

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ESTRUCTURA FAMILIAR Y DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS  
PACIENTES CON VIH SIDA, EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
INFECTOLOGÍA EN EL HGR Y UMF 220, IMSS, TOLUCA, MÉXICO  
DURANTE 2011”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA.**

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

**PRESENTA  
M.C. LIZBETH CASTRO CABALLERO**

**DIRECTORA DE TESIS  
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

**REVISORES DE TESIS  
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
E.M.F. MONICA LÓPEZ GARCÍA  
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

**TOLUCA, MÉXICO**

**2013**

**“ESTRUCTURA FAMILIAR Y DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS  
PACIENTES CON VIH SIDA, EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
INFECTOLOGIA EN EL HGR Y UMF 220, IMSS, TOLUCA, MEXICO  
DURANTE 2011”**

## DEDICATORIAS

A DIOS, POR BENDECIR A DIARIO MI VIDA Y  
HABERME PERMITIDO CONCLUIR UN ESLABON EN  
MI PROFESIÓN.

A MI MADRE JOSEFINA  
POR APOYAR MIS SUEÑOS

A MIS HERMANOS (JORGE, VERO) Y  
AMIGOS; (EVELYN, MALICHO, NORA,  
CARMEN) QUE SIEMPRE ESTUVIERON  
CONMIGO

A MI SUEGRA MARIA DEL PILAR POR  
IMPULSAR MI ESFUERZO

A MI HIJA VANESSA POR SER EL ANGELITO QUE LE DA LUZ A MI VIDA EN EL CAMINO  
OBSCURO, LA PAZ EN LA TEMPESTAD, ALEGRIA EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES Y  
POR SER EL FRUTO DE MI AMOR.

A MI ESPOSO DANIEL POR ESTAR PRESENTE EN CADA PROYECTO DE MI VIDA, COMPARTIR  
MI ESFUERZO, MI SACRIFICIO Y MIS LOGROS, GRACIAS POR SER MI COMPAÑERO Y AMIGO  
INCONDICIONAL.

## ÍNDICE

Cap.	Pág.
<b>I. MARCO TEÓRICO.</b>	<b>1</b>
<b>I.1.- Estructura familiar</b>	<b>1</b>
<b>I.1.1. Estructura familiar y el paciente con VIH SIDA</b>	<b>1</b>
<b>I.1.2. Límites</b>	<b>2</b>
<b>I.1.2.1. Límites claros</b>	<b>2</b>
<b>I.1.2.2. Límites difusos</b>	<b>2</b>
<b>I.1.2.3. Límites rígidos</b>	<b>3</b>
<b>I.1.3. Jerarquía</b>	<b>3</b>
<b>I.1.4. Centralidad</b>	<b>3</b>
<b>I.1.5. Periferia</b>	<b>3</b>
<b>I.1.6. Alianzas y Coaliciones</b>	<b>3</b>
<b>I.1.7. Hijo parental</b>	<b>3</b>
<b>I.2.- Tipología familiar</b>	<b>3</b>
<b>I.3.- Genograma</b>	<b>5</b>
<b>I.3.1 Propuesta de la simbología del genograma de acuerdo con el censo de los médicos familiares a nivel nacional.</b>	<b>9</b>
<b>I.3.2. Relaciones Interpersonales afectivas</b>	<b>10</b>
<b>I.3.3. Simbología para identificar la estructura familiar</b>	<b>11</b>
<b>I.4.- Depresión</b>	<b>12</b>
<b>I.4.1. Depresión y VIH SIDA</b>	<b>12</b>
<b>I.5.- VIH SIDA</b>	<b>15</b>
<b>I.5.1. Panorama Mundial</b>	<b>15</b>
<b>I.5.2. Panorama Nacional</b>	<b>16</b>
<b>I.5.3. Etapas del VIH SIDA</b>	<b>17</b>
<b>I.5.4. Fases del VIH SIDA</b>	<b>17</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>19</b>
<b>II.1 Argumentación.</b>	<b>19</b>
<b>II.2 Pregunta de Investigación.</b>	<b>19</b>
<b>III. JUSTIFICACIONES.</b>	<b>20</b>
<b>III.1 Sanitaria.</b>	<b>20</b>
<b>III.2 Social.</b>	<b>20</b>
<b>III.3 Académica.</b>	<b>20</b>
<b>IV. HIPÓTESIS</b>	<b>21</b>
<b>IV.1 Elementos de la hipótesis.</b>	<b>21</b>
<b>IV.1.1 Unidades de Observación.</b>	<b>21</b>
<b>IV.1.2 Variables.</b>	<b>21</b>
<b>IV.1.2.1 Dependiente.</b>	<b>21</b>
<b>IV.1.2.2 Independientes.</b>	<b>21</b>
<b>IV.1.3 Elementos lógicos de relación.</b>	<b>21</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>V.1 General.</b>	<b>22</b>
<b>V.2.Específicos.</b>	<b>22</b>
<b>VI. MÉTODO.</b>	<b>23</b>
<b>VI.1 Tipo de estudio.</b>	<b>23</b>
<b>VI.2 Diseño del estudio.</b>	<b>23</b>

<b>VI.3 Operacionalización de variables.</b>	<b>24</b>
<b>VI.4 Universo de Trabajo.</b>	<b>25</b>
<b>VI.4.1 Criterios de inclusión.</b>	<b>25</b>
<b>VI.4.2 Criterios de exclusión.</b>	<b>25</b>
<b>VI.4.3 Criterios de eliminación.</b>	<b>25</b>
<b>VI.5. Instrumento de Investigación</b>	<b>26</b>
<b>VI.5.1 Descripción</b>	<b>26</b>
<b>VI.5.2 Validación</b>	<b>26</b>
<b>VI.5.3 Aplicación</b>	<b>26</b>
<b>VI.5.4.- Interpretación.</b>	<b>26</b>
<b>VI.6 Desarrollo del proyecto</b>	<b>27</b>
<b>VI.7 Límite de tiempo</b>	<b>28</b>
<b>VI.8 Límite de espacio</b>	<b>28</b>
<b>VI.9 Diseño de análisis</b>	<b>28</b>
<b>VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.</b>	<b>29</b>
<b>VIII. ORGANIZACIÓN</b>	<b>32</b>
<b>IX. RESULTADOS Y DISCUSIONES</b>	<b>33</b>
<b>X.- CUADROS Y GRAFICOS</b>	<b>35</b>
<b>XI.- CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>XII-SUGERENCIAS</b>	<b>49</b>
<b>XIII.- BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>50</b>
<b>XIV. ANEXOS</b>	<b>53</b>

## **I.- MARCO TEÓRICO.**

### **I.1.- ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL PACIENTE CON VIH SIDA**

Los seres humanos nos enfrentamos a diversas crisis, una de ellas es la enfermedad crónica. Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entre en crisis, con más razón lo podrá hacer el conocer que uno de +sus miembros padece una enfermedad crónica, como es el caso del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente. (1) así lo demuestra un estudio realizado en 88 familias comparativo descriptivo correlacional, que identifica la disfunción familiar y estructura persistente en aquellas familias que tenían un paciente identificado con patología crónica, caracterizada en su mayoría por: límites difusos 43% o rígidos 6.8%, sin alianza parental, incongruencia jerárquica materna 31.8%, coaliciones con los hijos 43.2%, centralidad negativa 29.5%, hijo parental 15.9%, conflictos, sobre involucramiento y algún miembro periférico 38.6%. (2)

#### **I.1.1 ESTRUCTURA FAMILIAR**

Minuchin (1986) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia” (3); De acuerdo con esto, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales, al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema, definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes(4).Dicho en otras palabras la estructura familiar es el patrón repetitivo de las interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones, y por medio de la observación de estos patrones puede determinarse la estructura familiar de una determinada familia, así como su funcionalidad o disfuncionalidad.(5)

Cabe mencionar que en este modelo se considera que la familia está formada por subsistemas, que permiten su funcionamiento. Dichos subsistemas pueden formarse con base en distintos elementos; por ejemplo, se pueden crear por generaciones, sexo, intereses o funciones. Minuchin (1992) los clasifica de la siguiente manera:

- a) Subsistema individual: incluye el concepto de sí mismo dentro de su contexto; contiene así, los determinantes personales e históricos del individuo.
- b) Subsistema conyugal: está formado por dos adultos de diferente sexo, quienes aportan para la relación de pareja, valores y expectativas que servirán de base para la educación de los hijos.
- c) Subsistema parental: se forma por la pareja en relación con los hijos, desempeñándose la tarea de socialización de éstos.

d) Subsistema fraterno: hace referencia a la relación que se da entre hermanos, de manera que las pautas aprendidas en este subsistema se generalizan a otros sistemas (escuela, trabajo, círculo de amigos, etc.), tanto en la infancia como en la edad adulta.

Algunas de las dimensiones estructurales que se identificaron dentro del modelo estructural de Salvador Minuchin y que han ayudado a la clasificación de los patrones estructurales, son los “límites”, los “alineamientos” y el “poder”, se considera que cada transacción humana contiene las tres dimensiones. (5)

Los límites: reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en la familia, es la definición de roles necesarios para cumplir una actividad, dentro de esta dimensión se destacan cuestiones como la diferenciación, la permeabilidad y la rigidez entre los individuos y subgrupos de una familia y entre ésta y su medio ambiente; incluyendo conceptos como amalgamamiento y desarticulación.

Los alineamientos se refiere la definición de roles en la familia, son las reglas de unión u oposición entre los miembros o los subsistemas para cumplir una función, generalmente estas reglas no son explícitas ni reconocidas y aquí entran aspectos como la coalición, la alianza y la triangulación.

La última dimensión es el poder o la fuerza; se refiere a la influencia relativa de cada miembro en una actividad determinada y es un atributo relativo y no absoluto, que depende de la operación en curso, por ejemplo un hijo puede tener mayor poder cuando tiene alguna enfermedad.

Minuchin (1992) destaca algunas formas de interacción en el sistema familiar que conforman su estructura: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, centralidad, periferia e hijos parentales (4)

### **I.1.2.LÍMITES**

Los *límites internos* se identifican por las reglas que imperan entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los *límites externos* se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el ambiente externo a ella, como por ejemplo otras familias y grupos sociales. Existen tres tipos de límites:

**I.1.2.1. Límites claros:** son aquellos que se pueden definir con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y otros. (6)

**I.1.2.2 Límites difusos:** se caracteriza por que sus miembros no saben con precisión, quien debe participar, cómo y cuándo deben hacerse las cosas, hay falta de autonomía, en la relación de los miembros, hay aglutamiento entre los miembros, se evita confrontación de problemas, existe excesiva lealtad. (6)

**I.1.2.3 Límites rígidos:** este límite se caracteriza por no cambiar cuando debe cambiar, ocasionando subsistemas desligados, por lo que son demasiado independientes, sin mostrar lealtad y pertenencia. (6)

**I.1.3.- JERARQUÍA:** consiste en la autoridad o el poder que se le reconoce a una persona dentro de la familia lo cual permite el cumplimiento de roles y funciones (4), establecimiento de reglas con base en las cuales se organiza la interacción familiar; Para que esta estructura de poder sea funcional, requiere de cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante situaciones excepcionales, o críticas y debe quedar bien definida en el contexto de la vida familiar (7)

**I.1.4.- CENTRALIDAD O TERRITORIO:** se refiere al espacio que cada quien ocupa en cada contexto. Es aquella persona alrededor de la cual giran las interacciones familiares que pueden ser por aspectos positivos *centralidad positiva*, rotativa, funcional, cuando es por aspectos negativos se considera *centralidad negativa* disfuncional. (8)

**I.1.5- PERIFERIA:** El miembro periférico es quien interactúa lo menos posible con los demás del sistema familiar. Este es el miembro que tiene menor participación en la organización e interacción familiar.

**I.1.6. -ALIANZAS Y COALICIONES:**

a) Las alianzas son la unión de dos o más miembros de la familia con el fin de apoyarse sin estar en contra de alguien. (4) Este tipo de interacción suele ser funcional, principalmente el parental, su ausencia se puede considerarse disfuncional.

b) Las coaliciones significan el apoyo que se establece entre dos o más miembros de la familia para estar en contra de otro. (4) la coalición son fuente de problemas disfunciones.

