

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“NIVEL DE RESILIENCIA Y RELACIONES INTRAFAMILIARES EN LOS
PACIENTES CON VIH DE RECIÉN DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN EL AÑO 2015”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 CIUDAD AZTECA**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. PAOLA PACHECO RUEDA

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN M.F. OLIVIA REYES JIMENEZ

REVISORES DE TESIS:

**Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E. EN M.F. RUBEN RIOS MORALES
E. EN M.F. ANA LAURA GUERRERO MORALES
E. EN M.F. GISSELLE CARRILLO FLORES**

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO; 2017

“Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015”

AGRADECIMIENTOS:

A toda mi familia por siempre darme ánimos y brindarme su apoyo, especialmente a mis padres y hermanos que siempre han confiado en mí, a pesar de los sacrificios de no estar con ellos en algunas ocasiones especiales.

Papá... Gracias por siempre darme lo mejor y ayudarme a llegar hasta donde estoy siguiendo tu gran ejemplo de responsabilidad y perseverancia, tu nos enseñaste que no hay imposibles para lograr lo que queremos, ahora si tu sueño cumplido “El posgrado concluido” ¡Y lo que aún falta! Donde te encuentres, gracias por cuidarnos, ¡Te quiero y te extraño mucho! .

Mamá... No hay momento que no haya compartido contigo, eres un apoyo enorme para mí y nunca dejaré de agradecerte todo lo que haces por nosotros, te quiero mucho y siempre para adelante.

Dany y Lalito... mis grandes motivaciones para seguir en el camino, siempre juntos de la mano apoyándonos en cada locura que se nos ocurra, nunca dejaron de darme consejos, de animarme y sobretodo apoyarme en cada decisión que he tomado, sea la mejor o no, ustedes están ahí para escucharme, los amo y continuemos cosechando éxitos.

Abuelitos, Angie y Noni...alimentándome tan rico en las posguardias o extrañándome cada que estaba de guardia, gracias por siempre creer en mí, ¡Los adoro! A mis queridísimos primos hermanos, Alexis y Alejandro de igual manera les agradezco siempre estar ahí en los mejores momentos y en los no tan agradables. ¡Los quiero!

A esa familia tan linda que uno escoge, ¡Los amigos! Areli, Jaz, Bere, Yury, Alan, Gonzalo, Adri, Magda, Dulce, Ivonne, Susy, unos con más antigüedad que otros pero al final, siempre quedan los mejores, gracias por todo el tiempo compartido y los momentos vividos, cada uno con nuestras ocupaciones pero siempre apoyándonos a distancia, siempre los llevo en mi corazón.

ÍNDICE:

I. Antecedentes	1
II. Planteamiento del problema	13
III. Justificación (académica, económica, social, educativa)	15
IV. Hipótesis	17
V. Objetivos	18
VI. Método	19
VII. Implicaciones éticas	28
VIII. Resultados y discusión	30
IX. Conclusiones	38
X. Recomendaciones	39
XI. Bibliografía	40
XII. Anexos	42

I.- RESUMEN ESTRUCTURADO

“Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015”

Autores: *Pacheco Rueda Paola, **Reyes Jiménez Olivia

INTRODUCCIÓN: La resiliencia es la capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida. Las relaciones intrafamiliares son expresiones o maniobras a las que se recurre reiteradamente por parte de dos o más miembros de la familia con un significado o intención, son consideradas como las unidades del sistema familiar. **OBJETIVO GENERAL:** Conocer el nivel de resiliencia y las relaciones intrafamiliares que presentan los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, muestreo a conveniencia, en 50 pacientes mayores de 18 años, aplicando la escala de Resiliencia de Wagnild y Young así como también la escala de Relaciones Intrafamiliares. **RESULTADOS:** La media de edad 34.4, moda de 24, 26, 31, 33 y 38, mediana 32.5, el sexo predominante masculino 74%, estado civil 30% casados, ocupación profesionistas 62%, escolaridad licenciatura 70%, tipología familiar nuclear 72%, religión católica 84%. El nivel de resiliencia fue alta 68%, las relaciones intrafamiliares alta 62%. **CONCLUSIONES:** Se observó que mientras mayor sean las relaciones entre la familia, tienen un nivel más alto de resiliencia, por lo tanto se pueden crear más redes de apoyo entre ellos para beneficio de los pacientes con VIH.

PALABRAS CLAVE:

Resiliencia, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Relaciones intrafamiliares, Familia.

*Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar.

**Profesora titular de la Especialidad de Medicina Familiar.

ABSTRACT

"Level of resilience and family relationships in patients newly diagnosed with HIV during the primary care level in 2015"

Authors: Paola Rueda Pacheco *, ** Olivia Reyes Jimenez

INTRODUCTION: Resilience is the ability of a person, which includes environmental and personal factors, to overcome adversities and upheavals that happen during the life. Family relations are statements or skills, which are repeatedly resorted, by two or more family members and they have an aim or a meaning: these are considered family system units.

GENERAL AIM: To determine the level of resiliency and family relationships in patients recently diagnosed with HIV in the primary care level.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, observational, cross-sectional, prospective, randomized, convenience, in 50 patients over 18 years, applying the Resilience scale and Young Wagnild, well as the scale of sampling Domestic Relations Design.

RESULTS: The average age: 34.4; mode 24, 26, 31, 33 and 38; median: 32.5; the male are predominant in 74%; 30% married, professionals 62%, bachelors 70%, nuclear family-type 72 % and 84% Catholic. The high level of resilience was 68%, the domestic relations 62%.

CONCLUSION: It was observed that the more family relations, the higher is the level of resilience, therefore networks can be created among them (the families) in benefit of HIV patients.

KEYWORDS:

Resilience, Human Immunodeficiency Virus, family relationships, family.

*** Third-year Resident Physician Family Medicine.**

**** Full Professor in the specialty of Family Medicine.**

II.- ANTECEDENTES

En relación al origen del concepto, el vocablo resiliencia proviene del término latino *resilium*, que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “volver al estado inicial”, “rebotar”.

Es la capacidad que tiene una persona para poder desarrollarse y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentando situaciones adversas con riesgo de desenlace negativo.

La resiliencia es la capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida.

La Organización Mundial de la Salud define este constructo como proceso dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos. A pesar del debate abierto sobre su naturaleza y forma de estudio, existe acuerdo general respecto a que ésta incluye dos aspectos relevantes: exposición significativa al riesgo y evidencia de adaptación positiva a pesar de serias amenazas al desarrollo.

Grotberg (1995), diferenció tres características definitorias de este concepto: 1) aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...), 2) aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy..., yo estoy) y 3) aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...).¹

Se considera que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla y evoluciona en la existencia de la persona, su relación con los sucesos por los que va enfrentarse durante su ciclo vital así como en las diversas etapas de la vida cobran particular relevancia.

