



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUÁREZ



**INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN
LA UMF No.46 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Alejandra Razo Miranda

ASESOR:

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado

Dra. Isela Pérez Acosta

Dra. Maricarmen Fernández Meza

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **805**.

U MED FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS **17 CI 08 019 026**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072**

FECHA **Lunes, 04 de octubre de 2021**

Dr. Adriana Patricia Montaña Delgado

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN LA UMF No.46 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-805-050

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

Dr. Jorge Alberto Granados Chávez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN LA UMF No.46 CIUDAD
JUÁREZ, CHIHUAHUA**

Dra. Alejandra Razo Miranda

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado
Profesor titular del curso de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN LA UMF No.46 CIUDAD
JUÁREZ, CHIHUAHUA**

Dra. Alejandra Razo Miranda

ASESORES

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado

Médico especialista en medicina familiar UMF No. 46

Vo.Bo.

Dra. Isela Pérez Acosta

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 48

Vo.Bo.

Dra. Maricarmen Fernández Meza

Médico especialista en medicina familiar UMF No. 46

Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN LA UMF No.46 CIUDAD
JUÁREZ, CHIHUAHUA**

Dra. Alejandra Razo Miranda

Dr. Jorge Ignacio Camargo Nassar

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

C.D. Salvador David Nava Martínez

Director del Instituto de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

INDICE

I.	Resumen	7
II.	Marco teórico	9
III.	Planteamiento del problema	18
IV.	Justificación	19
V.	Objetivo	20
VI.	Hipótesis	21
VII.	Metodología	22
VIII.	Criterios de selección	23
IX.	Operacionalizaciones variables	24
X.	Tamaño mínimo de la muestra	26
XI.	Análisis estadístico	27
XII.	Consideraciones éticas	28
XIII.	Metodología operacional	30
XIV.	Resultados	31
XV.	Discusión	32
XVI.	Conclusión	33
XVII.	Recomendaciones	34
XVIII.	Referencias bibliográficas	35
XIX.	Anexos	38

I. Resumen

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE VIH EN LA UMF No.46 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Razo Miranda A.; Montaña Delgado A.P.; Pérez Acosta I.; Fernández Meza M.; Maldonado Burgos M. A.

Antecedentes. La infección por VIH sigue siendo un problema para el sector salud, por ser una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable por la mala calidad de vida de los pacientes y falta de apoyo social que se ha relacionado con mala adherencia terapéutica. Cabe mencionar que la esperanza de vida del paciente con VIH con un tratamiento estricto es similar a la población general. **Objetivo:** Identificar la relación de la funcionalidad familiar asociada a la adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH de la UMF 46, en ciudad Juárez, Chihuahua. **Material y Métodos:** Bajo un estudio transversal, analítico, prospectivo. Con un tamaño de muestra de 17 pacientes, portadores de VIH de la UMF No. 46 de Ciudad Juárez, Chihuahua. Se realizaron encuestas para la evaluación de la funcionalidad funcional (APGAR) y la adherencia al tratamiento (SMAQ). Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó estadística descriptiva mediante medida de tendencia central y de dispersión, dependiendo de los criterios de distribución de la población que se toma en cuenta baja la normalidad media y desviaciones típicas o anormalidad, la mediana y rangos intercuartiles. Para conocer asociaciones y correlaciones de las variables a investigar se realizó estadística de tipo inferencial mediante pruebas de Chi cuadrada para comparación de porcentajes y Wilcoxon para relacionarse entre variables. Se utilizó t student para poder descartar la hipótesis. Para identificar el riesgo, un IC de 95% y valores de p tomando como significativos siendo <0.05 . **Resultados** Al calcular la funcionalidad familiar, se encontró en la muestra hasta un 80% tienen algún grado de disfuncionalidad y hasta un 40% se encuentra con disfuncionalidad severa. Observamos a su vez mediante un análisis cuantitativo por medio de la puntuación obtenida por el instrumento de APGAR familiar, una mediana de 11.32 con un RI de 4-18. Por medio del cuestionario SMAQ comentado ya anteriormente se puede observar que la mayor parte de la muestra tienen adherencia terapéutica en un 60%. La relación que obtuvimos con la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica fue de $p= 0.054$. **Conclusión:** El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Al realizar el análisis correspondiente entre la estructura familiar y APGAR familiar no se encontró una asociación estadísticamente significativa a la adherencia terapéutica.

Palabras clave: VIH, SIDA, Familia, funcionalidad familiar, APGAR, adherencia a tratamiento.

II. Marco teórico

Familia

El término “familia” ha sido definido en múltiples formas, aún persiste la idea central del grupo formado por el hombre-mujer-niño y de la cual giran todos aquellos conceptos y definiciones que se traten de realizar; así, se le otorga este grupo la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y darles apoyos físico y emocional, para después integrarlos a la sociedad en la que interactúan. (1)

La familia es la institución básica de las sociedades humanas, la cual a su vez traduce el desarrollo sociocultural del grupo social. Se puede considerar a la familia como a la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico. Se puede considerar a la familia como a la unidad primaria de la salud. A continuación, se dan algunas definiciones que considere de importancia. (1,2)

OMS: señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar aparentados entres si, hasta un grado determinado de sangre, adopción o matrimonio”.

Sociológica: Grupo social primario de la sociedad, de la cual forma parte y a la que pertenece al individuo y dota a esté características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Censo académico, México 2005: La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un numero variable de miembros, que en la mayoría de os casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto del que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad. (1)

Clasificación o tipología de la familia.