**I.1.7.- HIJO PARENTAL:** Se habla de que hay un hijo parental cuando en el sistema familiar a éste se le asigna el rol de alguno de los progenitores. Umbarger (1983) Minuchin (1986) y Hoffman (1992) señalan que una estructura disfuncional posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de sus miembros. (3)

**I.2.- TIPOLOGIA FAMILIA**

La mitad de los pacientes con VIH/SIDA, viven con su familia de origen y el resto vive con sus hijos o abuelos u otros familiares. Sólo 14% de los pacientes viven en pareja en cuanto al rol familiar quien cuida al paciente con VIH sida 47,4% son madres que cuidan a su hijo(a) y 23,7% son hermanos cuidadores. (9)

Es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan. Toda familia nuclear o extendida relaciona con otros sistemas con los que debe interactuar,



que afectan su dinámica en forma negativa o positiva. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados (10)

Familia grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados, por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad.(11)

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de familias por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a esta familia. Observando la tipología familiar de Irigoyen encontramos las siguientes definiciones: (12)

Según el desarrollo:

Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según su demografía:

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua, potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según su integración:

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados.

Por su composición:

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

Por su ocupación:

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Por sus complicaciones:

Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

Contraída: cuando fallece uno de los padres.

Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa

### **I.3.- GENOGRÁMA**

Es la representación gráfica de las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica. También se le conoce como familiograma, árbol genealógico.

El Familiograma o genograma, es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra.

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

Con el genograma se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. (13) algunas de sus ventajas:

- Presentación de un registro médico sistemático
- Formato gráfico de lectura fácil.
- Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
- Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
- Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
- Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
- Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
- Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico.
- Pone en evidencia pautas de enfermedad.
- Facilita la educación del paciente.
- Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
- Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
- El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
- Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
- Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.
- Representa la estructura funcional de la familia.

La adecuada precisión del familiograma como medio para recolectar con éxito datos de diferentes grupos sociales ha sido validada para diferentes realidades. Si bien no se tienen estudios para cada realidad local sobre el uso del instrumento, la propia práctica ha confirmado su facilidad y pertinencia, siendo un instrumento muy empleado en diversos contextos

Los datos se registran en el familiograma a través de un conjunto de símbolos, la mayoría de los cuales son internacionalmente aceptados.

La notación simbólica es la siguiente: (14)

El Hombre es representado por un cuadrado.

La Mujer es representada por un círculo.

Dos personas que son cónyuges están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.

Si una pareja tiene hijos, ellos son representados por un cuadrado o círculo, según el sexo, que nace de la línea que conecta la pareja; comenzando con el mayor y de izquierda a derecha. Una vez concluida la grafica el paciente o usuario índice, deberá utilizar una línea punteada para englobar a los miembros que viven bajo el mismo techo.

Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son mono cigotos (idénticos) éstos a su vez están

conectados por una línea horizontal. En el caso de los hijos adoptados, la línea que los conectan a la línea de los padres es discontinua o incluye la letra A.

La persona clave (o paciente) alrededor de quien se construye el familiograma se identifica con una línea doble o se señala con una flecha.

La línea que une a los cónyuges es continua cuando los cónyuges están casados y discontinuos cuando son convivientes. En el caso de las parejas no casadas, esta fecha representa cuando empezaron a vivir juntos.

Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. Cuando haya sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final.

Deben anotarse los símbolos correspondientes a todos los integrantes de tres generaciones de la familia (vivan o no en el hogar), indicando, si es necesario, la fecha desde cuando están viviendo juntos.

El embarazo actual es representado por un triángulo.

La pérdida por aborto es representada por un círculo pequeño negro.

Las personas muertas se representan con una X dentro del símbolo cuadrado o círculo, según haya sido el sexo.

Idealmente, al lado de cada uno de los símbolos de los miembros se pueden incluir las edades p.ej. 68 (68 años), 5 m (5 meses), o año de nacimiento p.ej. (año 99). Las edades generalmente se escriben dentro de los símbolos, mientras que la fecha de nacimiento se coloca en la parte superior e izquierda.

Igualmente puede utilizarse el familiograma para registrar otros antecedentes de importancia como la ocupación y antecedentes patológicos, riesgos o problemas de salud crónicos o de importancia, si los hubiera p.ej. Diabetes, alcoholismo.


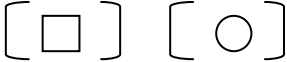

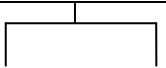
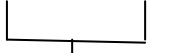


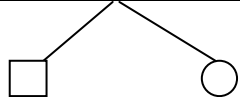
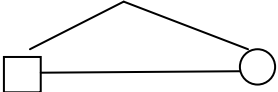
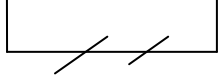
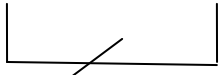
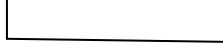

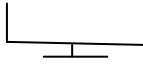

A este tipo de familiograma en el que se grafican fundamentalmente los miembros de la familia y su relación de parentesco o convivencia se le denomina familiograma estructural, a diferencia del familiograma funcional donde también se registran la calidad e intensidad de las interrelaciones entre los miembros.

Un aspecto importante a considerar es que no en todas las especialidades que usan el familiograma emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, sin embargo la estructura general es la misma.







Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un Familiograma bien ejecutado son los siguientes:

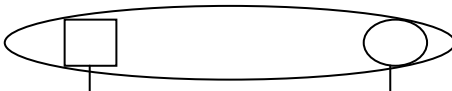
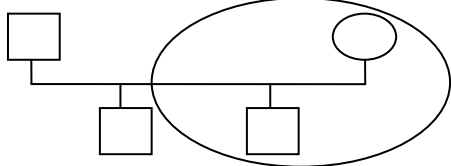
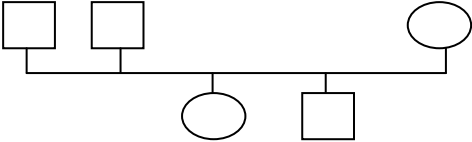
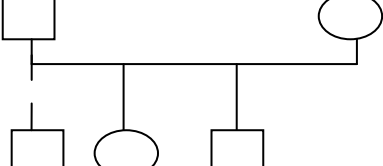
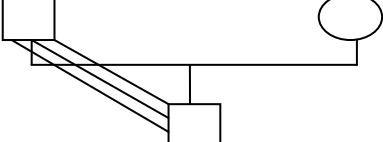
- a. Tipo de familia (Familia nuclear, mono parental, reconstituida, etc.) y ciclo vital (Formación, expansión, despliegue y contracción, etc.):
- b. Separaciones o divorcios.
- c. Si el paciente es el hijo mayor o el menor: mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos. Si se trata de un Hijo Único: pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales. Si se trata de una persona con todos sus hermanos/as de sexo opuesto: tendrá mucha experiencia con personas del sexo opuesto pero muy poca con los del propio sexo. Si se trata de hermanos con una diferencia de edad mayor de cinco años: son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.
- d. La presencia de abuelos/Suegros, tíos, etc. puede indicar potenciales problemas de invasión de límites.
- e. Multitud de separaciones y/o divorcios. Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.
- f. Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse por ejemplo: Alcoholismo, Madres solteras, embarazos, adolescente, incesto, síntomas físicos.

**I.3.1- PROPUESTA DE LA SIMBOLOGIA DEL FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL DE ACUERDO CON EL CENSO DE LOS MEDICOS FAMILIARES A NIVEL NACIONAL.**








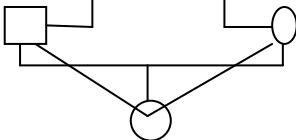
SEXO HOMBRE/MUJER/INDEFINIDO	
ADOPCION	
MATRIMONIO	
VINCULO DESCENDENTE	
VINCULO ASCENDENTE	
PERSONAS QUE HABITAN EN LA CASA	
UNION LIBRE	
GEMELOS HETEROCIGOTOS	
GEMELOS HOMOCIGOTOS	
DIVORCIO	
SEPARACION	
MATRIMONIO	
DESCENDENCIA DESCONOCIDA	
MATRIMONIO SIN NI HIJOS	
VIVEN LEJOS DEL HOGAR	

### I.3.2.- RELACIONES INTERPERSONALES AFECTIVAS

RELACIONES CONFLICTIVAS	
RELACIONES CERRADAS	
RELACIONES DOMINANTES	
DISFUNCIONES EN EL MATRIMONIO	
DISFUNCIONES EN EL MATRIMONIO Y AMANTE	
RELACIONES DISTANTES	

ALINZA	
COALICION	
HIJO PARENTAL	
PADRE EN FUNCION DE HIJO	
SOBREINVOLUCRAMIENTO	

### I.3.3.- SIMBOLOGIA PARA IDENTIFICACION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

LÍMITES CLAROS Y FLEXIBLES	
LÍMITES DIFUSOS	
LÍMITES RIGIDOS	
JERARQUÍA	
PERIFERIA	
CENTRALIDAD	
CONFLICTO	
TRIANGULACIÓN	



## **I.4.- DEPRESIÓN**

### **I.4.1.- DEPRESIÓN Y VIH SIDA**

La enfermedad por VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad.

Hess (1988) menciona el proceso de "duelo" por el cual atraviesa un paciente infectado por el VIH/ SIDA siendo su ansiedad y depresión entre otras, algunas de las respuestas emocionales en este proceso; más tarde, Miller (1985) y Prhen (1987) consideran "...que la inmunodepresión producida por el estrés psicológico puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad" y Abreud y col (1989) en Brasil, realizaron una investigación en pacientes con SIDA y encontraron una incidencia de 21.6% de déficit cognitivo y 60% de depresión; así mismo, en el Perú, Mazzoti (1993) encontró una prevalencia de 12% para la depresión mayor en seropositivos asintomáticos y un 10,6% para la distimia. Los trastornos de ansiedad que aparecen al conocer el diagnóstico de la enfermedad, o durante la espera del resultado de las pruebas diagnósticas, son variados y van desde la simple ansiedad (nerviosismo, trastorno del apetito, insomnio), hasta verdaderas manifestaciones de pánico, fobias o cuadros obsesivo-compulsivos. (15)

El trastorno de ajuste es una respuesta mórbida al estresor que constituye el recibir el diagnóstico de enfermedad por VIH y que, además, está condicionado por diversos factores como grado de vulnerabilidad psicológica del paciente, coexistencia de trastornos de la personalidad o psiquiátricos, entorno familiar, social y laboral, y acceso a una adecuada consejería. Se ha identificado algunos trastornos de ajuste que pueden involucrar al área afectiva (ansiedad, depresión), de la conducta (agresión) o somática (cefalea, fatiga), y también trastornos de ajuste que manifiestan aislamiento e inhibición sea laboral, académica o social.

La depresión, la ansiedad y la ira son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad. Considerando la importancia de los aspectos emocionales en la infección por el VIH. La mayoría de los varones con VIH/SIDA muestra niveles de sintomatología depresiva localizados entre la depresión leve, moderada y grave. (16) Ha sido demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una comorbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión (17)

Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Por otra parte, la mayoría de los estudios trasversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%) siendo este grupo etéreo el más afectado por el VIH sida.

Finalmente, la depresión es un problema de salud pública; debido a la magnitud y trascendencia que representa es necesario continuar midiendo su Ocurrencia junto con los factores de riesgo asociados para la población mexicana, esto contribuirá para que se realicen acciones específicas para incidir en ella. (18)

Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos, 15% terminan suicidándose y al menos 66% todos los que se suicidan han tenido una depresión previa. (19)

Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR (20)

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

- A Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es, estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
  - (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
  - (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente auto reproches o culpa por estar enfermo).
  - (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
  - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
- C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
- E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación

mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR (20)

Nota: Codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y graves con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.

Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo Deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobre agregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).

En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. Sin otra especificación.

## **I.5.- VIH SIDA**

### **I.5.1.- PANORAMA MUNDIAL.**

El SIDA fue reconocido por primera vez como una nueva enfermedad en el año 1981 en los Estados Unidos de Norteamérica.

En 1983, científicos del mismo país identificaron el VIH 1. El mismo año, el VIH 2 fue identificado en Francia.

