Porcentaje	72.2	27.8	100	

Al relacionar escolaridad con tipo de tratamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó escolaridad licenciatura con tipo de tratamiento combinado en un 16.7%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson se observa significancia estadística ($p=0.028$), como se demuestra en la tabla 14.

Tabla N° 14. Relación entre escolaridad y tipo de tratamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA.

ESCOLARIDAD		TIPO DE TRATAMIENTO									TOTAL	P
		ITIN	ITIN N	IP	I F U S I O N	CC R5	I INTE GRAS A	I POSF IJAC ION	INTE NSIFI CAD ORES	CO MBI NAC ION		
Analfabeta	Frecuencia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.028
	Porcentaje	0	0	0	0	0	0	0	0	2.8	2.8	
Primaria	Frecuencia	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
	Porcentaje	8.3	0	0	0	0	0	0	0	0	8.3	
Secundaria	Frecuencia	2	1	3	0	1	1	0	0	1	9	
	Porcentaje	5.6	2.8	8.3	0	2.8	2.8	0	0	2.8	25	
Preparatoria	Frecuencia	1	4	0	1	0	0	1	0	0	7	
	Porcentaje	2.8		0	2.8	0	0	2.8	0	0	19.4	
Licenciatura	Frecuencia	1	1	0	0	0	1	3	3	6	15	
	Porcentaje	2.8	0	0	0	0	2.8	8.3	8.3	16.7	41.7	
Posgrado	Frecuencia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	Porcentaje	0	0	0	0	0	0	0	2.8	0	2.8	
Total	Frecuencia	7	6	3	1	1	2	4	4	8	36	
	Porcentaje	19.4	16.7	8.3	2.8	2.8	5.6	11.1	11.1	22.2	100	

Al relacionar edad con escolaridad en pacientes portadores de VIH/SIDA, se encontró que predominó edad 28, 30 y 32 con escolaridad licenciatura con un 8.3%, al aplicar la prueba de chi cuadrada de Pearson, se pudo observar significancia estadística ($p= 0.000$), como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15. Relación entre edad y escolaridad en pacientes portadores de VIH/SIDA.

EDAD		ESCOLARIDAD						TOTAL	P
		Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado		
18	Frecuencia	0	0	1	0	0	0	1	0.000
	Porcentaje	0	0	2.8	0	0	0	2.8	
19	Frecuencia	0	0	1	2	0	0	3	
	Porcentaje	0	0	2.8	5.6	0	0	8.3	
21	Frecuencia	0	0	1	0	0	0	1	
	Porcentaje	0	0	2.8	0	0	0	2.8	
22	Frecuencia	0	0	0	1	0	0	1	
	Porcentaje	0	0	0	2.8	0	0	2.8	
23	Frecuencia	0	0	2	0	0	0	2	
	Porcentaje	0	0	5.6	0	0	0	5.6	
24	Frecuencia	0	1	0	0	0	0	1	
	Porcentaje	0	2.8	0	0	0	0	2.8	
25	Frecuencia	0	1	1	2	0	0	4	
	Porcentaje	0	2.8	2.8	5.6	0	0	11.1	
26	Frecuencia	0	0	2	0	1	0	3	
	Porcentaje	0	0	5.6	0	2.8	0	8.3	
27	Frecuencia	0	0	1	0	0	0	1	
	Porcentaje	0	0	2.8	0	0	0	2.8	
28	Frecuencia	0	0	0	0	3	0	3	
	Porcentaje	0	0	0	0	8.3	0	8.3	
29	Frecuencia	0	1	0	0	2	0	3	
	Porcentaje	0	2.8	0	0	5.6	0	8.3	
30	Frecuencia	0	0	0	1	3	0	4	
	Porcentaje	0	0	0	2.8	8.3	0	11.1	
31	Frecuencia	0	0	0	1	1	0	2	
	Porcentaje	0	0	0	2.8	2.8	0	5.6	
32	Frecuencia	0	0	0	0	3	0	3	
	Porcentaje	0	0	0	0	8.3	0	8.3	
35	Frecuencia	0	0	0	0	0	1	1	
	Porcentaje	0	0	0	0	0	2.8	2.8	
38	Frecuencia	0	0	0	0	2	0	2	
	Porcentaje	0	0	0	0	5.6	0	5.6	
40	Frecuencia	1	0	0	0	0	0	1	
	Porcentaje	2.8	0	0	0	0	0	2.8	
Total	Frecuencia	1	3	9	7	15	1	36	
	Porcentaje	2.8	8.3	25	19.4	41.7	2.8	100	

