



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TEMA
“EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA DEL HGZMF NO. 1, IMSS
PACHUCA, HGO.”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
CLAUDIA MEDRANO GALICIA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MARÍA. ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO METODOLÓGICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2012**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DE LA U.A.E.H.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO GARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESOR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN



**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACIONAL DEL IMSS HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD IMSS.

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR No. 1, PACHUCA, HIDALGO, IMSS.

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO IMSS.

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARÍA. ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESORA CLÍNICA METODOLÓGICA

**INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

H G Z M F. No. 1

Dr. R. H.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESOR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACIONAL DEL IMSS HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD IMSS.

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR No. 1, PACHUCA, HIDALGO, IMSS.

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO IMSS.

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARÍA. ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESORA CLÍNICA METODOLÓGICA

**NADA DE TURBE, NADA TE ESPANTE
TODO PASA, DIOS NO SE MUDA,
LA PACIENCIA TODO ALCANZA
QUIEN A DIOS TIENE NADA LE FALTA
SOLO DIOS BASTA**

**GRACIAS A DIOS POR TODAS
SUS BENDICIONES**

**GRACIAS A MIS PADRES
POR SU AMOR INCONDIONAL**

**GRACIAS A ANDRES
POR TODO TU AMOR
TE AMO**

**GRACIAS ALBERTO ANDRES
MI MÁS GRANDE AMOR**

**GRACIAS A MIS HERMANAS
Y MIS SOBRINOS ADORADOS**

**GRACIAS A TODOS Y CADA UNO
DE MIS FAMILIARES LOS AMO
EN ESPECIAL A TI MI VIDA**

**GRACIAS A MIS MAESTROS Y
MEDICOS ADSCRITOS EN ESPECIAL A
LA DRA. HERNANDEZ Y EL DR. SANCHEZ
POR SU APOYO DURANTE ESTE PROYECTO**

**GRACIAS A MIS COMPAÑENROS DE RESIDENCIA
Y A LOS AMIGOS ENTRAÑABLES**

**GRACIAS A TODAS LAS PERSONA QUE INTERVINIERON
EN MI PROYECTO EN ESPECIAL A MIS PACIENTES**

INDICE

Tema	Páginas
Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	4
Antecedentes	20
Justificación	22
Planteamiento del problema	24
Objetivos	25
Hipótesis	26
Metodología	27
Variables del estudio	29
Descripción general del estudio	32
Análisis estadístico	32
Aspectos éticos y legales	32
Recursos, financiamiento y factibilidad	33
Resultados	34
Discusión	41
Conclusiones	44
Referencias bibliográficas	46
Anexos	49

RESUMEN

TÍTULO: Evaluación del subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del H.G.Z.M.F. NO. 1, IMSS, Pachuca, Hgo.

INTRODUCCIÓN: Como padecimiento crónico, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida causado por la infección del virus de inmunodeficiencia humana (SIDA/VIH), es un evento estresante, con altas posibilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo, por lo que el apoyo familiar es la clave para el adecuado apego a tratamiento al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés. Este apoyo, tiene su base en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales, familiares, y de parejas.

OBJETIVO: Evaluar la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, del HGZ. MF. No. 1 (Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1) de Pachuca, Hgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo en donde se evaluó el subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del H.G.Z.M.F. No. 1, IMSS, Pachuca, Hgo. que acudieron a control y tratamiento, que contaron con pareja y que residen en el Estado de Hidalgo aplicándoseles la escala de evaluación del subsistema conyugal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para procesar la información, se utilizó el programa EXCEL 2007. Se realizó el análisis utilizando, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Aplicando *chi* cuadrada con valores significativos de $P < 0.05$.

RESULTADOS: Se evaluó la funcionalidad conyugal en 78 de 186 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, de los cuales el 47.43% son funcionales, el 41.03% disfunción moderada y el 11.53% disfunción severa

CONCLUSIONES: Se encontró que la disfunción del subsistema conyugal en pacientes con VIH/SIDA está presente en 51pacientes (52.56%), siendo más frecuente la disfunción moderada, y las funciones afectadas son la adjudicación y asunción de roles, toma de decisiones y comunicación

PALABRAS CLAVE: Disfuncionalidad conyugal, escala de evaluación del subsistema conyugal, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

Considerar a la familia fuente natural de apoyo para el enfermo pareciera ser universalmente aceptado, pero la presentación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida causado por la infección del virus de inmunodeficiencia humana (SIDA/VIH), ha puesto en duda ésta situación.

Se ha encontrado que las familias con un miembro que padezca VIH/SIDA presentan mayores niveles de estrés, que con lleva el enfrentarse a un constante proceso de pérdidas, duelos, aislamiento, devastación económica, menores índices de confianza y esperanza que las familias con un individuo enfermo por cualquier otra enfermedad crónica; existen tres factores estrechamente relacionados con la enfermedad que desafían el rol tradicional de la familia para ser el apoyo emocional, el proveedor del cuidado, de protección y de apoyo económico de sus miembros enfermos.

El impacto del VIH/SIDA en el subsistema conyugal resulta particularmente importante debido a la pluralidad de desarreglos familiares que genera, los débiles sistemas de protección social, la estigmatización doméstica, laboral, social y la inminente posibilidad de contagio.

La infección por VIH/SIDA cambia la vida sexual de la pareja, disminuye la libido, además cuando solo un miembro de la pareja es positivo, teme infectar al otro y consciente o inconscientemente suprime sus necesidades sexuales. Si la pareja no habla de estas dificultades abiertamente, aumentan los conflictos; ninguno recibe lo que necesita y los resentimientos mutuos se acumulan.

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante, no solo en el proceso generador de enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida que cumpla con sus funciones básicas. Esto va a depender, de si la familia es funcional o no, y cuenta con los recursos adecuados de soporte social.

Por su parte, el modelo de medicina familiar actual, no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y de la salud del conjunto, o del grupo familiar propiamente dicho.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas

científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar

MARCO TEORICO

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso salud - enfermedad. Con este enfoque, se genera en la propia familia y afecta, en una u otra forma, la salud del individuo.^{7, 8}

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales.^{7,9}

La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.^{7,8}

La Organización Mundial de la Salud OMS, define como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.⁸

Una familia es una unidad que no puede ser reducida a la suma de las características de las partes, sino que es un conjunto de interacciones de personalidades y circunstancias. Cuando su funcionamiento es adecuado promueve el desarrollo integral de sus miembros y les procura un estado de salud favorable.^{7, 10,11}

Las llamadas funciones de la familia han tenido diferentes enfoques. Según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales de las que se desprenden cada una de ellas.⁷

La socialización favorece el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad

familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. Transformar a los individuos dependientes, en seres independientes, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelve, estimulando aprendizaje, iniciativa y realización creativa. Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres. ^{8,11}

El cuidado es la capacidad de proveer a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas culturales y educativas que toda persona requiere. La protección biopsicosocial incluye la satisfacción sexual de la pareja. ^{8, 10,12}

El afecto como función familiar es entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual. Definido como el objeto fundamental de "transacción dentro de la familia". ⁸

La reproducción provee de nuevos miembros a la sociedad, previa decisión consciente y responsable, perpetua a la familia.

La función de estatus que otorga la familia, determina la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes. ^{7, 11}

La clasificación del ciclo de vida familiar hecha por Gemán, es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. ^{9,10}

La primera fase del ciclo familiar es el matrimonio que se inicia con consolidación del vínculo matrimonial sea civil, religioso o concubinato, se combinan los recursos de las dos personas, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. ^{7,11}

La segunda fase denominada expansión es el momento en que se van incorporando nuevos miembros a la familia (la familia se dilata, se “expande”).⁷

La tercera fase es la de dispersión, que se caracteriza por el hecho de que los hijos comienzan asistir a la escuela; Se va preparando el camino para la independencia y concluye cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de casa.^{7,11}

La cuarta fase de independencia que se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar. Los padres deben aprender a respetar el nuevo estilo de los hijos y crear un nuevo código para las relaciones con ellos, la relación de pareja busca nuevos incentivos para tener un modelo armónico del vínculo conyugal.^{7, 10,11}

La quinta fase del ciclo vital familiar es la de retiro y muerte, la cual se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien la muerte o jubilación de algunos de los padres; esta etapa se le conoce como “nido vacío”; Se identifican 4 problemas comunes en esta fase: a) incapacidad para laborar, b) desempleo, c) agotamiento de los recursos económicos; d) las familias de los hijos casados están en expansión, y se dificulta la posibilidad de darles recursos a sus padres.^{7,11, 14}

La familia, por lo tanto, es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones prácticas se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos”.^{7, 8,12}

En la década de los 60, se propone uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un

conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. ¹¹

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace. El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la familia será más sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetra, más peligro de enfermedad. ^{11,12}