Para realizar el estudio se utilizará, un breve cuestionario para obtener el perfil sociodemográfico y para estimar los niveles en las diferentes dimensiones de la resiliencia se empleó la versión española adaptada por Heilemann, Lee y Kury (2003), de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

La escala está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7= totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntuación entre 25 y 175 puntos.

Se ha indicado una fiabilidad del 0.89 y el 0.93. De igual modo, la validez, a través del análisis factorial mostró en ambas versiones dos factores diferenciados que explican el 44% de la varianza de las puntuaciones:

- Factor 1. Competencia personal, entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, etc.
- Factor 2. Aceptación de sí mismo y de la vida, como sinónimo de adaptación, flexibilidad, etc.

Asimismo se evaluó la consistencia interna de la escala con base al índice alfa de Cronbach, el cual para la escala total fue del 97% ($\alpha=.97$). Para el factor 1 el índice de fiabilidad fue del 97% ($\alpha=.97$); para el factor 2, del 60% ($\alpha=.60$).²

El test mide las dimensiones internas de resiliencia en los sujetos de estudio, que son: aceptación de sí mismo y competencias personales. Consta de 25 afirmaciones, 8 referidas a aceptación de sí mismo y 17 sobre competencias personales, todas ellas se presentan en una escala tipo likert puntuada de 1 a 7. Para evaluar la capacidad resiliente del/la encuestado/a se suman todos los valores y el total se divide por el número de afirmaciones (25), el resultado obtenido nos va a permitir determinar que paciente tiene una capacidad de resiliencia baja, media, media alta o alta, según la siguiente categorización:

Baja: de 1 a 2,59 puntos.

Media: de 2,6 a 4,09 puntos

Media Alta: de 4,7 a 5,59 puntos.

Alta: de 5,6 a 7 puntos.

Alpha **Cronbach**= 0.86

Las relaciones intrafamiliares son expresiones o maniobras a las que se recurre reiteradamente por parte de dos o más miembros de la familia con un significado o intención. Son consideradas como las unidades del sistema racional familiar, teniendo como precepto que la familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al: subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos), subsistemas fraternal (hermanos), por ende el conjunto de las relaciones mencionadas integra la arquitectura de la familia desde el punto de vista transaccional.³

Al surgir alguna enfermedad no esperada como lo es el VIH, se producen en las familias dinámicas que afectan a los integrantes, por lo que es indispensable la comunicación para establecer afectos de mayor correlación y alcanzar el desarrollo individual y del conjunto. La familia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, y según las diferentes culturas, así como ha ido evolucionando su definición.

La familia es un grupo compuesto de personas unidas ya sea por lazos consanguíneos, de matrimonio o de adopción que viven juntos, en la familia es donde se aprende a escuchar, conocer y desarrollar las obligaciones y deberes que se tiene como individuo. ⁴

En la familia es donde se satisfacen las necesidades elementales del individuo, como es el vestido, la comida, un techo así como también el amor, el cuidado y es aquí donde los individuos aprenden sobre ellos mismos es donde se empiezan las bases de la autoestima.

Los miembros de la familia interactúan constantemente en la realización de actividades básicas para el funcionamiento de la misma, y para el cumplimiento de estas actividades se toman en cuenta las capacidades de cada miembro. A partir de las actividades que se llevan a cabo en la familia es de donde surge la socialización y la adquisición de valores por el individuo.

La familia al ser el primer núcleo básico de la sociedad es aquella donde el individuo, adquiere actitudes, conocimientos y conductas que pueden ser positivas o negativas en cuanto a su salud se refiere ya que una adecuada alimentación, actividad física, patrones de sueño adecuados promueven una salud adecuada. ⁵

La familia es un factor importante para el desarrollo de la autoestima ya que la familia ya que son los que moldean la conducta de los individuos al rechazar y castigar ciertas conductas o al premiar otras lo que va definiendo la identidad del individuo y desarrolla su autoestima.

Entre mejores sean las relaciones intrafamiliares, esto influirá en la calidad de la autoestima y esta será mayor ya que existe unión, comunicación apoyo entre los miembros lo que favorece la autonomía, aceptación y satisfacción de los individuos.

La familia se puede estudiar desde un punto de vista sistémico por la forma en que se encuentran organizados sus miembros y las funciones que cumplen cada uno. La teoría general de sistemas se estudia a la familia como sistemas abiertos donde se establecen ciertas pautas de interacción. Un sistema está conformado por una serie de elementos que tienen un objetivo en común y se pueden afectar unos a otros y la característica que los une es la totalidad que no es solo la suma de sus partes si no también la relación entre ellas. Existen diferentes elementos o jerarquías que son necesarias para el correcto funcionamiento del sistema.

Todo sistema tiene niveles de organización llamados subsistemas, el sistema puede ser abierto si interactúa con el medio ambiente y es susceptible al cambio, o cerrado cuando no interacciona y permanece estático y el cambio en uno de los elementos del sistema afecta a el sistema completo. ⁶

La familia es un sistema abierto y vivo y su totalidad no la conforman solo los miembros de la familia sino las relaciones entre ellos, la familia tiende al equilibrio y se relaciona con otros sistemas, también existen límites los cuales están constituidos por las reglas que definen quienes participan y como lo harán.

Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

En el departamento de orientación Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo la Mtra. Marisol Morales y la Mtra. Damaris Díaz (2008) desarrollaron una propuesta para clasificar los puntajes de las personas que respondieran esta escala, los cuales desarrollaron a partir de la versión de 56 reactivos. Alpha global .84. ⁷

El análisis de la relación existente entre el impacto que produce el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en las familias con uno o más integrantes afectados y las estrategias de fortalecimiento familiar implementadas por el equipo profesional, implica dar cuenta de una modificación de la familia como en su estructura como en su dinámica, la familia es un concepto clásico, es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades.

Incluye también la convivencia cotidiana expresada en la idea del hogar y del techo, una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidas a la sexualidad legítima y a la procreación.⁸

Al hablar de cambios en la composición familiar, el SIDA por ser una enfermedad que afecta a los adultos jóvenes y a los niños, juega un papel importante, ocasionando modificaciones en las familias, como la disolución de las parejas, la separación de esa persona de su ámbito familiar para insertarse a otros grupos y constituir así una nueva familia, la interacción prolongada con la muerte de algunos adultos, cambia la estructura familiar.