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada. Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado de la familia dentro de su contexto económico, valorar contexto demográfico, identificar su comportamiento antropológico y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de sus necesidades de sus miembros, ósea la funcionalidad de la familia. (1)

Es importante comprender las funciones de una familia y de cada uno de los integrantes. Son tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.** (1)

Funcionalidad familiar

Se define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa. (3)

Según Olson, es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares. (4)

La aparición de una enfermedad, sobre todo crónica o terminal, la familia lo percibe como un hecho catastrófico, que en el contexto de la medicina familiar se considera una crisis paranormativa, que modifica la propia vida del paciente y las expectativas en el entorno personal, familiar, social y profesional. Con lo anterior ocasiona una serie de procesos que afectan no solo al paciente, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. (3)

Funcionales. Las cuales cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresando este en una mejor atención de problemas relacionables y de dinámica familiar en sus diferentes áreas, y según sus interacciones personales. Es posible considerar a una familia funcional después de la aplicación de algún instrumento para evaluar dicha funcionalidad. (1)

Disfuncionales. Familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. (1)

APGAR familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. (4)

Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología.

La calidad de vida de personas con enfermedades crónicas está dada por la funcionalidad familiar, identificando que la autovalencia y el bienestar psicosocial de estas personas se presenta de mayor y mejor forma en familias funcionales. (5)

Componentes del APGAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia.

- Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- Participación: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. (5,6)

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)

El virus de inmunodeficiencia humana pertenece a la familia retroviridae y a la subfamilia lentivirus que causa infecciones con largos periodos de incubación. Infecta a los linfocitos t auxiliares (CD4), macrófagos y monocitos, dando como resultado la pérdida de la inmunidad mediada por células y alta probabilidad de que el huésped desarrolle infecciones oportunistas. Este virus causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (7)

Se han identificado dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2 los cuales comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes al parecer la patogenicidad del VIH-2 es menor. En su estructura sobresalen antígenos: gp120 y gp41 que son glucoproteína de envoltura y el antígeno específico del grupo p24, que se localiza en el núcleo de la nucleocápside. (7,8)

Epidemiología

En el 2016, aproximadamente 36,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales el 51% eran mujeres, y la mayor carga se registró en África. En el mismo año, se estima que 18 millones de nuevos se produjeron infecciones por VIH, lo que representa una disminución del 11% desde 2010, mientras que un millón de personas murieron por causa relacionada con el sida, una disminución del 48% en comparación con 2005. El cual se ha visto relacionada con la estrategia preventiva y diagnóstico temprano (10)

Se estima que, a finales de 2019, había 38 millones de personas con el VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente. En 2019, el 68%% de los adultos y el 53% de los niños con el VIH estaban en tratamiento antirretrovírico de por vida. (9)

Factores de riesgo

El VIH puede transmitirse por cinco diferentes vías:

- 1) Contacto sexual sin protección, esto es, sin uso de preservativo (condón).
- 2) Exposición a sangre infectada- por compartir agujas y jeringas (contaminados con sangre de un portador del VIH) para la administración de drogas por vía parenteral, exposición a sangre y sus derivados.
- 3) Recepción de tejidos trasplantados.
- 4) Transmisión vertical (perinatal) durante el embarazo o el parto, de la madre al producto.
- 5) Exposición laboral (por ejemplo, sexual). (7)

El VIH puede causar distintos cuadros clínicos, que van desde una infección aguda a un estado asintomático y a una inmunodeficiencia grave con infecciones crónicas. Cuando se utiliza el término SIDA es para describir las manifestaciones más graves, en especial las infecciones oportunistas y/o tumores. (7)

Se intenta limitar la extensión de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana con acciones preventivas, la investigación en las Ciencias Médicas ha sido fundamental para el establecimiento de nuevos métodos de tamizaje, diagnóstico oportuno y tratamientos más eficaces para quienes ya lo padecen, especialmente porque mejoran su calidad de vida y retardan los efectos de la enfermedad. (11)

Diagnostico

Como en cualquier otro diagnóstico se observa los antecedentes y factores de riesgo del paciente, así como datos y/o síntomas sugestivos de la enfermedad. Una historia clínica completa y una buena exploración física nos puede orientar a ese diagnóstico. Para su confirmación se necesitan pruebas de laboratorio, se describen a continuación las más utilizadas.

Pruebas de tamizaje

Pruebas rápidas. Tiempo de ejecución es de 20 minutos o menos, no necesitan equipamiento y tienen incorporados sistemas de control de calidad interno. En general, tienen una sensibilidad comparable con las pruebas de ELISA, pero su especificidad suele ser menor. (7)

ELISA. Se caracterizan por una alta sensibilidad, cercana al 100%, y una buena especificidad (99,5%) que aún es superior a la de las pruebas rápidas e inferior a la de las confirmatorias. La especificidad depende de la calidad del antígeno que contiene la prueba, que es el componente que define su generación. (6)

Pruebas confirmatorias

Western Blot. El resultado positivo confirma definitivamente la infección por el VIH; el negativo la descarta, excepto cuando existe evidencia de exposición reciente y reiterada a esta infección. (7)

Se requiere un enfoque mayormente en personas de alto riesgo, dejando a un lado el enfoque biológico y observar o individualizar al paciente con VIH así como su entorno y factores de riesgo.

La detección rutinaria del VIH debe realizarse a personas de entre 20 y 59 años activas sexualmente, van dirigidas mayormente grupos de riesgo o situaciones de riesgo, parejas sexuales de personas infectadas por VIH, usuarios de drogas intravenosas o con antecedentes de haberlo sido, hombres que tiene sexo con hombres, personas que ejercen la prostitución, heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo, agresiones sexuales, exposiciones de riesgo al VIH ocupacional y a países de alta prevalencia. El consejo preventivo debe ser integral e individualizado. (12,13,14)

Durante varios años se han desarrollado estrategias para eliminar el VIH haciendo frente a estos mecanismos. Se ha conseguido la erradicación completa del virus en un paciente mediante el trasplante de progenitores hematopoyéticos resistentes a la infección y existen casos de curación funcional de modo natural o tras tratamiento antirretroviral. (15,16)

Se requiere de un abordaje integral del paciente con infección por VIH, con una atención multidisciplinaria que incluye el entorno hospitalario y la medicina comunitaria. Los avances en el tratamiento antirretroviral han logrado que la esperanza de vida de las personas infectadas por VIH se aproxime a la de población general. Para esto se necesita una adherencia estricta al tratamiento y un apoyo social mayormente familiar. (18-19)

En el caso particular de personas con VIH, existe una actitud de juicio y rechazo a la cual deben enfrentarse, que hasta para la misma familia es difícil de entender y adaptarse a la enfermedad.