La epidemia del SIDA constituye una de las crisis de salud más devastadoras de la edad contemporánea, que destroza familias y comunidades en todo el mundo. Para 2005 habían fallecido más de 25 millones de personas, ONUSIDA estimaba que en el 2005 3,1 millones de adultos y niños habían muerto de SIDA, 2,4 millones de ellos en el África subsahariana y se calculaba que 39 millones vivían con el VIH. Se estima que tuvieron lugar 4 millones de nuevas Infecciones en 2005 (el 95% de las mismas en el África subsahariana, Europa oriental y Asia). (21). en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30-36 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2- 3,2 millones] en 2007. En 2007, fallecieron como consecuencia del sida 2,0 millones [1,8– 2,3 millones] de personas, actualmente el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado a 33 millones de personas en todo el mundo, con cerca de 7500 nuevas infecciones diarias (22)

Si bien el África subsahariana ha sido la región más seriamente afectada, otras regiones también se enfrentan a graves epidemias. En los próximos 20 años de seguir las tendencias actuales, 68 millones de personas podrían morir prematuramente como consecuencia del VIH sida (23)

Por grupo de edad, se estima que 38.0 millones son individuos de 15 o más, A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH ha aumentado de 1,6 millones [1,4-2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9-2,3 millones] en 2007 (24) Casi el 90% viven en África Subsahariana, en las regiones donde la epidemia está generalizada las mujeres están cada vez más expuestas al riesgo de contraer esta infección pues en todo el mundo acumulan ya 17.5 millones viviendo con el VIH es decir 43% del total. (25) No obstante, el sida continúa siendo la principal causa de mortalidad en África, donde vive el 67% de las personas VIH positivas del mundo. En este continente, el 60% de las personas que viven con el VIH son mujeres, y tres de cada cuatro jóvenes VIH positivos son de sexo femenino.

La financiación para programas sobre el VIH en países de ingresos bajos y medianos durante el periodo 2001-2007 está empezando a dar sus frutos, y en muchos de esos países se aprecian ya avances notables por lo que respecta a la reducción del número de fallecimientos por sida y a la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, los progresos siguen siendo desiguales, y el futuro de la epidemia todavía es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

### **I.5.2.- PANORAMA NACIONAL.**

En México, la respuesta ante el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha sido firme. Los resultados de las continuas acciones que se han desarrollado desde 1983 año en que se diagnosticó el primer caso en México, han permitido el control de la epidemia.

Desde que inició la epidemia, se han llevado a cabo acciones para mejorar el sistema de registro epidemiológico, también se han realizado estudios que han abarcado diversos puntos geográficos en el territorio nacional, así como diferentes poblaciones clave en términos de vulnerabilidad; sin descuidar la vigilancia centinela que se realiza con todas las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH (26)

CONASIDA informa que por institución el IMSS realiza 56,973 detecciones de VIH a mujeres embarazadas, con atención prenatal a 596,287 de las cuales el 9.6% son positivas para VIH, con 14 casos de transmisión peri natal y en general se realizaron en 2009 190644 detecciones, recibiendo tratamiento retroviral 21544. (27)

En México por grupo de edad y genero, de 0-14 años 356 hombre el 1.9% 359 mujeres 4.8% de 15ª 29 años 8 218 hombres 44.5% 3634 mujeres 48.6% de 30 a 44 años 7.675 41.6 hombre y 2675 35.8% mujeres, de 45 y mas años 2221 12% de hombres 809 10.8% mujeres y 205 casos de hombres desconocidos 1.1% y 48 mujeres .6% siendo el D.F seguido de Veracruz y el Edo de México los estados con mayor índice de casos diagnosticados (28)

México es un país que tiene una epidemia relativamente estable, que se encuentra concentrada en grupos de población que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo comercial y usuarias de drogas inyectables.

México se comprometió a detener la epidemia de VIH SIDA para el año 2015 como firmante de la declaración del milenio de las naciones unidas.

Definición: La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido al equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente, se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas Infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA. (29)

Tres vías de transmisión:

Sexual

Sanguínea

Transmisión materno infantil.

La extensión del daño al sistema inmunológico se puede medir haciendo un recuento de las células CD4 en sangre.

Su recuento indicará la fase de la enfermedad.

Recuento normal de CD4: 500-1200 células/ml

Clasificación de la etapa de VIH: (30)

A1 asintomático >500 29%

A2 asintomático 200-499 14-28%

A3 asintomático < 200 <14%

B1 sintomático >500 29%

B2 sintomático 200-499 14-28%

B3 sintomático < 200 <14

C1 indicador de SIDA >500 29%

C2 indicador de SIDA 200-499 14-28%

C3 indicador de SIDA < 200 <14

### **I.5.3.- ETAPAS DEL VIH SIDA**

A.- Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente

B.- Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:

- Candidiasis oro faríngea o vaginal >1 mes
- Síndrome diarreico crónico >1 mes
- Síndrome febril prolongado >1 mes
- Baja de peso >10 Kg
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes Zoster >1 episodio o >1 dermatoma
- Listerosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
- Proceso inflamatorio pelviano
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénico idiopático
- Displasia cervical

C.- Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*
- Criptococosis meníngea o extra pulmonar

### **I.5.4.- FASES DEL VIH SIDA**

1. Infección por el VIH

Viremia. "inoculación".

2. Período ventana

Duración: hasta 3 meses después de la infección. No hay síntomas ni signos.

En esta etapa el virus se está multiplicando rápidamente; su nivel en sangre y en otros fluidos corporales es muy alto (es decir, la carga viral es elevada), por lo cual la persona es muy contagiosa. Pero el resultado de la prueba del VIH es negativo dado que el organismo todavía no ha comenzado a desarrollar los anticuerpos que se miden con ella.

3. Seroconversión

Duración: marca el final del período ventana; tarda una o dos semanas. En este punto, el cuerpo comienza a desarrollar anticuerpos contra el VIH, los que la

mayoría de las pruebas de VIH miden. A partir de la seroconversión, el resultado de la prueba del VIH es positivo. En este momento, es factible padecer una enfermedad parecida a la gripe con fiebre, dolores de cabeza, dolor de garganta, cansancio, inflamación de glándulas, dolor en las articulaciones y sarpullido. Este breve período de enfermedad pasa a menudo inadvertido.

#### 4. Período asintomático o sin síntomas (período de latencia)

Duración: variable; menos de un año hasta 15 años o más.

La mayoría se mantiene saludable durante unos 3 años, pero el número real de años varía de persona a persona. Alrededor de un 5 a 10% comienza a experimentar problemas de salud a partir del primer o segundo año. Otro 5 a 10% no presenta síntomas por hasta 15 años. Estos plazos dependen mucho de las circunstancias socioeconómicas. El tener suficiente dinero para comprar buenos alimentos, vivir en condiciones salubres y tener acceso a los medicamentos, puede resultar en más años de vida.

#### 5. Enfermedad relacionada con el VIH/SIDA

Duración: meses a años; 4 ó 5 años en promedio.

Los signos y síntomas de la enfermedad comienzan a aparecer, leves en un principio, pero gradualmente se vuelven más frecuentes, más severos y duraderos.

#### 6. SIDA

Duración: generalmente menos de dos años, salvo que se pueda seguir un tratamiento. En países en desarrollo, la mayoría muere dentro del año de ingresar en esta fase. En cambio, donde se utilizan fármacos antirretrovirales, las personas con SIDA pueden vivir muchos años.

Directrices de la OMS para el diagnóstico clínico del SIDA en un adulto:

Para diagnosticar el SIDA, deben estar presentes al menos dos signos principales y uno menor, ante la ausencia de otra explicación clara de tales signos (31)

Signos principales:

Pérdida de más del 10% del peso corporal

Diarrea por más de 1 mes

Fiebre por más de 1 mes

Signos menores:

Tos persistente por más de 1 mes

Sarpullido generalizado con escozor

Culebrilla recurrente (herpes zoster)

Aftas en boca y garganta

Herpes labial crónico diseminado y grave (herpes simple)

Inflamación generalizada de los nódulos linfáticos

Pérdida de la memoria

Pérdida de la capacidad intelectual

Afectación de los nervios periféricos

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **II.1.- ARGUMENTACIÓN**

La familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar conocidas como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia” De acuerdo con esto, la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales, al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema, definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes.

Algunas de las dimensiones estructurales que se identificaron dentro del modelo estructural de Salvador Minuchin y que han ayudado a la clasificación de los patrones estructurales, son los “límites”, los “alineamientos” y el “poder”, se considera que cada transacción humana contiene las tres dimensiones, destaca algunas formas de interacción en el sistema familiar que conforman su estructura: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, centralidad, periferia e hijos parentales.

Toda familia nuclear o extendida relaciona con otros sistemas con los que debe interactuar, que afectan su dinámica en forma negativa o positiva. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. Familias con un paciente identificado con patología crónica se caracterizan por disfunción familiar y estructura persistente con límites difusos o rígidos, sin alianza parental, incongruencia jerárquica, coaliciones con los hijos, centralidad negativa, conflictos, y algún miembro periférico.

La depresión, la ansiedad y la ira son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por el VIH se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión localizados entre la depresión leve, moderada y grave. Ha sido demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una comorbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión.

Finalmente, la depresión es un problema de salud pública; debido a la magnitud y trascendencia que representa es necesario continuar midiendo su ocurrencia junto con los factores de riesgo asociados para la población mexicana, esto contribuirá para que se realicen acciones específicas para incidir en ella. Actualmente el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado a 33 millones de personas en todo el mundo, con cerca de 7500 nuevas infecciones diarias, y en 20 años 68 millones muertes prematuras.

### **II.2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la estructura familiar y el grado de depresión que presentan los pacientes con VIH SIDA, que acuden a la consulta externa de infectología, en el HGR 220 IMSS, Toluca, México?



### **III.- JUSTIFICACIONES**

En la actualidad mundial, la problemática de la infección por VIH sida ha evidenciado la necesidad de diseñar nuevas estrategias de intervención a los paciente infectados que no solo atiendan su nivel físico, sino de manera integral en su ámbito biopsicosocial y familiar. Así como su adaptación del individuo dentro del ciclo vital de la familia.

#### **III.1.- SANITARIA**

El entorno familiar constituye el factor ambiental más importante que incide en nuestra conducta, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de nuestra estabilidad emocional. Un gran número, de investigaciones han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas, tales como la depresión, la baja autoestima y problemas de conducta, es por eso que el presente estudio pretende describir entre el grado de depresión que sufren los pacientes con una enfermedad crónica como el VIH sida y su estructura familiar, considerando a esta enfermedad como factor de riesgo biopsicosial para presentar una alta probabilidad de daño en su capacidad de cumplir sus funciones básicas.

#### **III.2. SOCIAL**

Dando una atención integral de cada paciente o familia a través de nuestra especialidad podemos incidir en el proceso salud enfermedad del paciente, y de las repercusiones en su entorno familiar, al diagnosticar de manera oportuna y clasificar la depresión de éstos pacientes, así como la orientación clara de su desarrollo natural de la enfermedad, y las posibilidades de tratamiento, se espera mejorar la calidad de vida, y reforzar sus factores protectores que se contraponen que tienen como características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales el facilitar el desarrollo y expresión de potencialidades, bloqueando o disminuyendo el impacto de algunos factores de riesgo ya sea en forma individual y/o familiar con expresión y reconocimiento mutuo de afecto y autoestima, en un ambiente familiar con comunicación y reglas claras.

#### **III.3. ACADÉMICA**

El presente trabajo de investigación permite abrir líneas de investigación posteriores relacionados con un problema de salud pública que aún en nuestro tiempo se considera un tabú y que es difícil de abordar hasta para el mismo trabajador en salud, éste trabajo permitirá a su autor adquirir el diploma de especialista en medicina familiar.

## **IV.- HIPÓTESIS**

La familia con jerarquía ausente, centralidad presente, periferia ausente, límites rígidos, presencia de alianzas y ausencia de coaliciones presentan un mayor grado de depresión moderada en pacientes con VIH SIDA.

### **IV.1.- Elementos de la hipótesis.**

#### **IV.1.1.- Unidad de Observación**

Pacientes con VIH SIDA

#### **IV.1.2.-Variables**

Jerarquía, centralidad, periferia, límites, alianzas, coaliciones/ depresión moderada.