Esta modificación de vínculos familiares remite a la estructura y dinámica que dibujan el perfil y la identidad del grupo co-residente en torno a las necesidades y tareas de reproducción y sobrevivencia social; dinámica como juego de roles, funciones, tareas, y vínculos que se estructuran en un tiempo y espacio articulando a sus miembros según el general y la generación la cual se ve modificada por el impacto de una situación problemática puntual.⁹

En situaciones en las que se produce la muerte de algún familiar infectado por el VIH SIDA, se evidencia un reacomodamiento en la red familiar, en función de la asunción de nuevas responsabilidades y establecimiento de roles diferentes a los que venían desempeñando las personas involucradas en la misma.

Las diferentes situaciones en las que una persona se puede infectar por el VIH muestran claramente que todos los seres humanos se encuentran expuestos a

esta infección en mayor o menor grado, pero esto es una cuestión que conocemos en la actualidad.¹⁰

Los primeros años fueron de desconcierto social y científico, en los que el SIDA adoptó la imagen de una enfermedad muy grave que se extiende rápidamente y que en su virulenciaa excedía lo esperado sobre el efecto de otras enfermedades infecciosas conocidas hasta la fecha. Su presentación fue la de golpear a ciertos colectivos (homosexuales y drogadictos, generalmente jóvenes muy concretos. Su asociación con colectivos marginales o mal llamados grupos de riesgo convirtieron rápidamente al binomio SIDA/VIH en un problema social de primer nivel y favorecieron la creación de estereotipos sociales. Su procedencia desconocida principio, no ayudo a tener la percepción de enfermedad bajo control. ¹¹

Cuando hablamos de VIH/SIDA, vemos que tiene una genealogía metafórica dual, que en tanto microproceso, se lo describe igual que un cáncer, una invasión, cuando se enfoca en la transmisión de la enfermedad, se invoca una metáfora más antigua, que tiene reminiscencias de la sífilis: la polución.

La enfermedad del SIDA aparece también socialmente, construye ideas, promueve estereotipos y genera representaciones sociales entre la población general, el rasgo más importante de las conductas se ha situado entre la solidaridad y el rechazo es la inestabilidad, que se refiere a la permanente mutación de papeles en el ámbito individual y familiar, pudiendo encontrarnos en casos en los que existe.¹²

Respecto a su origen, los análisis filogenéticos realizados con retrovirus aislados de primates indican la existencia de virus muy semejantes al virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) que se conocen como virus de la Inmunodeficiencia de los Simios (VIS). Los VIS se han encontrado en chimpancés que habitan en África Central, y se cree que se trasladó al ser humano a través del consumo de su carne. ¹³

El VIH es una estructura constituida por material genético y enzimas esenciales rodeados por una cubierta proteica contenida en una envoltura viral.

Pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia de lentivirus, tienen una serie de características específicas que son determinantes para entender como dañan al sistema inmune:

- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo.
- En su ciclo vital hay 2 fases: unión infectante (ARN) y provirus (ADN).
- Se replica mediante un mecanismo inverso al habitual, en los virus ARN, el papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa.
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de microglía y células dendríticas residentes en mucosas.¹⁴

Posee un ciclo natural de replicación de diferentes fases: Enlace/fusión, transcripción inversa, integración, transcripción, traducción, ensamblaje, gemación que dará paso a la salida de los nuevos viriones.

El virus se liga inicialmente a un receptor CD4 y a uno de los co-receptores en la superficie del linfocito CD4, posteriormente el virus se fusiona con la célula anfitriona y una vez dentro inyecta o libera su ARN, su material genético en el linfocito T infectado, a continuación se transcribe al ADN mediante la acción de la Transcriptasa Inversa, que convierte la cadena simple del ARN vírico en cadena doble de ADN vírico.¹⁵

El ADN del VIH entra en el núcleo de la célula gracias a la integrasa que incorpora el ADN vírico dentro del propio ADN del linfocito CD4 y a este ADN escondido se le denomina provirus y puede permanecer prácticamente inactivo durante años. Cuando la célula anfitriona recibe la señal de activarse, el provirus usa una enzima de ésta célula llamada polimerasa del ARN que se encargará de hacer copias del material genético del VIH.

La proteasa divide las cadenas largas de proteínas del VIH en pequeñas proteínas que se ensamblan y forman las nuevas copias; por último los nuevos ensamblados “brotan” de la célula anfitriona, éstas nuevas copias del VIH pueden ahora infectar a otras células, quedando destruido el linfocito que ha participado en el proceso. ¹⁶

Hasta la fecha se han identificado básicamente dos tipos de VIH: el VIH-1 y el VIH-2 como agentes causales de la mayoría de las enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Tanto el VIH-1 como el VIH-2 son capaces de disminuir el número de CD4 y causar SIDA en las personas infectadas. ¹⁷

El VIH-2 es el más cercano filogenéticamente al VIS y parece ser menos patógeno y transmisible que el VIH-1, se caracteriza por una infectividad menor, una fase asintomática mayor y una progresión a SIDA más lenta que el VIH-1, fue descubierto en 1986 en enfermos de SIDA procedentes de África occidental.

El VIH-1 es el más extendido, el más prevalente en nuestro entorno y el responsable de más del 95% de los casos de SIDA a nivel mundial.

A partir del momento del contagio, el virus se disemina por el organismo invadiendo diversos órganos, principalmente los sistemas linfoganglionar, nervioso y digestivo, a las 2-6 semanas de la inoculación, la mayoría de los pacientes tienen una carga viral muy elevada en plasma, encontrándose infectados una gran proporción de CD4. Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. ¹⁸

El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades.

El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

Durante esta fase persiste una actividad replicativa viral más o menos alta, que se ve limitada por la presencia y capacidad regenerativa de los linfocitos CD4.

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.¹⁹

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

También llamado fase final o de crisis es la última expresión de la infección por el VIH, en esta etapa se produce un incremento de la actividad replicativa del virus; en este momento, el sistema inmunológico ya no es capaz de reponer o

compensar los CD4 destruidos y por lo tanto, su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduce progresivamente.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.²⁰

Desde la descripción de los primeros casos de personas afectadas por el VIH en 1981, esta enfermedad ha pasado a ser una de las más devastadoras que haya afrontado el humanidad afectando la demografía, la economía y la sociedad de los países afectados.

El VIH/SIDA afecta fundamentalmente a personas jóvenes, sexualmente activas que se encuentran en las edades más productivas de sus vidas a diferencia de otras enfermedades relacionadas con la pobreza como la tuberculosis, esta infección afecta a todos los estratos sociales y en adultos es evitable mediante medidas preventivas de probada eficacia que básicamente implican modificaciones de conducta.²¹

Los indicadores epidemiológicos fundamentales en la relación al VIH/SIDA son los siguientes:

1. La incidencia de nuevas infecciones por el VIH que describe la velocidad de transmisión en la población, por lo que es el indicador principal para planificar y evaluar las actividades de prevención.