Dos de los mayores obstáculos a la respuesta a la infección son el estigma y la discriminación que todavía se asocian con ella. El proceso de estigmatización se produce a través de conductores individuales y facilitadores estructurales que se entrelazan con estigmas superpuestos. El estigma tiene diversas manifestaciones y produce complejas consecuencias que influyen negativamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida, causando a su vez deterioro físico, emocional y psicológico. Por lo tanto, la aceptación y apoyo familiar es un pilar importante para el control, prevención y seguimiento de cualquier paciente con una enfermedad crónica. (20-21)

Adherencia al tratamiento

La terapia antirretroviral de gran actividad ha modificado la historia natural de una enfermedad letal, aumentando la supervivencia de estos pacientes hasta llegar a ser considerada una enfermedad crónica. Sin embargo, como ya es sabido, la obtención de estos beneficios requiere mantener un alto grado de adherencia al tratamiento, y así evita resistencias, el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos eficaces. (22)

Se puede decir que la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia es el resultado de un proceso complejo desarrollado a través de las distintas etapas por las que pasa el paciente: aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento correctamente, la motivación, disposición y entrenamiento para realizarlo. (22,23)

Se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del

estudio. Los factores estudiados pueden clasificarse en tres grandes grupos: los relacionados con el individuo, con el tratamiento y con el equipo asistencial y sistema sanitario. (23)

Hay distintos métodos para valorar la adherencia, pero ninguno es considerado como el método ideal. Los métodos para la valoración de la adherencia pueden clasificarse en directos e indirectos. Entre los métodos directos se encuentra la determinación de la concentración plasmática de los fármacos antirretrovirales. En cuanto a los métodos indirectos se diferencian la valoración objetiva y subjetiva del personal sanitario, los sistemas de control electrónico de apertura de los envases, el recuento de medicación, el registro de dispensaciones y los cuestionarios.

La adherencia al tratamiento no es un objetivo en sí misma, ya que lo que se busca es la eficacia terapéutica, la cual puede ser medida por parámetros clínicos y biológicos como son la carga viral y el nivel de CD4. También se debe tener en cuenta la prevención de resistencias que, a través de diferentes estudios se va conociendo mejor en función de las diferentes combinaciones de fármacos incluso partiendo de un nivel de adherencia similar. (23)

El objetivo principal de este estudio es conocer el grado de adhesión a la terapia antirretroviral de los pacientes atendidos en la UMF No. 46 y los factores, tanto sociodemográficos como relacionados con el tratamiento, y la funcionalidad familiar.

El Test de adherencia SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*) es un cuestionario simplificado de adherencia a la medicación se usa como un instrumento breve y sencillo, basado en preguntas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación. Se ha mostrado una sensibilidad de 72%, especificidad del 91% y un índice de probabilidad de 7.94 para los pacientes no adherentes identificados, en comparación con el sistema de monitoreo de medicamentos de eventos.

El cuestionario SMAQ fue desarrollado, como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para poder medir la adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

El cual consta en seis preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente es considerado como con no adherente al contestar cualquier pregunta con no adherencia, y en cuanto a las de cuantificación, si refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana o refiere no haber tomado más de dos días completos la medicación en los últimos tres meses.

El cuestionario es dicotómico, por lo que cualquier respuesta contraria a la adherencia se considera incumplimiento. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa, asignándose un porcentaje de cumplimiento según la respuesta: A 95-100% de adhesión, B 85-94%, C 65-84%, D 30-64% y E <30% (24)

III. Planteamiento del problema

El paciente con virus de la inmunodeficiencia humana sigue siendo un problema para el sector salud por su alta prevalencia a nivel mundial y nacional y por la afectación de la calidad de vida del paciente y de su familia, el cual podría verse relacionado con la adherencia terapéutica, por lo que se requiere analizar los factores que podrían influir.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿La funcionalidad Familiar se asocia con la adherencia al tratamiento retroviral en pacientes portadores de VIH en la UMF 46?

IV. Justificación

El VIH que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya casi 33 millones de vidas. En el 2019 se estimaban alrededor de 38 millones de personas con VIH, y se ha observado que con una buena adherencia al tratamiento la esperanza de vida de un portador puede ser similar a la población sana. Considero de importancia investigar los motivos de adherencia o abandono de tratamiento en pacientes portadores de VIH, así como la importancia de la funcionalidad familiar y el apoyo social. Esto con el fin de evitar complicaciones de la misma enfermedad, así como hospitalizaciones y brindarle el apoyo psicosocial que requiere cualquier paciente con alguna enfermedad crónica.

V. Objetivo

Objetivo principal:

Identificar la relación del grado de funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH de la UMF 46, en ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos:

Conocer las características sociodemográficas de los portadores de VIH en la UMF 46 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Determinar el grado de funcionalidad de los pacientes portadores de VIH de la sede en estudio.

Identificar la adherencia al tratamiento antirretroviral del paciente portador de VIH en la UMF 46.

Identificar factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en los portadores de VIH de la sede.

Analizar la relación entre el grado de funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH en la sede.