##### **IV.1.2.1.- Variable dependiente**

Jerarquía, centralidad, periferia, límites, alianzas, coaliciones.

##### **IV.1.2.2.- Variable independiente**

Depresión moderada.

#### **IV.1.3.- Elementos lógicos de relación**

La con presencia de y presentan mayor en pacientes

## **V.- OBJETIVOS**

### **V.1.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la estructura familiar y los grados de depresión que presentan los pacientes con VIH SIDA que acuden a la consulta externa de infectología en el HGR 220, IMSS, Toluca, México.

### **V.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la distribución de pacientes con VIH SIDA por grupo de edad
- Conocer la distribución de pacientes con VIH SIDA por género
- Identificar la jerarquía familiar en los pacientes con VIH SIDA
- Identificar la centralidad familiar en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar la periferia familiar en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar los límites familiares en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar las alianzas familiares en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar las coaliciones familiares en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar los subsistemas en los pacientes con VIH SIDA.
- Identificar por grupo de edad el grado de depresión que presentan los pacientes VIH SIDA
- Identificar por genero el grado de depresión que presentan los pacientes con VIH SIDA

## **VI.-MÉTODO**

### **VI.1.-TIPO DE ESTUDIO**

- Transversal
- Descriptivo
- Observacional

### **VI.2.- DISEÑO DEL ESTUDIO**

Una vez autorizado éste estudio de investigación por el comité local de investigación del HGR 220 del IMSS en Toluca, Estado de México, y contar con el consentimiento informado por los pacientes y/o tutores según su grupo de edad, se procedió a realizar las siguientes acciones específicas:

El investigador principal Lizbeth Castro Caballero, reunió a los pacientes que aceptaron participar en la investigación, y se les informo del objetivo y características del presente estudio, se aplico el cuestionario recolector de datos (entrevista para identificar la estructura familiar Montalvo y Soria) y el instrumento de investigación test de Zung, a 133 pacientes derechohabientes con VIH SIDA en la consulta externa de infectología del turno matutino del HGR y UMF 220, IMSS Toluca, México.

Los datos se procesaron y tabularon por métodos computarizados. Se utilizó como método estadístico el análisis porcentual para identificar diferencias en cuanto a la frecuencia en cada estructura de familia entre variables, finalmente para concluir y emitir sugerencias de acuerdo a los resultados encontrados.



#### **VI.4.- UNIVERSO DE TRABAJO**

Para el tamaño de la muestra, de acuerdo al total de 205 pacientes con VIH SIDA que consultan la consulta externa de infectología en el HGR 220, IMSS en Toluca, México, en el año comprendido de septiembre 2011 a diciembre 2011, se obtuvo una muestra de 133.89, con una desviación estándar de 1.96, e intervalo de confianza de 95% utilizando la formula estadística  $n = N \frac{p^2 q^2}{e^{2(N-1)} + p^2 q^2}$  con base en que el tipo de variables son nominales; el tamaño de la población es finita, y el tipo de muestreo es sin reemplazo.

##### **VI.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Pacientes con VIH - SIDA derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta de infectología del HGR 220 durante el periodo comprendido de septiembre a diciembre del 2011.

Pacientes con VIH - SIDA derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta de infectología del HGR 220 que acepten participar en el estudio.

##### **VI.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con VIH SIDA derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta de infectología del HGR 220 que presenten enfermedad crónico degenerativa metabólica asociada.

##### **VI.4.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes con VIH - SIDA derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta de infectología del HGR 220 que no terminen el instrumento de investigación.

## **VI.5.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **VI.5.1 Descripción**

Se utilizó la escala auto aplicada de depresión de Zung (self-rating depression scale, sds), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Guía de entrevista para identificar la estructura familiar (Montalvo y Soria), que consideran los siguientes aspectos: límites, jerarquía, alianzas y coaliciones, centralidad, periferia, hijo parental, con el objeto de este estudio de conocer la estructura familiar en los pacientes con VIH SIDA.

### **VI.5.2 Validación**

La escala de Zung fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Denzin (2001) señala que en la actualidad cerca del 90% de la investigación social utiliza entre sus herramientas la entrevista, una de las herramientas cualitativas fundamentales en el campo de la investigación.

### **VI.5.3.- Aplicación**

La escala auto aplicada de Zung formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

La guía de entrevista de Montalvo y Soria, consta 40 ítems que se subdivide en demográficos, jerarquía, centralidad, periferia, límites, alianzas, coaliciones, conflictos, hijo parental con las opciones de cada subsistema o su ausencia para otorgar una conclusión.

### **VI.5.4.- Interpretación**

La escala de likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la suma de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

## **VI.6.- DESARROLLO PROYECTO**

Se desarrolló a cabo de un periodo de cuatro meses con la recolección de datos a través del test de Zung y de una guía de entrevista para identificar la estructura familiar, considerando que la entrevista estructurada es un instrumento de investigación definida como estrategia útil y necesaria en investigaciones sociales, educativas, culturales, periodísticas y científicas manteniendo una conversación con criterios y un guión de preguntas preestablecidas, limitadas a respuestas según el protocolo que respondan a las cuestiones fundamentales de la investigación. Las preguntas estructuradas o enfocadas son necesarias para la obtención de las informaciones subjetivas requeridas.

Cumpliendo con las fases propias de ésta técnica que van desde la Planificación de la entrevista con su tema, guión de preguntas, objetivos, muestreo, luego la segunda fase que es el desarrollo de la entrevista con sus preguntas y respectivas respuestas. La formulación de preguntas según Sprandley, 1979 y Platton, 1990, se caracterizan por ser preguntas de: experiencia y conducta, creencias, afectividad, conocimientos sensoriales, temporalidad, y las dimensiones del sujeto entrevistado: edad, educación, estudio, ocupación, entre otros. Otros autores como: Brandt, 1972 y Platton, 1991, plantean que las preguntas deben ser orientadas por: comparaciones, evocación de hechos pasados, evocación de comportamientos pasados, reacciones afectivas.



### **VI.7.- LÍMITE DE TIEMPO**

Se realizó en un periodo de septiembre a diciembre del 2011.

### **VI.8.- LÍMITE DE ESPACIO**

Se realizó en la consulta externa de infectología del HGR 220 del IMSS en la Ciudad de Toluca, Estado de México

### **VI.9.- DISEÑO DE ANALISIS**

Se realizó una encuesta retrospectiva, observacional, descriptiva, a través de los instrumentos de investigación entrevista estructurada de Montalvo y Soria con las opciones de cada subsistema o su ausencia y test de Zung que cuentan con respuestas opcionales, utilizando una escala de likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre); La base de datos se concentró y utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

Se calcularon, medidas de tendencia central y de dispersión, la presentación se hizo además en tablas y gráficos de barra; y se calcularon proporciones.

## VII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Para realizar el presente estudio de investigación, se contó con la carta de consentimiento informado firmado por el paciente y/o tutor de acuerdo al grupo de edad, previa información de los objetivos, tipo de estudio, tiempo y espacio de realización, así como los instrumentos de investigación a aplicar, en base a lo estipulado en la Ley General de Salud y aplicando la normatividad vigente en materia de investigación por el IMSS.

### **LEY GENERAL DE SALUD 2011**

#### **CAPITULO I Disposiciones Comunes**

**ARTICULO 13.-**En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**ARTICULO 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

**ARTÍCULO 18.-** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

**ARTÍCULO 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**ARTÍCULO 21.-** para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

**ARTICULO 22.-** El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

**ARTICULO 23.-** En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

## **VIII ORGANIZACIÓN**

Tesista:

M.C. LIZBETH CASTRO CABALLERO

Directora de tesis:

E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA

## **IX RESULTADOS Y DISCUSIONES.**

En éste estudio de investigación, se incluyeron 133 pacientes con VIH SIDA que acuden a la consulta de infectología, derechohabientes del IMSS de la UMF y HGR 220, ubicado en Paseo Tollocan N° 620 Col. Vértice de la ciudad de Toluca, Estado de México de septiembre a diciembre del 2011, utilizando como instrumentos de investigación la escala auto aplicada test de Zung para identificar la presencia y grado de depresión y la entrevista estructurada de Montalvo y Soria para conocer su estructura familiar, se obtuvo la siguiente información: La mayor frecuencia de jerarquía en el subsistema parental; La ausencia de centralidad, periferia, alianzas y coaliciones, así como límites claros, y mayor frecuencia de depresión leve en los pacientes integrantes de éstas familias.(tabla y gráfico1).

El análisis estadístico de las medidas de tendencia central en edad y género, se encontró una moda de 34 años, mediana con un valor de 39 lo cual significa que 74 pacientes son menores a 39 años y 74 son mayores de ésta edad y un promedio de 41.1 años (tabla y gráfico 2). En cuanto al género la mayor frecuencia es para el género masculino con 105 pacientes representando un 79% de la muestra estudiada y el género femenino con 28 casos, representado con 21% (tabla y gráfico 3)

En la estructura familiar, la jerarquía mostro mayor frecuencia en el subsistema parental de padre a hijo, con 64 pacientes que representan el 48% de la muestra, y el subsistema conyugal en 34 pacientes con 25.5%, el subsistema fraterno y en otros miembros de la familia en un 7.5% con 10 pacientes, y finalmente la ausencia de jerarquía familiar en un porcentaje de 11.2% con 15 pacientes (tabla y gráfico 4). Con perdida de la jerarquía en el subsistema conyugal indica una estructura familiar no funcional, ya que es en éste subsistema donde las decisiones son fundamentales para el buen funcionamiento familiar(6).

La centralidad ausente mostro una frecuencia de 95 casos que representan 72% de la muestra estudiada, presentándose centralidad en el subsistema fraterno con 20% de tipo rotatorio (tabla y gráfico 5) por lo que se considera una centralidad que favorece la funcionalidad familiar.

La ausencia de periferia en 70.6% con 93 casos y la presencia de periferia en el subsistema conyugal con un 13.5%, el subsistema fraterno un 9.7% y parental en el 8% (tabla y gráfico 6) representan una estructura familiar no funcional.

En base a los límites, en éste estudio se presentan límites claros en 57 casos lo que representa el 43 %, límites rígidos en 28 casos con un porcentaje de 21%, ocasionando subsistemas desligados independientes sin muestras de lealtad y pertenencia al grupo familiar y difusos en 48 casos representados en 36% para límites que ocasiona individuos con falta de autonomía y amalgamiento entre sus miembros ambos grupos estructuras familiares no funcionales (tabla y gráfico 7)

Las alianzas y coaliciones, ambas con un mayor porcentaje de ausencia con 88.7% para alianzas (tabla y gráfico 8) y 67% para coaliciones, (tabla y gráfico 9), que son componentes que favorecen estructuras para familias funcionales, la coalición en el 33% de las familias, origina un porcentaje considerable de estructuras familiares no funcionales con 44 pacientes

El subsistema de mayor porcentaje es el parental con un 43.6% de los casos estudiados. (Tabla y gráfico 10).

Se encontró una significativa presencia de depresión en algún grado con el 64.6% existiendo una relación con estudios transversales realizados en Brasil (1989) donde se encontró un 60% de depresión; En Perú (1993) se registró un mayor porcentaje de depresión grave del 12% y leve en 10.6% (15), que no corresponde a lo registrado en éste estudio donde la depresión leve se presento en el 36.7%, la depresión moderada 25.4% y la grave un 2.5%, siendo el grupo de edad de 31-40 años (tabla y gráfico 11) y el género masculino 79% (tabla y gráfico 12), que difiere de lo reportado mundial y nacionalmente con mayor porcentaje en grupo de edad 15-29 años, con predominio del sexo femenino a razón de 4:1 sobre el sexo masculino (28), sin embargo la muestra de este estudio es finita y no representativa de la población nacional mexicana, por lo que la apertura de una línea de investigación nacional ampliaría esta información inicial.