2. Incidencia de casos de SIDA y la mortalidad asociada a SIDA que resultan útiles para evaluar globalmente las intervenciones contra la pandemia, tanto las preventivas como las terapéuticas.
3. La prevalencia de VIH o número de personas vivas con la infección refleja la magnitud de la epidemia en cada momento y en consecuencia, las necesidades sanitarias y sociales generadas.
4. El número de casos de SIDA vivos o prevalencia de SIDA es un indicador para planificar las necesidades de hospitalización, cuidados y otras medidas de apoyo social.²²

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las diferentes situaciones en las que una persona se puede infectar por el VIH muestran claramente que todos los seres humanos nos encontramos expuestos a esta infección en mayor o menor grado.

Esta enfermedad se ha convertido en un problema social de primer nivel y a favorecer la creación de estereotipos sociales, el rasgo más importante de las conductas se ha situado entre la solidaridad y el rechazo, es la inestabilidad que se refiere a la permanente mutación de papeles en el ámbito individual y familiar, pudiéndonos encontrar con casos en los que existe apoyo interno, a la vez rechazo externo y visceversa, siendo frecuente la tendencia de los familiares a categorizar a los enfermos a partir de la forma en que creen que se han infectado.

Dentro de la familia existe una interacción constante para la realización de las actividades básicas para un buen funcionamiento, a partir de ellas, surge la socialización y adquisición de valores por el individuo, ya que la familia es el primer núcleo básico de la sociedad donde la persona adquiere actitudes, conocimientos y conductas que pueden ser positivas o negativas, además de ser un factor muy importante para el desarrollo de la autoestima porque son los que moldean la conducta de los individuos al rechazar y castigar ciertas conductas o al premiar otras que van definiendo su identidad y ayudando a formar su autoestima.

Cuando los familiares juzgan que la infección de uno de sus miembros ocurrió por accidente o por transfusión, suelen brindar más apoyo y solidaridad que cuando estiman que el problema es consecuencia de una conducta desviada o inmoral, así mismo la familia puede contribuir a que el familiar infectado pueda alcanzar un nivel de resiliencia alto, ya que como mencionaba anteriormente, la familia es el primer núcleo básico en donde se adquieren diversas actitudes, valores, principios, normas y conductas, además de que teniendo una buena comunicación entre todos los miembros de la familia el nivel de autoestima puede ser mayor y el paciente, al sentirse apoyado por su familia puede tener la capacidad de afrontar,

asimilar o recuperarse con éxito del VIH, por tal motivo, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015?

IV.- JUSTIFICACIÓN

ACADÉMICA: La presente investigación, además de las connotaciones académicas correspondientes, permitirá la obtención del Diploma como Médico Especialista en Medicina Familiar.

CIENTIFICA: El registro nacional de los casos de VIH, es la principal herramienta para la vigilancia de ésta epidemia en el país; cuya gerencia está a cargo de la dirección general de epidemiología de la secretaria de salud, indicaba en septiembre del 2013 (CENSIDA, 2013B) que en el país se habían notificado un total de 159, 411 casos de SIDA y 42, 920 casos que continúan como 0 positivos al VIH, de predominio de género masculino. En el primer nivel de atención el principal motivo de consulta se encuentra entre el rango de edad de 15 a 40 años. En 2014, la tasa de mortalidad observada por VIH en México es de 4.76 casos por cada 100 mil habitantes.

SOCIAL: En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha mostrado tendencia a la baja en medida a los esfuerzos globales en materia de prevención, no obstante, este decremento aún no es suficiente para conseguir la meta planteada al 2015 acerca de la reducción al 50% del número de nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA, 2013) para el año 2011, la prevalencia de infección por VIH en población adulta del país de 15 a 49 años, era de 0.24%, lo que implicaba ya que para finales del 2011 se estima que en México habían cerca de 147137 personas viviendo con VIH de este rango de edad. De acuerdo a los puntos estadísticos previamente descritos, se observa un aumento en pacientes con VIH, los cuales en su mayoría se encuentran en edad productiva, situación que es de vital importancia, ya que en el primer nivel de atención es donde se tiene el primer contacto y por ende debe tenerse la iniciativa de evaluar las relaciones intrafamiliares con mayor atención, por el gran impacto emocional que el simple diagnóstico condiciona, agregándose múltiples temores, mitos e ignorancia que llevan al rechazo de la persona que vive con la enfermedad.

La exclusión social se expresa de múltiples maneras, pero todas las formas coinciden en un hecho que, aunque se conoce, es inadmisibles para cualquier sociedad o país democrático: la violación de los derechos humanos esenciales de las personas que viven o padecen la enfermedad, como son el derecho a la vida, la salud, la igualdad, trabajo y educación. El VIH no afecta de la misma manera a las personas de distinta condición socioeconómica, hay una marcada tendencia a “castigar” más a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, se produce, entonces, una especie de sobre-exclusión, es decir, la exclusión social de los ya excluidos por otras razones (homosexuales, drogadictos, prostitución, etc).

ECONOMICA: Los datos reportados según dependencias institucionales de salud, mencionan alta incidencia de pacientes portadores de VIH; con fines del presente proyecto, las que se muestran en el IMSS de acuerdo al CIE-10. El número de consultas, personas con tratamiento y casos de hospitalización de esta enfermedad, se proyectan hacia el año 2050, a partir de los cuales se espera un proceso de descenso, producto de las medidas de prevención y detección oportuna, así como del avance médico; se prevé una disminución del 36 por ciento respecto al registrado en la actualidad, en el número de consultas y personas en tratamiento y de 45 por ciento en los casos que requieren de hospitalización, el gasto médico total estimado supera los mil millones de pesos en 2015, equivalentes al 0.63 por ciento del gasto del Seguro de Enfermedades y Maternidad de 2007, equivalente a cerca de 48,500 millones de pesos en el año 2050, el gasto en medicamentos y auxiliares de diagnóstico representa el mayor porcentaje de los recursos ejercidos para el tratamiento de este padecimiento.

V.- HIPOTESIS

Este estudio no cuenta con hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

VI.- Objetivos

Objetivo general:

Conocer el nivel de resiliencia y las relaciones intrafamiliares que presentan los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Identificar frecuencia de edad de pacientes con VIH de recién diagnóstico.
- Determinar el sexo de los pacientes con VIH de recién diagnóstico.
- Registrar el estado civil de los pacientes con recién diagnóstico de VIH.
- Descubrir el tipo de ocupación que tienen los pacientes con VIH.
- Reportar el grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de VIH.
- Conocer la tipología familiar (de acuerdo al parentesco) del paciente con diagnóstico de VIH.
- Describir el tipo de religión que predomina en los pacientes con VIH.