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

Se estudiaron 36 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de la UMF N° 11, en donde se encontró con una percepción de la funcionalidad familiar baja en un 39.8% (14) de acuerdo a test de Julca, M. y Liberato, J. (2013), concordando con el estudio del Dr. Caldera del 2020 realizado en una unidad de Medicina Familiar en León Guanajuato, el cual indica que hay un predominio de disfunción familiar.

En nuestro estudio se encontró una predominancia del genero hombre en un 72.2% lo cual concuerda con Dr. Caldera.

Con una escolaridad predominante licenciatura en un 41.7%, seguido de escolaridad secundaria en un 25%, lo cual contrasta con lo descrito en el estudio previo.

En cuanto a los datos estadísticos encontrados con respecto al grupo de edades se observó que los más frecuentes era el grupo de 25 a 30 años con un 50%, muy similar a lo hallado en el estudio previo.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Se estudiaron 36 pacientes portadores de VIH/SIDA, en donde se encontró con una percepción de la funcionalidad familiar baja en un 39.8%, de acuerdo a test de Julca, M. y Liberato, J. (2013), predominando género hombre, y la escolaridad licenciatura.

También se encontró que percepción de la funcionalidad familiar es baja en escolaridad secundaria y alta en escolaridad licenciatura con un 22.2%, concluyendo que, a mayor grado de escolaridad, es mejor la percepción de la funcionalidad familiar.

Y predomino percepción de la funcionalidad baja en género masculino con un 36.1%, y una percepción de la funcionalidad alta en el género femenino con un 19.4%.

Situación importante a destacar es que percepción de la funcionalidad con tiempo de tratamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA, predomino percepción baja con tiempo menor de 1 año y percepción de la funcionalidad media en tiempo de 1 a 3 años con un 22.2%, denotando que según el tiempo que han recibido tratamiento, en espera de mejoría clínica, y la aceptación de su enfermedad.

Dentro de los tratamientos utilizados por los pacientes portadores de VIH/SIDA, en cuestión de la percepción la funcionalidad familiar se encontró que predomino baja con tratamiento tipo ITIN (los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos) en un 13.9%, seguido de percepción de la funcionalidad familiar media y alta con tratamiento en combinación de medicamentos con un 11.1%.

Y se encontró que predomino escolaridad licenciatura con ocupación empleado con un 38.9%, denotando la mayor oportunidad de empleo según mayor grado de estudio.

El estudio marca que la escolaridad mayor frecuencia de escolaridad secundaria con género hombre con un 25%, y escolaridad licenciatura en género mujer en un 19.4%, revelando en este estudio, que por género femenino tiene mayor grado de estudio.

Se demostró que la escolaridad licenciatura con tipo de tratamiento combinado en un 16.7%.

CAPÍTULO 6. PROPUESTAS:

1. Mayor difusión a las enfermedades de transmisión sexual a toda la población en edad reproductiva de la UMF N 11.
2. Promoción del uso de métodos anticonceptivos durante la consulta de medicina familiar a toda la población en edad reproductiva de la UMF N°11.
3. Brindar atención psicológica a los pacientes portadores de VIH/ SIDA de la UMF N°11.
4. Seguimiento en pacientes con VIH/SIDA con baja percepción de la funcionalidad familiar de la UMF N°11.
5. Disposición de un área para terapia familiar en la UMF N°11, para el mejor manejo de familias del paciente portador de VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Castrejón AJ, Salcedo JAF, Velázquez JOR. Prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Hospital Central Militar. Med Oral. 2011; 13:8-15.
- 2) Preguntas y respuestas sobre el VIH/sida. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>.
- 3) SS/CENSIDA (2014). La epidemia del VIH y el sida en México. Hojas informativas 2014. [consultado 2 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>.
- 4) Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 2.º trimestre de 2015. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y el Sida: Secretaría de Salud; 2015. [consultado 13 mayo 2018]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2015.pdf.
- 5) Instituto Mexicano del Seguro Social, Boletín Epidemiológico 2000 a 2012. Disponible en: <http://11.33.41.38:90/portal/>
- 6) Pomerantz-Hom D. Twenty year of therapy for HIV infection. Nat Met 2003;7: 867-732
- 7) Montiel-R. La construcción de las redes de apoyo social. Higiene, 1999; 1: 56-60
- 8) Sherman-D. Willingness to Care for AIDS Patients and Spirituality, Social Support, and Death Anxiety. Image J Nurs Sch, 1996; 28: 205-213
- 9) Vaux-Alan. Social support, theory, research and intervention. New York, Praeger 1988; 2 156159
- 10) Theorell-T, Blomhust-V, Jonsson-H., Schulman-S., Berntorp-E. Social Support and the Development of immune function in human immunodeficiency virus infection. Psychosom Med, 1995; 1 332-336
- 11) Real-Ruiz Claudia, Aguayo-Godinez Arnoldo, Santana Dolores. Impacto de la calidad de vida y dinámica familiar del cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Tesis de especialidad medicina familiar, 2004.

- 12) Méndez-López Dulce María, Gómez-López Víctor Manuel. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica IMSS 2004; 42: 281-284
- 13) Rizo-Curiel Genoveva, Orozco-Mares Imelda. Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. Investigación en salud. 2002 2: 23-32.
- 14) De La-Revilla I. Disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10: 582-583
- 15) De La-Revilla I. Por qué es necesaria la atención familiar. En: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España. Editorial Doyma; 1994. 6-21
- 16) UNAIDS. Epidemiologica fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections; D.F., México 2002, UNAIDS Available. From URL
- 17) Huerta-González José Luís Dr., Farfán-Salazar Dra. Estudio de la salud familiar. Programa de actualización continua en Medicina familiar. D.F., México. Íntersistemas editorial; 1999. Páginas 23-28.
- 18) Barrón-A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, España. Editorial Siglo XIX 1996; 180-182
- 19) Genoveva-Rizo, Imelda-Orozco. Apoyo social en relación al tratamiento en las personas con SIDA. Investigación en salud 2002; 1: 56-75
- 20) Terrazas-Galindo J. Infección por VIH-Sida, nuevos escenarios, nuevos problemas, nuevas soluciones. Editorial SEISIDA 2002; 13: 220-222
- 21) Fuster-M.J., Ruiz-de Apodaca. Cuestión de Genero: Mujer y VIH-SIDA. Editorial SEISIDA 2002; 11: 135-139.
- 22) Rabkin-J, G, Wagner- G.J, Rabkin- R. Fluoxetine treatment for depression in patient with HIV and AIDS: a randomized, placebo controlled trial. AM J Psychiatry 1999 7:35-40
- 23) Braunwald- E et al. Enfermedades por retrovirus. En: Harrison Principios de Huerta-González Jose Luis Dr. Estudio de la salud familiar, En: Programa de Medicina Interna. D.F., Mexico: Interamericana McGraw Hill; 2000. 1541- 1764

- 24) Actualización continua en Medicina familiar. D.F., Mexico. Intersistemas editorial; 1999. 5658
- 25) Consejo estatal para la prevención del SIDA, Jalisco (COESIDA), Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco, Guía práctica para el personal de salud con trabajo en VIH/SIDA, COESIDA; 1998: 119
- 26) Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA CENSIDA; 20032004.
- 27) Guía De Práctica Clínica Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención2008.
- 28) Percepción del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH/sida atendidos en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa Jiménez Sucari, Dolores Dora (2017-12-07)
- 29) García, J. María y Liberato, A. J. (2014). Funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso. Hospital distrital Jerusalén Trujillo 2014. Tesis Licenciatura.
- 30) Caldera-Guzmán D y col. Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León Guanajuato. El Residente. 2020; 15(2): 48-53