## X. CUADROS Y GRAFICOS.

**TABLA 1.**

Distribución de la estructura familiar y los grados de depresión expresado en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar y la escala auto aplicada test de Zung para identificar depresión en los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

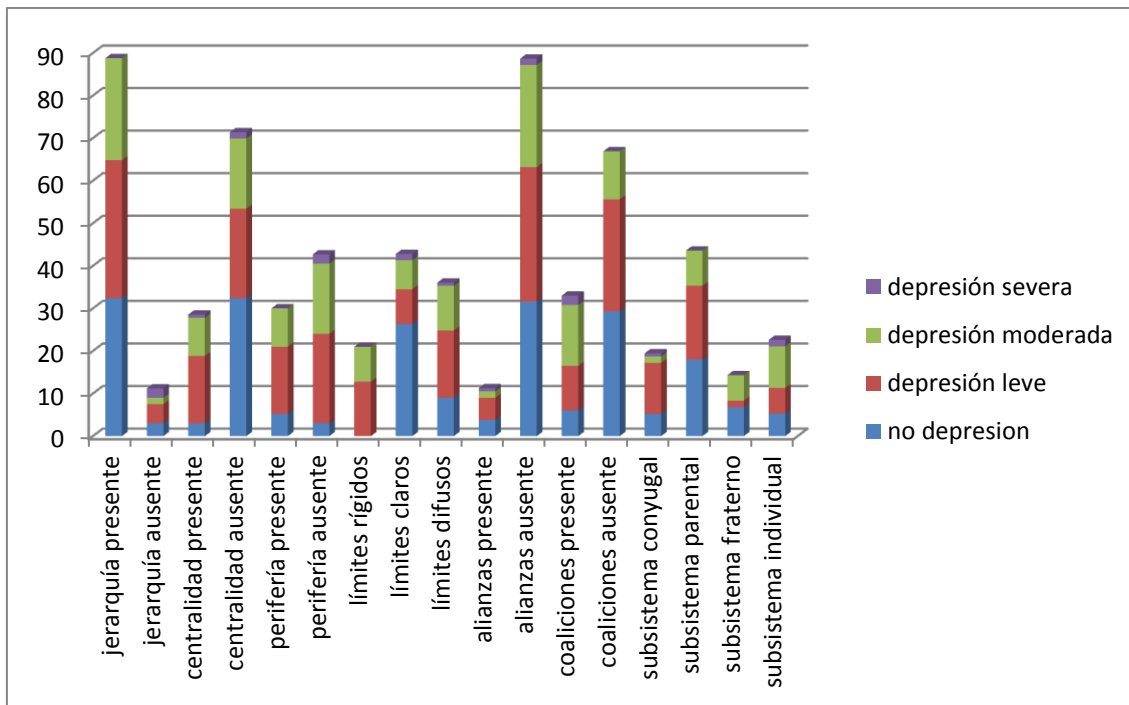
ESTRUCTURA FAMILIAR \ GRADOS DE DEPRESIÓN		NO DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN GRAVE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
JERARQUIA	PRESENTE	43	32.43	43	32.4	32	24	0	0	118	88.8
	AUSENTE	4	3	6	4.5	2	1.5	3	2.2	15	11.2
CENTRALIDAD	PRESENTE	4	3	21	15.8	12	9	1	0.75	38	28
	AUSENTE	43	32.43	28	21	22	16.5	2	1.5	95	72
PERIFERIA	PRESENTE	7	5.2	21	15.8	12	9	0	0	40	29.4
	AUSENTE	40	3	28	21	22	16.5	3	2.2	93	70.6
LIMITES	RIGIDOS	0	0	17	12.8	11	8.2	0	0	28	21
	CLAROS	35	26.3	11	8.2	9	6.8	2	1.5	57	43
	DIFUSOS	12	9	21	15.8	14	10.5	1	0.75	48	36
ALIANZAS	PRESENTE	5	3.8	7	5.2	2	1.5	1	0.75	15	11.2
	AUSENTE	42	31.6	42	31.6	32	24	2	1.5	118	88.8
COALICIONES	PRESENTE	8	6	14	10.5	19	14.3	3	2.2	44	33
	AUSENTE	39	29.3	35	26.3	15	11.3	0	0	89	67
SUBSITEMAS	CONYUGAL	7	5.2	16	12	2	1.5	1	0.75	26	19.5
	PARENTAL	24	18	23	17.3	11	8.3	0	0	58	43.6
	FRATERNAL	9	6.8	2	1.5	8	6	0	0	19	14.43
	INDIVIDUAL	7	5.3	8	6	13	9.8	2	1.5	30	22.5

Fuente: cuadro de concentrado de datos.

**GRÁFICO 1.**

Distribución de la estructura familiar y los grados de depresión expresado en porcentajes, que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar y la escala auto aplicada test de Zung para identificar depresión en los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.





Fuente: Tabla 1.

**TABLA 2.**

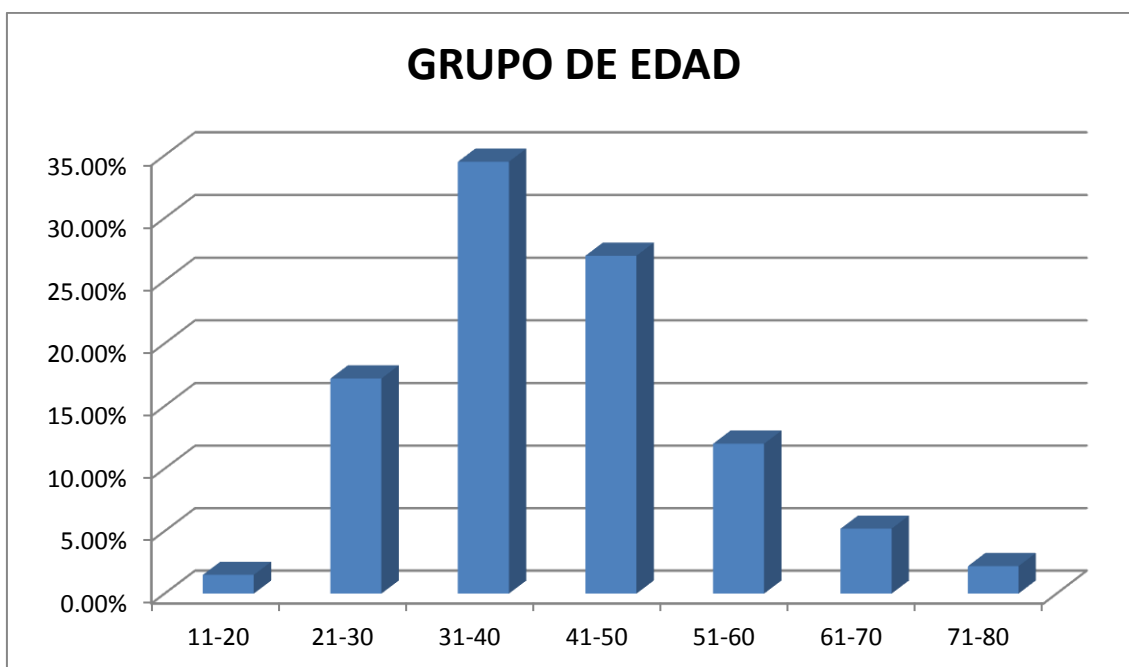
Distribución por grupo de edad expresado en números absolutos y porcentaje, que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar datos demográficos de los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	TOTAL	
	Nº	%
11-20	2	1.5
21-30	23	17.3
31-40	46	34.3
41-50	37	27.05
51-60	15	11.5
61-70	7	5.65
71-80	3	2.5
<b>TOTAL</b>	133	100

Fuente: Cuadro de concentrado de datos

## GRAFICO 2.

Distribución por grupo de edad expresados en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar datos demográficos de los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 2

## TABLA 3.

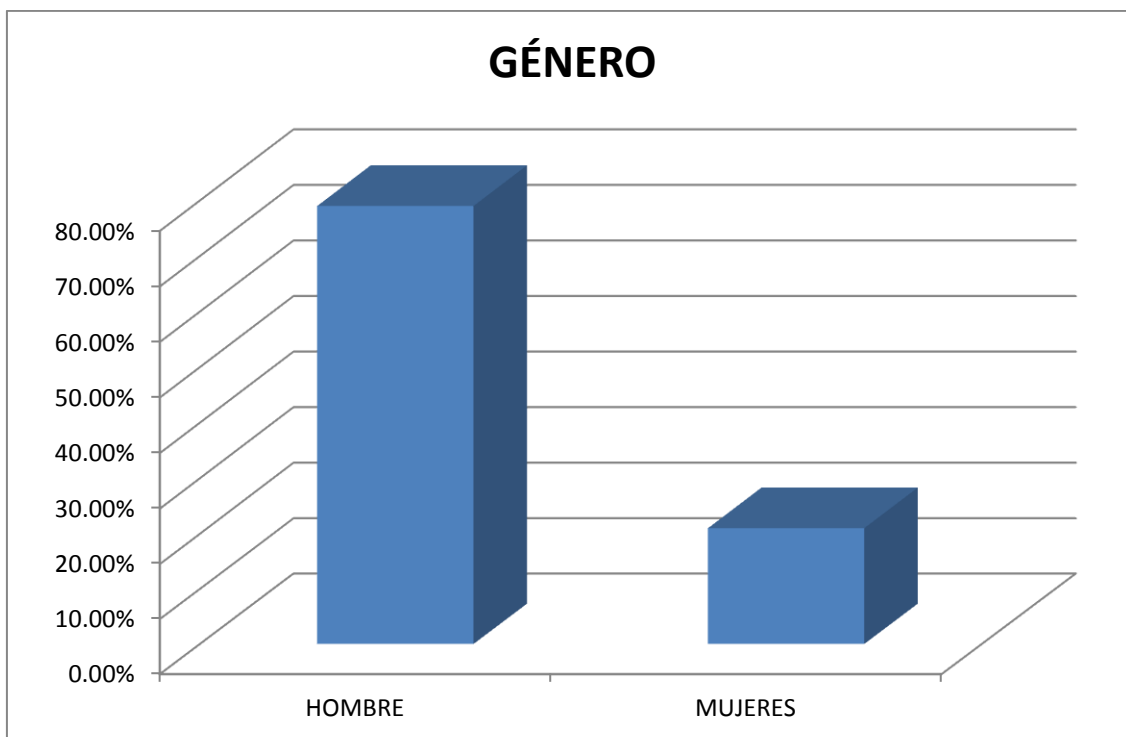
Distribución por género expresados en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar datos demográficos de los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

GÉNERO	N°	%
MASCULINO	105	79
FEMENINO	28	21
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 3.

Distribución por género expresados en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar datos demográficos de los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 3

### TABLA 4.

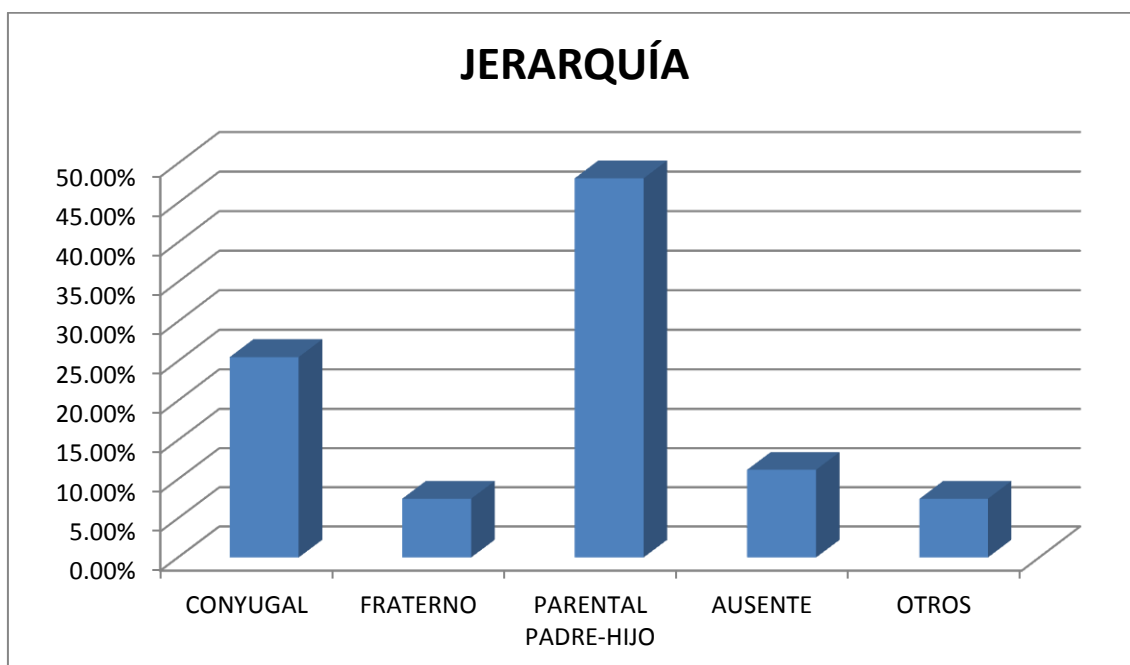
Distribución de la jerarquía expresada en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

JERARQUÍA	Nº	%
CONYUGAL	34	25.5
FRATERNAL	10	7.5
PARENTAL PADRE- HIJO	64	48.1
AUSENTE	15	11.2
OTROS	10	7.5
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos

**GRAFICO 4.**

Distribución de la jerarquía expresada en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 4.