VII.- Método

Diseño del estudio: se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDADES DE MEDICION
DEPENDIENTE RESILIENCIA	Capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida.	Aplicación del instrumento de evaluación, escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) a los pacientes con reciente diagnóstico de VIH	Cualitativa	Ordinal	ALTA MEDIA BAJA

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>RELACIONES INTRAFAMILIARES</p>	<p>Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia.</p>	<p>Aplicación del instrumento de evaluación, Escala de Relaciones intrafamiliares (ERI) a los pacientes con recién diagnóstico de VIH</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>-Unión (alta, medio-alta, media, media-baja, baja)</p> <p>-Conflictos (alta, medio-alta, media, media-baja, baja)</p> <p>-Comunicación (alta, medio-alta, media, media-baja, baja)</p>
<p>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</p>					
<p>EDAD</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p>	<p>Número de años cumplido al momento del estudio</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Discreta</p>	<p>Años</p>
<p>SEXO</p>	<p>Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.</p>	<p>Respuesta otorgada por el paciente al momento de estudio.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>-Hombre</p> <p>-Mujer</p>

ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Respuesta otorgada del paciente en relación a su estado conyugal (social y/o civil) al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	-Soltero -Casado -Viudo -Divorciado -Unión libre -Separado
ESCOLARIDAD	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado académico alcanzado por el paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
OCUPACION	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.	Actividad laboral de los pacientes el momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	-Ama de casa -Estudiante -Profesionista -No estudia -No trabaja

RELIGION	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Se definirá operativamente la religión que practican los pacientes al momento de estudio.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Católico -Cristiano -Testigo de Jehová -Judío -Mormón -Ateo
-----------------	--	---	-------------	---------	---

TIPOLOGIA FAMILIAR	<p>Vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente,</p> <p>como el matrimonio, que, en algunas sociedades, sólo permite la unión</p> <p>entre dos personas Y vínculos</p> <p>de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se</p> <p>establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.</p>	<p>Se definirá operativamente el tipo de familia de acuerdo al parentesco que refieren los pacientes al momento del estudio, según Revilla y su clasificación de tipología familiar..</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nuclear -Seminuclear (monoparental, uniparental) -Consanguínea (extensa, semi Extensa) -Compuesta -Múltiple
---------------------------	--	---	--------------------	----------------	--

Universo de trabajo y muestra:

- Muestreo a conveniencia

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes con VIH de un año o menos de diagnóstico.
- Adscritos a la UMF92.
- Ambos sexos.
- Edad mayor a 18 años.
- Acepten participar en el estudio.
- Firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que pertenezcan a un núcleo familiar.

b) Criterios de exclusión:

- Presenten algún grado de discapacidad física motora.

c) Criterios de eliminación:

- No contesten el cuestionario.

Instrumentos de investigación:

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7= totalmente de acuerdo), las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntuación entre 25 y 175 puntos

Escala de relaciones intrafamiliares, consta de cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo, los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

Se citaron a los pacientes en el Auditorio de la UMF 92, donde contestaron las escalas, posteriormente se vaciaron los datos al programa S-PSS Versión 20 y después se analizaron las variables que se representaron los resultados en gráficas y tablas.

Desarrollo del Proyecto:

Se citaron a los pacientes y se aplicaron dos instrumentos de evaluación que son la escala de Resiliencia y escala de Relaciones intrafamiliares, se les proporcionó un formato de cada instrumento, una ficha de identificación las cuales debieron llenar correctamente.

Límite de tiempo y espacio:

Este estudio se realizó a los pacientes con diagnóstico de VIH de recién diagnóstico que se encuentran adscritos a la UMF No. 92 IMSS, se citaron en la unidad para que contestaran los instrumentos de evaluación, además de que firmaron un consentimiento informado antes de que llenaran cualquier otro documento.

Cronograma:

Actividad a realizar	Agosto- Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero- Julio 2015	Agosto- Octubre 2015	Noviembre Diciembre 2015	Enero- Marzo2 016	Abril Octubre 2016	Nov Ene2 017	Febrero2 017
Planteamiento del problema										
Estructura de marco teórico										
Búsqueda de bibliografía										
Presentación ante comité 1401										
Aprobación del comité										
Realizar constructo										
Corrección de constructo										
Recolección de información										
Análisis de resultados										
Redacción del escrito										
Presentación de Tesis										

Diseño de análisis:

Para este estudio se utilizaron variables cualitativas las cuales incluyen la escala de Resiliencia, la Escala de relaciones intrafamiliares, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión y fueron analizadas mediante tablas, gráfica de barras, tablas de frecuencia. También se utilizaron variables cualitativas las cuales son edad. Se utilizó el programa SPSS V20.

VIII.- Implicaciones éticas:

El estudio es factible de realizar ya que para su realización se basará en la aplicación de instrumentos claros y precisos, además de que se contará con la participación de los pacientes seleccionados, los resultados permitirán conocer e implementar estrategias para poder crear una red de apoyo familiar al paciente así como una digna calidad de vida.

En el proceso de este estudio como lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 13 prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos participantes ajustándose a los principios científicos y éticos establecidos.

En el reglamento, en su artículo 17 este estudio manejó **un riesgo mínimo** ya que se trata de un estudio prospectivo donde se emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos.

El artículo. 20 señala que se extenderá un consentimiento informado a los participantes donde se les informara acerca de las características del estudio, junto con los riesgos y beneficios de dicha investigación, donde a libre elección autorizara o no su participación en la investigación, protegiéndose la privacidad del participante, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

También este estudio se basa en las normas éticas, en el del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en la declaración de Helsinki, en el código de Núremberg e Informe de Belmont como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica dedicadas a la investigación.

Presupuesto y financiamiento

Recursos humanos:

Investigador: Dra. Paola Pacheco Rueda.

Asesor: Dra. Olivia Reyes Jiménez.

Pacientes con Diagnóstico reciente de VIH.

Recursos físicos:

Unidad de Medicina Familiar No.92

Auditorio de la UMF No. 92

Recursos materiales:

Laptop, hojas de papel, pluma, lápiz, goma, sacapuntas

IX.- Resultados y discusión

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, prospectivo en 50 pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.