ANEXO 1

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH DE LA
UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR 11
CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

GRACIAS POR PERMITIRNOS ENTREVISTARLE, ESTE CUESTIONARIO ES PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION DEL CUAL SERA PARTE. TODO LO QUE DIGA SERA ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL Y SE UTILIZARA EXCLUSIVAMENTE CON FINES ESTADISTICOS. LOS DATOS QUE NOS PROPORCIONES SOLO SE UTILIZARAN PARAREUNIR

INFORMACION QUE PERMITA EN UN FUTURO MEJORAR LA ATENCION A LA SALUD **FICHA DE IDENTIFICACION**

FECHA: _____ TIEMPO DE DIAGNOSTICO: _____ TIEMPO DE TRATAMIENTO: _____

EDAD: _____ GENERO: M_ F_ OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

Item	DIMENSIONES	A	B	C	D
	FRECUENCIA	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
	DIMENSION COMUNICACION				
1	Usted le cuenta a su familia lo que le pasa.				
2	En su casa sus opiniones son tomadas en cuenta.				
3	Durante el día en la familia tienen momentos de conversación.				
	DIMENSIÓN: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
4	En su familia se preocupan por resolver sus problemas de salud.				
5	En su familia se preocupan por su tratamiento farmacológico para la enfermedad.				
6	Si usted tiene dificultades, su familia está en la mayor disposición de ayudarlo				
	DIMENSIÓN: INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO Y RESPUESTAS AFECTIVAS				
7	Siente que su familia lo(a) quiere.				
8	Su familia le pregunta los resultados de la consulta				
9	Su familia se preocupa por su alimentación y le prepara su tratamiento.				
	DIMENSIÓN: ROLES				
10	En su familia cada uno cumple sus responsabilidades.				
11	En su familia usted realiza actividades que puede ejecutar fácilmente.				
12	Cada uno de los miembros de su familia tienen sus propias obligaciones y responsabilidades.				
	DIMENSIÓN: CONTROL DE CONDUCTA				
13	Usted piensa que en su familia se respeta la autoridad.				
14	En su familia existen normas que cumplir.				
15	Usted asiste a reuniones familiares porque siempre lo invitan.				

REALIZA LA ENCUESTA: RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR ROLANDO GARCIA LUNA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Y	 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	 <p>IMSS <small>SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS</small></p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Tapachula Chiapas 2019-2020	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la percepción del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a consulta en la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS Tapachula.	
Procedimientos:	Aplicación de test para la percepción funcionalidad familiar.	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la atención en el primer nivel, en el paciente con VIH/SIDA	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará información de los resultados obtenidos, así como conclusiones del test aplicado.	
Participación o retiro:	Los participantes podrán decidir su participación o retiro en cualquier momento del estudio	
Privacidad y confidencialidad:	Este estudio será aplicado un consentimiento informado por personal de la salud previa autorización del encuestado. La información recabada solo será para uso estadístico, no incluye nombre, para resguardar la confidencialidad del paciente.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica	
No autoriza que se	tome la muestra.	
Si autorizo que se	tome la muestra solo para este estudio.	
Si autorizo que se	tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de	tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica	
Beneficios al término del estudio:	Determinar la percepción de la funcionalidad familiar.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. Bogar Arturo Rodríguez Ruiz	
Colaboradores:	Dr. Rolando García Luna	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
Nombre y firma del participante	Nombre y firma del Investigador	
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		

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Prestaciones Médicas
Unidad de Medicina Familiar no. 11
"Dr. Ignacio García Téllez"
"HONESTIDAD, COMPROMISO Y
RESPONSABILIDAD"



Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas. A 08 de Noviembre del 2018.

Dr. Rolando García Luna
Residente de Primer año de la especialidad de
Medicina Familiar

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCOVENENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título "PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11", por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.


ATENTAMENTE
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

c.c.p archivo