Cada individuo integrante de una familia es en sí mismo un sistema, compuesto a su vez de subsistemas. Pero ambos, persona y familia, están conectados con un suprasistema, que puede ser inmediato (barrio, vecindad, comunidad) o más amplio, la sociedad en general. ⁷

El sistema familiar a su vez, se diferencia en subsistemas, así puede desempeñar sus funciones. Éstos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas, los principales los forman el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno o de hermanos. ^{7,8}

La familia como sistema es como un engranaje, en dicha composición interactúan los subsistema y las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar. ^{11,12}

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse

con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua.^{7,13}

En cada etapa del ciclo vital, la familia debe hacer cambios para adaptarse a los posibles desafíos de cada etapa, y el hecho de no poder cumplir con estas tareas y ajustes puede dar lugar a crisis familiares.^{7, 10,11}

Las parejas constantemente enfrentan diversas crisis, en cada una de sus etapas de matrimonio. Los problemas más comunes a los que se enfrentan las parejas son de tipo económico, sexual, familiar, de aceptación de sí mismo o de las otras personas, integración de las familias de origen, infidelidad, enfermedad y desempleo.¹³

Vivir insatisfecho con la relación de pareja, conlleva a muchos desajustes emocionales, sociales, psicológicos y sexuales. Una mala relación de pareja se ha asociado con depresión, alteración del apetito, cambio de peso, desórdenes alimenticios, problemas de sueño, sentimientos de culpa, problemas de pensamiento y concentración, muerte e intentos de suicidio, violencia, irritación, disminución de la libido, anorgasmia, disfunción eréctil, inseguridad, estrés, conflictos con los hijos y con otras personas.^{11, 13,14}

En circunstancias normales las parejas, aunque no sean felices, se amoldan y no surgen los conflictos, estos aparecen cuando se dan circunstancias importantes de cambio, es decir, los desencadenantes de los conflictos más frecuentes son: la jubilación, enfermedades agudas ó crónicas, problemas económicos, paternidad, maternidad.^{11,14}

En 1994 Chávez Aguilar y Colaboradores, propusieron la escala de evaluación del subsistema conyugal que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, este instrumento aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo; comunicación, adjudicación y asignación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.¹³

Función de comunicación: debe ser evaluada a través de pautas de comunicación establecidas y predominantes en la pareja, su característica es que debe ser clara; es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que se dice, debe ser directa; que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, y que sea congruente; lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. ^{9,13}

Como parte de sus funciones la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como se asuman, reflejan una mayor o menor disfuncionalidad, la función realizada debe corresponder con las capacidades, aspiraciones del cónyuge, que brinde un sentimiento de utilidad, bienestar y flexibilidad; Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar.¹³

Función de satisfacción sexual: en la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explica la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. En virtud de lo amplio y complicado de evaluar estas funciones propusieron dos rubros que se refieren a la frecuencia de la actividad sexual y satisfacción sexual. ^{13,14}

Función de afecto: utilizando indicadores indirectos para evaluar esta función como manifestaciones físicas (besos, abrazos, caricias y en general todo tipo de contacto físico), calidad de la convivencia (satisfacción percibida del tiempo que pasan juntos) y reciprocidad es decir que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que percibe, sea en el terreno del afecto, recreación, individualidad y actividades extra hogar. ^{13,14}

Función de toma de decisiones: se investiga la sensación de participación en las decisiones trascendentes y los estilos más frecuentes son: toma de decisiones conjunta y toma de decisiones individual. ¹³

La escala de subsistema conyugal evalúa cada función se agregado un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, que sumando el puntaje total se califica como 0-40 puntos pareja severamente disfuncional, 41 a 70 puntos

pareja con disfunción moderada, 71 a 100 puntos pareja funcional. Esta escala ha sido ampliamente utilizada para evaluar la funcionalidad conyugal.¹³

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar^{7, 13,15}.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial¹⁶.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF). La práctica de la Medicina Familiar en el mundo es muy diversa; no existe en el mundo un sistema de salud que considere la realización del ESF a la totalidad de los pacientes atendidos y sus familias. El ESF no se justifica en todas las familias que se encuentran bajo el cuidado de los médicos familiares. Entre las circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un ESF se encuentran las siguientes^{17, 18}

- Pacientes con síntomas y signos mal definidos

- Ansiedad y depresión
- Obsesiones y fobias
- Enfermedades psicosomáticas y trastornos de somatización
- Duelo patológico
- Hiperutilización de los servicios
- Incumplimiento de la prescripción
- Problemas de adicción
- Alcoholismo
- Abuso de psicofármacos
- Tabaquismo
- Niños con problemas
- Trastornos de alimentación
- Trastornos de conducta y aprendizaje
- Enuresis y encopresis
- Crisis familiar
- Disfunción familiar
- Enfermedades congénitas y hereditarias
- Acontecimientos vitales con mal manejo del estrés
- Mal control de enfermedades crónicas y degenerativas
- Violencia intrafamiliar y problemas de adaptación social
- Enfermedades de transmisión sexual en especial VIH/SIDA y VPH (Virus del Papiloma Humano)
- Problemas relacionados con la sexualidad
- Embarazo no deseado
- Abuso sexual y violación

El origen del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), ha sido polémico y de gran interés desde que esta enfermedad fue identificada a principios de los años 80. Se sabe que el VIH pertenece a la familia lentivirus, tiene la capacidad de invadir el sistema inmune mediante la destrucción de las células CD4 o células T y que a largo plazo se

manifiesta por la susceptibilidad a enfermedades oportunistas y altos índices de mortalidad.^{1,2}

El virus se puede diseminar a través del contacto sexual incluyendo la vía vaginal, anal y sexo oral. Otra forma de contagio es la hematógena como transfusiones sanguíneas y compartir agujas, así como una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea o una madre lactante puede infectar al bebe por medio de la leche materna. Hay otras vías de transmisión poco comunes como una lesión accidental con una aguja, inseminación artificial por semen donado infectado y a través de trasplantes de órganos infectados^{2,3}

La infección aguda por VIH, puede pasar como asintomática y luego a infección sintomática temprana. Posteriormente, progresa a SIDA (infección por VIH avanzada con conteo de células T CD4 por debajo de 200 células/mm³).³

Los síntomas del VIH/SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario sano. Los síntomas comunes como fiebre, erupción cutánea, irritación de garganta, inflamación de los ganglios linfáticos, diarrea, pérdida de peso y debilidad generalmente de 2 a 4 semanas después de contraer el virus. Algunas personas con infección por VIH permanecen por años sin síntomas entre el momento en que estuvieron expuestas al virus y el momento en que se manifiesta el SIDA.^{1,3}

En este momento, no existe cura para el VIH/SIDA. Sin embargo, se encuentran disponibles tratamientos retrovirales que han sido muy efectivos durante los últimos años, que pueden ayudar a mantener los síntomas a raya y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que ya han desarrollado síntomas.¹

La terapia antirretroviral altamente activa, ha sido muy efectiva impidiendo que el virus se replique, reducción de la carga viral de VIH en el torrente sanguíneo, mejorando los conteos de células CD4 y ayuda al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH.^{2,3}

El curso de esta infección ha pasado de ser una infección fatal a una infección crónica con una esperanza de vida potencial casi normal. Eso se ha traducido en dramáticas reducciones en la tasas de mortalidad en países donde existe amplia disponibilidad a estos medicamentos. Con tasas de incidencias relativamente en aumento y disminución de la mortalidad, la prevalencia de esta infección continúa aumentando.^{1, 2,4}

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial.^{8, 9,10}

Se ha encontrado que las familias con un miembro que padezca VIH/SIDA presentan mayores niveles de estrés, que con lleva el enfrentarse a un constante proceso de pérdidas, duelos, aislamiento, devastación económica, menores índices de confianza y esperanza que las familias con un individuo enfermo por cualquier otra enfermedad crónica; existen tres factores estrechamente relacionados con la enfermedad que desafían el rol tradicional de la familia para ser el apoyo emocional, el proveedor del cuidado, de protección y de apoyo económico de sus miembros enfermos. Se considera que las áreas donde se produce mas cambios en la organización familiar comprenden la asignación de roles, la estructura familiar y la comunicación.^{14, 15,16, 17}

Otro factor que dificulta el rol de apoyo tradicional de la familia lo constituyen sus prejuicios en contra del estilo de vida del paciente, por este motivo se considera que la “familia de elección” constituye una mayor fuente de apoyo para el paciente que su familia de origen. Así su pareja o amigos tienen la capacidad de llevar a cabo todas las funciones que su familia les podría brindar, pero sin criticar su estilo de vida; lo aceptan tal cual es y no le critican, ni tratan de cambiarlo o censurarlo.^{9,16, 18}

Cuando el paciente ha revelado su diagnóstico de VIH/SIDA, la respuesta afectiva y las reacciones del grupo familiar seguirán un modelo conocido como el proceso de ajuste la VIH/SIDA. Este patrón abarca cuatro etapas descritas inicialmente por Nichols:

- Crisis,
- Transición,
- Aceptación y
- Duelo anticipado.^{14, 15}

La fase inicial es la crisis, la cual se caracteriza por el choque y la negación, alternando con periodos de ansiedad. La familia se entera del estilo de vida del paciente e incluso aparecen las fantasías acerca de cómo pudo contribuir o llevar directamente al individuo a enfermarse. Ante estas circunstancias puede llegar a surgir el rechazo e inclusive el abandono.¹⁵

El choque se incrementa cuando la familia se entera que la enfermedad es incurable y que excite la posibilidad de un continuo deterioro físico pero, más importante aún, un deterioro mental. La pareja del individuo con VIH/SIDA requiere además de información acerca de la enfermedad, asesoría sobre cómo puede controlar la transmisión de la infección sexo seguro y como promover conductas saludables en su pareja, así como un espacio para poder hablar respecto a su miedo, ira, depresión, ansiedad y desesperanza.^{14,15}

Los miembros de la familia negarán temporalmente la información no grata que han recibido. Tanto el individuo como su red de apoyo pueden aceptar el diagnostico, pero no sus consecuencias, como es el hecho de que la enfermedad sea crónica o terminar. Millar encontró que luego de que el paciente se entera de los resultados de su examen de VIH, éste nunca alcanza ni alcanzará niveles de ansiedad tan altos como los que hay en su pareja o miembros de su familia. Pero aún más interesante es que estos niveles siempre serán mayores en ellos que el paciente durante el curso de toda la enfermedad.^{18, 19,20}

Algo que puede ayudar a la pareja y familiares consiste en aprender a manejar y vigilar los síntomas del paciente y separarlos de los mitos y las malas interpretaciones.¹⁶

La segunda fase es la de transición donde aparece con mayor claridad el miedo hacia lo incurable, lo impredecible, el contagio, miedo a que alguien más se entere o que la familia se divida entre quienes rechacen y quienes acepten al paciente.^{9,17}

Los miembros de la familia se encuentran enojados consigo mismos, así como con el paciente por su estilo de vida y por no haber tomado las precauciones necesarias para no contagiarse; se encuentran enojados contra la enfermedad por hacerles perder el control de sus vidas y por que los someterá a estigmatización y rechazo. Así como en el cónyuge el riesgo inminente de contagio y la repercusión directa al subsistema conyugal^{5, 15}

La forma en que los familiares expresan su ira es a través de agresiones verbales contra el enfermo, los demás miembros de la familia, los grupos de apoyo o de otras organizaciones con las cuales guardan relación el enfermo. También lo harán a través de comportamientos pasivo-agresivos, sarcasmo, indiferencia, o bien la renuncia a toda esperanza.¹⁵

El sentimiento de culpa, por más irracional, invade invariablemente a casi todos los miembros de la familia, manifestándose de manera diferente. La culpa de los padres se relaciona con aquello que hicieron o dejaron de hacer con su hijo o si fueron buenos o malos padres. Mientras que a la pareja le causara un sentimiento de traición hacia su compañero.^{15,17}

La fase de aceptación es la tercera fase del proceso, aquí tanto el paciente como su familia aprenden a aceptar y a vivir con las limitaciones que la enfermedad les impone, así como anticipar que el futuro que soñaban diferirá. Los miembros de la familia pueden aprender, durante esta fase, como cuidar del enfermo, prevenir la transmisión y cuidar de sí mismos; por otra parte, el enfermo podrá ordenar sus cosas, cambiar su estilo de vida por uno más sano y aprender a cuidar de sí mismo. Este periodo está marcado por la esperanza, las crisis médicas y la preocupación por los pequeños y continuos cambios.^{14,15}

Con respecto al surgimiento del sentido de esperanza es bueno para la familia, pues le permite elaborar una visión de la enfermedad, y luchar con “el día a día”. El problema surge cuando alguien presenta demasiada esperanza y otros ninguna, entonces surge la posibilidad de entablar largas discusiones e iniciar conflictos sobre esta áreas, lo que ocasiona que el enfermo se sienta culpable de esta nueva problemática, quizá cayendo en depresión y produciéndose el suficiente estrés como para que él se vea afectado a nivel inmunológico. ^{21,22}

El duelo anticipado es la cuarta fase se inicia en realidad al enterarse del diagnóstico del individuo, se acentúa cuando los miembros de la familia inician la negociación en sus roles para atender el cuidado del enfermo y se concluye con la muerte del mismo. Es un duelo escalonado que trata de olvidarse o negarse, pero que siempre se encuentran presente durante el curso de la enfermedad. Se hace más patente con cada deterioro y con cada pérdida de independencia del enfermo. Finalmente, para la familia es más difícil aceptar la muerte de un miembro joven que la de uno de mayor edad, lo cual dificultará más el proceso de duelo. ^{10, 15,18}

Al acercarse la muerte la persona puede encontrarse inundada de sentimientos y experiencias del pasado, recuerdos de todo tipo, algunos que le preocupan y, por ende, es necesario ayudarle a compartirlos. También conviene darle la oportunidad de explicarse, justificarse, pedir perdón o comunicar algún secreto de familia. Se debe respetar su derecho a rechazar tratamientos, aunque la cuestión de la eutanasia aún implica muchos problemas éticos. La persona que va a morir, simplemente necesita ayuda para decidir cómo terminar su vida; además quienes lo rodean necesitan la autorización y la oportunidad para despedirse con tranquilidad. ^{11, 15,18}

El análisis microsocial permitió evidenciar que la familia es un sistema complejo compuesto por individuos que interactúan de manera diferente con las personas con VIH/SIDA. Algunos estudios determinan no revelar por igual el diagnóstico a todos los miembros de la familias. Las personas comunican más frecuentemente su diagnóstico a algunos miembros de subsistema fraternal. Dentro del sistema parental, es la madre a quien más frecuentemente se revela el diagnóstico. La comunicación con respecto a la familia conformada, llama la atención que el 16% de las parejas, el

71% de los hijos menores de 18 años y el 24% de los hijos mayores de 18 años desconocen el diagnóstico de los participantes. La no revelación del diagnóstico a la pareja las pone en mayor riesgo de adquirir la infección. Este proceso requiere de mayor soporte por parte de las instituciones de la red social de apoyo.^{15,18}

Las decisiones que los miembros toman con relación a la revelación del diagnóstico y la forma de relacionarse con la persona con VIH juega un papel importante en el curso de la enfermedad y en general en la vida de los individuos. Las familias pueden actuar como soporte moral, práctico y material, pero también pueden asumir actitudes discriminatorias ligadas al estigma con que ha cargado la enfermedad. Estos impactos no solo afectan las estructuras y dinámicas familiares en el corto plazo, sino que también pueden estar influyendo en procesos de mediano y largo plazo ligadas al desarrollo humano, social y económico.^{15, 18,21}

Como el VIH/SIDA está conectado con la sexualidad, muchos pacientes que sospechan estar infectados no buscan ayuda porque temen que los clínicos los consideren inmorales e indecentes, antisociales y sin valores. La persona que resulta VIH positiva debe informales a su compañero o compañera, y esto hará necesario discutir cuestiones de infidelidad, homosexualidad, bisexualidad, drogadicción y honestidad en la relación de pareja. Los infectados temen verse obligados a abandonar a sus cónyuges y a sus hijos, sin control sobre sus propias acciones. Por el estigma asociado al virus, muchos de los infectados no reciben la compasión o el apoyo que la sociedad otorga a otros enfermos.^{20, 23,24}

Moos describe que la historia personal, el tipo de enfermedad, el ambiente físico y social influyen sobre la manera como el individuo evalúa y entiende su padecimiento. Cuando una persona contrae el VIH, hay repercusiones biopsicosociales en su núcleo. Ciertas parejas niegan o minimizan la gravedad del padecimiento como defensa contra el miedo al futuro; otras parecen no sentir ninguna emoción para controlar su angustia. Desde afuera, parece que ellos manejan bien la crisis; la realidad interna es otra.^{17,22}

Los matrimonios realistas hablan acerca del pronóstico y los posibles resultados de la enfermedad, hacen un duelo anticipatorio, cambian su estilo de vida para maximizar el cuidado del paciente y encuentran una filosofía de la enfermedad. Los mecanismos mencionados pueden cambiar de un momento a otro. A veces el enfermo usa recursos psicológicos diferentes de los de su compañero o compañera, lo cual provoca conflictos entre ellos. ^{15,22}

El paciente puede aumentar su dependencia al cónyuge, y siente vergüenza de estar enfermo, miedo al abandono, enojo consigo mismo por estar infectado, miedo al aislamiento, al curso futuro del virus y a la muerte. Por todas estas inquietudes, a veces el paciente se aísla del cónyuge, deja de expresar emociones positivas y solo manifiesta desesperanza, enojo, proyecciones y sensación de desamparo. ^{15, 17,22}