Encontrando que el porcentaje de sexo en los pacientes con VIH fue del 74% para masculino, seguido del 26% para femenino. (Gráfica 1)

Referente al estado civil, el porcentaje fue del 30% para casado, seguido del 26% para soltero. (Gráfica 2)

El porcentaje de ocupación fue del 62% para profesionalista, seguido del 12% para empleado. (Gráfica 3)

En cuanto al grado de escolaridad fue del 70% para licenciatura, seguido del 30% para preparatoria. (Gráfica 4)

De acuerdo al porcentaje de tipología familiar se encontró que fue del 72% para nuclear, seguido del 14% para compuesta. (Gráfica 5)

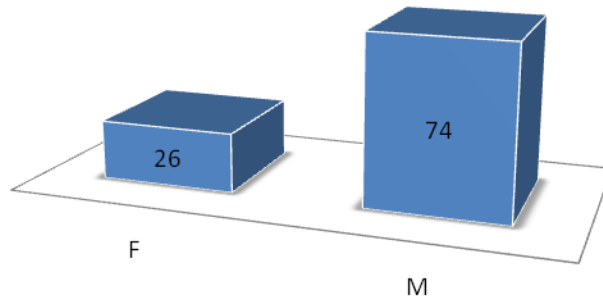
Se encontró que el porcentaje de religión fue del 84% para católico, seguido del 8% para cristiano. (Gráfica 6)

El porcentaje de nivel de resiliencia en los pacientes con VIH fue del 68% para alta, seguido del 18% para medio. (Gráfica 7)

Las relaciones intrafamiliares fueron del 62% para alta, seguido del 20% para media alta. (Gráfica 8)

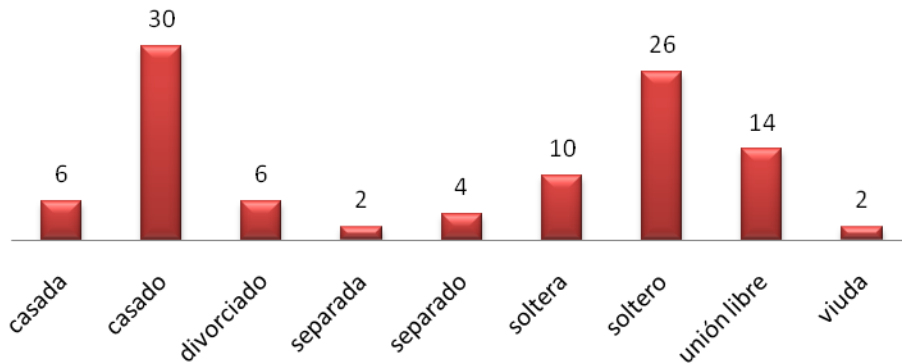
La media de edad 34.4, moda de 24, 26, 31, 33 y 38, mediana 32.5. (Tabla 1)

Gráfica 1. Porcentaje de sexo de pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



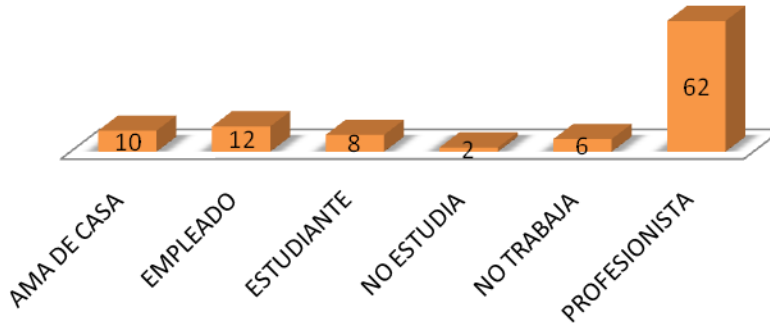
Fuente: Encuestas

Gráfica 2. Porcentaje de estado civil de pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



Fuente: Encuestas

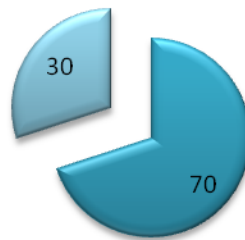
Gráfica 3. Paorcentaje de ocupación de pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



Fuente:Encuestas

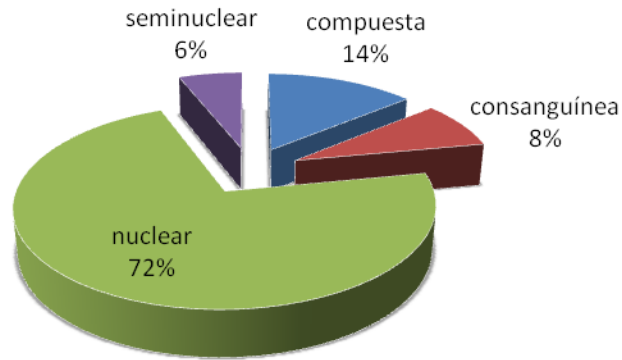
Gráfica 4. Porcentaje de escolaridad en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.

■ licenciatura ■ preparatoria



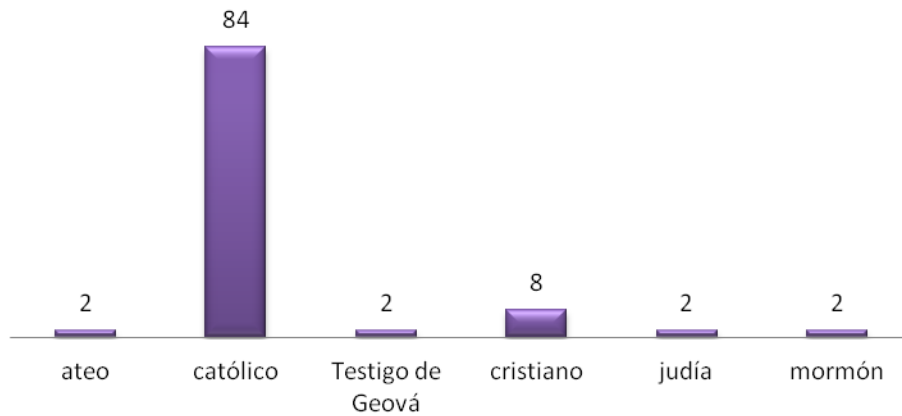
Fuente:Encuestas

Gráfica 5. Porcentaje de tipología familiar en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



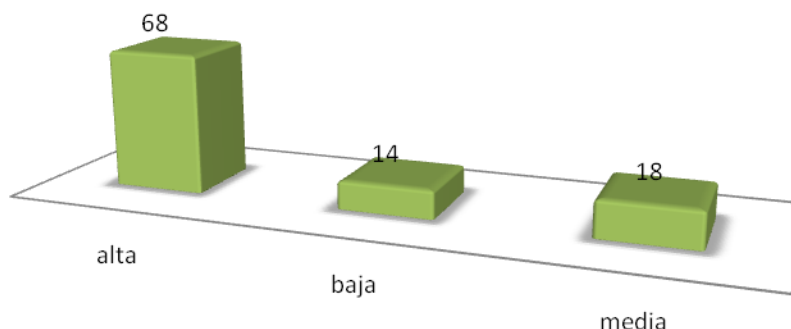
Fuente: Encuestas

Gráfica 6. Porcentaje de religión en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



Fuente: Encuestas

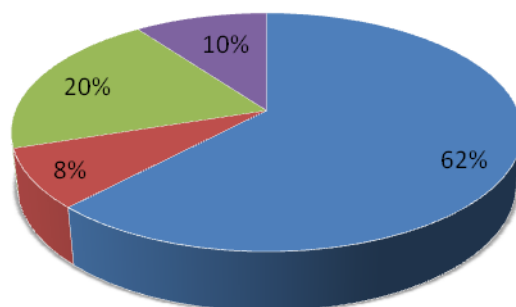
Gráfica 7. Porcentaje del nivel de resiliencia en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.