**TABLA 5.**

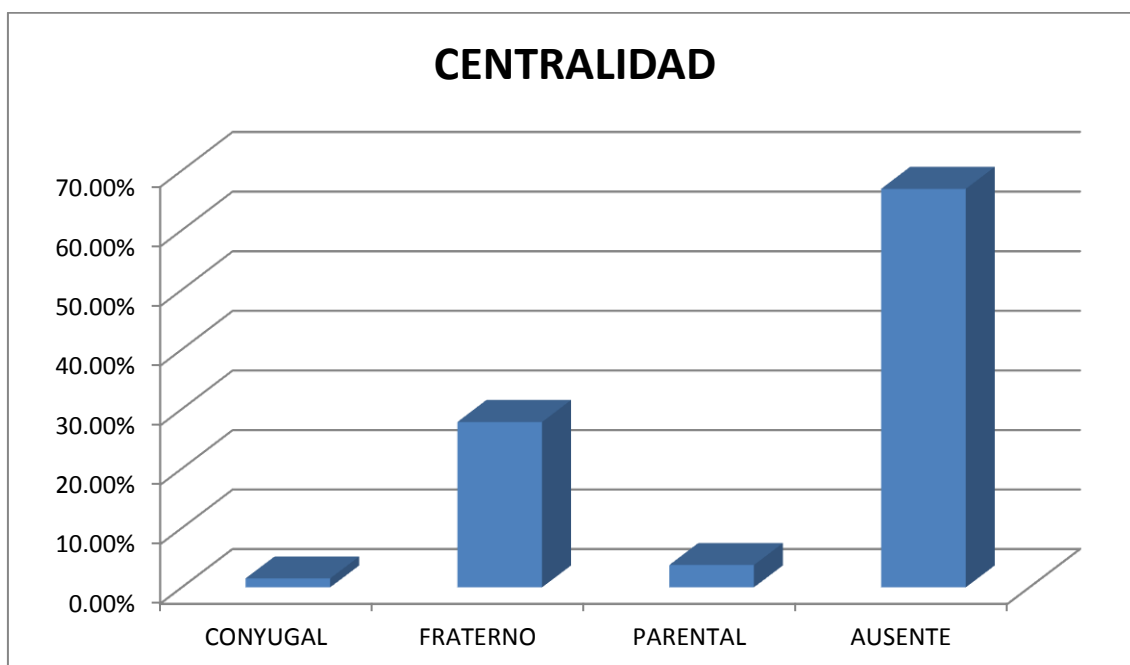
Distribución de la centralidad expresada en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

CENTRALIDAD	Nº	%
CONYUGAL	3	2
FRATERNAL	25	20
PARENTAL	7	6
AUSENTE	95	72
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 5.

Distribución de la centralidad expresada en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 5

### TABLA 6.

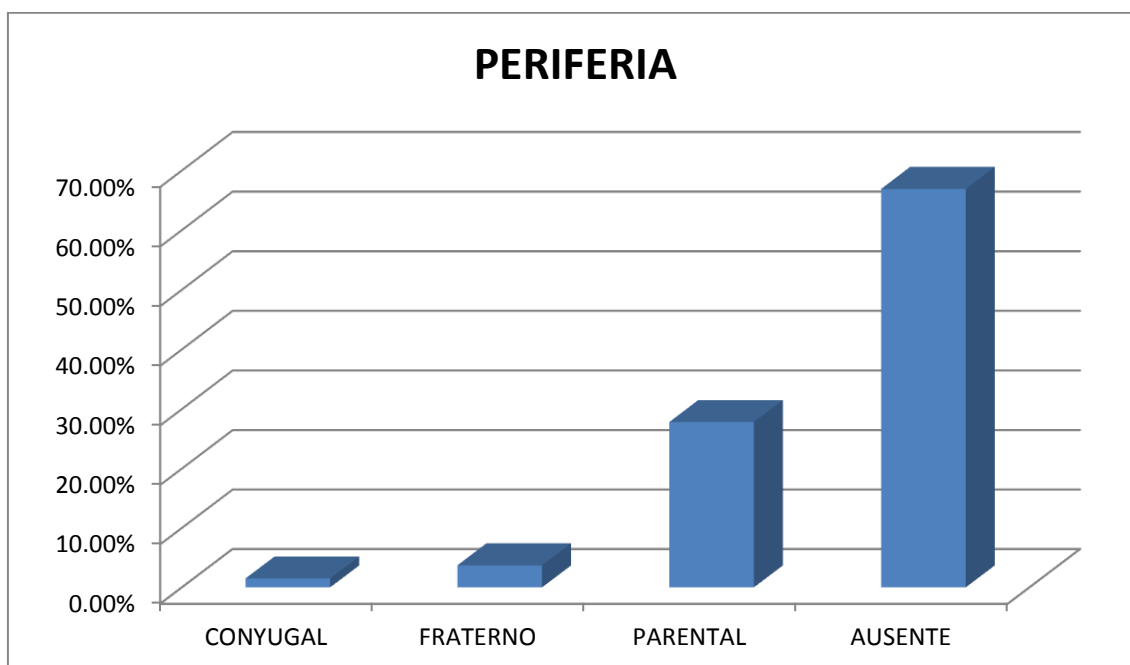
Distribución de la periferia expresada en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

PERIFERIA	Nº	%
CONYUGAL	18	13.5
FRATERNAL	13	9.7
PARENTAL	9	6
AUSENTE	93	70.6
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

**GRAFICO 6.**

Distribución de la periferia expresada en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 6.

**TABLA 7.**

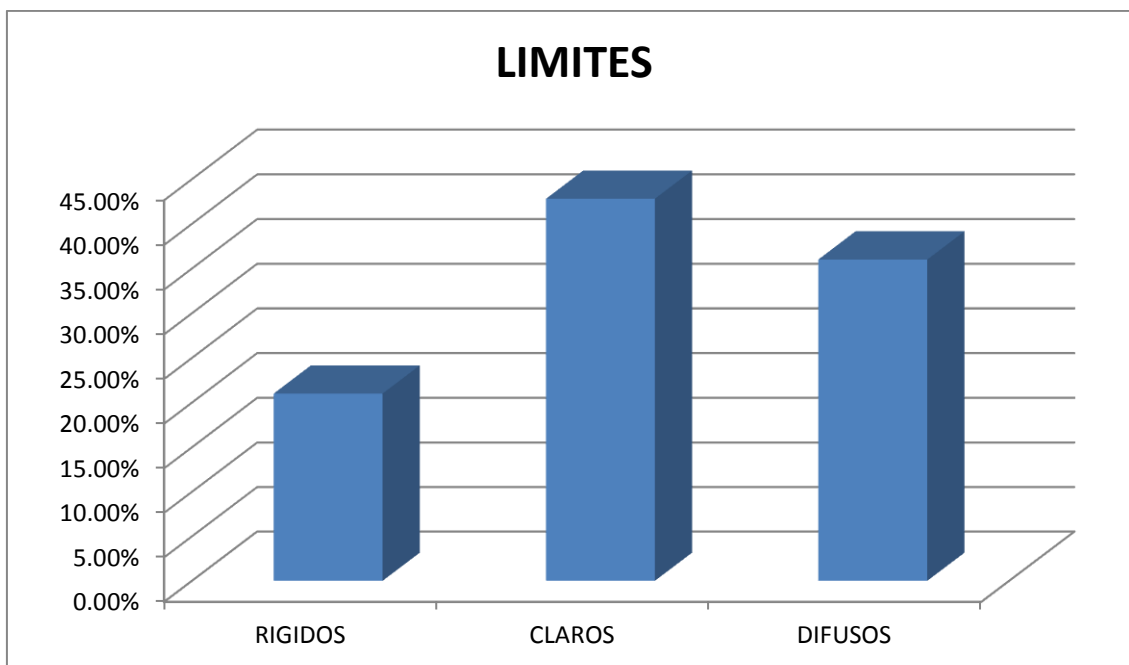
Distribución de los límites, expresados en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

LIMITES	N°	%
RÍGIDOS	28	21
CLAROS	57	43
DIFUSOS	48	36
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 7.

Distribución de los límites, expresados en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 7.

### TABLA 8.

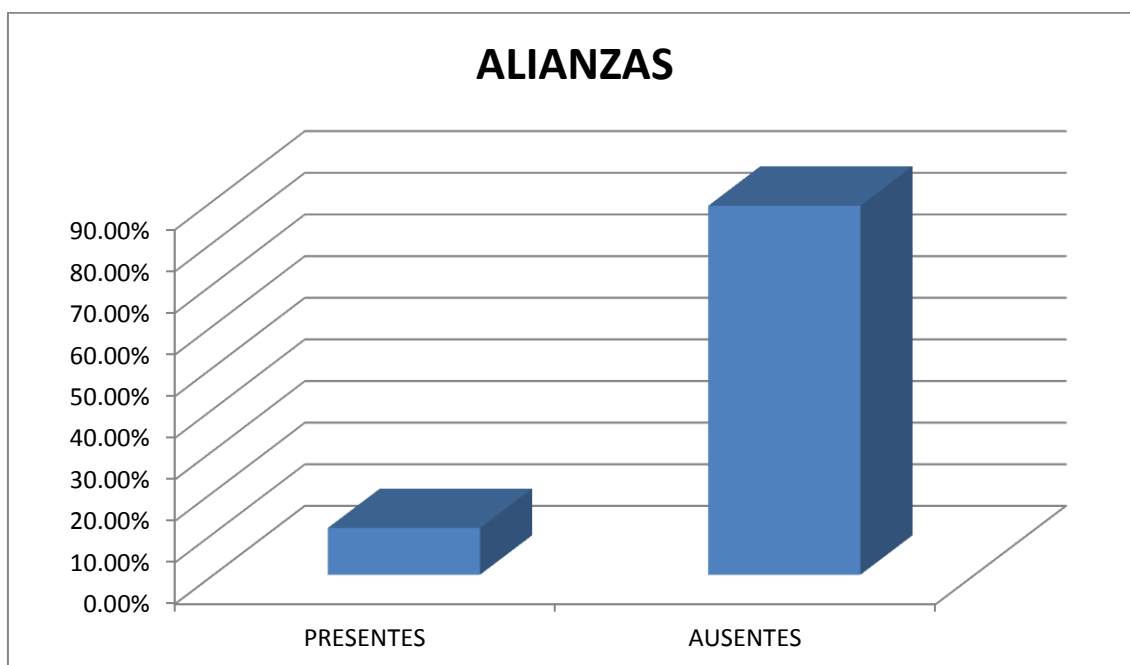
Distribución de las alianzas, expresadas en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

ALIANZA	Nº	%
PRESENTE	15	11.3
AUSENTE	118	88.7
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 8.