Para adaptarse la pareja necesita: a) manejar el dolor y las limitaciones físicas; b) encarar el ambiente de los hospitales y los tratamientos; c) desarrollar relaciones adecuadas con el personal médico; d) preservar un equilibrio emocional razonable, una idea satisfactoria de sí mismas y buenas relaciones interpersonales entre ellos, con sus familias y sus amigos; e) prepararse para un futuro incierto que incluye la muerte. ¹⁵

Los cónyuges experimentan duelo anticipado con tristeza, ira, culpa, autorreproches, angustia, soledad, fatiga, impotencia general, choque y nostalgia de los tiempos en que gozaba de buena salud. ^{14,15, 21}

La infección por VIH/SIDA cambia la vida sexual de la pareja, disminuye la libido, además cuando solo un miembro de la pareja es positivo, teme infectar al otro y consciente o inconscientemente suprime sus necesidades sexuales. Si la pareja no habla de estas dificultades abiertamente, aumentan los conflictos; ninguno recibe lo que necesita y los resentimientos mutuos se acumulan. ^{15,21}

Por la forma en que la pareja ha encarado crisis anteriores, el médico puede prever cómo responderá frente al diagnóstico de VIH/SIDA, y darles la oportunidad de hablar de lo que ambos temen en el futuro. ²³

Finalmente la funcionalidad del subsistema conyugal y la familia pueden generar salud y enfermedad, por lo que es de vital importancia conocer la dinámica familiar en paciente diagnosticados con VIH/SIDA ya que la funcionalidad familiar puede determinar las redes de apoyo con que cuenta el paciente para su cuidado tratamiento y sobre todo prevención de diseminación de la infección así como permitir la integración del paciente en su entorno familiar y social libres de estigmatización. ^{18, 22,23, 30,31}

La participación en grupos de autoayuda y la oportunidad de relacionarse con otras personas que viven con VIH/SIDA constituyó para hombres y mujeres la posibilidad de enfrentar la enfermedad de forma menos solitaria, de acceder a información veraz, a mejores condiciones de vida y atención en salud. ^{31, 32, 33,35}

El conocimiento de estas tareas, cambios y posibles problemas de las etapas del ciclo de vida familiar permite al médico familiar anticiparse y evitar en lo posible la aparición de una crisis en la familia, y si ésta ya ocurrió, puede intervenir trabajando con la familia en la orientación, minimizar sus repercusiones e impactar en beneficio de su de su estado de salud, (31) (32, 36).

ANTECEDENTES

A finales del 2009, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia, de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres y 2.1 millones menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años.¹

La región más afectada es África que concentra el 67% de las infecciones de todo el mundo y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad. La segunda región en importancia es el Sur y Sureste de Asia con el 13% de las personas, mientras en tercer lugar aparece América Latina con el 5% del total de las personas que viven con VIH en todo el planeta.^{1,2}

México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina. Los países con mayor prevalencia de VIH son Guayana (2.5%), Surinam (2.4%) y Belice (2.1%). En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%).^{1,2}

La epidemia de VIH/SIDA en México se concentra en las poblaciones clave, entre las que destacan los trabajadores sexuales (varones) con prevalencia media de 15%. A continuación se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad. (1.5%).^{1,3}

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre de 2009, el Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados, de los cuales 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres es decir, existe una relación hombre/mujer de 4.6 a 1. El grupo de 25 a 34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA, seguido del grupo de 35 a 44 años de edad. En tercer lugar de importancia aparecen los jóvenes de 15 a 24 años de edad.^{1,3}

Jiménez Ruiz evaluó a 18 pacientes adscritos a la UMF 32, del IMSS de Guadalupe Nuevo León en el 2002 para determinar la adaptación familiar cuando uno de sus miembros es portador de VIH/SIDA, en 6 casos existió adaptabilidad y cohesión familiar, y en 12 casos no se encontró. Los resultados obtenidos demostraron que aún no existe apoyo familiar a un miembro de la familia que cursa con VIH/SIDA. ^{29,30}

En 2008 se evaluó la calidad de vida en pacientes portadores de VIH del HGZ MF 1 en Pachuca, Hidalgo, y se concluyó que el 78% de los pacientes encuestados demostró tener una buena calidad de vida.

En Pachuca, Hidalgo el Instituto México del Seguro Social en el Hospital General de Zona 1, a través del servicio de Epidemiología cuenta con un censo de 186 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Todos ellos acuden al servicio de Infectología para su control médico tratamiento y vigilancia. ⁶

JUSTIFICACIÓN

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA, se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituyen una amenaza para el desarrollo económico y social de las naciones.

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo que la familia funcional, no puede distinguirse de la familia disfuncional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia, es necesaria para alcanzar de nuevo, el equilibrio de la salud familiar siendo competencia en éste campo del médico familiar.

En el estado, y más aún en el Hospital, son escasos los trabajos de investigación relacionados con el tema. Ante el incremento de casos de VIH/SIDA en el mundo, en la región y en la localidad, era necesario realizar la investigación para ampliar el conocimiento del tema, y así abordarlo de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria.

ASPECTOS:

1. **PERTINENTE.** Porque es una muestra de lo que ocurre a nivel institucional y aún a nivel local con el grupo de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del hospital.
2. **MAGNITUD.** El VIH/SIDA es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial y que requiere ser atendida en un contexto biopsicosocial.
3. **VIABILIDAD.** Fue viable, ya que se contó con la disponibilidad de la población específica y un número adecuado de muestra.
4. **TRASCENDENCIA.** Radica en que es una enfermedad dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel nacional, así como una de las principales causas

de mortalidad por la presencia de sus complicaciones y que ameritan de una atención integral

5. **FACTIBILIDAD.** Fue factible ya que se contó con los recursos humanos, financieros necesarios y disposición de los pacientes participantes
6. **POLÍTICA.** Los resultados podrán ser una pauta para el instituto para establecer programas de prevención y promoción a la salud, respecto a ésta patología y de acuerdo a la población derechohabiente, y principalmente a nivel local.
7. **ADMINISTRATIVA.** Esta es una enfermedad con múltiples complicaciones y el tratamiento con un alto impacto económico, por lo que el tratamiento integral ahorrará al instituto gastos a futuro.
8. **INTERESANTE.** Aunque es una enfermedad ampliamente estudiada, muchas personas desconocen la relación con la disfuncionalidad familiar, por lo que aporta ya un mayor interés por parte del paciente en su relación con la funcionalidad familiar.
9. **RELEVANTE.** Todos los pacientes con VIH/SIDA, pertenecen al grupo de programas prioritarios de la salud, por lo que cualquier relación con ésta patología representa interés en todos los niveles.
10. **ÉTICO.** Porque se respetaron la identidad, los principios y derechos humanos del paciente.
11. **NOVEDOSO.** Porque hasta el momento no se había realizado un estudio de éste problema en el hospital.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA, se ha convertido en un problema muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituyen una amenaza para el desarrollo económico y social de las naciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con VIH/SIDA pueden influir en la funcionalidad del subsistema conyugal, ya que estos pacientes se someten a un constante proceso de pérdidas, duelos, aislamiento social, familiar y económico. Los pacientes con VIH/SIDA deberían de ser capaces de vivir abiertamente y experimentar el apoyo de su familia y pareja.

El estigma relacionado con el VIH/SIDA continua manifestándose en todas las regiones del mundo, creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados y por ello nos preguntamos:

¿CUAL ES LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA DEL HGZMF NO. 1 DEL IMSS PACHUCA, HGO ?”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Cuál es la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, del IMSS HGZMF 1, Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la presencia de disfunción del subsistema conyugal en pacientes con VIH/SIDA.

Identificar los factores que se asocian a la disfunción del subsistema conyugal en pacientes con VIH/SIDA.

Cuál es la disfunción del subsistema conyugal mas frecuente

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

HIPOTESIS GENERAL.

La funcionalidad del subsistema conyugal, se afecta en pacientes portadores de VIH/SIDA que acuden a control en el HGZUMF 1 IMSS Pachuca, Hidalgo.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Observacional, transversal y descriptivo

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO

OBSERVACIONAL. Fue un estudio en donde se realizó la descripción del fenómeno, sin realizar alguna intervención.

TRANSVERSAL. Fue un estudio que se realizó en el período de tiempo

Descriptivo: Se describen los resultados obtenidos durante el estudio.

SITIO DEL ESTUDIO.

- Se realizó el estudio en el H. G. Z. M. F. No. 1, IMSS Pachuca, Hgo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos al HGZ MF No1

POBLACION DE ESTUDIO.

Derechohabientes usuarios de servicios, del HGZ M. F. No. 1 con diagnóstico de VIH/SIDA.