Fuente:Encuestas

Gráfica 8. Porcentaje de las relaciones intrfamiliares en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.

■ alta ■ baja ■ media-alta ■ media-baja



Fuente:Encuestas

Tabla 1. Frecuencia de edad en pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015.

Edad	Frecuencia
20.0	2
21.0	1
22.0	2
23.0	2
24.0	3
25.0	1
26.0	3
27.0	2
28.0	1
29.0	2
30.0	2
31.0	3
32.0	1
33.0	3
34.0	2
35.0	1
36.0	2
38.0	3
39.0	1
40.0	1
42.0	1
45.0	2

46.0	1
48.0	1
49.0	1
50.0	1
52.0	1
54.0	1
55.0	1
56.0	1
57.0	1
Total	50

Discusión:

Con la finalidad de generar información, respecto a la familia como el contexto social más inmediato en el cual transcurre la enfermedad al ser diagnosticada se en uno de los integrantes de la misma, la dinámica es puesta a prueba tanto al interior como al exterior del núcleo familiar. Es de gran importancia conocer el nivel de aceptación del diagnóstico, así como el apoyo que presentan de parte de su familia ya que contribuyen para la realización de un tratamiento integral del enfermo.

Grotberg (1995), diferenció tres características definitorias acerca de la resiliencia: 1) aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...), 2) aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy..., yo estoy) y 3) aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...), en el presente estudio se pudo observar que mientras mayor sean las relaciones entre la familia, tienen un nivel más alto de resiliencia, necesitan de gran apoyo por parte de sus seres queridos para poder afrontar la enfermedad.

En la familia es donde se aprende a escuchar, conocer y desarrollar las obligaciones y deberes que se tiene como individuo, se satisfacen las necesidades elementales, como es el vestido, la comida, un techo así como también el amor, el cuidado y es aquí donde los individuos aprenden sobre ellos mismos es donde se empiezan las bases de la autoestima, a partir de las actividades que se llevan a cabo en la familia es de donde surge la socialización y la adquisición de valores por el individuo.

La teoría general de sistemas se estudia a la familia como sistemas abiertos donde se establecen ciertas pautas de interacción, los elementos que lo conforman tienen un objetivo en común, se pueden afectar unos a otros, es por esto que al hablar de cambios en la composición familiar, se encontró en este estudio que el VIH es una enfermedad que afecta principalmente a los adultos jóvenes y juega un papel importante, ocasionando modificaciones en las familias, como la disolución de las parejas, la separación de esa persona de su ámbito familiar para insertarse a otros grupos y constituir así una nueva familia, la interacción prolongada con la muerte de algunos adultos, cambia la estructura familiar, es por esto que mientras más altas sean las relaciones intrafamiliares se puede generar una red de apoyo para que el paciente afronte de la mejor manera la enfermedad.

X.- Conclusiones

El que diagnostiquen a un paciente VIH provocará cambios en la familia e implica un reajuste en todos los integrantes; ya que no solo tiene repercusiones para el propio paciente sino también para las personas que le rodean y dependerá de cada uno la manera en que afronten la situación.

La familia es parte fundamental en la comprensión y manejo de la misma, ya que si se desconoce la forma de enfrentarse a la nueva situación y como apoyar al paciente es más propenso a desarrollar crisis que hacen más difícil la convivencia con la misma incluyendo la adherencia terapéutica y el pronóstico a largo plazo.

Se pudo observar que mientras mayor sean las relaciones entre la familia, tienen un nivel más alto de resiliencia, por lo tanto se pueden crear más redes de apoyo entre ellos para beneficio de estos pacientes.

XI.- Recomendaciones

Proponer el envío a programas que respondan a la resolución de conflictos que se dan en esta problemática ayudando al fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares de los pacientes con VIH.

En el primer nivel de atención, por ser el primer contacto con los pacientes, debemos asesorar sobre las enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, así como el uso de preservativo, otorgando pláticas para los pacientes con fines de prevención.

Participación activa del personal de salud para fomentar los niveles altos de resiliencia así como los de relaciones intrafamiliares, para el buen afrontamiento de la enfermedad y adherencia terapéutica.

XII. Bibliografía

1. Becker, G., Newson, E. Resilience in the Face of Serious illness Among Chronically ill African Americans in Later Life. *The Journals of Gerontology*, 4,2005, p 214-223.
2. Becoña, E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicología y psicopatología clínica*. 11,2006; p 125-146.
3. Huerta G JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, D.F.: Alfil Editores; 2005. p 135-142
4. La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra: OMS, 1978
5. Perfil de las familias de pacientes con VIH de una unidad de medicina familiar de Xalapa. *Archivos en medicina familiar*.2, 2010,p 14-19.
6. Impacto psicosocial en personas que viven con VIH/SIDA en Monterrey. *Psicología y Salud*. 22, 2012; p 163-172.
7. Nuñez P. La educación de tu hijo. Guía para mejorar las relaciones familiares. Trillas, México, D.F, 3ra edición, 2007.p 145-162
8. Garcia G. Rodriguez A. El VIH, mi familia y yo, *AdvancingtherapeuticsImprovingLives*, med Int. 4, 2010, p1-8
9. Smilkstein G. Antología de la familia. *Rev colombiana de Psiquiatría*, 35, 2010, p 24-28.
10. López M. Impacto social y económico del VIH en los individuos y familias *Social Arch* , 26, 2010, p 28-30.
11. Perez V. Estrada A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y manejo. *Hospital Juarez de México*. 2008. vol. 71. 2011, p 29-35
12. Vicenc S, Gonzalez J. Manual del SIDA, 7a ed, publicaciones Permanyer, 2008.
13. Estrada S., Jaramillo A. El laboratorio en el diagnóstico y seguimiento del paciente con VIH/SIDA. *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. 2005. pp:6-16.
14. Campos J. Buendia C. Atención integral de la familia viviendo con VIH/SIDA. 2008. pp:3-10
15. World population prospects: the 2010 revision. Publicación de la división de población del departamento de asuntos económicos y sociales de las naciones unidas. (3):3-6