Distribución de las alianzas, expresadas en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 8

### TABLA 9.

Distribución de las coaliciones, expresadas en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

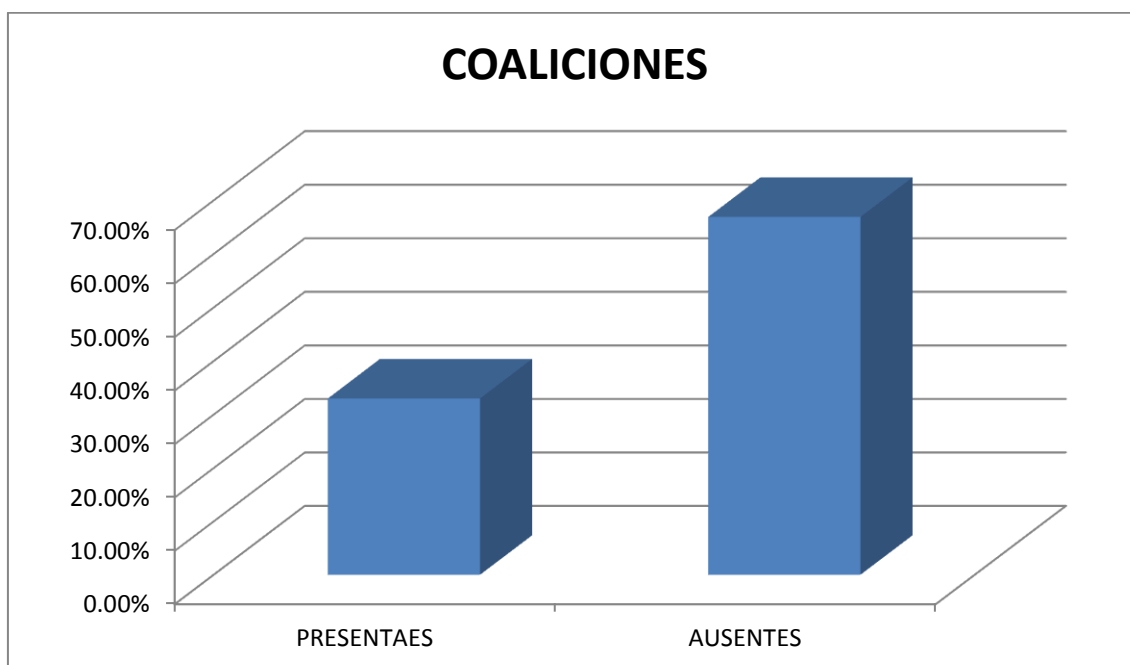
COALICIÓN	Nº	%
PRESENTE	44	33
AUSENTE	89	67
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.



**GRAFICO 9.**

Distribución de las coaliciones, expresadas en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 9

**TABLA 10.**

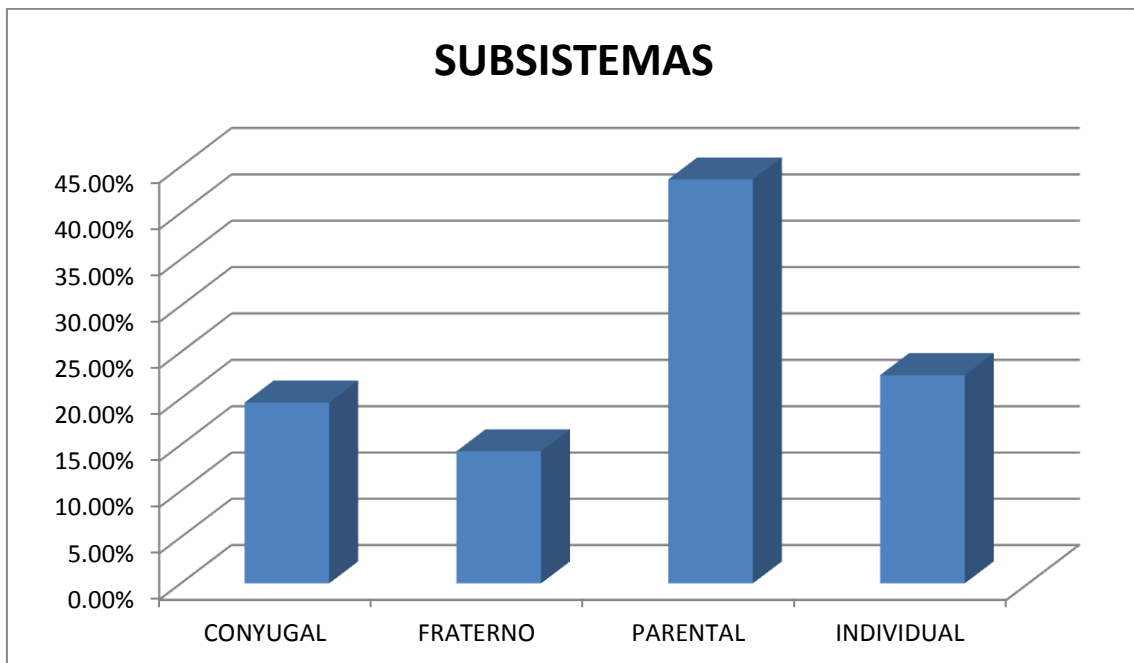
Distribución de subsistemas, expresado en números absolutos y porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

<b>SUBSISTEMAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
CONYUGAL	26	19.5
FRATERNAL	19	14.4
PARENTAL	58	43.6
INDIVIDUAL	30	22
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 10

Distribución de los subsistemas, expresado en porcentaje que presentaron al contestar la guía de entrevista para identificar la estructura familiar, pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.



Fuente: Tabla 10

### TABLA 11.

Distribución del grado de depresión por grupo de edad expresada en números absolutos y porcentaje, que presentaron al contestar la escala auto aplicada de depresión test de Zung para identificar el grado de depresión, los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

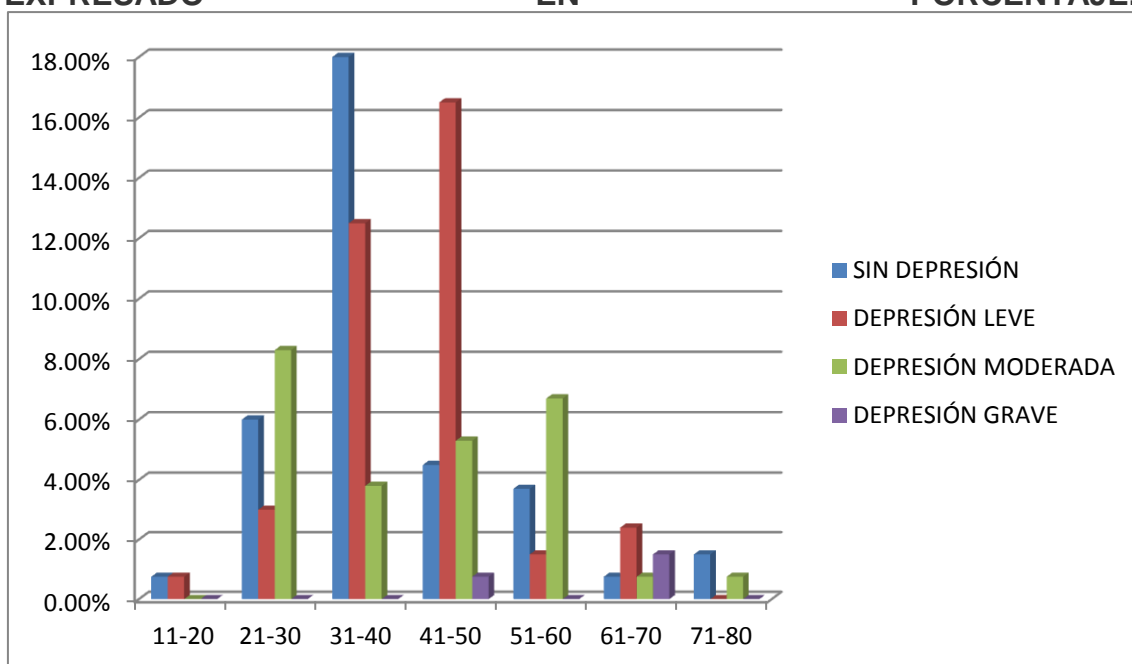
GRUPO DE EDAD (AÑOS)	NO DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN GRAVE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11-20	1	0.75	1	0.75	0	0	0	0	2	1.5
21-30	8	6	4	3	11	8.3	0	0	23	17.3
31-40	24	18	16	12.5	6	3.8	0	0	46	34.3
41-50	6	4.5	23	16.5	7	5.3	1	0.75	37	27.05
51-60	5	3.5	2	1.5	8	6.5	0	0	15	11.5
61-70	1	0.75	3	2.4	1	0.75	2	1.75	7	5.65
71-80	2	1.75	0	0	1	0.75	0	0	3	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>35.3</b>	<b>49</b>	<b>36.7</b>	<b>34</b>	<b>25.4</b>	<b>3</b>	<b>2.5</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentrado de datos.

### GRAFICO 11.

Distribución del grado de depresión por grupo de edad expresada en porcentaje, que presentaron al contestar la escala auto aplicada de depresión test de Zung para identificar el grado de depresión, los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

### DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD EXPRESADO EN PORCENTAJE.



Fuente: tabla 11

**TABLA 12.**

Distribución del grado de depresión por género expresada en números absolutos y porcentaje, que presentaron al contestar la escala auto aplicada de depresión test de Zung para identificar el grado de depresión, los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

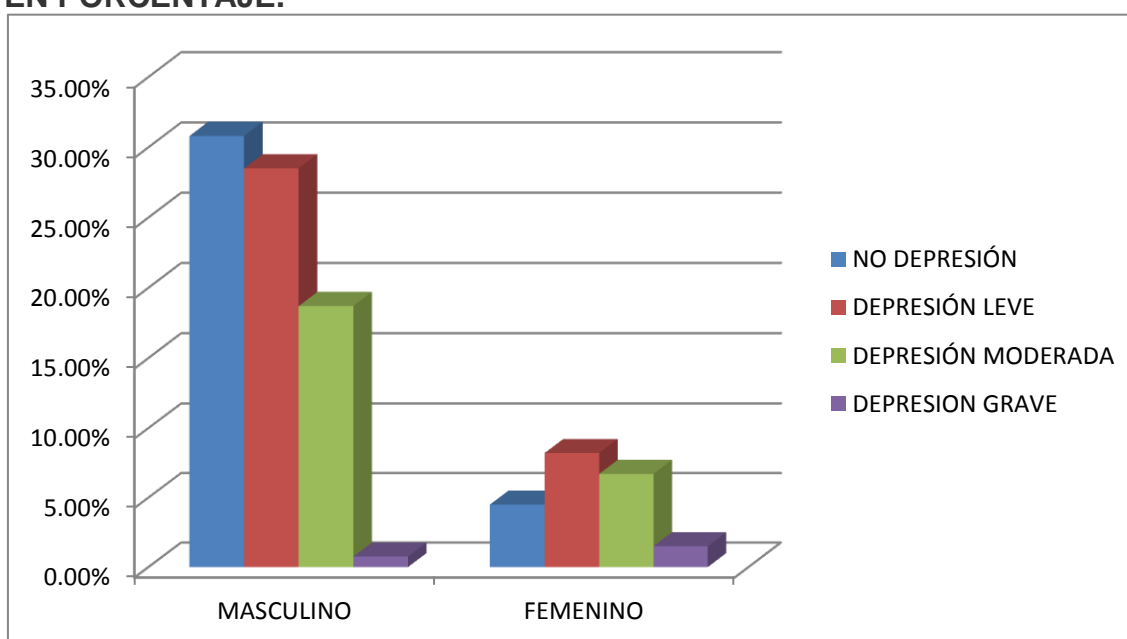
GRADOS DEPRESIÓN GÉNERO	NO DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN GRAVE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	41	30.8	38	28.5	25	18.7	1	0.75	105	79
FEMENINO	6	4.5	11	8.2	9	6.7	2	1.25	28	21
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>35.3</b>	<b>49</b>	<b>36.7</b>	<b>34</b>	<b>25.4</b>	<b>3</b>	<b>2.5</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro de concentración de datos.

**GRAFICA 12.**

Distribución del grado de depresión por género expresada en porcentaje, que presentaron al contestar la escala auto aplicada de depresión test de Zung para identificar el grado de depresión, los pacientes con VIH SIDA, adscritos a la HGR y UMF 220 del IMSS Toluca, México, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2011.