MUESTRA: Se captó aleatoriamente al 41.94 % del total de pacientes registrados censalmente y que son 186.

$$N = \frac{3.84 (72)(28)}{(10)^2} = 78$$

Donde;

3.84. Valor de la tabla de la curva normal para un 95 % de confianza.

72. Probabilidad de encontrar disfuncionalidad.

28. Probabilidad de no encontrar disfuncionalidad.

10 al cuadrado. Porcentaje de variación en el resultado promedio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- **Derechohabientes con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos al H. G. Z. M. F. No. 1 que son adscritos a la consulta externa de Infectología.**
- **Pacientes que integran el subsistema conyugal**
- **Pacientes de ambos sexos.**
- **Pacientes que aceptaron participar en el estudio.**

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- **Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que no aceptaron entrar al estudio.**
- **Pacientes que no estén adscritos en la unidad al servicio de infectologia.**
- **Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.**

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- **Aquellos pacientes en los que el cuestionario se encontró incompleto.**

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
SIDA/VIH	Proceso infecto inmunitario, producido por el virus de inmunodeficiencia humana, caracterizado por la aparición de una inmunodepresión progresivamente grave que ocasiona infecciones oportunistas	Pacientes con diagnóstico establecido de VIH/SIDA	Cualitativa ordinal	Paciente en control con diagnóstico de VIH/SIDA
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Funcionalidad conyugal	Hombre y mujer unidos que constituyen una familia y que llevan a cabo sus funciones de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	Puntaje obtenido en la escala de evaluación del subsistema conyugal	Cuantitativa nominal	1.Pareja severamente disfuncional (0-40 puntos) 2.Pareja moderadamente disfuncional (41-70 puntos) 3.Pareja funcional (71 a 100 puntos)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Tipo de familia	Clasificación de la familia de acuerdo a los siguientes parámetros: composición desarrollo, grado de integración familiar ocupación del Jefe de Familia, demografía y complicaciones del desarrollo familiar.	Tipo de familia a la que pertenece el paciente según las personas con las que vive bajo el mismo techo	Cualitativa nominal	1. Nuclear 2. Extensa 3.Reconstruida 4.Monoparental
Edad	Tiempo transcurrido, desde el nacimiento, que ha vivido una persona hasta el momento actual	Años de vida del paciente referido en el expediente clínico	Cuantitativa discreta	Numero de años.
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer	De acuerdo a las características fenotípicas del individuo.	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Grado de estudio máximo que posee el individuo	Se interrogara al paciente a través de la entrevista.	Cualitativa nominal	1.Analfabeta 2.Sabe leer y escribir 3.Primaria incompleta 4.Primaria completa 5.Secundaria incompleta 6.Secundaria completa 7.Técnico 8.Preparatoria incompleta 9.Preparatoria completa 10.Licenciatura trunca 11.Licenciatura 5.Maestría 6. otro
Ocupación	Trabajo que una persona realiza en un determinado tiempo y generalmente a cambio de algún tipo de pago.	Se interrogara al paciente en la entrevista.	Cualitativa nominal	1. Ama de casa 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. otros
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cualitativa nominal	1. Soltero 2.Unión libre 3.Casado 4.Divorciado

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Paternidad	Desde el punto de vista biológico es la relación que existe entre el progenitor y sus hijos.	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cualitativa nominal	1. sin hijos 2.con hijos
Religión	Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cualitativa nominal	1. Sin religión 2.Católico 3.Cristiano 4.Testigo de Jehová 5. Mormón 6. Judío 7.Otra
Preferencia Sexual	Suma de atributos físicos, y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación con los objetos sexuales o con la procreación	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cualitativa nominal	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual
Número de parejas sexuales	Personas con las que se ha mantenido al contralto sexual	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cuantitativa discreta	1. 2. 3
Padecimiento agregados	Procesos patológicos crónicos que se establezcan en el paciente, asociados o no con el VIH/SIDA	Se interrogara al paciente en la entrevista	Cualitativa nominal	DM2 HTA, Hipotiroidismo

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el asesor (clínico y metodológico) se presentó al comité local de investigación para su autorización. Previa autorización verbal se procedió a entrevistar a los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acudieron a control y tratamiento a la consulta externa de infectología del HGZ UMF 1, para solicitar su consentimiento en la participación en la investigación.

Al contar con el consentimiento autorizado por los pacientes se procedió realizar entrevista directa con el paciente para la aplicación del cuestionario de Chávez Aguilar para la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información se recolectó en una base de datos de EXCEL, la cual se validó para la búsqueda de datos incongruentes o fuera de rango.

Se aplicó estadística descriptiva, por medio de análisis univariado.

Análisis Univariado. Se obtuvieron frecuencias simples, porcentajes, medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (error típico y desviación estándar).

ASPECTOS ÉTICOS

En base a la declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la Asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México, y la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo 1, artículo 13, 17 y 21 publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 17 de febrero de 1987. Éste estudió contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, conociendo los riesgos y beneficios de ésta, y teniendo la opción de negarse a participar.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

- Asesor clínico metodológico.
- Médico residente de medicina familiar.
- Pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA.

Recursos materiales:

- Hojas blancas
- Lápices
- Equipo de cómputo
- Impresora
- Las hojas del cuestionario, fueron proporcionadas por el investigador.

Recursos financieros:

A cargo de la investigadora

Factibilidad:

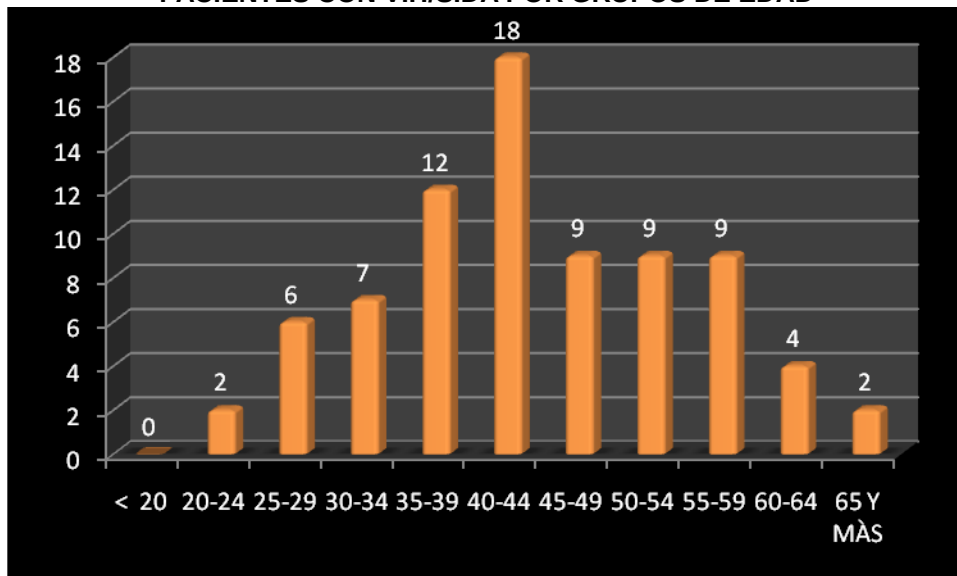
Fue factible realizar la presente investigación, ya que se contó con la disposición de la población para el presente estudio así como los recursos materiales y acceso a la información.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación son el producto de la muestra seleccionada (Ver apéndice al final), y cuyos resultados obtenidos pueden formar un juicio acerca de los 186 pacientes del censo del hospital diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en la consulta externa de infectología, en el hospital general de zona con medicina familiar del IMSS de la Cd de Pachuca, Hgo, con el objetivo de conocer la funcionalidad del subsistema conyugal, así como las principales funciones que afectan dicho subsistema, además también el conocer los factores que se asocian a la disfunción, en el período comprendido de Febrero a Agosto de 2012.

PACIENTES CON VIH/SIDA POR GRUPOS DE EDAD: El grupo de edad en el rango de 40-44 es el de mayor frecuencia, representando el 23.09 % en relación al total de la muestra estudiada, en segundo lugar dentro del rango de 35-39 años, representando el 15.38 % y en tercer sitio el grupo de entre 45-49 años, el de 50-54 años, y el de 55-59, significando cada uno el 11.54 %; En cuanto a la caracterización o resumen de toda la muestra los resultados son: media aritmética 43.86 años, mediana 42 años, moda 42 años, desviación estándar 10.63 años, y el rango va de una edad mínima de 22 años a una máxima edad de 65 años; el intervalo para un 95.0 % de confianza en la población general de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA es: 39.14-----48.58 años de edad, (grafica no. 1).

Grafica No. 1
PACIENTES CON VIH/SIDA POR GRUPOS DE EDAD



PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN SEXO.- Los pacientes del sexo masculino, representando el 79.49 % de la muestra estudiada, en segundo lugar están las mujeres, significando el 20.51%, (Cuadro no. 1).

CUADRO No. 1

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN SEXO.

SEXO.	NÙMERO	%
MASCULINO	62	79.49
FEMENINO	16	20.51
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN ESCOLARIDAD.- Según el grado de escolaridad en primer lugar se encuentran los pacientes con estudios de secundaria, representando el 35.90 % de la muestra estudiada, en segundo lugar están los pacientes con estudios de primaria, representando el 32.05 %, y en tercer sitio están los pacientes con bachillerato completo, significando el 17.95 %, (Cuadro no. 2).