16. Flores F. Almanza M, Gómez A. Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana* 16, 2008.p 6-13.
17. Aprender a vivir con el VIH/SIDA manual sobre cuidados y apoyo a los enfermos de VIH/SIDA. Organización Mundial de la Salud. Organización de las Naciones Unidas. 2012
18. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, septiembre 2012.
19. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública*, 1997; 39:38-43.
20. VIH/SIDA en México. Centro nacional para la prevención y control del SIDA. 2012. p: 25-31.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

XII. Anexos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL ESTUDIO	"Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015".	
PATROCINADOR EXTERNO	Ninguno	
LUGAR Y FECHA	Ecatepec estado de México, dd-mm-aaaa	
NUMERO DE REGISTRO	XXXXX	
JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO	Conocer el nivel de resiliencia y de relaciones intrafamiliares en pacientes con diagnóstico reciente de VIH.	
PROCEDIMIENTOS	Aplicación de cuestionarios	
POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS	Exposición de información personal	
POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRA AL PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO	Alguna red de apoyo y canalización a terapia familiar	
INFORMACION SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	Se citara a consulta externa en caso de resultados alterados	
PARTICIPACION O RETIRO	Voluntario	
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD	Con base a los códigos éticos de IMSS y Ley de salud	
BENEFICIOS AL TERMINO DEL ESTUDIO	Red de apoyo familiar	
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRA DIRIGIRSE A:	Dra. Paola Pacheco Rueda	
En caso d dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comision de Etica de Investigacion de la CNIC del IMSS. Avenida cuauhtemoc 330 4° piso bloque B de la Unidad de Congresos, colonia doctores, Mexico DF CP 06720 Telefono (55) 56276900 ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx		
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma	

INSTITUTO MEXICANO DEL SERGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92

FICHA DE IDENTIFICACION		
NOMBRE:	EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN:	
DOMICILIO:	C.P.	MUNICIPIO O ESTADO:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRONICO:	
ESCOLARIDAD: A) PRIMARIA C) PREPARATORIA E) POSGRADO B) SECUNDARIA D) LICENCIATURA F) OTROS _____		

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

Instrucciones: Señala (X) que tan desacuerdo o en acuerdo estas de las siguientes frases.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?

1. Siempreestoyendesacuerdo.
2. Casi siempre estoy en desacuerdo.
3. A veces estoy en desacuerdo.
4. Ni en desacuerdo ni en acuerdo.
5. A veces estoy en acuerdo.
6. Casi siempre estoy en acuerdo.
7. Siempreestoyenacuerdo.

- 1.- Cuando planeo algo lo realizo.
- 2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.
- 3.- Dependo más de mi mismo que de otras personas.
- 4.- Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas.
- 5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.
- 6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.
- 7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.
- 8.- Soy amigo de mi mismo.
- 9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.
- 10.-Soy decidido (a).

- 11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.
- 12.- Tomo las cosas una por una.
- 13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.
- 14.- Tengo autodisciplina.
- 15.- Me mantengo interesado en las cosas.
- 16.- Por lo general, encuentro algo de que reírme.
- 17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.
- 18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.
- 19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.
- 20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.
- 21.- Mi vida tiene significado.
- 22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.
- 23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.
- 24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.
- 25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.

Escala de Relaciones Intrafamiliares

(ERI)

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

ESCALA DE RELACIONES INTRAFAMILIARES	TA	A	N	D	TD
1.-En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2.-Nuestra familia no hace las cosas junta	5	4	3	2	1
3.-Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
4.-Hay muchos malos sentimientos en la familia	5	4	3	2	1
5.-Los miembros de la familia acostumbran a hacer cosas juntos	5	4	3	2	1
6.-En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	5	4	3	2	1
7.-Me avergüenza expresar emociones dentro de la familia	5	4	3	2	1
8.-En nuestra familia es importante para todo expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1

9.-Frecuentemente tengo que adivinar sobre que piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten	5	4	3	2	1
10.-Somos una familia cariñosa	5	4	3	2	1
11.-Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
12.-Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	5	4	3	2	1
13.-En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
14.-En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	5	4	3	2	1
15.-En nuestra familia hay un sentimiento de unión	5	4	3	2	1
16.-En mi familia yo me siento libre de expresar mis opiniones	5	4	3	2	1
17.-La atmosfera de mi familia usualmente es desagradable	5	4	3	2	1
18.-Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente	5	4	3	2	1
19.-Generalmente nos desquitamos con el mismo miembro de la familia cuando algo sale mal	5	4	3	2	1
20.-Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	5	4	3	2	1
21.-Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1

22.-Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia	5	4	3	2	1
23.-En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
24.-Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	5	4	3	2	1
25.-Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto	5	4	3	2	1
26.-Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
27.-Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia	5	4	3	2	1
28.-En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
29.-Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás	5	4	3	2	1
30.-Los miembros de la familia en verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros	5	4	3	2	1
31.-En mi familia yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga	5	4	3	2	1
32.-Los conflictos de mi familia nunca se resuelven	5	4	3	2	1
33.-En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	5	4	3	2	1
34.-Si las reglas se rompen no sabemos que	5	4	3	2	1

esperar					
35.-Las comidas en mi casa usualmente son amigables y placenteras	5	4	3	2	1
36.-En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
37.-Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38.-Nos contamos nuestro problemas unos a otros	5	4	3	2	1
39.-Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en si mismo	5	4	3	2	1
40.-Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia	5	4	3	2	1
41.-En mi familia yo siento que puedo hablar de las cosas y solucionar problemas	5	4	3	2	1
42.-Nuestra familia no habla de sus problemas	5	4	3	2	1
43.-Cunado surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
44.-El tomar decisiones en nuestra familia es un problema	5	4	3	2	1
45.-Los miembros de la familia realmente se apoyan	5	4	3	2	1
46.-En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1

47.-En nuestra familia cuando alguien se queja otro se molesta	5	4	3	2	1
48.-Si hay algún desacuerdo en la familia tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz	5	4	3	2	1
49.-Nuestras decisiones no son propias si no que están determinadas por cosas fuera de nuestro control	5	4	3	2	1
50.-La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores	5	4	3	2	1
51.-La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
52.-Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones	5	4	3	2	1
53.-Todo funciona en nuestra familia	5	4	3	2	1
54.-Pelemos mucho en nuestra familia	5	4	3	2	1
55.-Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos	5	4	3	2	1
56.-Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas	5	4	3	2	1