VI. Hipótesis

El paciente con VIH con un adecuado estado de funcionalidad familiar determinado por el instrumento APGAR se asocia a una mejor adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH de la UMF 46 en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Hipótesis Nula:

La funcionalidad familiar no se asocia a la adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH de la UMF No. 46 en Ciudad Juárez, Chihuahua.

VII. Metodología

1. Diseño y tipo de estudio.

Estudio de tipo observacional, transversal, analítico, prospectivo.

2. Lugar.

UMF No. 46 IMSS, Ciudad Juárez, Chihuahua.

3. Persona.

Pacientes portadores de VIH de la UMF No. 46 IMSS de Ciudad Juárez,
Chihuahua.

4. Periodo.

Julio 2021- febrero 2023

VIII. Criterios de selección.

Criterios de Inclusión.

1. Pacientes con Diagnóstico Confirmado de VIH con método Western Blot y ELISA
2. Pacientes derechohabientes
3. > 18 años.
4. Ambos sexos.
5. Pacientes en control y con tratamiento en la UMF No. 46
6. Consentimiento informado asentado por escrito y firmado por el paciente, aceptando participar en el estudio.

Criterio de Exclusión.

1. Paciente con SIDA con deterioro neurológico
2. Pacientes con VIH hospitalizados
3. Paciente con VIH con padecimiento psiquiátrico.
4. Que no acepten participar

Criterios de Eliminación.

1. Encuesta incompleta de APGAR o SMAQ
2. Pacientes con datos incompletos

IX. Operacionalización variables.

IX. Operacionalización variables.

Conocer la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la UMF No. 46 en pacientes portadores de VIH

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual: Se considera adherencia optima a la toma de píldoras en los horarios establecidos al menos un 95% de las veces.

Definición operacional: Pacientes portadores de VIH con adherencia o no adherencia, de acuerdo con el cuestionario SMAQ.

Tipo Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Indicador: 0. No adherencia 1. Adherencia

Variable independiente: Funcionalidad familiar

Definición conceptual:

Familia funcional: Es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio, es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital.

Familia disfuncional: Es aquella que en mayor o menor grado no actúa según lo que de ella se espera en relación a las funciones que se le tiene asignadas

Definición operacional: Paciente portador de VIH con el cumplimiento de los criterios de inclusión que realice la encuesta APGAR para la valoración de la funcionalidad familiar.

Tipo Variable: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Funcional 2. Disfuncional

Terceras variables.

Sexo.

Definición conceptual: Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a las mujeres.

Definición operacional: como refiera el paciente

Tipo Variable: Cualitativa

Escala: nominal

Indicador: 1. Masculino 2. Femenino

Edad.

Definición conceptual: Número de años que ha cumplido una persona.

Definición operacional: Número de años referidos por el paciente.

Tipo Variable: Cuantitativa

Escala: intervalo

Indicador: Edad en años

Escolaridad.

Definición conceptual: Es el número de años durante los que una persona se dedica a llevar un programa de estudios formal.

Definición operacional: Se preguntará el grado de estudios máximo alcanzado.

Tipo Variable: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador: 1. Bachillerato o escuela técnica. 2. Licenciatura. 3. Maestría. 4. Doctorado.

Estado civil.

Definición conceptual: La situación de una persona en torno a sus relaciones de familia, por matrimonio o parentesco

Definición operacional: Se preguntará a los participantes su estado civil

Tipo Variable: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Soltero/a 2. Casado/a. 3. Unión libre. 4. Viudo/a.

Ocupación.

Definición conceptual: La persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.

Definición operacional: Se preguntará a los participantes si tiene ocupación

Tipo Variable: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Empleado 2. Sin empleo.

X. Tamaño mínimo de la muestra

Se tomo en cuenta una población finita, ya que están en control y seguimiento en esta clínica para su tratamiento farmacológico mensual. Con una prevalencia de 1%, $q=1-p$, $Z=95\%$, e =precisión de estimación 5% más el 10%= 17 pacientes,

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

XI. Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó una estadística descriptiva mediante medida de tendencia central y de dispersión, dependiendo de los criterios de distribución de la población que se tomaran en cuenta bajo la normalidad media y desviaciones típicas o anormalidad, la mediana y rangos intercuartiles. Para conocer asociaciones y correlaciones de las variables a investigarse se realizó estadística de tipo inferencial mediante pruebas de Chi cuadrada para comparación de porcentajes y Wilcoxon para relacionarse entre variables. Se utilizó una t Student para poder descartar la hipótesis. Tomamos para identificar el riesgo un IC de 95% y valores de p tomados como significativos siendo menor de 0.05.

La información se vació en Microsoft Excel Office después a un Software estadístico SPSS Versión 25, para el manejo estadístico. Posterior para la obtención tablas y gráfico.

XII. Consideraciones éticas.

Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Referente al Artículo 16, se protegerá la privacidad de los pacientes participantes en la investigación y no se incluirá la identidad de la persona para garantizar su derecho de privacidad. No se solicitará carta de consentimiento informado, en lo que concierne al Artículo 17, fracción I la presente investigación se considera sin riesgo debido a que no se realizará ningún tipo de intervención con los participantes.

Asimismo, para el presente estudio se han observado los principios enunciados en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964) revisada por la 29ª Asamblea Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia, 1983), la 41ª Asamblea Medica Mundial (Hong Kong, 1989) y la 64ª Asamblea (Brasil, 2013).

El presente estudio no representa ningún riesgo para el paciente ya que la información será recabada con confidencialidad al momento de la revisión del expediente clínico. Se tomarán todas las precauciones para proteger la privacidad de los sujetos de estudio y el material que será revisado, así como su información personal de acuerdo con el principio 24 de la Declaración de Helsinki. Para proteger la privacidad también se considera la Ley General de Protección de Datos Personales.