CUADRO No. 2

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD.	NÙMERO	%
PRIMARIA	25	32.05
SECUNDARIA	28	35.90
BACHILLERATO COMPLETO	14	17.95
BACHILLERATO INCOMPLETO	2	2.56
CARRERA TÉCNICA	4	5.13
LICENCIATURA	5	6.41
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN OCUPACIÒN.-En cuanto a la ocupaciòn en primer lugar se encuentran los pacientes que declararon trabajar como empleados representando el 51.29 % de la muestra estudiada, en segundo lugar se encuentran los pacientes que declararon laborar como choferes y los que declararon trabajar como obreros, representando cada uno el 15.38 %, y en tercer sitio con el 8.98 % las pacientes que declararon estar dedicadas al hogar, (Cuadro no. 3).

CUADRO No. 3

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN OCUPACIÒN.

OCUPACIÒN.	NÙMERO	%
HOGAR.	7	8.98
EMPLEADOS.	40	51.29
CHOFER.	12	15.38
OBRERO.	12	15.38
PENSIONADO.	5	6.41
PROFESOR.	2	2.56
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN ESTADO CIVIL.- En relaciòn al estado civil en primer lugar se encuentran los (as) pacientes que declararon estar casadas (os), representando el 52.56 %, en segundo lugar se encuentran los (as) pacientes que declararon vivir en uniòn libre, representaron el 47.44 %, (Cuadro no. 4).

CUADRO NO. 4

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL.	NÙMERO	%
CASADA (O).	41	52.56
UNIÒN LIBRE.	37	47.44
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN TIPO DE RELIGIÒN.- los (as) pacientes que declararon profesar la religi3n cat3lica representaron el 84.61 % de la muestra estudiada, profesar el cristianismo el 3.85 %, y ninguna el 10.26 %, (Cuadro no. 5).

CUADRO NO. 5

PACIENTES CON VIH/ SEGÙN TIPO DE RELIGIÒN.

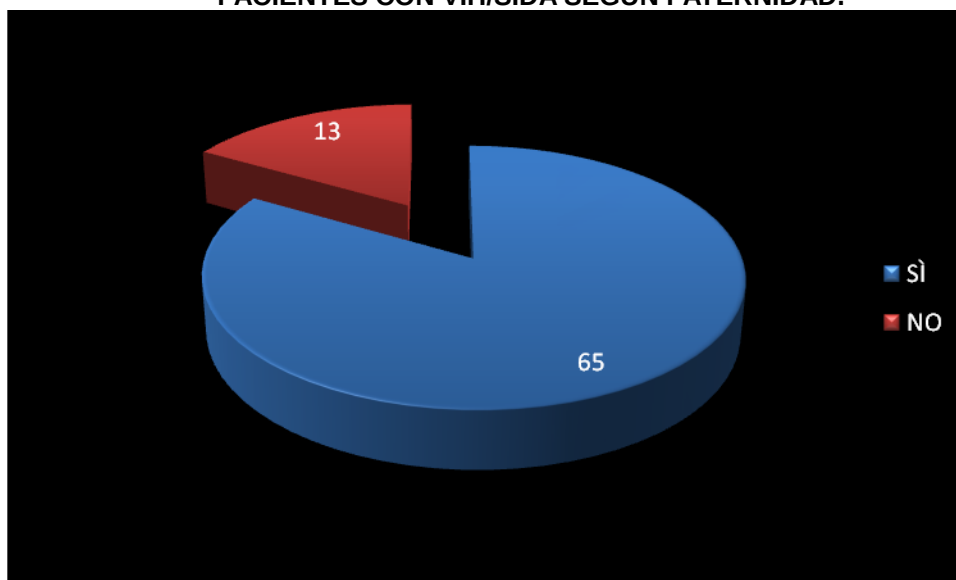
RELIGIÒN.	NÙMERO	%
CATÒLICA	66	84.61
CRISTIANA	3	3.85
EVANGELISTA	1	1.28
NINGUNA	8	10.26
	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SEGÙN PATERNIDAD.- los (as) pacientes que declararon ser padres representaron el 83.33 % de la muestra estudiada, y los (as) que declararon no serlo significaron el 16.67 %, (Grafica. 2).

GRAFICA No. 2

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN PATERNIDAD.



Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES SEGÙN PREFERENCIA SEXUAL.-los (as) pacientes que declararon ser heterosexuales representaron el 83.33 % de la muestra estudiada, mientras que los (as) que declararon ser homosexuales significaron el 14.11 %, y solo el 2.56 % declaró ser bisexual, (Cuadro no. 6).

CUADRO No. 6

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN PREFERENCIA SEXUAL.

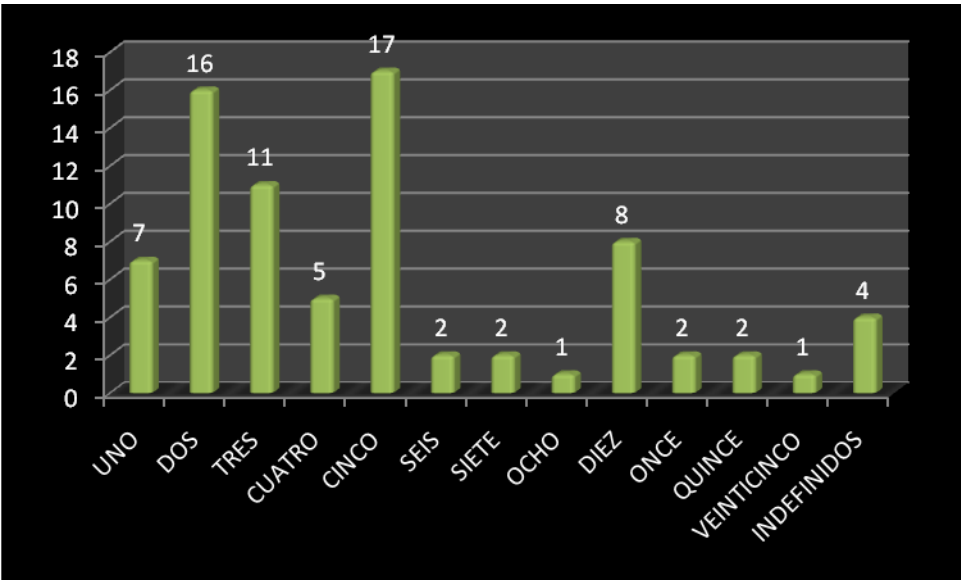
PREFERENCIA SEXUAL.	NÙMERO	%
HETEROSEXUAL	65	83.33
HOMOSEXUAL	11	14.11
BISEXUAL	2	2.56
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN NÙMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.-los pacientes que declararon tener cinco compañeros sexuales representaron el 21.80 % de la muestra estudiada, con dos compañeros sexuales el 20.52 % y con tres compañeros sexuales el 14.11 %; cabe señalar que hubo 22 pacientes que declararon tener múltiples compañeros (as) sexuales, significando el 28.21 %, (Grafica no. 3).

GRAFICA No. 3

PACIENTES CON VIH/ SEGÙN NÙMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.



Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN TIPO DE FAMILIA.-los (as) pacientes que declararon tener como tipo de familia la nuclear representaron el primer lugar con el 85.90 % de la muestra estudiada, en segundo sitio se tiene a los (as) pacientes que declararon tener familia de tipo extensa, representando el 7.69 %, y en tercer lugar se tiene a los (as) pacientes que declararon tener una familia reconstruida, significando el 5.13 %, (Cuadro no. 7).

CUADRO NO. 7

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN TIPO DE FAMILIA.