**DISTRIBUCION DEL GRADO DE DEPRESION POR GÉNERO EXPRESADO EN PORCENTAJE.**



Fuente: tabla 12

## XI. CONCLUSIONES.

Podemos concluir que la hipótesis se cumple parcialmente, al encontrar una jerarquía con mayor porcentaje en el subsistema parental con 48%, y 25% en el subsistema conyugal, lo que representa una estructura familiar no funcional a lo que se agrega el 11.2% de ausencia de jerarquía en las familias de éstos pacientes, la periferia ocupó un 31.2% con la consecuente no funcionalidad familiar, los límites rígidos y difusos que caracterizan a estructuras familiares no funcionales son los que obtuvieron el mayor porcentaje con un 57% y límites claros en un menor porcentaje con 43%, la ausencia del 88.7% de alianzas y la presencia del 33% de coaliciones representan estructuras familiares no funcionales, finalmente el subsistema que predomina es el parental con 43.6% de los casos, y la falta de centralidad 72% corresponde a una estructura familiar funcional, por lo anterior, concluimos que de acuerdo a la estructura familiar que presentan las familias de pacientes con VIH SIDA tienen estructuras familiares no funcionales es decir, que el modo de interacción de sus subsistemas no permite cumplir con sus funciones básicas de la familia.

La depresión se encontró en 64.6% por lo que se considera comorbilidad asociada para su patología de base y por lo tanto capaz de influir de manera negativa, siendo la depresión leve 36.7% y el género masculino las de mayor porcentaje en éste estudio con 78.7%, que no corresponde a otros estudios donde la depresión severa y el género femenino tienen porcentajes más altos.

## **XII SUGERENCIAS.**

- Estudio de su estructura familiar de los pacientes con VIH SIDA para identificar los factores de riesgo para su funcionalidad familiar.
- El abordaje multidisciplinario de pacientes con VIH SIDA.
- Formación de grupos de autoayuda en las UMF.
- Identificar y favorecer sus factores protectores existentes.
- Formación de un comité de evaluación constante y permanente para la atención del paciente con VIH SIDA y su familia.
- Ampliar con estudios de poblaciones infinitas que sean representativas de la población mexicana.

### XIII. - BIBLIOGRAFÍA

1. – Jaime Montalvo R, “Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura familiar con y sin paciente identificado” Rev. de psicología Vol. 8 (1) Marzo 2005.
2. - Vera V, Influencia social en el comportamiento del paciente con VIH /SIDA ante su diagnóstico y su manejo Rev. Hospital Juárez de México 2004.Vol.7 (1):29-35.
- 3.- Hernández M, Terapia Familiar Sistémica. Rev. Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, Marzo 2008. IX (1).
- 4.- Rocío Soria T, Systemic análisis of familiares with an adolescente sondrugaddiet, México D.F, abril 2004.Rev. Psicología y Ciencia Social, Vol.6 (2):3-12.
- 5.- Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Rev. Salud Mental México, Abril 2004 Vol. 24 (2).
- 6.- Minuchin Salvador, Técnicas de Terapia Familiar, 1ª edición, España. Ed. Paidós.
- 7.- Cambambia J, Perfil de las familias de pacientes con VIH /SIDA de una unidad de medicina familiar de Xalapa, México. Archivos de Medicina familiar 2010 Vol. 12 (3): 30-32.
- 8.- Jaime Montalvo R, Terapia Familiar Breve, 1ª edición, México 2009, Ed. Trillas p. 53-84.
- 9.- Angélica Casanueva, El Familiar Cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud, Rev, Chilena de Infectología, 2005 Vol.22 (1): 51-57.
- 10.- Minuchin S, Familia y Terapia Familiar, Ed. Crónica Barcelona 1977.
- 11.- Conceptos básicos para el estudio de las familias, Archivos en Medicina Familiar, 2005 Vol. 7(1):15-19.
- 12.- Miguel Suarez C, El médico familiar y la atención a la familia, Rev. Paceaña de medicina familiar 2006 Vol.3 (4): 95-100.
- 13.- Navarro G, Estrategias para la elaboración de genogramas en medicina familia, Archivos de medicina Familiar, México, Septiembre 2004 Vol. 6 (3):78-83.
- 14.- Alegre P, Instrumentos de atención a la familia: El familiograma y el apgar familiar, Rev. De atención Integral y medicina familiar para la atención primaria enero 2006, Vol1 (1).

- 15.- Rodríguez Mónica P, Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA asintomático y sintomáticos. Comité VIH/Sida Rev. Del Hospital Central Militar PNP, 2009.
- 16.- Hernández Quiero J, Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en el paciente con VIH /sida, Rev. Salud Mental, México 2005 Vol. 28 (5): 40-49.
- 17.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México, Septiembre 2001 Vol.18 (39): 23-29.
- 18.- Hay Ramírez V, Depresión fisiopatología y tratamiento, Centro de Información de Medicamentos CIMED, Costa Rica, Diciembre 2003.
- 19.- García D, Guía de Seguimiento Farmacoterapeutico Sobre depresión. Granada, Universidad de Granada, España 2003 Ed. Faus Dader María José, p. 33.
- 20.- First Michael B, DSM IV-TR Manual de diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales, Barcelona 2009 1° edición, Ed. Tapa blanda.
- 21.- Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, Ginebra: ONUSIDA 2006.
- 22.- Significativas mejoras en los esfuerzos de prevención del VIH, pero no bastan, Comunicado de prensa Nueva York: ONUSIDA 2008.
- 23.- Lori S Aschford, Las poblaciones por el VIH y el SIDA boletín informativo del población Reference Bureau, El desafío medico, del VIH y el SIDA, Washington, DC. Marzo 2006.
- 24.- Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA, Informe sobre la epidemia mundial de Sida, Ginebra ONUSIDA 2008.
- 25.- Córdova Villalobos, 25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos, Instituto Nacional de Salud Publica, 2°ed. México, Morelos 2009.
- 26.- Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA, CONUSIDA, Boletín del grupo de información sectorial en VIH/SIDA, Diciembre 2009 (7).
- 27.- Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA, CONUSIDA, Comité de Monitoreo y Evaluación, 2008 Boletín informativo sectorial en VIH/SIDA (6).
- 28.- Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, CONUSIDA, El VIH/SIDA en México 14 Noviembre 2008. [www.scribd.com/doc13076,240/estadisticas](http://www.scribd.com/doc13076,240/estadisticas).
- 29.- Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA Ministerio de Salud, Guía, Santiago de Chile, 2005, 1° edición.



30.- Nieto Leopoldo, De la A a la Z en el Tratamiento Antirretroviral en el Adulto VIH SIDA, México, 2004 p.10-16.

31.- Manual de prevención y control del VIH/SIDA, CENSIDA, México, 2008  
[www.org.co/Manual de Prevención y Control de VIH/SIDA 2008](http://www.org.co/Manual de Prevención y Control de VIH/SIDA 2008).

## XIV.- ANEXOS

### ANEXO I

#### “Guía Clínica para establecer la Estructura Familiar en pacientes con VIH SIDA

Datos demográficos

Entrevistado (s): \_\_\_\_\_

1. Género:

1. Hombre	2. Mujer

2. Edad:

1. 0 - 10	2. 11 - 20	3. 21 - 30	4. 31 - 40	5. 41- 50	6. 51- 60	7. 61-70	8. 71- 80	9. >81

3. Ocupación:

1. Hogar	2. Empleado	3. Comerciante	4. Otro

4. Escolaridad:

1. Analfabeta	2. Primaria	3. Secundaria	4. Bachillerato	5. Carrera Técnica	6. Licenciatura	7. Maestría	8. Doctorado	9. Otro

5. Estado Civil:

1. Casado	2. Viudo	3. Divorciado	4. Soltero	5. Otro

6. Religión:

1. Ateo	2. Católico	3. Cristiano	4. Testigo de Jehová	5. Otra

1. ¿Con quienes vive?

Nombre                      2. Edad    3. Ocupación    4. Escolaridad    5. Estado civil    6. Patología    7. Parentesco


**I. Jerarquía**

1. ¿Quién tome la mayoría de decisiones en la casa?

1. Esposo(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

2. ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?

1. Esposo(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

3. ¿Quién las hace respetar?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

4. ¿Quién decide los que se premia y/o castiga?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

5. ¿Quién premia y/o castiga?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

Conclusión: (llenado sólo por el entrevistador)

---

**II. Centralidad**

1. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tiene más quejas?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

2. ¿Por qué?

---

3. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

4. ¿Por qué?

---

5. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

6. ¿Hay algún miembro de la familia que destaque más en algún aspecto en relación con los otros?  
¿Qué tipo de aspecto?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

7. ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

Conclusión: (llenado sólo por el entrevistador)

---

**III. Periferia**

1. ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en la casa?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

2. ¿Existe alguien que caso no participe en las relaciones familiares?

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie
-------------	---------------	-------------	----------	----------	------------------	----------	----------

3. ¿Existe alguien que no se involucra en la resolución de problemas familiares?

1. Esposo(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

4. ¿Existe alguien que nunca o casi nunca da opiniones respecto a los asuntos de la familia?

1. Esposo(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

Conclusión: (llenado sólo por el entrevistador)

---

#### IV. Límites y geografía

##### a) Subsistema conyugal

1. ¿Tiene usted pareja actualmente?

1. Si	2. No

2. ¿Cómo es su relación con su pareja?

1. Conflictivas	2. Cerradas	3. Distantes	4. Dominantes

3. ¿Tiene usted una pareja diferente a su esposo (a)?

1. Si	2. No

##### b) Subsistema parental-hijos

1. ¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?

1. Si	2. No

2. ¿Ambos padres saben o no cuáles son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?

1. Si	2. No

3. ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?

1. Si	2. No

##### c) Geografía

1. ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?

1. Si	2. No

2. ¿Es respetado?

1. Si	2. No

3. ¿Quién no respeta el espacio de quién y cómo? Ejemplos.

\_\_\_\_\_

4. ¿Hay espacios compartidos?

1. Si	2. No

5. ¿Cuáles y con quién?

\_\_\_\_\_

6. ¿Se respetan las prioridades individuales?

1. Si	2. No

7. ¿Quién no las respeta y cómo? Ejemplos.

\_\_\_\_\_

Conclusión: (Llenado sólo por el entrevistador)

\_\_\_\_\_

- Límites subsistema conyugal: \_\_\_\_\_
- Límites subsistema parental-hijos: \_\_\_\_\_
- Límites geografía: \_\_\_\_\_

**V. Alianzas**

1. ¿Quiénes suelen unirse para que no se haga algo, ayudar en salud a alguien, etc.? Ejemplos.

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

Conclusión: (Llenado sólo por el entrevistador)

\_\_\_\_\_

**VI. Coaliciones**

1. ¿Quiénes suelen unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc., a otro? ¿A quién o a quienes? Ejemplos.

1. Espos(a)	2. Hermano(a)	3. Hijo(a)s	4. Madre	5. Padre	6. Otro familiar	7. Todos	8. Nadie

Conclusión: (Llenado sólo por el entrevistador)

\_\_\_\_\_

**VII. Hijo en funciones de padre**

1. ¿Un hijo se comporta y adquiere el rol de progenitor?

1. Si	2. No

## ANEXO II

### TEST DE ZUNG

1. Me siento abatido y melancólico.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
5. Como igual que antes.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
7. Noto que estoy perdiendo peso.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
8. Tengo molestias de estreñimiento.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
10. Me canso aunque no haga nada.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
11. Tengo la mente tan clara como antes.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
14. Tengo esperanza en el futuro.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
15. Estoy más irritable de lo usual.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
17. Siento que soy útil y necesario.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
18. Mi vida tiene bastante interés.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	Nunca o muy pocas veces Algunas veces Frecuentemente La mayoría del tiempo o siempre

**ANEXO III**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

**Lugar y Fecha** México Toluca 30/12/2011

**Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:**

ESTRUCTURA FAMILIAR Y GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES CON VIH SIDA EN LA CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGIA DEL HGR Y UMF 220, IMSS, TOLUCA, MÉXICO.

**Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:** \_\_\_\_\_

**El objetivo del estudio es:**

CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL GRADO DE DEPRESION QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON VIH SIDA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGIA EN EL HGR 20.

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:**

PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION PARA CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL GRADO DE DEPRESION QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON VIH SIDA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGIA EN EL HGR 20.

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**DRA. LIZBETH CASTRO CABALLERO. MATRICULA 99164903.**

**Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

01 (722) 2 19 11 28.

**Testigos** \_\_\_\_\_

**Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.**

**Clave: 2810 – 009 – 013**