XIII. Metodología Operacional.

Se solicito autorización de directivos de la UMF No. 46 para conocer la conveniencia a desarrollar las actividades propuestas de investigación en el presente. Posteriormente se sometió el protocolo a evaluación por el Comité de Ética y el Comité Local de Investigación No. 805 y por último al Comité de Delegación. Ya autorizado se elaboró a las investigaciones en el servicio de Epidemiología de la UMF 46, a los cuales se aplicó las encuestas con cumplimiento de los criterios de inclusión. Para poder realizar los objetivos mencionados.

XIV. Resultados

La tabla 1 muestra las características generales de la población en estudio (25 pacientes), en donde podemos observar que el 72% es del sexo masculino, la mediana de la edad fue de 42 años con RI de 23-70. El estado civil más frecuente lo ocupó el de soltero con un 48% y la ocupación fue la de empleado en un 64% de la población en estudio.

En cuanto a la funcionalidad se encontró que el 80% tienen algún grado de disfuncionalidad y hasta un 40% se encuentra con disfuncionalidad severa, que podemos visualizar en la Grafica 1. Observamos a su vez mediante un análisis cuantitativo por medio de la puntuación obtenida por el instrumento de APGAR familiar, una mediana de 11.32 con un RI de 4-18 (tabla 2), reportado a su vez en la gráfica 3.

Por medio del cuestionario SMAQ comentado ya anteriormente se puede observar que la mayor parte de la muestra tienen adherencia terapéutica en un 60% (Grafica 2). La relación que obtuvimos con la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica fu de $p= 0.054$.

XV. Discusión

Se determino que casi tres cuartos de la muestra fueron del sexo masculino, lo cual tiene relación con otros estudios que se han realizado en pacientes portadores de VIH, como el de, y como lo indica la estadística mundial de paciente con VIH la fundación AIDS HEALTHCARE FOUNDATION y a nivel nacional por CENSIDA. Además de otros autores como Iñiguez-Stevenz. En cuanto al estado civil se encuentra en mayor porcentaje las personas solteras en un 48% de la población estudiada, como se puede observar en otros estudios como el de Raúl Navarrete y María Isabel Peñarrieta

El rango de edad fue muy variable, la cual no coinciden con otros estudios, ya que hablan más de la edad reproductiva.

Por otro lado, Dulce Alejandra Balandrán encontró en su estudio que de un total de pacientes derechohabientes del IMSS 79.8% fueron empleados. Mientras que en este estudio se encontró que el 64% del total de los encuestados son empleados. Esta discrepancia se puede ver debido a que en el estudio citado anteriormente abarca pacientes de los tres niveles de atención y por la cantidad de muestra.

Afolabi BA y cols, demostró que el soporte familiar contribuye a una mayor respuesta en la adherencia al tratamiento, lo cual enfatiza la importancia del involucramiento de la familia en el cuidado del enfermo. En cuanto al objetivo principal que fue la relación entre la adherencia terapéutica y con la funcionalidad familiar, en este estudio al parecer no tiene relación. Se podría tomar en cuenta a los pacientes con algún tipo de disfuncionalidad como se menciona al último, en ese caso podríamos encontrar con relación a la no adherencia terapéutica, pero ya que el APGAR familiar está establecido con los grados mencionados anteriormente no podemos cambiar el instrumento, por lo que no tiene asociación estadísticamente significativa.

XVI. Conclusión

El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Al realizar el análisis correspondiente entre la estructura familiar y APGAR familiar no se encontró una asociación estadísticamente significativa a la adherencia terapéutica. En nuestro estudio al aplicar el APGAR encontramos que el 60% de los pacientes con VIH tuvieron algún grado de disfunción familiar. Y aunque no tiene asociación con la adherencia terapéutica, si con el portador de VIH, por lo que es importante hacer énfasis en el apoyo familiar y social, para reducción de la incidencia de la patología. Concluimos entonces que el paciente entre más redes sociales tenga a su alrededor y que éstas se involucren en su cuidado durante la enfermedad, influirán en forma importante en el aspecto psicológico de afrontamiento de la enfermedad.

XVII. Recomendaciones

- El tamaño de la muestra podría ser mas grande para mejor evaluación.
- Se podría utilizar otro tipo de instrumento que nos ayudara a evaluar la funcionalidad familiar.
- La búsqueda intencionada de los factores asociados a la influencia de la adherencia terapéutica como método de prevención de contagio.

XVIII. Referencias bibliográficas

1. Membrillo Luna, A., Fernández Ortega, M.A., Quiroz Pérez, J.L., & Rodríguez López, J.L, Familia; introducción al estudio de sus elementos, 1ª Edición EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, 2005: 35-72
2. Huerta-González, J. Medicina Familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1º Edición, Editorial Alfil. 2005: 47-52
3. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model: Systemic Assessment and treatment of families 1ª. Ed., Edit Rotledge, 1989
4. Humberto Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M. & Valdivia, A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Revista de psicología educativa, 2014 Vol. 2, No. 1: pp.49-78 <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
5. Suarez Cuba, M. A. & Alcalá Espinoza, M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev Med La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014.
6. Troncoso Pantoja, C., Soto-López, N. 2018, Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores, Revista Horizonte Medica vol.18 23-28
7. Delgado, R., Características virológicas del VIH, Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica Volumen 29, 2011, Pages 58-65 <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.10.001>
8. CENTEC, Guía de Práctica clínica; 2017 Prevención, diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención. Editor general Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de Salud.
9. OMS, VIH y SIDA, datos y cifras. 2020
10. Ghosn, J., Taiwo, B., Seedat, S., Autran, B., & Katlama, C. HIV, Lancet 2018; 392: 685–97 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31311-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31311-4)
11. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
12. Berbesi-Fernández, D., Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Caicedo Velasquez, B. Revista Enfermería Global, 2017 Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. Vol. 16 Num. 2-154 <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/252001> CENSIDA. Informe nacional de avances de la lucha contra el SIDA. MEXico: Secretaria de salud/ Censida. Mexico 2012 p.26-89