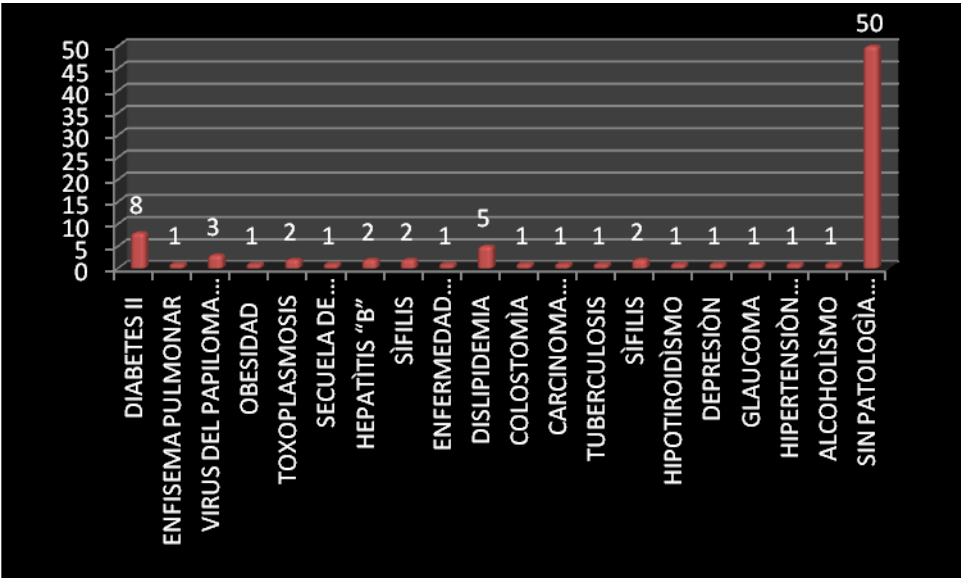
TIPO DE FAMILIA.	NÙMERO	%
NUCLEAR	67	85.90
EXTENSA	6	7.69
RECONSTRUÌDA	4	5.13
COMPUESTA	1	1.28
TOTAL	78	100.0

Fuente: Encuesta directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN TIPO DE PATOLOGÌA AGREGADA.- de los pacientes entrevistados el 35.90 % presentaron algùn tipo de patologìa agregada; siendo la diabetes mellitus tipo II, la dislipidemia y el virus del papiloma humano los padecimientos de mayor frecuencia, representando el 10.26 %, 6.41 %, 3.85 % respectivamente; cabe señalar que el 64.10 % de los pacientes no presentó ninguna complicación, y que la cifra total de 86 casos son debido a que algunos pacientes presentaron más de una afección o patologìa, (Grafica no. 4).

GRAFICA NO. 4

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN TIPO DE PATOLOGÌA AGREGADA.

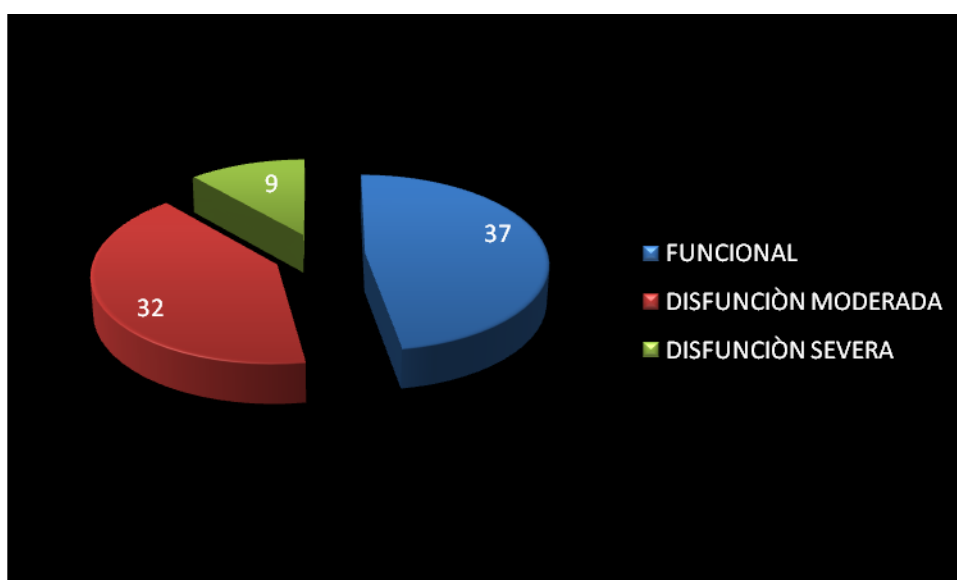


Fuente: Entrevista directa.

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN FUNCIONAMIENTO CONYUGAL. los (as) pacientes que se calificaron de 71 a 100 puntos como funcional representaron el 47.43 % de la muestra estudiada, mientras que el 41.02 % se calificó entre 41 a 70 puntos como disfunción moderada, y con el 11.53 % se calificó entre 0 a 40 puntos como disfunción severa, (Grafica no 5).

GRAFICA NO.5

PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÙN FUNCIONAMIENTO CONYUGAL.



Fuente: Encuesta directa.

DISCUSIÓN.

Las llamadas funciones de la familia han tenido diferentes enfoques. Según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales de las que se desprenden cada una de ellas. ⁷

La socialización favorece el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. Transformar a los individuos dependientes, en seres independientes, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelve, estimulando aprendizaje, iniciativa y realización creativa. Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres. ^{8,11}

La familia, por lo tanto, es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones prácticas se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos”. ^{7, 8,12}

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. ^{7,13}

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar^{7, 13,15}.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.

De ser así como lo exponen diferentes autores, se debe reconocer que en el HGZMF no. 1 de la Cd. De Pachuca, Hgo, existe el problema por demás de cierta magnitud y trascendencia, ya que las personas con VIH/SIDA estudiadas solo en el subsistema conyugal a presentan funcionalidad de acuerdo con la escala de evaluación de Chávez y colaboradores del 47.44 % y el restante 52.56 % presentan disfuncionalidad, lo cual tiene que ver, además de la propia enfermedad, con otros factores como, la paternidad y el estado civil, y que según los resultados provenientes de la investigación realizada en el hospital referido, tienen asociación con la disfunción conyugal.

Al no haberse encontrado antecedentes de estudios similares, no fue posible establecer algunas comparaciones a manera de lograr una mejor aproximación al problema investigado; sin embargo basta decir que la disfuncionalidad obedece a múltiples factores además de los ya señalados en los resultados, como por ejemplo el número de parejas sexuales que a pesar de que en el estudio se manifestó un porcentaje del 71.81 % de tener entre 1 y 5 compañeros (as) sexuales, la experiencia indica que tal vez pudieran ser más y que la declaración por encuesta pudiera estar sesgada.

Al no haberse contado precisamente con antecedentes, basta decir que la disfunción

conyugal moderada es de un 41.02 %, y la severa es de un 11.53 %, lo cual debe ser materia prima para el personal de salud del hospital del IMSS en Pachuca, Hgo, ya que la evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual de este equipo en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial¹⁶.

El grupo de 25 a 34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA, seguido del grupo de 35 a 44 años de edad. En tercer lugar de importancia aparecen los jóvenes de 15 a 24 años de edad.^{1,3}

En el hospital de Pachuca, se encontró que el 20.51 % de los casos estudiados correspondieron al sexo femenino, mientras que el 79.49 % correspondió a los hombres con una relación de hombre/mujer de 3.88 a 1, situación que coincide con las estadísticas nacionales. Por otra parte el grupo de 35 a 44 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA, que también es coincidente con las estadísticas nacionales

En Pachuca, Hidalgo el Instituto México del Seguro Social en el Hospital General de Zona 1, a través del servicio de Epidemiología cuenta con un censo de 186 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Todos ellos acuden al servicio de Infectología para su control médico tratamiento y vigilancia.⁶

Por lo que la investigación incluyó el 41.94% de los casos registrados; finalmente se sugiere que la información proporcionada por la investigación debe ser tomada en cuenta para la definición de estrategias de trabajo para favorecer la funcionalidad conyugal de los pacientes con VIH/SIDA.

CONCLUSIONES.

En la presente investigación, “Evaluación del subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del HGZMF no. 1, IMSS Pachuca, Hgo”, se obtuvieron una serie de resultados interesantes que permiten establecer precisamente los indicadores de este problema que debe hacer reflexionar al personal de salud de la unidad médica:

Se evaluó la funcionalidad del subsistemas conyugal en 78 personas que participaron en la investigación, de los cuales el 47.43 % resultó funcional y el 52.56% presento difusión. Al cumplirse con los criterios de medición de la escala referida, el 41.02 % calificó con disfunción moderada y el 11.53% tuvo calificación como disfuncionalidad severa, de los cuales 62 fueron hombres y 16 mujeres, todas ellas con diagnóstico de VIH/SIDA, de acuerdo a las edades, estas fluctúan entre los 22 a los 65 años de edad, siendo la mayor concentración en el rango de 35 a 44 años con el 38.47 %; por otra parte, el 67.95 % de las personas estudiadas cuentan a lo sumo con estudios de primaria y secundaria, el 51.29 % trabajan como empleados, el 47.44 % viven en unión libre, el 84.61 % declararon ser católicas, el 83.33% son padres, el 14.11 % declararon ser homosexuales, el 71.81 % de los investigados declararon tener de 1 a 5 parejas sexuales, el 85.90 % son de familia tipo nuclear, el 35.90 % presentaron patología agregada además de VIH/SIDA.

A efecto de localizar factores asociados de riesgo que pudieran impactar los resultados de la funcionalidad conyugal de los (as) pacientes se aplicó la prueba Chi cuadrada de Pearson; se encontró una asociación significativa con $P < 0.05$ y una confiabilidad del 95.0 % de ser correcto el resultado, de que probablemente la condición de padres tenga que ver con la disfuncionalidad conyugal. Con respecto al estado civil también se encontró una asociación significativa con $P < 0.05$ y una confiabilidad del 95.0 % de ser correcto el resultado y con solo un 5.0 % de estar equivocados en el señalamiento de que probablemente la condición del estado civil tenga que ver en la disfuncionalidad conyugal.