13. Martín Guerra, J.M., Martín Asenjo, M. Monteagudo Nogueira, B., Hinojosa Mena-Bernal C. & Rodríguez Martín, C. Reflexiones sobre el infradiagnóstico y la primoinfección por VIH, Revista Elsevier, SEMERGEN - Medicina de Familia Vol. 43, Num.1, 2017, Pag. 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.10.008>
14. Romero, J., García-Pérez, J. N. & Espasa-Soley, M. Prevention and treatment of sexually transmitted infections in high-risk individuals, including patients with HIV infection. Revista ELSEVIER. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica), Volume 37, issue 2, February 2019, Pages 117-126 <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.11.008>
15. Sauraa, S., Jorquerab, V., Rodríguezc, D., Mascortd, C., Castellàe, I. & García, J. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género Revista ELSEVIER, 2019 Atención primara Vol. 52 Num 2, 61-70 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>
16. Rodríguez-Muñoz, J., Moreno, S., Estrategias de curación de la infección por VIH. Revista ELSEVER English ed.), Vol 37, Num.4 265-273 <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.01.007>
17. Jiménez, Z., Sánchez-Conde, M. & Branas, F. La infección por VIH como causa de envejecimiento acelerado y fragilidad. Revista Española de Geriátria Gerontología. 2018;53(2):105–110 <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.04.007>
18. Berenguera, J., Álvarez, D., Doderoc, J. & Azcoaga, A. Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH Revista ELSEVIER 2018 Enfermedades infecciosas y microbiología vol. 36, 45-49.
19. Llibrea, J. M., Fuster-Ruizdeapodacab, M. J., Riveroc, A. & Fernández, E. Cuidados clínicos del paciente con VIH, Revista Elsevier, Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2018;36(Supl 1):40-44
20. Ziogaa, E.A.M., Arias-de la Torre, J., Patera E., Borjabad B., Macorighg L. & Ferrer L. El papel de las intervenciones biomédicas en la prevención del VIH: la profilaxis preexposición (PrEP) Revista SEMERGEN Medicina de familia, 2020, Vol. 46, Num.3, 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.006>
21. María José Fuster-Ruizdeapodacaa, M. J., Emilio de Benito, E., Antonio Povedac, A., Rohlfsd, I. & Sampedro, E. Dimensión social del VIH y respuesta estatal. Revista Elsevier Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2018;36(Supl 1):10-14.
22. F.J. Ortega Suárez, F.J., Sánchez Plumed, J., Pérez Valentín, M.A., Pereira Palomo, P., Muñoz Cepeda, M.A., Lorenzo Aguiar, D. , Grupo de Estudio Vatre Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus, Revista Nefrología 2011;31(6):690-6.

23. Rodríguez Chamorro, M.Á., García-Jiménez. E., Busquets Gil, A., Rodríguez Chamorro, A., Pérez Merino, E.M., Faus Dáder, M.J. & Martínez Martínez F. Tools for the identification by community pharmacies of pharmacotherapeutic non-compliance, Rev. Pharmaceutical Care España 2009; 11(4): 183-191 https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
24. Mendoza-Aguilera, M., Ferrando-Piqueres, R., Álvarez Martín, T., Pascual Marmaneu, O., Liñana Granell, C., Raga Jiménez, C. & Minguez Gallego, C. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer Rev. OFIL-ILAPHAR 2018, 28;3:203-210

XIX. Anexos

Recolección de Datos

Edad:		Sexo:	Hombre	Mujer
Nombre:				NSS
Estado civil:		Casado/a		Soltero/A
		Unión Libre		Viudo/a
Ocupación				
Educación:		Bachillerato o escuela técnica		Licenciatura
		Maestría		Doctorado



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolo de investigación

Nombre del estudio: Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en paciente portadores de VIH en la UMF No. 46 Ciudad Juárez, Chihuahua.

Patrocinador externo: No aplica

Lugar: UMF No. 46 Ciudad Juárez, Chihuahua

Fecha: Febrero 2023

Numero de registro: R-2021-805-050

Justificación y objetivo Identificar la relación del grado de funcionalidad familiar con la adherencia al del estudio tratamiento en pacientes portadores de VIH de la UMF 46, en ciudad Juárez, Chihuahua. Considero de importancia investigar los motivos de adherencia o abandono de tratamiento en pacientes portadores de VIH, así como la importancia de la funcionalidad familiar y el apoyo social. Esto con el fin de evitar complicaciones de la misma enfermedad, así como hospitalizaciones y poder brindarle el apoyo psicosocial que requiera.

Procedimiento: Encuesta auto aplicada.

Posibles riesgos o Alteración o molestia psicológica o emotiva por encuesta sobre funcionalidad molestias: familiar.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: En caso de ser necesario orientación de ayuda o apoyo psicológico o emocional personal o familiar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al concluir el estudio se realizará un concentrado de toda la información posterior a ser analizada se emitirán resultados del estudio.

Participación a retiro: Todos los pacientes deberán firmar un consentimiento informado en donde acepten participar en el estudio, cualquier paciente puede abandonar el mismo cuando así lo considere.

Privacidad y confidencialidad: Toda la información será resguardada por el investigador y bajo ninguna circunstancia se hará público, no se recabarán datos personales.

Beneficios al término estudio: Se identificará la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento.

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

Investigador Responsable: R3 Medicina Familiar Alejandra Razo Miranda
Correo electrónico: razo190392@gmail.com

Colaboradores: Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado Dra. Maricarmen Fernández Meza, Dra. Isela Pérez Acosta, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

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 Paciente

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.P

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Cuestionario de Adherencia de paciente con el tratamiento

SMAQ

1. ¿Toma siempre la medicación a la hora indicada?

Sí

No

2. En caso de sentirse mal ¿ha dejado de tomar la medicación alguna vez?

Sí

No

3. En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar la medicación?

Sí

No

4. Durante el fin de semana ¿se ha olvidado de alguna toma de la medicación?

Sí

No

5. En la ÚLTIMA SEMANA, ¿CUÁNTAS VECES no tomó alguna dosis?

Ninguna vez

1 a 2 veces

3 a 5 veces

6 a 10 veces

Más de 10 veces

6. DESDE LA ÚLTIMA VISITA, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?

Días: _____

Se considera paciente no adherente cuando éste responde:

- pregunta 1: si
- pregunta 2: no
- pregunta 3: si
- pregunta 4: si
- pregunta 5: C, D ó E
- pregunta 6: más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

- A: 100-95% cumplimiento terapéutico
- B: 85-94% cumplimiento terapéutico
- C: 65-84% cumplimiento terapéutico
- D: 30-64% cumplimiento terapéutico
- E: < 30% cumplimiento terapéutico.

Este cuestionario considera paciente adherente a aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

Tabla 1. Características de paciente portadores de VIH de la UMF No. 46, Chihuahua.

Características	Frecuencia n, (%)
Sexo	
Masculino	18 (72)
Femenino	7(28)
Escolaridad	
Primaria	6 (24)
Secundaria	6 (24)
Bachillerato	6 (24)
Licenciatura	6 (24)
Posgrado	1 (4)
Ocupación	
Empleado	16 (64)
Desempleado	7 (28)
Estudiante	2 (8)
Estado Civil	
Soltero	12 (48)
Casado	8 (32)
Unión Libre	3 (12)
Divorciado	2 (8)
Funcionalidad Familiar	
Funcional	5 (20)
Disfuncionalidad Leve	6 (24)
Disfuncionalidad Moderada	4 (16)
Disfuncionalidad Severa	10 (40)
Adherencia Terapéutica	
Con adherencia	15 (60)
Sin adherencia	10 (40)

Fuente: Base de datos

Tabla 2. características de pacientes portadores de VIH en la UMF No. 46

<i>Variable</i>	Media Mediana	DE, RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
APGAR familiar	11.32	1.48	4	18	<0.001
Edad	42.2	14.81	23	70	<0.001
*Kolmogorov Smirnov	DE: desviación estándar		RIC=	Rango intercuartiles	

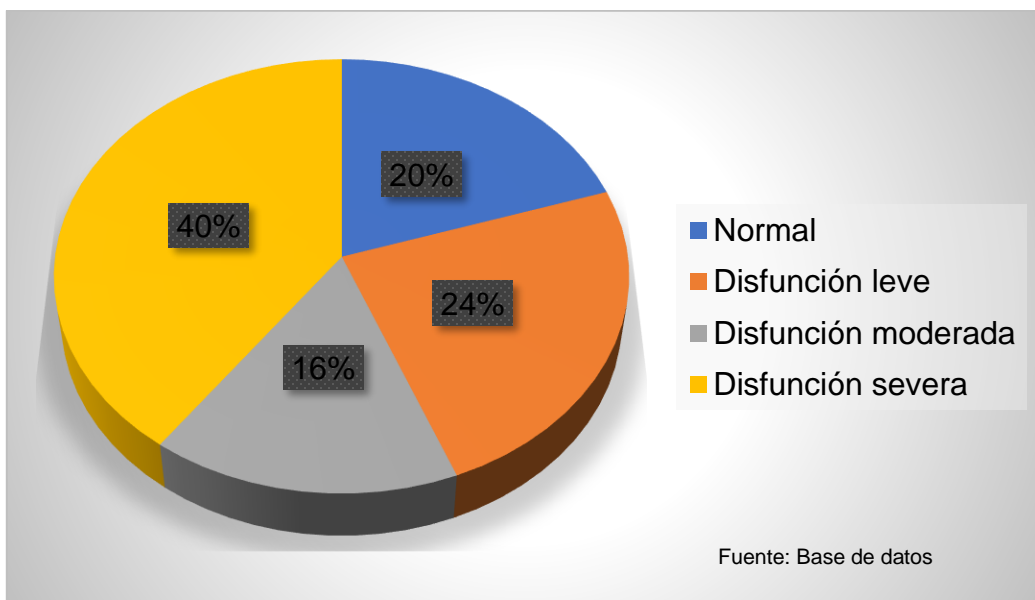
Fuente: Base de datos

Tabla 3. Análisis de factores de riesgo asociados a la Adherencia Terapéutica en pacientes portadores de VIH

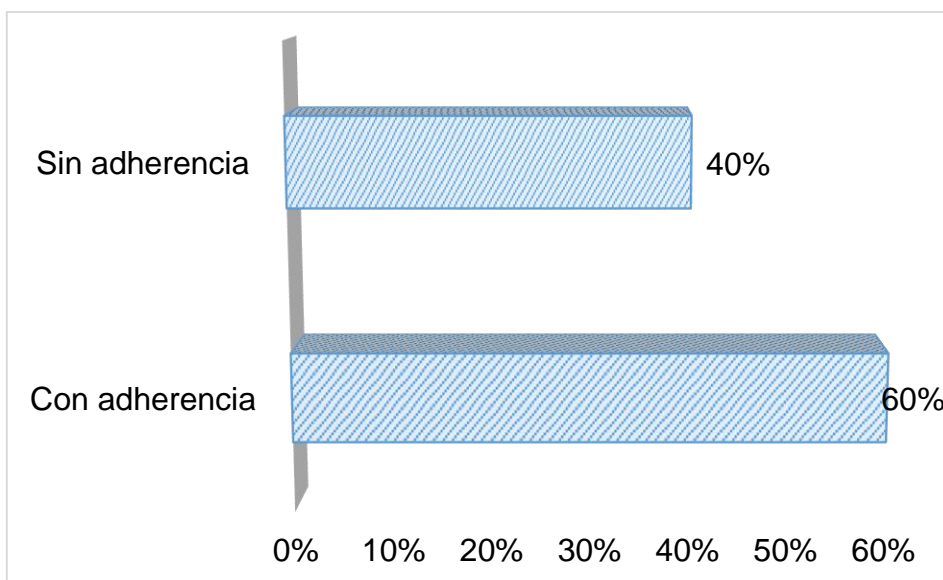
Características	Adherencia Terapéutica		RP	IC 95%	P
	No n, (%)	Si n, (%)			
Funcionalidad Familiar					
Normal	0, (0)	5, (20)	7.651	0.98-7.801	0.054
Disfuncional leve	4, (16)	2, (8)	1.338		
Disfuncional moderada	1, (4)	3, (12)	1		
Disfuncional severa	5, (20)	5, (20)	1		
Sexo					
Masculino	8, (32)	10, (40)	.544	0.076-3.293	0.467
Femenino	5, (20)	2, (8)	1		