En relación a la disfunción moderada, el 17.54 %, presentó disfunción en tres

aspectos: en la adjudicación y asunción de roles y en la toma de decisiones.

En relación a la disfunción severa, se puede decir que la disfunción es porque los (as) pacientes presentan desviación en un mínimo de tres de los cinco grandes conceptos de la escala de evaluación hasta cinco que es el máximo, destacando la adjudicación y asunción de roles, toma de decisiones y la comunicación.

Como conclusión final se puede decir que se cumplieron los objetivos planteados para la investigación y que fueron los siguientes:

1. Se cuantificó la funcionalidad en un 47.4 % y el restante 52.5 % como no funcionalidad
2. Se evaluó el subsistema conyugal en 78 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, de los cuales el 47.4% son funcionales, el 41.02% disfunción moderada y el 11.53% disfunción severa, con afección principal en las funciones de adjudicación y asunción de roles, toma de decisiones y comunicación.
3. La disfunción moderada resultó ser la más frecuente afectando a 37 de los pacientes estudiados, que representa el 41.02%
4. Se encontró una asociación de la funcionalidad y disfuncionalidad con resultado “SIGNIFICATIVO” en dos aspectos: En paternidad y en el estado civil, con $P < 0.05$.

Finalmente y como conclusión final se puede afirmar que las personas con VIH/SIDA afectan entre otros factores la funcionalidad del subsistema conyugal, ya que estos pacientes se someten a un constante proceso de pérdidas, duelos, aislamiento social, familiar y económico. Los pacientes con VIH/SIDA deberían de ser capaces de vivir abiertamente y experimentar el apoyo de su familia y pareja.

El estigma relacionado con el VIH/SIDA continua manifestándose en todas las regiones del mundo, creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones,

aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Centro Nacional para la Prevención y Control de SIDA 2009 (CENSIDA) Primera edición, Diciembre de 2009, México, DF, pago. 5-9.
2. Trujillo L, Gorbea R. Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. Rev Mex Pediatr 2008; 75(4):181-184.
3. Valdespino JL, García GM, Conde GC. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. Salud Pública de México 2007; 49, suplemento 3.
4. Muñoz M, Cano F. Los derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. SIDA-VIH. México DF: Cámara de Diputados LVIII Legislatura, 2001.
5. Estigma y discriminación por VIH y SIDA: Un marco conceptual e Implicaciones para la acción. Ciencias Sociales y Medicina. Documento en línea: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/JC781-ConceptFramew-E.pdf>4. (2007)
6. 3er Informe Trimestral Epidemiológico de paciente con VIH/SIDA 2011, Departamento de Epidemiología, HGZ UMF # I Pachuca, Hidalgo.
7. Membrillo Luna A, Fernández Ortega M.A. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de Textos Mexicanos; 2007.
8. Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Mexicana. 7a ed. México.
9. Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial Alfil. 1ra. ed. México.2005.
10. Suárez Cuba MA. El médico y la atención a la familia; Rev Pacea Med Fam 2006;3(4): 95-100
- 11 Mendoza LA, Soler HE, Sainz VL. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria; Arch Med Fam 2006; 8(1): 27-32.
12. Magis- Rodríguez, Hernández-Avila. Epidemiología del SIDA en México. “5 años de SIDA en México. Logros, desafíos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública 2008. P101-119
13. Chávez- Aguilar V, Velazco- Orella O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evolución. Revista Medica IMSS; México 1994; 32:39-43

14. Suárez CM, Vera GM, Lizondo RG. Estudio Psicosocial: Disfunción Familiar. Arch Med Fam 2006; 3(1):20-24.
15. Velasco Campos M, Sinibaldi Gómez J. Manejo del enfermo crónico y su familia. Ed manual moderno 2007. p 131- 194. .
16. Granados-Cosme, Torres-Cruz, Delgado-Sánchez. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. Salud Pública de México 2009; 51(6).
17. Ruiz -Pérez, Pasquau -Liaño, Rodríguez -Baño. Calidad de vida (MOS-VIH) en pacientes VIH, factores relacionados. Gac Sanit 2007; 17 (Supl 2):51-198.
18. Pérez-Jiménez, D, Seal DW, Serrano-García. Barriers and facilitators of HIV prevention with heterosexual latino couples: beliefs of four stake holder groups. Psychol 2009; 15(1): 11-17.
- 19 Velasco Campos M, Luna Portilla M. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial: PAX MEXICO, 2006.
20. Trujillo- Linares, Gorbea- Robles. Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. Rev Mex Pediatr. 2008; 75(4):181-184.
21. Piña López JA, Dávila Tapia M, Sánchez Sosa JJ. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. Rev Panam Salud Pública 2008; 23(6):377-83.
22. Rodríguez Irene. El apoyo de la familia es un medicamento contra el VIH/SIDA. Publicado Nacion.com/aldea global. 2010/02/17.
23. Saucedo García JM, Maldonado Duran JM. La familia su dinámica y tratamiento; Organización Panamericana de la Salud- IMSS. 2008
24. Infante C, Zarco A, Magali-Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Pública Mex. 2006; 48:141-150.
25. León López M, Granados Gutiérrez MG. La violencia psicológica en la mujer y su impacto en la relación conyugal; Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición 2003; (2).
26. Bo Vera, Martínez Torres. Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. Revista de Salud Pública y Nutrición. México 2010; 11(2).
27. Salazar Colín, Bichette Fontanas. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Arch Med Fam 2006; 7(2):45-48.
28. Moreno Morales, Arrieta Pérez. Impacto de la disfunción eréctil sobre la

funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético, Archivos en Medicina Familiar 2008; 10(2):42-46.

29. Kendall T, Herrera C, Caballero M Campero L. HIV prevention and men who sex with women and men in Mexico. Findings from a qualitative study with HIV-positive men. Cult Health Sex 2007; 9(5):459-472

30. Dorado-Gaspar MP, Loría Castellanos J. "Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de Medicina Familiar", Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (3): 169-174, 2006.

31. Campero L, Kendall T, Caballero M, Mena AL. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo con personas que viven con VIH/SIDA en México Salud Publica MEX 2010; 52(1):61-69.

32. Cortenay WH. Behavioral Factor Associated with disease, injury and death among men: Evidence and implications for prevention. J Men`s Studies 2009; 9(1):81-142.

33. PopeC, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ 2006; 311:42-45

34. Herrera C, Villa L. LAS ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA. Experiencias en México. Instituto Nacional de Salud Pública: 2006

35. Campero L. Caballero M, Kendall T, Zarco A. Soporte emocional y vivencias del VIH: impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. Salud Mental 2010; 33(5):409-417

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIA No. 1
Pachuca, Hidalgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Pachuca, Hgo. _____ de _____ del 20_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado **EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HGZ UMF 1 IMSS, PACHUCA, HIDALGO.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: _____

Los objetivos del estudio son:

Evaluar la funcionalidad del subsistema conyugal de los pacientes con VIH/SIDA, en pacientes que acuden a control al HGZ UMF # 1 Pachuca, Hidalgo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario, con una serie de preguntas, el cual será aplicado por Dra. Claudia Medrano, médico residente de este hospital.

El investigador me ha explicado que no existe riesgo alguno para mi salud o integridad (ya que la información se maneja en forma confidencial), los beneficios (diagnóstico oportuno de la disfunción del subsistema conyugal), así como darme información oportuna que se requiera, para responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento, en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibí en el instituto.

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial.

Firma del Investigador

Nombre y firma del participante

Dra. Claudia Medrano Galicia
Médico residente en Medicina Familiar
Matricula 99134570
Tel: 771 22 08 924

Testigo

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Instrucciones:

- Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y decida, conforme a la escala que abajo se muestre, que tanto piensa, siente o hace lo que se le menciona.
- La información que usted proporcione será absolutamente confidencial.
- Responda lo más rápidamente posible y marque uno solo de los números para cada enunciado. Muchas gracias.

Marque:

Escala de evaluación	Nunca	Ocasional	Siempre
I Función de comunicación			
a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II Función de adjudicación y asunción de roles			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III Función de satisfacción sexual			
a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV Función de afecto			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	10
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	10
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	10
d. Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	10
V. Función de toma de decisiones			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el porcentaje total observado como sigue:

Pareja severamente disfuncional:	De 0 a 40
Pareja moderadamente disfuncional	De 41 a 70
Pareja funcional	De 71 a 100

Lo que permitirá al médico familiar discriminar y canalizar a terapia familiar a las parejas severamente disfuncionales, así como abordar las áreas disfuncionales detectadas.

ANEXO 3

CRONOGRAMA

	JULIO 2011	AGOS 2011	SEP 201	OCT-NOV 2011	NOV-DIC 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB A NOV 2012
Delimitación del tema a estudiar								
Recopilación, revisión y selección de bibliografía								
Elaboración del protocolo								
Revisión del comité de investigación								
Planeación operativa								
Recolección de la información								
Análisis de los resultados								