Fuente: Base de datos

Grafica 1. Funcionalidad familiar en paciente portadores de VIH en la UMF No. 46, Chihuahua.

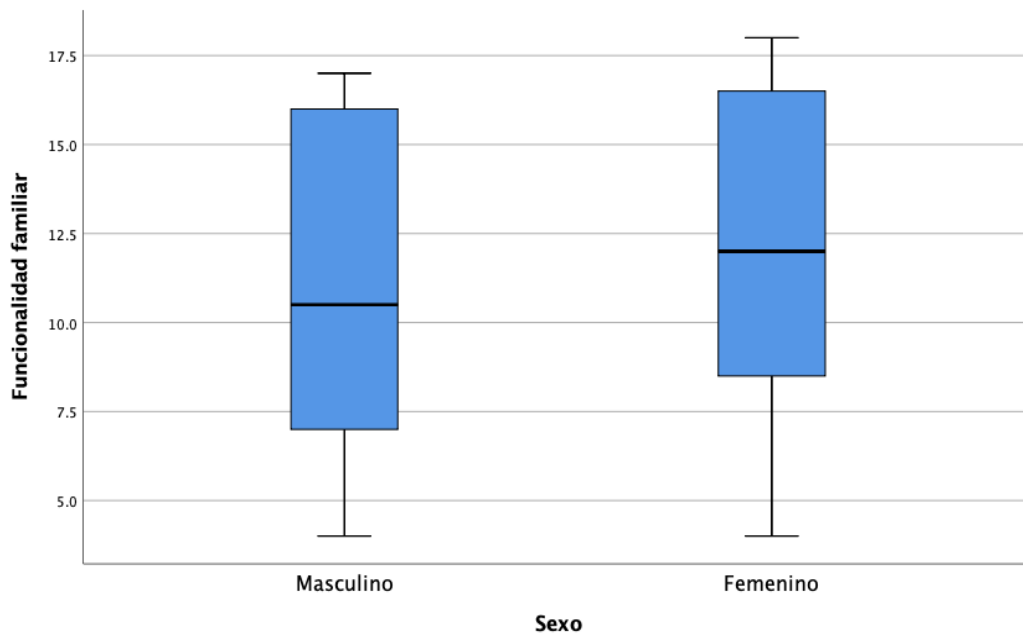


Grafica 2. Adherencia Terapéutica en paciente portadores de VIH en la UMF No. 46, Chihuahua.



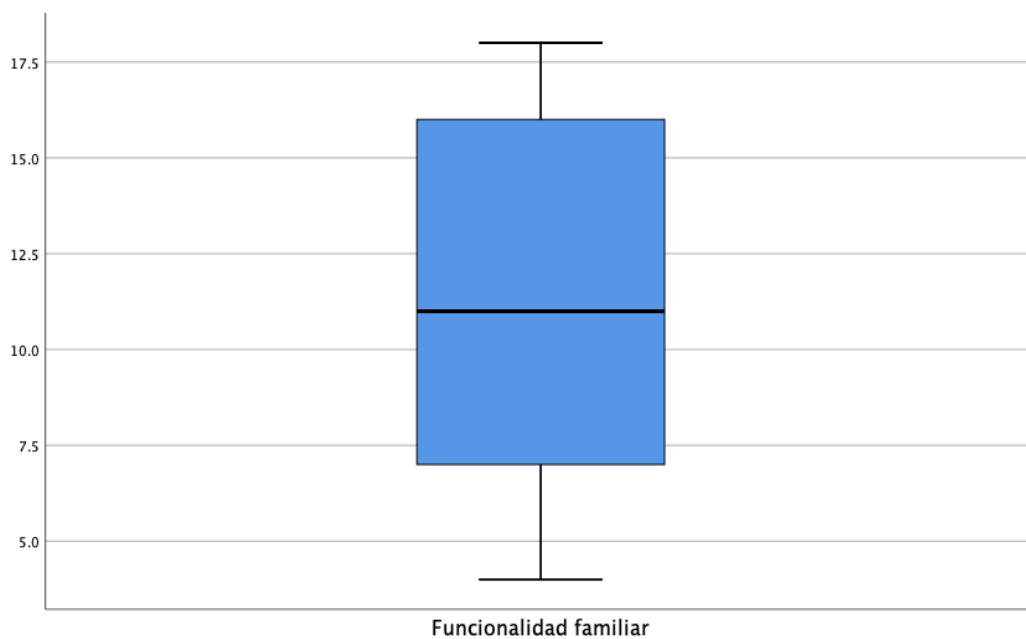
Fuente: Base de datos

Grafica 3. Edad en pacientes portadores de VIH en UMF No. 46, Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Base de datos

Grafica 4. APGAR Familiar en pacientes portadores de VIH en la UMF No 46, Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Base de datos

